

## 16. Du “culturel”, de “l’universel” ou du “social” ? Penser le sida et la prévention au Mali

Claude Fay

Des enquêtes menées depuis 1993 au Mali <sup>1</sup> ont progressivement remis en question l’idée d’une relation causale simple (une liaison mécanique) entre la diffusion des messages d’information sur le sida par les services de prévention, la capacité des populations locales à restituer ces messages, leur adhésion à ceux-ci et leurs conduites concrètes de protection. En effet :

— la restitution des messages <sup>2</sup> n’implique pas l’adhésion à ceux-ci. L’information médicale peut être restituée, spontanément ou sur demande, par des informateurs qui, en même temps ou dans d’autres contextes, nient la réalité de la maladie ou la renvoient à de multiples étiologies “traditionnelles” ou nouvelles ;

— en cas d’adhésion, les différentes raisons d’y adhérer peuvent être largement décalées en regard du contenu du message ; il peut s’agir, par exemple, de stigmatiser les “dérèglements” de la jeunesse ;

— les divers types d’adhésions (partielles ou totales, et différemment motivées) ne déterminent pas nécessairement des conduites de protection “rationnelle” appropriées. On peut recourir, parallèlement ou à la place du préservatif, à d’autres moyens tels les protections “magiques” ou la sélection sociale des partenaires (sur le comportement ou la réputation).

### “Cultures” et processus sociaux d’identification

Au Mali, comme probablement ailleurs, ces conduites, interprétatives et comportementales, et leurs décalages tiennent autant à des modèles “culturels” préexistants, qu’à des logiques sociales de positionnement adoptées face à l’“ensemble sida” tel qu’il est donné aux populations, c’est-à-dire d’une part la réalité de maladie(s) grave(s) et souvent mortelle(s) affectant plus particulièrement les jeunes gens, d’autre part les messages médicaux sur la nature du sida et ses modes de transmission et

---

<sup>1</sup> Un groupe de recherches a travaillé sur ces thèmes depuis 1993, de façon comparative dans diverses régions du Mali, dans le cadre de l’Action incitative “Sciences sociales et sida” (Orstom-Institut Santé et Développement). Les conclusions de la recherche sont données dans le rapport final (Diarra, Fay *et al.* 1994).

<sup>2</sup> On peut les résumer ainsi : “il existe une maladie virale appelée sida, actuellement incurable et menant à la mort, qui se transmet par le sang et les relations sexuelles non protégées”.

les consignes de protection. Ces positionnements — qui consistent à établir ou à refuser d'établir certains rapports entre ces divers éléments — se font dans le cadre de processus de changement social. Ils peuvent être le fait de groupes et de réseaux divers (groupes nationaux, ethniques, régionaux, villageois, groupes d'âge et de sexe, groupes et réseaux professionnels). Or ces groupes et réseaux forment des ensembles partiellement emboîtés (par exemple la région et le village), partiellement sécants (par exemple l'âge, le genre et l'ethnie), et ils sont par ailleurs composés d'individus, et plus précisément d'individus humains. De ces analyses d'une part, de ces truismes de l'autre, on peut tirer quelques conséquences importantes :

— d'une part, à chaque niveau, les positionnements face à "l'ensemble sida" dépendront des positionnements identitaires des groupes, c'est-à-dire de l'ensemble des valeurs distribuées par ces groupes sur la base de leurs propres critères de recrutement (valeurs "féminines" et "masculines", valeurs "culturelles-ethniques", etc.), et ces valeurs, comme on le sait, sont en remaniement constant (mais plus ou moins rapide selon les périodes historiques) et oppositionnel (par contraposition) dans le cadre de négociations historiques objectives des rapports inter-groupes (rapports sociaux d'ethnie, de nation, d'âge, de sexe, etc.). Selon une opposition classique, on trouvera donc nécessairement dans ces positionnements du "culturel" (d'ailleurs déjà très hétérogène, comme le montrent par exemple les formes très diverses de conjugaison des valeurs islamiques avec d'autres systèmes de valeurs selon les milieux considérés) et on le trouvera nécessairement traité dans le cadre du "social", et plus précisément du "changement social" <sup>1</sup> ;

— d'autre part, des séries données d'individus s'inscrivent dans plusieurs groupes et réseaux emboîtés ou sécants, et doivent conjuguer les séries de valeurs induites, ce qui pose évidemment la question de leur articulation. Cela est particulièrement vrai dans un pays comme le Mali et dans une zone comme la Cinquième région où, depuis les années soixante, plusieurs processus ont convergé vers une densification des liens entre ville et campagne et vers une relativisation des cloisonnements ethniques, professionnels et familiaux <sup>2</sup>. L'articulation induite de différentes séries de valeurs, de plus en plus spécifique pour des groupes de plus en plus restreints, n'est pas nécessairement linéaire. Elle peut se présenter comme une hiérarchisation simple, mais aussi comme une série de hiérarchisations contextuelles : un jeune homme de famille rurale "traditionnelle" également inscrit dans des réseaux urbains à valeurs "modernes" peut ainsi moduler ses comportements (protection ou non-protection) selon le contexte d'une rencontre amoureuse (type de partenaire défini socialement, lieu et circonstance de l'acte sexuel). Elle

<sup>1</sup> Les travaux de l'anthropologie contemporaine à propos des "ethnies" montrent clairement que ces notions sont inséparables tant dans les processus de fondation que dans ceux de reformulation des identités de groupe.

<sup>2</sup> Les divers groupes ethnico-professionnels sont devenus très pluriactifs, et un individu donné est souvent amené à pratiquer conjointement ou successivement des activités très différentes (pêche-agriculture-élevage, commerce-transport) et à s'inscrire par conséquent dans différents réseaux.

peut aussi, plus radicalement, se faire dans la tension entre des appartenances difficiles à conjuguer et apparaissant comme antagonistes sur tel secteur d’existence sociale sensible. Un jeune scolarisé originaire d’un milieu “traditionnel” par exemple (milieu rural, ou famille urbaine pratiquant des formes intransigeantes de l’islam) peut devoir donner des gages de fidélité particuliers (particulièrement exigés) à son milieu d’origine sur les valeurs concernant la sexualité et l’alliance, ce qui risque de poser problème quand les services de prévention le ciblent, du fait de sa scolarisation, comme un interlocuteur privilégié, voire comme un agent virtuel de diffusion du message préventif dans son milieu familial ;

— enfin, si les êtres humains sont de l’avis général des êtres sociaux, les êtres sociaux sont tout aussi généralement humains, et, sans spéculer démesurément sur le vieux problème des invariants psychologiques, il faut sans doute prendre la mesure de cette évidence. Certaines réticences concernant l’usage du préservatif ou son usage indifférencié avec n’importe quel partenaire ne relèvent pas nécessairement de la recherche de causes “socioculturelles” spécifiques à l’Afrique. De même, on peut remarquer que la variabilité individuelle dans l’intensité des pratiques sexuelles n’est pas moins importante dans un continent que dans un autre.

### Les grands paradigmes locaux du sida

Les discours locaux spontanés qui traitent de “l’ensemble sida” s’interrogent sur la nature et l’origine de la (ou des) “nouvelle(s) maladie(s)”, et se tiennent autour de deux grands paradigmes : le changement social interne, représenté comme anomie, et le contact avec l’extérieur<sup>1</sup>. Ces deux paradigmes ne sont pas exclusifs l’un de l’autre, puisque les explications par l’anomie sociale renvoient presque toujours celle-ci à l’effet déstabilisant des contacts externes ; mais dans certaines thèses, les contacts externes ont des effets pervers par eux-mêmes. Il n’y a pas non plus de contradiction *de principe* entre l’adhésion au message médical et l’activation de significations locales “culturelles” préexistantes — en l’occurrence étiologies et nosologies ; les deux niveaux d’interprétation peuvent s’articuler dans des propositions comme “le sorcier envoie le sida à sa victime” ou “en buvant le sang d’une seconde victime, le sorcier lui communique le sida de la première”. Mais message médical et significations locales peuvent s’opposer *de fait*, dans les cas où on nie l’interprétation médicale des “nouvelles maladies” (comme le sida) : coexistent alors une interprétation locale de la maladie et une interprétation locale de la “mystification médicale” de l’information sur le sida. On perçoit déjà à ce niveau que l’opposition entre “croyance” et

---

<sup>1</sup> Même lorsqu’on refuse de reconnaître la “nouveau” de certaines pathologies, et qu’on les rabat sur des nosologies en place, celles-ci sont remaniées et “travaillées” en rapport avec le thème du changement : la maladie “traditionnelle” la plus évoquée est alors le *sayi* blanc, mais sa description met en mouvement « un jeu incessant d’oppositions qui renvoie en permanence un terme à son contraire » qui la font finalement apparaître comme « une maladie du désordre social lié à l’urbanisation et à la modernité » (Le Palec 1994a : 1.24-25).

“non-croyance” au sida n’est pas nécessairement la plus importante pour comprendre les interprétations ou les pratiques sociales et individuelles.

Le paradigme anomique, l’interprétation du sida comme d’un “répondant individuel du désordre social” (Koné 1994 : 3), d’une “synthèse biologique et sociale” (Gérard 1994 : 11), est repérable dans toutes les régions étudiées du Mali, et se conjugue sous la forme d’une opposition entre tradition et modernité. Il y a eu perte de contrôle sur l’ordre social en général, sur les alliances matrimoniales et les pratiques sexuelles en particulier, qui commandent éminemment sa reproduction. Cette anomie déclenche des forces néfastes, qu’on peut conjuguer différemment pour nier le sida ou pour l’expliquer : la cause “anomisante” peut alors expliquer les maladies à la place du sida ou être représentée comme l’origine ou le vecteur de celui-ci. En Cinquième région par exemple, on peut affirmer que Dieu punit le dévergondage<sup>1</sup> (explication ou négation du sida : Dieu envoie le sida/ce n’est pas le sida, c’est une maladie divine), que les sorciers profitent du dévergondage pour se déchaîner (*ibid.* : négation ou explication), que des sacrifices ne sont plus effectués et que les instances concernées attaquent (toujours négation), que des interdits exogamiques (notamment ethniques) sont transgressés (éventuellement en méconnaissance de cause puisque, en ville, “tous se mélangent” et on ne sait plus qui est qui) et que la force de l’interdit se déchaîne (toujours négation). Sur la transmission du sida, le thème de l’anomie domine également (adultère, prostitution, multi-partenariat).

Le paradigme de “l’extériorité pathogène” est tout aussi généralement attesté dans les différentes régions, le sida apparaissant alors comme “une contamination du champ social par des éléments exogènes” (Gérard 1994 : 22). Ces éléments peuvent provenir de la ville (pour les ruraux), de la capitale (pour les provinces), de l’étranger (pour tous), ou d’une autre ethnie (pour une ethnie donnée)<sup>2</sup>. La maladie provient donc ici du franchissement dangereux de limites géographiques et sociales entraînant le franchissement de limites symboliques (ce qui ramène à l’anomie sociale), ce que les guérisseurs “lisent” d’ailleurs dans le caractère anarchique des symptômes, qui ne respectent pas l’ordre réglé des nosologies en place (Fay et Pamanta 1994) et qui font de cette maladie elle-même une pathologie sans limites. Cela renvoie à l’anarchie des pratiques extérieures de tout ordre, qu’on peut exprimer par exemple en conjuguant le plan sexuel, le plan diététique et le plan climatique, quand on énonce que les migrants ont mangé n’importe quoi en Côte-d’Ivoire, forniqué avec n’importe qui et vécu dans un climat qui “ne convient pas aux Sahéliens”. Il s’agit bien au sens large d’un problème de métabolisation de l’étrangeté. Ce paradigme de l’extériorité comprend un sous-paradigme important qu’on peut appeler “colonial”, en ce qu’il met en avant l’opposition nord/sud - noir/blanc : on peut même dire qu’en

<sup>1</sup> Il s’agit de la Région de Mopti ou Maasina, où s’est effectuée la plus grande partie de notre recherche. La notion peule de *Jayre* désigne à la fois l’ordre païen préislamique, le dévergondage en général, le dévergondage sexuel en particulier, et contextuellement la prostitution.

<sup>2</sup> Le thème, prégnant en Cinquième région, du “mélange ethnique” dangereux s’inscrit ainsi à la fois sur le registre de “l’anomie” et sur celui de “l’extériorité”.

dehors de l’opposition ethnique, il est toujours présent, l’ensemble “Occident/capitale / ville/campagne” étant représenté comme une chaîne continue de “modernisation-dégradation des mœurs”. Le paradigme colonial sert lui aussi soit à nier le sida (c’est une invention des blancs pour vendre leurs préservatifs ou pour limiter les naissances ou pour faire peser l’infamie sur les Africains), soit à expliquer son origine (cynophilie des blancs) et sa transmission (sexualité touristique, pratiques cynophiles de femmes noires imposées par des blancs, vente par les blancs de préservatifs infectés). Ce paradigme peut apparaître sous une forme atténuée et lié à d’autres paradigmes (c’est l’“argent du blanc” qui corrompt et crée le dévergondage qui entraîne une punition divine, les blancs diffusent les préservatifs pour favoriser la prostitution, ce sont les nourritures occidentales — cube maggi, graisses, etc. — qui sont à l’origine des nouvelles maladies en général). Il se redouble dans la sphère thérapeutique, car cette “invention des blancs” recouvrirait en fait des pathologies connues par la médecine “noire” (ici dans le double sens de “local” et d’“animiste”) et que celle-ci est capable, en droit ou en fait, de soigner.

Comme les “nouvelles maladies” sont attribuées dans ce contexte au contact avec l’extérieur, l’imputation de la transmission se fera en direction des éléments extérieurs et mobiles, ou en contact local avec les éléments extérieurs ; Vuarin (1994 : 8), notait déjà cette équation à Bamako. On constituera ainsi en transmetteurs privilégiés les individus en contact avec les centres urbains extérieurs (étrangers, migrants, commerçants, transporteurs routiers), doublement dangereux du fait de leur contact avec l’extérieur et de la possession de “moyens d’argent” qui leur rendent les conquêtes locales plus faciles (ici le relais est pris par le thème de l’anomie sexuelle et de la prostitution), moyens que certains d’entre eux, éminemment les femmes commerçantes, sont d’ailleurs soupçonnés d’avoir acquis et d’entretenir par des rapports sexuels vénaux.

### **Positionnements dans le discours : stratégies d’énonciation**

Mais qui forme tel ou tel énoncé à partir de ces paradigmes, qui “croit” ou non au sida, et qui s’en protège ? Une sociologie locale spontanée livre à ce sujet quelques oppositions standards : on est censé “croire” — et éventuellement se protéger — plus en ville qu’en brousse, et en ville même, plus si on appartient à des groupes liés à l’activité directement urbaine (commerce, transport, activités de main-d’œuvre ou de service, tressage, brochage, etc.) que si on appartient à des groupes ayant conservé exclusivement leurs spécialités ethnico-professionnelle dans le secteur primaire (pêche, agriculture, élevage), plus si on est scolarisé que si on ne l’est pas, et, sur un autre plan, plus si on est jeune et plus si on est homme <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ce classement hiérarchique du moins au plus “urbain-occidentalisé” fait assez curieusement apparaître ceux qui sont en position d’être le plus soupçonnés d’être à l’origine de la maladie comme ceux qui y croient le plus et s’en protègent le mieux, y compris pour les locuteurs de ladite catégorie.

Cette classification n'est pas complètement fautive, si on l'envisage comme une classification des positionnements obligés de discours et non pas comme une classification des croyances ou des pratiques. Qu'on adhère ou non au message médical, "l'ensemble sida" réfère immédiatement aux trois pôles du contrôle local de la sexualité et de l'alliance — à travers les rapports jeunes/vieux et hommes/femmes —, du rapport entre ville et campagne et du rapport nord/sud. Les positionnements obligés de discours (les stéréotypes énoncés par divers groupes face à l'extérieur) se font donc selon le caractère plus ou moins sensible de l'inscription dans ces rapports pour des groupes déterminés.

En zone rurale, comme d'abord en ville où le processus est plus avancé, la conjonction d'une forte monétarisation des secteurs de production dans les années 60 et de la paupérisation liée à la sécheresse a induit une forte perte de contrôle des anciens sur l'alliance matrimoniale. Le mariage traditionnel (ou plus exactement la forme d'alliance matrimoniale qui s'était généralisée dans le cadre de la domination politique et culturelle peule) se faisait dans la famille, entre enfants de frères, dans le lignage et préférentiellement dans la concession, ou entre enfants d'un frère et d'une sœur, plus rarement entre enfants d'autres germains. Ce type de mariage permettait en même temps de maintenir un contrôle étroit sur les cadets et de conserver les biens dans les lignages. Les relations sexuelles prémaritales avaient lieu presque exclusivement dans le village ou, en ville, dans le quartier ; elles étaient strictement intra-ethniques. Les difficultés grandissantes des familles à entretenir les jeunes et à leur fournir une dot autant que la diffusion d'un modèle "individualiste" d'origine occidentale-urbaine, ont ébranlé ce modèle. Les relations sexuelles sont plus multiformes, interethniques<sup>1</sup>, intervillageoises, comme le deviennent aussi certaines alliances matrimoniales. La recherche de qualités personnelles — esthétiques, psychologiques, statutaires, financières — devient de plus en plus importante dans le choix du conjoint. La généralisation du commerce notamment féminin (ouverture sur les centres urbains) et de la migration masculine à l'étranger (principalement, mais pas seulement, en Côte-d'Ivoire et à Bamako) aide évidemment à ces changements. On a donc affaire à une reformulation sensible des relations sociales de sexes et de générations. Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, que les "nouvelles maladies" faisant mourir les migrants de retour de Côte-d'Ivoire aient intégré la grande liste des déstructurations en place, des alliances extrafamiliales aux alliances interethniques en passant par les "bâtards" que font les jeunes filles en attente d'une dot que leur fiancé (migrant — on dit localement "exodard" — ou non) a du mal à se procurer pour pouvoir les épouser ou à ceux que font les épouses de migrants absents depuis trop longtemps.

• Du côté des aînés, et quels que soient leurs doutes — sensibles dans les discussions avec les informateurs les plus ouverts et les mieux connus —, les stéréotypes insistent donc sur le thème anémique en le

---

<sup>1</sup> Seul l'interdit majeur des relations sexuelles entre Bozos et Dogons, lié à une alliance cathartique fondée par un pacte de sang, est encore systématiquement respecté.

conjuguant plus ou moins selon la position familiale avec le thème de l’extériorité pathogène. Le stéréotype moyen invoquera plus les anomies communes telles que le dérèglement alimentaire, le dérèglement sexuel et matrimonial, en les conjuguant sur un mode flou qui rapporte en général les pathologies corporelles à la déstructuration sociale, et le plus souvent avec des imputations particulières, sur le plan sexuel, aux détournements des filles par les “étrangers” de passage : commerçants, transporteurs, surtout dans les chefs-lieux d’arrondissement<sup>1</sup>. Selon la position de la famille dans les réseaux matrimoniaux (comme en ville, certains commencent à profiter des subsides que peuvent rapporter les filles à la famille par le biais d’un riche mariage interethnique ou d’une sexualité vénale), on insistera plus ou moins sur le danger des pratiques sexuelles anarchiques et des alliances matrimoniales extra-ethniques, et on insistera différemment sur le thème de la migration pathogène, selon qu’elle comporte ou non des “exodards” et que ceux-ci ont disparu ou continuent à revenir régulièrement et à envoyer des subsides. L’évocation de la sexualité pathogène, si elle rappelle sourdement le message médical (encore une fois maintenant connu de tous), ne le fait pas nécessairement de façon explicite : dans une des étiologies en place, les génies ou les sorciers, qui ont toujours des modes d’action “opportunistes”, peuvent profiter des rapports sexuels pour “souffler” des maladies dans le vagin de la femme qui peut ensuite les transmettre. Ici aussi, le message médical hante les discours, mais la “politique d’énonciation” des aînés consiste à ne mettre le dérèglement social, et notamment sexuel, en rapport avec les pathologies que pour rappeler fortement que l’ordre social conditionne l’ordre biologique, donc pour tisser le maximum de liens pensables entre eux. Dans ces “bricolages” divers, des familles particulières se positionnent face aux autres, en fonction de leurs propres stratégies concrètes plus ou moins “conservatrices” ou “novatrices” sur le plan de l’alliance ou de la migration ; mais, du côté des vieux, il est nécessaire de contourner le message médical qui les positionnerait directement sur le plan des pratiques sexuelles “techniques”, ce que d’une part leur statut leur interdit (il y aurait là une “honte” maximale, *herrsra* en peul), ce qui est d’autre part contraire à leur propension à “traiter” du désordre, et à traiter le désordre, à la faveur du sida et non pas à risquer de favoriser la reconnaissance du désordre sexuel par un traitement “technique” de celui-ci. En se taisant sur ce plan, ils affirment en fait qu’ils ne veulent pas occuper cette place, ce qui est encore une logique de positionnement.

• Du côté des jeunes, toujours en zone rurale, après un temps de plaisanteries “à la zairoise” (Syndrome imaginaire...), l’inquiétude s’est installée, du fait du retour régulier d’“exodards” malades et des campagnes de la radio de proximité locale (Radio FM Mopti). Comme à Bamako (*cf.* Le Palec 1994) on observe chez beaucoup de jeunes une tendance à nier le message médical pour nier plus globalement la responsabilité de la “sexualité dérégulée” renvoyée sur un autre plan par les

<sup>1</sup> Le thème de la “maladie envoyée par Dieu et annoncée dans des textes religieux” est repris sur ce registre. Il est à peine plus spécifique — sauf pour quelques prédicateurs aux discours hypermoraux — que la notion de “maladies de Dieu” qui, localement, désigne des maladies sans cause précise assignable.

anciens. Mais il y a un double positionnement possible face à cette imputation. Beaucoup de jeunes, surtout dans les chefs-lieux d'arrondissements (Tenenkou, Jonjori, Togguere-Koumbe), et en particulier dans le cadre d'une "coordination des jeunes" (qui favorisait leurs interventions dans la vie villageoise, en opposition aux querelles politiques des anciens) et de la jeune démocratie (Fay 1995a), ont donc fait du message médical une bannière pour "techniciser" le problème des "nouvelles maladies" et le détacher d'une imputation globale de transgression, sur le modèle déjà examiné.

Dans la capitale régionale de Mopti, les positionnements obéissent fondamentalement à la même logique, mais sont plus variés selon les milieux spécifiques. Un des grands critères discriminants reste l'alliance matrimoniale, qui à la fois marque et organise le degré d'intégration des groupes dans la société urbaine globale. Certains groupes continuent de pratiquer presque exclusivement le mariage familial. Ce sont soit des groupes ayant conservé une forte spécificité identitaire fondée sur la maintenance de la spécialisation ethno-professionnelle (Bozos pêcheurs<sup>1</sup>, Peuls "rouges" ne s'occupant que d'élevage, faisant éventuellement cultiver de petits champs par des salariés), soit des groupes statutairement inférieurs (descendants de captifs *Rimaaybe* qui donnent éventuellement des femmes aux autres groupes, mais en reçoivent très rarement<sup>2</sup>), ou des groupes extrêmement misérables venus de brousse et se livrant à des travaux de manœuvres non qualifiés (certains Dogons, Bellas...). Les groupes d'origine diverse, qui s'adonnent aux différentes formes de commerce et s'homogénéisent progressivement<sup>3</sup>, vivent inversement une différenciation et une individualisation des formes de mariage, bien que le mariage familial reste majoritaire, mais sans doute plus pour longtemps. Il en va de même pour les différentes couches de fonctionnaires, très nombreux, surtout à Sévaré. Examinons les positionnements induits dans l'ordre de l'énonciation, en privilégiant le cas de quelques grands groupes, et sans avoir la prétention de faire une sociologie fine et exhaustive de la population de Mopti :

— Les groupes "traditionalistes" entretenant l'endogamie ethnique et lignagère refusent plus massivement le message médical ("le sida n'existe pas" — on mettra alors en avant des étiologies religieuses ou alimentaires pour expliquer les "nouvelles maladies"), ou le récupèrent en le marginalisant ("le sida ne nous concerne pas") en se considérant comme

<sup>1</sup> Car d'autres Bozos ont abandonné partiellement ou totalement la pêche pour le commerce.

<sup>2</sup> On constate néanmoins une homogénéisation des descendants de captifs de différents groupes (captifs de Peuls, de Songhays, de Bobos) qui, explicitement du fait de l'activité agricole commune et implicitement du fait de leur statut, se considèrent comme "les mêmes" et s'intermarient. D'ailleurs ces groupes vivent dans des villages périphériques qui ont été intégrés administrativement aux deux communes urbaines (Cabboli à Sévaré, Taykiri à Mopti), mais conservent largement leur autonomie.

<sup>3</sup> De même que les descendants de captifs de différents groupes dominants, les familles d'ethnies différentes devenues commerçantes s'intermarient aisément : la spécialisation professionnelle reste donc le critère majeur d'assimilation et de "dissimilation" des groupes, comme elle avait anciennement présidé à la formation des ethnies (cf. Fay 1995b).



hors d'atteinte de la maladie du fait du traditionalisme de leurs mœurs. Les relations sexuelles prémaritales sont censées s'effectuer uniquement avec des jeunes filles du groupe, et l'utilisation du préservatif serait conçue comme signe de "honte" et de soupçon indu. Dans ces groupes on relève des représentations et des comportements très proches de ceux observés en zone rurale, mais qui s'y durcissent plutôt, puisqu'il s'agit de revendiquer la spécificité du groupe "contre" la ville qui les inclut et la menace de ses mœurs dissolues. Dans les faits, si les alliances matrimoniales restent internes, les relations sexuelles avec des partenaires d'autres groupes sont fréquentes, surtout dans le jeune âge (12 à 16 ans) ; comme dans les autres groupes, la partie la plus misérable des jeunes filles pratique une semi-prostitution. Par ailleurs, même en considérant que la migration à l'étranger est un phénomène quasi-général à l'échelle de la région, ces groupes "traditionalistes" la pratiquent de façon particulièrement systématique, avec un système de relève très réglé entre aînés et cadets : la migration apparaît comme une condition majeure de la reproduction de ces groupes et sert souvent à financer notamment les dots. Lors des migrations, il est fréquent de faire avec les partenaires étrangères des enfants (des "bâtards"), qui rejoignent souvent leur famille paternelle après quelques années, ce qui dément les assertions selon lesquelles les rapports sexuels à l'étranger seraient protégés, mais on peut néanmoins considérer qu'ils tendent maintenant à l'être davantage pour éviter la fâcheuse multiplication de ces "bâtards".

— Les groupes plus intégrés dans la vie urbaine et articulés autour des différentes formes de commerce (poisson, engins de pêche, bétail, divers produits d'importation), d'activités annexes (toutes formes de transport et de main-d'œuvre) et d'artisanat (tailleurs, bijoutiers, pour les femmes tressage, brochage, teinturerie, poterie) qui fondent et organisent la vie de cette métropole active vivent sous le signe du changement permanent : succession et alternance des métiers, migrations salariales des jeunes hommes (moins réglées cycliquement que chez les groupes précités mais assez systématiques. On pratique toutes sortes de métiers à Bamako ou à l'étranger : commerce encore, lavage de vêtements, gardiennage, charriage, boucherie, main-d'œuvre polyvalente). Les alliances matrimoniales extralignagères et extra-ethniques, qui ont la communauté de profession pour condition (en dehors des interdits stricts — Dogons / Bozos — et des réticences "classiques" aux incompatibilités statutaires ou financières), deviennent progressivement presque aussi nombreuses que les autres. Cette tendance générale s'illustre cependant de façon inégale : les vieilles familles aristocratiques et les grandes familles riches de commerçants Somonos par exemple maintiennent plus que les autres une forte endogamie à finalité statutaire et éventuellement financière. Inversement, chez les petits commerçants et artisans paupérisés, l'individualisation des jeunes gens, et notamment des jeunes filles, dans la recherche permanente des "conditions" de vie socialement définies (vêtements, produits de beauté, soins de beauté - tressage, etc.), est majeure. Du fait de cette tendance à l'individualisation, le mariage avec un partenaire convenable devient le grand problème et le rapport à "l'ensemble sida" est éclaté et tient aussi à la logique de ces quêtes sexuelles et matrimoniales individualisées — la possibilité d'un choix étant posée en principe, même

les alliances intrafamiliales sont conçues comme “choisies contre” les autres, ce qui donne lieu à des systèmes de valeurs contraposés. La relation la plus mobilisée pour penser le sida sera conséquemment la (les) relation(s) “des hommes” et “des femmes” (la reformulation des rapports sociaux de sexe étant active et multiforme), ce qui suscitera la multiplication de discours locaux sociopsychologiques sur l’opposition des sexes et l’élaboration de typologies spontanées pour penser la palette des conduites individuelles. En même temps, la migration reste un référent fort pour penser le sida et, significativement, les aînés accepteront, de façon progressive, de se positionner plus ouvertement par rapport au problème.

— La catégorie des “intellectuels” (au sens local : lettrés, tendanciellement fonctionnaires), à laquelle on peut intégrer celle des “élèves” (élèves et étudiants, jeunes chômeurs diplômés) possède la double caractéristique d’être, d’une part, la plus touchée par les messages d’information sur le sida (presse, radio en français, messages de prévention en milieu scolaire) et d’être ciblée par les services de prévention comme un pôle de rediffusion de ces messages, mais, d’autre part, de sécréter et de diffuser, sur fond d’ajustement structurel et d’une relation difficile à l’Etat national et à l’occident, des messages de scepticisme politique envers la pandémie. C’est dans cette couche — et singulièrement chez une partie des enseignants, mais aussi chez les nombreux agents de développement fonctionnarisés ou non, et parfois même chez des professionnels de la prévention — qu’on trouve le plus le thème du sida “maladie politique et commerciale” selon l’expression d’un informateur, mythe occidental destiné à vendre les préservatifs, à culpabiliser le sud et à limiter les naissances pour “diminuer” les Africains. Les jeunes gens, les “élèves” en particulier, sont pris entre le scepticisme politique de certains aînés, la densification des campagnes d’information qui prétendent leur faire jouer un rôle de diffuseurs auprès de leurs cadets (rôle qu’ils assument en partie), et auprès de leurs aînés (ce dont ils sont la plupart du temps bien incapables), les gages de “bonne conduite traditionnelle” que leur demande parfois leur milieu familial pour vérifier qu’ils n’ont pas été “gâtés” par “l’école des blancs”, et le souci de dessiner eux-mêmes le sens de leurs quêtes sexuelles et matrimoniales à travers des codes en plein changement : ils sont souvent très désorientés et tiennent sur le problème du sida des propos fort contradictoires.

### **Positionnements dans les relations sexuelles et matrimoniales : stratégies de (non-) protection**

On a analysé les positionnements dans le discours de différents groupes, leurs stéréotypes privilégiés ou, si l’on veut, leurs “idéologies” concernant le sida, si on entend cette notion dans le sens althusserien de “rapport imaginaire à ses conditions d’existence sociale”. Parallèlement, le discours médical est au moins entendu au sens strict et secrète une peur plus ou moins latente ; comme le remarque un informateur : “nous ne croyons pas au sida mais nous le craignons”. Le préservatif, qui n’était utilisé avant l’information sur le sida que par quelques clients avertis

fréquentant des prostituées notoires, a fait son apparition en brousse comme en ville ; il est manifestement plus utilisé qu’avant, même s’il continue de ne concerner qu’une extrême minorité des rapports sexuels. Mais ceux qui l’utilisent ne le font pas dans le cadre de n’importe quelle relation. En même temps, le pluripartenariat sexuel prend des formes spécifiques et intenses du double fait de la paupérisation et de la particularité de la quête matrimoniale dans un contexte de reformulation des codes, qui, s’il y est un peu différent, existe aussi bien en zone rurale qu’en ville. Or les différentes formes de partenariat sexuel vont conditionner la protection ou non des rapports. Examinons donc plus précisément ces logiques de partenariat, dont on notera ensuite les conséquences sur l’ordre de la (non-) protection, en les situant dans les “socio-logiques” de groupe qui ont été décrites.

La vie sexuelle des jeunes commence de l’avis général entre 12 et 13 ans. A Mopti, les relations ont lieu sous des hangars, à des coins de rue la nuit, près de grands marigots à l’écart de la ville ; en brousse, elles ont lieu dans des cases abandonnées, entre les cases la nuit, ou dans des cases dites “chambres” occupées en commun par des groupes de jeunes plus âgés qui les prêtent à l’occasion aux heures creuses (ces mêmes jeunes les prêtent également à des adultes “amis” aspirant à des récréations). Ces premières relations, effectuées “en cachette”, le plus rapidement possible, sont fortement connotées par la honte et le préservatif n’est jamais utilisé, autant du fait du caractère furtif et inorganisé de la pratique que du fait du manque d’information des enfants. Entre 14 et 16 ans, les filles deviennent “visibles” (ou deviennent “des marchandises”), elles ont “les yeux ouverts, savent qui elles aiment” et les garçons, appartenant de plus en plus à une couche d’âge supérieure de 5 à 8 ans, les emmènent au cinéma en ville, les retrouvent le soir dans les “chambres de jeunes” en brousse, et entreprennent de leur faire de petits cadeaux réguliers “afin qu’elles puissent penser à eux”. Lorsque les jeunes filles ont environ 16 ans et les garçons la vingtaine ou plus, s’active l’institution des “titulaires”. La “titulaire” d’un jeune homme ou le “titulaire” d’une jeune fille (le terme s’est généralisé, même pour les non-francophones, mais on peut, à moindre titre, dire “régulier / régulière”), c’est le partenaire déjà officiel, un quasi-“fiancé” (mais les fiançailles officielles ne sont pas faites), avec qui on peut en droit se marier plus tard, et la relation s’accompagne de diverses exclusivités : on “finance” régulièrement sa titulaire (vêtements, savon, produits de beauté, participation à ses dépenses de “tontine”<sup>1</sup>), on va la visiter chaque soir ou presque, on la sort le samedi soir en ville. Dans le modèle le plus simple, les titulaires deviennent à terme des époux.

Mais, à l’époque actuelle, on considère généralement qu’“il n’y a plus (vraiment) de titulaires”. D’une part, les infidélités sont mutuelles et bien entendu condamnées réciproquement. Comme il en va en général dans la refonte de codes sociaux entre catégories sociales, chaque catégorie tente de capitaliser les avantages, et les infractions au code classique sont en

---

<sup>1</sup> Système d’épargne et d’entraide tournant qui permet à des groupes de jeunes filles ou de femmes de s’interfinancer à tour de rôle les frais de baptême, de mariage, etc.

l'occurrence conçues par chaque genre comme des inconséquences ou des perversions typiquement "masculines" ou "féminines", d'autant que l'individualisation des pratiques favorise l'expression des processus sociaux en termes d'oppositions simples entre genres. Citons quelques propos : les hommes infidèles qui sont devenus "comme un silure dans la main", ne pensent qu'à courir et dépensent tout leur argent avec des "louches"<sup>1</sup> en laissant dépérir leur titulaire jusqu'à ce qu'elle devienne une "femme invendue" (qu'elle atteigne l'âge de 25 à 30 ans sans être mariée, ce qui devient alors très difficile) ; les jeunes filles ne considèrent les hommes que comme des "bailleurs de fonds", commercent sexuellement avec de multiples partenaires pour l'exclusif appât du gain, et abandonnent leur titulaire pour un homme plus riche après l'avoir ruiné. On trouve ainsi de façon récurrente toutes les expressions possibles de la sempiternelle et réciproque aigreur de chaque genre à l'égard de l'autre.

Que se passe-t-il en fait ? L'individualisation des codes pousse bien évidemment les individus à tenter d'optimiser leurs performances. Par ailleurs, les jeunes filles sont bien obligées de "trier" les hommes, de "tester leurs conditions", et elles le revendiquent, puisque parallèlement ceux-ci tentent volontiers d'apparaître comme plus soucieux ou plus aptes qu'ils ne le sont vraiment à fonder un foyer et à pouvoir l'entretenir ; comme les familles des jeunes filles ne peuvent plus assurer leur consommation moyenne socialement définie en biens de nécessité ou de prestige, les capacités financières, nécessaires également pour payer la dot à terme, tiennent évidemment une place importante dans ces "tests". De plus, au terme de ces jeux de l'amour, qui commencent assez tôt, beaucoup trop d'enfants illégitimes sont apparus depuis les années 70, et, par contrecoup, des garçons qui auraient constitué antérieurement des amours "d'amusement" clandestins sont maintenant systématiquement présentés à la famille (on espère ainsi pouvoir leur faire reconnaître un éventuel enfant) alors même qu'ils ne correspondent pas, pour des raisons d'âge, de statut, de richesse, au profil d'un véritable "titulaire-futur mari" ; d'où l'impression d'une succession impressionnante de "titulaires", ou l'impression que la notion même n'a plus de sens. Certaines familles plus vénales poussent d'ailleurs leur fille au "multititulariat" successif pour en capitaliser les avantages financiers.

Les garçons, pour leur part, se posent évidemment en prétendants, même si les moyens leur manquent et, comme la situation se prête alors aux infidélités — un enjeu majeur pour un jeune homme consiste à "caler" une jeune fille en assurant largement ses conditions d'existence —, ils finissent par abandonner leur titulaire en maudissant l'infidélité des femmes, le plus souvent quand ils ont acquis plus de moyens et pensent pouvoir trouver une partenaire plus sage. Si le processus a duré trop longtemps, la jeune fille qui n'a noué avec d'autres hommes que des

---

<sup>1</sup> En opposition à la "titulaire", on trouve la "fraude" (une autre jeune fille avec qui on entretient des relations suivies, et qui peut éventuellement se considérer de son côté comme une "titulaire") et les "louches", jeunes filles avec qui on a occasionnellement des rapports sexuels. Le Palec (1994a : 1.29) avait mentionné une trilogie approximativement équivalente à Bamako.

relations superficielles puisqu’elle était “indexée” comme titulaire d’un autre, et si elle a vieilli, risque de devenir “invendue” et de ne plus trouver de prétendants sérieux. La migration générale des jeunes hommes n’arrange pas les choses, car s’ils n’ont pas les moyens d’entretenir leur titulaire dans de bonnes conditions pendant la durée de leur migration (en lui finançant dans le meilleur des cas un petit commerce), la jeune fille risque d’être infidèle et, même si elle se “débrouille” simplement en attendant le retour du migrant, de se voir quittée par lui à terme pour son infidélité et de devenir “invendue”. Or, une femme “invendue” est généralement pourvue d’enfants illégitimes, cherche de plus en plus fiévreusement à se marier, et — il faut ici rompre la symétrie entre les genres — les hommes tendent à en profiter pour entretenir avec elle des relations moins coûteuses et plus faciles à rompre.

La hantise, devant de nombreux exemples passés, de devenir “invendue”, jointe à la volonté de trouver un conjoint suffisamment aisé, pousse les jeunes filles à conjuguer, en jonglant, l’entretien de leur réputation et la diversification “protectrice” des partenaires. L’ensemble de ces réalités fait des relations sexo-matrimoniales un “jeu” sociologique qui se déroule dans la méfiance mutuelle, et où on pourrait distinguer des “virtuosos” au sens bourdieusien (jeune homme réussissant à “caler” sa future épouse tout en profitant des “fraudes” et des “louches” ; jeune fille “calée” par un jeune homme aisé, ou entretenant une relation stable qui débouchera sur le mariage tout en entretenant des relations rentables avec des adultes généreux et des relations plus affectives avec des amis de cœur) et des “perdants” (jeune fille devenue “invendue”, jeune homme dilapidant son maigre bien et voyant régulièrement ses “copines” le quitter pour se marier avec un meilleur parti). La clef majeure de performance dans ce jeu est évidemment l’aisance financière, et c’est pourquoi on évoque localement l’hypersexualité supposée des hommes très riches et des femmes trop pauvres, qui sont du coup structurellement soupçonnés d’être des vecteurs du sida.

Au centre des débats suscités par ces jeux, on retrouve l’opposition entre le mariage “familial” (*balimafuru*, littéralement “mariage des germains”) et le mariage “d’élection” (*kanufuru*, mariage “d’amour-sédution”, “d’amantage” comme on dit localement, ou *janyefuru*, mariage “de plaisir, d’amour”). Le mariage familial est par définition plus stable, car protégé par la famille (on dira d’ailleurs que ta cousine est “la femme qui t’appartient” *versus* “la femme des autres”), que sa rupture, inversement, mettrait en péril ; mais il est plus contraignant pour les mêmes raisons, sans compter qu’il ne résulte pas d’un choix affectif. Il offre l’avantage d’être éventuellement moins onéreux pour l’homme (sauf si on a les moyens de pratiquer une politique dotale de prestige) et d’assurer une plus grande sûreté du processus matrimonial (les deux promis sont plus tenus à respecter leurs engagements, même en cas de mésentente, et les risques de “mévente” sont annulés). L’épouse a dans la famille un statut supérieur, quasi-équivalent à celui du mari ; celui-ci n’a donc pas à l’imposer, et elle est structurellement plus respectueuse de ses

parents ; il la domine moins psychologiquement<sup>1</sup> en un sens, mais elle est plus tenue d'avoir un comportement social standard, ne peut jouer sur la séduction pour obtenir des avantages particuliers et doit accepter sans sourciller un éventuel manque de moyens. Ce mariage est difficile à rompre en cas de mésentente, car le partenaire transgressif verrait peser sur lui la réprobation familiale unanime.

Les mariages électifs ont les avantages et les inconvénients contraires : le processus matrimonial peut être plus facilement interrompu soit par un des partenaires, soit par une des deux familles qui souhaite engager son "parent" dans un mariage familial<sup>2</sup>. La femme possède un espace psychologique de jeu plus grand, mais un statut moindre dans la famille, et elle court un risque plus élevé de répudiation : "la façon dont il t'a eue, c'est la façon dont il peut t'abandonner". Le mari peut connaître des difficultés à soutenir le statut familial de l'épouse dans sa famille et a une moindre emprise statutaire sur elle, mais sa répudiation est plus facile.

Dans ces temps difficiles, c'est donc une estimation serrée de leurs performances relatives sur quelques registres-clefs (statut et richesse des familles / statut dans la famille / aisance financière personnelle / beauté et capacité de séduire, de "s'emparer de l'esprit de l'autre") qui amène les individus à choisir entre les deux formes d'alliance matrimoniale, étant entendu d'une part que le tout s'insère dans des histoires de vie et que l'issue des rencontres passées influe sur lesdites variables (des jeunes filles pauvres "invendues" peuvent ainsi être récupérées par le groupe sous forme de mariage familial), et d'autre part que la logique du "coup de foudre" peut intervenir comme partout pour relativiser la rationalité des choix. Dans tous les cas, à partir d'un certain âge, trouver un partenaire matrimonial adéquat devient un problème véritablement obsédant.

L'ordre des choix amoureux ne cesse d'ailleurs pas avec le mariage. D'une part, là aussi comme partout, les individus strictement fidèles sont une minorité (et la polygamie ne garantit pas plus cette fidélité que la monogamie), d'autre part les mêmes conditions déjà décrites vont favoriser le maintien de la quête sexuelle. La paupérisation des hommes (des pères et des maris) va dans ce sens, dans une société où un problème élémentaire de survie se pose pour les jeunes filles des familles les plus pauvres (ce qui occasionne une petite prostitution bon marché), où par ailleurs, dans les milieux plus aisés, la rivalité des femmes dans l'acquisition ostentatoire de biens de prestige (surtout vestimentaires) est structurelle, et où enfin pour les hommes aisés la consommation sexuelle intensive est un signe majeur de prestige, même si elle est évidemment socialement masquée, et, sur un autre plan encore, ostentatoirement déniée dans le contexte d'énonciation religieux-islamique. Le nombre

<sup>1</sup> C'est ainsi qu'une épouse de ce type peut, si son époux a des conduites trop autoritaires, lui dire "ton père, mon père" pour rappeler cette (relative) équivalence de statut.

<sup>2</sup> Comme il arrive fréquemment que la jeune fille ou le jeune garçon ont fait un ou plusieurs enfants, soit unilatéralement (l'un d'eux a voulu "caler" le partenaire), soit en accord réciproque (pour obliger les familles à sanctionner l'union), en cas d'échec, la jeune fille "invendue" reste alors le plus souvent avec ses enfants à charge — ou à charge de sa famille.

croissant de divorces, plus nombreux dans les mariages électifs que dans les mariages familiaux (mais ceux-ci sont touchés à leur tour, quand la pauvreté devient un problème de survie, et la femme qui quitte son mari se coupe alors le plus souvent de sa famille) remet, de plus, régulièrement sur le marché sexuel des femmes en difficulté, dont la situation devient comparable à celle des "invendues" : selon leurs atouts, elles (re)tenteront leur chance sur le terrain des mariages d'élections quitte alors à transgresser les critères de choix statutaires et même ethniques, ou sombreront à terme dans la prostitution. Sur un tout autre plan, le sentiment<sup>1</sup> d'un déséquilibre pénalisant les femmes dans le sex-ratio amplifie le syndrome, et, alors même que la monogamie est de plus en plus revendiquée par les jeunes filles comme une valeur, les pousse à souhaiter, passé un certain âge, d'être choisie comme seconde ou troisième femme par un homme aisé, et conséquemment, à mener une quête séductrice intensive auprès de cette catégorie.

Quels sont les effets de ces processus sur le plan de la prévention ? On a souvent noté que le préservatif et son utilisation apparaissent à la fois comme « un instrument de protection ... un signe de maladie ... un comportement sexuel révélateur (et) un indicateur de statut social », et que, partant, « sa nature est relationnelle et son usage sélectif » (Vuarin 1994 : 22). S'il est vrai que le préservatif est en général associé à la "honte" liée à des relations sexuelles "dévergondées" (et de façon privilégiée à la prostitution)<sup>2</sup>, il est surtout vrai que son port signifie immédiatement, plus encore que le manque de sérieux de celui qui le met ou de celle qui l'accepte, le caractère peu sérieux de la relation ainsi engagée, parce qu'elle est du coup inscrite dans l'infidélité possible. A Bamako, Le Palec et Diarra (1995 : 115-116) notent qu'en refusant le préservatif (les femmes) affirment leur moralité ... signifient qu'elles sont sérieuses (et les hommes font de même en ne le proposant pas ou en acceptant de l'ôter). Elles le signifient effectivement au sens strict à leur partenaire et il s'agit là d'un message qui n'est pas perçu naïvement : des hommes qui se plaignent de refus féminins de préservatifs avouent volontiers un peu plus tard que leur considération pour leur partenaire aurait baissé si elles l'avaient accepté, d'autre remarquent qu'elles "te font ainsi savoir qu'elles veulent faire du sérieux avec toi".

C'est là effectivement la signification majeure du refus du préservatif, qui est bien un positionnement stratégique explicite sur la relation à engager, comme les dénégations des anciens étaient des positionnements stratégiques sur le type d'ordre social à préserver. La peur du sida induite par les messages médicaux — y compris quand ceux-ci sont rejetés sur le plan explicite — est suffisamment grande pour que le port du préservatif soit envisagé par beaucoup, mais *in abstracto*, comme une protection souhaitable. Son usage fait de moins en moins l'objet d'une répulsion de

<sup>1</sup> Et sans doute en partie la réalité, mais on ne dispose pas ici des chiffres nécessaires à l'affirmer.

<sup>2</sup> D'où le thème déjà évoqué des "préservatifs transmettant le sida". Lors d'un entretien de groupe, un jeune homme a fait un lapsus en disant "sida" à la place de "capote" ; le lapsus fut repris plusieurs fois par d'autres informateurs, ce qui donnait des énoncés comme "oui, mais si j'utilise le sida...".

principe procédant de la “honte” attachée aux pratiques sexuelles non sanctionnées par le mariage, sauf dans les pratiques sexuelles des jeunes enfants ; mais il faut ici tenir compte du manque d’information, du caractère furtif de la relation et de la difficulté éventuelle à se procurer des préservatifs, ou tout au moins à se les procurer discrètement. Mais cet usage reste incompatible avec une relation considérée par l’un des partenaires au moins comme une relation “sérieuse”, c’est-à-dire à finalité matrimoniale possible. C’est d’autant plus vrai que, dans les recherches matrimoniales, un des moyens essentiels de “caler” le partenaire (pour un homme ou pour une femme) est de lui faire un enfant (ou de se faire faire un enfant par lui), et que c’est également un des principaux moyens pour un couple d’affirmer son caractère indéfectible face à des familles ne voulant pas le reconnaître (mais la stratégie peut échouer et la femme rester seule avec les enfants) ; or le désir social d’enfant est encore plus évidemment contraire à l’utilisation du préservatif que le désir matrimonial avec lequel il va de pair. C’est pourquoi le préservatif est d’un côté “de plus en plus”<sup>1</sup> utilisé par les prostituées notoires massivement informées par les services de prévention, par un nombre grandissant de prostituées d’occasion et leurs partenaires, par les hommes auprès des jeunes filles classées comme “louches”, et dans les relations vécues mutuellement comme provisoires (jeunes filles cherchant presque explicitement de quoi relancer leur commerce ou frayant avec des hommes plus âgés parallèlement à la quête d’un partenaire connu<sup>2</sup>).

Mais une des conséquences des nouvelles quêtes sexuelles et matrimoniales est de multiplier, synchroniquement (à un moment d’une vie d’homme ou de femme) et diachroniquement (aux moments successifs) les relations où l’un des partenaires au moins aspire à une évolution maritale de la relation et, partant, à l’affirmation sociale de la fidélité et au désir social d’enfant : c’est le cas du “multititulariat” au sens de la multiplication des “titulaires” dans un contexte de lutte concurrentielle pour le mariage en général et pour la captation d’un partenaire socialement valorisé en particulier ; ce sont les cas induits par la concurrence entre mariage familial et mariage d’élection lorsque la logique du premier ordre brise une tentative faite dans le second et ayant occasionné la production de “bâtards”, par la course plus tardive au mariage, même en seconde ou troisième position des femmes “invendues” ou ayant peur de le devenir, par le rejet de femmes divorcées sur le marché sexuel en position d’infériorité.

Examinons l’articulation des deux formes de positionnements décrites, les stratégies de (non-) protection induites par les processus sexo-

<sup>1</sup> Aucun chiffre sérieux ne permet de préciser ce propos, y compris les statistiques de vente des préservatifs, faites à partir de comptages irréguliers et souvent fantaisistes ; aucune vérification *in situ* des déclarations des informateurs n’est évidemment possible. Il est donc appuyé sur plusieurs centaines d’entretiens approfondis et répétés avec des informateurs pendant trois ans.

<sup>2</sup> Nous parlons d’un emploi grandissant depuis 1992, principalement dans la zone considérée, qui coïncide avec la diffusion des messages. Cela n’empêche pas que le préservatif reste globalement peu utilisé et que certains individus, pour des raisons personnelles, y restent résistants même dans le cadre des relations décrites.



matrimoniaux et les stratégies d’énonciation de groupes étudiées antérieurement. Les stratégies d’énonciation servent en partie d’arsenal aux autres : le thème paranoïde du sida “inventé par les blancs” est manifestement activé, soit en situation de discours polémique face à l’occident, et ne constitue alors qu’un des myèmes utilisé dans ce discours, soit pour légitimer un refus de penser le problème lié à la frayeur de lettrés ayant eu de nombreuses relations non protégées avant l’annonce du sida. La négation “religieuse” n’est également en général, outre l’affirmation statutaire d’une croyance, qu’une reprise orientée du thème de la lutte contre l’anomie sociale et le dérèglement des mœurs. Concrètement, les comportements (non) protectifs des jeunes gens les plus religieux (suivants des marabouts, inscrits dans des *médersas*) obéissent aux mêmes contraintes liées à la relation sexo-matrimoniale concrète que celles des autres. On peut dire la même chose des interprétations qui nient l’existence du sida au nom d’étiologies traditionnelles (autres maladies, sorciers, génies, transgressions d’interdits) ou des thèmes de “l’étrangeté” alimentaire ou climatique, en ajoutant que leur efficace se joue à deux niveaux : pour éviter l’imputation de sida à des groupes donnés (migrants essentiellement), pour la réfuter *a posteriori* en cas de décès.

En zone rurale comme en ville, une minorité importante des jeunes gens des deux sexes semblent aspirer à se reconnaître mutuellement le droit d’utiliser le préservatif. A Mopti comme à Bamako<sup>1</sup>, cette aspiration peut prendre la forme d’une mise en avant de la fonction contraceptive du préservatif, valorisée alors pour éviter de faire des enfants illégitimes. Mais cela ne peut avoir lieu la plupart du temps que si l’on reconnaît — ce qui est difficile — un caractère plus ludique et moins finalisé matrimonialement à la relation (si la relation peut être formalisée comme “d’occasion”, on peut même maintenant, mais rarement, évoquer indirectement le thème de la contamination : “es-tu sûr que je sois fidèle ?”). En zone rurale comme en ville, également, certains aînés, même s’ils continuent de tenir un discours “négationniste” face aux jeunes, utilisent eux-mêmes le condom dans leurs relations extramaritales, en évoquant alors aussi sa fonction contraceptive. A Mopti même, des aînés — surtout dans des milieux d’artisans et de commerçants, et souvent des femmes — déclarent avoir “suffisamment peur” pour “les enfants” pour leur conseiller de se protéger.

Les groupes appauvris plus traditionnels notamment sur le plan de l’alliance matrimoniale, et qui revendiquent stratégiquement ce “traditionalisme” pour légitimer leur position de retrait face au monde urbain dans lequel ils sont économiquement marginalisés — ils reproduisent finalement face à la ville les mécanismes de défense observés face à l’occident dans les milieux intellectuels<sup>2</sup> — sont en un sens effectivement les plus réticents à la protection, du fait de leur sentiment d’être protégés en restant “entre soi”, sentiment fortement

<sup>1</sup> Le Palec, communication personnelle.

<sup>2</sup> C’est chez eux qu’on trouve le plus le thème de la transgression pathogène des interdits exogamiques ethniques. On peut alors se demander s’il est bien adéquat, dans certaines sensibilisations radiophoniques, d’insister sur la nécessité de “mettre des limites entre les hommes et les femmes, entre les ethnies”.

développé dans les membres des deux sexes, comme un refuge contre la marginalité et une forme de résistance conjointe à l'exogamie, sentiment qui néglige les conduites sexuelles à l'étranger et l'ouverture de plus en plus forte de leurs enfants aux relations sexuelles prémaritales avec des membres d'autres groupes <sup>1</sup>. Mais, du fait de cette ouverture et du recrutement d'un certain nombre d'enfants par l'école, le message d'information commence à y être plus présent <sup>2</sup>.

### **A propos du “culturel”, du “social”, de “l’universel”, du “psychologique”, des sciences sociales et de la prévention**

On a d'abord examiné l'origine des paradigmes qui servent à penser “l'ensemble sida”, puis les stratégies “idéologiques” d'énonciation de groupes discrets, la façon dont ils conjuguent ces paradigmes en exprimant leur rapport imaginaire à leurs conditions d'existence sociale, en fonction des rapports plus ou moins sensibles entre Nord et Sud, entre villes et campagnes. On s'est ensuite attaché aux stratégies concrètes de protection ou de non-protection de ces mêmes groupes, ou de sous-groupes et d'individus éventuellement pris entre plusieurs appartenances, et exprimant dans l'ordre des conduites de (non-) protection leur rapport imaginaire à la socialisation possible d'une relation de sexe déterminée. Sur tous ces registres qui ne se déduisent pas mécaniquement les uns des autres, on a bien affaire à des positionnements d'ordre “sociaux” en général, qui, même s'ils utilisent (évidemment) des significations “culturelles”, ne sauraient se réduire à des conduites “culturellement” déterminées par des “croyances” figées.

Ces sociétés et les individus qui les composent “traitent” à leur manière le sida, en le référant aux désordres dans lesquels il s'insère, aux désordres qu'il peut créer, et ce dans le cadre de projets, conservateurs ou novateurs, de groupes ou d'individus tentant par définition de promouvoir, dans le réel ou l'imaginaire, leur existence et leur statut. On n'a d'ailleurs pas affaire à des groupes figés, mais, dans le cadre de la densification des relations entre ville et campagne et des processus de réidentification dont témoignent les reconversions socioprofessionnelles et les modifications des circuits d'alliance matrimoniale qui les accompagnent, à des frontières en mouvement.

Si tout est affaire de positionnements, il faut renvoyer à son esthétisme la position culturaliste qui s'épuiserait à dresser des listes de correspondances entre “représentations” et “pratiques”, pour cerner d'hypothétiques “blocages” et les “lever”. Cette conception “culturaliste”, dans cette forme de mise en œuvre, relève paradoxalement d'une

---

<sup>1</sup> Si la contraception est davantage pratiquée, c'est sous la forme de la pilule. Du fait des migrations longues, en réaction au nombre d'enfants illégitimes dans le cercle depuis deux décennies, l'usage de la pilule contraceptive a atteint un niveau élevé en regard de l'ensemble du pays.

<sup>2</sup> Il est évident en tous cas que si ces groupes sont plus difficiles à sensibiliser à la prévention, ils ne sont en aucun cas plus menacés de sida que les autres, imputation qui tend à leur être faite comme la rançon de leur relative marginalité.

conception néopavlovienne des individus et des cultures qui n’a pourtant plus grand droit de cité dans les champs scientifiques, mais qui est régulièrement réactivée depuis quelques décennies dans le champ pluridisciplinaire, sans doute parce que, pour des raisons historiques concernant l’histoire des disciplines, les sciences dites “dures”, qui s’investissent spontanément ou par nécessité dans le domaine du développement, font toujours appel aux sciences humaines quand elles ressentent — de façon non analytique — que “quelque chose bloque” du côté du social, et font à ces dernières une demande en termes culturalistes. Il y a certes un jeu de société intéressant à réunir des spécialistes de diverses disciplines devant un jeu de dessins où on se demande de concert si l’addition d’un personnage ou la modification d’une posture ne serait pas de nature à mieux convaincre les “groupes-cibles” de l’urgence qu’il y a à utiliser les préservatifs. Mais, outre qu’on peut déplorer que ces dessins sont généralement d’une qualité évocatrice bien inférieure à ce que les arts cinématographiques d’animation ont produit depuis un demi-siècle, et donnent une image très appauvrie de l’art occidental, on peut surtout se demander s’il n’y a pas mieux à faire. Dans le même esprit<sup>1</sup> il n’est pas certain que, après quelques scènes de théâtre représentant très régulièrement les stéréotypes d’imputation du sida (prostituées, jeunes gens “dévergondés”, etc.), l’exhibition publique de préservatifs, éventuellement gonflés d’eau, provoque dans les quartiers ou les villages autre chose qu’une franche rigolade chez les jeunes gens et de plaisantes indignations de circonstance chez les anciens et chez quelques jolies puritaines. Comme on s’aperçoit généralement après discussion que les acteurs même qui font le spectacle ne “croient” ni plus ni moins que les autres au sida, il ne faut sans doute pas trop compter sur l’efficacité de discussions suivant les spectacles, qui ont d’ailleurs rarement lieu.

Pourtant la diffusion des messages a eu son efficacité. S’il est un peu agaçant de voir certains professionnels de la prévention continuer à focaliser sur la prostitution, alors que les prostituées “notoires” (c’est-à-dire celles qui se reconnaissent comme telles) sont depuis longtemps les plus averties du danger et s’en protègent le plus, il faut bien avouer que si c’est le cas, c’est bien grâce aux efforts qui ont été déployés. Ces messages ont également créé — de façon inégale, et il faut encore insister sur la diffusion en brousse, et sans doute donner pour cela des moyens notamment aux radios de proximité qui, dans cette région au moins, ont fait un travail remarquable avec un manque cruel de moyens — une “peur” présente même chez ceux qui les réfutent, peur qui est bonne en soi, même si elle n’est pas suffisante, et qui justifie de toutes façons la répétition inlassable du message simplement descriptif. Mais, au vu des processus analysés, que peut-on faire de mieux et quel rôle peuvent y jouer les sciences sociales en général et l’anthropologie en particulier ?

Quelques suggestions s’imposent :

— Parce qu’on a affaire à des conduites sociales de positionnement, on a affaire à du mouvant. On voit par exemple que l’évolution des

---

<sup>1</sup> Même si on risque ainsi de nuire aux efforts conjugués pour occuper le terrain “préventif” de quelques “spécialistes” occidentaux et de nombreux jeunes chômeurs diplômés africains (ou d’ailleurs occidentaux).

rapports Nord-Sud, celle des rapports de force entre les différents types d'alliance matrimoniale et entre les catégories d'âge, peuvent modifier sensiblement la mise en œuvre des différents paradigmes de "l'ensemble sida". Il est donc de toutes façons nécessaire d'effectuer ce qu'on peut appeler un "suivi analytique" des processus d'interprétations et de (non) protection dans les diverses couches de la population<sup>1</sup>. Ce "suivi" doit être assuré par des chercheurs, si possible en liaison avec les services et les actions d'information et de prévention.

— Puisqu'encore une fois on a affaire à des positionnements relationnels, sans doute serait-il bon de travailler dans et sur les relations elles-mêmes. S'il est quasiment impossible de mettre en présence publiquement des groupes d'âge différents (mais on peut aisément discuter des périls encourus par les jeunes avec les vieux), on peut sans doute trouver moyen, ce qui s'est déjà fait ça ou là lors de la visite dans des villages d'animateurs de radios de proximité, de "travailler" *in situ* le rapport entre jeunes gens et jeunes filles autour du thème de la sexualité, en le resituant dans le cadre des processus de quête matrimoniale, statutaire et financière. Cela pourrait se faire par exemple par le recrutement d'animateurs vivant des séjours de longue durée sur leur terrain, et en rapport avec des équipes de chercheurs.

— On touche à nouveau ici au problème du "ciblage" des messages. Cette question, prise dans un contexte culturaliste (qui croit à quoi et doit donc entendre quoi ?) peut aboutir à des incohérences : tout le monde entend tout, toute information se diffuse très vite ; la peur créée par les premiers messages tend même à induire une quête avide d'informations, et la formulation répétée de messages qui pourraient apparaître contradictoires entre eux ne pourrait que désorienter les populations et les faire dériver sur le thème déjà très présent de la manipulation par l'extérieur. Le travail dans le cadre des relations sensibles permettrait au contraire de "cibler" les bonnes réponses à faire à des questions véritablement et concrètement posées.

— Enfin, il ne faut négliger ni la dimension "universelle", ni inversement la dimension "individuelle" du problème. "Universelle", parce que la résistance au préservatif relève *aussi* d'une difficulté à conjuguer l'intimité d'une relation sexuelle et affective avec la médiation du "caoutchouc"<sup>2</sup>, difficulté qui n'a rien de spécifiquement africain. Il en va

---

<sup>1</sup> Il est néanmoins souhaitable d'éviter de déborder sur des messages à contre-effet, comme c'est le cas lorsqu'on "charge" le message moralement, au risque de provoquer des réactions de rejet chez les jeunes ; quand on diffuse en même temps des messages de prévention du sida et des messages sur la contraception, au risque d'aviver le thème paranoïde anti-occidental ; ou quand on cible de façon dangereuse et indélicate des groupes déterminés, en prenant le risque d'activer des processus de stigmatisation qui n'ont déjà que trop tendance à se mettre spontanément en place. Inversement, on pourrait faire preuve d'un peu plus d'imagination pour répondre à la demande unanime de distribution "confidentielle" des utilisateurs de préservatifs — à la campagne autant qu'en ville. Un effort d'information actif serait aussi à faire auprès des "intellectuels" qui ont été un peu trop vite constitués en récepteurs privilégiés.

<sup>2</sup> Les reproches faits au préservatif sont les suivants : il y a "moins de plaisir" ; "moins de naturel" ; le préservatif implique des conduites sexuelles moins intenses ("il ne faut pas trop se remuer") pour être fiable ; il rallonge de façon déplaisante la durée du rapport

de même de la tendance à sérier les relations sexuelles dans le cadre desquelles on l'emploie et à le réserver à des relations plus "occasionnelles", ou de la propension à nier le danger chez ceux qui se sont le plus exposés. "Individuelle", parce que les spécificités individuelles dans le comportement sexuel et de séduction ne sont pas moins variables en Afrique qu'en France, comme en témoignent des classifications psychologiques locales. Entre "universel" et "individuel", employés ici comme des notions seulement indicatives, il semble que l'appel à des spécialistes qui travaillent sur les mêmes thèmes en occident — notamment à des psychiatres, des psychanalystes ou des psychologues — serait le bienvenu dans des travaux d'équipe comme ceux qui ont été évoqués, ne serait-ce que pour éviter que le "problème africain" ne soit traité au carrefour d'une "anthropologie spontanée" et d'une "psychologie spontanée" des médecins et des technocrates, étant bien entendu qu'il y aurait tout autant lieu de s'interroger sur la "psychologie spontanée" des anthropologues.

### Bibliographie

- 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).
- FAY C., 1995a, « La démocratie au Mali ou le pouvoir en pâture », in J. SCHMITZ et M.-E. GRUENNAIS (éds), *La démocratie déclinée*, n° spécial des *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXXV(1) 137 : 19-55.
- — 1995b, « "Car nous ne faisons qu'un". Identités, équivalences, homologues au Maasina (Mali) », in C. FAY (éd), *Identités et appartenances dans les sociétés sahéliennes*, n° spécial des *Cahiers Sciences Humaines* (Orstom), 31 (2) : 427-456.
- 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 : chapitre 6.1-22.
- GERARD E., 1994, « Le sida, un mal vaincu d'avance ? », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : chapitre 5.1-36.
- KONE Y. F., 1994, « Révélation du sida et pratiques du changement social : la Région de Sikasso », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : chapitre 4.1-15.

---

(l'éjaculation peut être tardive) ; on n'est pas sûr qu'il soit fiable ; il encourage le dévergondage ; il fait apparaître ses utilisateurs comme dévergondés ; il provoque des maladies, il donne le sida. Seuls les deux, à la rigueur les trois derniers reproches seraient difficilement exprimés par des informateurs français, en prenant naturellement une large palette d'informateurs, y compris religieux.

- 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 : chapitre 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 J.-P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l’exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121.
- VUARIN R., 1994, « Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule », in T. DIARRA, C. FAY *et al.*, *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : chapitre 2.1-27.

Claude FAY, *Du "culturel", de "l'universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali*

*Résumé* — Au Mali, les interprétations du sida et les réactions concrètes à la maladie et aux messages de prévention sont déterminées par des facteurs complexes. Les discours conjuguent des paradigmes variés : les significations médicales y coexistent avec des interprétations locales de la sexualité, de l'alliance, de la maladie, mais aussi avec des représentations plus récentes concernant le rapport à l'Occident et la difficile reformulation des codes sociaux. Loin d'être le reflet d'une "culture" homogène, les divers stéréotypes interprétatifs produits par des groupes différents tiennent essentiellement à des stratégies de positionnement dans le cadre de négociations du changement social. Enfin, les conduites individuelles concrètes de protection ou de non-protection sont surdéterminées, pour des rencontres données, et au delà des discours qu'on peut tenir en tant que membre d'un groupe, par des stratégies sexuelles et matrimoniales particulières. Pour comprendre et agir dans l'ordre de la prévention, il faut prendre en compte l'articulation de ces divers positionnements interprétatifs et pratiques, et renoncer définitivement à un culturalisme du pauvre qui s'acharne à opposer la "rationalité scientifique" d'une part et de supposés "blocages culturels" de l'autre.

*Mots-clés* : sida • sexualité • alliance matrimoniale • changement social • idéologie • prévention • protection • Mali • Maasina.

Claude FAY, *"Cultural", "universal" or "social"? Reflecting on AIDS and prevention in Mali.*

*Summary* — In Mali, interpretations of AIDS and concrete reactions to the disease and to prevention messages are determined by complex factors. The discourses combine various paradigms: medical definitions coexist with local interpretations of sexuality, of marriage, of illness, and also with more recent representations concerning relations with the West and the difficult reformulation of social codes. Far from being the reflection of a homogenous "culture", the various interpretative stereotypes produced by the different groups have primarily to do with strategies for positioning oneself in the framework of negotiations on social change. Transcending the discourses that one might put forth as the member of a group, concrete individual behaviors of prevention or non-prevention are overdetermined in a given encounter by individual sexual and matrimonial strategies. In order to understand and act appropriately in the area of prevention, it is necessary to take into consideration the interlinkages of these various interpretative and practical positions and to renounce once and for all a poor's culturalism who obstinately opposes "scientific rationality", on the one hand, and the alleged "cultural blockages" on the other.

*Keywords*: AIDS • sexuality • marriage • social change • ideology • prevention • protection • Mali • Maasina.

## **17. AIDS and politics in Sudan: some reflections**

**Atta El-Battahani**

Like many African countries, Sudan is passing through a period of transition, development/underdevelopment and crises. Civil war, population displacement, famine and epidemics follow on the heels of these crises. Quite often in multi-ethnic, multi-cultural societies certain diseases and epidemics acquire stereotypical character, sometimes with serious social and political implications. In Sudan, the ruling Arab-Muslim elites (both politicians and state bureaucrats) feel more comfortable to put the blame on refugees and nationals from neighbouring African states and non-Arab displaced Southerners for the outbreak of AIDS and its spread to northern Sudan, the centre of development.

Although the outbreak of AIDS in Sudan is not yet of a scale comparable to that of other African countries, such as Kenya, Uganda or Zaire, nevertheless it is spreading in the North where official statistics register a steady increase of reported cases and where the state-run media project it as an imminent threat. But as far as the ruling elites (now Islamist elites) are concerned, this is not the only threat they are facing. Despite the Islamist authoritarian rule, Sudan is going through a process of liberalization, secularization and greater exposure to world cultures. The more this exposure emboldens the already radicalized political community and the burgeoning civil society (professional groups, women organizations, students and ethnic groups), educated, the more the ruling Islamist elites feel the need to deal with the threat posed by liberalization and secularization to their tenuous hold on power.

Although not explicitly stated, it does seem that, in the short term, the Islamist elites have chosen the policy option of playing off one threat against the other: AIDS against liberal-secular forces. This paper reflects on how in the context of the current situation in Sudan, the threat of AIDS feeds into that of politics and vice versa. In the first section, we draw on the work of Michel Foucault, among others, to outline a broad theoretical framework for dealing with the topic. Section two gives an account of the political conjuncture in which the Islamists assumed power, how the Islamists responded to the crises of the Sudanese society by proposing a panacea to cure its ills: economic, social and moral ills. Section three gives a brief account of the government policy and the possible outcome of its relevant policies and programmes, such as the Sudan National AIDS Committee, AIDS treatment, follow-up and public awareness activities, legal, moral codes, reproductive health and family planning policies; staff training and



budget allocation. In section four we consider the interface between the threat of AIDS and the political threat and how they were played off against each other, paying particular attention to the intricate, reciprocal, and often invisible, process between the two.

### **AIDS and politics**

AIDS is an epidemic disease, and is mainly a sexually transmitted disease (STD). Its transmission is through body fluids that harbour the Human Immunodeficiency Virus (HIV). We are not here concerned with its different types, genetic make-up, symptoms, modes of transmission, infectiousness, incubation period and the range and stages of its development in those affected and the recommended medical treatment. Rather our concern is with its moral, social and political dimensions generated as a result of AIDS and the threat it poses. This is because disease does not only affect the physical body, it also affects the '*Social Body*', the relationships between people (Barnett and Blaikie 1992: 3).

As with other illnesses, AIDS makes people dependent, less able to play their role in the family or the household and in society at large. As indicated by Barnett and Blaikie (1992), AIDS put its victims into a condition of socially stigmatized, and we may add morally defined 'impurity'. We may also add that AIDS victims are perceived as morally impure, dangerous and untouchable, a perception that is liable to elicit moral panic. In Sudan, even among the most educated elites, people look with disgust and apprehension on AIDS victims.

A disease such as AIDS understood socially as being both sexual and life-threatening is likely to be not just socially disruptive in the extreme but also represents a politically dangerous weapon to use against potential opponents. Its frightening and socially disruptive aspects are captured by some of the names by which people in Uganda describe it — 'the robber', 'the one that drains', 'the cheater', and 'the incurable disease that imprisons us' (Barnett and Blaikie 1992: 3; Obbo 1993: 237).

The Islamist press, outside Sudan, likened it to the Holocaust, the 'AIDS Holocaust'<sup>1</sup>, and in Sudan, the local press called it 'the plague of the twentieth century'<sup>2</sup>.

Because of its particularly threatening nature, it is also a disease which becomes socially defined as a disease of the 'impure others' — negatively affecting some culturally defined out-group, homosexuals, black people, foreigners, prostitutes. In a world where, for historical and political reasons, difference can be, and often has been, interpreted as evaluation of inferiority and superiority between supposed 'racial' or ethnic groups, it is important to be particularly careful not to reinforce social prejudice in the name of science (Barnett and Blaikie 1992: 4). This had already occurred with AIDS, labelled as the 'gay plague' or identified as an 'African disease'.

---

<sup>1</sup> *Gadaya Dowaliyya*, 5/9/1994.

<sup>2</sup> *Al-Multaqa*, issues from 1992-1994.

Perhaps more than any other incident, AIDS has thrown afresh the question of sexuality into the limelight and to many people the reconsideration of sexuality brings a strong moral dimension to the debate. Sexuality is often perceived to be among the most natural, universal and private aspects of human life. And yet like gender, sexuality is a social, and for that matter a political, phenomenon. Beliefs about male and female bodies and the pleasurable potential of each, reproduction, gender roles, relations between and within sexes, and marriage, all differ widely across cultures (Gorson and Kanstrup 1992: 30), political systems and ideologies.

Politics, in a very broad definition, is about improving the quality of life of the people. Indeed, this is what is expected from government and politicians. At a conceptual level, politics deal with power-structures and the way these structures influence allocation of resources amongst contending classes and social groups, and the imposition of norms and values that shape people's attitudes and behaviour even in private (sexual) domain.

A number of writers have highlighted the interrelationship between sexuality and power, especially Michel Foucault:

“We ... are in a society of ‘sex’ or rather ‘with a sexuality’: the mechanisms of power are addressed to the body, to life, to what causes it to proliferate, to what reinforces the species, its stamina, its ability to dominate, or its capacity for being used. Through the themes of health, progeny, race, the future of the species, the vitality of the *social body* power spoke of sexuality and to sexuality; the latter was not a mark or a symbol, it was an object and a target” (emphasis added) (Foucault 1984: 147).

This is not the place to go deep into this topic, yet one needs to suggest that historically, politics and sexuality, or for that matter sexual diseases, have been intertwined. At the risk of simplification, one may state that both morality and sexuality were deployed by the powerful to control and discipline their populace, and since the nineteenth century one may distinguish between a conservative political force celebrating the values of the family, purity and religiosity, while on the other hand stand liberal-radical forces stressing the values of emancipation, self-determination to all individuals without sex, race, ethnic or class prejudice. We shall show in this paper AIDS and the threat emanating from it was both ideologically and politically appropriated by the conservative, fundamentalist forces both in the West and the Middle East to advance their cause and serve their interests. In the following section we consider the social crisis in Sudan and the broader socio-cultural environment affecting the conduct of sexual relations and STDs, including AIDS.

### **Crises in Sudan and Islamist panacea**

From independence in 1956 right up to 1996, Sudan has been embroiled in a series of crises and conflicts: ethnic, political, social, economic, religious, cultural and moral.

Despite these crises and conflicts, Sudan is described as a bridge between the Arab-Muslim world and Black Africa, and as a melting pot where diverse ethnic, religious and language groups were related together. But Sudan has continued to baffle observers and analysts by the protracted conflicts and the series of crises inflicting its population. These conflicts and crises, however, are a product of Sudan's past and recent history. Major among the factors that shaped this history are Arab-Muslim early movements into Sudanese plains, experience of slave trade, Turko-Egyptian and British colonialism, poor economic performance, ecological degradation and the geo-political significance of the country.

Political developments since early 1980s have been characterized by continuous civil war, inter-ethnic conflicts and environmental degradation in the North. But out of all factors shaping and contributing to the present political crisis, the most significant and of particular interest, is the relationship between a predominantly Arab-Muslim, more urban and relatively developed riverine basin core and an African, mainly animist and Christian, and relatively underdeveloped peripheries of the South and West Sudan. Though itself a product of past transformations, this core-periphery relationship has come to reflect and shape much of Sudan history, politics and the present crisis. It is a relationship based on inequalities in wealth, power and prestige.

The politics of the country since Independence, in 1956, has been largely monopolised by the North, and in particular a ruling Arab-Muslim elite. Although both Northern and Southern elites reached an agreement that temporarily ended hostilities in 1972, nevertheless manipulative tactics and dishonouring of the 1972 agreements by Northern politician and the introduction of *Sharia* (Islamic Law) in 1983 were enough to renew hostilities and the civil war resumed once again. Faced with mounting crises, such as civil war, tribal conflicts, drought and displacement, widespread poverty, corruption and increasing rates of crime in urban areas and chaos and paralysis which characterized the performance of the civilian government between 1985-1989, radical, Northern-based, Islamist elites took over power in a *Coup d'Etat* in 1989.

The solution proposed by the new ruling Islamist elites is that the Sudanese nation must rely on itself, develop original formulæ to its problems and shun any outside intervention. It is this outside intervention (colonialism, imperialism, communism and secularism) that has been blamed for alien ideas and modes of behaviour largely responsible for corrupting the nation and causing to go astray. To salvage the nation from all its ills, Islam is presented as an alternative to these ideologies<sup>1</sup>. In its ideological tenets, Islamism calls for racial and ethnic harmony, respect for women, social justice, and social welfare.

To combat its social ills and build itself, the nation must draw on its strength from its faith in God. The way ahead is only possible through religious, moral salvation. Political corruption, economic corruption and social anarchy all stem from moral corruption, which can only be

---

<sup>1</sup> For a general reference see Dekmejian (1980).

fought by adopting the way of God (*Sharia*) and by embracing Islam as a way of life in all walks of life: political, economic, educational and social. Islamisation is the panacea for the crises of the Sudanese society.

Islamisation, or what is referred to now as 'civilised orientation', is believed to be beneficial for all segments of society, men, women, Arab, non-Arab, Northerners and Southerners, irrespective of ethnic origin or cultural background. In a sense, Islamisation implies that moral standards of Islam, (or what the Islamists believe to be Islam) are foisted upon the diverse social and cultural map of Sudan.

In this regard a number of points are in order. Firstly, as ideology, Islamism gives particular *representations* of reality not the real, factual situation. Ideologies have intrinsic tendency to *invert* or disguise 'the real'. According to many Islamists, AIDS is not the disease of the Muslims, it is the disease of non-Muslims<sup>1</sup>. And we shall see below, the real situation concerning the sexual values and patterns of behaviour in Sudan is so diverse that it will not be sensible to (a) reduce to one norm, and (b) believe that AIDS can only come from refugees or Southerners. Secondly, Islamisation principles are so general that they fit as panacea for almost every thing. There is no clear and unambiguous definition and interpretation of any of these principles, so that when it comes to concrete policy making concerning allocation of resources to health or security, for example, policy makers are free to decide and adapt according to the political tactics and political pressures, not to the rosey world of ideology. Policy making is therefore, or tends to be, dominated by the powerful. In *realpolitik*, Islamism has turned to be one form of the Northern hegemony.

A brief note on some major processes behind AIDS and its spread in Sudan is in order. Many studies illustrated the significance of socio-cultural context of sexual habits and traditions in shaping the Sudanese sexual life. Known for its religious, moral, cultural and social diversity, the Sudanese society is rich to the extent of overabundance in a broad spectrum of sexual and behavioural practices and traditions (Hussein 1992: 10). In some parts of Sudan, a widow goes with the inherited wealth to the brother or the son from another wife, also taking a concubine or a lover is a complementary aspect of manhood, and in other Sudanese communities, in western Sudan, a bride can only be sanctioned if she can emphatically prove she can bear an offspring (Hussein 1992: 11). Foreplay between boys and girls in their early age of adolescence is an everyday fact of life in some Nomadic communities. Statutory rape of young girls, as young as 10 years, by their would-be fiancée is a normal practice in many parts of southern Sudan.

---

<sup>1</sup> In a meeting between government officials and NGOs, in preparation for the World Population Conference in 1994, a State Minister for Health stressed that they were less concerned with AIDS because "it is not the disease of the Muslims, it is the disease of non-Muslims". This statement, however, invited prompt reaction from one of the government officials and representatives of the NGOs. Sudan eventually boycotted the Population Conference for it was believed it would only serve the interest of the West.

As a result of the civil war in the southern and the Nuba Mountains regions, people in the affected areas moved in millions to the North. Official sources put the total number of the internally displaced people 3.5 to 4 millions. In addition, and due to harsh environmental conditions in western Sudan, with consequent desertification, drought and famine, large number of young and single men and women have been forced to move to towns and urban centres in the North in search of employment and settlement only to find that their newly adopted homeland is virulently inhospitable and can offer only prostitution as a way of living for their young women (Hussein 1992: 9). Poverty and low socio-economic status, particularly for women in urban areas, is also associated with HIV/AIDS risk. Due to their poverty, physical and social circumstance, the urban poor are at increased risk of getting infected with HIV/AIDS. Youth coming from lower socio-economic groups frequently have less access to risk reduction information and less support for engaging in risk reduction behaviour. In view of the life they lead (drugs, malnutrition and exposure to STDs), homeless and street children in Khartoum are at an increasing risk to contract AIDS.

Muslim society tend to conceal the reality of its sexual life, but according to a number of studies, promiscuity is prevalent in Sudanese society. It is kept latent, with the rich, God-fearing people resorting to polygamy to satisfy their sexual virility, "unlike those who normally indulge in promiscuity after eliminating all factors contributing to abstinence from that practice or fidelity to one partner and by that we mean fear of God, fear of parents, STDs and stigma of HIV infection" (Hussein 1992: 10).

According to Amin and Hamad (1992), homosexuality is widespread in Sudan and this is mainly due to male-female physical segregation. Adults abuse adolescents and the latter are also sexually abused children. Homosexuals are the most vulnerable HIV group. Hussein (1992: 10) reported that incest by close relative in some parts in central and northern parts of Sudan is widespread. With the increasing trend of migration of breadwinners, spouses and elders abroad, families and wives are with adolescents or relatives who are supposed to take care of them. In the secrecy and confines of the family, these adolescents and relatives carry out some errands for the women with all the sequential entrapment, and extra-marital sexual activities (Hussein 1992: 10).

Female circumcision, tattooing, and skin piercing are the most significant practices that help the transmission. The Demographic and Health Survey of 1990 show that the prevalence of female circumcision is almost 90 percent among the 15-19-years-old age group. Not only that, continued use of unsterilized tools will lead to harmful results, some studies have established a direct relationship between female circumcision and AIDS.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *The New Internationalist*, January 1988, p. 27.

At the cultural level, the exposure to outside 'Western culture' is indirectly associated with social liberalism, which in turn condones if not encourage sexually liberal attitudes. Hence, the exposure of the developed Northern centre to outside 'Western' cultural influence which has been aided by mass media entertainment products, such as films, video clubs, television shows and advertising is perceived as portraying sexual behaviour as a normal and recreational activity without restrictions. In Sudan, the wealthy classes, in the North, have satellite TV channels and many studies carried over the last few years by students in Faculty of Medicine and Institute of Extra-Mural Studies at University of Khartoum have shown that frequent use of drugs is popular among youngsters.

Thus, the conservative norms and heterosexual relationship is caught between the poles of attraction and repulsion latent in traditional Muslim ideology. Modernization and economic necessity are breaking down the seclusion of women, which was the traditional Muslim solution to the conflict. Sexual desegregation creates new tensions and anxieties. Spatial boundaries and lines of authority between the sexes have become unclear, demanding completely new and often painful adjustments from both men and women (Mernissi 1993: 164).

The extent to which the existing patterns and levels of teenage sexual behaviour that expose them to the AIDS virus is not yet known. However based on the patterns of transmission of other STDs among sexually active adults, a fairly high proportion of students and soldiers in the war zone are quite vulnerable to HIV and indeed may already have been infected. According to the 1991 report of Sudan National AIDS Committee (SNAC), 34 percent of all reported cases in Sudan during 1986-1990 were in the 15-19 year age-group<sup>1</sup> and the sexual transmission among all cases reached 94 percent. If we take the 34 percent among those youngsters and given an incubation period of 5-10 years then many of these persons got infected when they were still in early adolescence, and even before many of them had entered secondary school. Girls appear to be exposed to the AIDS virus at much younger age than boys. Young people taking jobs as soldiers, students, seasonal labourers and traders, and in particular those working in the South or West Sudan tend to expose themselves more easily and have sexual relations during their stay. A number of those who contracted AIDS did that while they were in the South<sup>2</sup>.

It is our contention that these factors have largely contributed to the the spread of STDs and AIDS in Sudan. What matters now is to see how the government has responded to this situation.

### **Government policies, programmes and outcome**

Like elsewhere in Africa, statistics on AIDS in Sudan are much less complete and reliable because figures given by different departments

---

<sup>1</sup> Sudan National Committee for AIDS, Annual Report, Khartoum, 1991.

<sup>2</sup> *Interview* with Prof. Kamal Abbas, Faculty of Medicine, University of Khartoum.

and institutions vary. But all do agree that AIDS is steadily progressing in the Sudanese society. According to one report, a total of 1,258 AIDS cases — 126 ABC cases and 1,468 asymptomatic HIV infections— have been reported in the country up to the end of 1995. However, under-diagnosis, under-reporting and delayed reporting make the reported cases an underestimation of the actual situation prevailing in the country. Indigenous transmission accounts for most of the reported cases and infections as evidenced by the occurrence of HIV-infections in Sudanese nationals who had not travelled out of the country.

In March 1994, the director of Sudan National AIDS Control reported the spread of AIDS as follows: 2 cases in 1986, 23 cases in 1987, 64 cases in 1988, 122 cases in 1989, 130 cases in 1990, 182 in 1991, to 500 cases in 1992, and in 1994 the total number reached 1,829 cases. About 80 percent of these cases lie in the age group of 20-40 years old and the male to female ratio is 3 to 1,<sup>1</sup> but recently male to female ratio is reported to be levelling to 1:1 and is attributed to the higher number seeking medical care and being included in surveys. About 94 percent of the cases have been reported to have acquired the disease heterosexually. In terms of regional distribution, 46 percent cases from the South, 23 percent cases from Khartoum<sup>2</sup>, and around 20 percent cases from the Eastern State, where Eritrean and Ethiopian refugees are settled.

Since 1986, a total number of 1,506 high-risk individuals have been tested and found to be HIV-positive with no symptoms of the disease giving a HIV positive prevalence rate of 6.9 percent. The rates among high risk groups varied from 23.6 percent among sex contacts of AIDS cases, to 10.1 percent in STD patients, to 11 percent in tuberculosis patients and to 22 percent among female prostitutes. blood donors are screened at the Khartoum Blood Bank using the HIV-Sebodina rapid test. Of the total number of 22,278 blood samples screened since 1986, 196 were confirmed to be positive for HIV antibodies. The ratio started in 1987 as 1 in 5,000 but now it is 1 in 81<sup>3</sup>.

As to the scale of the AIDS spread in Sudan, again there are conflicting opinions. While Saeed and Homaida (1991) stress caution, indicating that the rate of HTLV-III (Human T-Cell Lymphotropic Virus) seropositivity in Africa has been grossly overestimated, others point to the steady progress that the epidemic is making in Sudan. But there is a consensus that AIDS is there and it is spreading.

How AIDS spreads in Sudan and the means of its transmission, is a subject of controversy among Sudanese researchers and medical doctors. Researchers and medical doctors close to the government argue that the major medium for AIDS transmission is through sexual intercourse (from infected person to his or her partner); through exposure to blood, blood products or transplanted organs or tissues;

---

<sup>1</sup> Sudan News Agency, 6/6/1994.

<sup>2</sup> *Al-Gowat Al-Musalaha*, Khartoum Daily, 20/7/1994.

<sup>3</sup> Sudan National AIDS Committee, Annual Report, Khartoum, 1995.

and from infected mother to her foetus or infant, before, during or shortly after birth.

There is no disagreement as to the nature of these as AIDS transmission mediums, the disagreement centres on the relative weight of the different factors affecting the transmission process. While researchers and medical staff close to the government tend to give more weight to sexual permissiveness and laxity in moral attitudes as the main cause of AIDS, others, like Kamal Abbas, believe that socio-economic factors are responsible for the transmission of the disease by almost 70 percent, and if it is found among the Southerners, it is because they are poor, malnourished and impoverished<sup>1</sup>. After socio-economic factors, Abbas ranked sexual permissiveness and delinquency among the youth, particularly among 20-40 years-old, then the war in the South, where use of drugs too is reported to be widespread and the government even keep a blind eye on it, and lastly the role of prostitutes. Refugees also constitute an important segment in which AIDS is reported to be widespread. This had alerted the government officials to take action.

In 1986, there was a major shift in the official attitude towards AIDS. It is in this year that the first cases of HIV were identified and an international conference on AIDS for the WHO Eastern Mediterranean countries was convened. This was an eye-opening experience for government officials in the health sector. Following this, the Ministry of Health established the Sudan National AIDS Control (SNAC). SNAC constitution was decreed by the Ministry of Health and Social Welfare in 1987, and with a membership of 51 and under the chairmanship of the First Under-secretary, SNAC began operating as an official body. Its main objectives were to prevent HIV transmission, and to reduce the morbidity and mortality associated with AIDS. SNAC instruments for achieving these broad objectives were:

- To supervise and promote training of all personnel working in the health sector on all aspects of the disease.
- To intensify health awareness among the public, particularly on aspects concerning modes of transmission and methods of prevention.
- To seek national and international support and channel resources towards disease prevention and control.
- To establish laboratory for diagnosis of the disease.
- To ensure routine screening of donated blood in all blood banks.
- To establish a system for recording and reporting on the disease all over the country.
- To establish guidelines for treatment and case management of the disease in general hospitals, clinics, and home according to WHO recommendations<sup>2</sup>.

The introduction of economic liberalization policies in 1990 has largely contributed to a marked increase in inflation and a steady deterioration in income distribution. Rural and urban poverty rates

---

<sup>1</sup> Interview, with Professor Kamal Abbas.

<sup>2</sup> Sudan National Committee for AIDS, Annual Report, Khartoum, 1991.



have increased in 1993/94 with 93 percent of rural and 84 percent urban households falling below the poverty line (Ali 1994: 111). The fact that the South is more impoverished and less developed than the North needs no elaboration. Increased poverty means deterioration in health status, and this comes through both reduction in consumption of health-related goods and a direct decrease in spending on health goods. The government itself cut its spending on health. For the last decade the government spending on health is declining. For example, the actual health spending as a percentage of total government expenditure fell from 2.9 percent in 1986/87 to 2.2 percent in 1990/91, to 0.1 percent in 1993/94<sup>1</sup> for the years 1986/87.

A very limited expansion took place during 1985-1993: hospital beds in the whole country increased by 13 percent, public hospitals increased from 133 in 1985 to 218 in 1993, hospitals with specialist services increased from 44 in 1985 to 45 in 1993, specialised hospitals increased from 13 in 1985 to 23 in 1993. The expansion in specialized hospitals, however, has little impact as they are concentrated in Khartoum, the capital of the country. Also health centres increased from 288 in 1985 to 477 in 1993, dispensaries increased from 977 in 1985 to 1,346 in 1993, dressing stations increased from 1,291 in 1985 to 1,388 in 1993, and primary health care units decreased from 2,725 in 1985 to 2,713 in 1993. Again, the expansion here is very insignificant and given an annual rate of 2.9 percent in population growth, less facilities exist compared with potential demand for health services.

Numbers of health personnel are also declining, for all categories—except health visitors—negative rates have been registered. For example, during the period 1990-1993 total number of general physicians declined by -35 percent, medical assistance by -10.2 percent, and nurses by -4 percent. This mass exodus from the service is strongly related to the deterioration in the living conditions as most health personnel are government employees whose suffered decline in their real income as a result of declining government spending on public health services<sup>2</sup>.

Moreover, hospital statistics covering the period 1986-1993 indicated the predominance of parasitic, infectious and malnutrition-related diseases. Throughout this period, these diseases accounted for at least 50 percent of cases admitted to hospitals. In Malakal, the capital of the Upper Nile State in southern Sudan, there is one hospital without a blood bank, and Malakal in particular is considered to be the gate from which AIDS spread to the North.

A situation like this one, which is characterised by civil war, environmental degradation, poverty and malnutrition, is a suitable environment for the spread of AIDS co-factors, if not AIDS itself. On the other hand, the government is the least interested in measuring up to the challenge. Leaving its expenditure on security and defence aside, the government spends almost an equal amount of money if not

---

<sup>1</sup> Ministry of Health, *Annual Health Statistical Surveys*, 1985-1993.

<sup>2</sup> Ministry of Health, *Annual Health Statistical Surveys*, 1985-1993.

a little bit more on the Broadcasting and Television corporations than on health. For example, in 1993/94 budget allocation for Chapter Two for both broadcasting and television corporations amounted to 293,800,000 million in LS, while the same budget allocation for Chapter Two for the Ministry of Health amounted to 290,000,000<sup>1</sup>. Could the plausible explanation be that for the Islamists winning the ideological warfare against their opponents is more important than winning the fight against AIDS? Of course this is not to imply that the government is not fighting AIDS. The fight against AIDS goes on, but on terms set by the politicians and these terms can change and expand to include both the fight against AIDS and at the same time the fight against the opponents of the Islamist regime.

These terms include a number of options: (a) pushing aside or denying that AIDS is the disease of the Muslims; (b) admit that it is important to fight AIDS but give it a low priority —arguing that the nation is confronted with a more imminent political danger; and (c) for political expediency, to combine the fight against AIDS with that against the political opponents.

For the time being, the government is adopting option (b) and concentrating more on raising public awareness, disseminating information about the threat of AIDS through posters and media coverage where Islamists agitators are given free hand in stressing that AIDS originates mainly because of deviation from the path of God.<sup>2</sup>

### **AIDS and politics in Sudan: an interface**

It is evident that for the Islamist elites in Sudan, AIDS is not a priority, it is not even high in their political agenda. At best, it is neglected, denied or pushed aside. And this is in itself a political statement. However, the threat of AIDS comes to the surface only when the political threat posed by the SPLA/M (Sudanese People's Liberation Army/Movement) or the secular-liberal forces looms large on the horizon. It is only then that the threat of AIDS creeps, insidiously, into the agenda of the Islamist rulers. Again the purpose is not to mobilize resources to implement a realistic AIDS control strategy, but the purpose is to whip up the religious, conservative sentiment by way of mobilizing a Northern-based constituency against the opponents of the regime. The ranks of these opponents include educated, middle-class women, Northern-based liberal and radical movement, and ethnic-nationalist movements led by the SPLA/M in the South.

For the Islamists, the social structure of a Muslim society must be based on male dominance. Since the days of the Prophet, polygamy, repudiation, the prohibition of *zina* (extra-marital sex) and the guarantees of paternity were all designed to foster the transition from a family based on some degree of female self-determination to a family

---

<sup>1</sup> *Akhbar Al-Youm*, Khartoum Daily, issues from 14/3/1996 to 6/6/1996.

<sup>2</sup> Sudan T.V., *Friday Roundtable Discussion*, 22/12/1995.

based on male control (Mernissi 1993: 64), or patriarchy. Thus, the establishment of the male-dominated Muslim family is crucial to the establishment of Islam.

Women are most vulnerable than men to sexual risk because in most societies their sexuality is more strictly regulated and controlled by others. Sexual norms and rules are often defined by men and the likelihood of conformity and compliance encouraged by the unrestrained sexuality of younger and/or unmarried women may represent a significant threat to male domination.

The moral absolutism and patriarchal values underpin the legal measures introduced since 1989 to control women. From the Penal Code of 1991, Personal Code 1991, Public Order Decrees of 1992, 1993 and 1995 to the Women's Committee in the Ministry of Interior, women are projected as potentially dangerous and threatening. These regulations control their moves, dress, education, employment, and travel abroad.

Women from different parts of Sudan with different cultures and traditions are expected to conform to these standards. It is suspected that one of the reasons why the former Chief Judge was replaced was his attempts to sensitise the judiciary to the diverse and multiple norms and value systems prevalent in Sudan. The hostile attitude the Islamist government took against the United Nations Conference on Population and Development in 1994 and the Conference document suggest that the government is not interested in putting these recommendations into action. Issues of women sexuality, reproductive health and health education are not favourably treated in the official discourse. Women's sexuality represents the interface between two of the most potent and insidious forms of oppression —gender and sexuality. The reluctance to address sexuality potentially limits the effectiveness of programmes in women's health, family planning and prevention and control of sexually transmitted diseases including AIDS.

For many reasons, the collapse of the Numeiri regime and the limited change that followed contributed to the political ascendancy of the Islamists in Sudan. The financial and organizational power of Islamists put them in a position to dictate the terms of political debate in the Sudan well before they assumed political power in 1989. Now they are in control of the state ideological apparatuses: mass media, schools and universities, mosques (and churches), and public opinion forums. Although they are still opposed to communism, yet they have new ideological opponents: liberalism, secularism, civil society and human rights movements. In the past, Islamists used smearing campaigns against the communists, now they use the same smearing tactics against all their opponents.

Building on the abhorrence the traditional Sudanese society feels towards sexual permissiveness, the Islamists, for decades, cultivated in the minds of the people that communism means sharing of wives and sexual freedom. When they had the Sudanese Communist Party outlawed by parliament between 1966 and 1967, the parliamentary leader defended their position by saying that the constitution does not allow sodomy or homosexuality, therefore, it should not allow

communism. The implication is that communism and homosexuality are both alike, both are forms of moral corruption. Now this use is extended to cover secularists, liberals and human rights movements. Civil rights groups and the rights enjoyed by gay and lesbian groups in the West are portrayed by state media as the *model society* the liberals and secularists want to emulate and see in Sudan. These are skilfully used by Islamists, some of whom had their training in the United States, to frighten and consequently mobilize a traditional, conservative constituency against liberal and secular political forces.

For many reasons, the inhabitants of northern Sudan generally believe that they are Arabs and that they are somehow superior to non-Arab inhabitants of Sudan. Whether this is racism or ethnic prejudice is not our concern here. Rather our concern is that associating AIDS with Africa and Africans in Sudan reinforce an already existing prejudice, be it racial or ethnic and it tells much about how identities of non-Arabs are being constructed. Now, in the identity tag of a Southerner or a refugee a new element is added: AIDS suspect, and therefore risky to mix with or to accept blood donated by him or her. Stories abound about how Northern patients in Khartoum Hospital refuse to have blood donated by Southerners for fear of being contaminated with HIV. Or how the Sudanese players in the National football squad were advised when tackling their Ugandan competitors in the field, they should not physically contact players of Uganda for fear of contracting AIDS. Quite often the local press refer to the neighbouring African countries, particularly with the deterioration in foreign relations, as 'the AIDS Belt'.<sup>1</sup> Of course this should not be construed to mean that all Northerners perceive Southerners or refugees as AIDS suspect, but quite a significant group of Northerners think so and react accordingly. At least we should not forget that the Islamists in the 1986 General Elections became the third force all over the country.

In its ideological and propaganda war against its political opponents, ranging from the liberal and secular Northern political parties to the SPLA/M, the Islamist government uses every conceivable weapon and make use of any issue. The use of AIDS provides an expedient weapon. In their public mobilization campaign, the Islamists often refer to themselves as the defendants of *al-ard wa al-ird*, meaning land and honour (land refers to 'Arab' or Muslim nation and honour here means 'women'). John Garang, the SPLA/M leader is often depicted by the media as a stooge for colonial, imperial, and zionist circles, and that he is not only interested in power but also he wants to satisfy his desire by having Northern Arab girls. Northern Islamist media use Garang here as a symbol of the threat coming from the South, a threat to both Sudan and the Arab world, but not the whole Islamic world. Given the alliance between the SPLA/M and the Northern liberal and secular forces, and given the fluidity of the political situation, what may pass as a propaganda exercise may quite easily assume, in the wake of religious and ethnic mobilization, a

---

<sup>1</sup> *Al-Multaqa*.

momentum which could be manipulated for further repression and sinister goals.

### **Conclusion**

The above account has attempted to show that the present situation in Sudan creates an atmosphere whereby the State is playing off the threat of AIDS against the political threat to its power. AIDS is being both politically and ideologically appropriated by a powerful Islamist elite to serve its own political agenda.

There is a strong link between political culture and sexuality. When people are repressed, engulfed in fear and wrapped in silence, sexuality is expressed in mime, parents do not learn to talk to their children, colleagues are reticent to talk about the future management of their workplace, leaders do not find courage. The destructive forces within thrive AIDS epidemic on secrecy, and as Herbert Daniel says, "public policies that encourage fear, shame, guilt and secrecy (become) the epidemic's accomplices" (Reid 1995: 2). And it is always the vulnerable and weak who pays for this.

What distinguishes the marginalized, the off-centre, "women, ... communities and vulnerable nations is their disempowerment, their lack of control over their destinies, their lack of a bargaining position and of collective organization. It is the disequilibrium within which they live. Achieving new forms of partnership, new social contracts between these interdependent groups, will itself require a societal transformation —the transformation of the assumed right to dominate discussion, to speak for, to represent, to control, into new and richer forms of social relations" (Reid 1995: 10).

Although AIDS was first discovered in USA in 1981 it is now associated with Africa, Africans and gay people. But many studies stress now that it is not a disease of gay people, or black people, or of people who use drugs. It is simply a disease of people.

In a religious and traditional society, as in Sudan, political dimensions of HIV/AIDS relate not only to poverty, malnutrition, illiteracy, adequate access to family planning and women empowerment, but also it has wider implications for ethnic prejudice and for repressing the forces of enlightenment, liberalism, democracy and civil society. Calls for civil rights can easily be interpreted by the political leadership as calls to give homosexuals and lesbians the right to organize.

It is time for Sudanese politicians to abandon the usual impulse to deny or shift the blame on to others when unpleasant events appear on the horizon, and instead they must develop policies and structures to combat the problem. The government should create an open, healthy and free atmosphere in which the AIDS epidemic and other serious diseases can be discussed.

The responsibility to respond cannot be borne by individuals, families, and communities alone. Governments must provide an enabling environment, in particular an appropriate ethical, legal and

human rights environment, within which the responses can be sustained. Governments must ensure that the required goods and services —condoms, voluntary counselling, testing services and so on— are accessible and affordable. Community resources —time volunteered, food, counsel given, transport provided, labour contributed, funds raised, children cared for— lie at the heart of a sustainable response, but these resources must be supplemented. Communities and their organizations know what additional resources they need to be able to continue. They must be empowered to define these resources to others, select them, manage them and account for their use in appropriate ways.

There must be a social contract between community organizations, NGOs and governments that clearly delineates their respective strengths, rights and responsibilities and that provides the mechanisms and the means for them to communicate with each other, share their insights and experiences, and work together. This social contract, formal or tacit, must be based on mutual respect and trust. Here they should make use of the expertise of the researchers, both in medical and social sciences, and NGOs working in fields relevant to this issue.

### Bibliography

- ALI A. A. 1994. *Structural adjustment and poverty in Sudan*, Cairo: Arab Research Centre.
- AMIN Ahmed S. and HAMAD Kheir Al Hajj M. 1992. "Sudanese sexual behaviour, socio-cultural norms and the transmission of HIV", in Tim DYSON (ed), *Sexual behaviour and networking: anthropological studies relevant on the transmission of HIV*, Liège: Derouaux-Ordina: 303-314.
- BARNETT T. and BLAIKIE P. 1992. *AIDS in Africa: its present and future impact*, London: Belhaven Press.
- BONGAARTS J. 1996. "Global trends in AIDS mortality", *Population and Development*, 22 (1): 21-45.
- DEKMEJIAN R. H. 1980. "The anatomy of Islamic revival: legitimacy crisis, ethnic conflict and the search for Islamic alternatives", *The Middle East Journal*, 34: 1-12.
- FOUCAULT Michel. 1984. *The history of sexuality*, Volume 1, London: Penguin Books.
- GORSON G. and KANSTRUP C. 1992. "Sexuality: the missing link in women's health", *IDS Bulletin*, 23 (1): 30-34.
- HUSSEIN Nawal M. 1992. *Analysing teenager unmarries female students' knowledge and attitudes towards AIDS and its prevention*, Ahfad University for Women, Sudan (Unpublished B.Sc. Dissertation).
- JÖNSSON C. and SÖDERHOLM P. 1995. "IGO-NGO relations and HIV/AIDS: innovation or stalemate", *Third World Quarterly*, 16 (3): 459-476.

- MERNISSI F. 1993. *Beyond the veil: male-female dynamics in muslim society*, London, Al-Saqi Books.
- Ministry of Health, the Statistical Department, *Reports 1985-1993*.
- OBBO Christine. 1993. "HIV transmission: men are the solution", *Population and Environment 14* (3): 211-243.
- REID Elizabeth. 1995. *HIV and AIDS: the global inter-connection*, West Hartford: Kumarian Press.
- SAEED B. O. and HOMAIDA M. 1991. "AIDS in Africa: the other side of the story", *Sudan Medical Journal*, 29 (1-3): 85-89.
- SALIH A. Fatima, YOUSIF E. Samia and ELHADARI Sana. 1992. *Recommended strategies for AIDS prevention by analysing behavioural, social and cultural factors that determine Sudanese women's risk to HIV-infection*, Ahfad University for Women, Sudan (Unpublished B. Sc. Dissertation).
- Sudan National AIDS Committee, Reports, 1991, 1993, and 1995.
- Sudan New Agency, Different issues of SUNA Bulletins, 1994.

*Magazines and Newspapers:*

- Akhbar Alyoum*, a Khartoum Daily.
- Al-Gowat Al-Musalaha*, a Sudanese Daily.
- Al-Multaqa*, a Sudanese Weekly.
- Gadaya Dowaliyya*, a Monthly Islamic Magazine.

*Interviews:*

- Interview with Professor Kamal Abbas, Faculty of Medicine, University of Khartoum, 11/4/1996.

Atta EL-BATTAHANI, *AIDS and politics in Sudan: some reflections*

*Summary* — This paper reflects on how in the context of current crisis-ridden situation in Sudan, the threat of AIDS feeds into that of politics and vice versa. Drawing on the work of Michel Foucault, among others, a broad theoretical framework is outlined before moving to consider the political conjuncture in which the Islamists assumed power. The Islamists responded to the crisis of the Sudanese society by introducing a panacea to cure all its ills: economic, political and moral. The paper gives an account of the government policies, instruments and institutions — Sudan National AIDS Committee, AIDS treatment, reproductive health, moral codes, staff and budget issues— designed to deal with threat of AIDS. In considering the interface between the threat of AIDS and the political threat, the paper argues that both threats were played off against each other, paying particular attention to the intricate, reciprocal, and often invisible, process between the two.

*Keywords:* politics • crisis • Islam • AIDS • multi-cultural societies • moral values • ideology.

Atta EL-BATTAHANI, *Sida et politique au Soudan : quelques réflexions*

*Résumé* — Cette étude examine comment, dans le contexte de la situation actuelle de crise au Soudan, la menace du sida alimente la politique et vice versa. Dans le plan d'analyse, elle s'appuie, entre autres, sur les travaux de Michel Foucault. Elle examine la conjoncture politique dans laquelle les islamistes assument le pouvoir. Les islamistes répondent à la crise de la société soudanaise en lui proposant une panacée pour soigner tous ses maux : économiques, politiques, moraux. L'étude donne un aperçu sur la politique gouvernementale, les instruments et les institutions destinés à faire face à la menace du sida — le Comité national de lutte contre le sida, le traitement du sida, la santé de la reproduction, les codes moraux, les dirigeants et les questions budgétaires. En considérant l'interface entre la menace du sida et la menace politique, l'étude explique comment les deux menaces sont dressées et invoquées l'une contre l'autre, en accordant une attention particulière aux processus interactifs, et souvent invisibles, entre les deux.

*Mots-clés :* politique • crise • Islam • sida • sociétés multiculturelles • valeurs morales • idéologie.



## **18. Rebels at risk: young women and the shadow of AIDS in Africa**

**Carolyn Baylies, Janet Bujra *et al.*<sup>1</sup>**

Everywhere AIDS poses new dilemmas for young people, circumscribing their life choices and impinging on the way in which they explore their sexual identities. For young women, whose sexuality is frequently characterised by less autonomy than that of males, the situation may be particularly acute (Holland *et al.* 1992b). Our research in Tanzania and Zambia<sup>2</sup>, has indicated the nature of some of these dilemmas for young people and the way in which they are responding, underlining in the process the ways in which young women, especially, can be seen as 'rebels at risk' in the epoch of AIDS.

### **Introduction**

AIDS casts a deep shadow of uncertainty and danger as young women face unenviable choices in a changing world. It is in this context that we shall explore the extent to which a peer culture of

---

<sup>1</sup> Coauthors are the Members of the Gender and AIDS Teams, Tanzania and Zambia: Tashisho Chabala, Naomi Kaihula, Beatrice Liatto-Katundu, Japhet Lutimba, Marjorie Mbilinyi, Scholastica Mokake, Faustina Mkandawire, Olive Munjanja, Lillian Mushota, Feddy Mwangi, Julius Mwabuki, Caroline Shonga, Anne Sikwibele and Zubeida Tumbo-Masabo.

<sup>2</sup> The research, which was initiated in October 1994, was funded by the European Scientific Research Council and involved teams working in Tanzania and Zambia. Research was conducted at three sites in each of the two countries: Dar es Salaam, Lushoto and Mbeya in Tanzania, and Lusaka, Mansa and Mongu in Zambia. Sites were chosen so as to include differing cultural traditions, both rural and urban settings and areas with differing levels of HIV prevalence. Among other research activities small surveys (N=100) were carried out at each site to gain some initial understanding of the beliefs and practices of the local population in respect of HIV/AIDS and protection against the threat which it poses. Though quota samples were used to ensure coverage of the gender divisions, various age groups and socio-economic categories, no claims are made about complete representativeness and therefore findings must be seen as indicative rather than conclusive.

This paper presents findings drawing on illustrative material primarily from research diaries and group discussion in two sites, peri-urban Mansa in Zambia and rural Lushoto in Tanzania, but it also incorporates analysis of survey data covering all three sites in Tanzania and two of three in Zambia. It draws on insights generated at team level by all of the researchers engaged in the project.

adolescence is emerging and how it is gendered, the way in which familial relations are being tested and tried, the extent of communication between those of different generations regarding sexuality and protection, the way in which marriage is being rethought by some young women, and the potential for women to create futures in which they are autonomous of male support.

Norms describing sexual behaviour have undergone considerable change over recent years within many African countries, including Tanzania and Zambia, particularly in urban areas and among those who are more educated. While marriage may be occurring later,<sup>1</sup> sexual experimentation has often come early, sometimes leading to worrying levels of STD infection and teenage, extra-marital, pregnancies.<sup>2</sup> At the same time former mechanisms of instruction in sexual matters have in many cases broken down (Ntukula 1994). Among many groups it was and remains improper to speak of sexual

---

<sup>1</sup> Data from the early nineties indicates that 21 percent of females aged 15-19 years in Zambia were married as compared with only 2 percent of males of the same age category (GRZ 1993). The median age of first marriage for women in their 20s at this time was 18, while that of women in their 30s and 40s was 17 (Gaisie *et al.* 1993). In Tanzania there is a trend towards later marriage for both sexes. In 1978 the mean age for marriage of men was 24.9 years while that for women was 19.1 (Cleland and Ferry 1995: 31). By 1989/90 a national survey conducted in conjunction with the WHO's study of sexual behaviour and AIDS found the mean age at marriage for males to be 25.2 while for females it was 20.6 (*ibid.*).

There is also a pattern across both Tanzania and Zambia of women with higher levels of education marrying later. In Zambia the median age at marriage of those with secondary school education was 19.9 in the early nineties as against 16.7 for women with no education (Gaisie *et al.* 1993). In the early seventies in Tanzania the median age of first marriage of women aged 20-24 with no education was 17.06 years as against 19.39 years for those with 9 to 13 years of schooling (Tumbo-Masabo and Liljestrom 1994: 24)

<sup>2</sup> In the early nineties, teenagers (aged 10-19) accounted for 22 percent of deliveries at Mubimbili Medical Centre in Tanzania (Chambua *et al.* 1994). In Zambia at this same time, about a third of all teenage women had either had a child or were pregnant with their first child, although there was a considerable urban/rural differential with a figure of 28.5 percent for urban residents and 40 percent for rural residents. The aggregate national figure for those aged 17 was 30 percent and of those aged 19, 66 percent (Gaisie *et al.* 1993). There is a more significant trend whereby fewer very young teenagers are currently giving birth. For the cohort aged 45-49 in 1992, 14 percent had had their first child when they were less than 15 years of age. For the cohort 15-19 the relevant figure was just 1.8 percent (*ibid.*)

It is difficult to know what proportion of teenage mothers were unmarried and undoubtedly the figure varies considerably across rural areas as well as between rural and urban settings. Of those teenage women giving birth at Mubimbili Medical Centre in Tanzania in the early nineties, however, 40 percent were unmarried (Chambua *et al.* 1994). Ntukula's (1994) research at several sites in Tanzania led her to conclude that premarital adolescent pregnancies were fairly common, many of the young girls whom she studied having given birth before marriage. Certainly in both countries there has been a strong perception (reflected in policies of expelling pregnant school girls and sometimes their male sexual partner as well) of teenage pregnancy prior to marriage constituting a social problem and a manifestation of the breakdown of former norms and practices.

matters in the presence of one's parents or for parents to teach their children about sex, particularly across gender lines. But as Tumbo-Masabo (1994) notes, whereas pre-colonial patterns of initiation were rule governed and characterised by an 'openness,' today there is more commonly a socialisation of 'silence'. Although this 'silence' is being challenged within the context of the AIDS epidemic and many parents recognise the need to fill the gap, they frequently find themselves, in practice, not always able to do so. Some sex education occurs in schools, but its limited nature means that young people are often left to learn about such matters from their peers.

Both young men and women are questioning traditional norms and seeking to define their own mode of experience. With horizons stretched by education, training and the influence of the media, they are often prompted to move beyond the confines of their parents' lives and experience. Their hopes are matched, but also driven and distorted, by economic necessity. Limited schooling, delayed marriage, a contraction of wage employment and a squeeze on peasant farming have rendered some young people a drain on family resources, and have placed young women in particularly problematic situations. Young people have often been forced to forge their own futures with only limited family support, and in the case of young women, sometimes *against* what remains of a moral consensus about appropriate female behaviour. Young women are seeking autonomy through independent migration to towns and through work on their own account. But such lives, often involving new relations, sexual experimentation and sexual exploitation, can put them and their futures at grave risk in the context of AIDS. Both young males and young females may take on the role of rebels (or have it thrust upon them). But in view of the very nature of the options available to and taken up by young women and the way in which gender dynamics discourage their assertiveness within sexual encounters, they are particularly at risk.

Thus the themes which characterise the prevailing situation —and which will be explored in this paper— relate to the way in which economic crisis in Africa leaves many young people to fend for themselves, with the breach between the generations (expressed in part in a socialisation of 'silence' as regards sexual matters), and greater personal freedom extending to sexual activity, leading to an increased danger of disease from unprotected sex. Our data, drawn from a comparative study of Tanzania and Zambia, underline the commonalities in regard to young people, and especially young women, whether they come from rural or urban areas, are educated or illiterate. We begin by considering the way in which problems associated with negotiating safer sex have been dealt with in the literature on AIDS and young people.

### **Empowerment and the negotiation of sexual encounters**

In Africa the young have been regarded as representing a 'window of opportunity' with respect to protection against HIV/AIDS (GRZ,

Strategic Plan 1994-98). As they enter adolescence almost all are free from infection. To the extent that they can retain this status, they and subsequent generations could, in theory, effectively avoid the trauma and social dislocation associated with HIV/AIDS. In practice so optimistic a projection is unrealistic, not least because it is customary for women to have older male partners. And indeed the reported rates of infection show that women begin to be infected at ages some five to ten years younger than men.<sup>1</sup> Even so, the promotion of safer sex and other preventive strategies among the young remains crucial for reducing rates of HIV prevalence.

While young women may be well aware of the dangers presented by HIV/AIDS, the way in which their own sexuality is defined and socially ordered undermines their ability to ensure protection. Based on their study of sexual behaviour of young British women, Holland *et al.* (1992a) conclude that their empowerment is crucial to their successful negotiation of safer sex (or more specifically, for ensuring their protection against HIV). For them such empowerment has two dimensions: the development of a positive conception of female sexuality and the ability to put this conception into practice. They caution, moreover, that realisation of the first does not necessarily entail enactment of the second. As they explain:

“The relationship between the intellectual and the experiential is never static, but develops and changes over time, as young women try to bring expectations and control of sexual situations more closely together. While empowerment always depends on gaining men’s consent to women’s definitions of the terms of sexual encounters, effective strategies for safer sex do not seem possible without some congruence between the intellectual and the experiential levels of empowerment” (*ibid*: Holland *et al.* 1992a: 148).

As they report, it is frequently the ‘complicated issues of trust and commitment’ (*ibid*) which undermine a young woman’s ability (and in some cases a young man’s) to ensure that empowerment at the intellectual level translates into practice. The complication is sometimes manifested in differences between young men’s and women’s expectations of the relationships they enter into. If young women not only equate a sexual relationship with love, but also with a presumption of permanency through eventual marriage in a manner not necessarily shared by their partner, then they may unwisely acquiesce to sexual relations and forego protective measures.

As our research shows, a different sort of complication may relate to the economic benefits which some women perceive to accompany sexual relations. These benefits are usually expected to follow from a

---

<sup>1</sup> This is manifested most forcefully in recent statistics from Tanzania. In the age groups 5-14 AIDS cases are negligible amongst both males and females, but in the age group 15-19 female cases are already more than three times the level of males. The peak for female cases is in the age group 25-29 whilst for men the highest proportion of cases is in the 30-34 age group. As the Tanzanian National AIDS Programme (1996: 14) reports: “the AIDS epidemic is continuing to affect women at an earlier age than males. The Programme is aware of this gloomy situation and continues to encourage all efforts to curb the problem among youth and especially the women”.

permanent union, but can also apply to short-term relationships entered into either casually or as a means of survival. As Komba-Malekela and Liljestrom (1994) note for Tanzania, this can lead to a mismatch of understandings or expectations between males and females. Thus if "men hurt young women by harassing them for sexual intercourse without mentioning marriage", it may also happen that "young women hurt men by their desire to obtain money and gifts instead of appreciating the man himself" (*ibid*: 142).

Our research confirms that strategies for ensuring protection through refraining from unsafe sex or abstaining from sexual relations altogether are complicated in a more fundamental sense by the very manner by which sexual experience and intimate relations are often so closely bound up with the development of an adolescent's self-understanding and sexual identity. This may be true for young males where the demonstration of sexual potency is seen as crucial to maturity, but it may equally figure in the development of young women's sense of identity and self-worth. However, to the extent that the construction of sexual identity involves others as partners (and, moreover, where the separate construction of male and female identities may be at cross purposes with one another), strategies of protection cannot be put into practice if based solely on the intellectual empowerment of individuals, and particularly not if hinging on the intellectual empowerment of the female individual alone, whose position within sexual encounters is so frequently subordinate.<sup>1</sup>

Holland *et al.* argue that while safer sex requires 'male consent', it also entails a challenge "to the ideas, identities, expectations and practices of men" (1992a: 160). To be effective, such a challenge to dominant views of masculinity cannot rest solely on individual negotiation, but must be a "collective project which shifts the balance of power between women and men throughout society" (*ibid*: 145, 158). This is the point from which our own work began (Baylies and Bujra 1995).

The specific way in which sexuality and sexual practices are constructed varies not just along gender lines but also across societies

---

<sup>1</sup> As Holland *et al.* (1992a) argue, this subordination is effected not least by virtue of the way in which a male model of sexuality is taken as the norm, having as its complement a passive model of female sexuality. A fundamental assumption underlying this male model is that sexual intercourse necessarily involves, and indeed is centred around, penetration. The strong association between condom use and notions of safer sex is largely founded on this model, which, while helpful in providing some means of protection, also constrains choices about what might be seen as constituting sexual practice and sexual pleasure. In addition the promotion of condom use is also problematic in some cultures given its association with unnatural or immoral sexual encounters (Ulin 1992). Another aspect of what Holland *et al.* denote as the male model of sexuality is the assumption that an individual is free to engage in sexual relations without personal obligation. Their own concern is to encourage a positive female model of sexuality which goes beyond individual assertiveness but does not merely supplant male with female power. Such a model would presumably recognize both equity and mutuality of interest in ensuring pleasure without physical, psychological or social harm.

and indeed across groups within a given society. But the general principles outlined by Holland *et al.* (1992a; 1992b) have been affirmed by those writing within or about specific African contexts (Ankrah 1991; de Bruyn 1992; Longwe and Clarke 1990; Heise and Elias 1995; McFadden 1992; Seidel 1993; Ulin 1992). Ulin (1992), for example, refers to lack of power in decision making, especially in sexual relations, as being an important contributor to the vulnerability to HIV infection, not just of young women, but of women of all ages. Our own work confirms this view.

### **Challenging norms in the context of economic constraints**

While not overthrowing male models of sexuality or overturning gender roles which dictate women's primary association with the domestic sphere and reproduction, young women are reflecting upon and challenging these social constructs. Our research uncovered several forms of rebellion among young women, including their demanding an equivalent education to that of their male peers, meeting with the opposite sex, engaging in sexual experimentation and deferring marriage. In some cases young women were living away from their parents, migrating to towns, setting up alternative forms of income-generation to those putting them under parental control, creating alliance with other girls and women for support and seeking forms of sustenance independent of both their parents and of men. Not all can be classed as rebels, but there is evidence of attempts by some to push back boundaries around accepted behaviour and accepted economic roles. In many cases these developments are positive, but their value is contested and in some respects consequences might be regarded as harmful, increasing women's vulnerability and responsibilities without expanding their real access to resources, increasing their level of participation in decision making or allowing them to gain greater control over their conditions of existence.

To some extent young women's exercise of initiative and exploration of new avenues of economic self-sufficiency are borne of necessity and may signify less a bid for increased freedom of choice than the breakdown of existing systems of economic and social security. Persistent national indebtedness and economic crisis—reflected in declining or largely stagnant real per capita income for large sections of the population and deterioration and increased cost of basic social services—describe the context in which many young people find themselves. Because women in many societies have characteristically had limited access to land and faced obstacles to gaining the educational qualifications affording access to wage employment or salaried position, marriage has often figured as fundamental to their survival strategies. But marriage also accords with societal understanding about their 'natural' destinies. These points were articulated during the course of a discussion of office workers in Mansa, Zambia, as detailed in the following excerpt.

- Marriage is occurring later. Sometimes it is postponed because of education. People go to secondary school and then further, but they may have to wait two or three years before getting a job. Some are refraining from marriage altogether.

*Researcher:* Do you mean the women?

- No, the men. They cannot marry because they do not have the means to support a family [given the state of the economy]. Women are different. Women strive hard to find someone to marry.

*Researcher:* For economic reasons?

- Not only that [although one of the women present voiced some disagreement on the point]. If a woman doesn't get married people will look on her in a negative light (Group discussion, 12 April 1996).

The comments reflect prevailing gender ideologies as well as the severity of the impact of economic factors on behaviours and life styles. In practice women must often 'do more' than merely find a husband. They must fend for themselves. But whether by design or necessity, the attempts of young women to forge new paths in seeking economic security often result in their facing a range of dilemmas. By putting themselves outside parental protection they can become easier prey to men and other unscrupulous adults. To the degree that they lack knowledge or experience, their bids for sexual freedom can end up in pregnancy, abandonment or risk of infection, not least from HIV. Given that income-generating prospects for women are limited, they often find themselves in new relations of dependency.

In explaining how HIV is spreading, particular emphasis was placed by respondents to our questionnaire on the way that poverty specifically affected young women, so often forcing them to sell sexual favours to survive, whether as an adjunct to trade or as a business itself. But recognition of the dilemmas and economic constraints faced by young women does not mean that they escape moral opprobrium. One consequence of challenging norms is that they can be subject to blame for social and physical ills, not least for the spread of AIDS. Thus in Lushoto in Tanzania, any rationale that their daughters' behaviour was founded in poverty was drowned by voices speaking of young women's growing moral turpitude and accusations that they fled to urban areas to enjoy the money and freedom which a life based on prostitution was deemed to allow them, only to return home infected 'to count their days'.<sup>1</sup>

The general tendency for sexual relations to have an economic dimension, entailing a distributive mechanism from males to females has been remarked on by a number of writers. McGrath *et al.* (1993) note, for example, that 63 percent of their sample of women in Kampala cited economic reasons for seeking sexual partners outside of marriage or their primary union. Doyal's (1994) review of research

---

<sup>1</sup> It is important not to give the impression that this is a novel phenomenon. AIDS travels on paths well-beaten by those moving between the village and urban areas. The trend began in colonial times, exacerbated by male labour migration and the alienation of land to more commercial farming; in the postcolonial period it borrows strength from the economic crisis in Africa (see e.g., Van Onselen 1976; Bujra 1982).

findings of Africa shows that increasing numbers of women are being pushed to sell sex to meet subsistence needs and that growing numbers of young schoolgirls are entering into relations with men in the explicit anticipation of money and 'gifts' to make good the shortfall in their maintenance requirements. This observation has resonance for our own research. Various accounts collected in the course of our work illustrate the way in which young girls are essentially being preyed upon by their elders (including family members) and pressed into sex work, often in consequence of financial insecurity

One story involved a young woman who was working in a shop in a small town in Tanzania. When asked whether she had a boyfriend, she conceded that she had a '*bwana*' with whom she had regular sex. She then recounted how she had been tricked into the relationship with him by her aunt, with whom she was staying. One night she had woken to find someone touching and fondling her. On realising that it was a strange man she cried out and jumped up, but he barred her way and put his hand over her mouth, forcing her back to the bed. Thereupon, she said, something painful had happened to her, something which she had never previously experienced. The next day she could neither walk nor eat, but just cried and cried. Her aunt's response was to laugh at her. Three more times she was similarly accosted by the man, until finally she resolved to tell her mother. But her aunt threatened to throw her out should she do and she was forced to confront both her sense of shame and the fact that she had nowhere else to go. She believed that her aunt was receiving money from the man for these rapes. She explained that she had been forced to 'fall in love' with the man, was now used to him, and was now having sex regularly, but always without condoms. Indeed she had never seen a condom. She said that she was aware of AIDS, but had left the matter to God, as she had no power to do other than what the man desired and her aunt dictated (Research diary of Julius Mwabuki, 9 August 1995).

Two further cases come from the fieldnotes of a researcher in Zambia. The first was an 18 year old girl whom he met at a funeral house. She recounted how a lack of funds had led to her difficulties two years earlier, precisely at the time that she was writing her primary examinations. For want of commodities such as soap and body lotion she had engaged in sex and become pregnant. She described her ensuing humiliation, the feeling that every eye was on her and the emotional distress associated with being repeatedly called to account for why she had become pregnant when still so young. The labour had been difficult, nearly claiming her life, and she had been strongly advised against becoming pregnant again for several years in order to give her body time to recover. In view of her experience and the information about HIV/AIDS imparted to her at the family planning clinic, she had resolved to refrain from sex altogether until she married (Research diary of Arnold Kunda, 8 February 1996).

The second was a girl of 15 who was involved in commercial sex. When asked whether she was aware of the prevalence of HIV/AIDS, she replied with some vehemence that she had no one to support her. 'If I



do not engage in this business', she countered, 'what shall I eat?' (Research diary of Arnold Kunda, 11 February 1996).

It is clear from the case of the young woman in Tanzania, that while women are often victims, they are not always innocent of contributing to the victimisation of other, younger women. A situation of economic hardship which pushes women into commercial sex may also undermine their integrity and sense of worth as well as their relations with other women. And of course this process also makes them vulnerable to HIV infection. While sexual relations involving financial dependence on partners do not always lead to AIDS, their prevalence both inside and outside of marriage underlines the limitations which women experience in negotiating safer sex on their own (Doyal 1994) and the necessity of a more general change in gender relations to ensure mutual protection.

### **Economic autonomy without sexual dependency?**

As well as documenting constraints, our research also indicated that some are now beginning to question the risk which sexual partnerships, including marriage, entail. As one woman argued (although her views were vociferously contested by both a man and another woman participating in the same discussion), 'if I had what I wanted, if I had enough money to have what I wanted, I would not marry' (Group discussion, Mansa 12 April 1996).

An attempt to put this view into practice is illustrated by the case of two single women, 'Augustina' and 'Jane' who shared a house and jointly ran a shop in a small town in Tanzania. Having met and become friends, they had elected to depend on one another and each was reluctant to exchange her level of autonomy, so hard won, for a long-term relationship with a man. One of them commented that there were many women these days who were unwilling to accept male domination in a marriage and preferred to remain unmarried and to rely on themselves. Men, they said, simply made you into a slave and could refuse permission for you to do things, citing in support of this conviction the case of a woman they knew whose husband had refused to allow her to accept a scholarship to go abroad to study. One of the two, the mother of a 7-year-old boy, was asked whether she would have another child. Her reply was straightforward and blunt: 'How can you think of having children these days with this AIDS problem?' (Research diary of Janet Bujra, 7 June 1995).

'Augustina' and 'Jane' would appear to represent a high level of intellectual empowerment, broadly translated into experiential empowerment. This has involved the apparent strategy, not of trying to alter men's power in the context of sexual relations, but essentially of sidestepping it by avoidance and through forging their own independent destinies in alliance with other women.

While some women may be choosing to forego marriage (if not the bearing of children), however, this is not an option which is always desired, let alone within young women's capability of grasping. The

example of 'Augustina' and 'Jane' is an important one because it illustrates the extent to which the heightened urgency created by the presence of AIDS has prompted women to reflect on their lives and their relationships and in some cases to choose an unconventional path. But the decision to turn their backs on marriage may be easier for those who have already experienced it, and to resist entering into relations with men easier for those who already have children. The feasibility of making such a choice may also be greater for those with higher levels of skill or education who are employable in scarce salaried positions or who have access to some resources which enable them to begin a viable enterprise.

Realisation of the importance of gaining skills or otherwise securing a degree of economic autonomy in order to reduce economic dependence on men seems increasingly to characterise young women, whether or not they are intending to forego marriage. In rural Lushoto a number of young girls coming together to initiate an income-generating enterprise insisted that 'we don't want to marry until we have become independent through learning some skills' (Minutes of meeting held 5 August 1996). They viewed married life with decidedly mixed feelings, seeing it as an onerous condition, with men giving little support to their wives. In seeking a positive way forward they drew up plans to buy cloth, sew it into clothes and sell them in the market. The limited prospects of success of this endeavour, however, given that the market for ready-made clothes has all but been destroyed by the import of second-hand clothes, underlines the way in which economic constraints, so frequently exacerbated by liberalisation and structural adjustment policies, restrict possibilities open to young women (and young men) and propel them toward more dangerous territory.

Indeed, the very attempt to gain skills or an education, and thereby some independence, can be fraught with danger, given attitudes which can both condemn young women who tread new paths and see them as fair game for satisfying male pleasure. This is illustrated by the case of 'Miriam' who told her story to a member of our research team working in Lushoto. Having come some distance to attend the local secondary school, she was staying in rented accommodation, but found herself periodically troubled by older men, who tempted her with 'money and luxurious things'. In the past one of these men had forced her to have sex on a number of occasions. He had left the area, but had now returned, and had tried to gain her consent to sex through boasting of his high level position in government. Persuasion having proved unsuccessful, he went to her room in the middle of the night in a drunken state and kicked down the door. On forcibly entering he proceeded to break utensils and other goods. The owner of the house chased him off but the incident left 'Miriam' distressed and depressed, wondering how, in her state of agitation, she could possibly attend school or have the peace of mind to concentrate on her studies (Research diary of Julius Mwabuki, 4 August 1995).

### **Competing pressures and continuing uncertainties**

While many young women are challenging the inevitability of gender destinies formerly adhered to in regard to education and work as well as to sexual experience and marriage, we wish to emphasise that the picture is a mixed one. Norms are undergoing change amidst pressures from many sides: parental pressure to abstain, peer pressure to experiment, the possibility that economic hardship might be alleviated through the exchange of sexual favours for cash or desired goods, penalties exacted by school authorities and family members should experimentation result in pregnancy, as well as penalties in the form of ill health and early death should experimentation result in HIV infection. The impact of competing pressures is further complicated by a model of sexual behaviour which places young females in a position of relative passivity and subordination and which ascribes to young males the requirement to assert their masculinity and claim a position of relative dominance. The result for young people is often a confused one, replete with mixed messages.

While there is widespread technical knowledge among young people about HIV/AIDS and the means of its transmission, there are also gaps in understanding. *Can* the virus be transmitted through mosquitoes? Is it possible to get HIV by using a toothbrush of someone who is infected? What if that person had sores on their mouth? (Focus group discussion, Mansa, 12 April 1996). There is considerable knowledge about condoms and increased use of them, particularly among young people. Indeed some of those involved in the distribution or sale of condoms calculate that young people are the most significant consumers of condoms. But familiarity jostles with embarrassment, in a way that may frustrate their use. This is illustrated by a conversation which a member of our research team had with two students at a technical college:

As I was having a cup of tea, I noticed a yellow plastic bag made by Maximum to advertise their condoms. I got curious and asked if they were being sold at the institution. 'John' first laughed before telling me that they were given out freely a month earlier. 'Christine' added that one time when there was a heavy rainfall she could see many condoms being washed away by the rain. She said she was embarrassed because the flow was passing past her door. She felt people would think it was her who had used them. I looked at 'John' and he just burst into laughter. He then said that they never use them (Research diary of Tashisho Chabala, 21 November 1995).

In many cases a strong strand of denial is evident among young people. A survey conducted among teenagers in the Northern Province of Zambia in 1994 found that a third believed they were not at risk from HIV (Maarugu 1995). Yet this was not because of abstinence, for the group, two thirds of whom were between 13 and 15, was characterised by a high level of sexual experience, applying to 81 percent of the urban component of the sample and 85 percent of

the rural component.<sup>1</sup> And that they were not immune from infection was evidenced by the fact at least 16 percent had suffered from STDs. Some used condoms, but seldom routinely, and as many as half of the urban group and fully 86 percent of the rural group had never used condoms at all, although it must be acknowledged that in some cases this was owing to their non availability.

### **The generation gulf**

The situation of teenage sexuality is one about which there is much ambivalence and, indeed, a degree of denial on the part of their parents' generation. In some respects a rigidity towards the young can be observed, manifest in a desire not to acknowledge that their children have girlfriends or boyfriends and strenuous adherence to the view that premarital sex and childbirth outside of marriage are against tradition, improper and immoral. But tradition, while not without its force among the young, is at odds with the behaviour of many. There was some feeling among participants in one session in Zambia, held in conjunction with our research, that the sexual experimentation among the young was partly *because* of their parents' generation's stubborn insistence on chastity. This message just encourages them, said one woman. 'Why? They want to know why?' What is so special about having girlfriends or boyfriends which makes it so wrong? (Group discussion, Mansa, 12 April 1996). Perhaps it is not so much that there is silence on the part of parents as an adamant affirmation that 'traditions' be upheld, coupled with a reluctance (or inhibition fostered in its own right by 'tradition') to speak explicitly about sexual matters with their children. This is not a matter of indifference. Parents fear deeply what may happen to their children and also worry about what others may think of them should their children go 'astray.' The strength of feeling engendered by the issue is apparent in the reaction of some parents (particularly fathers) to the admission of an unmarried daughter that she is pregnant. Puja and Kassimoto (1994) record cases of women being thrown out of their homes when such a pregnancy comes to light and Ntukula notes that many of the young unmarried mothers whom she encountered during her research in Tanzania lacked financial support either from their families or from the father of their child (1994).

But if the penalties exacted by parents are sometimes severe and a demonstration of their (formal) adherence to the morality of their forebears, there is frequently a reluctance to acknowledge that their very rigidity may be contributing to the confusion their children experience and inadvertently lending itself a curiosity which leads to experimentation. In the era of AIDS, the lack of a positive and

---

<sup>1</sup> The question of whether early sexual experience is common in Africa is a contested one. See Ndeki *et al.* (1994) for some general and some Tanzania specific data suggesting it is. Carael reports other findings implying that the majority of unmarried people were not sexually active in either Tanzania or urban Zambia (1995: 80).

productive parental response to the changing economic and social context in which young people find themselves can be particularly worrying. If behaviour of young people is at odds with 'culture' and parents are in a state of partial paralysis and unable to communicate effectively with their children, then the dilemma faced by the young is all the more acute.

Many parents seem caught up in a web of feelings of despair, fatalism, and anguish, unable to accept or agree to their children engaging in premarital sex but equally unable to provide them with means of protection should they do so. Their dilemma is illustrated by an episode when people gathered to watch a televised game of soccer between Zambia and Algeria. At half-time an advertisement sponsored by the European Union on an HIV/AIDS condom awareness campaign came on the air. Two parents reacted negatively, arguing that this sort of message contributed to the rise of immorality among young people who should not be taught about condoms but should rather be encouraged to refrain from sex. The parents expressed embarrassment at being in the room with their daughters, sons, nephews and nieces when the advertisement was screened. One admitted that the depth of his unease led him to leave the room (Research diary of Arnold Kunda, 26 January 1996)<sup>1</sup>.

In many cases parents cite not just 'tradition' but their religious convictions in support of their views about teenage morality and seem to be banking on the church as a means of saving their children's physical health as well as their spiritual well-being. And indeed religious belief — whether Christian or Muslim— can act as a powerful support to young people who wish to refrain from premarital sex.<sup>2</sup> But for many, neither religion nor tradition can resolve the situation. As the executive director of a large AIDS NGO declared, when asked how she, as a Christian, could allow herself to be involved in programmes which advocated the use of condoms as an option to young people, 'it is necessary to respond to the situation as it is'. Whatever her own preferences and ideals, she considered it essential to recognise that not all young people feel able to refrain from premarital relations and in this context, in view of the AIDS threat, a preventive response was necessary ('Palaver Time', ZNBC, 18 October 1994).

It is indeed the case that the very severity of the AIDS crisis is opening up debate across and within the generations so that the lapses or silences are being challenged. But circumstances still remain problematic for the young. To a considerable extent they are caught up in a situation where former mechanisms of instruction or socialisation in respect of sexual behaviour have largely broken down or become less relevant to their lives and where an effective replacement has not materialised. The pace of change in respect of social behaviour and the constraints which inform it have not been

---

<sup>1</sup> The discussion on this occasion came to an abrupt end when the second half of the game began.

<sup>2</sup> This is a point which has been clearly demonstrated in televised debates among young people and HIV/AIDS in Zambia in the programme 'Palaver Time'.

matched by changes in mechanisms of communication or of the imparting of the requisite knowledge to ensure that behaviour is neither individually or collectively harmful. Ntukulu (1994: 113, 116) makes this point in respect of her research findings on initiation ceremonies in Tanzania. Though she found such ceremonies still to be important for defining womanhood, she became 'increasingly conscious of the inadequacy of traditional institutions in today's society'. In failing to accommodate changing social needs associated with the delay between puberty and marriage, their effectiveness has become compromised. Moreover, in some cases they seemed to be disappearing altogether, with aunts and grandmothers seldom giving fertility instruction any longer to young adolescents. But it was also her judgement that 'so far no proper replacements have evolved'. Because it remained taboo for mothers to talk about sexuality with their daughters, the latter were left with no reliable person to help them.

Our own research confirms this breakdown of traditional mechanisms. Through baseline surveys of 100 individuals in six sites across Tanzania and Zambia, we collected information about changing patterns of sexual education as well as attitudes towards AIDS and means for its prevention. While necessarily not definitive, this data is illustrative of prevailing beliefs and practice. It suggests that there has been a considerable change in the way in which instruction in sexual matters is imparted to young people.

Of those providing information on the subject, in our survey in Mansa, Zambia, for example, over three fifths of respondents aged 46 years or more reported that traditional initiation ceremonies had been their key source of information on sexual matters, compared with only about 23 percent of younger respondents. In the urban setting represented by Lusaka, Zambia, the pattern was similar, with a declining proportion across the age groups having received sexual instruction through initiation ceremonies (i.e., about two fifths of those 46 or over, a third in the middle age group and only about a sixth of those under 21). Moreover, very few at any age identified initiation ceremonies as their key source of information. In contrast, friends of their own age were reported to be an important source of information, especially among the youngest group, applying in this age category to two-fifths of all those interviewed. In the Tanzanian surveys the importance of friends of one's age as the primary source of information on sexual matters for young people (15-20 years) was even more striking, applying to about 70 percent of those responding. At the same time, very few in Tanzania, of whatever age group, indicated that initiation ceremonies served as their most important source of information on sexual matters.

However, if initiation ceremonies figure relatively little in imparting sexual knowledge to the young, the role of older relatives in this regard has by no means disappeared altogether. In the case of Lusaka, relatives other than parents were the major source for between 40 and 50 percent of those in the middle and older groups, if only about a fifth of the youngest. In Tanzania, relatives other than parents were cited as a major source of information by about a fifth of all

respondents among the youngest and the oldest groups and about a quarter of all of those of the middle-age group. In the Lushoto sample, for example, over a third of male respondents said they learned about sexual matters from their grandfathers.

One important setting through which parents and their contemporaries offer explicit instruction in sexual matters is in gatherings or parties held prior to weddings. These are typically single sex occasions and perhaps most common among women. In Zambia the latter are known as kitchen parties. Ntukula (1994) refers in Tanzania to send-off ceremonies, held on the eve of a wedding. They are attended by female relatives and friends of the bride's mother who bring gifts, as well as their acquired wisdom. Through story telling, singing and dancing they instruct the bride 'how to handle her husband' (*ibid*), with explicit advice on sexual behaviour and means by which she might attend to her husband's sexual needs and desires.

An underlying assumption behind such ceremonies is a norm of pre-marital chastity. While applying in many cases, it surely does not in all, and it might well be that such instruction would be more valuable to many young women at a much earlier age. The content of instruction at the parties is also firmly oriented towards servicing the needs of one's husband. In this regard a model of sexuality involving female passivity and male assertiveness is not just implied but explicitly detailed. Women are taught their place, with the message being impressed upon them that decision making in sexual matters lies within the province of their husbands and not with them. It might be suggested that in the era of AIDS such messages contribute to the vulnerability of women and make protection more difficult. An exchange at a Mansa discussion group involving a man and two women illustrates this fundamental point which has been repeatedly confirmed throughout our research:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| <i>Researcher</i>   | Can a woman decide that a condom should be used?   |
| <i>Man</i>          | It is fifty/fifty.   |
| <i>First woman</i>  | No, it's not.  |
| <i>Man</i>          | Women have the right.  |
| <i>First woman</i>  | Yes, but taking into consideration tradition, women have no say.   |
| <i>Second woman</i> | In marriage at times women have no say, but maybe if they are single they do.  |
| <i>First woman</i>  | But even if they are single they may have trouble in trying to ask for a condom to be used.  |
| <i>Man</i>          | We are talking about married people. If a couple confine themselves to each other then they cannot catch AIDS.   |
| <i>First woman</i>  | Sometimes a woman feels that she cannot advise a man to use a condom. If she tried to do so the man would not have confidence in her (Group discussion, Mansa, 12 April 1996). |

While the question of negotiating protection has at least become a permissible subject for discussion in some quarters, male authority to

shame and to coerce is still powerful. A middle-aged man in rural Lushoto argued that a woman who suggests using a condom 'is not a wife but a prostitute,' while a middle-aged woman said she could not ask for a condoms to be used because 'he (her husband) will hit me' (Lushoto Survey, 1995).

Mothers who attend kitchen and send-off parties may not be consciously conniving in the perpetuation of their daughters' sexual subordination. But if they fail to question and critically examine the messages they are conveying, they may miss the opportunity for what could otherwise be a powerful means of encouraging a more positive model of female sexuality, in the process helping to secure their daughters' safety in the context of AIDS.

Although there are silences between the generations, mixed messages and missed opportunities, we would not wish to overstate existing rigidities in communication nor paint too negative a picture. For there is also evidence of increasing awareness by parents and elders of the need to respond to changing times and changing threats to the health and life of young people. Ntukula (1994) gives the example of a traditional herbalist in Tanzania, who, having become convinced of the need to continue and improve initiation for girls, has set up clubs to accommodate this end. While acknowledging and giving instruction in specific customs and traditions, the membership of these clubs typically crosses ethnic lines. They teach girls good manners but also self-reliance and self development, with a view towards their being enabled to look after their own economic needs. They also provide instruction in reproductive health and means of contraception and include material on both the care of AIDS patients and means of protection.

Tumbo-Masabo (1994) notes, moreover, an increasing tendency for mothers to be a primary source of daughters' information about menstruation in Dar es Salaam and Ujiji, marking an important change from the past when sexual matters were discussed by alternate generations but restricted between adjacent generations. She regards this development as evidence of a response to changing social conditions.

Our research has revealed an increasing awareness among parents of the need to provide information on sexual matters to their children, a growing willingness to do so and indeed a heightened conviction that it is specifically their responsibility to ensure that their children are armed with the knowledge they need to protect themselves. Data from our surveys suggest that a majority of those in both the middle (21-45 years) and older (46 years and above) age groups list parents among those who should be responsible for teaching young people about AIDS. As one male respondent in Lushoto said, 'these days a father must speak about these things to his sons; their mother will explain to her daughters'. Another commented that 'you must tell them. These days if you are embarrassed you could lose them. But Mama will tell the daughters'. A third maintained that both parents should teach daughters: 'it's not a thing to be hidden', he said (Lushoto interviews, 1995).



Even more striking is that over 55 percent of those in the age range 21-45 years across our surveys in both Tanzania and Zambia felt that young people should be taught about condoms. The proportion concurring with this view in the older group was lower, at less than 30 percent for the Tanzania samples, but almost two thirds for that in Lusaka. As one man in the Lushoto sample said, 'it's not difficult, even parents can explain'. The response of another reflected the ambivalence, but also the sense of resignation, which some parents feel: 'Maybe, or they will be trapped' (Lushoto interviews, 1995). There was considerably less enthusiasm about children being given condoms. Responses here also reflected considerable ambivalence: 'others maybe can give them; I can't' and 'you would feel ashamed' (Lushoto interviews, 1995).

But there is also evidence of some frustration on the part of parents, with the feeling that 'children will not listen.' This was the view of several women in a focus group discussion held in Mansa in Zambia. One commented that the young persisted in the belief that 'AIDS was just among elderly people' or that someone who was healthy looking could not have contracted HIV. But they were adamant that it was the responsibility of parents to alert their children to the risks of unprotected sex. 'Despite the child not paying heed', said one, 'parents should just insist on teaching their children'. The group was divided about the wisdom of or their ability to give condoms to their children themselves. One said she could not talk about a condom with a girl, but two others disagreed, one saying that 'a girl can give a boy a condom'. But they reiterated their difficulties in talking to their children, whom, they said, simply would not listen (Women's focus group, Mansa, 9 April 1996). In this sense the generation gap incorporates rigidities on both sides.

### **Schools and health education**

Some parents, partly because of their own discomfort in speaking about sexual matters with their children, were approving of the notion that the schools should at least share in the exercise of imparting information. Indeed in the Tanzanian samples taken as a whole, as well as the Lusaka sample, a considerably higher proportion of those in the middle and older age ranges mentioned schools in answer to the question of who should teach their children about AIDS than mentioned parents.

There is of course debate among young people, as well as among their elders, about the efficacy and desirability of either source. In the course of one focus group among young men in Mansa, for example, there ensued a spirited debate as to whether the responsibility for sex education rested primarily with parents, should be shared with parents and schools, or was best placed in the schools (Focus group of young males, Mansa, 12 April 1996). Yet what is perhaps most important to note is the readily stated desire of young people to have both more formal and informally imparted information about sexual matters, and

particularly AIDS and other STDs, and the striking contrast which this presents with the prevailing situation in which so many young people in our samples said that they had had to rely on friends for such information. When three young men, the oldest of whom was nineteen, were asked how they had learned about sexual matters in an interview held in Mansa (Interview, Mansa, 30 November 1995), their reply was that they had not received instruction from anyone, meaning from any authoritative source. They were clearly aggrieved about this and began to discuss it among themselves, whereupon an older sister, who had been standing on a porch above the group reminded them that they had had some lessons in school. Yes, they recalled, there had been one lesson on Christian marriage in their religious education course and another entitled 'let's talk about sex', apparently in science and concerned with human reproduction.

Schools may well have a potentially important role to play in campaigns of AIDS prevention. But instruction at this level can be restricted by prevailing political or religious ideology, or by limitations in the level of knowledge and openness of their teachers. In some instances, as seems to have been the case for these three young males, instruction can be so minimal or so effectively buried within other subjects, that it makes little impression. And where taught at all, the approach tends to be scientific, with such issues as the psychology of developing sexuality, or of peer and economic pressures, given little if any consideration. Teaching about sex in gender-mixed classes can also be inhibiting. In a focus group with teachers in Lushoto, a female teacher said that when the subject of AIDS was raised in class the boys were laughing and jeering and the girls were extremely embarrassed and 'even their ears were closed with the shame' (Focus Group with teachers, Lushoto, 11 August 1995).

When the three young men in Mansa were asked what they would themselves do when they had children of their own, the response was firm and without hesitation. 'If I had a son', said one, 'it would be my role to educate sons on the way they should have a relationship with the opposite sex and the way they should protect themselves from this disease. It would be the same for daughters. The first role should be taken by parents followed by being taught at school' (Interview, Mansa, 30 November 1995). But while many young people feel that their parents *should* teach them and many parents agree in principle, in practice this does not often occur and teenagers are being left to their own devices to learn about sexual matters and the dangers presented by STDs and, particularly, HIV.

### **Young people relying on each other; gender complications**

There is evidence that a degree of collective 'self' reliance is occurring among young people in their response to AIDS. In some respects this is a positive development, permitting young people to speak about the dangers they face in a language which they understand, to build upon their mutual experience and develop ways of

coping which are appropriate for their time and their circumstances. But there may be problems here as well. The threat of AIDS may encapsulate them and pull them into their own generational *milieu* while at the same time it creates an even greater need for support from adult members of society and material assistance. Moreover, while the tendency toward generational closure offers significant virtues of mutual care, assistance and solidarity, it may obscure persisting gender divisions, which complicate the possibilities for protection of young women.

It must be acknowledged that young people *are* receiving important support from members of their parents' generation under the auspices of churches, NGOs or donor agencies. A case in point is the Anti-AIDS Clubs in Zambia, set up in schools as a forum for discussion on sex and morality amongst young people. Albeit in some cases with limited longevity and with mixed success, over seventeen hundred such clubs had been registered across the nation by the mid-90s. Another example is WAMATA Youth in Tanzania, with which a number of members of our research team are closely connected. The aim here is to bring together young people affected by AIDS in any way — whether as HIV positive, as members of a family in which someone has died or is suffering from AIDS or simply as supporters. A more specific example from one of the research sites is the Muchinka Teen Centre in Mansa, partially supported by the UNDP. Although its short history has been chequered with spurts of activity interspersed with episodes of fading enthusiasm and falling membership, it has served as an important means of bringing many youth together and has permitted them to seek out ways to talk to each other about the problem of AIDS and its significance in their lives.

Such groups offer a venue in which issues of knowledge, and of the conflicting pressures on young people can be discussed. Yet they do not always confront gender conflicts, and indeed can sometimes give expression to a predatory model of male sexuality which threatens their female peers, placing them in a position of relative passivity and subordination. The way in which this ascribes to young males the requirement to assert their masculinity and claim a position of relative dominance can be seen from the following account of a WAMATA group meeting:

“Some boys in the group were ‘religious’. They said young people practising sex before marriage is a big sin. While hearing that, another lot of boys laughed and said that they are out of date. ‘How can a young man stay without sex?’ they asked. ‘Are such people normal or abnormal?’ Then another boy who was very active in the discussion started telling others how he felt about using condoms. He explained that the first time he tried to use condoms his penis could not get up and it was so embarrassing. From that day he said that he will never use a condom because it disgraced him in front of a girl” (Mokake, 1996: 5).

The result for young women is often a confused one, replete with mixed messages.

Moreover, the tendency toward generational closure, reflected not just in the relative silence or ineffective communication with their parents, but also in the conflict of interests across generations implicit in trajectories of infection, can breed a false solidarity which further reinforces norms of female subordination. Young men in some focus groups expressed particular resentment of 'sugar daddies' — inevitably older and more well-heeled males — whom they perceived to be 'stealing,' corrupting and infecting their female age mates, thus threatening their own health and longevity (Focus groups of young males, Mansa, 12 April 1996 and 13 April 1996). While recognising a clear conflict of interest along generational lines, which encouraged them to defend their female age mates (in the interests of their own survival), however, they often articulated this in respect of the assumption that it should be they who control the bodies of those age mates. Thus, the solidarity within the younger generation is only partial and fundamentally compromised by a perpetuation of norms which largely subordinate the sexual act to men's interests and pleasure and which validate female passivity.

Young men and young women may face a common threat from HIV/AIDS, with mutual protection requiring some degree of collective co-operation and trust. But at the same time they often face each other with contradictory agendas and may confront very different sorts of pressures. There is some evidence that this is changing and, most significantly, it is increasingly featuring as an issue of explicit debate. But while in practice there may often be sympathy for their age mates, there is also suspicion and fear, mixed with entrenched ideas about who should control or be dominant in sexual relations.

## **Conclusion**

AIDS has led to rethinking among young men and women. It may threaten their employment and career prospects, their plans for life and even the expectation of generation continuity. The gravity of the situation underlines the need for increased communication between parents and young people about the dangers and about means of protection, but in the process it has exposed intergenerational silences and tensions. There is evidence that parents are becoming aware of the need to rectify this situation, but in the meantime young people have moved on their own to seek out means for confronting the problems they face in what is an increasingly hostile health and economic environment. Economic difficulties have forced many young people to seek their own means of survival, in the process putting some, especially young women, at even greater risk. The problem they encounter is founded not just on limited parental support and restricted economic opportunities, but also on prevailing gender relations which can all too often place them in vulnerable positions. Gender is thus a factor which must be recognised as fundamental to issues posed by AIDS, not least in the way in which it undermines generational solidarity. In reflecting on their situation, some are effectively side-

stepping 'normal' relations, in some cases by deciding to postpone sexual experience or even forego marriage. But all are necessarily caught up in the need to reconsider means by which mutual protection among both men and women might be achieved. In this, as in other ways, AIDS brings formidable challenges, encouraging the rebellion of young people, but perhaps also necessitating a broader consensus on changes of relations between the generations and across gender lines which preserve and protect, rather than divide.

What is most striking in all the data we have collected, are the common dilemmas faced by young women facing adulthood in the shadow of AIDS. Whether from rural or urban settings, whether educated to secondary level and beyond, or limited to a few years of primary school, whether from backgrounds of relative affluence or of considerable poverty, young women are looking for more autonomy in ways which challenge normative and very unequal gender relations as well as the power of their elders. The dilemma is that their modes of rebellion may put them at even greater risk of infection.

### Bibliography

- ANKRAH E. M. 1991. "AIDS and the social side of health", *Social Science and Medicine*, 32 (9): 967-980.
- BAYLIES C. and BUJRA J. 1995. "Discourses of power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa", in P. AGGLETON, P. DAVIES and G. HART (eds) *AIDS, safety, sexuality and risk*, London: Taylor and Francis: 194-222.
- BRUYN M. de. 1992. "Women and AIDS in developing countries", *Social Science and Medicine*, 34 (3): 249-262.
- BUJRA J. 1982. "Production, property, prostitution: 'Sexual politics' in Yumbe", in H JOHNSON and H BERNSTEIN (eds), *Third World lives of struggle*, London: Heinemann/Open University Press: 191-211.
- CHAMBUA S.E., RWEBANGIRA M.K., LILJESTROM R. and URASSA E.J.N. 1994. "Facts about and images of teenage girls in Tanzania", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 15-34.
- CARAËL M. 1995. "Sexual behaviour", in J. CLELAND and B. FERRY, *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: 75-123.
- CLELAND J. and FERRY B. (eds). 1995. *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: XIX-243 p.
- DOYAL L. 1994. "HIV and AIDS: putting women on the global agenda", in L DOYAL, J. NAIDOO and T. WILTON (eds), *AIDS, setting a feminist agenda*, London: Taylor and Francis: 11-29.
- GAISIE K., CROSS A.R. and NSEMUKILA G. 1993. *Zambia Demographic and Health Survey 1992*, UNZA, CSO, Macro International Inc., Lusaka.
- GRZ. nd. *Strategic Plan 1994-1998, a time to act*. Lusaka: Zambia National AIDS/STD/TB and Leprosy Programme.

- GRZ, CSO. 1993. *Social dimensions of adjustment, Priority survey I, 1991* (November 1993).
- HEISE L. and C. ELIAS. 1995. "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science and Medicine*, 40 (7): 931-943.
- HOLLAND J., RAMAZANOGLU C., SHARPE S. and THOMSON R. 1992a. "Pressure, resistance, empowerment: young women and the negotiation of safer sex", in P. AGGLETON, P. DAVIES and G. HART (eds), *AIDS, rights, risk and reason*, London: Falmer Press: 142-162.
- — 1992b. "Pleasure, pressure and power: some contradictions of gendered sexuality", *Sociological Review*, 40 (4): 645-674.
- KOMBA-MALEKELA B. and LILJESTROM R. 1994. "Looking for men", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 133-149.
- LONGWE S. and CLARKE R. 1990. "Proposed methodology for combating women's subordination as a means towards improved AIDS prevention and control," Paper presented to Expert Group Meeting on Women and HIV/AIDS and the role of national machinery for the advancement of women, Vienna.
- MAARUGU K.E. 1995. "Basic school KAP survey report, Youth in Kasama," unpublished paper produced in association with the UNV Technical Support to Strengthen community oriented HIV/AIDS Project.
- MCFADDEN P. 1992. "Sex, sexuality and the problem of AIDS in Africa", in R. MEENA (ed), *Gender in Southern Africa: conceptual and theoretical issues*, Harare: Sapes Books.
- MCGRATH J.W., RWABUKWALI C., SCHUMANN D., PEARSON-MARKS J., NAKAYIWA S., NAMANDE B., NAKYOBÉ L. and MUKASA R. 1993. "Anthropology and AIDS: the cultural context of sexual risk behaviour among urban Baganda women in Kampala, Uganda", *Social Science and Medicine*, 36 (4): 429-439.
- MOKAKE S. 1996. "Draft Follow-up Report", unpubl. manuscr., Dar es Salaam.
- MUSHINGEH C., CHAMA W. and MULIKELELA D. 1992. *An investigation of high-risk situations and environments and their potential role in the transmission of HIV in Zambia: the case of the Copperbelt and Luapula Provinces*, Report of a study conducted for the Population Council of Zambia.
- NDEKI S., KLEPP K. and MLIGA G. G. 1994. "Knowledge, perceived risk of AIDS and sexual behaviour among primary school children in two areas of Tanzania", *Health Education Research*, 9 (1): 133-138.
- NTUKULA M. 1994. "The initiation rite", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 96-119.
- OBBO C. 1993. "HIV transmission. Men are the solution", *Population and Environment*, 14 (3): 211-245.
- PUJA G. K. and KASSIMOTO T. 1994. "Education for girls in mainland Tanzania", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 54-75.
- RUGUMYAMHETO A., KAINAMULA V. and J. MZIRAY. 1994. "Adolescent mothers", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 174-186.

- SEIDEL G. 1993. "The competing discourses of HIV/AIDS in sub-saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion", *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-194.
- Tanzania National AIDS Control Programme. 1996. *HIV/AIDS/STD Surveillance*, Report No.10. Dar es Salaam: Ministry of Health.
- TUMBO-MASABO Z. 1994. "Too little too late", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 150-173.
- TUMBO-MASABO Z. and LILJESTROM R. (eds). 1994. *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*, Uppsala: The Scandinavian Institute of African Studies.
- ULIN P. 1992. "African women and AIDS: negotiating behavioural change", *Social Science and Medicine*, 34 (1): 63-73.
- VAN ONSELEN C. 1976. *Chibaro: African mine labour in Southern Rhodesia 1900-1933*, London: Pluto Press.

Carolyn BAYLIES, Janet BUJRA *et al.*, *Rebels at risk: young women and the shadow of AIDS in Africa*

*Summary* — In Africa AIDS is predominantly transmitted through heterosexual relations, thus posing a threat to all sexually active adults. On no category does it press so hard as young people, and particularly young women, whose sexuality is frequently characterized by less autonomy than that of males. Drawing on field work from Tanzania and Zambia, the article explores the dimensions of that threat and the ways in which young people and especially young women are responding to it. In a situation where parents are often unable to speak of sexual matters, where 'traditional' forms of initiation and teaching are in decline and where new modes have so far fallen short, young people have turned to each other for support. Gendered inequity amongst young people, however, coupled with a deepening economic crisis in Africa that forces many into making a living in dangerous ways is shown to have heightened the vulnerability of young women.

*Keywords:* gender • youth • inter-generational communication • sex education  
• economic constraints.

Carolyn BAYLIES, Janet BUJRA *et al.*, *Rebelles à risque : les jeunes femmes et l'ombre du sida en Afrique*

*Résumé* — En Afrique, le sida est transmis le plus souvent à travers des relations hétérosexuelles, mettant ainsi en danger tous les adultes sexuellement actifs. Les jeunes sont les plus touchés et particulièrement les jeunes femmes dont la sexualité est souvent caractérisée par une autonomie moindre que celle des hommes. S'appuyant sur un travail de terrain en Tanzanie et en Zambie, l'article explore les dimensions de cette menace et la façon dont les jeunes — particulièrement les jeunes femmes — y répondent. Dans des situations où les parents sont souvent incapables de parler de questions sexuelles, où les formes traditionnelles d'initiation et d'éducation sont en déclin et où des modes nouvelles ont tourné court, les jeunes se tournent vers eux-mêmes pour un soutien mutuel. Cependant, l'inégalité de genre chez les jeunes, couplée avec une crise économique qui s'approfondit en Afrique et force beaucoup de personnes à gagner leur vie dangereusement, est désignée comme un facteur qui a aggravé la vulnérabilité des jeunes femmes.

*Mots-clés :* genre • jeunesse • communication entre générations • éducation sexuelle • contraintes économiques.



## 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 » (Avert 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 Avert (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 préférerait 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'Education 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 Tavernier, « 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.

## 20. Sida, sexualité et procréation au Congo <sup>1</sup>

**Madeleine Boumpoto**

Le sida, cette maladie étrange qui n'entre dans aucune catégorie du connu, se présente dès le départ comme un paradoxe qui donne lieu à des représentations aussi confuses qu'inquiétantes. Cette situation se traduit par des incohérences entre les discours et les pratiques tant au niveau des logiques religieuses que profanes, des politiques nationales <sup>2</sup> que des conduites individuelles. Parler du sida provoque un grand malaise et les raisons évoquées à cela vont des difficultés qu'on éprouve à évoquer les "choses du sexe" (en dehors de certains espaces <sup>3</sup>) en raison des tabous liés aux mauvais sentiments à l'égard de la prostitution qui est mise en relation avec le sida, en passant par la croyance qu'en parler suffit à l'appeler sur soi <sup>4</sup>. Les médecins eux-mêmes n'ont pas pu échapper à ce tourment, où dire le sida équivaut à un danger que seulement quelques-uns osent braver. Toutes ces raisons permettent de comprendre la réalité à un certain niveau. Cependant des études ont montré qu'on peut tout aussi avantageusement se situer à d'autres niveaux pour rendre compte des paradoxes auxquels renvoie le sida et proposer des analyses qui intègrent la dimension du pouvoir ou plutôt des pouvoirs <sup>5</sup>.

Ainsi peut-on évoquer les pouvoirs de la science qui légifère sur la sexualité et plus systématiquement sur la procréation dans la mesure où

---

<sup>1</sup> Cette réflexion est née d'une recherche effectuée dans le cadre du projet *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo*, coordonné par Marc-Eric Gruénais. Ce projet a bénéficié du soutien de la Mission Française de Coopération (Brazzaville), de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et de l'Action incitative "Sciences sociales et sida" de l'ORSTOM.

<sup>2</sup> Se reporter à l'analyse de Didier Fassin (1994) pour le cas du Congo.

<sup>3</sup> Le sida ne se nomme pas, excepté dans certains espaces du discours comme "la plaisanterie" et "l'injure". Le sida ne se dit qu'au travers des métaphores (Sontag 1989) comme "la maladie du siècle", "l'affaire-là", "ça", "une longue maladie", etc. Ainsi dans les communiqués nécrologiques lus à la télévision, "x est mort à la suite d'une longue maladie" signifie pour tout le monde qu'il est mort de sida.

<sup>4</sup> Dans certains milieux de religieux, chez les Kimbanguistes par exemple, le fait même de prononcer le mot sida est prohibé, car il signifie appeler le malheur sur soi ; le mot lui-même est déjà satanique.

<sup>5</sup> C'est le parti choisi par Didier Fassin (1994) qui pense que si le débat public ne fait pas de place au sida, c'est bien parce qu'en parler constituerait un danger pour le pouvoir politique en raison des carences de l'Etat. Il n'exclut cependant pas les autres pouvoirs comme "ceux des Noirs" (la sorcellerie) ou plus fondamentalement le pouvoir de dire ou de ne pas dire.

la science impose le préservatif et dénie au couple malade ou discordant le droit de procréer.

Or tout homme — l'Africain plus fondamentalement — attache du prix à sa descendance, puisque, par elle, il peut survivre à travers sa lignée. Ce “dur désir de durer”, qui se cache derrière le désir d'enfants chez les Africains, devient plus fort avec la proximité de la mort (Héritier, *Journal du sida* 1994 : 30-32 ; Agossou 1980). Ainsi se pose le problème de la procréation en rapport avec le sida, donc du devenir de la sexualité chez le malade.

Faisant partie de “logiques dures”<sup>1</sup> et non pas “fluides”, en tant que conditions de perpétuation de l'espèce même, donc de la sauvegarde de la vie, les logiques qui gouvernent la sexualité et la procréation organisent toutes les autres logiques. Ainsi, on ne peut parler du sida qui, de surcroît, se transmet essentiellement par voie hétérosexuelle au Congo, qu'en le rapportant à la procréation et à l'exigence de celle-ci. Cette dimension est importante du fait des implications qu'elle a sur les solutions aussi bien scientifiques que sociales réservées au sida. Pour cette raison, on ne peut pas faire l'économie des termes culturalistes ici, même si cette démarche est critiquable par ailleurs (Fassin 1994).

En effet, si l'on veut réussir la prévention et donc induire véritablement un changement des comportements dans le domaine de la sexualité, ces changements doivent concerner également l'attitude face à la sexualité et la procréation<sup>2</sup>.

Même si les campagnes d'information intègrent parfois la dimension de la procréation, elles ne semblent pas l'articuler de façon suffisante avec le désir d'enfant et le destin de la sexualité. Elles contribuent même à nier cette réalité<sup>3</sup> et à la forclure, rappelant le rejet du “mot” sida dans l'opinion publique congolaise, ainsi que le silence du médecin face au malade du sida. C'est pourquoi, après avoir rappelé les incohérences qu'on retrouve entre les discours et les pratiques relatifs au sida, l'étude se situe à l'articulation des représentations du sida (en tant que maladie renvoyant à un rapport singulier à la sexualité) avec celles de la procréation.

---

<sup>1</sup> Expression utilisée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (1994) pour désigner les configurations de représentations qui sont bien cristallisées.

<sup>2</sup> Comme l'ont observé Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto (1995), dans leur enquête auprès des jeunes filles célibataires de Ouagadougou, l'érotisation de la vie sexuelle n'est pas forcément dissociée des stratégies maritales et procréatrices.

<sup>3</sup> La publicité pour le préservatif insiste sur les avantages multiples qu'il offre : la protection contre le virus, les autres MST mais aussi les grossesses indésirées. Cependant, on met entre parenthèses la question du préservatif en tant qu'obstacle à la maternité qui revient dans les représentations des Congolaises surtout, même si cela ne se justifie pas scientifiquement. En outre, comme la plupart des Congolaises sont chrétiennes, elles sont confrontées à l'interdiction de l'utilisation du préservatif par leurs Eglises (même si certaines, les catholiques en particulier, ne s'y conforment pas toujours à cause des conditions socio-économiques dans lesquelles elles vivent). Cf. Bibila-Nkoutou (1994).

### **Le sida domaine des incohérences**

L'opinion publique congolaise est aujourd'hui largement informée par les innombrables campagnes radiophoniques et télévisées menées dans le cadre de la lutte contre le sida. Même si les connaissances acquises sur le sida sont très variables dans les diverses catégories de la population, on sait que le sida se transmet suivant plusieurs modes, même si le plus connu, qui focalise le plus l'attention, est le mode sexuel — bien que les manifestations du sida soient variables et touchent des zones généralement éloignées des zones génitales, contrairement à la plupart des maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, le sexe est stigmatisé à travers les différentes conceptions du sida.

#### *Sida et conception religieuse*

Suivant la conception religieuse, le sida est considéré comme une punition ou une malédiction de Dieu à l'égard des personnes n'observant pas ses ordonnances ou commettant des péchés. En fait de péchés, il ne s'agit nulle part de mensonge, de vol ou de meurtre largement exorcisés pendant la conférence nationale, apparaissant comme les péchés les plus monstrueux (Gruénais *et al.* 1995). Le sida apparaît toujours comme une maladie — sanction d'une inconduite sexuelle, ce qui l'assimile à l'impudicité, à la débauche, à l'adultère et fait du malade un pécheur qui n'a eu que ce qu'il mérite.

L'attitude face à la mort par le sida révèle les mêmes incohérences. En principe, la mort est pour tout chrétien un passage qui mène à Dieu. Quand elle arrive, elle traduit la volonté de Dieu et doit être acceptée, quelles que soient les circonstances. Or, mourir par le sida est considéré comme une condamnation par la majorité des chrétiens. Peut-être rappelle-t-il trop brutalement la condamnation "originelle" qui précipita l'homme du paradis de l'Eden sur terre. L'homme et la femme, en effet, furent condamnés à mourir parce qu'ils mangèrent un fruit défendu. Or, simple tournure du langage ou préconscience de la relation qui lie l'acte sexuel et la mort, le langage courant a établi l'analogie entre le "fruit défendu" et le sexe, en particulier celui de la femme, qu'elle offre au cours de l'acte sexuel à l'homme et qui conduirait à la mort<sup>1</sup>. Mais, qu'on considère le sida comme une conséquence de la désobéissance aux préceptes divins ou comme la conséquence de la consommation du fruit "défendu", il est un opprobre, exactement comme dans la conception profane.

#### *Sida et conception profane*

Selon la conception profane, le sida peut arriver à tout le monde soit par pure malchance, soit parce qu'on a manqué de prudence — encore que l'on peut avoir eu de multiples partenaires sans avoir le sida

---

<sup>1</sup> Beaucoup de jeunes hommes ont, semble-t-il été traumatisés par la mise en garde de leur père contre le sexe de la femme qui aurait des dents et qui mordrait comme il apparaît dans les associations faites par certains patients en analyse.

comme n'en avoir eu qu'un seul et être contaminé ; ce qui revient à de la malchance car, pourquoi soi et pas les autres ? Ici aussi, le sida donne lieu à l'association sida-sexe et la personne séropositive ou malade du sida est désapprouvée et même culpabilisée (la malchance est rapidement transformée en faute lourde). La mort par le sida est également redoutée. Ainsi, ici aussi les attitudes ne correspondent pas au discours tenu. D'où provient donc cette inadéquation ? N'est-ce pas qu'on tient le sida d'abord et avant tout comme une *maladie du sexe* dans une société de tabous ?<sup>1</sup>

### **Le sida du tabou sexuel**

La pratique du sexe n'est tolérée qu'à l'abri du regard<sup>2</sup> des autres. Cela fait d'ailleurs la différence entre l'homme et l'animal ("la bête"), qui étale sa sexualité en plein jour, confondant tout le monde. Mais si l'homme aspire à se dégager de l'animalité, sa sexualité menace de l'y ramener et même de l'anéantir dès qu'elle ne se met pas au service de la procréation. Telle est la vérité que le sida invite à redécouvrir.

#### ***La sexualité et la procréation***

Une quantité d'indices témoignent de la sexualité active (couple, femme enceinte, femme accouchée), mais celle-ci est acceptable parce qu'elle se déroule dans un contexte codifié. Traditionnellement, la seule sexualité autorisée est celle qui se justifie par la procréation. C'est pourquoi, désapprobation et mépris accompagnent celle qui ne peut se valoriser à travers un enfant (la stérile) et dont la sexualité est vécue, fantasmée comme une manifestation de nymphomanie.

Aujourd'hui, avec l'entrée de plus en plus précoce des jeunes — en particulier les filles — dans la vie active, le sexe est libéré ou en tout cas le paraît, quoiqu'il fasse toujours l'objet de tabous. Les mères de famille, les parents se doutent bien de la sexualité précoce, et surtout non soumise au mariage de leurs enfants. Mais, ce qu'ils redoutent le plus est de voir leur jeune fille tomber enceinte, parce qu'alors son mauvais comportement apparaît au grand jour de manière irréfutable et sa famille est déshonorée. Beaucoup de parents se débarrassent alors de leur fille en la conduisant chez le futur père de l'enfant qu'elle porte ou la maltraitent. Mais la valorisation de la procréation est telle que les parents les plus rejetants et les plus agressifs pendant la grossesse, acceptent volontiers le petit-fils. On finit par assister à des situations paradoxales où une grossesse précoce est tout aussi déshonorante que la non-grossesse chez la femme mariée ou la vieille

---

<sup>1</sup> Même si les Congolais s'adonnent très jeunes à la sexualité, le discours sur la sexualité reste encore entouré de beaucoup de tabous. En fait, le sexe se pratique plus qu'il ne se dit. On est loin de la situation décrite par Michel Foucault (1983 : 108) où la sexualité a été absorbée dans l'univers du langage.

<sup>2</sup> Echanger un baiser en public, pour les couples, est très mal perçu.



fille stérile. Le petit-fils est encore une valeur pour les grands-parents (sans lui ils disparaîtraient définitivement), mais non la grossesse pré-maritale qui l'a porté, qui est toujours non désirée et constitue le cauchemar des mères et des jeunes filles elles-mêmes. L'essentiel de l'éducation sexuelle des mères à l'endroit de leur fille se concentre dans tous leurs efforts à mettre en garde leur fille contre la grossesse inopinée. Il arrive même que la mère participe à l'interruption d'une telle grossesse. Et, même mariée<sup>1</sup>, la femme niera sa grossesse tant qu'elle ne se révélera pas clairement comme les prémices de l'enfant, dépassant les simples promesses d'une fécondité. Ainsi, donc, malgré son apparente libéralisation la sexualité reste — pour être acceptée — encore profondément liée à la procréation, à la transmission de la vie. Si un homme ou une femme s'en va, sans laisser de progéniture, il est voué à mourir, à être “perdu” définitivement tandis que celui qui laisse des enfants est “remonté à la surface”. Le sida apparaît comme un révélateur de cette conception qui finalement n'a rien perdu de son acuité malgré les apparences. L'enfant est une vraie valeur, non pas tant économique — encore qu'on continue de penser que l'enfant assurera à son père les funérailles —, mais psychologique et sociale.

L'enfant est la trace laissée sur terre par le passant qu'est l'homme. Seul l'enfant marque son passage. Aucune œuvre littéraire, ni philosophique, ni scientifique ne permet de fixer un homme sur la terre. Dans des sociétés sans écriture, vivre et avoir la certitude de vivre après soi, c'est avoir des enfants : “même si je meurs on saura que j'ai existé”. Peu importe finalement que dans quelques décennies, au delà de quelques générations, les vivants ne sachent plus qu'“untel” a existé. Il a laissé un enfant, cela seul suffit pour qu'il devienne un vrai ancêtre et alors son esprit fera partie des mânes des ancêtres. “Sans enfant, la vie n'a aucun sens et on n'est qu'un “pauvre type”, un “homme de rien”, zéro”. Ainsi, on a la certitude, encore vivant, qu'on est sauvé de la mort symbolique et sociale et on ne se soucie pas toujours de savoir ce que les enfants deviendront demain. En témoigne la réponse péremptoire d'un malade à la question de l'avenir pour les enfants : “l'avenir pour mes enfants, c'est l'orphelinat”. Une autre malade, au courant de sa séropositivité, qui avait déjà perdu son unique enfant de sida, n'a pas hésité à vouloir un autre enfant alors même qu'elle avait énormément souffert de la maladie et du décès de son enfant. “Le sida, à l'époque, en 1988 ... le secret était déjà dans la rue, à la cité ... vois toi-même ... mais moi j'ai dit : c'est mon sang, même si je dois souffrir, je ne peux pas le jeter ... c'était vraiment pénible ...” pour ensuite constater “si je n'avais pas eu cette grossesse, la

<sup>1</sup> Quand une femme est soupçonnée (au sens fort) d'être enceinte, elle prétexte, gênée, qu'elle a “grossi” ou “mangé du *saka-saka*”, qui est un plat prisé. Le fait d'être ainsi soupçonnée fait l'effet d'être prise en flagrant délit d'un acte non recommandable. Il faut dire cependant que le ton des interlocuteurs et leur rire prouve qu'il s'agit d'une situation très amicale, qu'on peut traduire par : “il paraît que tu ne fais rien, mais qu'est-ce que c'est alors ?” ; ce qui du coup annule l'hypothèse qui lie la déniégation de la grossesse à une stratégie visant à protéger sa grossesse (“son sang”) contre la malveillance des sorciers qui peuvent sucer le sang de la grossesse et la faire disparaître.

deuxième, et fait une grossesse extra-utérine, ma maladie ne se serait pas déclenchée”. Cette malade, instruite et fonctionnaire dans l’administration congolaise, était au courant de sa séropositivité depuis 1989, alors que la grossesse extra-utérine est de 1992. Ces discours de personnes malades et le sachant, soulignent l’importance de ne pas disjoindre le problème du sida de celui de la procréation.

### *Le sida comme envers de la sexualité*

Dans la société congolaise, il est accepté<sup>1</sup> (il en a toujours été ainsi) qu’un homme ait plusieurs femmes. Pendant longtemps, c’était un des signes extérieurs de richesse ou de pouvoir. Quoique moins tolérée chez la femme, la capacité de séduire plusieurs hommes était vue à un moment donné comme le signe visible des atouts<sup>2</sup> d’une femme ou comme celui de son émancipation. Mais ici, si on accepte et même qu’on envie ceux qui ont les moyens d’avoir plusieurs partenaires et de manifester ainsi la richesse et le pouvoir ou la beauté et l’émancipation, là où il y a le sida, avoir plusieurs partenaires devient un dévergondage condamnable. Celui qui était envié hier est blâmé et il ne manque pas d’individus pour se réjouir de son malheur. Intervient une dichotomisation entre la bonne sexualité et la mauvaise, la première étant *naturellement* justifiée par la procréation dans le mariage, la richesse ou le pouvoir (l’avoir) et la seconde, dévoilant l’envers, marquée du manque : la grossesse prémaritale au lieu de la grossesse dans le mariage, la pauvreté qui transforme l’acte sexuel en relation commerciale où est condamné seulement celui qui se donne pour de l’argent, et l’orgueil mal placé au lieu du pouvoir qui donne l’autorité d’user de tout et de tout plier à soi.

Le sida devient un exutoire permettant d’exprimer les mauvais sentiments. Ainsi, pendant la Conférence nationale, à un moment où s’affirmaient la haine et l’agressivité envers l’ancien président de la République, le général Denis Sassou-Nguesso, réputé pour ses prouesses en matière de femmes et redouté pour son pouvoir fort, jugé même sanguinaire, une rumeur persistante a circulé, selon laquelle il était atteint de sida ; elle prétendait que le président serait déjà mort s’il n’allait souvent aux Etats-Unis pour se faire vider de son sang et le remplacer grâce à l’argent volé au pays. Cristallisant la haine et la jalousie, il ne pouvait qu’être atteint de sida et le souhait de le voir mourir transparaît clairement dans cette rumeur. Il en va de même pour les jeunes filles, surtout belles, qui sont considérées par les femmes mariées et les hommes comme des “distributeurs” du sida comme nous l’avons noté dans une enquête précédente (Boumpoto 1994).

En réalité, la mauvaise sexualité affiche tout son désordre, son obscénité. Ainsi, le fait d’être vu dans un hôtel, s’embrasser en public,

<sup>1</sup> Le nouveau Code de la famille congolaise autorise le mari à épouser jusqu’à quatre femmes.

<sup>2</sup> L’imaginaire populaire à travers la chanson d’une chanteuse zairoise dit : “la beauté d’une femme se mesure à la quantité des hommes qui l’admirent, qui sont séduits par elle”.

se prendre la main, etc, toute sexualité affichée en dehors de situations bien codifiées est assimilée à de l'impudence et désapprouvée en tant que telle. Elle est perçue comme indécente, malpropre, impure, c'est-à-dire à la fois dangereuse et méprisée. Or, c'est exactement de cette façon qu'est perçu le sida. Expression de cette sexualité, le sida devient donc ce qu'on acquiert au cours des relations sexuelles mauvaises, sales, impures, puisqu'aussi, à l'occasion, il y a échange de fluides sales, mauvais, souillés, destructeurs<sup>1</sup>.

Le savoir traditionnel a bien établi que c'est par les fluides venant de l'homme que la grossesse est rendue possible. C'est donc l'homme qui transmet la vie, tandis que la femme l'abrite, la conserve jusqu'à son expulsion au monde à travers l'accouchement. Mais si on va avec un homme qui n'est pas le sien sans intention d'avoir un enfant, il est clair que les fluides alors déposés ou échangés sont, par ce simple fait, détournés de leur fonction naturelle. Ils ne sont plus que pour le plaisir de l'homme seul, car celui d'une femme normale n'est concevable qu'en tant qu'il est assujéti à celui de l'homme et n'a en lui-même aucune raison d'exister. Pervertis, ces fluides ne peuvent provoquer que des malheurs (grossesse, maladies, mort).

Cependant, ce discours est localisé dans certains milieux notamment les milieux religieux très conservateurs. Ailleurs, les relations sexuelles "libres", non assujétiées à l'intention de donner la vie sont devenues une mode. Mais, là aussi, le degré de non-sérieux se mesure à l'aune du sida comme hier à celle de la grossesse<sup>2</sup> : avoir le sida signifie qu'on mène une vie sexuelle dérégulée, qu'on a été "traîner n'importe où", comme une chienne ou un cochon<sup>3</sup>. Ce caractère pourtant surajouté (n'intervenant qu'après coup) fait du sida non pas une maladie sexuellement transmissible, ou qu'on a parce qu'on mène une vie sexuelle active, mais une sexualité condamnable, défendue, interdite. D'où la condamnation et le rejet dont sont frappés les malades du sida, la culpabilité et le sentiment de diminution de soi, la blessure (honte) ressentis par les malades eux-mêmes qui n'osent pas se confier et ne se demandent presque jamais comment ils ont été contaminés si ce n'est sur le mode de la dénégation ("comment ai-je pu l'avoir [le sida], je n'ai pas d'amant" ou de l'étonnement "je ne comprends pas, pourtant les hommes qui sont sortis avec moi sont tous en bonne santé").

<sup>1</sup> Lors d'une enquête précédente, des femmes entretenues ont utilisé le mot "saletés" pour désigner le sperme des hommes inconnus, qui ne sont pas le partenaire habituel et sont donc susceptibles de contaminer. L'imputation des fluides sales à autrui opposé à soi montre bien le mécanisme de la projection où le mal vient toujours de l'autre : on ne contamine pas, on est contaminé. Ainsi, pour les Européens, le sida vient des Noirs tandis que les Africains affirment qu'il vient des Européens et des Américains.

<sup>2</sup> On devrait également associer à la prévention du sida celle de la grossesse chez les filles les plus jeunes tandis que chez les plus grandes, on pourrait associer la prévention des MST et des avortements à celle du sida, ces filles se préoccupant déjà de préserver leur capacité à la maternité future.

<sup>3</sup> Chez les jeunes, l'expression *kotambola ngulu-ngulu* (*ngulu* = cochon) signifie aller n'importe où sans prendre la moindre précaution, sans aucune intelligence. Elle est utilisée pour décrire le comportement des filles qui multiplient les partenaires ou se prostituent sans le moindre souci de se prémunir. Il est aussi utilisé pour les garçons.

Seuls les hommes reconnaissent quelquefois avoir été imprudents. Dire le sida, ne revient-il pas à avouer qu'on est coupable d'une sexualité défendue ? Voilà le crime ! Dans ce cas, comment le dire, il est déjà si difficile de parler de la sexualité admise ! Cet intolérable sentiment de culpabilité pousse probablement souvent le malade dans le registre de l'interprétation agressive, mystique du sida. En effet qui peut condamner ou se moquer de la victime d'une agression sorcière puisque chacun est toujours en danger d'y être confronté ?

Ainsi, l'interprétation persécutive de la maladie permet à chacun, malade ou parent, de vivre le sida à un moindre coût psychologique car alors, il est vidé de sa composante sexuelle interdite et procure des bénéfices secondaires certains, comme l'espoir de guérir — pourvu seulement qu'on fasse lâcher sa proie au sorcier, contrairement à celui qui est atteint d'un "sida-sida" et qui est condamné, en l'état actuel des choses, à en mourir. De même, le malade ne risque pas d'être abandonné des siens, au moins quelques-uns d'entre eux, et peut bénéficier du devoir d'assistance<sup>1</sup> à parent malade qui échoit à la famille (ce sont eux qui risquent d'être condamnés et accusés de sorcellerie s'ils délaissent leur parent victime d'un envoûtement), tandis que c'est une honte ou un gâchis<sup>2</sup> d'être solidaire d'une personne coupable du flagrant délit de sexualité interdite.

Même si, par rapport au sida, certains parents (tous ne rejettent pas) et certains malades (tous ne pensent pas à l'agression persécutive) ont réagi de façon appropriée, il reste que, dans tous les cas, évoquer le sida, c'est évoquer des "choses du sexe", mieux, c'est étaler en plein jour une sexualité nocive, dissolue, donc, nommer l'innommable. C'est peut-être aussi de cette façon qu'il faut comprendre les difficultés autour du dépistage et de l'annonce qui se traduisent par cette gêne, cette confusion à prononcer le mot sida en face de la victime. Le médecin n'est-il pas pris entre dire le sida comme une maladie de la sexualité refoulée, parce qu'interdite, donc qui ne peut ou ne doit pas être prononcée (sous peine de faire de la victime un coupable) et le sida comme une maladie d'origine "magique"; autrement dit, entre le rationnel interdit et l'irrationnel admis par une frange de la société, mais inacceptable du point de vue de sa science et de son éthique ? Dès lors, le silence ou les mots couverts ne sont-ils pas préférables et ne s'imposent-ils pas ?

### **Le sida tabou**

L'exemple des médecins face à l'annonce et du traitement du sida dans certains espaces de la langue illustre le caractère tabou du sida.

<sup>1</sup> Des parents paternels venus du village pour assister un malade qui avait prétendu être ensorcelé par ses oncles maternels l'ont abandonné à l'hôpital dès qu'ils ont su la séropositivité de leur fils, à la suite d'un bilan dressé dans une clinique où on la leur avait malencontreusement révélée.

<sup>2</sup> Un de nos malades a confié que si sa mère, qui est sa tutrice, devait apprendre sa séropositivité, elle ne consentirait plus à lui acheter le moindre comprimé, préférant garder son argent pour lui assurer les obsèques.

### *Les médecins et l'annonce*

Les médecins évoquent souvent le fait qu'ils apparaissent comme un magistrat délivrant la sentence de mort à un individu<sup>1</sup> pour justifier la difficulté d'annoncer un diagnostic positif (annoncer le sérodiagnostic négatif est un vrai soulagement) ou le sida, alors que le médecin est d'abord celui qui crée l'espoir et fait reculer la mort. Ce discours altruiste tout à fait légitime du médecin ne relève-t-il pas aussi d'un certain narcissisme ? En d'autres termes, est-ce pour ne pas "exécuter" le malade que le médecin se résigne souvent au silence, ou plutôt parce que ce discours le confronte à ses propres limites, à sa fin ontologique mais aussi, en tant qu'homme doté d'un certain savoir, à l'échec et à la remise en question de ses certitudes ? Le silence du médecin qui rencontre bien souvent le désir du malade de ne pas savoir<sup>2</sup>, ne traduit-il pas la crainte de se trouver comme contaminé par son patient et emporté avec lui dans le gouffre de l'anéantissement ? Ainsi, toute parole étant inductrice, dire le sida signifierait hâter sa propre fin, et ne pas le dire retarderait le moment fatidique.

Si tous les médecins savent qu'à l'heure actuelle seule l'annonce faite dans de bonnes conditions et à temps pourrait permettre de déclencher une vraie prise en charge du malade — donc de susciter l'espoir — et de minimiser les risques de contamination à grande échelle, attribuables pour le malade à l'ignorance de son statut sérologique, il y a lieu de dire que les médecins sont confrontés à une réalité beaucoup plus contraignante que l'hypothétique risque d'anéantissement. C'est ce qui ressort de la différence d'attitudes observée par rapport au sida, dans la plaisanterie, l'injure et le "parler-vrai".

### *Le sida entre l'injure et le parler-vrai*

Il est banal d'entendre, au cours d'une conversation, les expressions "j'espère que je n'ai pas le sida !", "tu es tout le temps malade, c'est inquiétant, tu n'as pas le sida !", etc. Mais, cela est toujours dit sur le mode de la dérision ou dans un autre contexte de langage, l'injure, où l'on entend : "quitte-là, sida !" <sup>3</sup> ou "meurs de sida !" ou "sida !"

Pourquoi est-il supportable de parler ainsi du sida et cela devient-il insupportable dès qu'on quitte ces contextes de langage ? Ne serait-ce pas, dans le premier cas — celui de la dérision —, parce qu'elle est, pour reprendre l'expression d'A. Yila, « un langage par quoi l'humaine nature (...) ose défier ce qui l'agresse. Précisément, la dérision est transgression de ce qui se donne comme insolite et apparaît comme la vérité même » (Yila 1995 : 51). N'est-ce pas que dans la plaisanterie, le sida est contrôlé, maîtrisé comme l'angoisse de

<sup>1</sup> Pour l'équivalence annonce = sentence de mort, se reporter à Gruénais et Vidal (1994 : 149-153).

<sup>2</sup> L'oubli du diagnostic, l'incapacité de retenir le "mot" prononcé par le médecin ou encore les doutes émis sur le résultat, constituent en fait un refus de savoir.

<sup>3</sup> Dans le français-congolais, cette expression signifie approximativement "hors de ma vue", "va te faire voir ailleurs".

l'obsessionnel à travers le rite conjuratoire tandis que, sans la plaisanterie, le sida apparaît dans toute sa laideur et son horreur ? La parole étant identifiée à celui qui l'énonce, dire le sida à quelqu'un ne revient-il pas à lui assigner cette catégorie ontologique<sup>1</sup> — sinon, comment comprendre que "sida" soit devenu une injure et que les belles filles soient indexées comme étant le sida même en personne —, donc à l'envoûter, à l'ensorceler ou tout au moins le lui souhaiter comme dans la parole injurieuse — un espace codifié<sup>2</sup> — autorisée par la relation conflictuelle des protagonistes ou la situation de rupture de lien, mais de toutes les façons réprimée ? N'est-ce pas en d'autres termes transgresser l'ordre social du langage ?

En effet, on ne peut proférer une parole de mort que contre les siens<sup>3</sup> — encore faut-il un mobile socialement acceptable comme le manque de respect ou la désobéissance vis-à-vis d'un aîné — ou contre ses ennemis, comme dans le cas de l'injure où on peut souhaiter à l'ennemi de mourir ou lui « signifier d'avoir à se comporter en conformité avec l'essence sociale qui lui est ainsi assignée » (Bourdieu 1982 : 100). Et puisque, à cette efficacité intrinsèque de la parole, il faut ajouter l'efficacité du statut du médecin dans l'espace du savoir, mais aussi par rapport à l'enjeu vital de la survie ou la vie tout court, que peut représenter pour le malade l'assignation du statut de porteur du sida assorti en plus de l'injonction de "ne pas faire d'enfants" ? Dire le sida pour un médecin n'est-ce pas aussi en dernière instance transgresser la parole — promesse<sup>4</sup> qui doit dire la vie et non la mort, l'espoir et non la condamnation ? Dans ce cas, l'embarras du médecin à *dire le sida* n'exprime-t-il pas l'intolérable culpabilité liée à cette double transgression de l'ordre social et de l'ordre déontologique ?

Le sida ne subsume-t-il pas les angoisses liées à la sexualité interdite et à l'interdit de tuer et de tuer arbitrairement ? Ne nous ramène-t-il pas alors à l'intolérable situation du chaos originel de l'homme livré à l'absence de culture, aux pulsions dangereuses qui menacent d'anéantir notre existence entière, surtout si l'on ajoute que les solutions proposées pour lutter contre le sida opèrent malgré elles une séparation entre la sexualité défendue et la seule chose qui la rend acceptable, à savoir la procréation, livrant le malade à une *mort* sans aucune issue ? Ne recommande-t-on pas, en effet à l'homme ou à la femme contaminés par le VIH/sida d'éviter de procréer en utilisant le préservatif et à la femme enceinte de se faire avorter ? Puisque la procréation ne peut plus intervenir comme limite entre la sexualité et la mort, au nom de quoi l'individu peut-il accepter d'aussi grandes

<sup>1</sup> Une certaine conception de la maladie veut qu'elle soit un corps étranger qui pénètre dans le corps du sujet, venant ainsi le déséquilibrer. Cette conception est à la base de l'interprétation persécutive du sida qui en fait un être (extérieur) jeté sur l'individu.

<sup>2</sup> Ibrahimia Sow (1986-87) montre bien que l'injure est un espace où l'on permet d'extérioriser des sentiments qui sont inacceptables en temps normal.

<sup>3</sup> "Meurs, je vais t'enterrer", "si tu pouvais mourir", etc, sont des injures fréquemment adressées par les mères à leurs enfants quand ils font des bêtises.

<sup>4</sup> Pour un des malades du CTA (Centre de Traitement Ambulatoire), la promesse faite par le médecin de vivre encore 10 à 15 ans avec une bonne prise en charge est devenue une "parole d'honneur" dont il attend la concrétisation.

contraintes quand il sait que l'issue est malgré tout une mort certaine et imminente ? En ce cas, est-il étonnant que les conjoints éprouvent des difficultés à annoncer leur situation de séropositif à leur partenaire et la dissimulent tant ?

Qu'advierait-il de la sexualité conjugale qui ne peut-être possible qu'à travers le mur du préservatif, un artifice non exempt de dangers d'ailleurs, venant troubler l'ordre de la nature ? Que serait le mariage sans la promesse de la procréation ? Peut-on réussir les mesures préconisées pour lutter contre le sida dans une société où vivre c'est avoir des enfants, et où le simple fait de parler du préservatif est quelquefois perçu comme une incitation à la débauche, évoquée dans beaucoup de milieux religieux, ou comme une accusation<sup>1</sup> ? Quelle efficacité peuvent avoir ces mesures pour la prévention dans un couple ?

Il semble utile que soit intégré au discours sur la prévention de la contamination et de la surcontamination un langage visant à absorber l'angoisse existentielle liée à la question de la procréation comme on le fait pour l'angoisse de culpabilité du malade et cela, en tenant compte du contexte local.

## Conclusion

L'assimilation du sida à la sexualité défendue, la position de la procréation en tant qu'instituant une limite entre la sexualité et la mort biologique, ontologique et sociale, ainsi que la réactivation du désir d'enfant due à la proximité de la mort, posent le problème de l'efficacité des réponses données jusqu'alors à la pandémie du sida en ce qu'elles équivalent à un renoncement à la descendance. Dans une société où personne n'a jamais renoncé volontairement à sa descendance — à soi — et où tout obstacle à celle-ci est vécu dramatiquement, le discours médical du renoncement à sa descendance lié avec l'autorisation d'une sexualité (protégée il est vrai) peut-il se déployer sans apparaître comme une transgression ?

Si on ajoute à cela que tout discours tenu en dehors des objets et des espaces socialement définis et codifiés correspond à une velléité de porter atteinte à l'ordre social et à celui de la vie elle-même, comment dire le sida quand, comme médecin, on est un des garants reconnus de cette vie ? A supposer que cela soit possible, peut-on vraiment s'attendre à ce que les malades, qui se considèrent souvent comme des victimes de quelque chose qui les transcende, arrivent à surmonter leurs craintes et angoisse, et adoptent les comportements appropriés (entendre le diagnostic sans équivoque, annoncer à son partenaire, vivre sa sexualité sous la contrainte du préservatif, renoncer à sa descendance), quand on sait que, malgré tout, l'issue est la mort par le sida ?

---

<sup>1</sup> A la question : "utilisez-vous le préservatif ?", certaines femmes répondent comme si on les faisait passer pour des prostituées ou, pour les femmes mariées, si on les accusait de tromper leur mari.

Le sida se présente alors de bout en bout comme une “sale affaire”<sup>1</sup> où ce qui fait tant peur semble être la rencontre de la mort avec la vie, ou plutôt l’effraction de la vie causée par la mort. En effet, le sexe ou l’acte sexuel constitue la voie par laquelle la vie advient avec tout ce qui l’accompagne en prime : le plaisir, la jouissance, le bonheur. Or, c’est par là même que le sida introduit la mort et rompt la chaîne de la vie. “Faire la vie”<sup>2</sup> c’est-à-dire rechercher la jouissance sexuelle pour elle-même, libérer la jouissance sexuelle de sa visée procréatrice pour ainsi dire, est mortifère et contaminant, et la vie elle-même est tout entière hypothéquée.

Pourtant, la logique de la nécessité procréatrice est telle que la sexualité du malade du sida peut allonger les catégories indéfiniment mouvantes de la sexualité permise. Il sied de réaménager le discours sur le sida en y intégrant systématiquement la question du droit à la procréation, confisqué aujourd’hui par les pouvoirs de la science.

### Bibliographie

- AGOSSOU Thérèse, 1980, « La mort, la naissance, la filiation : un itinéraire nécessaire et structurant. L'exemple des cultures africaines », in J. GUYOTAT (éd), *Mort/naissance et filiation*, Paris, Masson : 105-115.
- BARDEM Isabelle, GOBATTO Isabelle, 1995, *Maux d'amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L'Harmattan, 174 p. (Collection “Santé et sciences humaines”).
- BIBILA-NKOUTOU B. F., 1994, *Le problème de l'utilisation du préservatif en milieu chrétien : le cas des femmes de la Fraternité Kiminu de Brazzaville*, Brazzaville (Mémoire de maîtrise, Sociologie).
- BOUMPOTO Madeleine, 1994, « Femmes et sida à Brazzaville », in Marc-Eric Gruénais et al., *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo*, Paris, ORSTOM, multigr.
- BOURDIEU Pierre, 1982, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard.
- DESCLAUX Alice, EBOKO Fred, RAYNAUT Claude, 1996, « Les jeunes et le sida : un champ de recherche qui reste à développer », *Sociétés d'Afrique et sida*, 12 : 2-4.
- FASSIN Didier, 1994, « Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo », *Annales (Histoire, Sciences sociales)*, 49 (4) : 745-775.
- FOUCAULT Michel, 1983, *L'interdit et la transgression*, Paris, Dunod.
- GRUENAIIS Marc-Eric, MOUANDBAMBI Florent, TONDA Joseph, 1995, « Messies, fétiches et lutte de pouvoirs entre les “grands hommes” du Congo démocratique », *Cahiers d'Études Africaines*, XXXV (1), 137 : 163-193.

<sup>1</sup> Se reporter à Susan Sontag (1989) pour les différents sens acquis par le sida.

<sup>2</sup> Expression utilisée au Congo pour signifier qu'on est très versé dans la recherche du plaisir charnel, dont le plaisir sexuel.



- GRUENNAIS Marc-Eric, VIDAL Laurent, 1994, « Introduction », , in René COLLIGNON, Marc-Eric GRUENNAIS and Laurent VIDAL (eds), « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », numéro spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 149-153.
- Journal du sida*, 1994, numéro spécial, 64 - 65, août-septembre.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1994, « La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences sociales et santé*, XII (3) : 15-45.
- SONTAG Susan, 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgois, 124 p.
- SOW Ibrahima, 1986/87, « Réflexions sur les injures et les paroles obscènes au Sénégal », *Bulletin de l'IFAN*, série B, 46 (3-4) : 343-378.
- YILA A., 1995, « Poésie et dérision chez Tchicaya U'Tamsi », *L'Afrique littéraire*, 87 : 51-63.

Madeleine BOUMPOTO, *Sida, sexualité et procréation au Congo*

*Résumé* — Au Congo, le domaine du sida est l'un des plus féconds en paradoxes et incohérences entre les discours et les pratiques. Mais il est aussi le plus propre à révéler au grand jour les tensions qui se dessinent aux confins de la sexualité et de la procréation. Ainsi on arrive à un clivage de la sexualité en une bonne sexualité — celle qui aboutit à la procréation dans le mariage — et une mauvaise sexualité — celle qui aboutit aux accidents comme les grossesses pré-nuptiales, les maladies, mais surtout le sida. Entre les deux s'intercalent cependant une multitude de situations sexuelles où les limites entre le permis et le désapprouvé ne sont pas nettes. Maladie-sanction d'une inconduite sexuelle, le sida est transgression de l'interdit sexuel qui menace de porter atteinte à l'ordre déontologique (pour les médecins), à l'ordre social du langage et à l'ordre de la vie elle-même. Négation de la bonne sexualité, le sida compromet la procréation. Il la compromet d'autant plus que, selon les solutions préconisées par la science, la personne atteinte de sida ne peut plus satisfaire son désir le plus cher — à défaut de guérison —, à savoir le désir d'enfant qui est exacerbé par l'approche de la mort. Loin de rassurer le malade, ces solutions l'obligent à répéter le drame de sa vie tout en soulignant son impossibilité de procréer, et donc de s'inscrire dans la lignée des ancêtres. Dès lors, peut-on s'attendre à l'efficacité de ces solutions ?

*Mots-clefs* : sida • prévention du sida • sexualité • mort • religion • procréation  
• Congo.

Madeleine BOUMPOTO, *AIDS, sexuality and procreation in Congo*

*Summary* -- In Congo, the issue of AIDS is one of the most fertile when it comes to paradoxes and inconsistencies between what is said and what is done. However, it is also the best way to expose clearly the tensions that are becoming apparent in the areas of sexuality and procreation. The notion of sexuality has become split between good sexuality —that which leads to procreation within marriage— and bad sexuality —that which leads to accidents such as pre-marriage pregnancy and illnesses, above all AIDS. Between the two there are a multitude of sexual situations in which the limits between the acceptable and the forbidden are not clear. AIDS, punishment for sexual misbehavior in the form of an illness, is a transgression of sexual prohibitions that threatens to damage the deontological order (for doctors), the social order of language, and the order of life itself. Negation of good sexuality, AIDS jeopardises procreation. This is all the more true given that, according to the solutions advocated by science, a person living with AIDS cannot satisfy his or her most precious desire —barring recovery— namely the desire to have a child. That desire is accentuated as death draws nearer. These solutions, hardly reassuring for the person who is ill, oblige the person to go back over the tragedy of his or her life, all the while emphasising the impossibility of procreating and thereby joining the lineage of the ancestors. This being the case, is it reasonable to expect that these solutions will be effective?

*Keywords*: AIDS • AIDS prevention • sexuality • death • religion • procreation  
• Congo.

## **21. The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming?**

**C. Desmond Cohen and Elizabeth Reid**

*“For us, women’s liberation has to start from where we’re at, not you’re at!”*

### **Introduction**

The revealed evidence of the continued spread of HIV infection of women in Africa, particularly sub-Saharan Africa, is not evidence that all efforts to reduce transmission have failed. For we do not, as is usual in the social sciences, have evidence of the counter-factual: what would have happened in the absence of the HIV policies and programmes actually followed. Or what might have been the experience if a different set of policies and programmes had been implemented. We simply do not have the technical capacity nor the resources for estimating with any acceptable degree of accuracy what would have been the level and distribution of HIV infection under different conditions. But the data we do have, imperfect as it undoubtedly is, portrays a situation which is deeply disturbing. HIV prevalence for women attending antenatal clinics in many countries of East, Central and Southern Africa of 20-40 percent and higher is perhaps evidence enough, if any was needed, of the probable failure of most of the prevention activities of the past decade.

We say ‘probable’ because there can be no certainty about any conclusions in this area, where much that is worthwhile has been done, and communities and governments have responded with compassion, and with resources, to the challenges posed by the epidemic. But the facts remain facts: high and continuing infection of men and women, independently of social class [and its correlates], in both urban and rural populations, and with personal and socio-economic consequences which threaten the basic structures of social and economic organisation. That the HIV epidemic has a capacity to undermine social and economic development in Africa is now readily accepted by many, although acceptance of this conclusion does not seem to carry with it much by change in development practice, in the *how* of development. Nor does it in itself provide much guidance about how to design and undertake those specific policies and programmes for HIV and AIDS which might hold out a greater chance of success. These are, in our view, the same thing: better development practice generally is also what is needed for HIV programming in the same way

as it would be for activities for poverty reduction, gender, the environment and so on (Banuri *et al.* 1994).

The purpose of this paper is not to describe the epidemic as it affects women in Africa nor is it a scientific analysis of the situation. It is deliberately ‘non-social-scientific’ in its methodology and approach and its conclusions are practical and, in that sense, clearly neither testable nor generalisable. The paper is much more prosaic in its objectives than most social scientific research on the epidemic. It builds on our own experience of working on the epidemic, alongside others who are day by day responding in their personal and professional lives. Thus, the paper has its starting point with the quotation above: the need for policies and programmes, some of the things that get done, to start ‘*where people are at*’ (Chambers 1994). It cannot be said that generally, not everywhere to be sure, this principle has sufficiently informed the response to the HIV epidemic.

In what follows, we have taken a number of episodic descriptions and inductively analysed these so as to draw out what seems to us to be observations important for any response to the epidemic in Africa. In doing so, we have aimed to distinguish between culture and cultural practices; to give support to those who emphasise responsibilities rather than rights; to argue that social change and transformation have their origins in ‘where people are at’, and that the aim of development is to release this potential in individuals, communities and states (Joy and Bennett 1995). The analysis is the antithesis of the approach so common in this area that emphasises the ‘vulnerability’ of women [individually or as a group], and we reject the very foundations for much of that analysis and the policy prescription which follows. If we are right — maybe only half right — then a re-evaluation of what is currently being done, and its praxis, is urgently needed.

### **No individual solutions**

Analysis which begin from the realities of women’s daily lives create a textured and intricate understanding of what needs to be changed. However, strategic development — the attempts to answer the question of ‘How?’ — which encompasses *only* women will often just create safe havens or intermissions in a continuing context of disempowerment, discrimination, and humiliation. For the quality of women’s lives is determined not only by their own actions but by the attitudes and behaviour of husbands, children, mothers-in-law, employers, public servants, and also by the economic, cultural, and political values of their countries.

To understand this better, let us join Helen, Stephan, Miriam, and other friends who are sitting around in the evening, chatting over a glass or two of beer. Helen, not long returned from her fields, is presiding behind the counter. The setting is rural Uganda.

“Stephan, smartly dressed, an electrical technician, exclaims that he wants to marry. But, he laments, none of the possible brides is going for less than

five cows and his father says that times are hard and he cannot afford more than two and so his son must wait.

Bitterly, Stephan points to the Health Ministry anti-AIDS poster above the refrigerator: 'Love Carefully! Stick To One Partner!' Why, he demands, is there no poster telling parents how to behave. Miriam points out that, since coming to power, President Museveni has repeatedly begged parents to bring down the bride price but without success, at least, Miriam adds, around Bushenyi.

Well, ventures someone from outside, the notion of buying a wife is barbarous and must change if women are to be equal.

You don't understand, bursts out Helen, you think a woman feels bad if she's exchanged for cows or money. But if there's no exchange she feels worth nothing. I cost my husband ten cows. I had a good education from Irish nuns at Mbarara, I speak English and can run a business. My father spent money on me, why give me away for nothing? You want a healthy, educated bride, you pay for it.

Stephan raises his voice: I only want my own woman. I'm not crazy, I know all about AIDS. With a wife I wouldn't live risky. Why must men pay to make women feel better? A wife costs money, you have to keep her. Her family would have to keep her if she didn't marry. Why must I pay to get her so she costs her family no more?

That's bad thinking, retorts Helen. Women must feel valued or we can't look for equality. If my husband got me free, I couldn't start a revolution. A free bride's a slave —no worth, no status, no respect. Everyone knows my bride price was ten cows. When I talk revolution they listen, with respect.

So you see, Jill smiles softly at the outsider, for us, women's liberation has to start from where we're at, not where you're at"! (Murphy 1994: 17-128).

And so the evening ends but the problem remains unresolved. Stephan and other men in Bushenyi remain bitter and scared. Helen and the other women continue to demand that women be valued. And similar conversations are occurring in communities around the world.

In this situation, there might be some women who individually can negotiate or demand protection from HIV infection. They may be able to refuse to have intercourse with their husbands if they do not trust them, or to leave with their children. However, such a strategy would not slow down the spread of the virus among men. And such women are few and far between. Most women are economically, socially, and emotionally dependent on their husbands in such a way as to make them unable to negotiate safety.

Helen has given a great deal of thought to this problem, as have many women. She sees it as a question of survival. The evening before she had argued that women have to say no to risky husbands but they can't, on their own. They are scared but they reject divorce. So, she said, we get together. A husband living risky comes home and sees not only his scared wife, waiting to obey. He sees a *group* of women, all with the same problem, all saying the same thing! This is revolution. It is bigger than our political revolution. It is men being compelled to hear women.

However, strategies of women individually or collectively attempting to protect themselves and their children, even if effective, can only be short-term stratagems. A decision to forego sexual expression or relationships which have a sexual dimension may not be sustainable over the longer term, or the personal price of sustaining it may not be acceptable. It also means that these women must forego the creation, nurturing, and raising of children. This is a form of emotional deprivation that few women would wish to endure for a lifetime. Women-centred strategies show that women can empower themselves in certain ways but there are limits to what they alone can achieve.

Thus, in both the shorter term and more particularly the longer term, any strategy will have to encompass the Stephens of the world as well. The men and women of the community will have to start discussing women's value and men's behaviour and come to some decision about how the impasse might be broken. Consensus will have to build throughout the community, and decision-making will need to be collective. It is not just a question of *how* to build communities and sanctuaries, it is also a question of *where*, that is, *with whom*, to build them.

Women-focused strategies need to be complemented by strategies that bring together and transform the lives of all those who yearn for and dream of a better way of living *now*. Certain changes can be brought about by women together. Other changes will require that men work together to develop a language that names some of the tragedies and distortions of their own growing up in a sexist society, a society where they are both oppressed and oppressing. Others will require not only broader-based alliances but also inclusive collectives of men and women, rich and poor, young and old, healthy and unwell, the articulate and the inarticulate.

### **Is silence golden?**

A recent workshop for NGOs asked the participants, men and women separately, to prepare a group map of a village they were familiar with and to identify on it places of 'situational risk' for HIV. Much time was spent on the niceties of cartography [where precisely was this road or that road] which has, fairly obviously, nothing to do with mapping accuracy, but something else. Finally, the two groups came together and displayed their maps. There was much similarity but one significant difference. Both groups identified brothels/bars and both thought that the streets where traders gathered might be important. But the big difference was that the women, but not the men, placed a question mark over the houses where they and their families lived. The men's response to this difference was not that of denial that risk of infection might be present at what is for many communities the core social institution. Instead, there occurred a period of non-verbal communication: neither denial nor confirmation.

Yet, of course, the data on HIV transmission supports the women's suspicions that the home is a primary centre of 'situational risk'. To put it more bluntly, that most married women in Africa get infected as

a consequence of normal marital sexual relations with their husbands. It is estimated that some 60-80 percent of African women in steady relationships who become infected with HIV have one, and only one, sexual partner —their husband or regular partner. Understanding why this is so is essential for effective responses to the epidemic. Further, unless support for women [and men] is generated somehow for changing the status-quo, then we stand little chance of reducing transmission of the virus. Endogenous factors which are leading to positive changes must be present, but these are almost certainly too slow in acting, and will need support from exogenous forces.

But while the constraints on social change within the cultural setting of many African communities are great, they are not insuperable (Hope *et al.* 1995). Social change in the face of the epidemic is taking place slowly, to be sure, but it is there. So the purpose of policy and programming [often viewed as exogenous, but they need not be] is to support the forces which are demanding changes, and to recognise the capacities which are present for bringing these about. The emphasis needs to be on the possibility for change; the capacities already present in families and communities which can bring these changes about, and how to support these processes.

Let's turn to a brief personal history which is rich in elements important for understanding the problems faced by women and which provides signposts for future analysis and response. The story is that of Aimée Mwadi, a Zairian professional, and goes as follows.

“The story I am going to tell you is true. I have loved and perhaps I have betrayed... I carry the weight not only of the years, but rather of what is unsaid and everything that has been hidden.

I married when I was nineteen years of age; now I am mother of three boys. Our home was a modest one, and we were full of love for each other. However, as time passed, I became increasingly more insecure because my husband did not allow me to express myself or to have basic rights as an individual. Even, for example, in the face of my husband's infidelity. That is why I decided to continue my education, despite his disapproval. After I completed my university studies I had the good fortune to go to France to train as a specialist in HIV diagnostic research techniques.

Upon my return, my husband announced that he was officially a polygamist and planned to have as many wives as he could afford. I did not become jealous, but rather indignant and scornful...

I spent days absorbed in thought and inner conflict. I could see the negative and positive consequences of my decision. Finally I regained my bearings because of a recurring thought: ‘This is a matter of life and death’. With this in mind, I gathered the courage to begin an open dialogue with my husband...

He remained firm in his resolve to practice polygamy and refused to change his decision. It was upon this refusal that I demanded he agree to an HIV test before I continued any sexual relations with him, or that he use a condom. He rejected both requests and that was the beginning of our duel. He tried many things to change my mind. Blackmail, threats, and sometimes physical abuse, but I stood by my decision to protect myself and my children from his high-risk sexual behaviour...

I often wondered if I had made the right decision and I asked myself if I was not suffering from HIV-related phobia. However, reality made my decision firmer, in spite of the constraints, arguments, threats, and false accusations of infidelity made by my husband's family. I thought of leaving my home but concern about my children's future kept me from doing so, especially now that their father had rejected us.

Finally my husband spoke openly with his brothers about our conflict. They then held a family meeting to decide on the punishment they would impose upon me. I had humiliated their brother, even though, in accordance with African tradition, he was the one who had paid the dowry... My husband officially left me in August of 1988.

Through my personal experience and the experiences of others, I learned that many women suffer in silence. We have been educated to respect the African tradition of resignation: a wife is at the service of her husband and his family. If one only knew how many of our sisters have been sent to the hereafter by the very resignation which our grandmothers and mothers have taught and continue to teach us. Now HIV has changed many aspects of our lives and humanity is facing a plague which requires that we reassess and reform some of our cultural and traditional values" (Mwadi 1995: 131-135).

A full exegesis of the above scarcely seems needed and it could be argued that the key elements in the story are self-evident. It could also be argued that little can be learnt from it of relevance to the lives of ordinary African women who have not had the benefit of higher education, exposure to metropolitan life and culture, and do not have the financial and economic independence derived from formal sector employment. All this may be valid —Aimée faced possibilities which are not part of the decision set normally available to most African women. From this, one could conclude that ameliorating the social and economic lives of women ought to be a central objective of development, from which everyone gains [this is not some sort of zero sum game since men, women and children are better off than otherwise]. Undoubtedly a Pareto efficient solution, and one which is the basis of most policies aimed at reducing gender inequalities. No one would object to policies for ameliorating the lives of women and everyone would accept that in time these would create conditions favourable to a reduction of HIV transmission. But this is a 'good' in itself and countries should pursue policies and programmes because this is a moral [equitable] and efficient thing to do.

What is being argued here is that policies and programmes which improve well-being may not, in themselves, be the way to prevent HIV infection in women. Indeed, Aimée's story confirms that changing what some commentators call 'contextual factors' may not fundamentally change the position that women find themselves in —that education and economic independence may leave largely unchanged the relationships within a marriage and many of the external factors which affect the functioning of it. People are culturally conditioned for good or ill, and in a world of HIV, many aspects of culture are life threatening. Thus the question Aimée poses for herself, 'I often wondered if I had made the right decision...?', and the guilt that remains, 'I have loved and perhaps I have betrayed'.



Internal to any relationship are feelings and emotions which, to a degree, are independent of objective factors, including assessment of risks. Thus, what Aimée is seeking from her partner is valuation of herself as a woman. It is this issue of valuation of women's lives which is the core of the problem.

These feelings are central to the human condition and are not much changed by processes of personal and social amelioration [the well-being agenda of development practitioners]. It is ultimately not a matter of 'rights', and seeking this route as an avenue of social change will be fraught with problems and conflicts. This is not to argue that 'rights' are unimportant, for they clearly are [the rights of children, property rights, etc.]. But a rights-based approach to HIV transmission within marriage will probably achieve little and cause much conflict. Isn't responsible behaviour what, ultimately, Aimée's story is about? The lack of it in her spouse and his unwillingness to recognise what the consequences are for himself, his family and others of unchanging behaviour [both sexual and non-sexual].

### **'A Tora Mouso Kele La': A call beyond duty**<sup>1</sup>

It is a shameful fact that hundreds of thousands of women die every year unnecessarily during childbirth. Isn't this evidence enough of the low value put on women's lives? 'It is estimated that globally some 585,000 maternal deaths [pregnancy related] occur every year... about 99 percent of these deaths occur in developing countries... 40 percent in Africa [which has 20 percent of the world's births]... most maternal deaths can be prevented...' [WHO 1996: 13]. This is not news; we have long known that huge numbers of women die during childbirth and that this is preventable. It is also worth noting that many more women die in this way than from HIV-related illnesses— but both, of course, are preventable.

How is the continuation of this level and pattern of maternal mortality in Africa to be explained, and is it simply and only a matter of access to appropriate medical services? Or are there much deeper determinants at work, and will the unravelling of these help us to understand issues which are at the core of HIV transmission— of the causes of morbidity and death? In asking these questions we obviously feel that the answer is 'Yes', that there is much to learn which is relevant to HIV prevention from a deeper understanding of the socio-cultural context of maternal mortality.

Which leads, naturally, to the Bambara expression, '*a tora mouso kele la*', which can be translated as 'she fell on the battlefield in the line of duty'. Societies have, over time, developed and adopted systems of beliefs, customs and norms of behaviour which become the elements of their culture. Only if these are understood and their implications for maternal mortality identified, will it be possible to define the framework within which programmes for reducing maternal

---

<sup>1</sup> Much of this section is based on *A Tora Mouso Kele La* (Diallo 1991).

mortality can function. Diallo [1991: 3] has argued that the assumptions underlying the expression are :

- *Childbirth is assimilated to a battle.*
- *Any battle, in essence, has inherent and unavoidable associated risks. Among the risks are casualties and deaths.*
- *It is the duty, not to say destiny, of women to have to go through this battle in order to achieve the ideal family size required by the norms of society.*
- *As a 'warrior', the pregnant woman is valued for her bravery, expressed in terms of stoicism.*
- *In preparation for the battle, the major emphasis is centered around psychological coping strategies for achieving the stoic stance.*
- *Society, for its part, develops strategies to transcend the adversity of and eventual casualty; in this instance, maternal death.*

Implicit in the above is a perception that childbearing is analogous to a battle, and in battles there are always going to be casualties. It becomes the duty of women, in the interests of continuing the lineage, to accept stoically the burdens [and sometimes the pleasures] of childbearing. So maternal mortality, long experienced by families and communities, becomes a part of the normal functioning of West African societies. Furthermore, since maintaining the lineage becomes the primary purpose of childbearing it follows that fertility becomes a virtue to be celebrated, and infertility something to be denigrated and shunned.

This then is the framework of values, norms and expectations within which 'modern' attempts to reduce maternal mortality have to function. And, not surprisingly, the attempt to introduce new medical solutions have rarely been successful because they do not take account of the extant socio-cultural conditions. As Diallo observes, 'along the path all the factors that contribute to maternal health are interrelated, and a viable programme has to take these into consideration for strategies to be effective. It is therefore essential not to omit the root causes'.

It is a pity that the warning contained in this quotation from Diallo has not been much heeded by those developing HIV prevention strategies. Too often, if they have taken culture into account at all, and often they haven't, they have interpreted culture as 'cultural practices' which is not at all the same thing. While such practices as ritual cleansing or circumcision have a role in HIV transmission, and changes are desirable, they are more or less insignificant in the total picture of HIV transmission where 80-90 percent of infections are sexual. There is little or no evidence of sustained behaviour change in Africa, which has been the primary aim of more or less all HIV prevention programmes. But is it surprising that this is so if the analysis given above is anything like a picture of reality ?

Norms, values and behaviours are deeply embedded in society and generally change, but slowly. Thus women are expected to endure pain in childbearing and to die in large numbers in the supposed interest of the group [lineage]. They are expected to submit to the sexual demands of their spouses under conditions which will maximise fertility. Being fertile is for women in such societies a badge of honour, a source of status and position within the family, the extended family, and the village. How could one ever have imagined that changing such fundamental elements in ways that change social positioning was feasible through the kinds of interventions so typical of HIV policies and programmes? In this world where so much is culturally determinate it was always unlikely that providing information on HIV and urging men to use condoms would fall on deaf ears and be generally ineffective.

But culture is not constant, and can change. So the object of policy is to understand it and to try to work with the forces which are changing norms, values and behaviours. In the hope that leaning into the wind [going with and supporting change] will at least be going in the right direction. It may not. There is some evidence from East Africa that the high HIV-related mortality amongst women is leading among men to scapegoating which blames women for the epidemic. This has to be countered, for it is simply untrue. All the evidence supports the proposition that most women, certainly married women, are infected by men and that it is men's behaviour which has to change. But this is Catch 22 yet again: men's sexual and other behaviours are culturally determinate and can be changed only slowly, if at all. But change it must for lineages to survive and communities to prosper. For men, as for women, the present state is non-sustainable — both are dying unnecessarily because of HIV and AIDS. Where there are only gainers and no losers from social and cultural change then surely there can be hope and something for policy makers and programmes to work with?

## Conclusions

This not the kind of paper which lends itself to simple conclusions. It has been more of an exploration of ideas than a formal presentation, with observations [hopefully well-founded] as and when they appeared apposite. The authors feel strongly that descriptions of problems do matter and the terms that are used that become common parlance are also important. Too much of policy and too many programmes have not heeded the warning at the outset of this paper — they have not '*started from where we're at*' but from '*where we are at*'.

Therein lies the source of much of the difficulty and the apparent weakness of many well-intentioned actions by many people. This is not confined to HIV-related activities, and other critical areas of public policy have been similarly accused. Thus Chambers, surely the best grounded and most perceptive writer and practitioner, has argued that the praxis of development requires major changes in approach. 'If

poor people's realities are to come first, development professionals have to be sensitive, to decentralise, and to empower, enabling poor people to conduct their own analysis and express their own multiple priorities'. Those working on HIV and AIDS have been slow to heed Chambers' advice and many of our problems have their origins in our own practice.

Nowhere is this more evident than in our understanding and our responses to the problems faced by women in Africa. There have been too many preconceptions and too many preconceived answers. Our analysis of problems and of the day-to-day reality of the lives of most women have been largely based on what we believed and what we thought possible. In doing so, we often closed out possibilities for social change and, in doing so, have disempowered those who most need our understanding and support. Women can be 'the dynamic promoters of social transformation that can alter the lives of both women and men' (Sen 1995: 105) but, as argued above, there are 'no individual solutions'. Men have to be active agents of social change as well as women, for unless this is so, then women-only strategies can, at best, be only partial and short-lived solutions.

### Bibliography

- BANURI Tariq *et al.* 1994. *Sustainable human development: from concept to operation*. New York: UNDP.
- CHAMBERS Robert. 1994. *Poverty and livelihoods: whose reality counts?* London: Intermediate Technology Publications.
- DIALLO Bouacar. 1991. *A Tora Mousso Kele La: a call beyond duty -often omitted root causes of maternal mortality in West Africa*, New York: UNDP/HIV and Development Programme (Issues Paper No.9).
- HOPE A.S. Timmel and HODZI C. 1995. *Training for transformation*, Gweru, Zimbabwe: Mambo Press.
- JOY Leonard and BENNETT Sherrin. 1995. *Process consultation for systemic improvement of public sector management*, New York: MDGD - UNDP.
- MURPHY Dervla. 1994. *The Ukimwi road: from Kenya to Zimbabwe*, London: Flamingo/Harper Collins.
- MWADI Aimée. 1995. "The power to silence us", in Elizabeth REID (ed), *HIV and AIDS: the global inter-connection*, West Hartford: Kumarian Press: 131-135.
- SEN Amartya. 1995. "Agency and well-being: the development agenda", in Noleen HEYZER (ed), *A commitment to the world's women: perspectives on development for Beijing and beyond*, New York: UNIFEM.
- WHO. 1996. *The World Health Report 1996*, Geneva: WHO.

C. Desmond COHEN and Elizabeth REID, *The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming?*

*Summary* — At the core of the dominant explanation of HIV infection amongst girls and young women is the concept of ‘vulnerability’. It is argued that women are vulnerable to HIV for cultural, social, economic and physiological reasons such that changing these conditions will affect in significant ways the levels of HIV infection. The paper proposes that both the modelling of HIV transmission and policies and programmes which are based on the concept of vulnerability are too simplistic. That this approach fails to capture the complexity of the relationships between men and women. A brief exploration of some of the neglected factors and evidence throws doubt on the conceptual base of ‘vulnerability’ as a construct. In conclusion the paper calls for analytical structures which are both more complex and based on the reality of women’s lives.

*Keywords:* vulnerability • women-focused strategies • social change • valuation of women • well-being agenda • culture • social norms/values • maternal mortality.

C. Desmond COHEN and Elizabeth REID, *La vulnérabilité des femmes : est-ce une bonne base pour une politique et une planification ?*

*Résumé* — Au cœur de l’explication dominante de l’infection à VIH chez les filles et les jeunes femmes, on trouve le concept de la vulnérabilité. On affirme que les femmes sont vulnérables au VIH pour des raisons culturelles, sociales, économiques et physiologiques. Changer ces conditions affecterait de manière significative les niveaux de l’infection à VIH. L’étude avance que la modélisation de la transmission du VIH, aussi bien que les politiques et les programmes fondés sur le concept de vulnérabilité, sont trop simplistes ; que cette approche n’a pas réussi à saisir toute la complexité des relations entre hommes et femmes. Une brève exploration de certains facteurs négligés a manifesté des doutes quant à la base conceptuelle de la “vulnérabilité” comme une construction. Enfin, le document invite à proposer des structures analytiques à la fois plus complexes et davantage fondées sur la réalité des vies des femmes.

*Mots-clés* : vulnérabilité • stratégies visant les femmes • changement social  
• valorisation de la femme • bien-être • culture • normes et valeurs sociales  
• mortalité maternelle.

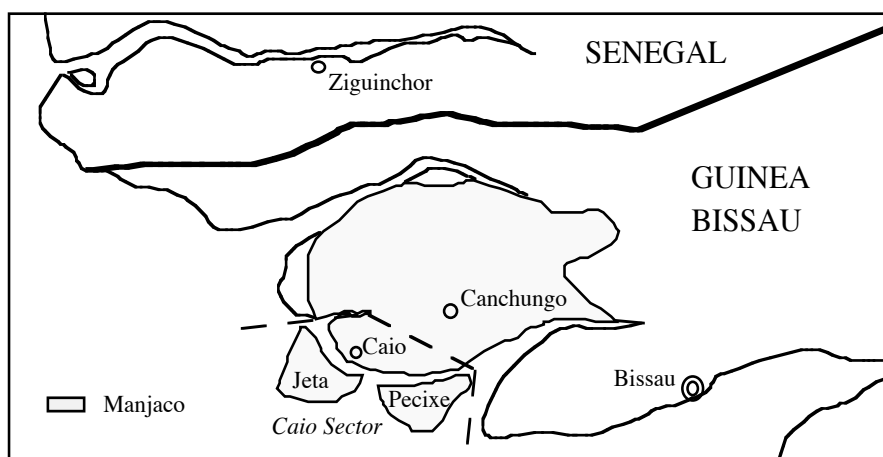
## 22. Village women as town prostitutes: cultural factors relevant to prostitution and HIV epidemiology in Guinea-Bissau

Margaret Buckner

### Introduction

Prostitutes are one of the most frequently cited groups at risk for AIDS in Africa and elsewhere. Working in major population centers and at busy crossroads, and generally highly infected with the HIV virus, they are often held responsible, at least partly, for the propagation of HIV infection. Numerous publications describe their reported sexual behavior and offer statistics relevant to HIV epidemiology. Studies of prostitutes abound, but are generally city-based, and women are selected solely because they practice prostitution. Ethnic background, geographical origin, family situation, and personal circumstances are usually mentioned briefly, if at all. Sometimes the only common denominator for these women is that they work as prostitutes, and that term itself refers to a wide range of practices.

Map 1: *The Caio Sector*



In this village-based study, the proverbial horse and cart are inverted. The women are considered first and foremost as members of their families, village, and culture, and only secondarily as having

opted for prostitution as a means to earn cash. Most women born in the study area remain there, following a more or less traditional way of life. Yet, for various reasons, some leave to work as prostitutes in Bissau, Ziguinchor and other population centers of Guinea-Bissau and Casamance, sometimes venturing as far as Banjul.

This study is especially relevant for three reasons. First, the women involved practice a particular type of prostitution, one that is traditional, is based in or near residential neighborhoods of cities, and serves working-class clients, as opposed to the more modern elitist type of prostitution which targets wealthier clients of hotels, bars and night clubs. Second, the women from this village and its two neighboring islands account for up to a third of the prostitutes working in Ziguinchor, and probably over half of those working in Bissau. Third, this small section of Manjako territory is virtually the only one which produces prostitutes; the rest of the Manjako region, though of similar language, general culture, history, and economic activities, furnishes few if any prostitutes.

Various surveys have shown that a significantly high proportion of prostitutes working in Bissau and in Ziguinchor come from Caio Sector on the coast of northwest Guinea Bissau. Records at the Ziguinchor STD clinic, where prostitutes report for regular check-ups, showed, in 1990, that, out of over 300 of them, about 40 percent were of Guinea Bissau origin.<sup>1</sup> Of these Guinea-Bissau women, over 80 percent were of the Manjako ethnic group (who make up less than one-tenth of the total population of Guinea Bissau), and, of these, the large majority came from Caio Sector, which includes the village of Caio and the neighboring islands of Jeta and Pecixe.<sup>2</sup> Furthermore, though information on prostitutes in Bissau is spotty and inconclusive, it tends to show that the majority of women working in the traditional core prostitute area of Bissau are Manjako from Caio Sector. Antonio Carreira was explicit: "Single [Manjako] women sought out the important urban areas [...] where they devoted themselves to prostitution. [...] Young Manjako girls from the central region [...] rarely entered prostitution and did so only in isolated cases. Those of the islands (Pecixe or Jeta [Caio Sector]) practiced it in an almost collective way" (Carreira 1960: 781).

Since prostitutes in Ziguinchor showed a high rate of HIV-2, reported to reach 38 percent,<sup>3</sup> and since so many of them came from Caio, the Medical Research Council (London) initiated a research project there in order to investigate HIV in this isolated, rural community. The resulting two-year study (1989-1991) revealed an infection rate among the general adult population of approximately

---

<sup>1</sup> Dominique Ricard, personal communication, and records from the Ziguinchor STD's clinic (Centre MST). Thanks to Senegal's National AIDS Program, Prof. Souleymane Mboup, Dr. Diop and Francisco Manga for making those records available. See Kanki *et al.* (1992).

<sup>2</sup> Dominique Ricard, personal communication, and records from the Ziguinchor STD's clinic.

<sup>3</sup> Thirty-six percent, according to Kanki *et al.* (1992).

8.5 percent, almost exclusively HIV-2 (Wilkins *et al.* 1993), a rate comparable to that found in the capital city, Bissau. (Poulsen *et al.* 1989)

The project was then extended for two more years in order to study the types of risk behavior that could account for the high rate of HIV-2 in this rural area, and, in particular, to investigate the possible role of prostitution. Most of the findings presented here stem from fieldwork carried out during this second phase of the MRC project (1991-1993).

Research on this subject was guided by two questions. First, what circumstances push some women to leave the village to work as prostitutes, while most do not? Second, why does Caio Sector export prostitutes, while other Manjako areas do not? The answer to these questions can only be found by investigating social, cultural, and historical factors which influence women in their choice to enter prostitution, such as marital customs, kinship, residence groups, ricefield inheritance, age-sets, religious beliefs, and emigration. The present paper deals primarily with the first question, immediate factors in an individual woman's life which lead her to work as a prostitute. Sociological reasons which may account for the predominance of women from Caio Sector among prostitutes in Bissau and Ziguinchor will only be briefly outlined here, since they will be treated in a forthcoming article which explores more completely the cultural institutions which distinguish Caio Sector from the rest of Manjako territory.

The Manjako, whose language belongs to the West Atlantic group,<sup>1</sup> inhabit Guinea-Bissau's northwestern Cacheu Region, characterized by lowlands rimmed by tidal inlets and mangroves, dotted with ricefields and palm groves. The main diet is rice supplemented by fish. Cashews and palm oil are cash crops. A significant proportion of men seek work abroad, mainly in Senegal, France, and Portugal.

The approximately 8,000 inhabitants of Caio proper live in a series of twelve wards which stretch out over eight kilometers. Though the three most populous wards form a sort of town which serves as the administrative center of Caio Sector, most of the inhabitants maintain a traditional village lifestyle. Traditional beliefs in earth spirits and ancestor cults are very strong; conversion to Catholicism and Islam has been negligible.

Over 220 Caio women who were working or had worked as prostitutes were interviewed discretely and privately, in the Manjako language, in Bissau, Ziguinchor, or Caio. Besides these interviews carried out with known prostitutes, a history of prostitution was uncovered for another twenty women during a village marriage survey, when they volunteered the information. We also had access to the records of 80 women from Caio who had attended the Ziguinchor STD clinic; half of these women were also interviewed.

Several village-wide surveys were also undertaken, including an annual census, marriage surveys, and genealogies, resulting in an

---

<sup>1</sup> For an interesting account of the Manjako in the Canchungo area, see Gable (1990). The Manjako language has been studied by J.-L. Doneux (1975).



enormous amount of background information on Caio residents, including prostitutes and their families. At the same time, anthropological research was carried out to understand the cultural traditions and social organization of the village.

### **The work**

The type of prostitution Caio women practice can be described as discreet, non-exhibitionist, traditional, and popular. The woman sits quietly in front of the room where she works, typically in a residential area, and waits for a client to approach her. The sex-for-money exchange takes approximately fifteen minutes. On a slow night the woman may go to a nearby working-class bar to attract clients and bring them back to her room. In 1992, the price the women in Bissau charged each client was 7,000-15,000 pesos, the equivalent, at that time, of around 5 - 10 French francs (US \$1-\$2). In Ziguinchor, the average price was 500 CFA (before the devaluation). Younger women tend to charge more than older ones. For Bissau, it is safe to suggest an overall average of 5-10 clients per prostitute each night she works. Women under 35 years of age reported 10-20 clients per night, women between 35 and 50 years of age reported 5-12, and women over 50 reported around 5. Our observation showed that the women tended to report their maximum rather than their average number of clients.

Not much is known about the clients of these women. The exchange is very brief, and takes place in silence and in darkness. The women themselves, let alone casual observers, cannot judge the ethnic group (the lingua franca, Portuguese Kriol, is used for the few words spoken), nor the age, nor the social characteristics of their clients. Possible reasons for the seeking of prostitutes, and especially for the relatively low age of clients (20s) include: postpartum abstinence, gender imbalance in Bissau, and the late age of marriage for men.

Of the approximately 200 women for whom we have the information, about one-third reported having worked in Bissau but not Ziguinchor, one-third in Ziguinchor but not Bissau, and one-third in both Ziguinchor and Bissau. The oldest women are less likely to have worked in Ziguinchor. An equally large number (76) have worked in Canchungo, the crossroads for the Caio-Bissau-Ziguinchor triangle, but just seven have worked only in Canchungo. Fifteen women have worked in Bafata, in eastern Guinea-Bissau (on the truckers' route from Dakar to Conakry), and five each reported having worked in Banjul and Dakar. Women from the island of Pecixe tend to work only in Bissau, though we found three young women from Pecixe in Banjul. I should point out that the women do not work as prostitutes in their home village.

Almost half of the women reported having worked for five years or less; they have since returned to the village to marry and have children. One quarter worked for six to ten years, and one quarter for over ten years, including 15 who have reportedly worked for over 20. As one would expect, the older the woman, the longer she has worked

in prostitution. Also as one would expect, retired prostitutes have worked for shorter periods than the active ones. The length of time spent in prostitution is sometimes but not always linked to the reason why the woman left to work in the first place.

A woman is free to choose where she works, the days and hours she works, and which and how many clients she receives. She may work a few nights per week, or a few months of the year, according to financial need and her own inclinations. Once she has paid the rent, either for a room in a brothel rented nightly, or a room in a residential house rented by the month, she keeps all her profits, and decides herself how to spend her earnings.

The women who work as prostitutes are not at all marginalized, and, except for their evening job, lead 'normal' lives. During the day they are indistinguishable from their neighbors, washing clothes and cooking for their children. At night, if the room in which a woman lives also serves as workplace at night, a bed is set up in a section of the verandah, or in a part of the room closed off by hanging up a blanket. It is also common for children to live and eat meals with the prostitute mother or aunt during the day, but sleep at the home of a friend or relative who lives nearby while the prostitute receives clients.

Women from Caio who work as town prostitutes form a very cohesive group, considering themselves 'colleagues' on the model of age-sets. They are in constant communication with each other, no matter where they are. When one is ill, others help her with housework and children. They let each other use their rooms during absences. They attend one another's funerals and religious ceremonies.

### **The women**

Several generalizations can be made about Manjako women from Caio Sector who work as prostitutes. First, the average age of practicing prostitutes is approximately 41 years. There are very few women under 25 years of age who practice prostitution, and there are several who are still practicing at 60. It is fairly easy to estimate the ages of prostitutes from Caio Sector thanks to the age set system found there. A new age-set is formed approximately every four years, and individuals remain in the same age set for life. Thus it is possible to chart out, by dating births using historical events and extrapolation, the approximate ages of members of the different age sets. For this paper, I have used the median year of birth of a woman's age set to determine her approximate age.

Prostitutes from Caio are older than women practicing other styles of prostitution in bars and nightclubs of Bissau and Ziguinchor, and are also older than prostitutes in neighboring countries. The following table and graph shows the distribution by age group of active prostitutes participating in studies in four different localities.

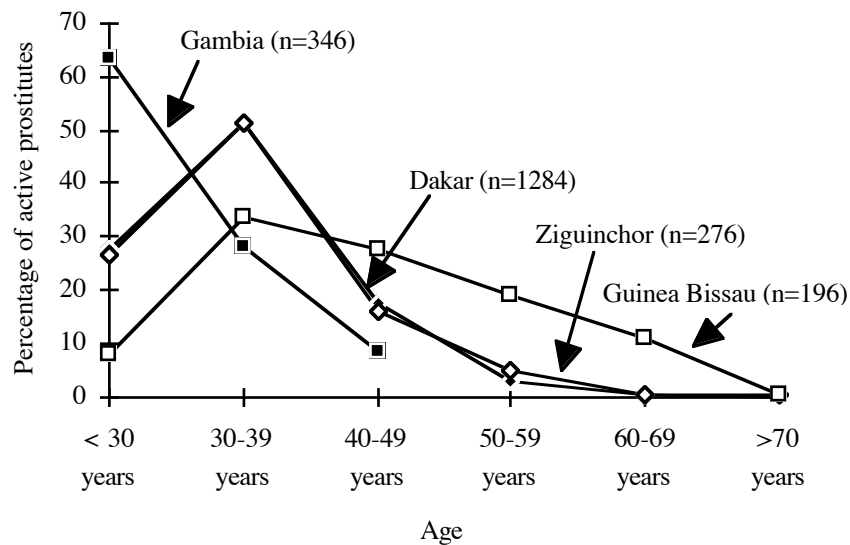
Dakar and Ziguinchor show almost identical curves (Kanki *et al.* 1992). Gambia shows a very young age for most of the women: 63.3 percent are under 30 years of age (Pepin *et al.* 1991). In Guinea-Bissau, in contrast, there are more older prostitutes than very young

Table 1: *Number and percentage of active prostitutes in some West African areas*

	Dakar (n=1284)		Ziguinchor (n=276)		Gambia (n=346)		Guinea Bissau (n=196)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30 years	352	27.4	74	26.8	219	63.3	16	8.2
30-39 years	660	51.4	141	51.1	98	28.3	66	33.7
40-49 years	227	17.7	45	16.3	29	8.4*	54	27.5
50-59 years	40	3.1	14	5.0	0	0	37	18.9
60-69 years	5	0.4	1	0.4	0	0	22	11.2
>70 years	0	0	1	0.4	0	0	1	0.5
Total	1284	100	276	100	346	100	196	100

\* In the data from The Gambia, the age category was 40-70 years.

Graph 1: *Percentage of active prostitutes in some West African areas*



ones (but it should be recalled that the sample of Guinea-Bissau prostitutes includes only those from the Caio Sector, and is thus not representative of all active prostitutes working in Bissau).

The women come from all social backgrounds, from both so-called noble and commoner clans. They can be priestesses, or sisters,

mothers, daughters, wives or widows of important men. Only a very few of the youngest women have had any schooling, and that was limited to a few years of primary school. However, it should also be noted that the level of literacy in Guinea Bissau is generally extremely low, so in this trait prostitutes do not differ from the rest of the society.

Prostitution 'runs in the family'. Almost half the interviewed prostitutes have at least one close relative who works or has worked as a prostitute. Sister- or mother-daughter teams are common. The father's daughter, or paternal half-sister, is the most common relative cited, probably because in this virilocal society daughters of the same father grow up together and are quite close; daughters of the same mother but different fathers would most likely grow up in different compounds. In one extreme case, five daughters of the same man have all worked as prostitutes.

Almost all have been married and/or have had children. Many of the women working in Bissau have the children of other family members besides their own living with them. They look after the children in their care, feed and clothe them, and buy medicine for them when they are ill.

The women usually maintain strong ties with their extended families in Caio. If their parents are still living, or if they have ricefields of their own, they usually return to the village for planting and harvesting. They often send home sums of money. They return to Caio for family funerals and weddings and participate in family decision-making and ceremonies. They do not neglect their deceased parents, taking care to perform the required rituals; they consult diviners and make offerings to earth spirits for their and their children's welfare. When sick, they return to Caio to seek traditional treatment. They also return to the village for important age-set activities, priest initiations, and other special events.

There is a Manjako term used to designate prostitutes, *na-tuk-ufuc*, which can be translated as 'one who runs with the wind'. Young women who practice prostitution are also locally referred to in Portuguese Kriol as *nomadas* because they usually move around a lot, and a common euphemism for saying that a girl is working in prostitution is to say that she is *em praça*, or 'in the plaza'. The negative connotations usually attached to the word 'prostitute' are not found in the local village context, where working as a prostitute is not seen as immoral. Village men often seek out women who are working in town as prostitutes to take them back home and marry them. When women who have worked as prostitutes return to Caio either for short visits or to remarry and remain, they are not stigmatized. Prostitutes' children suffer no social disadvantage; they have no trouble being accepted by peers or finding marriage partners.

However, becoming a *nomada* is considered shameful in cases in which the woman has left her father's or her husband's house illicitly without making the proper arrangements for repayment of bride service (discussed below), or if she has broken all ties with her family. Several of the younger women who fled in this way said their families did not know where they were. This type of behavior is very much

disapproved of, but more, it would seem, for the clandestine nature of the flight from home than for the practice of prostitution. The few women who refused to be interviewed had almost all fled in this manner and had not yet negotiated arrangements with their husbands or fathers.

### **Becoming a prostitute**

Most of the women interviewed gave a marriage-related problem as their reason for leaving to work as a prostitute. Therefore, a brief look at traditional marriage customs in Caio is called for. A father may select a husband for his daughter, or a man his future wife, often when the girl is still very young. If both families are in agreement, the accord is finalized by libations and offerings of palm wine. From then on, the man is referred to as the girl's husband. Over a period of several years, he performs bride service; that is, he works for his father-in-law several days per year in the ricefields or at other tasks. When the girl reaches marriageable age (at least 18 or 19 years), the wedding ceremony may be held, and the bride moves into her husband's house.

An informal type of marriage also exists, in which the woman simply moves into the man's house. In this case, the husband and wife are usually of the same age-set, and have fallen in love during age-set initiation. If the girl's father accepts the union, the young man is accepted as her husband.

The Manjako words for 'husband' (*ayin*) and 'wife' (*aar*) are used regardless of whether bride service has been performed. Still, a woman's freedom to walk out of her marriage depends on whether or not her husband has performed bride service. If a woman wishes to divorce a husband who has performed bride service, she must reimburse him monetarily, or live with him long enough to bear him a child. She is often obliged to pay even if she has borne him children, especially if she intends to remarry. Sometimes divorce occurs before the actual marriage. If a girl refuses to marry the husband chosen by her father and who has performed bride service for her, she may pay off the man even before the marriage is consummated, and thus free herself to marry a man of her own choosing. Furthermore, if a husband who has performed bride service dies, his wife is 'inherited' by his successor, usually a brother or a maternal nephew. If a woman does not wish to marry her deceased husband's successor, she must reimburse him as she would her husband.

The reason most often cited for working as a prostitute was to earn the money to reimburse bride service, whether before or after the official wedding took place, or after the husband's death to reimburse his successor. Reasons for refusing to marry or stay married to a husband are numerous and varied. A very common one is that the girl has fallen in love with a young man her own age during age-set initiation; the girl pays off her official husband in order to marry her lover. In other cases, it is simply a question of incompatibility, which is

understandable given the often considerable age difference between husband and wife, and the fact that the girl may have no say in who her father chooses for her. Other women complained of mistreatment, of problems with co-wives, or of the husband's long absence, especially if he has migrated to France or Portugal. A few unique problems involved incest, sibling rivalry, or the husband's arrest.

About one quarter of the women said they originally left to work as prostitutes because their fathers did not arrange a marriage for them. In this case, the young woman is more or less free to decide her own fate, to take a lover, or to become a 'nomad'. Furthermore, some women choose to work as prostitutes simply as an alternative to marriage.

Most of the remaining reasons given involve economic need, though the need may be due to any of several factors. If the woman's husband dies and she is not inherited by his maternal kinsman, if her husband emigrates to France or Portugal and does not send support, or if her husband is too old to work or is incapacitated, she may be left to fend for herself and her children.

Finally, a few women said they left to work as prostitutes either because they were unable to conceive, or because their children died at a young age. Since this is considered a sign that the barren marriage was doomed to fail, due to some sort of spiritual retaliation, the woman is not required to pay back bride service.

### **Remaining a prostitute**

No correlation was found between a particular marriage history and the length of time spent in prostitution. Many women first leave to work as prostitutes to earn the money to reimburse bride service, and once the required amount of money is earned and repaid, they return to the village to marry men of their own choosing and live normal married lives. Many women, however, choose to remain in town to continue to work as prostitutes even after bride service has been paid.

During many of the interviews, active prostitutes were asked whether they liked being a prostitute or whether they would like to return to Caio. Over half said that working as a prostitute was a good life and that they would not return to Caio, whereas a large minority said they would like to return to Caio if they could. Just as many older as younger women said it's 'the good life'. Reasons the women gave for wanting to stay *em praça* include earning money to buy clothes and live well, earning money to send home to the family, the difficulty of working in ricefields, a hearty dislike for marriage, and the opportunity to experience new places and meet new people. A few gave negative reasons for staying: fear of the earth spirits in Caio; fear of her husband or her father; fear of poverty for her children. On the other hand, other women gave reasons for wanting to leave the *praça*, which include: the desire to marry her sweetheart; the desire to live near her family; frequent illness and fatigue; lack of security in the *praça*; and too meagre earnings.

### Women's accounts

Almost one hundred life histories were collected from women who were working or had worked as prostitutes. From these accounts, it is difficult to define a typical prostitute profile, since the circumstances which incite women to work as prostitutes vary greatly. Indeed, it is difficult to find two stories that are alike. The problem may be an arranged husband, or the lack of one. Some women practice because they want to, some because they have to (or so they say). Presented here are five accounts (translated from Manjako) in which women explain in their own words why they left the village to work in prostitution. These samples illustrate the diversity in the women's backgrounds, and the complexity of the factors involved.

1. (34 years old): "My husband worked for my father and carried out the wedding ceremony. Then I started causing trouble, and at night I hid from him because I didn't want to sleep with him. After a few days I ran away to Bissau, where I stayed for two years. Then my husband died, and his brother was supposed to inherit me. I refused categorically. My husband's brother called on my father and demanded that I pay him 2,000,000 pesos (1,200 French francs or US\$250), because his brother had spent a lot on me. My father told me to go live in the house of my second husband, but I absolutely refused. I agreed to pay him the money, and that's what led me to this kind of life. I worked in Ziguinchor and in Bissau for three years to earn the money and I paid it in full. Now I won't leave this kind of life, because thanks to this life I've been able to do many things. I'd like to stay here forever, because this way I can help my mother out [by sending her money], because she is old and can't work very much. And besides that, I wouldn't be able to go back home to live, because I wouldn't have anyone to give me the things I need in my life".

2. (54 years old): "It's very difficult to explain what led me to enter this kind of life. When my husband started to work for my father, I was only a child. When I grew up and was old enough to get married, my husband performed the wedding ceremony. I lived with him until we had a child, and then my husband went to France. I had many girlfriends who were working as prostitutes in Bissau, and after my husband had been away in France for a long time, I joined them there. When my husband returned from France, he called on my father [...], and my father sent for me in Bissau. When I arrived in Caio, my father asked me what had happened, and I answered him that I didn't like my husband, and that that's why I'd gone to the *praça*. [...] My husband said that if I didn't like him any more, I should pay him his due (*direito*): 1 pig, 400,000 pesos (250 French francs or US\$50), and a bottle of cane alcohol. And that was the end of the conversation. I returned to Bissau to continue working there so that I could pay off my husband. The next year I paid him what I owed him. My situation here is not constant. I'm always going to Bissau, Caio, Ziguinchor, and Dakar. I don't go to Caio every year, sometimes I just send money to my father. Now I can't leave this kind of life. It's thanks to this kind of life that I have come to know many things about life and about human beings".

3. (34 years old): "The situation here is difficult for me. I once had a husband, who spent a lot for my father, and for me, too. But my husband went to France [before the wedding ceremony], and stayed there a long time without sending me a single letter, so I went to Bissau. I can't say it's his fault, because at that time he hadn't yet performed the wedding ceremony, so I wasn't yet living in his house.

When my husband returned from France, I had already entered this kind of life. When I heard that my husband was in Caio, I thought that my father would tell me that I would have to get married that year. Then I got foolish and asked my girlfriend's advice. She told me I should run away to Bafata, and, with the little intelligence that I had, I decided to go to Bafata until my husband returned to France. Then I returned to Bissau. The next year, my husband came back to Caio, but he was sick, and he soon died. His younger brother wanted to inherit me. When I refused, he called my father to the spirit shrine to ask that his brother be paid his due (*direito*). He told my father that I had to pay 400,000 pesos (250 French francs, or US\$50), 1 pig, 2 liters of cane alcohol, and 2 bottles of brandy. Then my father sent me a letter explaining it all. I sent him a reply telling him to tell my husband's brother to wait one year and by then I would pay him, God willing. By working *em praça*, I earned the money and took it to my father, who then paid off my husband's brother. I never did live in my husband's house. I am a nomad; I go from place to place to earn my living. Since I entered this life, I've never spent more than 2 months in Caio, because I usually just send my father money, as well as clothes, shoes, etc; my mother died a long time ago. Now I have no one in Caio except my father".

4. (42 years old): "I had a husband who worked for my father. When he went to France, he sent money for his family to perform the wedding ceremony [in his absence], and they did. I went to live in my husband's house and stayed there for 2 years. Then my husband wrote [from France] saying he didn't want me. I decided to go to Bissau to live the good life (*a bela vida*). God helped me to have two daughters, but they have different fathers. My husband is still in France. While I was *em praça*, another man [from Caio] came to ask me to marry him, and I decided to leave the *praça* to go live with him in Caio. My [first] husband hasn't demanded any payment, since he's the one who didn't want me".

5. (50 years old): "Since I was born, I've never had a husband who worked for my father. When I grew to be an adult, I fell in love with A..., and we had a daughter. Since the love was soon over, I decided to go to live in the *praça*. While I was there, L... came to ask me to marry him, and to this day we are still together. I didn't stay long in the *praça*, because it was a kind of life I didn't like; I only went there because I had no other way to earn a living. [...] Since I moved in with L..., I've never gone back to Bissau to follow that kind of life".

Due to reasons which will not be developed here, it is probably safe to say that the women generally gave true accounts. Nevertheless, they likely often neglected to mention other hidden reasons, the importance of which was only discovered during an additional few months' fieldwork in Caio in 1996. If a young woman refuses to marry the husband chosen by her father, her father may enlist the local earth spirits to punish her if she returns to Caio or marries any other man. It is thus a sort of spiritual coercion which forces a young woman to submit to her father's will or to leave her home permanently, and, in the latter case, prostitution is a viable option.

The accounts show that bride service is an important but not a deciding factor. Though repayment of bride service is often cited by prostitutes as their reason for leaving, it is also true that most women in Caio who divorce repay bride service without working as prostitutes; it is possible to earn the money by other means, such as selling palm oil, cashew wine, or kola nuts, or other family members may contribute to the repayment. Furthermore, many women become prostitutes though



they do not pay back bride service, or remain in prostitution long after bride service has been repaid.

Finally, like bride service, economic need is an important but not a deciding factor. Though many women said that they left to work as prostitutes because of financial need on the death or emigration of their husband, the majority of widows or women abandoned by their emigrant husbands do not resort to prostitution; most are taken in and/or aided by relatives.

### **Why prostitutes come from Caio**

The accounts given by the women explain the circumstances which incited them to enter prostitution, and in many cases, to remain there. On a different, sociological level, other factors may help to explain why Caio Sector supplies such a large proportion of the region's prostitutes, as opposed to the rest of the Manjako region, or indeed, the rest of the Guinea Bissau. Various cultural and historical features which may or may not be found in other parts of Manjako land combine in Caio, Jeta, and Pecixe to form a particular constellation which seems to accommodate, facilitate, and sometimes even encourage, prostitution. Since these factors are too complex to be described here in detail, they will only be briefly outlined.

First, the custom of some sort of bride service is or was common among the Manjako, as well as among other related ethnic groups, though the modalities vary. In other Manjako areas, bride service died out long ago. I was told that among the Mancanhe, bride service is performed for a woman, but if she doesn't wish to marry the man, a sister or other female relative marries him in her place. In other areas, if a girl refuses to marry the husband chosen for her, it is her father or entire family who must reimburse him for his labor. It is perhaps only in Caio that the girl herself is responsible for the payment if she refuses the marriage, a situation which may lead her to work as a prostitute.

Second, while the rest of Manjako territory has shifted to a patrilineal system, kinship among the Manjako of Caio Sector is based on matrilineal clans. Though a form of patrilineal inheritance also exists, titles, ritual functions, and, in general, the control of ricefields pass through the maternal line. The successor to a residential headman will be his sister's son. Thus, whether or not a woman has an official husband will not hurt her offspring's chances to matrilineal succession or inheritance of wealth. This system of succession and inheritance ensures that the children of prostitutes are neither socially nor economically disadvantaged, and that women, including prostitutes, maintain their importance in decision-making and family functions.

Third, the age-set system found in Caio Sector is not present in any other Manjako area except Calequisse. Every four years or so, the group of 15- to 19-year-old youths and 12- to 16-year-old girls begin a series of traditional rites and activities through which they form an age-set (*uran*). After approximately four years, this age-set is promoted, and the cycle starts over again for a new age-set. Engaging

in sexual relations is not condoned among 'colleagues' of the same age-set during this initiation period, but girls and boys often fall in love with each other. If the girl is not already betrothed, and if her family approves, the couple can marry. But if the girl already has a 'husband' who is performing bride service for her, a contest of wills ensues between father and daughter. If neither gives in, the girl may resort to prostitution to repay her husband's bride service in order to marry her lover. In short, the four-year initiation period characteristic of this age-set system, during which young people spend much time in close proximity, may encourage couples to form, which in turn leads daughters to contest their fathers' choice of a husband, and thus to her becoming a prostitute.

Fourth, religious beliefs play an important role in a woman's decision to enter and/or to remain in prostitution. As I mentioned earlier, the earth spirits of Caio are called upon by men to punish disobedient daughters. The spirits may also express their displeasure with a woman's behavior by causing infant death. Undercurrents of threats and retaliation involving witchcraft, the ancestors, earth spirits, and other invisible entities flow freely in Caio. If a woman is accused of witchcraft, or is threatened with death if she remains in Caio, she may be forced to flee for her life, and prostitution is a viable option. Though all Manjako share basic beliefs in earth spirits, ancestors, etc, the spirits' 'personalities' vary, as well as the modes of interpreting them. I was told that during the last grand circumcision ritual in Calequisse, which takes place every 25 years or so, the spirits issued a new law forbidding prostitution among its women, on pain of death. (Eric Gable, personal communication). This is all the more interesting in that Calequisse shares many features of the Manjako of Caio, and yet prostitutes from Calequisse are unheard-of.

Fifth, the Manjako land have long shown a history of out-migration. From the first arrival of foreign colonialists, the Manjako have sought to profit from new economic opportunities, and very early on were known for working in the service trades and as cooks and deck hands on ships. Male emigration is rampant, especially to population centers such as Bissau, Dakar, Lisbon, the port cities of France, and more recently, Paris.<sup>1</sup> A husband's continual absence, especially if he sends neither letters nor money, is bound to affect the durability of a marriage. Coincidentally, as the cash economy grew, Manjako women also began to seek paying jobs as maids and laundry-women, and, some, as prostitutes.

Furthermore, emigration has resulted in a lack of local manpower, which in turn has led to the deterioration of the dikes which protect the ricefields from sea water. Actually, the problem originated during the war for independence (late 1960s-early 1970s), but it has been aggravated by emigration. The number of arable rice paddies has in some areas been halved and continues to decline, and locally grown

---

<sup>1</sup> For an account of Manjako out-migration see Amadou Moustapha Diop (1981, 1996).

rice no longer suffices to feed the village. Local inhabitants, especially women, must therefore look elsewhere for a means to feed their families. And in Caio Sector, especially, opportunities for earning cash are very limited.

Finally, besides long-term emigration, the Manjako are very mobile. Men and women are constantly traveling, making short trips to various destinations for various reasons, including family visits, funerals, commerce, religious ceremonies, medical treatment, and school. When the 1993 census was taken, almost 20 percent of Caio residents were listed as being away from home. A survey of 200 individuals of all ages in twenty households showed 725 total trips per year, or 3.6 trips per person, lasting from a few days to several weeks. The major destination was Bissau (44 percent), followed, in order, by Canchungo, other villages in Caio Sector, Casamance (which usually means Ziguinchor), other places in Guinea Bissau, the Gambia, and Dakar. The fact that more trips were made to Bissau than to near-by villages is perhaps important for HIV epidemiology.

Thus, Caio, within the Manjako territory as a whole, has a unique combination of cultural traits and historical factors, including bride service, matrilineal succession, age-set system, religious beliefs, a history of out-migration and high mobility. Though it cannot be said that this particular combination determines prostitute behavior, it has at least allowed the phenomenon to develop and thrive.

### **Conclusions — or caveats?**

I would like to conclude with the following remarks. First, it is unwise to treat prostitutes as a more or less homogenous sub-culture. Rather, women of different social and cultural backgrounds engage in this economic activity in one of its many forms and for various reasons. A case in point, is the type of prostitution traditionally practiced by Manjako women from Caio Sector, and described in this paper. However, a second, more modern, 'elite' type of prostitution also exists in Bissau, in which women actively search for clients in downtown bars, discotheques, and hotels. They seek men of a certain financial status, including government workers, businessmen, and foreigners, and proceed for 'work' to a hotel room or other place of the client's choosing. The women are much younger, sometimes in their teens, are of various ethnic groups (rarely Manjako), seem to be economically better off (wear nice clothes and make-up), and have fewer clients but charge them more, up to 50,000 to 100,000 pesos (30-60 French francs, or US\$6-\$12). This type of prostitution is quite visible and usually attracts the attention of the foreign observer, while the more traditional, popular type found in residential neighborhoods may go unnoticed. Yet the differences between these two types of prostitution and their respective clienteles could be important for HIV epidemiology and AIDS intervention.

Second, even when women share a common cultural background, they may practice prostitution for different reasons and with different

causes. In the village of Caio, where the cultural fabric is more or less homogenous, in-depth research carried out on the lives of individual women pointed to at least a dozen 'typical profiles'.

*Third*, unless the entire life history of women who practice prostitution is considered, one may be tempted to draw erroneous conclusions. The present study originated because a high rate of HIV infection was found in a village which also has a high rate of HIV-infected prostitutes. The logical assumption would be that prostitutes bring the virus back to the village. But a closer look shows that retired prostitutes probably do not infect their husbands. And given the high rate of mobility in Caio, it seems likely that men who travel often to Bissau pick up the infection there, possibly from prostitutes. If this is indeed the case, areas adjacent to Caio with similar travel habits would probably show the same rate of HIV infection, with the significant exception of the returned prostitutes themselves.

This paper has sought to describe a particular kind of prostitution and to suggest a variety of cultural factors which may account for its practice. It is clear that there are no simple explanations for the high number of prostitutes from Caio Sector. Instead, different factors at different explanatory levels are in play, a combination of unique personal circumstances against a particular background of cultural traditions and historical processes.

### Bibliography

- CARREIRA Antonio. 1960. "Região dos Manjacos e dos Brâmes (alguns aspectos de sua economia)", *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, XV (60): 735-784.
- DIOP Amadou Moustapha. 1981. *Tradition et adaptation dans un réseau de migration sénégalais : la communauté manjak de France*, Paris: EHESS. (Thèse de 3<sup>e</sup> cycle).  
— 1996. *Société Manjak et migration*, sl (Paris), chez l'auteur : 219 p.
- DONEUX Jean-Léonce. 1975. *Lexique Manjaku*, Dakar: Centre de Linguistique appliquée de Dakar. (Les langues africaines au Sénégal, n° 63).
- KANKI Phyllis, M'BOUP Souleymane *et al.* 1992. "Prevalence and risk determinants of Human Immunodeficiency Virus type 2 (HIV-2) and Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) in West african female prostitutes", *American Journal of Epidemiology*, 136 (7): 895-907.
- GABLE Eric. 1990. *Modern Manjaco: the ethos of power in a West african society*, Ph.D. Dissertation, University of Virginia.
- PEPIN J., DUNN D., GAYE I. *et al.* 1991. "HIV-2 infection among prostitutes working in the Gambia: association with serological evidence of genital ulcer diseases and with generalized lymphadenopathy", *AIDS*, 5: 69-75.
- POULSEN A, KVINESDAL B, AABY P. *et al.* 1989. "Prevalence of and mortality from Human Immunodeficiency Virus type 2 in Bissau, West Africa", *Lancet*, i: 827-831.
- WILKINS A., RICARD D. *et al.* 1993. "The epidemiology of HIV infection in a rural area of Guinea-Bissau," *AIDS*, 7: 1119-1122.

Margaret BUCKNER, *Village women as town prostitutes: cultural factors relevant to prostitution and HIV epidemiology in Guinea-Bissau*

*Summary* — This paper looks at women from an isolated rural community in northwestern Guinea Bissau who work as prostitutes in towns and cities of the region. After a description of the particular type of prostitution these women practice and characteristics they share, reasons for becoming and remaining prostitutes are examined, and illustrated by actual life histories. Finally, cultural and historical factors are outlined which may account for why this particular community supplies so many of the region's prostitutes.

*Keywords:* prostitution • HIV-2 • Guinea-Bissau • West Africa • *Manjako* • cultural factors • marriage • life histories.

Margaret BUCKNER, *Villageoises prostituées en ville : facteurs culturels ayant un rapport avec la prostitution et l'épidémiologie du VIH en Guinée Bissau*

*Résumé* — Cette étude s'intéresse à des femmes originaires d'une communauté rurale isolée du nord-ouest de la Guinée Bissau, qui travaillent comme prostituées dans les villes de la région. Après une description du type particulier de prostitution que pratiquent ces femmes et des caractéristiques qu'elles partagent, les raisons qui les ont poussées et maintenues comme prostituées sont examinées et illustrées par des histoires actuelles de vie. Enfin, on souligne des facteurs culturels et historiques qui expliquent pourquoi cette communauté particulière fournit autant de prostituées dans cette région.

*Mots-clés :* prostitution • VIH-2 • Guinée Bissau • Afrique de l'ouest • *Manjako* • facteurs culturels • mariage • histoires de vie.

## **23. Mode et sexualité : la “bonne conduite” à l’épreuve de la mode chez les adolescents du Buganda**

**Pierre Huygens**

### **Introduction**

En août 1992, l'étude de la dynamique de la transmission du VIH1, de l'histoire naturelle des maladies associées au VIH et le contrôle de l'épidémie constituaient les objectifs principaux du “Medical Research Programme on AIDS” (MRPA), en Ouganda. L'étude de base du programme a porté sur une population de 10 000 personnes interrogées et testées pour le VIH depuis 1990 par le *Medical Research Council* et le *Uganda Viruses Research Institute* (MRC/UVRI). Cette population se répartit dans une quinzaine de villages situés dans le district de Masaka, à deux heures de voiture de Kampala, capitale de l'Ouganda. La majorité des participants sont Baganda (70 %) ; ils vivent en habitat dispersé ou dans de petits centres commerciaux, et cultivent surtout la banane plantain et le café.

L'étude présentée ici résulte d'un essai critique préalable au cours duquel notre groupe de recherche<sup>1</sup> a comparé l'efficacité des différentes méthodes utilisées par le programme pour étudier les comportements sexuels. Cette question paraissait en effet importante à élucider en vue de mieux comprendre ce qui biaise les réponses et d'aider ainsi les chercheurs à mieux formuler leurs questions, à sélectionner leurs enquêteurs et à définir les stratégies d'enquête. Les résultats de l'étude ont été publiés ailleurs (Huygens *et al.* 1996) et montrent que les réponses des participants sont influencées par le contexte de l'interview, le modèle de recherche, les concepts utilisés par l'enquêteur et des facteurs d'ordre personnel liant les participants à l'enquêteur.

A la suite de cet essai critique, la question suivante s'est posée : l'influence exercée par le modèle de recherche et par la personnalité de l'enquêteur sur le discours que les participants s'autorisent en matière de sexualité ne peut-il, tout simplement, être ramenée à des questions d'ordre moral ? Autrement dit, l'éthique implicite du modèle ou de l'enquêteur suscite-t-elle, chez les participants, des prises de positions diverses, qu'il s'agirait d'identifier ? Cette question paraît cruciale dans le contexte d'un programme de prévention du sida,

---

<sup>1</sup> Ce groupe de recherche était composé des docteurs T. Barton et J. Seeley, de Mme Kajura et de P. Huygens.

puisque la promotion de comportements à moindre risque dépend de la réponse. En effet, si les attitudes que rapportent les individus au sujet de la sexualité reflètent, en fin de compte, la position morale qu'ils désirent se voir attribuer et que celle-ci varie en fonction de la manière dont ils perçoivent l'éthique de leur interlocuteur, le risque est grand de voir le dialogue se concentrer sur des comportements supposés plutôt que manifestes. Si tel est le cas, l'identification des comportements sexuels à risque et la recherche de solutions personnalisées aux risques de transmission du VIH sont illusoire.

Le choix des adolescents comme population de l'étude s'explique initialement par l'importance de promouvoir des comportements sexuels à moindre risque chez des individus qui débutent leur expérience sexuelle. En effet, les résultats des études réalisées par le MRC dans la population générale montrent que l'âge médian aux premières relations sexuelles est de 15 ans pour les filles et de 17 ans pour les garçons. En outre, les taux d'incidence du VIH indiquent que c'est à partir de 15 ans, et même moins chez les filles, que les risques d'infection deviennent vraiment sérieux. Par conséquent, pour évaluer les enjeux du changement de comportement sexuel dans cette population, il s'agit d'abord de comprendre à quel point la sexualité est importante pour la construction de l'identité sociale (les implications sociales, culturelles et cognitives de la consommation de l'acte sexuel) dans cette classe d'âge.

Pendant, à partir de l'hypothèse développée ci-dessus, en interrogeant les adolescents sur leurs comportements sexuels, on pouvait s'attendre à obtenir surtout des informations sur la manière dont ceux-ci définissent les normes dominantes en matière de sexualité, ainsi que sur la position qu'ils adoptent à l'égard de ces normes au cours du dialogue avec les autres fractions sociales autour de la question plus générale du "projet culturel". La difficulté consistait donc à choisir laquelle — parmi la pluralité des normes sexuelles auxquelles les Ganda ont été confrontés au cours de leur histoire : *kiganda* et traditionnelle, arabe et musulmane, britannique et chrétienne, multi-ethnique et urbaine — est la norme "dominante". Or, les réponses données par les participants de l'étude manifestent sans ambiguïté que ce sont les adultes qui représentent l'autorité en matière sexuelle.

### Méthodes et lieux de l'étude

Mieux que n'importe quelle autre méthode, la participation pendant quatre ans à la vie quotidienne des jeunes gens du village de Kyamulibwa et de la ville de Masaka distants d'une trentaine de kilomètres, m'a permis de comprendre le contexte dans lequel ceux-ci débutent leur vie sexuelle. Une étude plus systématique, présentée ici, a également été réalisée.

Puisque les adolescents définissaient les normes dominantes comme celles défendues par les adultes, deux groupes de discussion avec des parents (âgés de 30 à 50 ans) ont d'abord été réunis sur chacun des sites de l'étude. Ensuite, 42 adolescents ont été interrogés au cours de

deux visites consécutives et espacées de plusieurs semaines. Pour augmenter les chances de recruter des individus non mariés mais ayant déjà eu des relations sexuelles, seuls des participants de 15 à 20 ans ont été choisis. Enfin, pour que les réponses reflètent la variété des opinions, on a retenu deux sites. L'un est un centre commercial sur la route transafricaine Mombasa-Bujumbura où la séroprévalence est de 40 % ; les camionneurs et autres voyageurs s'y arrêtent pour passer la nuit, attirant les filles à la recherche d'argent. L'autre est un petit centre commercial rural avec une séroprévalence d'environ 10 % ; Dix-neuf participants (9 hommes et 10 femmes) ont été choisis dans le premier site et vingt-deux (13 hommes et 9 femmes) dans le second.

Les enquêteurs étaient du même sexe que les participants et recevaient l'instruction d'adopter une attitude permissive à l'égard de la sexualité pendant les interviews à l'instar d'une tante paternelle pour les enquêtrices et d'un grand frère pour les enquêteurs. Le grand frère et la tante paternelle sont en effet les personnages privilégiés avec lesquels les jeunes gens peuvent discuter librement de sexualité dans cette culture. Après avoir obtenu le consentement et garanti l'anonymat, les interviews se sont déroulées au lieu choisi par les répondants hors de la présence d'autrui, pendant deux à trois heures.

Au cours de la première visite, les entretiens ont porté principalement sur la drague et le plaisir sexuel. Pour éviter de changer de sujet, les enquêteurs avaient pour instruction de ne pas aborder la sexualité sous l'angle de la crainte (maladie, mort) et de ramener constamment leurs réflexions sur le plan du plaisir.

Au cours de la seconde visite, des jeux de rôles suivis de discussions ont été organisés par groupes de 4 à 7 personnes à qui il était demandé de "draguer" un compère dont le statut (supposé dans la pièce) leur était inconnu. Au cours de ces mises en scène, les "acteurs" ne parvenaient pas à rester cohérents dans leur rôle si celui-ci ne reflétait pas leur vécu. Ainsi, au cours des discussions qui ont suivi, le problème du "décalage" entre comportements manifestes et supposés a pu être abordé.

### **Le point de vue de la tradition**

Comme les paradigmes éthiques sont multiples suite à la pluralité des contacts culturels, il fallait choisir un point de vue de référence pour situer la position des adultes et des adolescents à l'égard de la sexualité. Or, le seul véritable point commun entre les différentes éthiques en présence est qu'elles se situent toutes idéologiquement par rapport à l'éthique sexuelle traditionnelle ganda. Or, en *luganda*, la notion de comportement se dit *empisa* et l'expression utilisée pour désigner un comportement "normal" est *empisa ya bantu*, ce qui signifie littéralement "le comportement des personnes". Dans son dictionnaire français-luganda, Snoxall (1967) traduit le mot *empisa* par "comportement", "conduite" et "coutume". Autrement dit, la langue vernaculaire ne distingue pas le comportement des normes qui organisent les conduites et celles-ci renvoient à l'organisation sociale.



Si on exclut l'organisation politique traditionnelle (la royauté sacrée) — désormais remplacée par le Gouvernement républicain qui laisse aux familles la plus grande part du contrôle de la sexualité de leurs enfants — les règles sociales Ganda concernées par la sexualité sont celles de la parenté et de l'alliance.

Sur le plan de la parenté, les Ganda connaissent un système patrilinéaire segmentaire avec une terminologie de type Omaha. Or, l'organisation de la parenté suppose la prohibition des relations sexuelles entre les membres d'un même lignage. Ainsi, les relations avec les cousins croisés de sexe opposé *bakizibwe* se caractérisent par l'évitement, et les cousins parallèles sont considérés comme des frères *baganda* ou des sœurs *bannyina* (Southwold 1978 : 61-66). Trois classes d'âge — plus une — sont distinguées dans ce système de parenté classificatoire : les enfants *baana*, les parents *bazadde* et les grands-parents *bajjajja*. Les relations entre les classes d'âge sont clairement définies : les relations entre générations successives sont marquées par le respect, et celles entre générations alternes par la plaisanterie. L'importance du respect des règles de parenté se remarque par l'éducation stricte que reçoivent les enfants et qui impose aux cadets le respect des aînés. La soumission dont ceux-ci doivent faire preuve est notamment signifiée par le verbe *okufuga* qui signifie d'une part contrôler ou éduquer et d'autre part dompter.

Par ailleurs, si la puberté est reconnue comme une classe d'âge spécifique dans la langue — puisque le substantif *bavubuka*, désignant les adolescents, dérive du verbe "*okuvubuka*"<sup>1</sup> qui signifie "atteindre la puberté" — les rites d'initiation au passage de l'enfance à l'âge adulte sont inexistantes chez les Ganda. Cependant, ainsi que Southwold (1978) et Killbride (1990) l'ont montré, c'est le mariage qui marque, en principe, le passage de l'enfance à l'âge adulte. Or, le mariage suppose l'apprentissage des jeunes gens à la vie matrimoniale et la connaissance des règles d'alliance. En effet, dès la puberté l'apprentissage des jeunes gens à leurs futurs rôles d'adultes est pris en charge par les oncles et les tantes paternels qui leur enseignent la complémentarité entre les sexes telle qu'elle est codifiée par la culture traditionnelle. Roscoe (1911) remarquait ainsi qu'on enseignait la cuisine et l'utilisation de la houe aux jeunes filles dès qu'elles en étaient capables et qu'on percevait l'accomplissement de ces tâches comme une preuve d'épanouissement de la féminité. Dès l'apparition des règles, la tante paternelle *Ssenga* est en effet chargée d'enseigner aux jeunes filles les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances nécessaires pour satisfaire leur futur époux.

Sur le plan sexuel, les règles d'organisation interdisent les rapports sexuels avant le mariage. Ainsi, devenir *muubuka* suppose la découverte de l'univers codifié des relations entre sexes, qui suppose la prohibition des rapports sexuels à la sortie de l'enfance. En effet, dès la puberté, les jeunes gens de sexe opposé étaient tenus à la réserve mutuelle et étaient censés ne plus se fréquenter. Les "fiançailles" elles-

<sup>1</sup> *Okuvubuka* signifie "atteindre la puberté" et sous sa forme transitive *okuvubula*, "développer".

mêmes étaient tenues secrètes : mieux, le terme *ekyama* qui désigne les fiançailles signifie aussi le secret. Au cours des cérémonies qui précèdent le mariage, seule la tante paternelle de la fille était supposée être au courant de l'intention des fiancés (du jeune homme en fait). En outre, lors de la présentation du fiancé, la reconnaissance de la liaison dépendait des interventions insistantes de la tante paternelle auprès des parents de la future épouse ; ceux-ci faisant semblant de n'avoir jamais entendu parler ni du garçon ni de sa famille. Par ailleurs, selon la coutume, des enquêtes étaient menées sur la "bonne conduite" *empisa* des futurs époux et de leurs familles. Les rapports sexuels avant le mariage entraînaient la stigmatisation — et éventuellement le rejet — du partenaire, particulièrement chez les filles qui, selon la norme, devaient être vierges au mariage. Dans l'esprit des Ganda, les grossesses prématrimoniales avaient, en effet, des conséquences magico-religieuses néfastes pour toute la famille du transgresseur (Roscoe 1911 : 79). L'adultère et l'inceste étaient, en principe, punis par la mort, la torture ou la mutilation des trans-gresseurs. On notera que la conscience de ces règles et la croyance aux conséquences de leur transgression n'avaient pas disparu au moment de l'enquête sur un des sites de l'étude (Ssali *et al.* 1992).

Jadis le terme *muwubuka* ne s'appliquait qu'aux jeunes hommes, ce qui s'explique sans doute par le fait que les jeunes filles se mariaient dès l'apparition des seins et des premières règles. D'une certaine façon, on peut donc dire que l'identité des *bavubuka* se caractérise par le fait qu'ils sont "en attente d'être mariés". En effet, dans le contexte rural et traditionnel, le mariage des garçons — contrairement à celui des filles — coïncidait rarement avec l'apparition des signes de la puberté. Culturellement, les garçons dépendaient des "pères" pour quitter la maisonnée et fonder un nouveau foyer. Or, la force de travail des fils était appréciée et leur installation représentait un investissement pour le chef de famille. Coutumièrement, les pères encourageaient également leurs garçons à travailler comme serviteurs des chefs pour y apprendre l'art de gouverner. Autrement dit, les jeunes hommes commençaient leur apprentissage dès la sortie de l'enfance et celui-ci pouvait durer plusieurs années, justifiant ainsi qu'ils constituent une classe d'âge spécifique "en attente de mariage".

Aujourd'hui encore, les garçons sont encouragés à "faire fortune pour eux-mêmes" *okwepangira* avant de se marier. Ainsi, les jeunes hommes pubères se voient, en principe, astreints à la chasteté pour plusieurs années, alors que les jeunes filles se mariaient rapidement ce qui explique, peut-être, que l'application des règles semble moins stricte à l'égard des garçons qui semblent jouir d'une plus grande liberté sexuelle que les filles, comme l'ont souligné plusieurs auteurs (Mac Grath *et al.* 1993 ; Kisekka 1973).

### **La position éthique des adultes vis-à-vis de la sexualité des *bavubuka***

Au cours des groupes de discussion avec les adultes, la plupart des parents ont défini les *bavubuka*, comme des individus "vivant encore sous l'autorité des parents", "cherchant encore leur propre argent"

ou pour qui “tout est encore organisé”. Aux yeux des parents, l’identité des adolescents est donc marquée par l’absence de pouvoir de décision et la dépendance financière. Les adolescents sont ainsi clairement distingués du monde adulte. Néanmoins, un *muvubuka* n’est pas davantage considéré comme un enfant pour la majorité des participants de l’étude. En effet, la nécessité de séparer les jeunes gens de sexe opposés dès la puberté, fréquemment rapportée par les participants, suppose la reconnaissance par les adultes de l’apparition du désir sexuel chez les adolescents.

Dans ce système de parenté classificatoire, le contrôle de la sexualité des jeunes gens par les parents a souvent été mentionné par les adultes. En principe c’est le chef de famille qui décide du choix des partenaires à marier. En outre, les participants ont souligné le rôle joué par le système de classe d’âge dans le renforcement du contrôle exercé par les parents à l’égard de la sexualité des jeunes gens pubères. En effet, dans ce système, tout adulte était potentiellement perçu comme un “parent”. Enfin, la puissance du système patriarcal — et donc du contrôle sur la sexualité des adolescents — était également enracinée dans le système clanique dont la cohésion était assurée, en dernière instance, par la présence du Roi traditionnel, le *Kabakka*. On constate donc que l’éthique et les normes imposées par les parents aux enfants prend souche dans le système d’organisation traditionnel. Même l’influence reconnue des institutions religieuses universalistes sur la sexualité a été présentée comme liée au système lignager, les enfants étant censés adopter la religion du père.

Cependant, si les adultes qui ont participé à l’étude revendiquent leur droit au contrôle de la sexualité des adolescents au nom du système d’organisation traditionnel, ils reconnaissent cependant que les choses ont changé depuis “leur époque” *mulembe*. Le changement social s’est en effet accéléré depuis le départ en exil du roi traditionnel et sous les régimes politiques qui ont suivis. Mais, pour les participants, l’explication centrale du changement est liée à l’expulsion des Asiatiques par le Général Idi Amin Dada qui a véritablement propulsé les Ougandais — dénués pour la plupart de toute connaissance en gestion — à reprendre les commerces et les entreprises des expulsés. Ce passage brutal à un mode de vie urbain s’est accompagné d’un brassage ethnique et d’un affaiblissement du contrôle patriarcal sur la sexualité des jeunes gens qui parviennent désormais à se rendre indépendants des ressources lignagères grâce aux opportunités d’emplois rémunérateurs.

### **Influence des normes dominantes sur la négociation des relations sexuelles et le choix des partenaires chez les *bavubuka***

Pour la majorité des jeunes de l’étude, mener des enquêtes afin de s’assurer de la “bonne conduite” *empisa* d’un nouveau partenaire sexuel, avant d’engager une relation avec celui-ci ou celle-ci, est important. Par exemple, le fait de manifester du respect à l’égard des adultes a souvent été rapporté comme un critère déterminant pour les choix. La réputation de la famille d’un candidat est également

importante. Les deux tiers des répondants refuseraient d'avoir une relation avec quelqu'un dont la famille a la réputation d'être violente ou dont certains membres sont considérés comme des voleurs. Enfin, plusieurs ont fait référence aux stigmates traditionnels — comme le cannibalisme et la sorcellerie — pour expliquer leur rejet, en précisant que ces stigmates risquent de "salir" le sang de la parenté.

La relation entre la "bonne conduite" et les rapports entre les sexes se marque également par l'importance, en partie inconsciente sans doute, accordée à la complémentarité traditionnelle des rôles sexuels. Bien que la majorité des jeunes gens préfèrent recruter au sein de leur propre classe d'âge, il est important que l'homme soit un peu plus âgé que la femme. Souvent, l'âge et l'expérience sont mis en parallèle et l'égalité est perçue comme une menace pour la stabilité du couple. Pour la majorité des jeunes femmes interrogées et pour la plupart des hommes, c'est l'homme qui doit se charger des décisions importantes et, en tout cas, subvenir aux besoins financiers du couple. Même sur le plan sexuel, la posture préférée de la majorité — *bugazi*, mieux connue comme celle "du missionnaire" et prescrite par la culture traditionnelle — marque symboliquement la position supérieure de l'homme à l'égard de la femme.

Pour la majorité des hommes la capacité d'une femme à assumer son rôle traditionnel est importante. Par exemple, la femme doit faire preuve de réserve et de respect en s'agenouillant tant devant les hommes que devant leurs aînées pour les saluer. Pour la moitié des hommes interrogés, une "bonne partenaire" doit être capable de cuisiner, de cultiver et de tenir un foyer. En outre, de nombreuses femmes interrogées rapportent que l'enseignement de la tante paternelle *Ssenga*, qui porte notamment sur la façon dont une femme doit satisfaire sexuellement son époux, est important pour assurer la fidélité de ce dernier. Plusieurs jeunes femmes craignaient de se voir abandonnées par leur compagnon si elles ne parvenaient pas à remplir correctement leur rôle.

La "bonne conduite" des adolescents est également définie en relation avec la sexualité : l'éveil de la sexualité et la maturité des organes sexuels sont considérés comme les signes du passage à l'adolescence *obuvubuka*. Or, la "bonne conduite" suppose qu'on affiche un comportement conforme au respect des interdits sexuels. En effet, la majorité évite d'être vue en public en compagnie du sexe opposé parce que les membres de la communauté interpréteraient cette proximité comme une relation sexuelle. Le respect des interdits sexuels est perçu comme particulièrement important pour les jeunes femmes. En effet, la virginité des filles au mariage confirme la bonne réputation des parents et va de pair avec la capacité de ces derniers à exercer un contrôle efficace sur leurs filles. Seul un quart des hommes, contre trois quarts des femmes considère le sexe comme un critère important pour choisir leurs "amis" *bakwano*. Si une jeune femme est aperçue en présence d'un homme, elle risque d'être considérée comme une prostituée *malaaya*. En outre, pour la plupart des hommes, une jeune femme ayant la réputation d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels met en danger ses chances d'en trouver un nouveau et plus particulière-

ment de se trouver un mari. Chez les hommes au contraire, la compagnie des femmes augmente leur prestige et le fait d'en avoir plusieurs est perçu comme une marque de virilité. En outre, le fait pour un homme d'avoir déjà une liaison ne le rend pas nécessairement inaccessible aux autres femmes. Si un homme à la réputation d'être généreux avec sa première partenaire, par exemple, les autres femmes peuvent le percevoir comme une "bonne affaire" et espérer profiter de sa générosité en devenant sa seconde "épouse".

### Urbanisation et schisme entre les générations

Si la négociation d'un rapport sexuel semble influencée par les règles traditionnelles ganda et par l'éthique patriarcale à partir desquelles la "bonne conduite" est définie, il serait cependant abusif de croire qu'elle est exclusivement déterminée par celles-ci. Le passage à un mode de vie urbain, où les échanges de valeurs monétaires sont au centre des relations sociales, a suscité l'apparition de nouvelles attitudes et d'une autre façon de penser : les changements sociaux qui accompagnent ce passage sont multiples et concernent de nombreuses institutions. Ne pouvant tous les explorer ici, je me limiterai aux changements perçus comme importants pour les adolescents.

Traditionnellement, c'était le changement de règne ou de régime politique *omulembe* qui marquait le rythme de l'ensemble de la société ganda. Aujourd'hui, dans le jargon des jeunes gens, le terme *omulembe* a pris le sens de "mode", qui est désormais liée à un phénomène de génération. Celle-ci est signifiée par la possession d'argent et suppose la possibilité de se retrouver en discothèque, autour de films en vogue et surtout d'être capable de s'habiller selon les nouvelles habitudes vestimentaires. Pour une majorité, se montrer en faisant croire qu'on est riche pour gagner le respect des pairs et pour s'attirer les faveurs d'une ou d'un partenaire sexuel est essentiel. Un "truc", souvent rapporté pour draguer une fille consiste à laisser apparaître une liasse de billets dans sa poche. Pour se donner une apparence de richesse, même les plus pauvres se débrouillent en empruntant ou en sacrifiant quelques repas. Mais la façon la plus sûre de s'attirer l'admiration des autres consiste à s'habiller avec des vêtements chers et griffés pour "frimer", ce qui, dans leur parler, se dit *okusabula* signifiant littéralement "battre".

Si l'argent et une belle mise semblent désormais garantir avantageusement la "bonne conduite" — parce qu'ils démontrent la capacité des individus à se débrouiller dans la vie — ils sont également devenus les conditions *sine qua non* pour réussir la négociation d'un rapport sexuel. Pour certains, le verbe *okusabula* signifie d'ailleurs également "avoir un rapport sexuel". Or, de nombreux participants ont remarqué que les changements liés à la nouvelle mode concernent également les pratiques sexuelles elles-mêmes. Traditionnellement, le mariage était conclu par les parents des futurs époux leur donnant ainsi accès au statut d'adulte. Autrement dit, l'indépendance des jeunes gens était entièrement soumise au bon vouloir des parents. Aujourd'hui, les jeunes gens semblent au contraire vouloir se rendre indépendants des

parents dès l'âge de la puberté. Le fait de se construire un réseau social, de définir des plans pour le futur et de chercher un travail rémunéré est en effet considéré comme une priorité pour être reconnu par les pairs. De même, l'autorité traditionnelle des parents et du lignage en matière de contrôle de la sexualité est remise en question. Par exemple, les répondants ont pour la plupart déclaré qu'ils ne respecteraient pas l'interdiction posée par les parents à l'encontre d'un partenaire sexuel qu'ils auraient désiré. En outre, une majorité n'attachait pas d'importance à l'interdit qui pèse sur les relations sexuelles entre personnes du même clan, pour autant qu'elles ne s'accompagnent pas de grossesse. Autrement dit, le degré de parenté à partir duquel les relations sexuelles entre parents sont prohibées tend à se réduire aux membres d'un même lignage, suggérant une remise en question de l'organisation clanique.

Par ailleurs, l'attrait des jeunes ganda pour les films étrangers et les modes de vie "exotiques" s'est également accompagné d'un enrichissement de l'érotologie qui s'explique par la diffusion régulière et clandestine de films *kabanana* et revues sexuellement explicites en provenance des Etats-Unis, d'Europe, d'Asie. Plusieurs participants ont en effet déclaré avoir découvert de nouvelles pratiques sexuelles (masturbation, préliminaires sexuels, sexe anal et oral) par ces biais. En outre, cette recherche du plaisir sexuel par de nouvelles postures — ou par la surprise de celles pratiquées par un nouveau partenaire — et la sexualité des femmes avant le mariage, sont attribuées par la majorité à l'influence des villes et des centres semi-urbains. Un quart des répondants urbanisés a déclaré avoir appris de nouvelles postures sexuelles grâce aux films sexuellement explicites. Au village en revanche, personne n'a reconnu avoir assisté à l'un de ces films ; les femmes y étaient généralement plus réservées qu'en ville vis-à-vis des questions relatives aux pratiques sexuelles ; la plupart des femmes ont répondu "qu'elles ne savaient pas" aux questions concernant la fréquence des actes sexuels, le changement de partenaires, et les nouvelles postures. En fait, les occasions de rencontrer le sexe opposé sont beaucoup plus fréquentes en ville qu'au village. En outre, selon ceux qui vivaient alors en ville, les attitudes à l'égard de la sexualité étaient beaucoup plus permissives dans les centres urbains et semi-urbains. Cette plus grande permissivité sexuelle dans les villes a souvent été attribuée à la diminution du contrôle lignager sur la sexualité des jeunes à cause du brassage culturel et social qui préserverait mieux l'anonymat des individus. Cependant, il semble que les villages commencent également à être touchés par le changement de mode de vie, les parents urbanisés, venus en visite au village, jouant un rôle important dans la diffusion "rurale" des nouvelles pratiques.

### **La présentation sociale du changement : les contradictions du discours sur la sexualité**

En relisant les notes prises pendant les entretiens, je me suis aperçu que bon nombre des points de vue défendus au sujet de la sexualité et, plus généralement, à l'égard du phénomène de mode — qui selon

leurs déclarations, caractérise le nouvel habitus dans leur classe d'âge — étaient contradictoires. Par exemple, si la virginité était présentée comme une valeur importante pour la société, on se moque néanmoins d'une fille si elle était encore vierge à quinze ans. Par ailleurs, si le fait d'être vu en présence de l'autre sexe pose problème dans sa communauté, il est également important de s'afficher avec ses richesses vis-à-vis du sexe opposé. En fait, l'analyse des opinions exprimées révèle qu'elles peuvent presque toutes être confrontées à une opinion contradictoire, comme si les jeunes gens cherchaient à éviter d'être "catalogués" dans l'une ou l'autre catégorie sociale.

Au cours de l'étude, la majorité des participants a classé les *bavubuka* selon un schéma dualiste, manichéen, distinguant les individus exclusivement selon leur "bonne" ou "mauvaise" conduite. Ils mirent ainsi en opposition d'une part, les prostituées *malaaya* et les gens sans manières *bayaye*, et d'autre part les "gens humbles et calmes" *bakkakamu*. Par ailleurs, l'analyse approfondie des réponses révèle que tous les comportements, attitudes et pratiques caractéristiques de la nouvelle mode et des adolescents — les discos, les films, les nouvelles fripes et les nouvelles pratiques sexuelles — sont paradoxalement considérés aussi comme les attributs des individus qui se conduisent "mal" : les *bamalaaya* et les *bayaye*. Les ressources nécessaires pour acheter des "fripes", par exemple, étaient souvent suspectées de provenir de la prostitution chez les femmes, et du vol chez les hommes. Enfin, et de façon significative, les adolescents "indépendants" du contrôle des parents — c'est-à-dire qui ne suivent pas les règles dominantes de la société — ont également été classés du côté de l'asocialité et de la sauvagerie, donc des *bayaye*.

## Conclusion

L'analyse du discours des adolescents dans une perspective interactionniste révèle que la "bonne conduite" reste une préoccupation majeure. Or, dans ce système de parenté classificatoire, la "bonne conduite" se définit avant tout à partir des normes traditionnelles qui supposent le contrôle de la sexualité des adolescents par la génération des parents. Autrement dit, pour les jeunes gens, le dialogue sur la bonne conduite sexuelle constitue un cas particulier de leur relation, marquée par le respect et la crainte, avec la classe d'âge des adultes qui défendent l'éthique du mariage. En analysant les motivations du choix d'un partenaire sexuel par les adolescents, on remarque, en effet, qu'elles sont — consciemment ou non — influencées par la vision traditionnelle des rôles sexuels. Sur le plan formel, tout se passe exactement comme pour les fiançailles traditionnelles *ekyama* : les relations entre les sexes sont marquées du sceau du secret *ekyama* et l'acte sexuel est précédé d'échanges de cadeaux et d'enquêtes sur les mœurs du futur partenaire.

Cependant, l'attachement des *bavubuka* à l'éthique patrilinéaire ne s'explique pas seulement par la capacité des parents à bien "dompter" leurs enfants. L'unité sociale première des Baganda est le lignage qui

constitue aussi le champ social premier dans lequel les jeunes gens des deux sexes peuvent espérer exercer une autorité — et donc gagner du respect et de l'estime — dans un futur proche. Autrement dit, l'accès aux responsabilités sociales et au pouvoir est lié à une activité sexuelle féconde. Mais, avec l'apparition de modes de vie urbains et les possibilités pour les jeunes gens de se trouver un emploi rémunéré, le modèle fondé sur l'autorité lignagère est mis au défi, car l'accès à l'argent permet d'échapper à l'autorité du système lignager. De nouveaux modèles de réussite sociale sont donc apparus qui ne dépendent plus de l'insertion des individus dans le système de la parenté et donnent aux jeunes gens la possibilité de s'affranchir du contrôle pesant sur leur sexualité.

Pourtant, au lieu d'engager un dialogue avec les parents pour revendiquer leur droit à la sexualité dans un monde en changement, les adolescents jouent le jeu du respect des normes traditionnelles avec leurs aînés et blâment la conduite paradoxale<sup>1</sup> de leurs pairs qu'ils présentent comme contraires à l'opinion commune. En réalité, le discours sur la sexualité se modifie selon la perspective qu'ils adoptent. Lorsqu'ils se placent du point de vue des adultes, les nouvelles conduites sexuelles sont présentées comme des conduites honteuses de gens sauvages. En revanche, quand ils adoptent le point de vue de la nouvelle mode (avec leurs pairs, par exemple), les mêmes conduites deviennent les symboles de leur affranchissement à l'égard de l'autorité patriarcale et donc de leur capacité à faire face à la modernité. Cette duplicité du discours des adolescents sur la sexualité s'explique sans doute par l'incertitude devant laquelle ils sont placés. En effet, l'histoire politique chaotique qui a suivi le départ du *Kabakka* leur donne de bonnes raisons de douter de la viabilité d'un pouvoir fondé sur la richesse individuelle. Or, la perspective d'une banqueroute toujours possible empêche la remise en question radicale de l'autorité lignagère qui représente, le cas échéant, le dernier refuge. Dès lors, la duplicité du discours sur la sexualité permet de jouer sur les deux tableaux à la fois. Tant que le secret sur la relation sexuelle est bien gardé, les *bavubuka* peuvent en effet se dissocier des pratiques contraires à l'éthique des parents et continuer à revendiquer les avantages du système traditionnel.

Le discours des jeunes gens sur la sexualité est donc indissociable de leur position dans le dialogue sur le projet culturel de la communauté (Douglas et Calvez 1990). Il constitue en fait un discours sur le droit à la responsabilité sociale. Or, comprendre le commencement de la vie sexuelle chez les jeunes gens est vital pour élaborer des stratégies de prévention des maladies transmises sexuellement. La participation des jeunes gens à la recherche de solutions personnalisées à l'épidémie de sida suppose, avant tout, qu'ils puissent parler ouvertement de leurs désirs et de leurs intentions, ce qui est difficile si l'éthique plus ou moins implicite des promoteurs de la santé est perçue comme un jugement moral. Le préambule à une éducation sexuelle efficace des adolescents dans le contexte de l'épidémie de sida, ne devrait-il pas

---

<sup>1</sup> Dans le sens de *paradoxos* : contre l'opinion commune.



envisager une déconstruction des dogmes moraux à la lumière des faits pour établir des règles de conduite qui tiennent compte à la fois du désir sexuel et de la présence du VIH ?

### Bibliographie

- AGYEI W.K., EPEMA E., 1991, *Adolescent sexual behaviour and contraceptive use in Uganda*. Tables for presentation at ISAE Research Seminar, Kampala, February 1991.
- BALANDIER G., 1985, *Le détour*, Paris, Fayard.
- BARKER G. KNAUL, RICH S., 1992, « Influences on adolescent sexuality in Nigeria : findings from recent focus-group discussions », *Studies in Family Planning*, 23 (3) : 199-210.
- BARTON T.G, WAMAI G., 1994, *Equity and vulnerability: a situation analysis of women, adolescents and children in Uganda*, Kampala, The National Council for Children, UNICEF.
- BROWN W., 1988, *Marriage, divorce and inheritance*, Cambridge, Cambridge University Press (Cambridge African Monographs, 10).
- CARAËL M., 1994, « The impact of marriage change on the risks of exposure to sexually transmitted diseases in Africa » (: 255-273), in C. BLEDSOE and G. PISON (eds), *Nuptiality in sub-saharan Africa : contemporary anthropological and demographic perspectives*, Oxford, Clarendon Press, XII-326 p.
- 1995, « Sexual behaviour » (: 75-123), in J. CLELAND et B. FERRY (eds), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London, Taylor and Francis, XIX-243 p.
- DICLEMENTE R.J., 1993, *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, London, Sage Publication.
- DODGE C.P, RAUNDALEN M. (eds), 1987, *War, violence, and children in Uganda*. Oslo, Norwegian University Press.
- DOUGLAS M, CALVEZ M., 1990, « The self as a risk-taker : a cultural theory of contagion in relation to AIDS », *Sociological Review*, 38 (3) : 445-464.
- GAGNON J.H., 1988, « Sex research and sexual conduct in the era of AIDS », *Journal of AIDS*, 1 : 593-603.
- GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit.
- HUYGHENS P., KAJURA E., SEELEY J., BARTON T.G., 1996, « Rethinking methods for the study of sexual behaviour », *Social Science and Medicine*, 42 (2) : 221-231.
- KILLBRIDE P.L., KILLBRIDE J.C., 1990, *Changing family life in East Africa*, London, Pennsylvania State University Press.
- KISEKKA M.N., 1973, *Heterosexual relationships in Uganda*, Columbia University, Ph. D. Dissertation. (University of Michigan Microfilms).
- MCGRATH J.W, RWABUKWALI C.B., SCHUMANN D.A., PEARSON-MARKS J., NAKAYIWA S., NAMANDE B., NAKYOBE L., MUKASA R., 1993, « Anthropology and AIDS : the cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda », *Social Science and Medicine*, 36 (4) : 429-439.

- MULIRA E.M.K., NDAWULA E.G.M., 1952, *A Luganda-English and English-Luganda dictionary*, London, Society for Promoting Christian Knowledge.
- OBBO C., 1976, « Dominant male ideology and female options : three East African case studies », *Africa*, XLVI (4) : 371-389.
- ORTIGUES M.-C., ORTIGUES E., 1973, *Œdipe africain*, Paris, Union Générale d'Éditions, 436 p. (Réédition en 1984 : Paris, L'Harmattan, 324 p.).
- ORUBULOYE I.O., CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1995, « The cultural, social and attitudinal context of male sexual behaviour in urban south-west Nigeria », *Health Transition Review* 5 (2) : 207-222.
- ROSCOE J., 1911, *The Baganda*, London, Frank Cass.
- SNOXALL R.A., 1967, *Luganda-English dictionary*, Oxford, Clarendon Press.
- SOUTHWOLD M., 1978, « The Ganda of Uganda », in J. Lawells GIBBS (ed), *Peoples in Africa*, Cambridge, Cambridge University Press : 43-78.
- SSALI A, BARTON T.G., KATONGOLE G.M., SEELEY J.A., 1992, « Exploring sexual terminology in vernacular in rural Uganda : lessons for health education », Poster presented at the VIII<sup>th</sup> International Conference on AIDS, Amsterdam, July 1992.
- THOMPSON R.W., 1978, « Fertility aspirations and modernization in urban Uganda : a case of resilient cultural values », *Urban Anthropology*, VII : 155-170.

Pierre HUYGENS, *Mode et sexualité : la "bonne conduite" à l'épreuve de la mode chez les adolescents du Buganda*

*Résumé* — Des entretiens en profondeur et des jeux de rôles suivis de discussions sur la négociation des rapports sexuels ont été menés avec 42 adolescents des deux sexes dans le cadre d'un programme de recherche sur le sida dans le district de Masaka au sud de l'Ouganda. Ils ont été précédés par des discussions de groupe avec des adultes pour identifier la manière dont ceux-ci perçoivent les changements survenus dans les pratiques sexuelles de leurs cadets. L'analyse du discours des participants montre que la notion de "bonne conduite" reste une préoccupation majeure des adolescents lorsqu'ils commencent leur vie sexuelle. Cependant, la "bonne conduite" sexuelle reste essentiellement définie à partir des normes traditionnelles qui sont contradictoires avec les modes de vie auxquels les adolescents sont confrontés dans un environnement qui s'urbanise. Cet écart entre les comportements et les attitudes sexuelles des adolescents et les règles qui définissent la "bonne conduite" encourage les adolescents à adopter un double discours sur la sexualité — permissif ou moraliste — qui varie selon l'éthique sexuelle qu'ils attribuent à leur interlocuteur. La compréhension des comportements, des pratiques et des attitudes des adolescents qui débutent leur vie sexuelle est cruciale pour concevoir des stratégies efficaces de prévention des maladies sexuellement transmises et du VIH. Or, la participation des jeunes gens à la recherche de solutions personnalisées pour lutter contre ces maladies suppose qu'on identifie, avec eux, les obstacles qui les empêchent de parler ouvertement de leur désirs et intentions en matière sexuelle.

*Mots-clés* : éthique sexuelle • adolescents • changement social • promotion de la santé.

Pierre HUYGENS, *Fashion and sexuality: “good behavior” challenged by fashion among adolescents in Buganda*

*Summary* — In-depth interviews and role-play sessions followed by discussions on the negotiation of sex were conducted with 42 adolescents of both sexes in the framework of an AIDS research program in the Masaka district of southern Uganda. Those activities were preceded by group discussions with adults designed to identify how they perceive changes in the sexual practices of the younger generation. Analysis of the participants’ statements shows that the notion of ‘good behavior’ continues to be a major concern for adolescents when they begin their sex lives. However, ‘good behavior’, in a sexual sense, is still defined primarily as a function of traditional norms that are in contradiction with the lifestyles young people are confronted with in an increasingly urbanised environment. The disparity between the adolescents’ behavior and sexual attitudes and the rules that define ‘good behavior’ encourage adolescents to adopt a dual approach when talking about sexuality —permissive or moralist— that varies according to their assessment of the sexual ethics of the person with whom they are talking. It is essential to understand the behaviors, the practices and the attitudes of adolescents who are starting to be sexually active in order to formulate effective preventive strategies for sexually transmitted diseases and HIV. The participation of young people in the search for personalised solutions for fighting against these illnesses presupposes that we identify in dialogue with them the obstacles that hinder them from talking openly about their desires and intentions with regard to sex.

*Keywords:* sexual ethics • adolescents • social change • health promotion.

## **24. The impact of AIDS on the national economy: the case of women labour force in Tanzania**

**Humphrey P. B. Moshi**

### **Introduction**

Infection with the human immunodeficiency virus (HIV) and the Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) epidemic in Africa has received considerable attention by epidemiologists and demographers, as well as health economists concerned with the sectoral impact of the disease. Given the alarming prevalence of this deadly disease in Africa 'modelling' the macroeconomic impact of AIDS becomes imperative.

In Tanzania, following recognition of the first AIDS case in 1983, reported cases escalated rapidly. As for end 1990, a cumulative total of 21,175 AIDS cases had been reported throughout the country (Chin and Sonnenberg 1991). The number of officially reported cases is thought to understate considerably the true number, given: the rapid increase in reported cases as knowledge of the disease has improved; the current HIV seroprevalence and incidence rates which suggest an older epidemic than reported AIDS cases would indicate; and current knowledge of the disease's transmission and progressions rates.

Such underreporting would, in fact, be expected due to: the inadequate access to health facilities by the population; the lack of resources for management of the case reporting system; and, despite National AIDS Control Programme's (NACP) best efforts, the continued insufficiencies in laboratory facilities, supplies, and training of clinical staff.

The NACP estimates that the true number of AIDS cases from the start of the epidemic through 1990 is more than 100,000 (or about 5 times the number of reported cases. Chin and Sonnenberg's model, based on data through 1989, projects a total of about 64,700 cases through 1990, while Bulatao's (1990) projections through 1990 range between 43,000 and 224,200 cases, depending upon the scenario selected. Recent data from NACP projects 2.4 million HIV infections by the year 2000, 850,000 AIDS cases and 1 million orphans (NACP 1995).

Despite the fact that there exists different estimates, depending on the scenarios selected and the simulation methods used, the above projections are a clear manifestation that AIDS is a serious problem in the country. Since the disease affects mainly the sexually active members of the population and infants, e.g., about 94 percent of all

reported AIDS cases have been between the ages of 15 and 55 years, and 4 percent have been children under five (NACP 1991), serious macroeconomic effects on the Tanzanian society are unavoidable.

The purpose of this paper is to draw attention to the impact of AIDS from a gender perspective, specially analysing how the disease will affect women's employment patterns and opportunities, migration, age at marriage, and patterns in prostitution.

In terms of organisation, the first section will provide justification for the gender approach adopted in this paper; the second section provide an overview on women and AIDS in Tanzania. The third section will analyse the effects of AIDS on women labour force using indicators suggested in the foregoing section. The final section comes out with some policy recommendations and areas for further research.

### **Justification for gender approach**

Gender analysis takes as its starting point the different situations of men and women, which in turn generate different interests and priorities which sometimes coincide, sometimes conflict. In gender analyses, these differences are not based in biological differences, but because of a society's construction of what constitutes male and female roles and responsibilities, behaviour, values, cultures. Gender analysis also recognizes gender, as opposed to sex, as a social construct which varies in different historical and socio-economic contexts. Societies have given men and women different roles, activities, responsibilities and authorities and levels of power and value. These differences intersect with other axes of differentiation such as age, ethnic group and urban/rural location to characterize the life situations and parameters of various women (Mbughuni 1994).

It could therefore be argued that women face various cultural constraints, and their consequences have hindered them from participating effectively in labour force.

Cultural barriers towards women's employment has led to: (1) high unemployment rates among women in urban areas; (2) high entry of women into the informal sector due to their low levels of education; (3) occupancy of the lowest paid and sex differentiated occupations; and (4) the undervaluing of the contribution of women to development.

Studies done in Tanzania tend to confirm the above assumptions. Firstly, an examination of the labour force geographically shows that in the urban areas males constitute 55.9 percent of the total urban labour force, and genders constituted 44.1 percent. In the rural areas the situation was 48.5 percent and 51.5 percent for males and females respectively (Bureau of Statistics 1993). This is in line with the theory that in the rural areas, where a lot of agricultural activities are taking place, more women are involved than men.

Secondly, labour force surveys in Tanzania show that unemployment ratio were 3.6 percent in the case of males and 4.2 percent for females. However, underemployment rates for males are higher (4.3 percent) than for females (3.9 percent). The latter rates

being indicative of women being overloaded than men.

The majority of non-farm positions are still monopolised by men in both rural and urban areas. The largest concentration of women remains in cultivation and mixed farming, in rural areas; and in clerical service and small scale trade in urban areas. Women are 39 percent of all service employees and 45 percent of clerks; compared to only 26 percent of all professionals; and 14 percent of administrators and managers. They are systematically deprived of access to positions which have decision-making power by factors which are explored below in this section, as well as factors in education, culture and politics.

Most women are concentrated in traditional female occupations; nursing, teaching, clerical and sales work. Women employed in the formal sector, which is regulated by government, are mainly found at the bottom of the occupational ladder, with low wages and fewer opportunities for on-the-job training and advancement. The only occupation with half or more women is nursing (69 percent) —even clerical remained a male preserve in 1980 (69 percent men), and only 27 percent of teachers were women. Women have been blocked from equal entry into wage employment, even in occupations which are universally considered to be female work (TGNP 1993).

Many women are employed for years on a casual or temporary basis, illegally. According to the Employment Ordinance, after three consecutive months of employment, a worker has the right to regular terms of employment. Employers use different tactics to keep employees on casual terms, so as to reduce production costs. On the other hand, many women may prefer part-time work, so as to be able to carry out other economic activities, including maintenance of their households (Mbilinyi 1990).

The female ratio in formal wage employment rose in private and public sectors during the 1977-84 period, according to a study by Marjorie Mbilinyi, using *Employment and Earnings* (EE) data of the Bureau of Statistics. EE data are limited to enterprises employing ten or more workers, whose management responds to written questionnaires. The female ratio of regular employees in the private sector rose steadily from 7.5 percent in 1977 to 12 percent in 1984 (Total N=110,669 in 1977; = 121,366 in 1984); for casual employees, it rose from 8 percent to 17 percent for the same period (N=46,271 in 1977 and 46,371 in 1984). In the public services sector, the female ratio of regular employees rose steadily from 13 percent in 1977 to 20 percent in 1984 (N=260,482 in 1977 and 413,475 in 1984); the female ratio of casual employee rose from 8 percent in 1977 to 12 percent in 1983 (N=61,011 in 1977 and 48,094 in 1984). A growing proportion on both regular and casual employees were therefore women. Both women and men found much greater employment opportunity in the public sector, which is now being reduced as a matter of public policy retrenchment.

The proportion of all adult wage earners who were casually employed (i.e., the casualisation rate) varied, according to gender and

private/public sector during the same period. In the private sector, more women than men were hired on casual terms throughout the same period (1977-1984), and the casualisation rate increased from 31 percent to 35 percent for women, whereas it declined from 30 percent to 26 percent for men. In the public services sector, the casualisation rate was actually higher for men than women, and declined for both: from 20 percent to 11 percent for men, and from 13 percent to 7 percent for women.

Employers were hiring more women on regular terms, and fewer casual workers, during the same period — which suggests that women represented a source of cheap labour, whether on regular or casual terms.

Plantation work remains one of the largest sources of employment, for both women and men. Data on plantation work is usually an underestimate, because so many people work on a daily, unrecorded basis — especially women. Recent research conducted by the Organisation of Tanzania Trade Unions (OTTU) under the financial support of International Labour Organisation (ILO) has confirmed the fact that plantation management began to specifically target women for work as field workers and in agroprocessing factories in the 1990s. Management explain that women are more reliable and dexterous — repeating universal gender stereotypes about women. In fact, there has been a decline in the number of men who are willing to accept low-paid farm work on plantations and large farms, because of the expansion of non-farm employment opportunities since independence. Women may be more reliable workers, because they lack alternative sources of employment (Mbilinyi and Semakafu 1993).

Another reason employers may prefer to hire women is that women employees tend to be paid lower wages in practice even though statutory wage differentials were abolished after independence. Statistical analyses have shown that women earn less than men, within the same industrial sector, and even within the same occupation. In their 1980 study of urban employment, Sabot *et al.* found that women with Standard 7/8 education earned 87 percent of what men with similar education levels earned in manual unskilled work; in manual semi-skilled work, their earnings were 83 percent of men with the same education; in clerical and secretarial work, 68 percent at the Standard 7/8 level, 77 percent at the Form 1.4 level, and 85 percent at the post-Form 4 level. Women managers with Form 1-4 education earned 61 percent of their male counterparts earnings; those with post-secondary education earned 63 percent. In other words, wage discrimination actually increased against women, the higher they rose in the occupational hierarchy, and the more education they acquired.

Further, studies have shown that women's working day is much longer than men's. Women tend to have a workday of more than 16 hours! According to a recent study by Danish Development Agency (DANIDA) in four villages of Iringa region, 25 percent of women's working hours (totalling 14 hours) was devoted to farm work; 28 percent to food preparation, 8 percent to washing and cleaning; 8 percent to collecting water and firewood; 2 percent to child care;

15 percent to other activities; and only 14 percent to resting.

In summary therefore the gender approach to HIV epidemic is justifiable on the following grounds:

First, women are increasingly becoming infected with HIV. In most of the developing world, there are as many, or more, infected women as there are infected men. These women are wives and other partners, daughters and grandmothers, sisters, aunts and nieces.

Second, women are becoming infected at a significantly younger age than men. In areas where the epidemic is newly emerging and in areas where it is deeper, the same pattern is recorded; on average, women become infected five to ten years earlier than men.

Third, proportionally more girls and young women in their teens and early twenties are becoming infected than women in any other age group. A possible exception is post-menopausal women who also seem to be particularly susceptible to HIV infection.

It is our contention that the extent of HIV infection in young girls in their teens or early twenties shown in these data sets will be affected by all the contribution factors currently identified in the literature as increasing the rates of infection in women and men but cannot be adequately accounted for by these factors, even in the aggregate. In the case of young women there would seem to be other influential factors. These need to be identified.

The factors identified in the literature include the incidence of sexually transmitted infections (STIs), frequency of intercourse, sexual practices, and male/female age differences in sexual relationships. To these may also be added women's nutritional status, and the presence of lesions, inflammation and scarification in female genital tract from causes other than STIs as well as women's socio-economic status. These may well be contributing factors but cannot be the complete explanation. Other factors like physiological vulnerability as contributory factor become relevant here. These include issues on young women's genital tract, mucus production in young women, the presence of cervical ectopy in young sexually-active women and the influence on vulnerability to infection of these biologically based differences and how they might be amplified by the circumstances and situation in which women have sexual intercourse. We do not intend to discuss these issues in detail. However, we would like to point out that the biological (physiological) differences between women and men increases the vulnerability of women to AIDS than men.

### **Women and AIDS in Tanzania**

AIDS is a leading cause of death in women aged twenty to forty in major cities in sub-Saharan Africa, the Americas, and Western Europe (Gillespie 1991). This global picture is also reflected in Tanzania. A recent study conducted by a Tanzanian English weekly paper, *The Express* (1993), cautions that as Tanzania enters the second decade of the AIDS epidemic, more women are increasingly being infected than



men in urban and rural areas. It goes further by indicating that prevention strategies lag behind and delays in introducing AIDS education in schools deprive school girls of the necessary education to protect themselves from the scourge.

The general male to female ratio of HIV infection has decreased to current 1:5 significantly low from 1:16 three years back and the NACP reports that by the year 2000 there are expected to be more HIV-infected women than men.

In some regions, HIV infection is already 1.5 times more common in women than in men. The trend is evident both in urban and rural areas. According to African Medical Research Foundation (AMREF 1995), men and women HIV ratio is 1:2 in rural, 1:6 in the roadside and 1:7 in urban stratum in the country's lake zone region of Mwanza. Similar ratios have been recorded in the neighbouring Kagera region where the country's first AIDS case was reported in November 1983.

If one analyses specifically the correlation between a sample of socio-demographic characteristics and HIV among women in Tanzania, then the picture which emerges, according to S.H. Kapiga *et al.* (1993), could be summarized as follows:

#### 1) Age

The HIV seroprevalence is lowest (4.2 percent) among the 15-19 years age group. The infection rates of 13.5 percent are observable within the 25-29 years age group. The age groups of 20-24 and 30 years and above have infection rates of 11.7 percent and 11.1 percent respectively.

#### 2) Marital status

Whereas married (monogamous) women show an infection rate of 8.8 percent, polygamous marriages have higher infection rates of 12.2 percent. Further, relatively higher infection rates of 17.4 percent were observed in the cohabitating women and 13.3 percent for women who were either single, divorced or widows. These results could be interpreted that unstable marriages or situations which allow one to have more than one partner are a high HIV/AIDS risk factor.

#### 3) Level of education

One would expect that the level of one's education should correlate negatively to the infection rate. Surprisingly, empirical evidence indicates the contrary. Women without formal or with adult education show the lowest infection rates of 7.2 percent. However, the highest infection rates are observable in primary and post primary education levels. Indeed, the rates of infection tend to increase with the level of women's education level or that of their male partner. Women with primary education display infection rates of 12.3 percent and 11.4 percent for their male partners. In the cases of women with secondary education the infection rate is 13.3 percent. This compares well with that of their male partners which is at 13.8 percent. These results are a puzzle. One would expect the contrary. The level of exposure through the medium of education should be a safe guard

against the disease. However, this does not seem to be the case. What could explain this phenomenon? Perhaps education leads to more exposure to social activities and intensify contacts; or better incomes tends to lead people to more temptations. Other explanatory factors could be that education, especially post primary, entails moving away from the vicinities (rural areas) from the curious eyes of parent, neighbours, relatives and hence enhances ones freedom of doing those things which would not have been done freely in a 'constrained environment'.

#### 4) Occupation

As far as occupation is concerned, housewives tend to have lower (9.0 percent) infection rates than all other occupational categories. Hotel/bar women workers are the riskiest group with infection rates of 23.8 percent, followed by that of secretaries and professionals at 18.8 percent. The case of hotel/bar workers is understandable taking into consideration that in Tanzania prostitution is illegal. However, it is being practised indirectly under this occupational category. Indeed, the meagre incomes earned by these workers become another driving force for prostitution. Nonetheless, although the issue of meagre incomes could also provide a clue as far as women professionals are concerned, office sexual harrasment and the like cannot be ignored. Other reasons could be those which were mentioned under 'education' above. Likewise, women whose male partners happen to be employed either as a driver or as a soldier/police or any other profession, tend to display quite high infection rates. That is, 14.2 percent, 14.4 percent and 17.2 percent respectively.

The implication of the above results is that women morbidity and mortality rates will increase in future. What implications will all these have on the labour force?

### **Impact of AIDS on women labour force**

The purpose of this section is to review relevant issues which HIV/AIDS will impact on female labour force by looking at (1) patterns of employment opportunities; (2) female unemployment and pressures to prostitution; (3) changes in age at marriage; and (4) migration.

#### *Employment patterns and opportunities*

We did note earlier that women labour force is more rural than urban based. Further, women are responsible for much of the planting, weeding and harvesting, which if delayed due to morbidity and mortality can cause a 25-50 percent reduction in yields as well as qualitative losses. Hence their death from AIDS or their diversion to take care of AIDS sufferers or to replace male labour can have serious consequences. Will this pattern change given the high incidence of AIDS on women? The answers to these question cannot be conclusive because of the paucity of research work which exists on the subject.

Nevertheless some assumptions can be made to give some tentative cum indicative answers.

The first assumption is that the pattern will not change much because cultural (traditional) restrictions might hinder women taking up employment opportunities in urban areas. The second assumption is that whenever employment opportunities in urban areas arise, of those already in urban areas are in a better position to tap such opportunities than those in rural areas. In other words, urban areas have better and varied communication media than rural areas in terms of newspapers, posters, pamphlets, booklets, etc. The third assumption is that as urban husband-workers die, there will be a tendency for the non-working wives with children to migrate back to the villages. This might also happen in the case of working wives who, after the death of the husband, are not in a position (incomewise) to sustain the family in an urban environment. For the latter case, a woman loses her employment opportunity in an urban area and chances for an employment in a near-home town or village. The fourth assumption is that employers knowing that the chances of women to be infected with AIDS are higher than men, may resort to discriminatory tendencies.

However, it is wrong to consider that the gender division of labour is a fixed factor. It is a part of reflection of the opportunity costs of male and female labour, wage rate differentials, and the marketability of different crops. The division of labour shifts as employment opportunities outside agriculture change, or as the introduction of new crops or technological innovations in agriculture affects labour requirements and the relative profitability of labour. This is clear from past behaviour. Men have switched their attention to food crops as they changed status from subsistence to cash crops. Women have taken responsibility for cash crops following the migration of their husbands to gain paid employment. Thus, current labour impacts are not necessarily indicative of future ones.

Nevertheless, the present gender division of labour tends to intensify the negative impacts of AIDS. Furthermore, not only are women commonly responsible for a large proportion of crop planting, weeding and harvesting as mentioned above, they also care for small ruminants and poultry, and collect most water and fuelwood requirements. In other words, they have very little unutilised time to compensate for male mortality. So any loss of male workers, or of female labour diverted to caring for AIDS patients, is difficult to absorb at the household level without additional agricultural production losses, or other health and welfare risks as those from unsanitary water or undercooked food, because of the lack of time to collect freshwater or adequate fuelwood.

#### *Female unemployment and pressure to prostitution*

Reference to Tanzania's unemployment statistics shows that 206,549 women compared to 145,960 men are usually unemployed. When these figures are presented in geographical terms, then a total of 131,068 (urban) women and 62,047 (urban) men are unemployed. In

the absence of other employment opportunities women might be forced to prostitution as a way of earning a living. We have already referred to cases where the female/male differences in prevalence of HIV and AIDS reach very high levels in some vulnerable communities on trade routes where a majority of women may be infected due to their economic dependence upon provision of commercial sexual services to infected mobile men.

The unemployment factor may not be the only one forcing women into prostitution. Women tend to be paid lower incomes than men even for the same work done. To supplement for this 'denied' income, prostitution may be the only salvation. Observations in urban areas: Dar es Salaam, Arusha, etc., show high prevalence of prostitution. This is more so after the adoption of the Economic Recovery Programme (ERP) policies aimed at liberalisation of the national economy and adoption of market-oriented policies. These policies reduced the real wages, through devaluation and high inflation, to unbearable proportions. Thus boosting both informal sector employment and prostitution.

The trade liberalisation has contributed to prostitution in a big way. Almost along all urban and suburb roads and streets in Dar es Salaam are full of the so called groceries. In reality these groceries are beer shops selling alcohol from the early hours of the morning to very late hours at night; thereby circumventing the official open hours of bars. These groceries have offered employment opportunities to unemployed women in Dar es Salaam. They have also exposed those women to prostitution since these places become contact points to the would-be customer.

### *Age at marriage*

Evidence in Tanzania suggests that the AIDS epidemic affects women at an earlier stage than men. The implication of these is that the labour input of women into production is lower than that of men. That is, women's chances of an early pull-out from the workforce are higher than men because of early morbidity and mortality rates.

As women become aware of the dangerousness of AIDS, they may prefer to marry early so as to avoid a situation whereby one has to come into contact (sexually) with a number of boyfriends before getting the right choice of a husband. This tendency may coincide with the contemporary behaviour of men who view young and school girls as being safer than older women. However, in search for the 'virgins' the infection is spread even further and chances for early marriage are increased, especially in cases where pregnancy occurs.

Whether early marriages are voluntary or circumstantial, they would significantly weaken the position of women in the labour force for a number of reasons. Firstly, the educational status of women would be negatively affected. Secondly, chances for higher job status are reduced given that there are direct correlation between the level of education and the status of a job. Thirdly, male dominance will persist. If this happens women cannot insist on those types of

behaviour within partner relationships which would prevent the spread of sexually transmitted diseases.

### *Migration*

We did discuss above the likely patterns among women which could emerge in the wake of HIV/AIDS. In this section we do not intend to dwell again in detail on the issue. It suffices to emphasize that the urban-rural, rural-urban, urban-urban and rural-rural migration among women will depend on a number of factors: employment opportunities, levels of education, levels of empowerment, compliance or non-compliance to traditions and beliefs, the economic status of women vis-à-vis men — after the latter's death, government policy on employment issues, etc. All these will not only affect the pattern and direction of migration but also the division of labour between women and men.

Perhaps one issue of migration which needs some focus is that of prostitutes and some members of the society who tend to feel that they are at higher risk to get infected because of either the nature of their job or of the area they come from. Observations in Dar es Salaam shows a lot of mobility among these groups as a way of concealment of identity. For example, if a barmaid in Sinza area contracts a skin disease or tuberculosis, after getting healed she migrates to Temeke where she continues with the same employment. The same phenomenon is evident among prostitutes who stay for a definite period in a location before migrating to another. We are of the opinion that this type of behaviour has been instrumental in spreading the disease in Dar es Salaam. It is in this context that serious interventions have to be undertaken to check such behaviour. However, such interventions have to be conceptualised in a wider context which realises that AIDS is not only a development issue but also a population and a gender issue.

Another factor which affects, and will continue to affect migration in Kagera region is of cultural nature. It is the tradition of Hayas to dispose women when their husbands die. Implying that the disposed women are thus forced to migrate to relatives or to other areas where they can earn a living. This cultural 'norm' portrays an overt discrimination against women as far as ownership of property is concerned. Further, it encourages the mobility of widows of AIDS victims and thus increases the likelihood of more people being infected through having sexual contacts with such women.

Furthermore, women migrating into distant areas, both rural and urban, will tend to hide their identity and background of where they come from and what had happened to their husbands so that they do not 'scare' the would be male customer or friend. Such an attitude will definitely increase the risk of AIDS infection. Indeed in Dar es Salaam and other urban areas one can observe a tendency of Hayas hiding their identity by changing names. Again, there is an emerging attitude among the Hayas that 'why should they die alone'. That is, AIDS should not be allowed to be a Haya disease. Over time this phenomenon is no longer confined to one tribe, it is now more widely

spread when compared to the past.

### **Conclusion and recommendations**

The HIV/AIDS epidemic affects the capacity of the economy to produce by reducing the quantity of labour input. This is the basic assumption which guided this study. The effect of this impact is multifold: lower productivity, changes in labour/capital ratios, changes in migration patterns, lower savings, raise in prices of factors of production. In short, the adverse effects of the epidemic to the national economy are enormous. What then should be done to minimise this adversity?

— The Government should be more forceful, than at present, sensitize the population on the macro-economic impact of HIV/AIDS. Such a programme should target at all vulnerable groups or cohorts in all sectors of the national economy.

— The present policies of the ERP should be looked into in the context of their impact to AIDS. The policies should not contradict the AIDS prevention efforts. For example, in the wake of trade liberalisation the government lacks a policy of alcohol distribution and sale. Specifically the Government should strictly impose open and closure hours on bars and groceries.

— As it is becoming increasingly clear that HIV/AIDS is not only a development issue but also a gender issue. It is important therefore that more research should be directed towards studying the actual and potential impacts of AIDS morbidity and mortality on women in general and women labour force in particular and its subsequent impacts upon agricultural and industrial production and family survival. Women economic coping-strategies should be studied.

— Introduction of sex education should not be delayed any further. The Ministry(ies) responsible for shouldering this task should embark on it as soon as possible. Such education should contain strategies to lengthen the time before the onset of sexual intercourse in young women, increase the age at first pregnancy, and increase the ability of young girls to control the situations in which they are sexually active.

Worksite interventions have shown high rates of success as far as producing an 'AIDS conscious worker' is concerned. However, financial constraints have limited the scope of such interventions. It is in this context that labour force supportive organisations like the ILO should be encouraged to extend support to workers' unions and employers' associations so that they could embark on country-wide worksite interventions.

### Bibliography

- AMREF. 1995. *Study on HIV/AIDS infection rates in rural and urban areas in Tanzania*, Dar-es-Salaam: AMREF.
- BULATAO Rodolfo A. 1990. "The demographic impact of AIDS in Tanzania". Background paper prepared for the Tanzania AIDS assessment and planning study, Washington DC: World Bank. June 1990s.
- Bureau of Statistics [Tanzania]. 1993. *The labour force survey 1990/91*, Dar es Salaam, June 1993.
- CHIN James and SONNENBERG F. [nd, 1991]. "The epidemiology and projected mortality of AIDS in the United Republic of Tanzania". Background paper prepared for Tanzania AIDS assessment and planning study, Washington DC: World Bank.
- KAPIGA S.H. *et al.* 1993. *Risk factors for HIV infection among women in Dar es Salaam, Tanzania*, New York.
- MBILINYI Marjorie (with Ave Maria SEMAKAFU). 1993. *Gender issues in employment and production in sugar industry*, Report for OTTU/MWEMA/ILO (forthcoming).
- MBUGHUNI Patricia M. 1994. "Gender and poverty alleviation". Paper presented at a workshop for research on poverty alleviation in Tanzania, 11-12 January 1994, Dar es Salaam
- MHLOYI M. 1991. "Presentation at the HIV weekly seminar at the School of Public Health, Columbia University", New York, The Population Council (October 1991).
- TGNP [Tanzania Gender Networking Programme]. 1993. *Gender profile of Tanzania*, Dar es Salaam.
- World Bank. 1991. *Tanzania AIDS assessment and planning study*, Washington, DC: World Bank (October 1991).
- World Health Report. 1990. *Bulletin of the World Health Organisation*, Geneva: WHO (October 1990).
- NACP. United Republic of Tanzania: Ministry of Health (Tanzania Mainland). 1991. *National AIDS Control Programme, (HIV/AIDS/ STD surveillance). Report No.4*, Dar es Salaam.
- NACP. United Republic of Tanzania: Ministry of Health (Tanzania Mainland). 1991 and 1995. *National AIDS Control Programme (HIV/AIDS/STD surveillance). Report No.7 and 10*, Dar es Salaam.

Humphrey P.B. MOSHI, *The impact of AIDS on the national economy: the case of women labour force in Tanzania*

The objective of this paper is to analyse the impact of AIDS from a gender perspective. This methodological approach is informed by the conviction that AIDS is not only a developmental issue but also a gender issue. The major findings of the study is that women morbidity and mortality rates will increase in future and this will impact negatively on women labour force. Consequently, enhance rather than reduce gender inequalities. The implication of this is the need to empower both girls and women through educational programmes aimed at changing the current negative mindset towards gender issues to a positive one.

*Keywords:* gender • women labour force • socio-demographic characteristics  
• employment patterns • employment opportunities • migration • age at marriage • mindset.

Humphrey P.B. MOSHI, *L'impact du sida sur l'économie nationale : le cas des femmes travailleuses en Tanzanie*

*Résumé* — L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact du sida dans une perspective de genre. Cette approche méthodologique est renforcée par la conviction que le sida n'est pas seulement un problème de développement, mais aussi un problème de genre. Les principaux résultats de cette étude montrent que les taux de morbidité et de mortalité chez les femmes augmenteront dans le futur et auront un impact négatif sur la force féminine de travail. Par conséquent, ces facteurs renforceront plutôt qu'ils ne réduiront les inégalités entre sexes. Il en résulte le besoin de renforcer à la fois les capacités des filles et des femmes à travers des programmes éducationnels visant à changer la mentalité négative actuelle relative aux questions de genre et de la rendre plus positive.

*Mots-clés* : genre • force féminine de travail • caractéristiques sociodémographiques • type d'emploi • opportunités d'emploi • migration • âge au mariage • mentalité.



## 25. “Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule”

**Robert Vuarin**

*Ni finye kolon wulila, bèè bolo b'i kun na*

Quand la bourrasque se lève, chacun a la main sur la tête

Aucun autre moyen que le préservatif n'existe pour, individuellement, éviter de contracter la maladie du sida et, socialement, ralentir sa propagation. Si l'existence de cette maladie est attestée au Mali, si son mode de propagation est reconnu comme principalement (hétéro-)sexuel, alors aucun argument ne vaut pour entraver l'usage du préservatif, à moins que cet usage n'entraîne directement ou indirectement, un nombre de victimes supérieur à celui que la maladie provoque. “Le chapeau utile” — *fukulan nafama* —, ainsi que le Bambara l'a rebaptisé, est la seule protection contre la tempête virale. Et cette tempête est forte. Un médecin malien, dont la position sociale autorise la plus grande liberté d'esprit, estimait le taux de prévalence officiellement reconnu au Mali, (environ 4 % de la population totale) inférieur à la réalité : car le Mali, situé entre la Côte-d'Ivoire, où ce taux est supérieur à 10 % (près de 15 % semble-t-il), et le Sénégal, où les autorités admettent un taux de 1 %, sans que rien n'entrave la circulation des hommes entre les trois pays, doit en réalité connaître un taux d'au moins 7 %. Ainsi sur une population totale de plus de 8 millions de personnes, environ 550 000 seraient infectées. A supposer, poursuivait-il, que la moitié des séropositifs vivent dans les villes régionales ou en campagne, le million de personnes, environ, vivant à Bamako en comprendrait plus de 250 000, soit un quart, voire plus si on exclue les enfants et les vieillards. Ainsi l'avancée de la maladie serait bien plus forte que ne permettent de l'inférer les 600 cas (environ) de maladie avérée officiellement reconnus en 1993.

Souhaitons bien sûr que cette estimation soit exagérée. Mais doit-on pour autant prendre pour référence des actions de prévention l'estimation minimale, quand on sait qu'elle ne porte que sur trois hôpitaux de la capitale, que la maladie est rarement révélée aux malades par les médecins et peut-être aux autorités sanitaires, et qu'enfin et surtout, la non-systématicité des tests fait que bien des décès sont attribués à d'autres maux, sans que leur caractère de maladies opportunistes du sida ne soit reconnu ? La raison oblige, en l'absence de renseignements certains sur l'épidémie, à adopter les hypothèses les plus pessimistes lorsqu'il s'agit de dresser des remparts pour enrayer une offensive qu'on sait impitoyable. Et l'unique rempart est, on le sait, de caoutchouc.

L'utilisation du préservatif est-elle ainsi, au Mali et en particulier à Bamako, à la hauteur de la menace ? Sans doute, elle ne l'est pas, mais l'enquête réalisée à Bamako<sup>1</sup> a permis de constater que l'image négative que se font de cet objet les diverses catégories sociales se combine généralement avec un acquiescement d'utilisation émis par les autorités ; elle a aussi fourni la certitude que beaucoup de monde *dit* qu'il faut l'utiliser, mais personne (ou presque) ne le *fait*. Il est donc tout aussi nécessaire d'adopter une hypothèse pessimiste à l'égard de l'utilisation du préservatif qu'à l'égard des progrès de l'épidémie : rien ne semble aussi grave — et, à la limite criminel —, que ce discours d'autosatisfaction tenu par un professionnel de la prévention interrogé sur les progrès de l'épidémie :

“non, (l'épidémie n'est pas enrayée) il y a toujours quelques têtus (*sic*) qui se laissent prendre. *Sinon, sur le côté sensibilisation, nous pensons que l'épidémie est enrayée en ce moment. Beaucoup de gens sont sensibilisés*”<sup>2</sup> [Souligné par RV].

Deux arguments qu'on examine ici s'opposent à cette affirmation : en premier lieu, le risque de contagion existe, car si l'on met en relation tous les “couples à risques” qu'identifient les représentations,

<sup>1</sup> Cette enquête a été réalisée, dans le cadre du programme de recherche “Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali”, dirigé par Claude Fay (ORSTOM), en août-septembre 1993 à Bamako (Diarra, Fay *et al.* 1994). Ses objectifs étaient d'une part de construire une “typologie des amants” dans la ville de Bamako, et d'autre part d'étudier les représentations que se font du préservatif et de son utilisation ses promoteurs (professionnels de la prévention, médecins) et ses utilisateurs potentiels.

Du côté de la prescription d'usage, onze médecins et responsables institutionnels de la prévention ont été interrogés.

Du côté des récepteurs du message, deux sous-populations ont été choisies : l'une est définie par une capacité d'attention et de réceptivité maximales à l'égard des messages de prévention, puisqu'il s'agit d'adultes jeunes (de 30 à 45 ans) et “intellectuels”, caractérisés par un fort dynamisme personnel car créateurs d'entreprises. Les éventuels rejet ou acceptation des prescriptions d'utilisation par cette sous-population — susceptible de bénéficier de la plus grande information sur la maladie et de la plus grande propension à accepter la prévention — permettent d'éclairer les attitudes propres à des catégories de la population d'un niveau d'information et de réception des messages inférieurs. L'autre sous-population est constituée par un groupe de jeunes (“*grin*” ou “groupe de thé”) du quartier de Magnambougou, de niveau scolaire et social composite.

<sup>2</sup> Cette personne justifiait son opinion par le fait que la prévision de vente du préservatif (160 000/an) avait été fortement dépassée (1 million/an). Mais ce chiffre signifie une utilisation de six préservatifs par couple et par an, car le recensement de 1987 (notoirement sous-évalué) décompte à Bamako 321 448 personnes de 15 à 49 ans. Les autres sources d'obtention de préservatifs, non prises en compte par cette personne, — par distribution gratuite (PNLS) ou par vente en pharmacie — augmentent évidemment la consommation. Les données analysées plus bas indiquent qu'en un peu plus de deux ans, 870 000 préservatifs au moins ont été retirés (sinon utilisés) à la distribution gratuite au PNLS (8 700 personnes environ sont venues chercher au moins une boîte de 100 préservatifs). Le décompte le plus optimiste conduirait donc à estimer à 10 le nombre de préservatifs utilisés par couple adulte et par an (sans compter ceux vendus en pharmacie).

ce sont finalement tous les segments de la société qui sont en contact (sexuel) les uns avec les autres. En second lieu, on peut penser que le préservatif n’est généralement pas utilisé par l’ensemble de la population avec la régularité requise par la gravité prévisible de l’épidémie, parce que son utilisation est soumise à des considérations tout-à-fait étrangères à la prévention de la maladie : *ce sont l’ordre social et l’honneur de la personne qui sont en jeu et non sa santé*, ce qu’on vérifiera à propos des couches sociales pourtant les plus susceptibles de comprendre le risque et de s’en prémunir (les “intellectuels”). Cette discussion sera tournée vers un objectif : proposer un, ou des argumentaires de “messages” de prévention venant s’inscrire en faux contre les éléments de représentation populaire (ou élitaire) du préservatif qui suscitent le plus les réticences à son égard. Pour cela, il apparaît nécessaire de reconstituer l’image que “la” société malienne se fait du préservatif et de la maladie, c’est-à-dire de mettre à jour la configuration sémantique, le système de signification par lequel ils sont compris, imaginés, mais aussi mobilisés pour aider à comprendre le monde, la vie, les autres hommes (et femmes). L’objectif est donc de persuader les autorités responsables de la prévention, médicales, mais surtout politiques, que contrairement au sentiment courant, les campagnes de prévention sont très insuffisantes et surtout très mal “ciblées”. Le “pessimisme méthodologique” retenu ici par hypothèse, ne s’oppose en fait qu’à un optimisme un peu absurde, qui, poussé à la limite, consiste à croire qu’en fin de compte l’épidémie est anodine, mais qu’en revanche le préservatif est très largement utilisé !

### **Des couples à risques**

*konokulu dé bè bii fo*

C’est de l’essaim d’oiseaux que vient le vacarme

L’apparition de la maladie en Amérique, puis en Europe, a certainement accentué la prise de conscience d’un des paradoxes de la sexualité dans les sociétés industrialisées : en même temps ont été révélés l’élargissement des rapports sociaux de sexe par la diversification des pratiques et la généralisation des partenaires potentiels et leur restriction, puisque de nouveaux groupes qu’on pourrait appeler “endo-coïtiques” se constituaient sur la base des “styles sexuels” différenciés. De ce fait, la propagation de la maladie est simultanément apparue, du moins dans un premier temps, comme potentiellement universelle, mais pratiquement interne à des “groupes à risques” dont les plus voyants (les homosexuels) transgressaient l’orthodoxie sexuelle culturellement prescrite (en l’occurrence l’hétérosexualité). Ce paradoxe de la menace contagieuse, considérée comme à la fois environnante et lointaine, a certainement constitué un bon support de projection des ambivalences que les individus et les cultures entretiennent très fréquemment à l’égard de l’opposition des sexes. De ce point de vue, les cultures européennes et africaines se rejoignent quant à la croyance en l’indétermination primordiale des sexes, persistante selon les premières (*animus et anima* de Jung), socialisable selon les secondes (par l’excision et la circoncision).

Ce rappel de l'ambivalence symbolique des contraires sexuels permet d'insister sur les multiples enjeux de la notion de contagion, qui peut ne s'attacher qu'à une dimension culturelle, celle du respect ou de la transgression de l'interdit d'union soit avec la même (exogamie), soit avec l'autre (endogamie), eux-mêmes définis selon une grande diversité de critères d'identification (sexuel, statutaire, générationnel, ethnique, économique, etc). Aussi faut-il interpréter tout autant sur les répertoires du réalisme que du symbolisme les réponses fournies par les personnes interrogées dans cette enquête sur leur conception des catégories sociales "à risques" dans la société malienne<sup>1</sup> ou des rapports entre ces catégories, c'est-à-dire des types de "couples à risques".

Ces réponses ont d'abord suscité chez l'enquêteur un certain étonnement : l'affaiblissement, pourtant reconnu par toutes ces personnes mais en milieu urbain seulement, des interdits d'alliance ou d'union sexuelle que prescrit traditionnellement la société malienne n'est pas présenté comme facteur de déclenchement ou d'aggravation de la contagion : personne n'affirme ainsi que la transgression des pactes de sang (*senenkunya*, entre Dogons et Bozos, peuls et forgerons, etc.) ne présente de menace particulière pour les individus ou l'ordre social, même sous l'angle rationnel, de la suppression d'un facteur de sélectivité des unions, ce qui ne peut que les démultiplier. Il en est de même pour la diminution des interdits d'alliance (et non d'union, coutumièrement fréquents) entre nobles et captives (ces "nids d'amour pour le maître"), ou encore entre nobles et personnes de caste (*nyamakala*).

L'affaiblissement des interdits d'alliances fondés sur le statut natif, la perennité du *sang* (on dirait au Mali la "race") ne semble donc pas susciter un sentiment particulier de menace pour l'ordre social ; il n'en est pas de même pour d'autres critères identitaires dont le danger de *transgression* s'exprime au travers d'une métaphore de la *transmission*.

Deux types de "couples à risques" apparaissent fréquemment dans les réponses. En premier lieu, de nombreuses personnes, principalement intellectuels et adultes, considèrent que le risque menace en priorité le type de couple formé par des hommes âgés, aisés, de statut social favorisé et des filles pauvres, jeunes et analphabètes. Sans doute leur avis exprime-t-il la désapprobation de l'état d'esprit intéressé des jeunes filles d'aujourd'hui, qui seraient plus attirées par les cadeaux que par la fondation d'un foyer. Mais elles entendent certainement reconnaître aussi la fréquence, et marquer une désapprobation à l'égard des relations sexuelles hors mariage entre hommes arrivés (chefs de famille donc) et jeunes filles démunies (de revenus mais non de charme), de l'adultère et des détournements des ressources du ménage qu'il provoque. Cependant cette union est tout aussi dangereuse lorsqu'elle n'est pas adultérine : la polygamie permet souvent à

---

<sup>1</sup> La formulation de la question écartait le recours à la vision européenne des "groupes à risques" (homosexuels, usagers de drogues, transfusés) et situait l'interrogation dans le cadre de la transmission hétérosexuelle.

des hommes mûrs de prendre pour dernière épouse une jeune fille et cette dernière alliance est aussi perçue comme source de contagion, car la jeune fille (on dit fréquemment “les troisièmes et quatrièmes épouses”) ne pouvant être satisfaite par cet homme âgé, prend donc des amants et risque ainsi de contaminer son époux et, par lui, ses coépouses. Il semble donc plutôt affirmé ici que *c’est par son élément “instable” que le ménage polygame est (supposé être) contaminé*, par l’intermédiaire d’une quête adultérine masculine ou féminine.

Ce premier type de “couple à risque” admet de multiples variantes :

— des variantes, assez rares, qui s’attachent à montrer la généralisation de l’instabilité ou du désordre au sein même du groupe familial : “il y a ce qui se passe en sourdine dans le quartier, la famille... Le frère n’est pas là, tu te *glisses*...” ou encore : “on voit aujourd’hui le père et le fils désirer la même femme”. Dans cet ordre intérieur à la famille, la coutume du lévirat (remariage des veuves d’un homme avec ses frères) est considérée comme cause de contagion, en particulier dans les campagnes ;

— une autre, plus rare, inverse sexuellement ce schéma, mais en conserve l’élément d’opposition économique : il s’agit alors de “femmes divorcées très aisées qui *courent* derrière des jeunes garçons au chômage”, lesquels sont supposés avoir par ailleurs de nombreuses “copines” de leur âge et de leur statut économique ;

— la plus fréquente spécifie les partenaires sur un mode socioprofessionnel et situe ainsi ce mode de contagion dans le secteur du commerce : l’homme mûr est alors un commerçant “installé”, souvent décrit comme *assis* dans sa boutique, et la jeune fille comme une petite commerçante *ambulante* qui vend des glaces, des arachides, des fruits au porte-à-porte, *parcourant* la ville en tous sens. La petite commerçante mi-enfant mi-femme, mais aussi mi-vendeuse mi-prostituée débutante, est ainsi très fréquemment désignée comme un des principaux vecteurs de contagion : elle constitue une “catégorie à risque” unanimement reconnue. Sans doute cette réputation vient-elle de ce qu’en elle converge une multiplicité de caractéristiques sociales par ailleurs associées à la transmission : souvent d’origine rurale, elle appartient à une première catégorie à risque reconnue, celle de “l’exode rural” : les travailleurs saisonniers, filles comme garçons, véhiculent la maladie de ou vers la campagne (les avis sur le sens de la contagion entre ville et campagne sont variables), mais aussi au sein de la ville. Elle est pauvre, travaille d’arrache-pied pour un salaire dérisoire, et sa naïveté et son inexpérience lui interdisent de mesurer le danger des tentations de la ville (vêtements, sorties...) que l’argent facile de la prostitution larvée permet de satisfaire ; dans le cas des garçons, c’est à la fois leur fréquentation des prostituées et leur refus ou méconnaissance du préservatif qui les désignent comme propagateurs de la maladie. La petite marchande *ambulante* est donc aussi membre potentiel ou supposé d’une seconde catégorie à risque, celle des prostituées. Il faut cependant noter, au sujet de cette catégorie unanimement reconnue comme “à risque”, que l’opinion établit une distinction en son sein : on considère les plus encadrées comme non

dangereuses, en s'appuyant sur la connaissance des actions de "sensibilisation" au préservatif très tôt menées par les pouvoirs publics auprès d'elles<sup>1</sup> ; or les plus encadrées sont aussi les plus stables, celles qui exercent de notoriété publique en maison close, ou dans des villas, donc de manière sédentaire. La contagion est ainsi nettement attribuée aux prostituées "clandestines", non contrôlées, c'est-à-dire exerçant dans la rue, sur les trottoirs, "au bord du goudron", en bref *nomades*<sup>2</sup>.

Il existe enfin un groupe masculin "à risques" exactement symétrique des petites marchandes, que tous considèrent comme particulièrement contaminé et contaminateur : il s'agit non pas, comme cela serait logique, de petits commerçants ambulants (qui sont pourtant tout aussi nombreux que leurs équivalents féminins), mais bien sûr, de façon significative, des professionnels de la mobilité : chauffeurs de *duruni* (les transports collectifs urbains), mécaniciens, transporteurs-routiers et leurs apprentis, toutes professions associées au véhicule, à la route, au déplacement. Une seconde caractéristique, difficile à interpréter, leur est souvent attribuée : leur "néo-analphabétisme", c'est-à-dire le fait qu'ils ont quitté tôt leur scolarité, ce qui déterminerait chez eux une attitude de témérité, d'arrogance et d'irresponsabilité générale, opposée à "l'innocence" quasiment naturelle de ceux qui n'ont jamais été scolarisés.

Bien évidemment, un second type de couple à risque naît du rapprochement de ces deux dernières catégories particulièrement exposées, formé par les chauffeurs et apprentis et les petites vendeuses, et ce dans les lieux où ils sont en contact, "à l'arrêt" pourrait-on dire : les garages et gares routières.

Pauvreté et analphabétisme se combinent donc avec ce trait de *l'errance*, commun aux petites marchandes, aux chauffeurs, aux prostituées nomades, aux migrants ruraux ou internationaux, mais aussi aux hommes et femmes adultérins, et qui constitue certainement la notion la plus étroitement associée au risque, car toutes les relations sexuelles ou catégories sociales considérées comme responsables de la

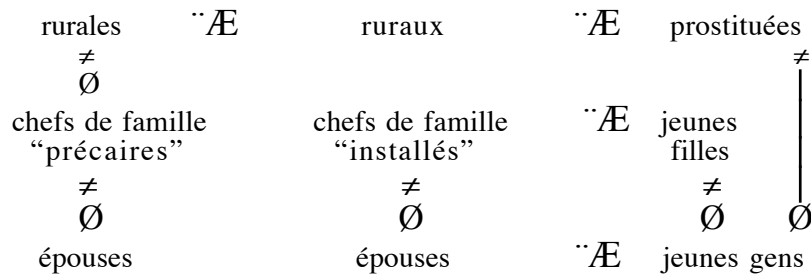
---

<sup>1</sup> De manière significative ces actions se sont particulièrement adressées aux prostituées exerçant dans la maison close située à proximité immédiate de l'autogare de Sogoninko, principalement fréquentée par les voyageurs.

<sup>2</sup> L'univers de la prostitution est complexe et multiforme. Il y a lieu de distinguer, outre la prostitution "déclarée" (en maison close, donc sédentaire et repertoriée à la brigade des mœurs ou dans les bars et hôtels), une prostitution clandestine soit régulière, (pratiquée par des "étoiles filantes"), ou *sufè-misifin* ("vache noire dans la nuit"), soit occasionnelle. Elle est dans ce cas pratiquée par des personnes ordinaires « qui ne se considèrent pas comme prostituées. Une femme travailleuse pour "arrondir les fins de mois", une étudiante pour préparer la rentrée scolaire, une ménagère pour préparer un mariage ou un baptême, une femme seule sans soutien pour faire face à ses besoins vitaux peuvent se livrer à une forme occasionnelle de prostitution. Actuellement, les occasions qui peuvent pousser une femme ou une fille à se prostituer sont tellement multiples et fréquentes que cette forme est en train de devenir coutume dans le district de Bamako. Elle est en augmentation dans les quartiers marqués par la pauvreté (...) du fond des cases aux grands hôtels, en "passant derrière" les bureaux des services administratifs » (Bocoum 1994 : 82-83).

propagation du sida sont définies par leur *mobilité*. Certes, cette représentation peut recouvrir un élément de vérité : la contagion est proportionnelle au contact. Mais ce qui semble important pour une politique de prévention est que l’association contagion-mobilité (que le terme de propagation traduit plus fidèlement) fonctionne métaphoriquement : le virus circule entre les individus comme ou parce que ceux-ci circulent dans la société, ou dans la ville, ou entre les pays. On ne peut éviter de rapprocher cette association du mal et de l’errance de ce trait culturel si récurrent en Afrique de l’ouest, qui attribue à la circulation en dehors ou entre les établissements humains des fonctions de fondation, ou des indicateurs de transgression de l’ordre social : l’exil, “l’aventure”, la course en brousse sont le fait des chasseurs ou des héros, des criminels ou des fous<sup>1</sup>. Ce fonctionnement métaphorique offre le gigantesque inconvénient de limiter l’appréhension du risque au déplacement et d’autoriser la certitude faussement tranquille que l’immobilité procure la sécurité, met à l’abri de la maladie.

Rien n’est plus faux bien sûr ! Il suffit, pour s’en convaincre, de reconstituer la “grande chaîne des liaisons”, de recomposer la typologie des amants que la conscience sociale reconnaît, mais par éléments — maillon par maillon pourrait-on dire —, et qui, finalement, parcourt et raccorde en tous sens tous les statuts sociaux, toutes les générations, tous les espaces, comme tente de le représenter le schéma suivant :



<sup>1</sup> « Nous parlons de “déplacements”. Les guerriers partent au loin, ils pourchassent l’ennemi comme les chasseurs suivent le gibier à la trace. Nous avons là des itinéraires aveugles, hasardeux quand, en fait de pérégrinations, la société ne connaît que des “circularités fermées”. Dans l’errance, il y a risques de perte(s) : guerriers et chasseurs ne reviennent pas tous chez eux et la forme ordinaire du suicide social est l’exil à vie, marque du refus, de la folie aussi » (Izard 1979), ou encore : « l’errance, c’est aussi le fou qui circule dans ce même espace asocial, représentation symbolique du destin individuel qu’est la terre non habitée et non cultivée par l’homme. Le chasseur représente donc “l’irruption du choix individuel” » (Izard 1979) face à la hiérarchie et à l’ordre de la société. Il est par le fait même une “figure d’avant l’Etat” (Izard 1979). Et chez les Mossi, la légende le confirme en faisant de son fils le “premier fondateur de l’Etat” (Bonnet 1981-1982).

Les générations adultes et jeunes sont en contact entre elles, comme les riches avec les pauvres, les fonctionnaires avec les commerçant(e)s et les artisans, les citadins avec les ruraux, les hommes et femmes mariés avec les célibataires. Au travers de cette chaîne ininterrompue, aucune fraction de la société n'est à l'abri de la contamination, même et peut-être surtout le chef de famille vertueux, paisiblement assis dans sa cour ou son vestibule, mais qui se situe inconsciemment au centre du tourbillon infectieux. C'est ce maillon faible, parce qu'inconscient, que la prévention doit en priorité atteindre, car rien ne justifie à ses yeux l'usage de ce symbole de dépravation qu'est le préservatif. Ainsi que le disait justement un médecin interrogé, toute population est à risque si elle "n'a pas la perception de la gravité de la maladie et ne la relie pas à la liberté de sa vie sexuelle".

### Des hommes à principes

*Sa ka fisa ni malo ye*

Plutôt la mort que la honte !

Pour les médecins, les professionnels de prévention, les chefs d'entreprise interrogés, une certitude est acquise : la perception de la gravité de la maladie est proportionnelle au niveau de formation. Ainsi, les "intellectuels" (titulaires d'un diplôme supérieur, mais aussi par extension, tous ceux qui exercent une activité non manuelle et non traditionnelle, comme le commerce, voire même tous ceux dont le niveau de vie semble manifester l'efficacité de la scolarisation, c'est-à-dire les fonctionnaires dans leur grande majorité), sont les mieux informés de l'existence et de la nature de la maladie, et seraient les plus réceptifs aux messages de prévention et donc les utilisateurs les plus conséquents du préservatif. Le "haut" de l'édifice social aurait donc connaissance et se protégerait mieux de la maladie que le "bas". Cette affirmation semble de bon sens car le recours au préservatif suppose une appréhension "scientifique" du mécanisme de la maladie, plus encore peut-être que pour d'autres affections qui ne mobilisent pas aussi fortement des registres interprétatifs concurrents (éthique, mystique, affectif), au sein desquels l'usage du préservatif n'a pas de sens, ou apparaît comme un rite absurde, ou comme une punition injuste, ou encore un aveu d'impiété. Le niveau de formation scolaire influencerait donc sur l'adoption du préservatif.

Il y a cependant deux bonnes raisons de mettre en cause cette évidence : l'une est relative au système de valeurs propre aux "intellectuels", l'autre à ce qu'on peut connaître de leur pratique du préservatif.

Si l'on tient compte des valeurs et opinions d'abord et qu'on développe jusqu'à sa dernière conséquence cette confusion pourtant logique d'une scolarisation poussée et de l'utilisation du préservatif, alors il faut précisément reconnaître que statut d'intellectuel et utilisation du préservatif sont contradictoires. Car si on considère cet intellectuel dans sa totalité d'être humain et de sujet social, on doit aussi associer ce statut d'intellectuel à une position sociale et professionnelle (relati-



vement) élevée, puisque le niveau d’étude et le statut social sont corrélatifs (ils augmentent ou diminuent ensemble, du moins pour la fraction de la société dont l’ascension repose sur le diplôme, et non sur le capital économique ou relationnel). Mais l’ascension sociale s’accompagne également d’autres caractéristiques — en particulier d’une préoccupation croissante de reconnaissance par les autres de la légitimité de ce statut élevé. Occuper dans l’échelle sociale une position élevée, être installé, ne peut s’effectuer en solitaire, sans reconnaissance par les autres du mérite, de la respectabilité, de l’honorabilité de l’individu et des siens, de leur droit et de leur mérite. Une bonne réputation est certes une condition générale d’intégration sociale, mais plus on monte dans l’échelle sociale, plus cette exigence est forte. Sans doute y a-t-il là quelque influence de l’éthique aristocratique qui imprègne depuis des siècles les sociétés ouest-africaines. Mais on ne peut parler “d’intellectuel” en ne considérant que le niveau de formation ou le système culturel de référence (scientifique, “cartésien”, occidental) : les autres caractéristiques, inséparables, de cet être humain sont d’occuper une position sociale et de se préoccuper d’une réputation.

Une des conditions essentielles de l’honorabilité est sans doute le respect des rôles et devoirs familiaux qui interdisent l’adultère, la divagation sentimentale ou l’errance sexuelle ; honneur et respectabilité sont donc associés à la stabilité sexuelle. C’est pourquoi une personne établie et respectée se pense et est considérée comme la plus à l’écart de cette maladie liée au “vagabondage sexuel”, dont la propagation est très fortement associée au nomadisme, à l’instabilité, au déplacement. Ainsi quand le préservatif n’est pas perçu comme un moyen de contraception, il est unanimement associé à une relation sexuelle instable, précaire, illicite, potentiellement déshonorante : “le préservatif, c’est la carte d’identité de la prostitution”, disait un informateur<sup>1</sup>. Cette association entraîne la déqualification, la dévalorisation du rapport sexuel et du partenaire avec qui il est utilisé : l’utiliser ou proposer son utilisation revient en effet à signifier au partenaire et à devoir reconnaître soi-même que le rapport sexuel en cause est, comme rapport social, du côté de l’interdit, de l’illicite, et de la maladie. En quelque sorte, utiliser le préservatif fait exister le mal, présente des risques, mais des risques sociaux autant, sinon plus que sanitaires. On en conclura provisoirement que le préservatif est au Mali *autant une affaire d’honneur qu’une question de santé*.

Supposons donc qu’un intellectuel, rationnellement convaincu de l’efficacité de ce mode de protection, noue une relation avec toute autre femme qu’une prostituée ; il sait que s’il propose son utilisation, il devra reconnaître soit qu’il insulte sa partenaire en la traitant comme une fille de passe, soit qu’il est lui-même un “homme de passe”, coutumier du deuxième bureau. Plus cette relation cherchera à se définir comme régulière, légitime, *stable*, plus l’usage du préservatif sera banni. Il est dans ces conditions impossible d’imaginer un tel

---

<sup>1</sup> Cette association, responsable d’une image négative solidement ancrée de l’objet, est peut-être due aux premières actions menées auprès des prostituées pour l’utilisation du préservatif.

usage entre mari et femme, d'autant que la contraception "chimique" est connue ; très peu entre amants, surtout si ceux-ci cherchent à compenser la dévalorisation de l'adultère par une survalorisation statutaire : mais c'est surtout avant le mariage, dans ces "conquêtes" si fréquentes entre jeunes que cette impossibilité d'usage est la plus forte, surtout s'il faut préserver l'avenir de la relation.

Le discours des "intellectuels" manifeste le paradoxe des valeurs propres à leur groupe, mais aussi à tout individu ou groupe préoccupé de sa respectabilité : d'une part reconnaître en raison le risque de contagion au sein même de son propre collectif, d'autre part le nier pour préserver son prestige et celui de son groupe (et peut-être aussi sa bonne conscience). Les tergiversations autour de l'usage du préservatif traduisent ces hésitations et contradictions. Mais ce sont les considérations de prestige, ou de statut social, qui l'emportent : le préservatif n'est donc pas utilisé ordinairement avec un(e) partenaire "préférentiel(le)", de statut social *comparable au sien*, car son usage signifierait instantanément une dévaluation de l'autre, du rapport et de soi. Les considérations sociales (honneur, réputation...) s'opposeraient donc aux préoccupations sanitaires.

Il est difficile de recourir à une information plus assurée sur le comportement réel de ces groupes sociaux. Mais les données qui concernent plus directement les pratiques en usage ne contredisent pas cette première conclusion : elles tendent même nettement à infirmer l'opinion courante selon laquelle les "intellectuels" seraient les "fers de lance de la prophylaxie".

Les rares études sur l'usage et l'image du préservatif au Mali sont toutes confrontées à une même difficulté d'interprétation des réponses sur son usage ; en effet les campagnes de prévention ont persuadé de très larges fractions de la population du fait que le port du préservatif est prescrit par "les autorités" et il est donc de bon ton, face à des enquêteurs assimilés (généralement à raison) à celles-ci, de reconnaître qu'on l'utilise. On peut donc supposer que ces enquêtes traduisent une surestimation plus ou moins grande de l'usage du préservatif<sup>1</sup>.

Les données inédites examinées ici ont l'avantage de décrire fidèlement une pratique, mais hélas pas directement une pratique d'utilisation : elles proviennent d'un recensement de personnes venues

---

<sup>1</sup> A ma connaissance, deux enquêtes seulement sont disponibles sur l'usage du préservatif au Mali : une a été effectuée par le PLNS en 1992 auprès de 1 222 élèves dans les villes secondaires du Mali (PNLS 1992). Les résultats de cette enquête sont peu cohérents : 37 % des élèves interrogés croient à l'existence du sida au Mali, 41 % savent qu'il se transmet par les relations sexuelles, 76,6 % affirment avoir changé de comportement depuis l'avènement du sida et enfin 55,8 % disent "avoir utilisé" le préservatif (résumé de l'enquête). L'autre enquête a été réalisée par l'Institut malien de Recherches appliquées au Développement (IMRAD) en 1991 à la demande de la Pharmacie populaire du Mali (projet Marketing social des contraceptifs, PPM-USAID), auprès de 1 500 personnes dans diverses villes du Mali. Elle était surtout centrée sur le préservatif comme moyen de contraception. L'enquête établit que 56,9 % des hommes ont déjà utilisé le condom, mais aussi que 15,4 % des hommes pensent qu'il faut l'utiliser deux fois, et 68,5 % jusqu'à l'usure.

chercher des préservatifs en distribution gratuite auprès du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) à Bamako. Le fichier constitué par cette institution<sup>1</sup> comprend une information utile sur les âges et professions de ces personnes, les catégories socioprofessionnelles et les classes d’âge *en demande* du préservatif, ou plus exactement sur les évolutions de la demande de ces diverses catégories et classes, sur une période longue (octobre 1990 à décembre 1992). Le tableau suivant présente l’ensemble des demandeurs sur cette période par classes d’âge et par “catégories socioprofessionnelles”<sup>2</sup>.

Tableau 1 : *Age et catégorie socioprofessionnelle des demandeurs (masculins) de préservatifs auprès du PNLS à Bamako (octobre 1990 à décembre 1992)*

CSP	Classes d’âge							Total
	15/20	21/25	26/30	31/35	36/40	41/45	45 et +	
étudiant	854	1589	255	33	3	1	0	2735
artisan	256	650	437	152	85	33	17	1630
petit employé	30	156	197	112	63	24	24	606
employé	3	109	168	106	51	19	13	469
libéral	0	58	186	82	55	16	3	400
enseignant	0	47	217	128	57	24	12	485
commerçant	335	785	511	228	91	44	17	2011
cultivateur	3	9	12	13	2	5	3	47
chômeur	7	135	182	14	7	3	4	352
Total	1488	3538	2165	868	414	169	93	8735

Source : recensement du PNLS.

<sup>1</sup> C’est ici l’occasion de remercier le Docteur Amadou Sy pour la cordialité de son accueil, et pour avoir bien voulu me confier ces données pour dépouillement.

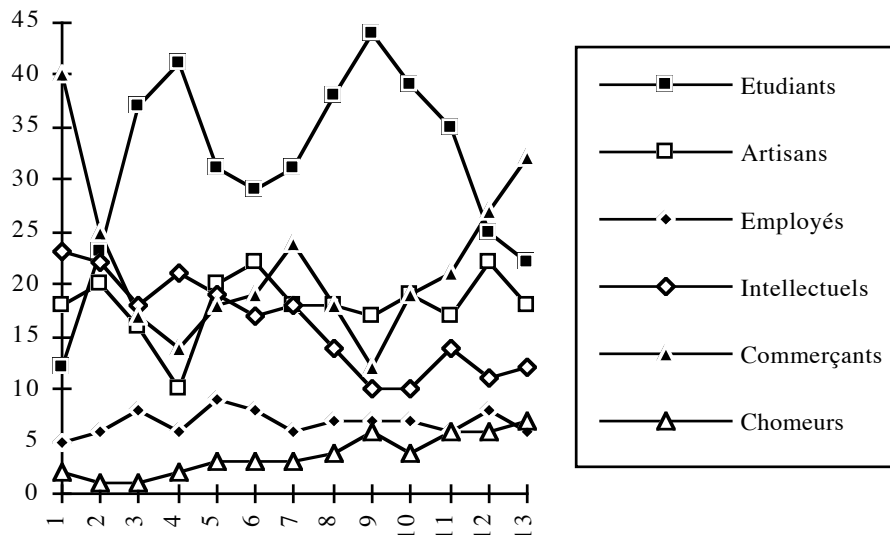
<sup>2</sup> La construction de ces catégories suppose un certain degré d’interprétation et de regroupement des professions indiquées sur les listes du PNLS. Les choix effectués sont les suivants : *étudiants* : élève et étudiant du public, du privé et de l’enseignement “franco-arabe” (*medersa*) ; *artisans* : tous les métiers du secteur privé “informel” (chauffeur, menuisier, tailleur, etc) en incluant les apprentis ; *petits employés* : tâcheron, gardien, planton, commis, ouvrier, des secteurs privé ou public ; *employés moyens* : infirmier, secrétaire, aide-comptable, dessinateur, militaire, etc., des secteurs privé ou public. Les employés moyens sont inclus dans la catégorie “d’intellectuels” avec les deux suivantes ; *libéral* : comptable, consultant, journaliste, médecin, avocat, assureur, artiste ; *enseignant et fonction publique* : enseignant de tous degrés et haut fonctionnaire (ingénieur, administrateur civil, etc) ; *petit commerce* (“tablier”, vendeur ambulancier ou en boutique) et *grand commerce* (transitaire, transporteur) ont été regroupés en raison de la difficulté à les distinguer sous l’appellation, très fréquente, de “commerçant” ; *chômeurs* : ont été intégrés dans la catégorie “intellectuels” puisque sont généralement déclarés ainsi des diplômés sans emploi ; enfin les *cultivateurs*, très peu nombreux, ont été indiqués pour mémoire.

Dans les limites de signification propres à cette source d'information, on peut établir les constats suivants<sup>1</sup> :

— en premier lieu, la démarche est presque exclusivement *masculine* : en deux ans et demi, plus de 8 700 hommes sont venus chercher des préservatifs, contre 53 femmes (dont au moins 10 animatrices de prévention). Ce déséquilibre manifeste un fait tout aussi massif : la décision d'utilisation du préservatif est exclusivement masculine ;

— les demandeurs sont principalement *jeunes*, et ce indépendamment de la catégorie socioprofessionnelle (82 % ont entre 15 et 30 ans) : la proportion diminue lorsque l'âge augmente, de façon très régulière.

Graphique 1 : Evolution de la part de chaque CSP dans la demande globale de préservatifs en distribution gratuite au PNLS à Bamako, d'octobre 1990 à décembre 1992



Source : recensement du PNLS

Abcisses : période de deux mois, d'octobre 1990 à décembre 1992.

Ordonnées : pourcentage de chaque catégorie socioprofessionnelle dans le total des demandeurs de préservatifs pour chacune des périodes de deux mois.

<sup>1</sup> Il s'agit essentiellement d'une distribution gratuite mais ne présentant aucune garantie de discrétion pour les bénéficiaires, qui viennent eux-mêmes retirer les condoms, de jour. Ils courent donc le risque que leur démarche soit connue dans leur milieu proche (famille, quartier), ce qui contribue sans doute à diminuer la participation de ceux qui peuvent se passer de la gratuité de la distribution, en particulier les "intellectuels" dont le revenu est (légèrement) plus élevé, pour éviter une révélation publique de leur supposé "vagabondage" sexuel.

La demande des plus jeunes (15 à 20 ans), a augmenté régulièrement d’octobre 1990 (10 % des demandeurs) à décembre 1992 (22 %), celle des 21/25 ans aussi mais plus faiblement (passant de 33 à 40 %), pendant que celle des 26/30 ans, la plus irrégulière, a diminué de 33 à 23 % de la demande totale de préservatifs.

— par catégories socioprofessionnelles, on constate que, contrairement à la certitude “de bon sens”, les “intellectuels” ne sont pas les plus nombreux parmi les demandeurs de préservatifs (graphique 1).

On a, sous cette catégorie d’intellectuels, rassemblé (et donc cumulé) les effectifs des employés moyens, des professions libérales, et des enseignants et hauts fonctionnaires. Certes, comme ils sont plus âgés, leur sous-représentation peut être attribuée à l’âge et non au statut social (puisque les jeunes sont les premiers demandeurs) ; mais surtout “l’indiscrétion” du mode de distribution est certainement un facteur de répulsion plus important pour des personnes plus vieilles, plus installées, plus soucieuses de leur réputation<sup>1</sup>. La faible représentation des intellectuels ne signifierait donc peut-être pas une sous-utilisation du préservatif, mais indiquerait seulement qu’ils préfèrent se les procurer par d’autres voies (achat plus anonyme ou plus caché en pharmacie par exemple, ou en envoyant un “jeune frère” à la distribution du PNLS).

Il est apparu clairement que la demande des “intellectuels” a nettement diminué pendant les deux ans et demi, passant de 23 % des demandeurs en 1990 à 12 % en 1992. Peut-on dire également qu’elle est particulièrement faible ? Les demandeurs issus des trois ensembles de professions composant ici la catégorie des “intellectuels” apparaissent certes trois fois moins nombreux (1 354 personnes, cf. tableau 1) que les commerçants, artisans et petits employés (4 247 personnes) qui sont pourtant les catégories considérées comme les plus irresponsables (“néo-analphabètes”) et les plus contaminatrices (vendeurs ambulants, chauffeurs, etc.). Pour établir cependant la sous-représentation des “intellectuels” dans la population des demandeurs de préservatifs, il est nécessaire de la comparer à la proportion de ces mêmes intellectuels dans la population globale de la ville. La seule source disponible est le recensement de 1987, dont la fiabilité est douteuse et qui, surtout, utilise une catégorisation différente, ce qui rend la comparaison délicate<sup>2</sup> ; Cependant le tableau suivant tente de comparer les effectifs et pourcentages des catégories socioprofessionnelles ainsi rapprochées :

<sup>1</sup> Si ce souci de la réputation joue ici pour limiter la portée de ces données sur l’usage pratique du préservatif, alors l’argumentation précédente, relative à l’image, est d’autant validée, puisqu’elle insiste précisément sur ce souci.

<sup>2</sup> Ce recensement donne les effectifs suivants pour les actifs masculins, seuls pris en compte en raison de la surreprésentation masculine parmi les demandeurs : - groupes 0, 1, 2 (professions scientifiques, enseignantes, libérales, juridiques, cadres et employés administratifs moyens) (“intellectuels”) : 17 904 ; - groupe 3 en partie (petits employés) : 1 798 ; - groupe 4 (commerce) : 27 193 ; - groupe 9 (élèves et étudiants) : 77 653.

On ne prend pas en compte dans ce tableau les autres catégories du recensement : - groupe 5 (services) : 5 156 ; - groupe 6 (agriculture, élevage) : 10 829 ; - groupes 7, 8, 9 (ouvriers et artisans) : 45 041.

Tableau 2 : *Effectifs et proportion de demandeurs “intellectuels” et “non-intellectuels” parmi les demandeurs et dans la population globale*

	étudiant	artisan	petit employé	“intel-lectuel”	commerçant	Total
PNLS : N	2735	1630	606	1354	2011	8336
PNLS : %	33	19	7	16	24	100
recensement : N	77653	45041	1798	17904	27193	169589
recensement : %	46	26	1	10	16	100

Sources : recensement PNLIS et recensement général de la population de 1987.

Certaines catégories sont plus représentées dans la population des demandeurs (les petits employés (+ 6%) les intellectuels (+ 6%) et les commerçants (+ 8%), d'autres moins (les étudiants, - 12 % et les artisans, - 7 %). La faiblesse de ces variations, mais surtout l'hétérogénéité des catégories utilisées par ces deux sources interdisent d'en retirer des conclusions définitives. Néanmoins on peut se limiter au constat que, contrairement à la certitude “de bon sens” — selon laquelle les catégories les plus scolarisées et, par voie de conséquence les plus haut placées sur l'échelle sociale “moderne”, seraient les mieux informées de la gravité de l'épidémie et les plus sensibles à la prévention —, ces deux séries de considérations relatives soit à l'image soit à l'usage du préservatif montrent que les “intellectuels” ne semblent pas être les utilisateurs les plus fervents.

La conclusion simple est énoncée brutalement : *si les plus susceptibles d'utiliser le préservatif ne le font pas, qu'en est-il alors des autres ?* On ne peut évidemment pas répondre directement à cette question, car ces “autres” n'ont pas été interrogés ; on peut cependant réfléchir davantage sur ce qui peut décider de l'utilisation du préservatif ou de son rejet dans l'univers social et culturel malien.

### Une protection relative

*Minan bèè n'a datugu don*

Le couvercle dépend du récipient

Que nous apprend sur l'image du préservatif cette attitude des “intellectuels”, sinon qu'ils ne considèrent pas seulement cet objet comme un pur instrument assurant une fonction “technique” (en l'occurrence interdire la contagion) mais aussi comme l'indicateur d'autres aspects de la vie réelle, cachés, non-dits, mais impliqués cependant dans la relation sexuelle, et pourtant si importants que la pure fonction technique s'efface derrière eux ? Si les intellectuels, pourtant les plus préparés à comprendre l'efficacité prophylactique du rempart de latex, décident de son usage ou de son rejet pour des raisons autres que techniques, alors ces autres raisons peuvent être

déterminantes pour les personnes qui ne peuvent trouver dans leur formation scolaire les arguments scientifiques ou les références rationnelles qui peuvent imposer l’usage purement utilitaire de l’objet contre toutes les raisons morales, religieuses ou autres, qui imposent son rejet.

Nous tentons ici de cerner quelques-unes de ces références au réel, à la vie sociale, aux valeurs, que le préservatif révèle *symboliquement*, qui lui donnent sa signification et, finalement, décident de son utilisation.

Signalons d’abord la plus massive et la moins évidente des associations de sens : le préservatif apparaît au détour des discussions comme *signal de la maladie elle-même* : utiliser ou proposer d’utiliser l’objet revient à reconnaître l’existence du risque puisqu’on s’en prémunit, et donc la présence de la maladie. De ce fait, ne pas l’utiliser revient, tout aussi symboliquement, à nier l’existence et du risque et de la maladie. Certes, le préservatif rappelle, fait songer à la maladie (dans la mesure où la référence à la maladie a été distinguée de celle à la contraception). Mais ce qu’on veut signaler ici est différent : dans cette première dimension symbolique, il représente la maladie, il est le signe révélateur de sa présence : en quelque sorte c’est lui qui la fait exister, et spécialement dans une relation concrète, particulière, entre deux personnes, lorsqu’il est évoqué, comme si brandir le bouclier déclenchait l’envol de la flèche. Ne pas l’évoquer, c’est donc ne pas faire exister la maladie et ainsi s’en prémunir. Bien évidemment, le préservatif est ainsi associé à toutes les représentations de la maladie elle-même<sup>1</sup> ; mais il est aussi le centre d’un système spécifique de représentations.

En effet, cette première assimilation de l’objet à la maladie se combine souvent, et sans doute toujours avec une autre association très générale, qui consiste à *considérer l’objet comme symbole de comportement sexuel et de statut du groupe social correspondant à ce comportement*. L’utiliser revient donc à reconnaître l’existence non seulement de la maladie, mais aussi d’un comportement sexuel dépravé, indigne d’un statut social élevé, noble, respectable ; ainsi,

---

<sup>1</sup> On n’insistera pas sur certaines images de la maladie déjà signalées par divers travaux et qui sont, de plus, relativement extérieures à cette “configuration sémantique” du préservatif qu’on cherche à dessiner ici. Cette assimilation du préservatif à la maladie est très certainement active dans toutes les explications, imprécations, dénonciations qui associent négativement, particulièrement dans les milieux populaires, la maladie à l’univers occidental dans ce qu’il a de plus hostile ou d’antinomique à l’univers africain. Cette rationalisation paranoïde (d’ailleurs tout aussi observable au sein de l’univers occidental, qui préfère attribuer l’origine de la maladie à l’Afrique) affirme soit que la maladie n’existe pas (c’est le fameux “Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux”), soit qu’elle manifeste au plus haut point les conséquences néfastes des compromissions entretenues avec l’occident et le monde blanc par une Afrique dominée, impie ou pervertie. Une des versions de cette dernière interprétation affirme que la maladie a pour fonction d’amener l’Afrique à interrompre sa croissance démographique (il s’agirait donc d’un “Syndrome Inventé pour Dépeupler l’Afrique”), le préservatif étant ainsi l’arme secrète des comploteurs (avec la complicité des médecins africains).

proposer son utilisation à quelqu'un, c'est l'insulter, attenter à son honneur social, le (ou la) rabaisser sur l'échelle du prestige social comme ce peut être aussi reconnaître ou afficher sa propre indignité. Cette *triple assimilation* du préservatif à la maladie, de celle-ci à la dépravation sexuelle et de cette dernière à l'infériorité statutaire est présente dans tous les discours qui ne s'en tiennent pas à un plan strictement technique (celui des médecins qui décident de se situer sur un terrain exclusivement professionnel, ce qui est pour le moins éloigné de l'opinion et de la situation courantes). L'imbrication de ces trois domaines est énoncée de manière lapidaire dans la réponse d'un jeune chef d'entreprise : « Voilà, c'est cela le côté gênant pour l'usage du préservatif, parce qu'on suppose que la fille est une sœur, (...) qui est supposée ne pas être une prostituée, qui est supposée être en bonne santé ».

On ne cherchera pas à démontrer plus avant l'existence, dans l'opinion malienne, de cette triple assimilation. Le plus important ici n'est d'ailleurs pas de constater cette assimilation, mais d'examiner une de ses conséquences : si le préservatif est bien considéré en même temps comme instrument prophylactique, signe de la maladie, révélateur du comportement sexuel et indicateur du statut social, *alors sa nature est relationnelle et son usage est relatif*.

Nature relationnelle : cela signifie que l'objet n'est absolument pas compris comme un instrument ne possédant qu'une fonction technique, une utilité indépendante du rapport entre hommes où il est utilisé (mais quel objet, dans quelle culture, est ainsi réduit à sa seule fonction instrumentale ?) Il est aussi, peut-être surtout, vecteur et enjeu d'une communication entre deux individus, bien que sa fonction pratique soit précisément d'introduire un obstacle infranchissable à la communication du virus (mais aussi du sperme). Ce qui se joue au travers, où à propos du préservatif est moins la santé des partenaires, que leur honneur, leur respectabilité, leur position sur l'échelle sociale. Quand une jeune fille s'offusque de son évocation par un homme, c'est bien sa dignité qu'elle protège, mais aussi l'avenir et le type de relation à venir. Le préservatif est donc plus une affaire d'honneur qu'une question de santé ; mais c'est aussi un indice de statut, dans une société fortement hiérarchique où les critères de classement sont toutefois nombreux, plus ou moins unanimes, parfois discutés, et où par conséquent, les statuts individuels sont évaluables, mobiles, discutables. Le préservatif est ainsi l'objet d'une *négociation* entre les partenaires sexuels dont l'enjeu est cependant autre car chacun exprime dans cette négociation ce qu'il veut être, ce qu'est l'autre et ce que la relation est et va devenir. L'utilité du préservatif n'est pas définie *a priori*, mais se décide dans la relation, et décide même de la relation : l'utiliser c'est sacrifier, à terme, la relation et à l'inverse le refuser c'est exprimer sa confiance en l'autre, reconnaître sa respectabilité, affirmer l'égalité de statut de partenaires, valoriser et être valorisé par la relation.

En conséquence de ce caractère relationnel du préservatif, son usage est nécessairement *relatif*, puisqu'il dépend du rapport entre les (statuts des) partenaires, donc des types de couples. On pourrait ainsi



construire une typologie des relations de sexe entre deux types extrêmes de relations : celles qui autorisent ou impliquent l’usage du préservatif, et celles qui l’excluent. Dans le premier cas, ce sont certainement les relations les plus inégalitaires, “*hypercoïtiques*”<sup>1</sup>, qui doivent admettre l’usage le plus automatique du préservatif, celles où les inégalités s’accumulent et se renforcent mutuellement quand le statut de l’homme est très supérieur à celui de la femme, puisque la supériorité de genre (masculin *versus* féminin) s’ajoute à d’autres sortes de supériorité (âge, respectabilité, richesse, etc.). Ainsi, un homme de statut supérieur (“stable”, “établi”, “grand”) et une fille de statut inférieur (“instable” ou “ambulante”, “jeune”, “pauvre”) utiliseront très certainement un préservatif (d’autant que ces deux prototypes sociaux représentent les deux extrêmes dans la conception courante de la contagiosité). Dans le second cas, les relations à *plus faible* potentialité d’usage sont sans doute celles qui sont parfaitement “*isocoïtiques*”, où les statuts des partenaires sont égaux et où la relation a le plus de chance d’évoluer vers la conjugalité institutionnelle : homme et fille également jeunes, stables, respectables. Il semble — c’est à noter — que ce soit (seulement ?) dans ce cas — lorsque le partenaire est de même âge, d’égale formation et de condition sociale proche —, que les jeunes filles peuvent imposer l’utilisation du préservatif. Pour toutes les relations situées entre ces deux pôles, où le statut relatif des partenaires est peut-être moins clair et donc plus négociable, la discussion sur l’utilisation du préservatif dépend peut-être des résultats de cette appréciation des statuts relatifs. La conclusion minimale est que, dans une société hiérarchique et de plus confrontée à un certain antagonisme des critères de classement (statuts traditionnels, richesse, formation, etc.), l’utilisation du préservatif semble dépendre d’autres procédures décisionnelles que dans une société égalitariste. Elle est, pour le moins, soumise à des négociations statutaires préalables, secrètes et fort étrangères à une pure logique de prévention sanitaire.

### Conclusion : quelle(s) campagne(s) de prévention ?

*Cekoroba san tan blon kono,  
denmisennin san tan jamana kono,  
olu dè bè se ka baro kè*

Un vieux qui compte dix ans de vestibule  
et un jeune dix ans d’exode peuvent converser

Au Mali pas plus qu’ailleurs, le préservatif n’est donc un simple objet, exclusivement défini par sa fonction technique d’obstacle à la transmission sexuelle: il est aussi le support matériel de la

---

<sup>1</sup> Il faudrait dire “hypergamiques” ou “isogamiques”, mais ces termes appartiennent au vocabulaire technique servant à décrire l’alliance matrimoniale. On notera que l’anthropologie n’a rien produit, lexicalement, ni d’ailleurs théoriquement, pour décrire “l’union extra-matrimoniale” qui est pourtant une des plus universelles pratiques humaines.

représentation, de l'accumulation, de l'articulation des significations abstraites du rapport sexuel, dont certaines font elles-mêmes référence à des domaines très étrangers à ce rapport, comme par exemple une conception de l'ordre social dans son ensemble. La représentation du préservatif (son image) est ainsi un système sémantique complexe, et il faut tenir compte de ce système de références extérieures à l'objet pour agir sur son utilisation par la population.

Que sait-on de cette représentation ? Au moins deux choses semble-t-il :

— Tout d'abord que le préservatif est associé à la maladie du sida, *dans la mesure où il n'est pas associé à la contraception* : sans doute faut-il opposer ces deux associations, certainement exclusives l'une de l'autre, et reconnaître que l'usage du préservatif ne peut se justifier *à la fois* par ses deux fonctions de contraception et de prévention sanitaire<sup>1</sup>. On représentera ainsi cette première alternative sémantique :

contraception <= préservatif => maladie

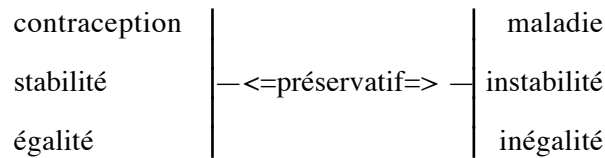
Si le préservatif est associé à la maladie, alors il l'est à toutes les significations symboliques de celle-ci : maladie de l'impiété, de l'inimitié, de l'occident, etc. Une d'elles paraît cependant fondamentale : celle qui associe la maladie et sa transmission au nomadisme, à l'instabilité, à l'errance, et considère donc la stabilité, la sédentarité, l'établissement comme des moyens de mise à distance de la maladie, donc de prévention, donc des signes (voire des causes) de santé ; on complètera alors le premier schéma de la façon suivante :

contraception		maladie
stabilité		instabilité

— Un second élément de représentation se combine au premier : le préservatif révèle, signale, désigne le rapport statutaire entre les partenaires sexuels. Or on a émis l'hypothèse que, dans la mesure où il symbolise la maladie et la dépravation, il est incompatible avec une relation cherchant à s'affirmer comme digne, respectable, valorisante pour les deux partenaires, qui doivent ainsi se reconnaître de même statut. A l'inverse, il peut être utilisé si l'inégalité statutaire (entre homme et femme) est suffisamment importante pour que la dévalorisation de la relation soit possible ou parce qu'elle est déjà effective. Le fait que le préservatif symbolise le rapport statutaire entre les partenaires revient donc à ce que son utilisation soit impossible si ce rapport est égalitaire ("isogamique"), mais possible s'il est inégalitaire ("hypergamique"). Notre schéma se complète donc d'un élément de

<sup>1</sup> Pour le moins, une étude approfondie de la relation de ces deux fonctions du préservatif, de leur compatibilité ou exclusion mutuelle, serait utile.

symbolisme sociologique, puisque le préservatif réfère à l’ordre social :



Le “chapeau utile” occupe donc une position symbolique discriminante : de son utilisation dépend la situation des partenaires du côté du Bien ou du Mal (physique, moral, social). Il est à la frontière de deux univers moraux, opposés mais cohérents : s’unir avec un membre de son propre groupe est la condition de la stabilité, et débouche sur une problématique d’enfantement (de vie), alors qu’à l’inverse, l’union inégale débouche sur l’instabilité, l’errance et peut-être la mort. Si le préservatif est bien perçu comme signe du partage entre deux univers symboliques aussi antinomiques, alors on peut comprendre qu’il y ait quelque réticence à l’utiliser, *puisque’il fait basculer ses utilisateurs du côté du déshonneur social et de la mort.*

En somme, la négativité du préservatif, responsable des multiples réticences à son utilisation, au Mali, mais sans doute aussi ailleurs, provient peut être de ce renversement magique de sa fonction : conçu pour faire barrage à la maladie, il est perçu comme ce qui la fait advenir.

Que faire, dans ces conditions, pour améliorer son utilisation ? Bien évidemment il faut parvenir à déconstruire ce renversement magique, ce qui est très certainement lié au fait que l’existence de la maladie (préalable à l’usage du préservatif) est incertaine pour la grande majorité de la population, car elle n’a jamais fait l’objet d’une information systématique. Le premier obstacle à la prévention est le doute général quant à l’existence de ce contre quoi il s’agit de se prémunir. Il appartient aux autorités d’entreprendre une action résolue et patiente de révélation à l’opinion de la nature de la maladie et de l’état de l’épidémie, d’affirmer leur existence de telle sorte que la négativité soit clairement associée à la maladie, et non à la prévention, du moins que ces deux réalités soient nettement dissociées et non assimilées comme c’est actuellement le cas. Le préservatif symbolise la maladie, mais ne la provoque pas, car celle-ci existe préalablement et indépendamment de lui : tel est le premier message à transmettre à l’opinion.

Puis, il faudra certainement adapter les messages de prévention à la multiplicité des “publics” et à leurs représentations. Si on définit ces publics par leur degré spécifique d’exposition à la contagion, on doit distinguer ceux qui sont menacés par leur ignorance de la maladie, et ceux qui le sont par leur certitude d’immunité. Les premiers doivent être touchés par la première phase de révélation de la maladie qui vient d’être évoquée ; à leur égard, le travail d’information et de persuasion est entièrement différent de celui qui doit viser le second type de

public qui perçoivent bien la gravité de la maladie, mais pour d'autres groupes sociaux qu'eux-mêmes, car ils sont persuadés que leur comportement (et donc, symboliquement, leur position sociale) les tient à l'écart de ce "mal des routes et des bas-fonds". Il faut donc remettre en cause cette opposition du "vestibule" protecteur et de la "route" dangereuse — peut-être en tirant du symbolisme de cette opposition toute sa portée démonstrative.

Les messages de prévention doivent donc être nombreux, distincts et adaptés aux divers "publics". Pour illustrer cette diversité, citons deux exemples de messages de prévention adaptés à deux "publics" qui semblent les plus menacés par la maladie, non par ignorance, mais parce que les plus persuadés de leur immunité :

— Les jeunes de même (bon) milieu, de quartier (ancien) qui se fréquentent en tout bien tout honneur sont les moins susceptibles d'utiliser un objet qui d'emblée, nie leur égalité statutaire, dévalue leur comportement et leur moralité, dévalorise leurs intentions et voue leur relation amoureuse à l'instabilité. Un message destiné à eux (les représentant donc de manière clairement reconnaissable) devrait par exemple renverser ces associations d'idées en insistant sur la garantie de durée de la relation que représente le préservatif, la mise à l'écart du déshonneur lié au fait de contracter la maladie, peut-être le "modernisme" d'une discussion égalitaire entre sexes sur la réalité scientifique de la maladie, l'efficacité technique de la prévention, etc.

— Assis dans son *vestibule*, un chef de famille vertueux (âgé, respectable, fidèle, pieux musulman) explique à un jeune homme revenu d'exode en Côte-d'Ivoire comment il a contracté la maladie, parce que sa troisième épouse, ou lui-même, ont eu une aventure passagère avec une personne de rencontre... Mais il est vrai qu'un tel message a déjà été imaginé, réalisé par un acteur malien bien connu, puis retiré de l'antenne par une autorité politique plus soucieuse de ne pas choquer l'opinion bien pensante que de la protéger contre la maladie du sida.

### **Bibliographie**

- BOCOUM Madina Daff, 1994, *Prostitution et sida au Mali*, Aix-en-Provence, Université d’Aix-Marseille II, Mémoire de maîtrise AES.
- BONNET Doris, 1981-1982, « La procréation, la femme et le génie (Les Mossi de Haute-Volta) », *Cahiers des Sciences Humaines*, XVIII (4) : 423-431.
- 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).
- IZARD Michel, 1979, « Transgression, transversalité, errance », in Michel IZARD et Pierre SMITH (éds), *La fonction symbolique*, Paris, Gallimard.
- PNLS, Mali, 1992, *Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le sida en milieu scolaire au Mali (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti)*, Bamako, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, Projet “Prévention du sida” (étude non publiée).

Robert VUARIN, “*Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule*”

*Résumé* — Une enquête effectuée à Bamako en 1993 a cherché à préciser les représentations que les “intellectuels” se font de l’usage du préservatif, à vérifier si cette catégorie, considérée comme la plus acquise à son usage — en raison de la meilleure compréhension de la maladie, de la contagion et de la prévention qu’autoriserait sa formation scolaire — l’utilisait de fait, et à comprendre les raisons de son usage ou de son rejet pour proposer un éventuel complément des messages de prévention.

Dans l’opinion, la représentation de la transmission de la maladie, qui est ancrée dans un trait culturel ancien en Afrique de l’ouest, associant l’errance et la transgression des règles, limite l’appréhension du risque au déplacement et à l’instabilité, et alimente la certitude fallacieuse qu’un statut social établi met à l’abri de la contagion. De plus l’usage du préservatif dépend d’une évaluation réciproque du statut des partenaires et d’une négociation relationnelle. Il est en conséquence proposé de recentrer les messages de prévention sur la dénonciation du sentiment de fausse impunité que procure une position sociale établie et respectable, en particulier celle des chefs de famille intellectuels qui se considèrent et sont considérés comme à l’abri de la contagion.

*Mots-clefs* : Bamako • sida • prévention • préservatif • statut social.

Robert VUARIN, “*The useful hat is not in the vestibule*”

*Summary* — A survey carried out in Bamako in 1993 was designed: a) to determine how ‘intellectuals’ view condom use, b) to verify whether this category of people, considered most supportive of condom use — due to their better understanding of the illness, of the contagion and of prevention, as fostered by their school education — actually do use them, and c) to reach an understanding as to why condoms are used or rejected. The results of the survey were to serve as the basis for possibly complementing prevention messages.

The common representation of the transmission of the illness — which is rooted in an age-old feature of West African culture linking straying and the breaking of rules — limits understanding of the risk to displacement and instability and fuels the false certainty that an established social status puts one out of danger of being contaminated. Furthermore, the use of condoms depends on a reciprocal evaluation of the status of one’s partner and on negotiations within the relationship. Consequently, it is proposed that prevention messages should be altered so as to focus on countering the sense of false impunity derived from an established, respectable social position, particularly in the case of intellectual heads of families who consider themselves, and are considered by others, to be safe from infection.

*Keywords*: Bamako • AIDS • prevention • condom • social status.

## 26. Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation <sup>1</sup>

Marc-Éric Gruénais

Le 1<sup>er</sup> janvier 1996 naissait officiellement la nouvelle agence des Nations Unies vouée à la lutte contre le sida, ONUSIDA, ce qui ponctuait par là-même des changements importants — déjà engagés mais surtout à venir — des dispositifs internationaux et nationaux de lutte contre la maladie. La création d'ONUSIDA intervient <sup>2</sup> dans un contexte politique et économique en Afrique où l'émergence de la démocratie <sup>3</sup> est censée rimer avec la privatisation d'entreprises publiques et la libéralisation des marchés, la décentralisation, le développement de la société civile, en résumé, avec un État prié de se faire moins présent. La morphologie actuelle des systèmes de santé, en général, et des dispositifs de lutte contre le sida en particulier, sont pris dans cette dynamique dessinée tant par les nouveaux contextes politiques nationaux que par les nouvelles règles de l'économie politique internationale. Or, toute modification importante — toute "accéléra-

---

<sup>1</sup> Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du projet de recherche "Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative sur les rapports État/société civile", soutenu par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS). Ce texte a été écrit en 1996 alors qu'ONUSIDA venait d'être créé et que le Congo, dont le cas est ici largement évoqué, était encore un pays en paix. Depuis, ONUSIDA a pris toute sa place dans l'espace des agences d'aide multilatérales, et le Congo, avec la guerre civile de 1997 qui aurait fait 10 000 morts, doit surtout faire face à l'urgence humanitaire. Cependant, même si certaines données peuvent paraître un peu datées de ce fait, la réflexion proposée à partir des thèmes de la décentralisation et des inégalités Nord-Sud garde toute sa pertinence, comme a pu en témoigner la question de l'accessibilité aux antirétroviraux à l'occasion de la X<sup>e</sup> conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique, qui s'est tenue à Abidjan en décembre 1997.

<sup>2</sup> Cette modification dans l'organisation du système des Nations Unies peut être considérée autant comme "un signe des temps" que comme une initiative spécifique. Aussi peut-on dire qu'une telle modification accompagne, ou participe d'une dynamique globale qui tend vers un libéralisme politique et économique à l'échelle mondiale.

<sup>3</sup> A propos de l'Afrique, on parle plutôt de "démocratisation" que de "démocratie", sans doute pour signifier combien le processus n'est pas achevé, comme en témoignait le discours du Président du Congo, Pascal Lissouba, devant plusieurs chefs d'État africains lors du 36<sup>e</sup> anniversaire de l'Indépendance du pays le 15 août 1996 : « Il est clair que nous nous trouvons à mi-chemin entre ce qui n'existe plus, à savoir le totalitarisme monopartite, et ce qui n'existe pas encore, le pluralisme démocratique » (*Jeune Afrique Économie*, 224, septembre 1996 : 93).

tion de l'histoire" — suscite interrogations et inquiétudes, réveille de "vieux démons" et/ou raffermis des identités parfois incertaines. Bien que les nouveaux dispositifs de lutte contre le sida n'aient évidemment pas eu le temps de faire leur preuve, cette étude fait écho à certaines interrogations que le nouveau contexte suscite déjà<sup>1</sup>.

### Des systèmes de santé en cours de rénovation

A la suite des différents plans d'ajustement structurel (PAS), dans les pays en développement, les dépenses de santé et d'éducation ont été réduites de 26 % entre 1980 et 1985 ; entre 1972 et 1988, pour les "pays les moins avancés", les budgets d'éducation ont diminué de 21 % à 9 %, et les budgets alloués à la santé dans les budgets nationaux ont chuté de 5,5 à 2,8 % pour la même période. Les mesures prises depuis lors en faveur du paiement des actes médicaux, et la détérioration de l'accès aux soins qui ont suivi les réductions budgétaires auraient contribué à une augmentation de la morbidité (Lurie *et al.* 1995)<sup>2</sup>. La santé et l'éducation ont donc subi des réductions budgétaires drastiques au point que dans certains pays, hormis quelques structures de soins dont le fonctionnement est soutenu par des "projets", le système de santé n'est plus guère financé par les États.

Dans les nouveaux schémas préconisés, le recul de la participation de l'État dans le financement du système de santé devrait être compensé par un développement des structures privées et des initiatives locales. Ainsi, dans un rapport de la Banque Mondiale (1993 : 13), on peut lire : « On pourrait aussi subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de première nécessité aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé. Au Bangladesh, au Kenya, en Thaïlande et dans d'autres pays encore, l'État, assisté par les bailleurs de fonds, soutient le travail des accoucheuses traditionnelles auprès des femmes enceintes... ; il le fait aussi pour celui des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée et le sida ».

Les structures publiques, pour leur part, doivent tendre vers une plus grande autonomie de gestion et un autofinancement, du moins partiel, en appliquant les principes de l'initiative de Bamako :

---

<sup>1</sup> Précisons tout de même que la nouveauté du contexte est relative dans la mesure où l'on peut faire remonter au milieu des années 1980 la dynamique il est fait état.

<sup>2</sup> Cet article, particulièrement critique, fait porter la responsabilité de la progression de l'épidémie de sida, entre autres, aux mesures imposées par le FMI et la Banque mondiale. Le lien établi par ces auteurs entre expansion de l'épidémie de l'infection à VIH et mise en place des PAS est peut-être un peu rapide ; nous retiendrons surtout les chiffres sur les réductions budgétaires.



« L'initiative de Bamako, lancée en 1988, a pour principal objectif de revitaliser le système de soins de santé du secteur public en renforçant la gestion au niveau du district et en drainant une partie des ressources que la population elle-même consacre à la santé... Dans le cadre de cette initiative, la population locale accepte de payer un prix modique pour les soins ambulatoires et les médicaments dispensés dans les centres de santé et les pharmacies. Les centres de santé gardent par-devers eux les recettes ainsi obtenues, qui sont gérées par des comités d'élus locaux, lesquels utilisent les fonds pour acheter d'autres médicaments (au moyen d'un fonds renouvelable), pour verser des primes aux agents de santé méritants et pour financer d'autres améliorations » (Banque Mondiale 1993 : 166).

Si l'on considère l'exemple du Congo, cela se traduit dans les faits par des mesures de libéralisation de l'exercice de la médecine, prises à partir de 1988. Dans un premier temps, on assiste à une multiplication du nombre des pharmacies, puis de cabinets médicaux où exercent à titre privé des médecins de la fonction publique, mais aussi à une prolifération de petits centres privés dans les quartiers périphériques des grandes villes créés par des infirmiers ou des assistants sanitaires qui n'ont pas été recrutés par l'État.

Depuis 1992, le système de santé national fait l'objet d'une réforme qui s'inscrit dans un projet politique global de réorganisation administrative et territoriale du pays censé accorder une plus grande autonomie aux régions. Très schématiquement, cette réforme qui a pour nom "Plan national de développement sanitaire" (PNDS), consiste à réorganiser la pyramide sanitaire en rendant opérationnels ses trois niveaux constitutifs : hôpital de référence, dispensaires aux compétences accrues (baptisés "centres de santé intégrés"), postes de santé. Les structures de santé redéfinies et renouvelées, notamment au niveau périphérique, sont censées être gérées par des comités de santé et doivent se conformer à une politique de recouvrement des coûts. Cette réforme devrait favoriser une dynamique de référence / contre référence qui "retiendra" les patients atteints de maux facilement curables dans les structures périphériques, pour tenter ainsi de briser le réflexe souvent immédiat de s'adresser directement à l'hôpital central quelle que soit la nature du mal, et qui pourra organiser un suivi au niveau local.

Dans les faits, on se trouve désormais face à une situation où les structures telles qu'elles sont envisagées par la réforme ne sont pas encore opérationnelles, ou plus simplement n'existent pas encore. Les "anciennes structures" (dispensaire, centre SMI, centre médical, etc.), donc toujours en place, n'ont plus guère de budget depuis 1992. Les personnels de santé, comme tous les agents de l'État, ont vu leur salaire — versé irrégulièrement — baissé de 30 % en 1994, après la dévaluation du franc CFA, et ne savent plus très bien quelle est leur place dans le système de santé. Aujourd'hui, forts des principes de Bamako, dans des structures sans budget (puisqu'elles doivent s'autofinancer par le recouvrement des coûts), les personnels de santé réclament une prime dès qu'il s'agit d'entreprendre une action spécifique leur demandant une collaboration.

## La réorganisation des dispositifs de lutte contre le sida

### *Premières questions à propos d'ONUSIDA*

C'est dans ce contexte général d'autonomisation des structures de soins et de retrait de l'État pour redynamiser des systèmes de santé fort mal en point qu'intervient la mise en place d'ONUSIDA. L'ambition de ce nouvel élément du système des Nations Unies est affichée d'emblée : « le nouveau Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (l'ONUSIDA) va pouvoir dépasser l'aspect purement sanitaire en aidant les pays à mettre en œuvre des approches et des interventions multisectorielles qui touchent toutes les ramifications de la pandémie » (Piot et Cherney 1995 : 272). ONUSIDA a été notamment créé pour assurer une meilleure coordination des actions de la coopération multilatérale et en particulier des agences des Nations Unies. Comme le précise son directeur, Peter Piot, dont on connaît les convictions en faveur d'une large approche de santé publique du problème, ONUSIDA ne devra négliger aucun aspect de l'approche médicale du problème, et aura à accorder toute l'attention nécessaire à la prise en compte de la pandémie par toutes les institutions et groupes nationaux, régionaux et locaux. Dans la perspective adoptée, le rôle des personnes vivant avec le VIH/sida est présenté comme essentiel : « Il y a deux éléments fondamentaux qui sont au centre de toute réponse effective à l'épidémie, selon le Dr. Piot. L'un est le contexte légal et éthique pour la protection et les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Le second est l'engagement en vue de l'implication des personnes vivant avec le VIH/sida pour accroître la prise de conscience, dans les débats sur les choix politiques, et pour faire pression en faveur de leurs droits » (Novicki 1996).

Cependant, quelques inquiétudes se sont déjà manifestées à propos du nouveau programme. ONUSIDA regroupe l'OMS, l'UNICEF, le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, et la Banque mondiale. Or la Banque mondiale ne fait pas partie du système des Nations Unies, alors que le BIT, qui en est membre, n'y est pas intégré. Le fait que la Banque mondiale, non membre de ce système, soit partie prenante d'ONUSIDA ouvre-t-il un risque qu'elle puisse faire "cavalier seul" avec la légitimité conférée par son appartenance à un programme pourtant créé pour une meilleure coordination de l'aide internationale ? Quel rôle la Banque mondiale pourra-t-elle réellement jouer sachant qu'elle ne prête qu'aux États et non aux structures (Diallo 1995), à l'heure où l'accent est mis sur les actions de proximité ?

La non-adhésion du BIT peut également surprendre quand on sait que le sida touche surtout la population active, que le coût économique de la maladie, notamment pour des entreprises qui doivent faire face aux dépenses de santé et doivent composer avec l'absentéisme de leurs employés malades, est devenu une des principales préoccupations, et surtout que les personnes vivant avec le VIH encourent un risque réel d'être exclues du monde du travail, et en particulier du monde du travail salarié.

Des questions ont aussi été posées au sujet du fonctionnement de la nouvelle agence. Ce programme, dit-on, ne sera ni une agence de financement, ni une agence d'exécution. Dès lors, comment les Programmes nationaux de lutte contre le sida seront-ils désormais financés, alors qu'ils étaient jusqu'alors soutenus par le Programme Global sur le Sida de l'OMS, aujourd'hui disparu ? En l'absence de possibilités d'intervention directe dans des programmes de lutte contre le sida, quelle pourra être l'influence réelle d'ONUSIDA sur les politiques nationales ?

Enfin, l'ONUSIDA s'est déclaré en faveur d'une large ouverture vers les milieux associatifs qui devraient jouer un rôle plus important dans les programmes de lutte contre le sida. Aussi des ONG ont obtenu le statut d'observateur aux réunions du Conseil de coordination des programmes d'ONUSIDA. Cependant, ces mêmes ONG n'y ont pas droit de vote, réduisant ainsi leur possibilité de prendre une part active dans les engagements internationaux.

Il est sans doute beaucoup trop tôt pour apprécier dans quelle mesure les points évoqués ci-dessus constitueront des limites au fonctionnement du nouveau programme. Cependant, au delà des réformes du fonctionnement des agences de coopération internationale dans le domaine de la lutte contre le sida, la globalité du contexte politique et économique ne laisse pas de susciter des interrogations sur le devenir des programmes existant dans les divers pays.

### *La fin des PNLS ?*

La disparition du GPA (*Global Programme on AIDS*) de l'OMS marque la fin du soutien *a priori* aux programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS), mis en place sous son égide dans les années 1980. Cette décision institutionnelle est parfaitement cohérente avec les dispositions générales relatives à l'aide aux pays en développement rappelées ci-dessus, à savoir, moins d'État et davantage d'autonomie accordée aux initiatives régionales et locales. Aussi est-ce la verticalité des PNLS, sans doute nécessaire au début de leur fonctionnement pour impulser une véritable politique nationale du sida dans les pays, qui est remise en cause aujourd'hui, ainsi que leur faible intégration dans les systèmes de santé nationaux<sup>1</sup>.

En théorie, on peut se satisfaire de la remise en cause de la "toute-puissance" des PNLS qui étaient jusqu'alors les seuls à drainer les fonds en faveur de la lutte contre le sida et à réaliser les programmes. Désormais, les PNLS retrouveront leur rôle de conseil, d'appui, de formation, d'orientation des politiques nationales et régionales, tout en laissant une liberté d'action accrue, notamment pour la gestion et l'exécution de programmes, aux "communautés" représentées par les

---

<sup>1</sup> Ainsi, par exemple, au Congo, le PNLS était jusqu'à une date récente directement rattaché au cabinet du Ministre de la santé ; il est devenu aujourd'hui un des départements de la Direction générale de la santé au même titre que la médecine préventive, la direction de la planification.

ONG et associations, ainsi qu'aux structures de soins à l'autonomie recouvrée.

En pratique, étant donné l'empressement de certains États à financer leurs propres structures de soins compte tenu de la baisse des budgets déjà signalée, il est probable que les PNLS ne disposeront plus guère de budget de fonctionnement. Or, certaines tâches ne peuvent être assurées que par une structure nationale : veiller au respect des règles d'éthique internationalement reconnues, veiller au vote de lois nécessaires au démarrage de certaines opérations (par exemple, les lois sur la transfusion sanguine), fixer les normes en matière de dépistage, diffuser l'information sur les nouveaux algorithmes, arrêter une politique dans le domaine du marketing social du préservatif, édicter des normes quant aux procédures à suivre au sujet des risques de transmission materno-fœtale (rappelons, par exemple, que de nombreux États africains interdisent encore l'interruption volontaire de grossesse, voire la contraception), constituer la structure de référence pour la surveillance épidémiologique et la déclaration des cas de sida. Bien plus, pour que certaines dispositions soient effectives au niveau local aujourd'hui tant courtisé, la structure nationale doit avoir des relais dans les régions. Or si les programmes nationaux ne sont plus financés, les chances d'un soutien aux programmes régionaux sont encore plus réduites.

Dans la configuration actuelle, les politiques nationales de lutte contre le sida pourraient alors tendre à se réduire à mettre à disposition des projets locaux des personnels de la fonction publique qui, conformément à l'initiative de Bamako, n'accepteront de collaborer à un projet de lutte contre le sida qu'en contrepartie d'une prime pour la surcharge de travail occasionnée par cette participation et/ou pour compenser les "risques" encourus à côtoyer des personnes infectées par le VIH (en les touchant, en faisant des prélèvements, etc.).

#### *Au niveau local, une dynamique de projets*

Une dynamique de projets s'installe au niveau local comme seul salut, tant pour les personnels de santé que pour les structures ou les bailleurs de fonds. Au-delà des incertitudes quant à la pérennité des activités d'une structure financée essentiellement par des fonds extérieurs, cette dynamique peut introduire des dysfonctionnements et des conflits si l'on n'y prend garde.

Dans des contextes nationaux de transition du "tout État" vers une autonomie accrue des structures locales, les ajustements institutionnels sont loin d'être achevés. Les anciennes structures à vocation nationale gardent encore une certaine légitimité, alors même que les structures régionales et locales ne sont pas encore tout à fait en place. Les personnels des structures étatiques nationales peuvent vouloir continuer à jouer un rôle important, et leur engagement ou leur participation à la mise en place de nouveaux dispositifs locaux peuvent être particulièrement mesurés. Aussi, une décentralisation mal comprise peut conduire à des conflits de tutelle dans la gestion des projets au point de provoquer parfois l'arrêt des activités, comme on l'a constaté,

au Congo, à propos du fonctionnement de banques de sang dont les activités se sont arrêtées faute de savoir, notamment, si elles devaient être gérées par le niveau national, régional ou local.

Par ailleurs, dans la situation de “déréglementation” qui prévaut, la mise en place de nouvelles initiatives pose le problème du statut à accorder aux structures et aux personnels. Afin d’éviter les difficultés inhérentes à la gestion de fonds par une structure nationale, les bailleurs tendent à privilégier le financement direct des maîtres d’œuvre du projet. Mais comment alors financer les structures ? Doit-on envisager des associations qui seront les “doubles” non institutionnels des structures étatiques ? Les associations permettent en effet des financements directs et une plus grande souplesse de gestion. Mais devra-t-on créer autant d’associations que de projets ? De plus, l’exécution de projets peut demander le recrutement de personnels ; des personnels non statutaires côtoieront des personnels de la fonction publique. Pour peu que l’État tarde à verser les salaires de ses agents, comme c’est le cas dans plusieurs pays africains, et que les non-statutaires soient payés régulièrement parce qu’ils ne dépendent pas de la fonction publique mais du projet, les fonctionnaires risqueront de réclamer un statut particulier pour être aussi bien “traités” que leurs collègues non-fonctionnaires. Ou encore, indépendamment de la question du salaire, parce qu’ils travaillent dans le cadre d’un projet et sont employés à des tâches considérées comme très spécifiques, comme dans le cas du sida, des agents de la fonction publique peuvent réclamer un statut particulier au sein de leur corps d’origine, qui les distinguera de leurs homologues. Nous avons pu enregistrer une telle revendication pour des travailleurs sociaux collaborant à un projet sur le sida et qui réclamaient un statut particulier les distinguant des travailleurs sociaux affectés dans les quartiers.

Par ailleurs, étant donné l’état des finances publiques dans certains pays, les structures bénéficiant d’un projet sont les mieux nanties. Le déséquilibre alors créé entre les structures soutenues par un projet et les autres, peut rendre délicates les relations entre les deux “types” de structures. Dans le domaine du sida, ce déséquilibre peut conduire certains à considérer que le sida est uniquement l’affaire de la structure financée, auquel cas les personnels des structures non financées se désintéressent totalement de la question. Ou encore, les personnels qui s’adonnent malgré tout à des activités dans le domaine du sida dans les structures non financées, éviteront soigneusement de collaborer avec la structure financée. Il est bien évident que de telles situations ne sont guère favorables à l’approche multisectorielle que l’ONUSIDA appelle de ses vœux.

Relevons enfin les difficultés qui surviendront dans la mise en place d’une politique de recouvrement des coûts. Si on en accepte le principe, il est cependant peu envisageable que certaines prestations — en particulier, dans le domaine du sida, les tests de dépistage du VIH — soient totalement couvertes par la participation financière des populations. Alors même qu’on s’oriente dans certains pays vers la promotion des dépistages volontaires, va-t-on faire payer les tests aux volontaires, tandis qu’on pratique les tests gratuits dans les pays du Nord ?

Dans l'affirmative, quel sera le prix à payer par le volontaire ? Plus précisément, dans certains lieux, l'activité de dépistage ne sera pas suffisamment importante pour utiliser des chaînes Elisa, et l'on sera contraint de recourir aux tests rapides qui coûtent beaucoup plus cher à l'unité que les tests Elisa. Dès lors, même si les tests (rapides) sont payants, la somme demandée aux volontaires ne permettra guère de couvrir le prix de revient du test, et les unités pratiquant le dépistage devront donc nécessairement être subventionnées. Mais qui subventionnera ? Afin d'assurer la pérennité d'une telle activité — et l'on sait combien dans le domaine du sida il faut envisager des actions à moyen ou à long terme —, faut-il prévoir (au niveau local ? régional ?) des personnels spécialisés dans la recherche de fonds<sup>1</sup> pour pallier les insuffisances de l'État, en veillant à enchaîner les projets pour éviter l'arrêt des activités ?

### **Les acteurs des actions de proximité**

Le processus de démocratisation a été accompagné par un développement sans précédent en Afrique de ce qu'il est convenu d'appeler la "société civile". Selon un rapport du PNUD consacré au sida, « En Afrique, une retombée de la libéralisation politique enregistrée ces dernières années est le décollage d'une vie associative : le développement d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations de base et communautaires qui traitent de questions de développement au quotidien et sont à ce titre un complément indispensable des pouvoirs publics qui sont dépassés par la situation » (PNUD 1995 : 19). Grâce à la souplesse de gestion des projets qu'elles offrent, à leur capacité d'intervenir localement et à mener des actions dont on suppose qu'elles profiteront directement aux populations visées, les ONG et associations sont devenues aujourd'hui des relais essentiels de l'aide au développement. Dans le domaine de la lutte contre le sida, les ONG et associations semblent particulièrement adaptées, car elles peuvent entreprendre des actions de proximité (prise en charge d'orphelins dans un quartier, organisation de visites à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/sida, organisation de séances d'IEC en différents types de lieu, etc.).

#### *Les différents types d'ONG et associations*

Ces ONG et associations peuvent être classées en cinq grands types : les ONG de dimension internationale ; les ONG de développement local ; les ONG œuvrant en faveur des femmes et des jeunes ; les congrégations religieuses et les tradipraticiens ; les associations de personnes vivant avec le VIH/sida.

Les ONG de dimension internationale appelées "OING" (Organisations internationales non gouvernementales) semblent intervenir, dans le domaine du sida, surtout en appui à des initiatives locales, en

---

<sup>1</sup> Précisons qu'il s'agit là d'une profession qui existe, par exemple, aux États-Unis.

fournissant, par exemple, des médicaments à telle structure, des préservatifs, ou encore des supports d'IEC, voire des fonds. Elles ne sont pas nécessairement très visibles sur le terrain, bien qu'ayant souvent des représentants dans les pays, et fournissent des aides souvent importantes. De par leur assise internationale et leur "surface" financière, elles ont sans doute potentiellement une capacité à se constituer en lobby, dont elles ne profitent peut-être pas toujours suffisamment, pour influencer par exemple sur les politiques de prévention.

Les ONG de développement local se consacrent en général à des activités de production (menuiserie, mécanique, etc., dans les villes ; pisciculture, agriculture, etc., en milieu rural). Ces ONG sont parfois associées à des programmes sur le sida pour accueillir des "orphelins du sida", ou des personnes atteintes pour éviter leur marginalisation en leur donnant une petite formation et en les faisant participer à la production. Ou encore, ces ONG se donnent pour mission de constituer un fonds de soutien aux personnes vivant avec le VIH grâce à la vente de leur production<sup>1</sup>. La question posée immédiatement à ces associations, qui ne sont pas spécifiquement vouées à la prise en charge des sidéens ou des "orphelins du sida", est de savoir comment elles parviennent effectivement à intégrer le sida dans leurs activités. Plus précisément, les animateurs de ces ONG et associations, afin de pouvoir justifier leur intervention dans le domaine du sida, sont-ils les destinataires de l'information sur la maladie ou la séropositivité de telle ou telle personne susceptible d'être accueillie, et de qui tiennent-ils alors l'information ? N'est-il pas préférable qu'elles se préoccupent des orphelins ou des malades en général ?

Les associations œuvrant en faveur des femmes et des jeunes sont regroupées dans la mesure où elles ont en commun, d'une part, de s'adresser à des groupes "vulnérables", et d'autre part, de s'adonner essentiellement à des activités d'IEC à destination de leurs publics respectifs en utilisant des boîtes à images, en faisant des démonstrations d'utilisation du préservatif, en organisant des débats sur la maladie. Les activités menées par ces groupes sont sans doute aussi utiles que difficiles à évaluer. Dans le domaine de la lutte contre le sida il est toujours utile de diffuser en permanence des informations sur la maladie. Mais les messages parfois très standardisés et systématiquement délivrés, quel que soit le public, ne conviennent pas toujours à tous les groupes ; de plus, en fonction des convictions — notamment religieuses — des animateurs, l'ensemble du message requis à propos des mesures de prévention, par exemple, n'est pas toujours proposé.

Religieux et tradipraticiens sont ici aussi mis ensemble car, pour les animateurs des campagnes de lutte contre le sida, ils sont considérés surtout comme des relais particulièrement efficaces pour l'information sur la maladie tant ils sont "bien insérés dans la communauté". Mais aussi, tradipraticiens comme religieux s'adonnent tous, peu ou prou, à

---

<sup>1</sup> Des exemples de ce type d'initiative sont notamment présentés dans la brochure du PNUD (1995) ; de telles expériences sont menées notamment en Zambie, au Zimbabwe, au Congo.

des pratiques de “guérison”. Sans vouloir revenir en détail ici sur les enjeux, les incompréhensions et les quiproquos liés au recours aux religieux et aux tradipraticiens dans le domaine de la lutte contre le sida<sup>1</sup>, rappelons que le sida est venu relancer une approche normative à propos des bons et des mauvais tradipraticiens avec lesquels il convient de collaborer<sup>2</sup>, et qu’on oublie trop souvent, dans la collaboration avec les Églises, que “rien n’est impossible à Dieu”, y compris la guérison du sida, ou encore que Dieu protège de tout, y compris des risques d’infection par le VIH !

Je terminerai par les associations de personnes vivant avec le VIH/sida. La première de ces associations a vu le jour en Ouganda, en 1989, avec la Phillys Lutaaya Initiative (PLI) / People with AIDS (PNUD 1995 : 25) ; l’Ouganda, un des pays les plus touchés par la pandémie est aussi, en Afrique, le plus actif dans ce domaine, notamment avec l’organisation TASO. Avec un peu de retard sur leurs voisins anglophones, les pays francophones ont également vu naître de telles associations. S’il reste encore particulièrement difficile de se déclarer publiquement atteint, tant les craintes de stigmatisation sont grandes, notamment en milieu rural, ces associations ont joué et ont encore à jouer un rôle très important en faveur du respect du droit des malades. Ces associations, d’après les propos de Peter Piot rapportés plus haut, devraient être des partenaires privilégiés des actions entreprises sous l’égide d’ONUSIDA. Mais quelle place sont-elles prêtes à prendre, et quel rôle le dispositif, notamment médical, de lutte contre le sida dans les pays est-il prêt à leur accorder ?

Si on prend l’exemple de l’association *Lumière Action* de Côte-d’Ivoire, les objectifs fixés sont de quatre types : « combattre les idées fausses ; contribuer à l’intégration sociale des personnes vivant avec le VIH et leurs familles ; prendre part à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; prendre part à la réalisation des activités d’éducation et d’information pour le grand public » (Williams *et al.* 1995 : 28). Peu ou prou, toutes les associations, à notre connaissance, se livrent à ces activités — essentielles — d’information et de soutien psychosocial aux malades. Mais peuvent-elles faire davantage ? On sait le rôle essentiel qu’ont pu jouer, au Nord, certaines associations de ce type pour l’amélioration des conditions de prise en charge des malades, y compris médical, en interpellant, parfois de manière violente, les milieux des professionnels de la santé et les milieux politiques. Il semble qu’en Afrique, certaines associations soient déjà prêtes à jouer à la fois un rôle de structure de prise en charge complète, mais aussi de défense active des personnes atteintes.

<sup>1</sup> A ce propos, voir le texte de Joseph Tonda, dans cet ouvrage, ainsi que deux études de M.-E. Gruénais (1994 ; 1996).

<sup>2</sup> Ainsi, par exemple, dans un compte rendu d’une expérience de formation destinée à des tradipraticiens en Ouganda, on peut lire qu’un des critères de choix de la personne à former était : « être un thérapeute véritable (c’est-à-dire reconnu par la communauté, fréquenté par des clients et utiliser la pharmacopée)... » (*souligné par moi* ; Homsy et King 1996 : 2).



J'évoquerai ici rapidement l'exemple de la Kenyan AIDS Society (KAS), dont le personnel est composé à part sensiblement égale de personnes atteintes et non atteintes. La KAS regroupe des conseillers professionnels, des psychologues, des médecins, des travailleurs sociaux, mais aussi des avocats. Elle travaille en liaison étroite avec un des grands hôpitaux de Nairobi, reçoit les malades, procède à l'annonce de la séropositivité, effectue des visites à domicile, des thérapies de groupe et des thérapies individuelles. Bien plus, cette association n'a pas hésité à s'impliquer dans un débat devenu politique à propos d'un médicament-miracle. Le Professeur Obel— professeur de médecine — est bien connu au Kenya pour avoir inventé il y a quelques années le médicament pour "guérir" du sida, le *Kemron*. En 1996, il récidive avec *Pearl Omega*, médicament "contre le sida" commercialisé dans les pharmacies à grand renfort de publicité, notamment grâce à des appuis venant du plus haut niveau de l'appareil d'État, selon certains journaux de la place. La KAS a intenté un procès contre le Professeur Obel<sup>1</sup>.

Si ces associations se donnent d'autres missions que l'information et le soutien psychosocial aux personnes atteintes, on peut s'attendre à ce qu'elles aient parfois un point de vue critique sur les politiques de santé et certaines pratiques médicales. Sans doute, le processus de démocratisation en cours en Afrique, ainsi que les mesures prises en faveur de la décentralisation dans certains pays et qui autorisent alors des mises en œuvre de politiques moins verticales et moins monolithiques, permettront à ces associations de trouver une place réelle dans les dispositifs nationaux de lutte contre le sida, à l'instar de leurs homologues du Nord.

### *Des ONG politico-religieuses*

Il ne faut cependant pas se cacher, face au foisonnement d'associations, combien aujourd'hui il est "politiquement correct" pour tout un chacun, et en particulier pour des membres éminents de l'entourage des élites politiques, de disposer de *son* association. Plus précisément, alors que les appareils d'État sont décrédibilisés et que se développe l'idéologie philanthropique de "l'humanitaire", sont privilégiées des aides ciblées dont l'efficacité est censée être d'autant plus grande qu'elles transiteront par une association. Il est alors de bonne guerre — et cela n'est évidemment aucunement spécifique à l'Afrique — que la classe politique, surtout dans une période où la légitimité passe désormais par la voie des urnes, utilise également cette dynamique des ONG et associations. Dans ce contexte, le sida est un élément constitutif de ce "marché" politico-financier de l'aide aux ONG et associations.

---

<sup>1</sup> Le procès devait débiter en juillet 1996. A ce jour, je n'ai pas été informé de la suite qui a été donnée à cette affaire. Précisons également que le *NGO's Consortium on AIDS*, structure d'information et d'appui aux associations œuvrant dans le domaine du sida, a par ailleurs organisé une conférence de presse et adressé aux journaux et personnalités des mises en garde contre le Professeur Obel et sa "découverte".

Cette réalité est un état de fait, et la décrire *a priori* n'a guère de sens. Même si une initiative prise par une association dirigée par un membre éminent de la classe politique a aussi des visées électoralistes, pourquoi ne pas l'accepter comme faisant partie de la règle du jeu pour autant qu'une action soit réellement menée en faveur de la prévention, des personnes atteintes, etc. Cependant, il serait dommageable que, dans le contexte actuel, des associations inscrivent l'intitulé "sida" dans leur programme d'activités pour être visibles et/ou pour drainer des fonds, mais finalement pour des actions imperceptibles en faveur du sida. Il serait tout aussi dommageable que dans le marché politico-financier qui se dessine parfois autour du sida et des associations, des groupes, dont les membres auraient pourtant été formés à mener par exemple des campagnes d'IEC, ne soient pas associés aux activités actuelles sous prétexte qu'ils ont été constitués à l'époque du régime politique antérieur.

Par ailleurs, nombre d'associations et d'ONG qui œuvrent dans le domaine de la santé ou en faveur des groupes vulnérables, tout particulièrement parmi celles qui ont pignon sur rue, ont parfois une idéologie religieuse très marquée, même si elles se présentent comme des groupes laïques. Aussi ne sont-elles pas toujours prêtes à délivrer l'ensemble du message sur la prévention, ce qui peut se traduire par le refus de promouvoir l'utilisation du préservatif, alors même qu'elles disposent de stocks, ou encore, par exemple, à exhorter les jeunes femmes séropositives à accoucher en dépit des risques. Les plus radicales de ces associations "laïques" peuvent aller jusqu'à refuser toute action en faveur de personnes favorables à l'utilisation du préservatif ou de femmes ayant avorté.

Dans le contexte de démocratisation en Afrique où une "société civile" est en voie de constitution, l'émergence de groupes totalement laïques, tant du point de vue religieux que politique, n'est pas encore totalement achevée. Encore une fois, mener des actions dans le domaine de la lutte contre le sida sous une bannière religieuse ou politique n'est pas, en soi, un problème. Néanmoins, ces "groupes totalement laïques" sont peut-être parfois une meilleure garantie d'initiatives qui ne se fixent qu'un minimum de limites *a priori*. Il est certes très difficile, voire impossible — et sans doute peu souhaitable — d'évaluer ou de contrôler les activités de tous les groupes œuvrant dans le domaine du sida dans un pays. Cependant, on pourrait considérer qu'il est de la compétence des PNLS, par exemple, de se préoccuper que le "label sida", affiché par les associations, se traduise effectivement par des initiatives dans ce domaine, et que leurs activités n'aillent pas à l'encontre des règles internationalement reconnues.

### **Vers une accentuation des différences Nord-Sud ?**

La lutte contre le sida en Afrique concerne aujourd'hui de plus en plus les personnes atteintes ou les personnes exposées : mise en place d'unités de prise en charge et d'unités de dépistage volontaire, action en faveur des personnes vivant avec le VIH/sida pour éviter leur

marginalisation. Cependant, les traitements de fond, les antirétroviraux, sont pour l'heure inaccessibles en Afrique en raison de leur coût trop élevé, alors que les traitements se médicalisent de plus en plus au Nord. Cette situation est dénoncée par certains sur le continent africain<sup>1</sup>. L'inégalité devant les traitements risque en effet de s'accroître. D'une part, la tentation est grande de procéder, en Afrique notamment, à des essais thérapeutiques dont le rapport coût-efficacité s'améliore lorsqu'ils sont réalisés dans des zones de forte prévalence<sup>2</sup>. Or, à moyen terme, les résultats bénéficieront plutôt aux pays du Nord tant les coûts des traitements ainsi mis au point seront élevés. D'autre part, actuellement, de grands espoirs se fondent sur le succès de traitements très élaborés tels que les trithérapies ou l'utilisation des antiprotéases<sup>3</sup>, et dont on peut supposer aisément non seulement que les coûts seront encore plus élevés que les traitements précédents, mais encore qu'ils exigeront une surveillance attentive, un dépistage précoce, une thérapie longue, un suivi minutieux, etc., soit tout un "contexte thérapeutique" dont les conditions seront très difficilement réunies en Afrique dans un futur proche<sup>4</sup>.

Si des travaux s'accroissent au Sud, pour la mise au point de nouveaux protocoles thérapeutiques, ceux-ci, contrairement à ce qu'on observe au Nord, n'incluent guère l'utilisation d'antirétroviraux. Certaines substances qui permettent d'endiguer ou de retarder l'apparition d'infections opportunistes en viennent même à être considérées comme des traitements de fond. Ainsi en témoigne l'appellation d'"AZT africain" donné à l'INH (isoniazide) qui permet de réduire le risque de tuberculose à court terme chez les personnes infectées par le VIH (Kaleeba et Kalibala 1996). On comprend certes l'enthousiasme

<sup>1</sup> Cf. par exemple les propos du Professeur Auguste Kadio, de Côte-d'Ivoire, rapportés dans *Sidafric*, 8-9, mai 1996 : 12.

<sup>2</sup> L'ampleur de l'endémie fait de l'Afrique un laboratoire idéal, autorisant sans doute un meilleur rapport coût-efficacité pour les essais thérapeutiques : « avec un virus entraînant un taux de contamination relativement faible, ces essais ne sont pratiquement pas réalisables en Europe ou aux États-Unis et devraient pour l'essentiel être menés dans les pays du tiers monde » (« Les problèmes éthiques posés par le Sida », Séminaire Biomédecine, Psychopathologie, Psychanalyse, Paris, Association Descartes et MIRE, séance du jeudi 5 mai 1994).

<sup>3</sup> A ce sujet voir, par exemple « L'espoir des trithérapies », *Impact Médecin Hebdo*, 330, 5 juillet 1996 : 6-7.

<sup>4</sup> Sans même songer à l'utilisation des dernières avancées thérapeutiques, on peut par exemple évoquer l'efficacité aujourd'hui reconnue de l'utilisation de l'AZT pour limiter la transmission materno-fœtale. Or, il n'est guère imaginable de vulgariser en Afrique un tel protocole, non seulement en raison du coût du traitement lui-même pour les individus, mais tout autant, sans doute, en raison des conditions de son administration : dépistage précoce des femmes enceintes au cours des consultations prénatales, approvisionnement régulier en réactifs pour le dépistage, disponibilité permanente des antirétroviraux, alors même qu'il ne s'agirait au mieux que de réduire le taux de transmission, et que les structures sanitaires sont dépourvues de médicaments de base pour des pathologies curables ; cela supposerait également que les personnels de santé acceptent de procéder au dépistage après consentement, que soit mis en place une procédure de suivi, etc., soit un dispositif complexe et coûteux pour un gain qui peut sembler minime en termes de santé publique.

siasme lié à cette découverte et qui peut être à l'origine d'une appellation maladroite ; mais cet exemple, un peu caricatural, ne vient-il pas témoigner précisément qu'au Nord et au Sud les préoccupations thérapeutiques se situent définitivement à des niveaux différents ? D'ailleurs, alors que les débats sur la protection de l'individu face au progrès des recherches médicales en Europe se développent, que des controverses apparaissent au sujet de l'utilisation de tel ou tel nouveau traitement de l'infection par le VIH, il semble que pour l'Afrique, on cherche à éviter les sujets jugés dérangeants, comme en témoigne cette déclaration d'un observateur de la Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique tenue en 1995 à Kampala : « L'aspect éthique des interventions, des études et des priorités est resté dans l'ombre lors de la Conférence, sans doute parce que cela risquait de faire apparaître des divergences fondamentales dans le monde et par conséquent de provoquer un débat politisé » (Fransen 1996).

Alors, face au progrès des recherches thérapeutiques au Nord qui tendent à médicaliser de plus en plus les traitements des personnes infectées, on pourrait assister à une "démédicalisation" relative des dispositions envisagées pour le Sud, attestée par le souci de développer en Afrique les actions de proximité pour assurer le confort psychologique nécessaire aux personnes atteintes, ce qui permettrait de compenser l'impossibilité d'utiliser des traitements de fond. Or, si on en juge par tous les *community based programs* mis en œuvre par des ONG, par les efforts déployés en direction des tradipraticiens et des religieux, on peut avoir parfois le sentiment que les dispositions envisagées pour le continent africain se fondent notamment sur l'image d'Épinal d'une Afrique composée de communautés qui ne demandent qu'à être solidaires et qui sont encore tout entières investies par des religions et des traditions qu'il convient d'orienter dans le "bon sens" pour contribuer à la lutte contre le sida. La science, au Nord, les communautés, au Sud !

Cependant, au-delà de la polémique que ce texte risque d'alimenter, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui, la question de l'efficacité des actions de proximité mises en œuvre par des ONG et associations pour la prise en charge des personnes atteintes est posée par une récente étude menée aux États-Unis. Fondée sur une enquête rétrospective sur dix ans (1984-1994), celle-ci relève une diminution globale du risque de mortalité de 31 % pour les patients pris en charge par les praticiens les plus expérimentés (Kitahato *et al.*, in Chahine 1996). En d'autres termes, plus les patients sont suivis par des services hospitaliers spécialisés, plus leur chance de survie augmenterait. Certes, une multitude de facteurs interviennent très certainement pour expliquer ces résultats, et comme le font remarquer justement Morin, Obadia et Moatti (1996 : 12) à propos de cette étude, il faut éviter toute généralisation abusive, tant les systèmes de santé diffèrent selon les pays. Cette étude pose cependant la question du nécessaire recentrage — partiel — sur l'hôpital et les services spécialisés, et *a contrario*, de l'efficacité de la dilution des dispositifs de prise en charge dans "la communauté". Pour l'Afrique, que les traitements de fond de l'infection par le VIH soient disponibles ou non, une telle étude

n'invite-t-elle pas à envisager la multiplication des unités spécia-lisées dans la prise en charge des malades du sida ? <sup>1</sup>

### Conclusion

Les processus de libéralisation — politique, économique, etc. — dans lesquels se sont engagés les États africains, ainsi que les réformes en profondeur du dispositif des Nations Unies pour faire face à la pandémie du VIH/sida, ont introduit, et introduiront, des modifications importantes quant aux modalités d'organisation de lutte contre le sida. Sans compter que, fort heureusement, la situation de la pandémie et la réflexion sur les manières de la combattre évoluent (stabilisation de l'épidémie dans certains pays, vente accrue de préservatifs, connaissance de plus en plus fine de la maladie par les populations, accent mis sur les personnes atteintes, amélioration des protocoles thérapeutiques, etc.). La particularité de cette épidémie, qui renvoie au sexe, à la procréation, aux limites de la science, et bien souvent aux fondements des idéologies religieuses, politiques et médicales, contraint à des remises en cause fréquentes et importantes.

Incontestablement, il faudra prévoir des ajustements, parfois importants, pour éviter, ou du moins limiter les télescopages entre les différents niveaux d'intervention des acteurs de la lutte contre le sida. Ceux-ci, bien évidemment, forment parfois de manière très différente des objectifs semblables. Or les différends qui naissent alors, en particulier du fait de l'imprécision quant à la sphère de compétence de chacun des acteurs susceptibles de s'engager ou déjà engagés dans la lutte contre le sida, devraient être bien compris pour limiter la paralysie toujours possible des dispositifs de lutte contre le sida. Le pire serait sans doute qu'on assiste à un développement de l'épidémie dans certains pays faute de possibilité d'action. Il y a encore peu de temps, on se demandait pourquoi certains pays connaissaient une flambée de l'épidémie alors que d'autres n'étaient presque pas touchés. Aujourd'hui, alors que tous les pays sont touchés, il faudra se demander pourquoi l'épidémie se stabilise dans certains endroits alors qu'elle progresse dans d'autres, comme dans le cas du Congo pour lequel l'ex-Président de la République, Pascal Lissouba, lui-même a déclaré : « La situation a empiré. A Brazzaville, il y avait 6 % à 7 % de séropositifs. Aujourd'hui, la proportion est de 18 %. A Pointe Noire qui est ouverte à tous les virus, nous étions à 10 % contre 20 % à l'heure actuelle. Sur le plan national, il est difficile de [...] donner des statistiques, mais ces deux villes rassemblent la moitié de la population. Il y a une prévalence qui avoisine 15 % à 20 % » <sup>2</sup>. Fort heureusement, le pire n'est jamais certain !

<sup>1</sup> Telles que le Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, ou l'Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) d'Abidjan.

<sup>2</sup> Interview de Pascal Lissouba : « *Oui, le Congo va décoller !* », propos recueillis à Brazzaville par Mamadou Alpha Barry, *Jeune Afrique Économie*, 224, septembre 1996 : 55.

### Bibliographie

- Banque Mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, Banque Mondiale.
- CHAHINE N., 1996, « Médecins : l'implacable logique de la spécialisation », *Le Journal du sida*, 85 : 10-12.
- DIALLO M., 1995, « Réunion consultative ONUSIDA », *Sidalerte*, 44 : 6-7.
- FRANSEN L., 1996, « La perspective européenne », *Sidafrrique*, numéro spécial Post-Kampala, 8-9 : 11.
- GRUENAI S M.-E., 1994, « Qui informer au Congo : malades, familles, tradipraticiens, religieux ? », in R. COLLIGNON, M.-E. GRUENAI S, L. VIDAL (éds), 1994, « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », n° spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 189-209.
- — 1996, « La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », in Codesria, CNLS, Orstom, *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives"*. *Communications*, Dakar, Codesria, CNLS, Orstom, volume 2 : 671-682.
- HOMSY J., KING R., 1996, « Le rôle des thérapeutes traditionnels dans le conseil en matière de VIH/sida à Kampala, Ouganda », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 13 : 2-4.
- KALEEBA N., KALIBALA S., 1996, « L'Afrique, source d'inspiration pour une réponse globale », *Sidafrrique*, numéro spécial Post-Kampala, 8-9 : 15-17.
- LURIE P., HINTZEN P., LOWE R.A., 1995, « Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries : the roles of the International Monetary Fund and the World Bank », *AIDS*, 9 : 539-546.
- MORIN M., OBADIA Y., MOATTI J.-P., 1996, « Attention aux généralisations abusives », *Le Journal du sida*, 85 : 12.
- NOVICKI M.A., 1996, « Africa moves to slow the spread of AIDS. New UN body to support Africa's community-based efforts to battle HIV », *Africa Recovery* : 22-23.
- PIOT P., CHERNEY S., 1995, « La lutte contre le VIH/sida : élargir le champ d'action », *Cahiers Santé*, 5 (5) : 271-273.
- PNUD, 1995, *Le sida et l'Afrique : un défi au développement humain*, New York, PNUD, 36 p.
- WILLIAMS G., BLIBOLO A.D., KEROUEDAN D., 1995, *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du sida en Côte-d'Ivoire*, Londres-Abidjan, ACTIONAID / Comité national de lutte contre le sida (Côte-d'Ivoire), 61 p. ("Stratégies pour l'espoir", n° 10).

Marc-Éric GRUENNAIS, *Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation*

*Résumé* — Les dispositifs de lutte contre le sida doivent se développer depuis le début des années 1990 dans un contexte général de désengagement de l'État, de baisses des budgets nationaux, de remise en cause de la verticalité des programmes et de démocratisation. Les premières orientations données par ONUSIDA emboîtent le pas à ce contexte général en proposant notamment un développement des actions de proximité et une autonomisation des éléments du dispositif de santé. Dans les pays africains, la réponse au contexte politique et économique global est le développement du secteur associatif. Cependant, cette situation ne risque-t-elle pas de conduire à une atomisation et à une fragmentation excessive des dispositifs de lutte contre le sida obérant les possibilités de politique nationale ? A développer les initiatives locales et associatives dans les pays du sud, ne risque-t-on pas d'accroître les inégalités Nord-Sud face aux progrès de la médecine au Nord ?

*Mots-clefs* : ONUSIDA • libéralisation • systèmes de santé • associations.

Marc-Éric GRUENNAIS, *Organisations fighting against AIDS in the context of UNAIDS and democratization*

*Résumé* — Since onset of the decade 90, the organizations involved in the fight against AIDS have to develop their actions in an environment of State's disengagement, drop of national budgets, contestation of vertical programmes, and democratisation. The first orientations impuled by UNAIDS echoes this general environment: they recommend expansion of proximity actions and autonomization for the elements of the health systems. In African countries, response to this global —economic and political— environment consisted in developing an associative sector. However it is a risk that this situation induce atomization and excessive fragmentation of organizations involved in the fight against AIDS, and affect negatively the possibilities for national politics. At last, is it not a risk, in developing local and associative initiatives, to generate an increase of North/South inequalities in the face of medical progress in Northern countries?

*Keywords*: UNAIDS • liberalization • health systems • associations.