



HAL
open science

La prévention du VIH/SIDA au Mali : le travail des acteurs de terrain, l'expérience des facteurs de transmission du virus, et la construction de territoires sanitaires et sociaux.

Sébastien Tusseau

► **To cite this version:**

Sébastien Tusseau. La prévention du VIH/SIDA au Mali : le travail des acteurs de terrain, l'expérience des facteurs de transmission du virus, et la construction de territoires sanitaires et sociaux.. Géographie. Université d'Angers, 2013. Français. NNT: . tel-00879684

HAL Id: tel-00879684

<https://theses.hal.science/tel-00879684>

Submitted on 4 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse de Doctorat

Sébastien Tusseau

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de Docteur de l'Université d'Angers
Sous le label de l'Université Nantes Angers Le Mans*

Discipline : Géographie
Spécialité : Géographie de la Santé
Laboratoire : ESO-Angers

Soutenue le 24 mai 2013

**École doctorale : ED DEGEST
Thèse N° 1316**

**La prévention du VIH/SIDA au Mali : le
travail des acteurs de terrain, l'expérience
des facteurs de transmission du virus, et
la construction de territoires sanitaires et
sociaux.**

JURY

Président du jury : **M. Jean-Marc MACE**, Professeur au C.N.A.M. à Paris, Président

Rapporteurs : **Mme. Raymonde SECHET**, Professeure de Géographie à l'Université de Rennes 2
M. François TAGLIONI, Professeur à l'Université de La Réunion

Directeur de Thèse : **M. Sébastien FLEURET**, Chargé de recherches H.D.R. au C.N.R.S., ESO-Angers

Co-directeur de Thèse : **M. Christian PIHET**, Professeur de géographie à l'Université d'Angers

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :

<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



« Aw bora aw ka so, aw nana aw ka so. »

« Vous avez quitté chez vous pour venir chez vous. »

(Proverbe Malien)

Merci à mes professeurs, à *M. Sébastien Fleuret*, pour son aide, ses conseils, son suivi régulier et son approche commune du terrain malien depuis toutes ces années. Comme le dit un proverbe bamanan : « *Dègèbàgà numan be mogo se ko la* » = « *Un bon pédagogue rend les gens compétents* » (= « L'élève apprend vite avec un bon maître »). Merci à *M. Christian Pihet* pour son soutien depuis la maîtrise.

Merci à *Angers Loire Métropole* pour le financement de cette thèse. Le jumelage et l'amitié entre les deux villes depuis 1974 est symbolisé par un réseau associatif important et de très nombreux échanges et partenariats. Les deux villes sont engagées dans une réelle démarche de coopération décentralisée empreinte d'amitié. Nos rencontres de terrain ont permis de nous rendre compte de cette chaleur entre les deux populations.

Depuis le tout début de ces recherches, le soutien, l'approche du terrain, la connaissance plus que parfaite de la ville de Bamako, le dévouement et l'amitié de *M. Amadou Dia* ont été plus qu'essentiels au bon déroulement de mon travail. Rien n'aurait été possible sans son aide à toute épreuve. Merci à ma femme et mes enfants au Mali. « I ni cé dogoni »

Merci à ma *maman* et ma *seconde famille de Korofina* pour son accueil quotidien au sein de la concession, son amour et son aide.

Merci à *tous mes amis Maliens* qui m'ont tant apportés en termes humains. Merci à mon cousin artiste-peintre *Drissa Konaté* pour son cœur énorme, son sourire et les moments passés sur sa chère colline.

Merci à *Souleymane Dionkassi* pour son aide au quotidien à Angers et à Bamako. Sa volonté perpétuelle pour retrouver une bonne santé est un exemple. Merci à *M. Bakary Dionkassi* pour son amitié et sa reconnaissance ainsi qu'à *M. Mamadou Dionkassi* pour son accueil.

Merci à *l'ensemble de mes amis* de Faladié, de Boukassoumbougou, de Djélibougou, de Djicoroni, de Safo, de Korofina ou de Banconi...

Je tiens à remercier également la *Ville d'Angers* pour ses renseignements, sa mise en contacts et son aide depuis 2005. L'amitié entre Angers-Bamako est un exemple modèle de coopération décentralisée.

Merci aux équipes de la *Maison du Partenariat Angers-Bamako* (M.P.A.B.) pour leur accueil et leurs aides dans mes recherches et mes initiatives personnelles.

Les aides financières et humaines de *l'Office de Coopération Internationale d'Angers* (O.C.I.A.), association de jumelage ont été très importantes. Les rencontres associatives, les cours de bamanan, la découverte du Mali m'ont permis de mieux connaître le pays.

Un grand merci à toutes les organisations internationales, institutions nationales, à l'Université de Bamako, aux étudiants, doctorants et chercheurs, aux services de santé, aux Organisations Non-Gouvernementales (O.N.G.) et associations pour leur accueil si chaleureux. Merci à eux pour leurs renseignements, leurs échanges, leur indulgence et leur amitié.

Merci à ma femme, mon fils et l'ensemble de ma famille, belle-famille et de mes amis pour leur soutien et leur confiance depuis toutes ces années...

Et merci à toutes les personnes que je n'ai peut-être pas nommé ou oublier...

Sommaire

INTRODUCTION

1. CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE

1. Problématique

- 1.1. Contexte général
- 1.2. Problème

2. Les concepts de recherche

- 2.1. La prévention
- 2.2. Un déplacement du concept de prévention vers l'idée de promotion de la santé
- 2.3. Un concept relativement peu connu en Afrique
- 2.4. L'inadaptation des modèles de changement de comportement
- 2.5. Est-ce que la prévention est pensée en réponse à certaines inégalités/disparités ?
- 2.6. La communication en santé / L'éducation en santé / Les modèles de communication en santé

3. Approche théorique en géographie de la santé

- 3.1. La géographie de la santé
- 3.2. Les effets de composition et de contexte
- 3.3. Avoir une approche territoriale de l'épidémie VIH/SIDA à Bamako

4. Objectifs de la recherche

- 4.1. Un échec des programmes de prévention?
- 4.2. Une nécessaire d'évaluation
- 4.3. La recherche en santé, priorité nationale
- 4.4. Contribuer à la connaissance du contexte de prévention à Bamako

5. Hypothèses

- 5.1. Les objectifs de la recherche
- 5.2. Les hypothèses de recherche
- 5.3. Les hypothèses opérationnelles et questions de recherche

2. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Une méthodologie actuelle en géographie de la santé

- 1.1. Une méthodologie mixte, systémique et multidisciplinaire
- 1.2. Le modèle PRECEDE-PROCEED
- 1.3. Une ébauche de l'outil de promotion de la santé Preffi 2.0

2. Adapter la posture du chercheur au terrain d'étude

- 2.1. Bien expliquer les objectifs de la recherche
- 2.2. Garder une trame informelle
- 2.3. Langue bamaman
- 2.4. Le « senankuya »
- 2.5. S'adapter aux lieux

3. Adapter les modalités à la méthode

- 3.1. Les difficultés de rencontrer les gens
- 3.2. S'assurer des « complicités »
- 3.3. Aide d'un malien
- 3.4. Patience

4. Les compléments méthodologiques

- 4.1. L'enquête quantitative
- 4.2. Les entretiens
- 4.3. Les Groupes de discussions (« Focus Groups »)
- 4.4. Croisement des résultats
- 4.5. La presse malienne

3. PRESENTATION DU CONTEXTE SANITAIRE ET DU CONTEXTE MALIEN ET BAMAKOIS

1. Le contexte sanitaire

- 1.1. Le système de santé au Mali
- 1.2. Le manque de données épidémiologiques
- 1.3. La lutte contre le SIDA au Mali

2. Le contexte démographique, social et économique

- 2.1. Le contexte démographique
- 2.2. Le contexte ethnique
- 2.3. Le contexte éducatif
- 2.4. Le contexte économique
- 3. Présentation de la ville de Bamako**
- 3.1. Un petit historique
- 3.2. Le district de Bamako : sa croissance démographique et urbaine
- 3.3. Les conséquences de cet accroissement démographique urbain
- 3.4. La typologie des différents quartiers de Bamako
- 4. Présentation des quartiers d'étude : Banconi et Faladié**
- 4.1. La composition de la population
- 4.2. La qualité du logement et de l'environnement de vie

4. LE CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL MULTI-ECHELLE

- 1. Le contexte politique et relationnel à l'échelle locale**
- 1.1. Le contexte historique et territorial
- 1.2. Le contexte de décentralisation politique
- 1.3. Des problèmes de coordination à l'échelle locale
- 2. Un contexte politique et sanitaire dégradé**
- 2.1. La vision de la classe politique au Mali
- 2.2. L'image des acteurs de la santé
- 3. Des difficultés relationnelles entre l'Etat et la société civile**
- 3.1. Le fonctionnement de la société civile au Mali
- 3.2. Une omniprésence de la société civile
- 3.3. Une répartition des fonds et programmes douteuse
- 4. La problématique géographique de la société civile**
- 4.1. Un manque de synergies entre acteurs de la société civile
- 4.2. Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : la concentration des sièges d'O.N.G. sur Bamako
- 4.3. Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : un écart entre les sièges des O.N.G. et leurs zones d'interventions
- 5. Une lutte contre le VIH/SIDA dépassant le seul cadre national**
- 5.1. Le contexte international sur la mise en place d'un programme ou projet au Mali
- 5.2. Exemples de l'aide publique développement et de la lutte contre la pauvreté au Mali

5. ANALYSE ET PRESENTATION DES PRATIQUES LOCALES EN RAPPORT AVEC L'ACCES A LA PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA

- 1. ANALYSE DES PRATIQUES LOCALES PAR RAPPORT AUX CONNAISSANCES**
- 1.1. Un tabou toujours présent
- 1.2. Un décalage entre le fait d'avoir entendu parler de VIH/SIDA et les connaissances réelles sur la maladie
- 1.3. Une stigmatisation en recul mais toujours sous-jacente
- 1.4. Un exemple de prévention à l'échelle locale : l'utilisation des grins et de la paire éducation
- 2. Analyse des pratiques locales par rapport aux comportements**
- 2.1. Des comportements à risques toujours présents
- 2.2. Une évolution positive vers le dépistage
- 3. Le cadre législatif face au contexte social : la difficulté à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes à visée préventive**
- 3.1. L'influence du Code de la Famille
- 3.2. Rapports de genre et VIH/SIDA : le cas du mariage précoce
- 3.3. La santé de la reproduction : un défi pour le Mali ?
- 3.4. L'avortement au Mali
- 4. Un contexte actuel relationnel hommes-femmes en plein bouleversements**
- 4.1. Définir la relation amoureuse au Mali ?
- 4.2. Un pouvoir omniprésent des hommes sur les femmes
- 4.3. Les violences sur les femmes

6. LES METHODES DE PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA ET LEUR ADAPTATION AU CONTEXTE MALIEN

1. Proposer de nouvelles méthodes

- 1.1. Des critiques quant à la qualité des messages de prévention délivrés
- 1.2. La question de l'« appropriation » des concepts et des programmes par les acteurs de terrain

2. Adapter les programmes à la culture malienne

- 2.1. Quelle culture malienne et quels impacts sur les programmes en santé ?
- 2.2. Exemple de l'excision
- 2.3. Adapter la prévention aux langues locales
- 2.4. Définir la santé, le bien-être dans le contexte malien
- 2.5. Le fatalisme envers la maladie

3. Renforcer les actions d'I.E.C. pour un changement de comportement : persévérer la sensibilisation sur le VIH/SIDA

- 3.1. Un manque de fréquence et de durée dans les programmes : le concept de temps chez les populations
- 3.2. Un écart temporel entre décideurs et organisations de terrain

7. LES CONDITIONS D'UNE APPROCHE CONTEXTUELLE DE LA PREVENTION

1. Mieux adapter les canaux de sensibilisation sur le VIH/SIDA à l'échelle locale : l'importance des agents de santé

- 1.1. Une importance primordiale du choix du communicant
- 1.2. La place des C.S.COM. et des médecins dans l'accès aux soins
- 1.3. La place du personnel de santé dans la prévention en santé
- 1.4. Dimension spatiale de la prévention : enjeux de proximité dans l'interaction et prise en compte de l'espace de vie

2. Etre à l'avant-garde des innovations en matière d'approche participative

- 2.1. S'appuyer sur le savoir endogène des communautés
- 2.2. Le contexte de l'approche communautaire ou participative
- 2.3. Une évolution sociétale à contrario de l'approche communautaire ou participative

8. LA PLACE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION

1. Comment expliquer l'absence de résultats tangibles ?

- 1.1. La place du chercheur en question ?
- 1.2. Une évaluation trop rare

2. Le manque d'approche globale de l'individu

- 2.1. Une société civile consciente de ce besoin mais manquant de compétences
- 2.2. Quelle approche de santé publique ?
- 2.3. A contrario de l'approche globale : les groupes considérés comme à risques

3. La place de la recherche et de l'innovation dans les programmes de prévention

- 3.1. Le manque de connaissances des territoires et populations d'interventions
- 3.2. Des difficultés de conceptualisation des programmes : l'exemple de la définition de « communauté »
- 3.3. Un manque d'innovations des programmes de sensibilisation

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

SIGLES ET ABREVIATIONS

TABLE DES ILLUSTRATIONS

REMERCIEMENTS

TABLE DES MATIERES

Introduction

Un bilan de la prévention du VIH/SIDA plus de vingt ans après son apparition

Les ateliers de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales (A.N.R.S.H.) du 28 novembre 2011 ont montré combien la géographie de la santé et l'influence des contextes sociaux sont importants à prendre en compte dans la recherche scientifique sur le VIH/SIDA. De nombreuses interventions ont mis cet intérêt en avant en insistant notamment sur la nécessité de réfléchir et travailler via une approche globale et critique ce que nous avons tenté de réaliser tout au long de notre étude.

Le thème de ces ateliers était « *Nouveaux enjeux de la lutte contre le VIH/SIDA : quelles questions pour la recherche en sciences sociales ?* ». A l'aboutissement de notre recherche, il était important de déterminer si nos travaux étaient toujours d'actualité.

De nos jours, certains acteurs et/ou organisations posent la question de la possible éradication du virus notamment par l'apparition de nouveaux outils de prévention (dépistage, circoncision, traitements...) et par les progrès des recherches cliniques avec une tendance, le déplacement de la recherche clinique des pays du Nord vers les pays du Sud malgré les problèmes politiques de certains sites A.N.R.S.H. (Côte d'Ivoire, Egypte).

M. Delfraissy, directeur de l'A.N.R.S.H., ne partage pas l'opinion de l'Onusida sur la régression de l'épidémie et sur sa possible disparition à court terme : « *les nouvelles infections sont toujours importantes, le vaccin reste un enjeu important* ». Car, si au Mali et dans de nombreux autres pays, d'énormes efforts et réussites s'observent, ceux-ci restent extrêmement fragiles... L'utilisation des traitements en termes d'outils de prévention (pré-exposition) divise car cela demande de nouvelles conditions de dépistage, un accès plus large aux A.R.V. et d'énormes moyens financiers dans un contexte de crise économique mondiale. La lutte contre le VIH/SIDA connaît également une crise économique. Plus de dix ans après sa création, le Fond Mondial connaît une crise financière, politique et de gouvernance. Le Mali est un exemple parmi d'autres de l'ensemble de ces difficultés...

Les traitements sont certes plus efficaces mais sont au long cours et occasionnent des effets secondaires (cancers ?). Il existe d'ailleurs un besoin d'études comparatives entre le VIH/SIDA et d'autres pathologies. Notre étude abordera cette question sous l'angle de la conception même de la maladie au Mali, sur sa stigmatisation et sur le rapport des populations envers le VIH/SIDA en comparaison d'autres pathologies. L'approche globale en termes de qualité de vie et de bien-être est nécessaire. Ces notions reliées au concept de promotion de la santé sont très importants au Mali dans un contexte où de nombreux programmes doivent incorporer d'autres thématiques (la pauvreté par exemple).

Il est aujourd'hui pertinent de confier aux patients et aux associations de malades eux-mêmes les questions de recherche (comme le fait l'association Aides) même si cela pose certaines questions (professionnalisme des chercheurs en sciences sociales versus non-professionnels du milieu associatif, les transferts de tâches...).

Lors de cette journée A.N.R.S., les petits projets de recherche ont été montrés du « *doigt* » notamment parce qu'ils posent des problèmes concernant leur actualité. Cependant, l'ensemble des chercheurs reconnaissent leur caractère essentiel pour leurs approches locales de terrain.

L'étude des politiques de lutte contre le VIH et les sciences politiques doivent avoir une place de plus en plus importante dans les travaux de recherche. C'est pour cela que notre étude a pris en compte des thématiques proches des sciences politiques, notamment sur les questions d'aide au développement, de décentralisation, de corruption et de clientélisme qui expliquent en grande partie dans quelles conditions les programmes sont mis en place.

Un témoignage de chercheur et d'acteur de terrain

Pour Vinh-Kim Nguyen, professeur à l'Université de Montréal, les nouveaux traitements ont provoqué depuis 2008 une résurgence des approches biomédicales en terme de prévention (circoncision, Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP), microbicides...). L'histoire du VIH est marquée par les avancées biomédicales et technologiques qui au fur et à mesure ont diminué l'importance des sciences humaines et sociales. Le Mali est un pays où l'accès aux traitements est très satisfaisant ce qui pose la question de la place de l'approche biomédicale et de la place laissée à la prévention en sciences humaines.

L'omniprésence du paradigme positiviste biomédical augmente la méconnaissance des autres approches souvent perçues comme trop compliquées ou de « *luxé* ». Les réponses (et donc les programmes) sont souvent conçus et mis en place rapidement car « *les gens meurent* ». Seulement, plus de vingt ans après l'apparition du virus, on peut admettre que la temporalité du VIH et de la mise sous traitement est longue et qu'un temps de réflexion est nécessaire pour rendre la lutte contre le VIH efficace.

En termes de bilan, V-K. Nguyen considère d'ailleurs que le succès est mitigé et que peu d'innovations théoriques ont eu lieu (vision comportementaliste de la transmission). Notre connaissance du terrain depuis 2005 nous a permis de posséder un petit regard historique de la lutte au Mali.

Lors de ses travaux en Afrique de l'Ouest (au Mali notamment), V-K. Nguyen a noté l'existence d'un discours religieux sur le VIH et d'une certaine méconnaissance des complexités bio-sociales (co-facteurs peu connus). Certains mouvements religieux incitent les populations à abandonner leurs traitements.

Les cadres théoriques varient suivant les pays. Ils sont importants pour comprendre et mieux agir d'où notre volonté de s'adapter au mieux à la culture malienne. Les sciences humaines et sociales ne doivent pas prétendre que le sujet (chercheur) et l'objet (sujet) sont artificiels et cloisonnés. Du temps a donc été nécessaire pour préparer au mieux cette recherche, les travaux de terrain et les analyser ensuite. Lors de cette recherche, de nombreux facteurs ont dû être pris préalablement en compte (culture, politique, langue...) avant de lancer toute action. L'implication tout au long de nos travaux d'étudiants et de partenaires maliens a été plus qu'utile et à la base de notre projet.

Le VIH/SIDA pose de réelles questions sur les sociétés : des questions de complexité, de souveraineté et de réseaux.

La complexité s'explique par le fait que, la société a de l'influence sur le VIH/SIDA qui a de l'influence sur la société... Les phénomènes sociaux et biologiques sont co-constitutifs par leur localisation, leur différenciation biosociale. Cette complexité est d'autant plus présente au Mali, pays en plein

bouleversement social (occidentalisation, modernisation, migrations...), économique (développement) et politique. De plus, ces questions de société sont d'autant plus importantes à prendre en compte pour un chercheur étranger.

Ensuite, cette complexité s'observe par une certaine résistance biologique aux A.R.V. notamment en Afrique par le reliquat d'anciens programmes de traitements... On observe également une internationalisation des stratégies de prévention dans un contexte de développement multi-épidémique (I.S.T., hépatites...). La question de l'adaptation de ces stratégies internationales et de leur nécessité se pose.

Cela conduit à étudier la souveraineté, la gouvernance (certains pays dirigent) et la gouvernementalité (rapport aux autres). Pour cela, on observe une résurgence d'études sur les inégalités et la biopolitique des inégalités. Les inégalités sociales redeviennent des enjeux de recherche et les nouvelles formes de gouvernance humanitaire produisent de nouvelles inégalités.

Ainsi, l'empowerment peut être considéré comme utile dans certains contextes mais comme privatif de biens dans d'autres.

Les réseaux sont essentiels à étudier que cela soit les réseaux sexuels ou l'épidémiologie du lien social. V-K. Nguyen notaient que les travaux de Peter Bearman (« *chains of affections* ») ont démontré que la cartographie du réseau social des étudiants était pertinent via des groupes de contacts. L'objectif de cette cartographie est d'isoler l'épidémie en cassant les réseaux sociaux. En effet, des grappes de transmission existent de même que des distances par rapport à certains lieux sexuels (lieux physiques, Internet...). Cette question des lieux et de leur influence sur les comportements est centrale en géographie de la santé.

La place actuelle des sciences humaines et sociales

Depuis la découverte du virus, la place des technologies biomédicales dans la lutte contre le VIH/SIDA n'a cessé de croître. De nombreux essais cliniques montrent une certaine efficacité de ces outils que cela soit en terme de traitement ou de prévention. Seulement, ces technologies ne peuvent être dissociées des contextes sociaux dans lesquelles elles sont pensées et mises en œuvre. Ces stratégies sont mises en place dans des contextes très divers entre pays et au sein même des pays. Cela pose la question de l'universalité des modes de prévention et de la capacité des populations et des agents de terrain à accepter ces stratégies.

Les sciences humaines posent un regard critique sur les transformations sociales et biologiques dont les épidémies sont le symptôme. Elles jouent un rôle fondamental « *pratique* » en expliquant les conditions de réussite/d'échec des stratégies et « *critique* » en proposant des voies de réflexion sur leurs conséquences (éthique, social, politique...). Au croisement du biologique et du social, de la prévention et du traitement, de la technologie et de la science, les sciences humaines et sociales posent d'énormes questions sur les défis posés par l'épidémie de VIH/SIDA.

Aujourd'hui, les questions de recherches dégagées sont de deux ordres. Elles doivent être orientées vers une perspective critique ou opérationnelle/interventionnelle/méthodologique/évaluative.

Un regard critique de la recherche

La critique de la recherche doit s'exercer suivant six items.

Tout d'abord, la recherche critique doit étudier l'organisation de la prévention entre tous les acteurs, à toutes les échelles et dans des contextes différents. Pour cela, nous avons rencontré un panel large et varié d'acteurs de statuts différents. Les acteurs interviewés intervenaient à des échelles plus ou moins vastes, internationale, nationale, locale, micro-locale. Enfin, notre terrain a été diversifié et axé sur deux milieux urbains différents. La prévention doit être contextualiser, elle doit étudier les relations transnationales et les relations entre l'Etat et les populations.

Ensuite, la recherche doit étudier concrètement les politiques de prévention : observer et analyser la mobilisation, les différents acteurs et les variantes locales. Pour cela, notre approche au long cours sur le même terrain, la connaissance d'un réseau important d'acteurs de la prévention et l'approche comparative micro-locale ont permis l'observation et l'analyse de ces politiques de prévention.

Une question se pose de nos jours : comment les acteurs de la prévention, les politiques et les populations s'approprient-ils les messages de sensibilisation ? Comment ces mêmes publics gèrent-ils ces messages différents et quelques fois contradictoires ? Ces deux questions amènent à travailler sur les notions d'inégalités, d'exclusion et de genre. Notre étude comparative a permis de questionner les inégalités sociales de santé et d'accès à la prévention suivant plusieurs critères. Nos rencontres avec les populations et notamment les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.) nous ont obligé à travailler sur la stigmatisation des malades et de la maladie.

D'autre part, il existe une mémoire individuelle et collective autour de la prévention. On ne peut élaborer des programmes de recherches et de sensibilisation sans au préalable incorporer cette histoire. Notre connaissance des acteurs et de la prévention du SIDA au Mali depuis 2005 nous a permis de mieux cibler nos questions de recherche. L'approche globale du SIDA doit comporter une approche générale de la santé et de la maladie.

La prévention et les politiques sanitaires doivent s'étudier à l'échelle globale mais également locale. Une question apparaît comme essentielle à la bonne diffusion des messages, celle de l'identité professionnelle des diffuseurs de ces messages. Notre recherche s'est attelée à collaborer et rencontrer l'ensemble des acteurs locaux (chefs de quartiers, pairs éducateurs, religieux, agents de santé...) et à étudier la prévention sur deux terrains (quartiers).

Enfin, l'échelle temporelle, le contexte de l'entrée en sexualité, les parcours de vie sont également des critères à prendre en compte tout comme la nécessité de parler de façon plus générale de promotion de la santé. Ce concept a été abordé au Mali auprès des acteurs de la prévention pour déterminer si ces derniers en avaient la connaissance.

La recherche opérationnelle, interventionnelle, méthodologique et évaluative

Les programmes de recherche qui mêlent plusieurs disciplines sont malheureusement plus difficilement publiables... Néanmoins, la géographie de la santé utilise et travaille avec des disciplines différentes mais complémentaires. Un intérêt certain existe pour la géographie de la santé notamment dans la collaboration interdisciplinaire.

Des initiatives intéressantes existent comme l'expérimentation sociale. La routine de certains programmes de prévention peut engendrer des problèmes d'appropriation et certain désintérêt de la part des populations.

Une question importante se pose, celle de l'arrêt des programmes des chercheurs et du délaissement des sites. La pérennité des programmes (recherche, prévention, financement) mais également des organismes et membres des instituts de recherche sur les territoires sont indispensables.

Sur quels facteurs, les populations et les acteurs de la prévention basent-elles leurs propres stratégies de prévention ?

Atelier 1 du séminaire VIH/SIDA de l'A.N.R.S., novembre 2011: La prévention du VIH : vers de nouveaux paradigmes ?

Cet atelier a permis aux différents acteurs et chercheurs présents d'émettre trois pistes de réflexions essentielles pour la future conduite des programmes de prévention et de recherche.

L'historisation des politiques de prévention est indispensable. Les populations ont une mémoire incorporée vis-à-vis du VIH/SIDA comme pour l'ensemble des maladies (générations de prévention). L'approche socio-anthropologique de notre recherche et le travail sur les autres pathologies ainsi que notre travail de terrain depuis 2005 nous ont permis d'incorporer cette dimension.

Dans l'organisation de la prévention, deux facteurs sont à prendre en compte. Tout d'abord, il faut considérer l'ensemble des réseaux d'acteurs impliqués dans les stratégies d'interventions et leurs accords/désaccords. Pour cela, nos multiples entretiens avec des acteurs diversifiés ont été essentiels. De plus, il faut s'intéresser aux discours et normes de prévention (financeurs vs chercheurs) et aux relations Etat/associations. La question de l'intervention des organisations internationales dans la mise en place des programmes a été travaillée. L'appropriation de la prévention est primordiale (approche « top-down », « bottom-up »), les acteurs et les populations doivent correctement intégrer les messages pour les appliquer.

Ensuite, il faut analyser la composition même des politiques de prévention, travailler sur les acteurs, déterminer qui portent les projets, avec quels aspects et dans quels contextes, avec quels moyens... ? Les acteurs de la prévention au Mali ne possèdent pas les mêmes directives d'où un questionnement sur la cohérence des messages.

Les échelles territoriales de recherches sont pertinentes car des politiques globales sont mises en œuvre localement avec des marges de manœuvre variable. Le travail sur la prévention doit comporter des axes de recherches sur les inégalités d'accès, la stigmatisation, le genre et la sociologie de la prévention.

Enfin, les recherches en sciences humaines doivent se concentrer sur les interventions elles-mêmes (le type d'interventions et leurs appropriations). Si cette recherche n'est pas uniquement évaluative, les données d'enquêtes, d'entretiens et de groupes de discussions ont engendré des résultats. Dans les pays du Sud, il faut travailler sur le degré d'intégration des nouveaux paradigmes et méthodes de prévention et poser les questions de leur possible détournement. Des niveaux de contraintes existent pour la prévention (société/proches/individus), pour l'empowerment (individus/communautés) et dans les enjeux et rapports de pouvoirs.

Il apparaît essentiel de comprendre l'ensemble des parties prenantes (acteurs, individus, populations), de contextualiser tous les facteurs liés à la prévention et de réaffirmer le sens critique des sciences sociales.

1. Conceptualisation du problème de recherche

« *These approaches to understanding how place relates to health are important in order to deliver effective, « contextually sensitive » policy interventions.* »

(Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A., Macintyre S., 2007)

1. Problématique

1.1. Contexte général

1.1.1. Données sur le VIH/SIDA au Mali

Le VIH/SIDA est devenu un acronyme affreusement célèbre. Jamais une maladie n'a ainsi bouleversé le social, le culturel, le médical, le politique, l'économique...

Depuis plus de 25 ans maintenant, le virus fait des ravages. La cartographie et les données biomédicales montrent que l'épidémie ne s'abat pas sur tous les territoires comme une déferlante. Elle est donc sélective et ce, à différentes échelles (mondiale, régionale, nationale ou micro-locale). Ces variations s'observent au sein de populations différentes (âge, sexe, niveaux de vie) et à travers des environnements hétérogènes (espaces enclavés, urbains, ruraux...).

Malgré de nombreuses recherches et plus de vingt ans d'observation, la géographie de l'épidémie reste d'actualité, complexe et mouvante. En effet, si des constantes apparaissent, les exceptions sont là pour nous rappeler que des inconnues existent.

Au Mali, les données sur le VIH/SIDA proviennent des enquêtes I.S.B.S. (Integrated STI prevalence and Behaviour Surveys) sur les groupes considérés comme « à risques » (tous les 3 ans. Les deux autres outils sont la surveillance sentinelle (femmes enceintes) ainsi que l'Enquête Nationale Démographique de Santé du Mali (E.D.S.M., tous les 5 ans).

Ces données sont de plus en plus complètes et fiables mais restent trop précises (sur un groupe cible, I.S.B.S.) ou trop générales (E.D.S.M., échelle nationale et régionale). Sur quelles bases se basent les différents acteurs pour travailler ?

Ces dernières données citées (E.D.S.M., I.S.B.S.) ne font pas du territoire sur lesquelles elles sont produites, un point d'appui et de compréhension. Or, il existe aujourd'hui un intérêt clair pour travailler à l'échelle locale. Les objectifs sont une meilleure contextualisation et acceptation des programmes. Aujourd'hui, il existe un manque de données locales au Mali et à Bamako, ville la plus touchée par le virus. D'autre part, la faible implication des instituts de recherches, le manque de coordination et de transferts de résultats entre acteurs renforcent ce constat.

Un des objectifs de cette recherche est donc d'identifier à l'échelle locale de deux quartiers de Bamako, les connaissances et comportements en santé et VIH/SIDA et d'analyser si ces résultats diffèrent des données globales (E.D.S.M.). La question est donc de déterminer si les messages de sensibilisation sont adaptés à chaque contexte.

De nos jours, deux faits sont mis en avant.

D'une part, au regard des courbes de l'épidémie, la prévention n'a pas réussi à endiguer la progression du virus malgré de nombreuses réussites et efforts financiers.

D'autre part, nous devons aujourd'hui effectuer de nouvelles recherches scientifiques à l'amont et à l'aval des programmes de sensibilisations (évaluation) pour mieux comprendre ce qui marche, ce qui ne marche pas en fonction des contextes sociaux de diffusion.

A l'amont, depuis ces dernières années, les responsables politiques et sanitaires maliens insistent sur le besoin de recherches scientifiques sur la santé et le SIDA pour comprendre de manière efficiente les réalités du terrain avant la mise en place des programmes. Ces recherches demandent cependant une clarification des relations entre chercheurs et acteurs de terrain. En effet, les intervenants de terrain déplorent les limites de leurs actions notamment le manque de supports scientifiques. Les décisions s'appuient trop souvent sur de simples considérations épidémiologiques, économiques ou médiatiques plus que sur des résultats scientifiques.

A l'aval, le besoin d'évaluation est important car les efforts de prévention n'apparaissent guères efficaces. Actuellement, trop peu d'évaluations des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA en Afrique francophone se déroulent. En 2007, le directeur exécutif de l'ONUSIDA notait la nécessité de mieux « *connaître son épidémie* ».

Les questions de la recherche et de l'évaluation sont d'actualité au Mali, cette étude rentre dans ce cadre de recherche. Davantage d'informations sur l'efficacité relative des interventions qui visent le changement des comportements sont nécessaires. Car, si la prévalence du VIH/SIDA a diminuée pour la population générale entre 2001 et 2006, il est très difficile de lier cette baisse à une évolution des connaissances et comportements sans recherches et évaluations de programmes.

1.1.2. Santé publique et VIH/SIDA au Mali : l'enjeu des messages de prévention

La santé publique vise à organiser le soin pour qu'il réponde à trois objectifs de qualité que sont :

1. *L'efficience*, c'est à dire à des soins et des méthodes de prévention à la fois efficace pour la santé et rentable dans l'utilisation des ressources,
2. *L'équité*, par la recherche d'une juste répartition des soins entre les individus et les groupes,
3. *La liberté*, en donnant la capacité aux individus de choisir leur exposition aux risques.

La prévention doit pouvoir répondre à ces objectifs de qualité mais les chercheurs qui travaillent sur les liens entre prévention et inégalités sociales de santé ne sont pas tombés sur un consensus (Aiach, 2008; Ridde, 2004, 2003; Rose, 1985). Si certains préfèrent, dans le cas d'une épidémie concentrée comme au Mali, appuyer la prévention sur les groupes considérés comme « *à risques* », d'autres préfèrent mettre en avant la prévention vers la population globale en termes d'amélioration générale de l'état de santé.

Le Mali fait d'énormes efforts dans la prévention du VIH/SIDA avec un engagement politique réel : « *la lutte contre le VIH au Mali a enregistré des succès notables surtout sur le plan de l'implication des autorités par la création de cellules dans tous les départements.* » [70]

Cependant, si l'accès au traitement progresse, aucun vaccin n'existe à ce jour. La prévention reste donc, à ce jour, la seule « *arme* » possible pour endiguer l'épidémie. Depuis l'apparition de la maladie, les campagnes de sensibilisation ont été nombreuses et diversifiées. Diversifiées dans les « *sentiments* » de

communication utilisés (peur, séduction, contradiction) et dans les modes de communication (campagnes de masses, médias, théâtre, affiches, pair éducation). Ces sentiments et modes de communication n'ont pas eu les mêmes impacts sur les populations.

La psychologie sociale de la santé a montré que les messages sont plus ou moins intégrés à l'échelle individuelle et ce, à cause de filtres liés à :

1. La crédibilité et à la légitimité de l'émetteur du message (endogène/exogène, national/local...),
2. Au contenant du message (communication interpersonnelle, médias, ...),
3. Aux capacités personnelles de l'individu (revenus, scolarisation...),
4. Au contexte dans lequel les campagnes de sensibilisation sont développées.

Au Mali, comme dans de nombreux pays africains, il est toujours difficile de considérer l'individu hors d'un groupe (famille, amis, communauté, 6.1.3.d., 7.1.2.c., 7.2.).

De plus, le comportement humain est complexe. Si le comportement humain était simple à comprendre, il n'existerait pas autant d'études pour analyser ses comportements. Les êtres humains sont uniques et leurs comportements sont multidimensionnels. Le lien entre comportement et santé ressort clairement dans les dix principaux facteurs de risque identifiés par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S. 2002).

La recherche a décelé plusieurs « leviers » qui amènent les êtres humains à agir. Plusieurs théories comportementales empruntées aux behavioristes permettent d'expliquer et d'influencer les comportements de santé des individus et des groupes sociaux. Seulement, ces théories sont également très critiquées car se concentrant essentiellement sur les individus et non sur le contexte dans lequel ces individus vivent.

Enfin, l'information, aussi compréhensible soit elle, n'est pas suffisante pour modifier un comportement.

1.2. Problème

Ces dernières années, les concepts de voisinage, de capital social et la revitalisation des recherches sur les déterminants sociaux de la santé ont montré l'intérêt de construire des recherches sur les effets de lieux et de contexte local sur la santé des habitants.

Les acteurs en charge de la santé et du VIH/SIDA (institutionnels, non-gouvernementaux, associatifs...) sont en contact direct et continu avec les populations. Cette recherche a donc souhaitée étudier les deux extrémités du « spectre ». D'un côté, les habitants et de l'autre les acteurs de la prévention, quels qu'ils soient. L'approche géographique à différentes échelles de ce spectre nous a permis de mieux comprendre les enjeux qui existent.

Les messages de sensibilisation ont été analysés tant du côté de l'émetteur et que du récepteur. Pour cela, des enquêtes quantitatives et des groupes de discussions auprès des jeunes de deux quartiers urbains de Bamako ont été réalisées tout comme des entretiens auprès des divers acteurs en charge de la prévention au Mali.

L'objectif de cette recherche est de rendre compte des dynamiques sociales autour du VIH/SIDA et donc d'éclairer à la fois le contexte dans lequel les mobilisations sociales s'inscrivent mais également les dynamiques qui s'y jouent. Cette recherche confronte les actions de prévention (diffusion de messages) à

la réalité des comportements dans deux contextes spécifiques¹. Elle vise donc à identifier les éléments de ces contextes locaux (culture, rapports sociaux, structuration de l'offre de santé) qui conditionnent à la fois la portée et la perception des messages de prévention. Il s'agit bien d'identifier les éléments de contexte sur lesquels une stratégie d'information devrait s'appuyer et inversement, d'identifier les points de blocages qui annihilent partiellement les effets de l'actuel discours de prévention.

Cette recherche est d'actualité en géographie de la santé. Elle reconnaît l'importance du contexte, du milieu de vie et de l'échelle spatiale. La santé est complexe d'où l'adoption d'une approche intégrée, systémique et pluridisciplinaire pour obtenir des preuves pertinentes dans le but de guider au mieux les politiques sanitaires.

Il est essentiel d'améliorer notre compréhension des croyances et des pratiques sur la perception et l'utilisation des services de prévention. Il est donc important d'analyser, d'une part, le travail des acteurs à tous niveaux et d'autre part, les connaissances et comportements des populations pour déterminer si les campagnes de prévention sont adaptées aux contextes et si elles ne créent pas de disparités ou d'inégalités sociales.

2. Les concepts de recherche

2.1. La prévention

La littérature médicale fournit de nombreuses définitions du terme prévention : éducation à la santé, communication en santé, promotion de la santé... La traduction opérationnelle n'est pas toujours immédiate...

La définition même de prévention constitue donc, à elle seule, une première difficulté majeure. Le verbe « *prévenir* » possède de multiples acceptions : informer, annoncer à l'avance, menacer, rendre caduc, mettre en examen, protéger contre des risques... En conséquence, un mot aux sens si divers ne facilite pas une appropriation claire du concept de prévention par les populations mais également par les acteurs.

La notion de prévention décrit généralement l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou à maintenir et à améliorer la santé (San Marco, Lamoureux in Bourdillon et al., 2007). Le concept est vaste et ne fait pas l'objet d'un consensus général.

On peut distinguer trois préventions selon la population cible de l'action :

1. La *prévention universelle*, dirigée vers l'ensemble de la population, quelque soit son état de santé. Elle doit permettre à chacun de maintenir ou améliorer sa santé. La prévention positive ou universelle ne fait pas référence à un risque précis mais renvoie au concept de « *promotion de la santé* »,
2. La *prévention orientée* porte sur les sujets à risque pour leur éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés,

¹ Deux quartiers urbains de Bamako aux caractéristiques socio-éco-démographiques différentes

3. La *prévention ciblée* est dirigée vers les malades pour les aider à gérer leur traitement. La prévention ciblée a l'avantage de faciliter le suivi et l'évaluation des résultats. En revanche, elle est affaiblie politiquement dû fait de ne pas concerner toute la population.

Les acteurs et chercheurs travaillent généralement avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) de 1950 qui distingue trois types de prévention :

1. La *prévention primaire* qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (réduction des nouveaux cas : vaccination...),
2. La *prévention secondaire* qui s'efforce d'éviter le développement ou l'aggravation de la maladie via le dépistage et les soins apportés,
3. La *prévention tertiaire* qui vise à éviter les séquelles des maladies et les rechutes.

Ces trois dimensions se rapportent à la maladie, sans faire explicitement référence à la santé. C'est donc par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention. Il n'y a de prévention que « de » ou « contre », ce qui laisse, par conséquent, que peu de place à la prévention positive ou universelle.

Or, la réalité est plus complexe et la prévention ne relève pas seulement d'une vision strictement médicale. L'approche préventive « globale », « positive » permet d'autres distinctions selon la population concernée ou la méthode utilisée et ce, sans se référer à un risque précis ou à une maladie quelconque. Aujourd'hui, l'O.M.S. préconise de passer de la prévention à la promotion de la santé avec des actions directes sur les déterminants de la santé.

Quatre types d'actions sont possibles :

1. Par les *risques*, qui est mise en œuvre actuellement et qui concerne le champ sanitaire,
2. Par les *populations*, dans une logique d'éducation à la santé,
3. Par les *milieux de vie*, qu'il s'agit de rendre sains et favorables,
4. Par les *territoires*, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Au Mali, quelles sont les directives et les méthodes de prévention utilisée en vue de prévenir du VIH/SIDA ?

Vers quelle(s) prévention(s) les politiques et les programmes de sensibilisations sont-ils orientés ? Sont-ils adaptés à la culture et au terrain malien ?

Sur quels territoires les organisations travaillent-elles et comment choisissent-elles d'établir et de rédiger leurs programmes ?

Comment les acteurs collaborent-ils pour mettre en place leurs actions ? Sont-ils formés à ce travail ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.2. Un déplacement du concept de prévention vers l'idée de promotion de la santé

2.2.1 Définitions de la promotion de la santé

Ce glissement de la prévention vers la promotion de la santé s'est traduit par une évolution de la terminologie. L'hygiène et l'information sanitaire ont laissé place à l'éducation sanitaire, à l'éducation à la santé² et enfin à l'éducation pour la santé. Chaque terme renvoie à une conception différente de la santé et donc de l'intervention.

La définition de Deschamps³ (1984) est proche de celle que donne l'O.M.S. de la « *promotion de la santé* ». Même si ce terme n'a pas supplanté l'ancien, il traduit néanmoins l'esprit dans lequel se situent les actions de prévention menées actuellement. La définition de la prévention de Nutbeam (1998) renvoie d'ailleurs au concept de promotion de la santé⁴.

La promotion de la santé est désignée tour-à-tour comme « *santé communautaire* » ou plus récemment comme « *santé des populations* » (Evans, 2002), « *nouvelle santé publique* » (Curtis, 2006) ou « *santé publique écologique* » (Kickbusch, 2007). La « *nouvelle santé publique* » met l'accent sur l'influence des facteurs sociaux de la santé des populations (conditions de vies, de travail, d'éducation...) et replace donc les questions de santé à l'échelle fine du local. Elle est motrice dans la remise en question des inégalités sociales de santé. Des effets de lieux peuvent être identifiés selon les particularités locales d'une communauté ou de l'organisation du système de santé (Mackian et al. in Smyth F., 2008; Atkinson et al., 2000).

Le changement de comportement a besoin d'un environnement favorable. Il est donc nécessaire d'aller au-delà des facteurs personnels pour amener les programmes à agir sur les déterminants de la santé potentiellement modifiables. Les efforts sur le changement de comportement individuel ont montré leurs limites (approches biomédicales classiques).

Les campagnes de promotion de la santé apparaissent plus efficaces notamment dans certains lieux de vie (écoles, entreprises, villes, quartiers...; McQueen, Anderson, 2004). Ce qui est en jeu, c'est un véritable changement des fonctionnements sociaux, qui dépasse le seul champ de la santé (soins, prévention médicale, professionnels de santé...).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les programmes de santé au Mali et en particulier ceux visant la prévention du SIDA ont-ils toujours cette vision biomédicale ou ont-ils évolués vers une approche plus globale ? Sont-ils actifs sur le long terme ?

Les programmes travaillent-ils à l'échelle des seuls individus, des communautés ou des milieux de vie ?

² L'« *éducation sanitaire* » désignait jusqu'à la fin des années soixante-dix un ensemble d'interventions qui visaient à informer, motiver et aider la population à adopter et à maintenir des comportements sains.

³ « *Education pour la santé* » : « *un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour leur santé* ».

⁴ « *La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent, non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* ».

Sont-ils adaptés à la culture malienne de la définition de la santé, la maladie... ? Les canaux utilisés sont-ils ceux le plus recherchés par les populations ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 6, 7 et 8.

2.2.2. L'importance de la participation des populations

a) La participation de la population, gage de réussite ?

Il est nécessaire d'élaborer les campagnes « avec » les populations concernées, plutôt que « pour ». L'action territorialisée par le bas (groupes, institutions, individus) impliqués au quotidien offre des gages supérieurs de démocratie, d'autonomie, d'indépendance et de légitimité (Houéto, 2008). L'un des éléments clés de la promotion de la santé et de la Déclaration d'Alma-Ata est la participation des populations aux programmes y compris celles dont la santé est la plus dégradée. La participation a été un élément capital pour la réussite des soins de santé primaires (Sindzingre, 1986).

b) L'émetteur, clé de voute de cette participation ?

Les messages ont d'autant plus d'influence lorsqu'ils sont relayés par des personnes de l'entourage proche auxquelles peuvent se fier les populations (Lewin, 1965).

Au Mali, notamment chez la population bambara, les connotations affectives du dialogue sont fortement liées aux statuts des interlocuteurs et à leur appartenance aux diverses sphères sociale (Jaffré, 2000).

Or, les stratégies sanitaires sont encore de nos jours fortement basée sur des approches de type verticales (« top/down ») sans réelle valorisation des dimensions sociales et communautaires (De Haro, 2003; Debré, 1997; Paquet, 1989). David Houéto et al. (2007) pose d'ailleurs une bonne question : « *peut-on faire le bonheur de quelqu'un sans son adhésion/engagement ?* ». Si de nombreuses organisations demandent une plus grande participation des populations mais sous des termes différents, peu de recherches se demandent quelles sont les préférences des populations en termes d'interlocuteurs et de méthodes (Litva et al., 2002).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Quelles sont les relations des populations avec les différents acteurs en charge de la prévention ?

Quelles populations participent aux programmes ? Sur quelles bases ?

Quand est-il dans nos deux quartiers d'étude ? Quelle est la participation des populations aux structures sanitaires et associatives œuvrant dans le domaine de la santé ?

Qu'en est-il dans un pays où il existe une très forte présence de la société civile et des organisations internationales ? Quelles sont les implications de ces organismes sur la participation des populations et sur leurs programmes à l'échelle locale ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.2.3. Un concept relativement peu connu en Afrique

a) La promotion de la santé en Afrique

Si dans les pays développés, la promotion de la santé est bien documentée, elle en est à son début dans les pays africains. Peu d'entre-eux l'ont intégré dans leur système de santé (Ridde, Guichard, Houéto, 2007). Le concept est diversement compris et donc appliqué de manière parcellaire (Tal Dia, 2008, O.M.S., 2005). L'approche biomédicale reste prédominante au détriment de la promotion de la santé ou de la santé communautaire (Kondji, Kondji, 2008). Les Chartes d'Ottawa (1986) et de Bangkok (2005) ne sont pas des références pour les pays du Sud (Fond-Harmant, Dia, 2008). Seuls cinq pays francophones dont le Mali ont « timidement » développé une amorce de promotion de la santé (Houéto, Valentini, 2008). Des formations de l'O.M.S. montrent d'ailleurs le faible niveau de connaissance de ce concept et les difficultés de combler ces méconnaissances (Fourn Gnansounou, Hounsa, 2008).

Cette sous-utilisation est paradoxale en Afrique où les indicateurs de santé et de développement sont les moins « reluisants » (O.M.S., 2008). De nombreux décès pourraient être « potentiellement » limités par la diminution de la présence des maladies transmissibles et infectieuses même si l'on observe malheureusement une progression des maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension, asthme).

b) La promotion de la santé au Mali

La promotion de la santé est peu présente en Afrique subsaharienne francophone (Houéto D., Valentini H., 2008) alors qu'elle est enseignée dans certaines universités anglophones. Toutefois, sans le savoir, de façon isolée et sans réels fondements, certains pays pratiquent tout de même la promotion de la santé comme au Mali où l'on observe un « embryon » de développement de promotion de la santé. Le deuxième axe stratégique de l'O.M.S. Mali (2007) concerne la promotion de la santé. D'autre part, le « Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté » (C.S.L.P. I et II) a permis d'intégrer quelques interventions ponctuelles et dispersées de promotion de la santé et de collaborations entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Dans les communications sur le VIH/SIDA, des outils de promotion de la santé sont-ils connus et mis en avant dans leurs conceptions ?

Les acteurs de terrain (O.N.G., associations...) sont-ils au fait de l'existence de ce concept ?

Prennent-ils en compte l'individu dans sa globalité ?

Possèdent-ils des données pour travailler cette approche promotionnelle de la santé ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 5, 6, 7 et 8.

2.3. Les déterminants de la santé et la perspective écologique

2.3.1. Pourquoi s'attacher à étudier les déterminants de la santé ?

L'approche globale de la promotion de la santé opère un déplacement significatif. L'objet envisagé n'est plus le risque, mais le bien-être. L'approche est donc plus conforme à la définition de la santé de l'O.M.S. de 1946⁵. La santé est globale et n'est plus uniquement l'absence de maladie. La vision holiste de la santé s'est donc imposée avec trois grands domaines :

1. Le *modèle biomédical*, c'est-à-dire la santé comme absence de maladie,
2. Le *modèle holistique*, la santé perçue en termes de bien-être et de qualité de vie,
3. Le *modèle socio-médical*, la santé conçue comme la bonne adaptation de la personne à son environnement social.

Aucun de ces modèles n'accorde le même poids aux différents déterminants de la santé. La santé publique québécoise a été précurseur dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (Lalonde, 1974). L'approche holistique nécessite d'étudier les différents déterminants de la santé et leurs perpétuelles interactions (Commers, Gottlieb, Kok, 2006).

Dans les pays africains, les principales causes de mortalité sont liées aux facteurs (déterminants) du milieu. Malheureusement, ces déterminants et leurs interactions ne sont, souvent, pas très bien connus alors qu'il s'agit d'un enjeu important pour cerner les risques et construire la prévention.

La liste des déterminants de la santé qui présentent une configuration spatiale et contextuelle ne cesse de s'allonger (Wilson, Eyles, Elliott, Keller-Olaman, 2008; Tessier, 2004; Monnier J., Deschamps J.P., Fabry J., Manciaux M., 1980):

1. Les *déterminants sanitaires* concernent à la fois ce qui se rapporte au système de santé lui-même (organisation, état des connaissances médicales, possibilités d'application (personnels et équipements)), l'accès aux soins mais également tout ce qui concerne l'individu lui-même en termes de facteurs biologiques,
2. Les *déterminants politiques* (planification économique et sociale, législation sanitaire, aides internationales...),
3. Les *déterminants socio-économiques* (habitat, urbanisation, modes de vie, emploi, ...),
4. Les *déterminants psychoculturels* (scolarisation, coutumes, traditions en matière de santé),
5. Les *déterminants démographiques* (population par âge, planification familiale...),
6. Les *déterminants géographiques* (richesses naturelles, climat, communications...).

Est-ce que l'ensemble de ces déterminants sont-ils pour autant des conditions préalables à un bon état de santé et/ou à un sentiment de bien-être ? Cette question se pose au vu de l'importante énumération de ces déterminants. D'ailleurs, la version française a omis des préalables aussi importants que l'éducation, l'écosystème stable ou la justice sociale... Cette recherche n'étudie pas l'ensemble de ces facteurs en profondeur car la liste est exhaustive. Cependant, elle tente d'avoir une approche globale de ces éléments.

⁵ La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». (O.M.S., 1946)

2.3.2. Une perspective écologique

Ces déterminants confirment le caractère multidimensionnel du concept de santé (Gage, 2007). Ce dernier peut être vu sous une perspective écologique allant du milieu de vie immédiat et des réseaux d'appartenance de la personne (famille, travail, école, milieu local) jusqu'à la société tout entière (normes, valeurs, idéologie) (National Cancer Institute, 2003).

En réalité, il apparaît artificiel et impossible d'analyser les comportements des individus sans tenir compte du contexte social dans lequel ils vivent et sans soupeser les différences entre les particuliers qui le compose. En effet, les individus et les groupes vivent dans une « *écologie sociale* » dynamique. Tout comme à l'échelle mondiale, il existe au Mali un accroissement de l'importance d'explorer les relations de l'environnement sur les changements de comportements sanitaires (Kaggwa, Diop, Storey, 2008).

Si tout le monde est d'accord pour admettre qu'il est nécessaire d'agir sur l'ensemble de ces facteurs, il est difficile de trouver comment rendre opérationnel cette approche « *holiste* » de la promotion de la santé. On est en effet loin d'avoir identifié et déterminé le poids respectifs des différents facteurs sociaux qui modèlent l'épidémie du VIH/SIDA. La responsabilité de l'individu qui encoure des risques ne doit « *normalement* » être invoquée qu'après avoir exclu les autres causes possibles (programmes mal conçus, absence de structures de soins...)

La sociologue Macintyre, utilise l'expression « *structure d'opportunité* » et trois familles d'attributs pour décrire ces attributs des milieux de vie qui promeuvent ou endommagent la santé :

1. *Les caractéristiques de l'environnement physique* (eau, pollution) produisent une certaine agrégation des phénomènes de santé,
2. *Les configurations locales des ressources* promeuvent ou endommagent la santé (qualité des logements, nourriture, accessibilité au tabac, espaces verts, équipements sportifs). Ces divers équipements sont des ressources communautaires « *porteuses* » ou non de santé,
3. *L'organisation locale de la vie sociale* (relations entre les acteurs, distribution locale du pouvoir). Les variations locales dans la nature de ce tissu social peuvent être saisies par des notions de « *capital social* » ou de « *participation communautaire* ».

A l'avenir, l'approche globale des problèmes de santé se fera de plus en plus sentir. La prévention des risques comportementaux porte de plus en plus sur des facteurs de risque multiples d'une même pathologie ainsi que sur la prévention concomitante de pathologies multiples comme la tuberculose et le VIH/SIDA (Peretti-Watel et al., 2008).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les programmes de prévention prennent-ils les déterminants de la santé en compte ?

Quelles sont les données dont les acteurs disposent et quelles sont celles qu'ils créent pour construire leurs programmes ?

Le milieu de vie a-t-il des influences sur le recours aux modes de prévention ou à l'accès à l'information ?

Les nuisances perçues au quotidien diminuent-elles ou augmentent-elles le sentiment de vulnérabilité envers le VIH/SIDA ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.4. L'inadaptation des modèles de changement de comportement

La psychologie sociale a créé de très nombreux modèles de changement de comportement⁶ (C.C.C.).

Selon ces théories, l'individu oriente son comportement en fonction de quatre critères :

1. L'individu doit d'abord percevoir dans ce comportement une menace pour sa santé et/ou la santé d'autrui,
2. Pour cela, il faut qu'il sente vulnérable par rapport aux conséquences de ce comportement et qu'il perçoive ses conséquences comme minimalement grave,
3. Cependant, le fait de se sentir vulnérable et exposé à de graves conséquences doit aussi être accompagné de croyances relatives à l'efficacité du comportement préventif,
4. En ce sens, l'individu soupèse à la fois les bénéfices perçus d'une modification du comportement ainsi que le prix à payer et les efforts à faire pour modifier son comportement.

L'accent mis sur les caractéristiques et comportements des individus (alimentation, tabac, alcool, sédentarité) a pour conséquence la dévalorisation de l'influence des déterminants sociaux et politiques (Morin, 2007). En conséquence, la majeure partie des interventions est dirigée vers les seuls déterminants individuels ou déterminants liés au système de santé (Whitehead, 1995) et non vers les déterminants plus macroscopiques (Ridde, 2004a). D'autre part, les modèles C.C.C. ne prennent pas correctement en compte le contexte culturel au sein duquel ils sont utilisés. Or, ces facteurs culturels sont souvent cités comme facteurs d'échecs de programmes sanitaires (Kalipeni et al., 2004; Airhihenbuwa, Obregon, 2000; Singhal, Rogers, 2003). En Afrique subsaharienne, ces théories passent par exemple sous silence les questions de l'inégalité des pouvoirs dans les choix sexuels (Boileau et al., 2008).

Les valeurs subsahariennes et occidentales sont différentes et limitent le transfert de théories (Gueye, Castle, Konaté, 2001). Si dans les pays développés, les facteurs individuels sont mis en avant pour modifier les comportements, leur exportation a eu des impacts limités sur les courbes de l'épidémie. Les programmes de prévention adressés à l'ensemble des facteurs structurels ont connus de meilleurs succès (Coates, Richter, Caceres, 2008; Barnett, Parkhurst, 2005).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les programmes de prévention utilisés au Mali sont-ils mis en place par rapport à un modèle exogène ou endogène ?

S'appuient-ils sur des données précises et fiables pour la construction des messages ?

⁶ Modèle de croyance à la santé, théorie de l'action raisonnée, apprentissage social, théories cognitives, modèle de réduction des risques de SIDA, étapes du changement, modèle de hiérarchie des effets, diffusion de l'innovation ou marketing social.

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.5. Est-ce que la prévention est pensée en réponse à certaines inégalités/disparités ?

2.5.1. Des déterminants de la santé au concept d'inégalités de santé

La distribution inégale des déterminants de la santé sous-tend des inégalités (Dahlgren et Whitehead, 1991). Ces inégalités s'opèrent à différents niveaux : au niveau des conditions socioéconomiques et environnementales globales (éducation, emploi, revenu), au niveau des conditions de vie et de travail, au niveau des ressources communautaires, enfin, au niveau du style de vie (tabagisme, alimentation, activité physique). Il apparaît donc aujourd'hui nécessaire d'évaluer les répercussions des politiques publiques sur la santé des populations (Fig. 1).

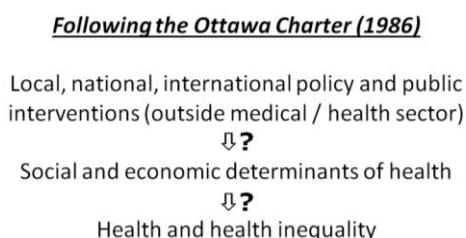


Figure 1 : Evaluer les répercussions des politiques publiques sur la santé des populations : un défi pour les acteurs de la santé publique (Curtis, 2006)

Des critiques (Poland, Hayes) sont émises sur le fait de réduire la complexité des relations sociales et de la société à de simples « cases » reliées entre-elle. Cela conduirait à sous-estimer le fait social, le contexte ainsi que les relations de pouvoirs et les changements sociaux (Raphaël D., 2000, Bryant T., 2002). L'approche géographique dans l'étude des problèmes de santé notamment dans la récolte de données en lien avec les inégalités de santé est très pertinente (Aïach, 2008).

Pour résumer

Les programmes sanitaires maliens sont-ils accessibles (géographique, communication...), qu'ils proviennent d'acteurs locaux, nationaux ou internationaux, du milieu sanitaire et social, médiatique ou institutionnel ?

Ont-ils des conséquences sur les déterminants sociaux de la santé, sur la création ou la réduction d'inégalités sociales de santé ou sur l'appropriation et l'exposition aux messages de sensibilisation ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.5.2. Définir le concept d'inégalités de santé

Deux conditions sont nécessaires (Aïach, Fassin, 2004; Fassin, 2000) :

1. L'objet doit être socialement valorisé (mort/santé, bien-être/maladie...),

2. Cet objet concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé (classes sociales : professions, revenus, instruction, sexe, origine...).

Pour la première condition, il est opportun d'analyser la place de l'objet « *santé* » dans la culture malienne et dans le quotidien des populations (place de la maladie, choix du recours thérapeutique) mais également celui du bien-être dans ce pays économiquement pauvre.

Dans la seconde, quelle est l'influence du niveau socio-économique sur l'accès à l'information, aux structures de santé ? De même pour le niveau de scolarisation, le genre ou l'origine même des individus (langues, nationalités, ethnies...).

L'expression « *inégalités sociales de santé* » fait référence à l'association entre la position dans la hiérarchie sociale et les variations de l'état de santé (« *gradient de la santé* »). Ce dernier s'observe dans la plupart des maladies et des comportements liés à la santé (Black Report 80's; Wilkinson R.G., 1996). Ces deux conditions préalables ont des conséquences sur le gradient. Les personnes de faible niveau socio-économique ont une exposition plus grande à certaines maladies (conditions de vies, moindres ressources) d'où la préoccupation de premier plan en santé publique pour les inégalités sociales de santé (Condroyer, 2008).

« *Geographical inequalities in health may be the result of unequal geographical 'sorting' of the population.* » (Curtis, Riva, 2009)

Aujourd'hui, nous connaissons un peu mieux les mécanismes par lesquels le social se transcrit dans le biologique ou comment le « *social passe sous la peau* » (Fassin, 2000, 1996). Le phénomène de « *sanitarisation du social* » à savoir la traduction, au nom de la santé publique, d'un problème social en phénomène sanitaire. Si ces mécanismes sont mieux connus, les processus sociaux qui interagissent pour créer ces écarts au sein d'une population demeurent encore à élucider.

2.5.3. Un renouveau des recherches sur les inégalités de santé

Les recherches sur les inégalités de santé figurent aujourd'hui comme un axe incontournable des travaux sur la santé des populations (Ridde V., Guichard A., Houéto D., 2007; De Koninck, Fassin, 2004; Syme, Frohlich, 2002; Pampalon, 2002; Krieger, 2001, 2000; Berkman et al., 2000; Pampalon, Raymond, 2000). Les inégalités et les différentes formes d'interactions sociales (quartier, communauté d'origine, milieu professionnel...) agissent sur le bien-être (Razafindrakoto, Roubaud, 2006). L'analyse des hétérogénéités des inégalités sanitaires revient à ne plus accepter ce constat.

Cependant, les connaissances accumulées concernent davantage la mise en avant de l'existence de ces inégalités et ses effets que sur la connaissance des causes à proprement parler et des possibles interventions pour les réduire (Commerz, Gottlieb, Kok, 2006; Farmer, 2006) et ce, malgré la multiplication des travaux et échanges sur les inégalités sociales de santé. Les stratégies susceptibles de contrer ces inégalités sont pour l'essentiel déconnectées des milieux de pratique, partielles, et rarement théorisées (Syme, 2004).

Au Mali, dans un contexte où les hiérarchies sociales et les inégalités (sexe, revenus...) sont très présentes, les programmes de prévention contribuent-ils à contourner, réduire ou abroger ces inégalités?

Pour qu'une question devienne un problème public et relève de la santé publique, encore faut-il que les acteurs sociaux le fassent exister comme tel (Fig. 2; Ridde in Niewiadomski et al., 2008, Thiaudière in Belco, 1993). Le VIH/SIDA est-il clairement un axe politique important pour les populations et les acteurs ? Comment la maladie est-elle perçue dans un pays confronté à de nombreuses pathologies chroniques ou infectieuses ?

- 1.... qu'elle soit reconnue comme importante.
- 2.... que l'on en reconnaisse les causes.
- 3.... que l'on précise les conséquences.
- 4.... que l'on connaisse les populations concernées.
- 5.... qu'elle soit nouvelle.
- 6.... que l'on en soit proche
- 7.... qu'il y ait des événements, des crises ou des symboles à son propos.
- 8.... qu'il y ait des rétroactions à son sujet.
- 9.... qu'elle soit en phase avec les valeurs de la société.

Figure 2 : Neufs éléments qui permettent d'identifier ce passage de la prise de conscience aux actes (Ridde in Niewiadomski et al., 2008)

Ces différents points seront étudiés dans cette étude pour déterminer la place prise par le virus du VIH/SIDA dans la société malienne plus de 20 ans après les débuts de la sensibilisation.

2.5.4. Sur quel public intervenir ?

La place d'un problème de santé implique de comprendre comment les populations et les institutions perçoivent leurs besoins en matière de sensibilisation. Car, choisir le public cible d'une politique sanitaire (groupe cible, population générale) pose certaines questions. Pour réduire les inégalités de santé, faut-il cibler l'ensemble de la population, des sous-groupes ou des individus ? Quels indicateurs de comportement doit-on privilégier (épidémiologiques, sociologiques) ?

Trois types de réponses politiques sont généralement mises en œuvre selon le public cible (Graham, 2004) : améliorer la santé des groupes défavorisés (programmes ciblés), réduire les écarts de santé entre les groupes (nantis/défavorisés) ou prendre en compte l'ensemble du gradient de santé (lien entre position socio-économique et état de santé).

Se contenter d'actions destinés au plus grand nombre, sans déclinaisons et adaptations pour les groupes les plus en difficultés peut conduire à une amélioration de l'état de santé d'une part importante de la société (Dunn, Cummins, 2007). Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur la notion de risque pour une population plutôt que une stratégie de prévention qui ne vise que les individus « à risques ». Cette dernière solution n'est au final qu'un palliatif (Marmot, 2001; Roussille, Brix et Chauvin, 1998; Rose, 1985).

Seulement, si les risques individuels sont bien repérés, ceux qui affectent la population générale le sont beaucoup moins d'où une concentration des interventions sur l'individu et non sur des déterminants plus larges (Whitehead, 1995). De fait, les politiques ciblées favorisent la segmentation de la population plutôt que sa cohésion (Ridde, 2008).

2.5.5. Une question de justice sociale ?

Les inégalités sociales de santé font référence à l'absence de justice sociale. Quand les principes d'équité et de justice sociale manquent au sein d'une société, les inégalités sociales de santé s'expriment.

L'adéquation entre prévention et lutte contre les inégalités de santé existe lorsque les campagnes aboutissent non seulement à améliorer la santé de tous mais aussi à réduire les écarts entre catégories sociales. Seulement, les améliorations profitent souvent davantage à ceux qui sont en mesure d'en profiter (accroissement des écarts sociaux, manque de justice sociale; Aiach, 2000, Aiach, 2008).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Quant est-il au Mali dans un pays où les efforts sont surtout mis sur les groupes considérés comme « à risques » ?

La population générale de nos quartiers sont-ils touchés par la prévention ? Quelle sont les conséquences de ces messages de prévention dirigés vers la population globale sur leurs connaissances ?

La communication publique peut au contraire provoquer une aggravation des inégalités ? (Condroyer, 2008) Dans quelles conditions ?

Peuvent-elles contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

2.6. La communication en santé / L'éducation en santé / Les modèles de communication en santé

La communication en santé se définit comme l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques qui visent à informer et influencer les décisions individuelles et collectives dans le but d'améliorer la santé. Un des principaux outils utilisé est la campagne d'Information, d'Education et de Communication (I.E.C.)⁷.

2.6.1. Une diversité de discours et d'acteurs

Différents niveaux de discours cohabitent : (A.N.R.S.-ORSTOM, 1997)

1. Les *discours officiels* délivrés par les institutions et personnes reconnues (médias, Etat, religieux, scientifiques). Ces discours s'inspirent des discours standards prônés dans le monde entier par les organismes internationaux ou non gouvernementaux.
2. Les *discours populaires* rapportés ouvertement par la population dans son ensemble.
3. Les *discours confidentiels* qui ne peuvent être énoncés en public car en conflit avec les normes sociétales (échanges privés entre individus en confiance, 2.3.2.).

Ces différents discours font intervenir des acteurs variés en fonction de leur position territoriale : endogènes, exogènes et transitionnels (Di Méo, 1991).

⁷ « L'ensemble des interventions qui utilisent de manière planifiée et intégrée les démarches, techniques et ressources de l'information, de l'éducation et de la communication pour faciliter, au niveau d'un individu, d'un groupe ou d'une communauté donnée, l'adoption, le changement ou la consolidation des comportements favorables au bien-être individuel et collectif. » (Waisbord in Renaud L., Rico De Sotelo C., 2007)

A la différence de l'acteur endogène, originaire et imprégné des lieux où il vit, l'acteur exogène considère le territoire d'une manière plus éloignée. Il ne s'identifie pas forcément corporellement et affectivement à lui. Il le regarde avec plus de distance et a tendance à le considérer comme simple objet. Les décisions qu'il prend n'ont pas d'impact direct sur son propre cadre de vie mais sur l'espace de vie des autres. L'acteur transitionnel est une situation intermédiaire, celle de l'acteur exogène qui tend à s'intégrer, plus ou moins progressivement (2.2.).

La nature de l'implication des acteurs et de leurs objectifs qui les animent change radicalement. Une intervention trop systématique d'acteurs exogènes sur un territoire risque d'aggraver les effets de dépendance et de domination extérieure (recul de démocratie locale).

2.6.2. Une question de légitimité chez l'intervenant

La crédibilité de la source est un facteur essentiel d'efficacité de la communication. Pour décomposer le processus de communication, la formule du politologue Laswell est d'une grande utilité : « *qui dit quoi, par quel canal, à qui et avec quels effets ?* ». Elle conduit à s'interroger sur l'identification et la position de l'émetteur, du récepteur ou de la cible, sur la réception du message et son vecteur. Elle n'envisage cependant pas, la question du contexte qui est pourtant d'une importance primordiale pour l'appropriation des messages (Fig. 3).

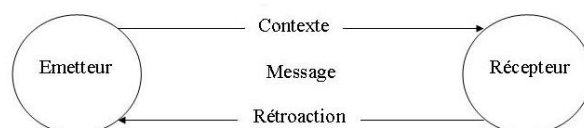


Figure 3 : Le schéma classique de la communication

Le transfert de compétences entre équipes soignantes et populations est complexe.

Trois priorités existent pour transmettre des messages de sensibilisation dans un contexte africain (Moumen-Marcoux, 1993) :

1. Parler la langue couramment pour permettre avec des mots compréhensibles de transmettre une information (Fassin, 1990 ; 2.2.3.),
2. Inverser les rapports sociaux, les personnes doivent aller vers les médecins,
3. Réfléchir sur les interlocuteurs et la qualité des relations « *écoutant-écouté* ».

La légitimité de l'émetteur pour intervenir dans la prévention est une des prérogatives. Sa position institutionnelle lui donne (ou pas) un statut d'interlocuteur privilégié et est un point clé d'intégration des messages par les populations. Les intervenants sont divers (profils, approches, appartenances sociales, culturelles et professionnelles) et influent plus ou moins selon les populations.

La Banque Mondiale insiste sur les questions de « *bonne gouvernance* » des Etats. Aucun Etat ne peut fonctionner s'il ne bénéficie pas d'une forte légitimité dans l'opinion (De Haro S., 2003; Claval, 1995). Seulement, être sincèrement convaincu d'agir au nom de l'intérêt de la « *société* », du développement ou à la démocratie ne suffit pas à conférer une légitimité. Au nom de qui, de quels intérêts, de quel projet agit-on ? (Cordellier, 2002)

2.6.3. Qu'en est-il de la réception du message ?

Les populations ne sont pas toujours passives. Elles accordent une attention sélective aux messages délivrés et privilégient souvent les informations qui les confortent dans leurs comportements tout en ayant tendance à fuir ou réinterpréter celles allant à leur rencontre.

La communication de masse touche d'abord les relais les plus attentifs et réceptifs parce que plus concernés. Elle touche ensuite les relais qui véhiculent les messages de proche en proche auprès d'un public plus indifférent et donc plus sensible à un contact proche et plus influençable de ce fait (« *two-step flow of communication* », Lazarsfeld, 1948).

Plus de vingt ans après les premières campagnes de lutte contre le SIDA en Afrique, on peut avancer sans risque qu'une grande proportion de la population africaine a entendu parler du VIH/SIDA.

Cependant, la connaissance d'un risque n'induit pas nécessairement l'adoption de comportements qui visent à le minimiser (Mildt, 1999). L'impact de la communication dépend de son acceptabilité, plus ou moins grande selon les individus mais également du contexte de leur production. Les actions doivent davantage se situer en amont, à l'origine sociale de la maladie. Créer des environnements « *supportifs* » signifie que l'environnement social soutienne les personnes et les communautés dans leurs efforts de promotion de la santé, de changement social et de bien-être.

Les acteurs se donnent souvent beaucoup de mal pour modifier les comportements des populations sans malheureusement analyser la compatibilité entre leurs efforts et les conditions de vies des populations. Plutôt que de convaincre les populations de transformer leurs pratiques, il est plus efficace et acceptable d'un point de vue éthique d'agir pour changer leur environnement.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les canaux utilisés reflètent-ils les demandes des populations ?

Les messages sont-ils conçus, diffusés et adaptés via des adaptations au contexte et à la culture locale ?

Quels sont les acteurs les plus légitimes pour les habitants pour transmettre les messages ?

Les messages sont-ils construits sur la base de travaux de recherches et de données scientifiques ?

Les populations participent-elles à l'élaboration, la transmission de ces messages ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

3. Approche théorique en géographie de la santé

3.1. La géographie de la santé

Cette recherche analyse d'un point de vue socio-spatial différents facteurs susceptibles d'éclairer les comportements d'une maladie au sein de deux populations urbaines de Bamako.

La géographie de la santé est « *l'étude spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou la dégradation de leur santé* » (Picheral H., 1984). Elle est fondée sur des données épidémiologiques et socio-économiques qui permettent de décrire des populations, leur état de santé et l'offre de soins. De plus, la comparaison de zones géographiques ouvre la discussion sur les questions d'inégalités de santé et donc des mesures à prendre pour y apporter de possibles mesures correctrices. L'intérêt des politiques ces dernières années pour cette discipline montre que les liens entre l'espace de vie, la santé et le territoire est essentiel.

Le VIH/SIDA ne s'est pas étendu en Afrique comme une déferlante (Laulan, 2001). Certains territoires sont plus touchés du fait de combinaisons entre de nombreuses variables. En effet, le territoire n'est pas neutre. En le façonnant, les hommes créent des systèmes porteurs de risques. Le virus a trouvé dans les agglomérations des « *biotopes* » favorables à sa diffusion (Henriet, 2005). Les travaux en géographie de la santé sur le VIH/SIDA ont montré l'intérêt de cette discipline pour des études de terrain (Amat-Roze, 1998, 1999, 2003).

Différentes approches complémentaires existent en géographie de la santé (Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A., Macintyre S., 2007):

1. Une *approche contextuelle*. La géographie sociale pose l'espace en tant que support, cadre, enjeu de la production et de la reproduction des sociétés.
2. L'*approche populationnelle* porte sur l'accès aux soins des populations en termes sociaux et spatiaux. Cela revient à s'interroger sur la combinaison des déterminants de la santé.
3. L'*approche organisationnelle* par l'étude des jeux d'acteurs. Toute personne est acteur de sa santé.

3.2. Les effets de composition et de contexte

3.2.1. Présentation des effets de composition et de contexte

« *La brousse est tout arbre, mais chaque essence a un nom propre.* »⁸

La mise en cause de l'individu (victime) est courante dans l'histoire des maladies épidémiques : les populations ne boivent pas d'eau potable, n'utilisent pas de préservatifs, sont ingrats en matière d'hygiène... A contrario, d'autres étudient les conditions de vie qui structurent ces comportements et ces risques: l'absence d'eau potable, de travail, de structures de santé, d'informations ou la répartition inégale des ressources...

Les deux approches ne se valent pas. La seconde qui replace la maladie dans un système global, a un grand mérite. Elle encourage les médecins et tous les acteurs à faire cause commune avec les populations. Les recherches qui replacent l'individu dans le cadre plus vaste du social produisent de meilleures explications sur certaines maladies (maladies infectieuses). Le VIH/SIDA progresse selon « *les lignes de failles* » des sociétés.

⁸ Signifie: « *Les hommes sont différents les uns des autres.* » (Proverbe Bambara)

Les effets de composition, de contextes et les explications collectives sont apparus dans le milieu des années 90 (Cummins S. et al., 2005; Macintyre, Ellaway, Cummins, 2002).

Les *effets de composition* sont assimilés aux caractéristiques démographiques, sociales et économiques qui ont des impacts directs sur la santé ou en combinaison avec d'autres facteurs (âge, sexe, scolarisation, statut marital, travail, revenu). On entend par effets de composition l'attribution de l'agrégation géographique des phénomènes de santé aux caractéristiques individuelles des gens qui vivent dans ces territoires géographiques. Les populations qui vivent sur un même territoire ont tendance à partager les mêmes caractéristiques sociodémographiques.

Les *effets de contextes* sont en lien avec la présence ou l'absence de structures ou de services qui peuvent jouer un rôle dans l'état de santé des populations (Pampalon, 2008 ; Frohlich K.L. et al., 2002).

1. *Infrastructures et ressources matérielles*: Environnement physique (air, eau, bruit), espace domestique (logement), de travail et de jeu sain et sécuritaire; services publics (éducation, transport) et privés (alimentation) accessibles...

2. *Pratiques et dynamiques sociales*: histoire et culture (normes et valeurs), cohésion sociale, bon voisinage, criminalité, sentiment d'insécurité, réputation du quartier...

Enfin, dans les *explications collectives*, est-ce que les interactions entre la composition et le contexte amène des situations ou cela compromet la santé des populations ou au contraire, supportent son amélioration ?

3.2.2. Un débat actuel

Il existe à l'heure actuelle en santé publique un débat très animé sur les proportions respectives à attribuer aux effets de composition et de contexte dans les recherches sur la santé (Smyth, 2008). Cela revient à se demander si les variations observées dans l'espace sont dues au fait que l'on compare des populations composées d'individus dont les caractéristiques sont différentes d'un milieu à l'autre (effet de composition) ou si les variations sont causées par des caractéristiques de l'environnement dans lequel vivent ces individus et qui affectent leur santé (effet de contexte). Or, les individus et le contexte sont interdépendants (Macintyre S. et al., 2002; Macintyre S., Ellaway A., 2003). L'effet produit par les caractéristiques individuelles est inmanquablement influencé par des facteurs environnementaux liés à la société locale (Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A., Macintyre S., 2007).

Les conséquences en santé publique de cette interdépendance sont que l'on doit penser deux types de politiques et de mesures. Certaines doivent agir de préférence sur l'individu et d'autres sur la population dans son ensemble. Faire l'un sans l'autre revient au final à ne pas agir sur tous les facteurs et déterminants à la fois. La recherche à l'échelle locale doit prendre en compte les caractéristiques des populations concernées, la façon dont elles façonnent leur territoire pour créer des environnements physiques, des configurations de ressources et un tissu social qui répondent à leurs besoins et à leurs valeurs. Par ce biais, les chercheurs et acteurs peuvent échapper à une vision biologisante et individualisante de la santé.

Au-delà de l'opposition entre les effets compositionnels et contextuels, les théories ne parviennent toujours pas à déterminer les éléments contextuels liés aux lieux à l'exception de la notion de « *structure de possibilités* » (Macintyre, Ellaway in Berkman, Kawachi, 2000).

Une telle structure comprend cinq aspects du quartier :

1. Les éléments physiques partagés par tous les résidents (air, produits toxiques),
2. La présence de milieux (maison, travail, loisirs) propices aux modes de vie sains,
3. Des services de haute qualité pour toute la population (écoles, bibliothèques, transports et autres services de proximité),
4. Les caractéristiques socioculturelles qui sont le produit de l'histoire et de l'évolution du quartier, et qui en forment le tissu social,
5. La réputation du secteur vue par les résidents eux-mêmes et les autorités compétentes.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les caractéristiques sociales et compositionnelles de nos deux espaces et des territoires maliens de manière générale ont-ils des influences sur la perception des messages et sur les comportements qui découlent de l'appropriation de ces messages ?

De même, les caractéristiques liées au contexte social, territorial, géographique et sanitaire de certains espaces géographiques sont-ils pris en compte dans la définition même des choix de sites et dans l'adaptation des programmes ?

D'une manière générale, les éléments liés aux facteurs de composition des populations mais également des facteurs contextuels sont-ils pris en compte dans la construction des programmes de prévention en santé ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

3.3. Avoir une approche territoriale de l'épidémie VIH/SIDA à Bamako

3.3.1. Le territoire

Penser la santé dans les territoires suppose de définir le territoire. La santé n'a pas échappé à la dynamique d'appropriation du mot « *territoire* » par les politiques publiques. Celle-ci se traduit par un triple phénomène :

1. Un ancrage local des politiques en termes de services de proximité à la personne,
2. Une volonté (dans le discours du moins) de se rapprocher des citoyens et des communautés.
3. Le développement d'une certaine intersectorialité. La santé ne doit plus être cloisonnée mais s'ouvrir sur le social, l'aménagement du territoire.

a) Territoire et santé

Géographie et santé sont indissociables (Henriet, 2005).

Notre environnement, l'endroit où nous naissons, vivons, étudions et travaillons influe directement sur nos expériences en matière de santé, sur l'air que nous respirons, les aliments que nous consommons, les virus auxquels nous sommes exposés et les services de santé auxquels nous avons accès. La localisation dans l'espace joue un rôle de tout premier plan dans la mise en place des risques environnementaux. Par exemple, le choix de l'emplacement d'un établissement de santé ou le ciblage des stratégies de santé publique ont une incidence géographique.

L'objectif de la géographie de la santé est bien de localiser, dans des portions d'espace spécifiques (plus ou moins vastes), des priorités sanitaires, des facteurs intervenants et des groupes soumis à des risques épidémiologiques. Les géographes inventorient, découpent et ramènent l'espace à des éléments isolables et combinables. La géographie des épidémies dessine des territoires. Les lieux sont par conséquent au cœur de la compréhension, non pas de l'épidémie de VIH/SIDA mais *DES* épidémies de VIH/SIDA en Afrique. Derrière l'image globalisante de la catastrophe africaine se cache des épidémies distinctes. L'infection est sélective dans l'espace et dans ses rythmes. La dynamique de l'infection est un bon indicateur du fonctionnement des territoires modelés par une série de processus historiques, politiques, sociaux, économiques, culturels... Les territoires aux fonctionnements différenciés permettent de poser des hypothèses de régionalisation de l'infection (Yeboah, 2007).

Ces lieux électifs d'éclosion et de diffusion du SIDA sont appelés pathocénose (Grmeck, 1989). L'infection est chargée de multiples dimensions et est une expression de réalités qu'il faut comprendre pour agir. C'est un système fait de visible et d'invisible, de nature et de temps, de rapports sociaux et de représentations et, surtout, des interactions multiformes entre toutes ces composantes (Bavoux, 2002).

b) Un territoire spatial mais également social

La société n'est pas située dans une enveloppe spatiale inerte.

Certes, l'espace géographique peut être réduit à son espace physique ou administratif (support abstrait, idéal, vécu et ressenti plus que visuellement repéré). Par contre, les objets de cet espace géographique entretiennent des relations avec les lieux. L'espace est simultanément déterminant et déterminé, à la fois causes et conséquences de mutations spatiales. Les phénomènes sociaux et spatiaux interagissent.

L'analyse spatiale accorde une place centrale à la question « où ? », à partir de laquelle une longue série de questionnements sociaux-spatiaux découle.

A l'image de la médecine, on peut distinguer une anatomie (structures et systèmes), une pathologie (dysfonctionnement) et une thérapeutique (aménagement).

c) Définir le territoire

Pour Di Méo (1998), le territoire « *témoigne d'une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur singularité* ». Le territoire repose donc sur l'existence d'un espace social et d'un espace vécu (concept de voisinage par exemple).

L'espace géographique peut être *support* (cadre physique, naturel), *produit* (rapports sociaux, conjugaison d'époques) ou *enjeu* (jeux sociaux, relations, contrôle social et territorial) (Morin, 1993).

Trois entrées au concept territoire sont possibles (Moine, 2007):

1. *L'espace géographique*, approprié par l'homme, aménagé, et au sein duquel, apparaissent des organisations spatiales et de multiples interactions (jeu d'acteurs),
2. *Le système des représentations*, ensemble de filtres (individuel, idéologique, sociétal) qui influence les acteurs dans leurs prises de décisions et les individus dans leurs choix,
3. *Le système des acteurs* qui agissent consciemment ou inconsciemment sur l'espace géographique, influencés par leurs filtres et leur position au sein de ce système.

Il existe une interaction acteurs/projets/territoires. L'acteur qui fait le projet, lequel fait le territoire. En effet, le territoire modèle l'acteur. Tous les acteurs sont fortement emprunts de leur propre histoire de vie. D'autre part, le territoire façonne le projet, le territoire et son histoire modèlent les acteurs et ne sont donc pas sans effets sur le projet, ses ambitions et les acteurs qu'il mobilise. Enfin, le projet délimite le territoire. Chaque projet et acteur détermine plus ou moins consciemment le territoire pertinent du projet au regard des objectifs.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les populations sont-elles attachées à des critères géographiques, sociaux ou communautaires ou territoriaux pour définir leur appartenance ?

Quelle est la perception du territoire par les populations notamment à l'échelle locale ?

Les programmes sont-ils adaptés aux territoires ? Les acteurs en font-ils un critère d'adaptation ?

La question sanitaire est-elle étudiée et gérée sur des territoires précis ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans la (les) partie (s) suivantes 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8.

3.3.2. Du global au local

Le local et l'international nouent des liens privilégiés (Bourdarias, 2003). L'analyse spatiale est une science multiscalaire (niveaux micro, méso, macro). Chaque niveau révèle des logiques et des enjeux spatiaux particuliers.

Les recherches d'Annick Tijou et Isabelle Gobatto (2008) sur l'émergence du diabète à Bamako montrent qu'il est important de traiter un problème de santé publique au Mali sous différentes échelles: au niveau international (modèles d'intervention), national (politique nationale de prise en charge) et local (professionnels de santé, personnes diabétiques, familles). Les savoirs et savoirs-faire experts et profanes s'élaborent à ces différentes échelles (Curtis, Riva, 2009). Le terrain malien montre le processus complexe qui lie globalisation et localisation (Gobatto et al., 2010).

Certains problèmes mondiaux se situent dans des contextes géographiques qui influent directement les politiques en matière de santé. La croissance des villes exerce des impacts importants sur la santé et le bien-être. Dans un tel contexte, un problème qui touche les politiques de santé doit faire la lumière sur les facteurs géographiques susceptibles de guider les décideurs.

Les données de notre recherche se situeront systématiquement dans un cadre d'analyse multi-scalaire avec des allers-retours entre les niveaux micro, méso et macro social (Le Bris, 1998). En définissant le territoire comme un ensemble de lieux et de relations qui s'établissent entre ces lieux, on place naturellement la notion d'interaction spatiale. Ce qui se passe en un lieu n'est pas indépendant de ce qui se produit en d'autres lieux. Dans ce jeu d'échelle et emboîtement de réalités, le géographe est le chercheur le plus aguerri (Cummins, Curtis et al., 2007). Les projets de développement sont au Mali à l'intersection d'échelles différentes (internationales, nationales, régionales, locales, Hetland, 2008; Le Marcis, 2003).

Quatre catégories d'acteurs interviennent, directement ou indirectement dans la négociation de programmes de santé (Le Marcis, 2003):

1. *Echelle internationale* : les bailleurs imposent la « *participation communautaire* » (condition à l'obtention du financement),
2. *Echelle nationale* : l'Etat, en tant que commanditaire, recherche un partenaire qui réponde aux exigences des bailleurs (participation). Le niveau national est celui de la loi, des normes, de l'identité culturelle et sociale, des choix stratégiques et globaux et des enjeux internationaux.
3. *Echelle régionale* : le niveau régional correspond à l'organisation, la mutualisation des moyens, la mise en œuvre et la mise en cohérence des stratégies des acteurs.
4. *Echelle locale* : les O.N.G. sont les intervenants qui répondent aux sollicitations de l'Etat. Elles définissent entre-elles et avec l'accord de la direction régionale de la santé, des zones d'intervention dans lesquelles elles sont prioritaires. Le niveau local est celui de l'action, du service et de la proximité. Elle est aussi le lieu privilégié d'observation du contraste entre les grands programmes internationaux et leurs traductions multiples à l'échelle des villes ou des communes...
5. *Echelle de la population* : La population concernée par le projet constitue le dernier chaînon de la négociation.

La qualité des échanges et relations entre ces différentes échelles résultent des identités et des rôles des acteurs. Ces acteurs occupent une position dans l'espace géographique et vivent sous la contrainte d'autres acteurs et de logiques plurielles (économiques, sociales, politiques, culturelles...). Celles-ci sont parfois opposées et complexifient l'analyse des projets de développements même si *a priori*, tous les acteurs visent un même but.

La communication en santé est donc située à l'articulation d'une perspective macro et microsociale. Elle matérialise parfaitement les rapports sociaux entre acteurs socialement et institutionnellement situés. Le bailleur qui impose via un levier financier la participation communautaire ne laisse que peu de place à l'intérêt concret des populations.

Il est cependant délicat d'opposer la légitimité des uns envers les autres. Les acteurs de terrain répercutent bien souvent leurs difficultés. Quant aux acteurs décisionnels, il est toujours facile de critiquer le manque de réalisme des projets locaux. Le politique doit permettre de lier ces différents niveaux car si cette condition n'est pas réunie, peu de programmes apparaissent valables.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les organisations internationales sont-elles bien perçues, que cela soit de la part des populations mais également des acteurs en charge de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali ?

Quelle est l'influence de celles-ci sur la conception des programmes et leurs financements ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

3.3.3. L'échelle locale

Le niveau local est le cadre d'appréciations de situations concrètes sur un territoire. Il met en avant le contact direct entre les différents groupes sociaux d'où une complexité et interaction perpétuelle (Hetland, 2008). C'est à l'échelle locale que se construisent les partenaires inhérents au développement dans une dynamique de promotion de la santé (Fleuret, Séchet, 2002). Les débats actuels qui entourent le rôle des éléments de contexte sur la santé mènent à privilégier le niveau local à la fois comme lieu de recherche et d'intervention (Gauvin, Robitaille, Riva et al., 2007; Law, Wilson et al., 2005). Les concepts de voisinage et de contexte mettent en jeu toute une série d'autres concepts qui montrent comment les facteurs individuels et le voisinage peuvent influencer sur la santé (Diez-Roux, 2002, 2001). Pour Galster (2001), dix catégories d'attributs sont à prendre en compte pour définir le concept de voisinage.⁹

La prévention et la promotion de la santé reposent sur des approches centrées à différents niveaux : individu, famille, communauté (au sens large, le quartier, voisinage, réseau social élargi...), milieu du travail, marché de la santé, structures sociétales (rapports sociaux), cultures et normes (Guttman, 2000). Il est impératif d'impulser des politiques de développement localisées même si des difficultés existent dans les dynamiques « *du bas* » à enrayer les problèmes auxquels le monde urbain africain est confronté (Dubresson, Jaglin, 2002).

Les inégalités de santé se distinguent aussi bien entre différents pays qu'au sein même d'un pays (Marmot, Wilkinson, 2000; Curtis, 2004), d'une agglomération (Herjean, 2006) ou des quartiers (impacts positifs ou négatifs sur les populations, Atkinson, Kintrea, 2001 in Robitaille, 2006; Gauvin, Dassa, 2004) d'où l'importance de disposer d'outils qui permettent de saisir cette réalité complexe.

La tendance actuelle de décentralisation des systèmes de santé (Mali) oblige à s'intéresser aux stratégies et approches territoriales locales pour l'élaboration des programmes sanitaires (Evans, 2002). La prise en compte des contextes locaux est utile dans l'analyse des politiques sociales (Fassin sld., 1998).

Il est important d'analyser dans quelle mesure les principes véhiculés à l'échelle internationale et nationale sont localement appropriés (par les institutions, les acteurs de la santé ou les populations,

⁹ 1. Residential and non-residential, non structural elements (type, materials, state of built environment), 2. Characteristics of the infrastructure (roads, sidewalks, services), 3. Demographic, characteristics of the population (age, ethnic composition, religious affiliations, families), 4. Socio-economic characteristics of the population (income, labour, education), 5. Characteristics of public services (schools, public security, administration parks), 6. Environmental characteristics (noise, air and water pollution, elements of the topography), 7. Proximity characteristics (access to areas of economic, cultural and commercial significance), 8. Political characteristics (mobilization of elected officials), 9. Social-interactive characteristics (social networks, relationships among residents), 10. Emotional characteristics (identification/sense of belonging of residents to their neighbourhood)

Leclerc-Olive, Keita, 2004). En effet, la traduction des grands programmes de l'Onusida « *Best practices* » élaborés à l'échelle internationale mais utilisés à des échelles restreintes illustrent la dialectique qui existe entre « *penser global, agir local* ». Cela pose dès lors, la question de la « *transférabilité* » des expériences. L'échelle locale est le lieu le plus pertinent pour analyser les logiques ascendantes et descendantes. En effet, l'échelle locale est celle où l'on observe un « *approvisionnement réciproque* » entre les différents acteurs (compromis, antagonisme) avec très souvent des acteurs issus de cultures différentes (municipalités, O.N.G., organisations internationales...). D'ailleurs, les nouveaux dispositifs de gouvernance locale obligent à un rapprochement (Dorier-Apprill, Jaglin, 2002).

Les effets de lieu ne sont pas universels et égaux même si l'on parle trop rapidement de l'Afrique subsaharienne comme un tout homogène. Pour ceux qui la connaissent un peu, ce qui frappe l'observateur, c'est au contraire sa très grande diversité (géographique, culturelle, sociale...) entre pays et à l'intérieur même des pays (Laulan, 2001). Les études sur les relations sociales doivent se construire à l'échelle locale en particulier pour les grandes villes africaines (Bouju, De Bruijn, 2008). Or, les études comparatives entre villes africaines sont rares alors que leurs diversités et disparités sont énormes (Fouda Ongodo, Cissé, Capiéz).

Le territoire local peut être une ville, un village, un quartier ou un arrondissement. Il peut être défini en fonction de critères administratifs ou perceptuels (Neighbourhood).

Quatre paramètres peuvent être à l'origine de la diversité des territoires Di Méo (1998):

1. Il peut être l'expression d'un pouvoir politique et conçu comme une maille administrative,
2. Il peut être conçu et déterminé par des traits socio-économiques,
3. Il peut être assimilé aux espaces identitaires (comportements, pratiques, représentations),
4. Il peut enfin reposer sur un fondement géographique.

Les conditions de vies à l'échelle locale peuvent avoir une incidence sur la santé de la collectivité. Elles peuvent être liées à des caractéristiques propres à la collectivité (biologiques, sociales, milieu bâti, services de santé, styles de vie...) ou à des caractéristiques propres au milieu (environnement naturel, contexte culturel et politique), ainsi qu'à leurs sous-caractéristiques respectives (Diez-Roux in Kawachi, Berkman, 2003).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les relations entre acteurs à l'échelle locale permettent-elles une collaboration active en matière de lutte contre le VIH/SIDA ?

L'échelle locale est-elle privilégiée dans la mise en place de programmes ?

Quels sont les avantages et inconvénients de l'approche locale ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

4. Objectifs de la recherche

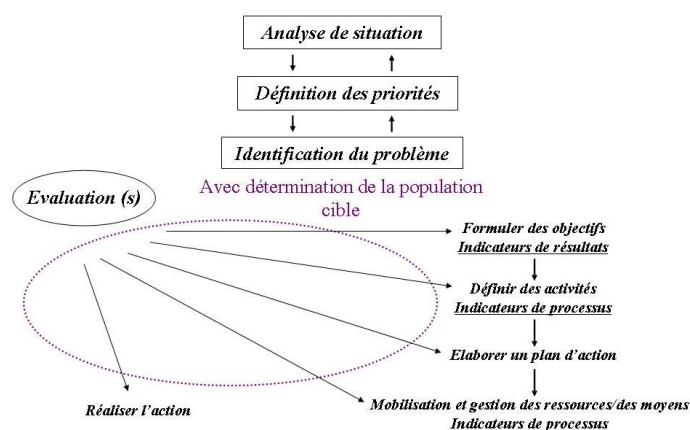


Figure 4 : Les étapes d'une action de santé : « le parcours d'une action de prévention » (Calvez, 2004)

4.1. Un échec des programmes de prévention?

Sans caricaturer des actions indispensables et courageusement menées, certaines qui s'adressent aux pays du Sud se caractérisent par quatre aspects (Jaffré, 2004):

1. Ces projets sont soumis à de fortes variations d'où une certaine inconstance qui conduit à « passer » abruptement des soins de santé primaire à l'initiative de Bamako puis à une réforme hospitalière... Si les orientations changent, les populations se souviennent... (« Logique d'empilement » des populations et des stratégies).

2. Ces actions sont uniformes et tentent souvent d'appliquer les mêmes politiques sanitaires, quels que soient les contextes des Etats concernés. La notion de « modélisation » montre combien les acteurs de santé publique pensent l'action depuis leur projet et ne considèrent le monde social que sous la forme d'un « contexte ».

3. Ces projets ne bénéficient que très rarement d'évaluations scientifiques.

4. Ces programmes de développement sont hétéronomes aux contextes sociopolitiques.

Des auteurs (Bertozi et al., 2008; Piot, 2008; Richter, Caceres, 2008; Barnett, Parkhurst, 2005; Campbell, 2003; Ridde, 2003; Campbell, Macphail, 2002; Jemmot, Jemmot, 2000) remettent en cause les programmes des organisations internationales notamment ceux dirigés vers la prévention du VIH/SIDA. Bon nombre de programmes jugés efficaces ne le sont que pour une partie du groupe cible, pour un nombre limité d'objectifs ou à court ou moyen terme. Le pourcentage de couverture des interventions sur le VIH/SIDA montre qu'il n'existe pas de lien entre les techniques de sensibilisations et l'épidémie de SIDA (World Bank, 2005).

Dans l'histoire de la lutte contre le SIDA, la prévention (biomédicale) a été dominée par l'idée qu'il valait mieux prévenir que guérir et que les campagnes visant à infléchir les comportements seraient nécessairement suivies d'effets. Certains décideurs politiques ou spécialistes de santé publique, partagent encore ce paradigme « naïf » qu'une bonne communication sur les risques suffit à modifier les comportements du public. Or, sensibiliser n'implique ni une intention, ni une prise de décision, ni un

engagement. Aussi les campagnes de sensibilisation sont-elles souvent si décevantes au niveau de l'impact et ce, malgré les grandes mobilisations (aspects ludiques et festifs).

S'arrêter à la simple composante « *communication* » n'est pas pratiquer l'I.E.C. Information-Education-Communication. Les comportements n'obéissent pas toujours à une logique rationnelle d'où de sévères critiques envers certains modèles de changement de comportement. La satisfaction immédiate est souvent opposée aux conduites préventives (prise de risque, transgresser les interdits, suivre les modes). Les individus n'évaluent pas toujours correctement l'importance des risques sanitaires même en présence d'une information « *parfaite* » sur ces risques (Viscusi, 1984, 1990). Certains comportements à risques peuvent s'avérer parfaitement rationnels et enracinés dans l'environnement social et culturel des individus (Morin, 2004).

Si les actions destinées à améliorer les connaissances ne suffisent pas à elles seules à modifier les comportements (Renaud, De Sotelo, 2007; Barnett, Parkhurst, 2005; Paicheler, 2002), elles constituent cependant un préalable indispensable à l'évolution des représentations et des comportements en maintenant un indispensable « *bruit de fond* ». Seulement, les processus qui guident les décisions autour du comportement sexuel sont largement inconnus en Afrique de l'Ouest. Un manque d'informations sur les facteurs sociaux dans lesquels les jeunes débute leur sexualité existe (Boileau et al., 2008).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les efforts effectués en matière de prévention du VIH/SIDA sont-ils efficaces ?

Les taux de connaissances en matière de modes de transmission et modes de protection sont-ils élevés et homogènes pour l'ensemble de la population ?

Les messages permettent-ils de meilleurs taux de protection ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 4, 5, 6, 7 et 8.

4.2. Une nécessaire d'évaluation

L'intitulé du projet A.N.R.S. 12172¹⁰ financé correspond à notre projet de recherche, une thématique globale d'évaluation. Malick Sène, responsable du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (H.C.N.L.S.) au Mali l'a énoncé lors des 4^{èmes} conférences VIH/SIDA de Bamako le 12 janvier 2007, « *les politiques font des programmes mais il faut les évaluer.* »

4.2.1. Pourquoi évaluer ?

Si la communication est au centre des stratégies de prévention, les contextes qui déterminent le comportement sont très divers. Il est nécessaire de réévaluer les approches en matière de

¹⁰ « *Il n'existe pas actuellement en Afrique francophone d'évaluations des campagnes de sensibilisation dans le domaine touchant au VIH/SIDA ou de leur impact sur les mentalités. Les campagnes de prévention ne rencontrent pas le succès escompté. La situation locale de plurilinguisme et d'oralité oblige à de constantes traductions dont la teneur n'est jamais contrôlée ni évaluée et les messages ne sont pas toujours conformes aux consignes officielles.* » (A.N.R.S., 2007)

communication sur la santé d'autant que les modèles de changement de comportement sont souvent importés des pays occidentaux. L'évaluation des programmes est une obligation avant d'entamer de nouvelles phases et stratégies de prévention (Kalipeni I E., Ghosh J., 2007).

L'évaluation est à la « *mode* » et est devenue un enjeu incontournable tant elle évoque des questions de visibilité, responsabilité,... Plus que jamais, les responsables politiques et de programmes doivent évaluer les actions pour justifier les ressources engagées. Bien souvent, la prévention n'est pas considérée comme rentable car peu efficace et peu évaluée. Certaines interventions peuvent même nuire aux populations (De Koninck, Pampalon, Paquet et al., 2008, Macintyre, Petticrew, 2000). L'insuffisance d'évaluation empêche de poursuivre et généraliser certaines expériences innovantes (Paradis, 2008).

L'évaluation contribue pourtant à la clarification de ce qu'on fait, comment on le fait, pourquoi on le fait. Si les recherches épidémiologiques et étiologiques identifient les conditions et objets que l'action vise à transformer, l'évaluation est nécessaire pour développer les connaissances sur la façon dont les programmes agissent sur ces conditions. En effet, ce n'est pas tout d'identifier ce sur quoi il faut agir, encore faut-il savoir comment.

Il est souvent question de données probantes « *policy-based evidence* » ou d'« *evidence-based practices* » (Marmot, 2004), une donnée utilisée afin de résoudre un problème (McQueen, Anderson, 2004). Les actions doivent reposer sur des recherches objectives. Cependant, ces données restent difficiles à trouver (Acheson, 1998; Machenbach, 2003) même si le nombre d'études sur les interventions en santé ne cesse d'augmenter ou si l'Onusida publie des « *best practices*. ». Dans le monde de la promotion de la santé, un des enjeux centraux sur la scène internationale tourne autour de l'efficacité de celle-ci. Certains outils en promotion de la santé ont été créés (PromoSantéSuisse, Preffi 2.0). Sont-ils suffisamment connus et utilisés ?

4.2.2. Pourquoi ne pas évaluer... ?

Les politiques et responsables de programmes ne doivent pas concevoir l'évaluation comme un jugement (Keynes in Fafard, 2008) même si sa terminologie va dans ce sens. L'évaluation ne doit pas être le point final d'un programme mais un moteur du changement sur laquelle on peut s'appuyer.

4.2.3. Comment évaluer ?

Trois aspects sont à distinguer :

1. *L'efficacité* : le rapport entre l'effet escompté et son impact réel,
2. *Le degré d'adéquation* : le rapport entre les besoins réels de la population et l'offre dans ce domaine (composantes quantitative, géographique, sociologique et qualitative),
3. *L'accessibilité* : mesure la possibilité pour un usager d'obtenir les informations dont il a besoin, au moment où il en a besoin.

L'analyse de l'efficacité des interventions doit tenter de démontrer l'équation suivante (Ridde in Niewiadomski al., 2008) : **M (écanismes) + C (ontexte) = E (ffets)**

Trois caractéristiques s'identifient à notre recherche évaluative sur le VIH/SIDA:

1. *Son objet est un aspect d'une intervention qui comporte une diversité de pratiques* : l'intervention est un programme en vue de produire un changement jugé désirable dans une population (Dab, 2005). Les acteurs mobilisent des savoirs, activités, réseaux et ressources.
2. *Sa méthodologie est systémique et scientifique* : la promotion de la santé s'inscrit dans la santé publique même si le discours méthodologique de cette dernière est dominé par l'épidémiologie.
3. *Sa finalité est de produire des connaissances qui peuvent soutenir l'action pour une variété d'acteurs sociaux ayant des intérêts différents dans l'intervention sous étude.*

L'évaluation produit des informations qui permettent d'effectuer des modélisations plus précises et donc de permettre aux acteurs de mieux comprendre les relations qui lient le programme et son contexte. Cette compréhension fine permet aux acteurs de composer avec l'environnement. Pour soutenir la réussite des actions, l'évaluation produite doit être communiquée aux différents acteurs sous une forme qui peut leurs permettre, non seulement, de se l'approprier mais aussi d'opérer l'action.

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

Les programmes de prévention sont-ils évalués ?

Le sont-ils d'un point de vue sanitaire, quantitatif/qualitatif ou comportemental ?

Quelle est la place de la recherche et des organisations dans cette évaluation ?

Quelles données et résultats nécessitent d'évaluer plus en profondeur les programmes de sensibilisation ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 5, 6, 7 et 8.

4.3. La recherche en santé, priorité nationale

4.3.1. Un zoom sur la recherche en santé au Mali

Les besoins d'évaluation et de recherche scientifique sont évoqués publiquement depuis peu au Mali : « *un des soucis majeur est la faiblesse et le manque de recherches scientifiques, il faut se positionner sur la recherche pour bénéficier d'appuis, c'est un défi pour inciter les chercheurs africains* ». (Sène M., Conférence VIH/SIDA de Bamako, 12/01/2007)

Pour faciliter la recherche scientifique, une politique nationale de la recherche en santé au Mali a été construite en plusieurs étapes¹¹ (Traoré, 2006).

Le système national de recherche pour la santé est constitué : d'instituts nationaux de recherche, de structures universitaires et d'autres acteurs (O.N.G., associations, directions techniques...) (Bougoudogo,

¹¹ Atelier de priorisation des besoins de recherche (2001), atelier de consensus sur la politique nationale de recherche en santé (2002), finalisation du projet de politique nationale de recherche en santé (2004), rencontre avec les représentants de tous les centres de recherche et le Ministère de la Santé sur la pertinence de finaliser la politique et de l'accompagner d'un plan d'action (Avril 2006), travaux de mise à jour de la politique et d'ébauche d'un plan d'action intérimaire par une commission restreinte (Octobre 2006), tenue du Sommet mondial sur la recherche en santé (2008).

2010). Les institutions de recherche sont rattachées à différents départements ministériels (agricole, santé humaine, énergie, environnement (Haïdara, 2007).

Du point de vue des ressources humaines, 320 chercheurs¹² ont été recensés en 2010 par le Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (C.N.R.S.T. 2007) et le répertoire des institutions 2009/2010.

4.3.2. La complexité du paysage académique de la recherche

La recherche en santé au Mali est caractérisée par un organigramme compliqué. Si de nombreuses structures existent, celles-ci ont très peu de relations entre-elles. Cela a des conséquences : concurrence, concentration sur certaines pathologies, désintérêt pour d'autres. De plus, la répartition financière se fait sur de petits programmes souvent peu concluants en termes de résultats.

Dix instituts nationaux de recherche existent dont huit travaillent sur la santé humaine¹³.

<i>Les sciences humaines et sociales</i>	F.L.A.S.H., F.S.J.P., F.S.E.G.
<i>Les sciences médicales</i>	F.M.P.O.S., I.N.F.S.S., C.H.U.
<i>Les sciences naturelles et agronomiques</i>	F.A.S.T., I.P.R./I.F.R.A.
<i>Les sciences physiques</i>	F.A.S.T., E.N.I.
<i>Autres</i>	I.S.H., I.A.F.P.R.E.S.S.

Figure 5 : Les structures universitaires engagées dans l'organisation de la recherche suivant leurs domaines d'action en 2010 au Mali

Idéalement, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) devrait être le moteur de la recherche au Mali. Cependant, ce dernier n'est pas opérationnel et ne répond pas aux besoins : « *tout le monde est conscient que si la coordination est donné à l'I.N.R.S.P., c'est l'échec anticipé* » (Fournier et al., 2006).

Outre les structures nationales et universitaires (Fig. 5), d'autres services opèrent des recherches scientifiques dans le domaine de la santé¹⁴ : des structures de recherche non étatiques (Point Sud, AMPRIT), des institutions sous-régionales (ICRISAT, ICRAF, INSAH...) ou étrangères (I.R.D., CIRAD). « *Point Sud* » est l'un des rares lieux qui permet à quelques étudiants de poursuivre un troisième cycle en sciences humaines (Doquet, 2007).

Le paysage académique malien comporte plus de consultants individuels que d'institutions compétentes. L'organe de coordination sectoriel de la recherche en santé (C.C.R.S. Comité de Coordination de la Recherche en Santé) prévu initialement dans le document politique n'a jamais été créé.

4.3.3. La place de la recherche au Mali

Le statut institutionnel ne revêt pas, au Mali, le respect que lui prête en occident. La reconnaissance du savoir est réelle mais ne s'applique pas aux chercheurs mais aux « *vieux sages* ». Le statut de fonctionnaire est assimilé à la corruption quand le chercheur doit partager avec son salaire avec les

¹² Directeurs de recherche (15), Maîtres de recherche (42), Chargés de recherche (70), Attachés de recherche (122), Professeurs (35), Maîtres de conférences (20), Maîtres assistant (16)

¹³ Institut National de la Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.), Centre National de Transfusion Sanguine (C.N.T.S.), Laboratoire National de la Santé (L.N.S.), Centre National d'Appui à la lutte contre les Maladies (C.N.A.M.), Centre de Recherche sur la Documentation et la Survie de l'Enfant (C.RE.DO.S), Institut National d'Etudes et Recherche en Géroto-Gériatrie (I.N.E.R.G.G.), Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (A.N.S.S.A.), Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (C.R.L.D.).

¹⁴ D.N.E.S.R.S., C.N.E.S.S., structures universitaires privées, Centre Mérieux, O.N.G., associations

siens. Le temps consacré par les chercheurs à résoudre les problèmes de leur entourage est déploré par tous : « *on fait du social plus que de la recherche* » (Doquet, 2007).

Certains points faibles apparaissent : insuffisance et vieillissement du personnel, insuffisance de spécialistes dans certaines disciplines, faible engagement des enseignants dans la recherche... (Bougoudogo, 2010). D'autre part, les bailleurs de fonds monopolisent la plupart des experts dans d'autres activités que la recherche propre comme la gestion d'où un manque de chercheurs dans les structures de recherches maliennes (Magassa, Meyer, 2008).

Les points forts relevés sont : les changements dans les écoles doctorales, l'émergence de chercheurs de haut niveau, la sélection pour la formation post-universitaire de jeunes bacheliers, l'introduction du système L.M.D., l'intervention des expatriés (Tokten). Ces politiques et démarches doivent améliorer l'organigramme et le fonctionnement de la recherche dans un contexte politique qui lui est peu propice. Les sciences humaines ne sont d'ailleurs pas les mieux loties (Doquet, 2007).

4.3.4. Le budget de la recherche sous « perfusion » internationale

Les bailleurs de fonds, hormis la France, financent essentiellement l'éducation primaire et non le niveau supérieur (Bergamaschi, 2007). Leur présence étouffe le potentiel d'un développement du secteur académique indépendant (Magassa, Meyer, 2008). Ceci est d'autant plus vrai que le financement de la recherche au Mali est assuré pour une large part par les partenaires bilatéraux et multilatéraux (55.6% en 2007) ce qui pose des questions en termes d'orientation des recherches...

L'Etat malien effectue, malgré les difficultés, des efforts financiers pour contrecarrer cet « *exo-dépendance* ». Le budget de l'Etat pour le volet « *études et recherches* » pour les structures dépendantes du Ministère de la santé a connu une hausse entre 2008 et 2010. Si les efforts existent, la contribution nationale au financement de la recherche n'est estimée qu'à 0.15% du P.I.B., taux largement inférieur au seuil de 1% du P.I.B. recommandé pour un décollage économique (moyenne africaine 0.3%, moyenne des pays « *développés* » 2.3%, Haïdara, 2007). Le volet « *recherche* » du budget du Ministère de la Santé représentait moins de 2% en 2010. Les ressources financières dédiées à la recherche universitaire augmentent mais de manière irrégulière. L'enseignement supérieur connaît une forte crise : « *le moins que l'on puisse dire est qu'elle (l'enseignement supérieur et la recherche) n'a jamais constitué une priorité pour l'Etat* » Doquet (2007).

Le budget 2011 de L'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) a baissé de 4% par rapport à 2010, une baisse qui intervient au moment où les responsables de l'Institut ambitionnaient d'étendre leurs activités par l'acquisition de nouvelles parcelles pour construire les centres régionaux de recherche et de formation de Sikasso et Gao. 26,5% du budget de l'I.N.R.S.P. est destiné à la recherche (570 millions de Fcfa = 868 959 €).

Pour M. Ousmane Touré, secrétaire général du Ministère de la Santé à l'époque, l'heure est venue de « *passer du concept de la recherche en santé au concept de la recherche pour la santé* ».

4.3.5. Quelle implication de la recherche sur les actions menées ?

Dans le domaine sanitaire notamment pour les pays les plus défavorisés, plusieurs raisons incitent à s'intéresser aux conduites et représentations des populations : (Jaffré, 2000 in Baliq, 2000)

1. Tout d'abord, dans ces pays où les principales causes de mortalité sont le paludisme, les malnutritions, les diarrhées et le VIH/SIDA, les actions préventives « *de base* » reposent sur une modification de divers comportements sociaux (hygiène, alimentation...),
2. Par ailleurs, l'accès aux services de santé est largement dépendant d'un ensemble de facteurs (économie, interprétation populaire de la maladie...),
3. Plus encore, le choix des recours thérapeutiques s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur capacité à traiter les maladies,
4. Enfin, les interactions entre soignants et soignés ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques, elles tiennent compte des identités sociales des acteurs. On ne peut faire de santé publique sans connaître les « *publics* » des actions de santé, sans comprendre leurs conduites ou sans s'interroger sur leurs pratiques sanitaires.

Les actions menées, leur légitimité, leur efficacité, leur cohérence et leur évaluation reste très peu documenté et ne fait pas l'objet de suffisamment de travaux de réflexion et de recherche spécifiques. Comblent progressivement ces lacunes représente un enjeu scientifique mais également un enjeu opérationnel de santé publique. Dans beaucoup de pays, la recherche n'accompagne pas les actions (Fond-Harmant, Dia, 2008). De ce fait, des pratiques délaissées depuis longtemps par les pays développés ont encore cours dans les systèmes de santé africains (Bertozzi, 2008).

Pour résumer

Les aspects évoqués dans cette section peuvent être résumés par les questionnements suivants :

La recherche scientifique est-elle à la base de la construction des messages de sensibilisation ?

Ces résultats sont-ils utilisés, partagés et mis en valeur afin de définir au mieux les sites, territoires et populations à prendre en compte ?

Quelle est la place des différents acteurs dans cette recherche ou non-recherche ?

Les populations sont-elles suffisamment prise en compte dans les travaux de recherche ?

Des éléments de réponse à ces questions sont donnés, sur la base des résultats de recherche, dans les parties suivantes 6, 7 et 8.

4.4. Contribuer à la connaissance du contexte de prévention à Bamako

Cette recherche permet de prendre en compte les divers déterminants de l'environnement physique, socioculturel, socio-économique et comportementaux d'un problème de santé publique qu'est le VIH/SIDA. Elle permet d'identifier des opportunités de changements pour améliorer les connaissances et les pratiques afin de faciliter les démarches de prévention.

Cette étude se veut profitable pour la prévention du SIDA au Mali sans pour cela s'inscrire dans une démarche opérationnelle de prévention et donc d'implication directe et immédiate en terme d'actions et de décisions. Elle tient à avoir une approche objective de la situation globale et micro-locale sur deux espaces laboratoires de la prévention du SIDA où différentes organisations de statuts, d'origines et d'objectifs différents œuvrent. Parler d'intervention dans les sciences sociales revient communément à

chercher comment prendre part à, ou initier des actions dans tel ou tel domaine de la vie sociale avec l'objectif de modifier les choses en cours, de les améliorer (Yeboah, 2007; Frohlich, Potvin, Chabot, Corin, 2002).

La géographie sociale, c'est interroger les logiques et enjeux de construction des politiques mises en œuvre en intervention en santé, par exemple, la volonté des acteurs politiques à changer la société et les conditions de vies des populations. La géographie sociale contribue à l'établissement de ponts de connaissances des sociétés et de l'aspiration à les transformer.

L'état de santé est le résultat d'une conjugaison de facteurs. Notre étude combine différentes approches et sources de données (perspective écologique) et étudie l'influence de l'environnement local sur la santé. Le but est de mieux comprendre cette influence et d'identifier les facteurs protecteurs/de risque dans un contexte africain (De Koninck et al., 2002). Nos deux territoires ont des bilans de santé contrastés et présentent des différences susceptibles d'expliquer ces contrastes. Notre étude contribue aux recherches sur l'influence des milieux de vie sur la santé (Macintyre S. et al., 1993, 1995, 2002).

5. Hypothèses

5.1. Les objectifs de la recherche

L'objectif de cette recherche est de rendre compte des dynamiques sociales autour du VIH/SIDA en milieu urbain. Il s'agit d'éclairer à la fois le contexte dans lequel les mobilisations sociales s'inscrivent et les dynamiques qui s'y jouent.

Cette recherche regroupe une étude des enjeux territorialisés (effets de lieux) d'une action (prévention) menée par des acteurs dont l'action est guidée par différentes influences envers des publics aux comportements potentiellement à risque (comportements et représentations).

Trois objectifs se distinguent dans cette recherche :

1. Etre aux côtés des acteurs et des populations pour apporter un point de vue original à un problème collectif qu'est le SIDA,
2. Mettre en évidence des disparités socio-spatiales en tenant compte de l'espace social et de toutes ces composantes.
3. Effectuer une recherche en géographie sociale et humaine en liens avec d'autres disciplines (pluridisciplinarité).

Cette recherche consiste à confronter les actions de prévention du SIDA (spécifiquement la diffusion de messages) à la réalité des comportements dans un contexte spécifique et vise donc à identifier les éléments de contexte local (culture, rapports sociaux, structuration de l'offre de santé) qui conditionnent à la fois la portée et la perception des messages de prévention.

Il s'agit d'identifier les éléments de contexte socioculturel locaux sur lesquels une stratégie d'information devrait s'appuyer et inversement, d'identifier les points de blocages qui annihilent partiellement les effets de l'actuel discours de prévention.

Il s'agit également de comprendre du point de vue de l'acteur en charge de la prévention et de celui des populations des facteurs qui améliorent ou au contraire contrarient le bon fonctionnement de la fabrication et de la divulgation de bons messages de sensibilisation.

Il existe un besoin de comprendre les contraintes spécifiques qui pèsent sur les acteurs dans leurs planifications de projets et les contraintes portant sur les populations pour appréhender au mieux les messages de prévention. Dans deux quartiers de Bamako, il sera pertinent d'étudier les relations qu'entretiennent d'un côté les acteurs avec les bailleurs et les populations et d'un autre, le regard des populations sur ces acteurs mais également sur les relations vis-à-vis de la sexualité et du SIDA dans le couple, avec l'entourage amical, avec le personnel de santé et avec les autres personnes au sein ou envers les d'associations ou autres organismes.

À travers ces questions, nous voulons comprendre si, au Mali, la prévention se manifeste dans les rapports interpersonnels et/ou sociaux, ce qui fait appel aux discours, attitudes et gestes individuels ou collectifs des acteurs ou si elles se manifestent dans le dispositif institutionnel, ce qui renvoie aux normes et règles régissant chaque milieu et/ou à celles régissant la société dans son ensemble.

Notre étude explorera les représentations d'experts du VIH/SIDA au Mali. Ainsi, en explorant leurs représentations sur la question, notre recherche cherchera à alimenter la réflexion scientifique et essentiellement politique et sociale en y apportant de nouveaux éclairages.

L'épidémie du VIH/SIDA a fait l'objet de plusieurs campagnes d'information, d'éducation, de communication et de sensibilisation au Mali, mais la stigmatisation et la discrimination perdurent. Nous postulons que le maintien de ces réactions sociales est lié au manque de connaissances, à la nature des rapports dans chaque milieu, mais aussi à l'influence de l'environnement social plus large. Par exemple, les relations au sein de la famille et de la communauté doivent être étudiées, particulièrement en ce qui concerne la prise de décisions sur l'adoption de comportements de prévention en matière de santé et les soins donnés aux malades. Il faut prendre en considération la place centrale de la famille et de la communauté dans la prise de décisions.

De même, la sexospécificité (relations de genre) peut se définir comme les opportunités, les rôles, les responsabilités, les relations et l'identité personnelle qu'une société donnée impose aux femmes et aux hommes comme étant correctes. Quand est-il vis-à-vis de la sexualité et de la prise de décision (sanitaire par exemple) au Mali ?

Notre recherche cherche à pallier ce déficit de connaissances et particulièrement dans des milieux essentiels pour un pays, aux plans économique, socioculturel et professionnel. L'apport de connaissances nouvelles, nécessaire à la réflexion et à l'action dans des milieux aussi importants et variés confère, à notre recherche, du moins nous l'espérons, toute son originalité et sa pertinence.

Il s'agit donc d'étudier la collaboration entre les acteurs nationaux et internationaux dans la prévention du SIDA au Mali et surtout d'observer leurs méthodes de communication et d'information sur l'ensemble de la population malienne (ici dans deux quartiers de la capitale) et de savoir si leurs messages sont en lien avec la structure et le fonctionnement de la société et la culture malienne. Cette étude s'intéresse aux conditions sociales et culturelles de la prévention de la transmission du VIH.

Trois grands domaines sont envisagés :

1. les facteurs socio comportementaux qui déterminent les représentations et pratiques,
2. les facteurs liés au système de soin,
3. les facteurs liés au système social et culturel.

Les acteurs nationaux et internationaux collaborent-ils bien ensemble pour la prévention du SIDA au Mali ?

Leurs discours sont-ils en corrélation avec le mode de vie et la culture malienne ?

L'information et la sensibilisation sont-ils les catalyseurs du changement ou si celui-ci est imputable à d'autres facteurs ? Le statut de l'acteur rentre-t-il en jeu dans cette acceptation plus ou moins grande des recommandations préventives ?

Quel est le rôle des différents acteurs de la santé dans la prévention du SIDA au Mali et comment évaluer leurs actions ?

La baisse de la prévalence pose la question difficile de la part à attribuer à la prévention dans ce phénomène ?

Il y a adéquation entre prévention et lutte contre les inégalités de santé quand la prévention aboutit non seulement à améliorer la santé de tous mais aussi à réduire les écarts entre classes ou catégories sociales. Est-ce le cas au Mali ? Les campagnes de communication en santé publique sont-elles donc sources d'inégalités et de disparités au Mali ?

Comment sinon, faire évoluer ces stratégies de communication pour si ce n'est réduire, à minima de ne pas les creuser ?

5.2. Les hypothèses de recherche

Hypothèse 1 :

La base de nombreuses interventions, ne tient pas compte des variations des contextes politiques, socio-économiques et culturels présents à l'échelle locale. Les stratégies de communication généralement employées ajustent les processus de leur mise en œuvre aux principes d'une théorie ou d'un modèle plutôt que de laisser l'expérience de terrain ébaucher son propre cadre.

Question 1.a. : Les organisations, qu'elles soient non-gouvernementales ou internationales s'adaptent-elles aux différents contextes locaux que cela soit dans la proposition des appels à projets, dans l'élaboration de leurs programmes ainsi que dans leur mise en place ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes 4, 6, 7 et 8.

Question 1.b. : Est-il nécessaire d'adapter ces programmes aux contextes locaux ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 1.c. : Les organisations s'appuient-elles sur des données issues de la recherche scientifique, de données épidémiologiques ou démographiques pour mettre en place leurs programmes et déterminer leurs territoires d'actions ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 6, 7 et 8.

Question 1.d. : Les chercheurs et les organisations sont-ils suffisamment associés aux différentes étapes de l'élaboration, de la planification et de la divulgation des programmes ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans la partie suivante : 8.

Question 1.e. : Les messages et les acteurs de la sensibilisation sont-ils adaptés aux contextes locaux ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 2 :

Les interventions présument que les décisions relatives à la prévention du VIH/SIDA se fondent sur une réflexion rationnelle, volontaire sans considération aucune pour des réactions affectives plus proches de la vie qui débouchent sur l'acte sexuel.

Question 2.a. : Les messages sont-ils adressés et adaptés à l'ensemble des populations cibles ainsi qu'à la population générale ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6, 7 et 8.

Question 2.b. : Les programmes se concentrent-ils sur les contextes sociaux ou individuels ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6, 7 et 8.

Question 2.c. : Les communautés sont-elles associées à l'élaboration, la planification et la passation des projets VIH/SIDA ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 2.d. : Les perspectives de genres sont-elles associées aux programmes ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6 et 7.

Question 2.e. : Les réseaux sociaux sont-ils importants dans l'appropriation des connaissances et dans les comportements ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 3 :

Il est toujours présumé que la sensibilisation à travers des campagnes médiatiques aboutira forcément au changement de comportement. Les stratégies d'I.E.C. se concentrent trop sur la transmission de connaissances (approche cognitive) et non sur les conditions d'un changement de comportement. Les

procédures de communication basées sur l'information seraient donc unidirectionnelles, artificielles et purement didactiques.

Question 3.a. : Les messages sont-ils dirigés vers le changement de comportement ou la seule transmission d'information ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6 et 7.

Questions 3.b. : Les programmes sont-ils dirigés uniquement vers les individus ou les communautés ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Questions 3.c. : Les institutions consultent-elles les populations et les autres acteurs dans l'élaboration des programmes ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 4 :

L'accent est pratiquement exclusivement mis sur la promotion du préservatif sans qu'il soit tenu compte du fait qu'il est important de traiter le contexte social ainsi que la position centrale qu'il occupe, sans oublier la politique du gouvernement, la situation socioéconomique, la culture ou les relations de genre.

Question 4.a. : Quelle est la fréquence d'utilisation du préservatif ? Quels sont les facteurs d'utilisation et de non-utilisation du préservatif par rapport au contexte social ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5 et 6.

Question 4.b. : Les programmes de prévention prennent-ils suffisamment en compte le gradient social, les inégalités sociales et le genre ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 4.c. : Les messages et projets sont-ils adaptés d'un point de culturel et langue ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 5 :

En outre, elles n'atteignent pas les groupes cibles, par suite du manque de spécification ou du caractère trop général des projets d'I.E.C., sous-estimant et/ou ne comprenant pas les soucis quotidiens des populations. Les populations locales ne souscrivent donc pas complètement aux approches institutionnelles du VIH/SIDA et n'intègrent pas les messages d'I.E.C. à leurs propres modes de pensée et comportements.

Question 5.a. : Les programmes sont-ils mis en place suivant des caractéristiques précises que cela soit sur le plan démographique, économique, social ou autre ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6, 7 et 8.

Question 5.b. : Sont-ils adaptés aux lieux, aux temps, au contexte social et aux besoins quotidiens des populations ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 5.c. : Les populations ne souscrivent pas nécessairement aux messages de part leur manque d'adaptation ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 6 :

La recherche accessible sur les comportements sexuels est mal utilisée ou inexistante.

Question 6.a. : Les organisations ou chercheurs partagent-ils suffisamment leur recherches et résultats d'études ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 7 et 8.

Question 6.b. : Les chercheurs et instituts de recherche ont-ils une place de choix dans l'organigramme national et dans la lutte contre le VIH/SIDA ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4 et 8.

Question 6.c. : Les organisations et politiques établissent-ils leurs programmes et études par le biais de recherches nationales ou spécifiques aux lieux et programmes de ces organisations ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 7 :

Il existe un manque de coopération entre les membres institutionnels (politiques à différentes échelles)

Question 7.a. : Quelles sont les relations entre acteurs politiques à différentes échelles ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 6, 7 et 8.

Question 7.b. : Quelles sont les collaborations entre acteurs de la société civile ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 6, 7 et 8.

Question 7.c. : Quelles les relations des populations avec ces différents acteurs ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 8 :

Aucune approche générale de la prévention ne marche partout, sur l'ensemble des populations, il est nécessaire de penser des programmes au niveau local pour compléter les approches de masses.

Pour cela, au niveau local des besoins et des facteurs sont à prendre en compte dans une démarche de promotion de la santé pour que les populations soient « intéressés » à adopter de nouveaux comportements face au risque de VIH/SIDA. Il faut confronter les besoins avec les acquis des campagnes de masses pour déterminer l'écart qui existe entre les deux.

Question 8.1. : Les messages et programmes sont-ils adaptés à l'échelle locale ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 5, 6, 7 et 8.

Question 8.2. : Ces messages et programmes ainsi que les acteurs en charge de la prévention en santé et VIH/SIDA sont-ils attirés par la prise en compte du vécu des habitants et de leurs conditions de vie ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 8.3. : Les organisations s'appuient-ils sur des données, témoignages, travaux, pré-consultations pour adapter au mieux leurs programmes et les éventuelles demandes des habitants ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 9 :

Les collaborations sont un des leviers pour combler cet écart. Le Mali est engagé dans une démarche de décentralisation de sa santé ce qui suppose de mettre en place des collaborations entre acteurs, pas seulement ceux en lien avec la santé mais également avec ceux provenant d'autres champs sectoriels. (Logement, éducation, urbanisme, action sociale, vie associative...)

Question 9.a. : Quelle est la situation de la décentralisation de la politique et de la santé à l'heure actuelle ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 7 et 8.

Question 9.b. : Les acteurs sont-ils coordonnés à l'échelle locale ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 9.c. : Existe-t-il une approche globale de la santé, de la santé publique et de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 10 :

Chaque individu se construit un cadre de comportement face au SIDA en fonction de facteurs qui lui sont propres (Individuels) et d'autres qui lui sont extérieurs (Contextuels). La combinaison des deux permet d'interpréter les comportements à risques et d'envisager les moyens de les prévenir.

Question 10.a. : Quels sont les facteurs individuels qui rentrent en compte dans la prévention de la santé et du VIH/SIDA ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6 et 7.

Question 10.b. : Quels sont les facteurs contextuels qui rentrent en compte dans la prévention de la santé et du VIH/SIDA ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

Hypothèse 11 :

Il est nécessaire d'avoir une approche multi-scalaire (international, national, local) de la prévention mais également une approche multi-scalaire au sein du milieu de vie des populations (quartier, communauté, famille, école, cercle d'amis...).

Question 11.a. : Les programmes et messages sont-ils planifier, élaborer, mis en place et évaluer sous un angle multi-scalaire, regroupant plusieurs acteurs de niveaux et statuts différents (international, national, régional, local ; étatique, non-gouvernemental, associatif, sanitaire, communautaire, coutumier...) ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

Question 11.b. : Des éléments liés aux milieux de vie sont-ils pris en compte et adaptés dans ces messages et programmes ?

> Des éléments de réponses se retrouvent dans le corps du texte dans les parties suivantes : 4, 5, 6, 7 et 8.

> Pour répondre à ces différentes questions, nous avons utilisé l'outil Preffi, nos entretiens auprès des différentes organisations (locales, associatives, sanitaires, politiques, O.N.G., internationales, étatiques...) ainsi que nos groupes de discussions et l'enquête quantitative dans nos deux quartiers d'étude.

5.3. Les hypothèses opérationnelles et questions de recherche

A partir de ces hypothèses générales, nous pouvons décrire des hypothèses opérationnelles :

Les populations locales ne souscrivent pas complètement aux approches institutionnelles du VIH/SIDA et n'intègrent pas les messages de prévention à leurs propres modes de pensée et comportements. La prise en compte de l'expérience de vie et du contexte local peut y répondre.

Il faudrait adopter des messages différenciés selon que l'on s'adresse à la famille, aux femmes, aux groupes... Un modèle efficient serait nécessairement un modèle à géométrie variable dans lequel agirait les facteurs sociaux (Famille, groupe), contextuels (cadre de vie) et structurel. (jeux d'acteurs)

L'évaluation croisée de la perception des messages et de la perception du vecteur doit permettre de catégoriser les opérations de prévention en fonction des trois éléments émetteur - récepteur - contexte.

L'information permet d'éclairer l'opinion mais elle ne déclenche pas le processus de modification de comportement. Aussi les campagnes de sensibilisation sont-elles souvent si décevantes au niveau de l'impact. Malgré les grandes mobilisations qu'elles réussissent, elles ne permettent pas de s'approprier un besoin de changement. L'engagement actif des communautés est un gage de réussite. Or le terreau nécessaire au développement des actions communautaires de santé varie selon des facteurs contextuels mal connus.

Il est également primordial de prendre en considération les personnes infectées par le VIH et donc de recueillir leur vision sur le domaine de la prévention par rapport à leur situation. La place des personnes infectées dans les sociétés, aux différentes échelles déjà évoquées (famille, groupe, ville, pays), la façon dont elles sont perçues, reconnues ou stigmatisées est un élément contextuel essentiel à connaître.

Nos deux hypothèses principales de travail sont : l'inadéquation de l'approche institutionnelle (à différentes échelles) vis-à-vis de l'intégration des messages et donc la nécessité de prendre en compte les facteurs contextuels pour mieux comprendre le processus de changement de comportement.

Questions de recherche :

Quelle est l'idée du VIH/SIDA que se font les populations des deux quartiers ?

A quel stade d'évolution comportementale se situent-ils ?

Ont-ils des comportements les exposant à un risque particulier d'infection par le virus ?

Quelle est leur propre estimation de leur risque de contamination par le VIH/SIDA ? S'ils se sentent à l'abri de tout risque, pour quelles raisons ?

Quels sont les types de comportement qu'ils considèrent comme préventifs et qu'ils pratiquent actuellement ?

Quel est leur niveau de connaissances en matière de VIH/SIDA notamment pour ce qui concerne la transmission et la prophylaxie ?

Quelle est leur perception de l'influence des normes sociales et de la pression exercée par leurs pairs sur les comportements sexuels et sur la prévention du VIH/SIDA ?

Quels sont les groupes d'amis et les personnes de leur entourage qui comptent le plus pour eux ?

Où s'informent-ils dans les domaines de la sexualité et de la santé ? Qui appartient à leur réseau social le plus proche ?

Quelles sont les sources d'information sur la sexualité et sur la santé qu'ils jugent les plus fiables ?

Quels sont les lacunes (revenus, scolarisation...) qui semblent influencer le comportement des membres de l'audience cible en matière de VIH/SIDA ? Les messages de la campagne comblent-ils les lacunes dans ce domaine ?

Quelles sont les principales croyances de l'audience en matière de sexualité et de VIH/SIDA ?

Existe-t-il une collaboration active entre l'équipe de l'intervention et les divers partenaires, par exemple les autres organisations travaillant sur le terrain ?

A-t-on tenu compte des activités et des produits de communication d'autres organisations visant la même audience cible ?

A-t-on conçu cette intervention en exploitant les ressources et les compétences de personnes ou d'organismes extérieurs du secteur public ou privé ?

Comment repenser les services sociaux de base dans la perspective de promouvoir l'intégration ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance et de confiance envers l'État, dans un contexte où les structures institutionnelles existantes, encore largement induites du modèle d'Etat post-colonial, sont inadéquates, et sont génératrices de crise sociale et politique et de violence ?

Quels partenariats (et avec quels types d'acteurs ?) sont-ils susceptibles d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge de la délivrance des services publics de base ?

Comment institutionnaliser des mécanismes et des processus sociaux permettant à tout un chacun de devenir des citoyens et des citoyennes à part entière ?

Comment répondre à une demande sociale de plus en plus complexe et exigeante, pour un pays sous-développé, confronté à la rareté des ressources ?

Comment articuler les territoires et surtout les différents échelons de gouvernance dans un contexte où les processus de décentralisation poussent plutôt à l'émiettement du territoire et à l'émergence de collectivités autonomes ?

Enfin, comment se déclinent les rôles et responsabilités des différents acteurs aux plans économique, social, politique et environnemental ?

Dans le contexte d'une décentralisation qui donne effectivement le pouvoir aux collectivités locales, comment les différents acteurs (individus, communautés, O.S.C., secteur privé, collectivités, administration centrale, coopération) se partagent-ils les rôles dans la délivrance des services publics de base?

2. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous allons exposer notre méthodologie pour préparer notre recherche et présenter les conditions de sa réalisation sur le terrain.

Nous allons, dans un premier temps, démontrer que notre méthodologie s'inscrit dans une mouvance actuelle en géographie de la santé, une méthodologie mixte (quantitative et qualitative), systémique et multidisciplinaire. Cette combinaison d'approches est nécessaire pour aborder un sujet aussi complexe que le VIH/SIDA.

Nous allons ensuite présenter deux concepts et outils (PRECEDE-PROCEED et Preffi) qui nous ont permis de définir les modalités et questions à aborder dans notre recherche.

Ensuite, il sera question de l'adaptation de notre méthode au contexte malien et bamakois. Si notre problématique s'intéresse à l'adaptation des messages de prévention du VIH/SIDA au contexte local, le chercheur doit lui aussi, au préalable, s'adapter au terrain notamment pour comprendre les modalités de rencontres et d'échanges nécessaires pour récolter de l'information (positionnement du chercheur, langue, modes de communication traditionnels et lieux de rencontres).

1. Une méthodologie actuelle en géographie de la santé

La géographie de la santé est une discipline récente qui utilise des méthodes qui ont fait leurs preuves dans d'autres disciplines. Elle a également su innover et s'adapter aux temps et aux lieux (méthodologie mixte, systémique, multidisciplinaire).

1.1. Une méthodologie mixte, systémique et multidisciplinaire

1.1.1. Une méthodologie mixte

Les données institutionnelles collectées ont été complétées par des données originales. Cette méthodologie mixte est mise en avant par de nombreux chercheurs en sciences sociales et en particulier sur le SIDA (Cummins, Curtis, Diez-Roux, Macintyre, 2007; Low-Beer, Stoneburner, 2004a,b,c; Lugalla, Emmelin, 2004; Walden, Mwangulube, Makhumula-Nkhoma, 1999).

« *The counterproductive dualism between 'quantitative' and 'qualitative' methods will have to be abandoned to integrate both approaches in the understanding of the complex processes influencing population health.* » (Curtis, Riva, 2009)

En lien avec nos hypothèses de travail (Chapitre 1.5.), notre méthodologie s'appuie sur des aspects quantitatifs (enquête) et qualitatifs (focus groups + entretiens + observation). Le cumul de données quantitatives et qualitatives est essentielle tant les questionnaires sous-estiment l'importance de la pression des pairs et des normes véhiculées (Gueye, Castle, Konaté, 2001).

La méthodologie mixte est très répandue notamment par les chercheurs anglo-saxons (Curtis, Riva, 2009; Cummins, Curtis et al., 2007; Eyles in Fleuret, Thouez, 2007; Dyck, Kearns, 1999; Eyles, Litva, 1995).

Celle-ci a fait ses preuves sur d'autres thématiques de recherche sur la santé au Mali (Jeunes, sexualité, diabète, lèpre, ...: Boileau 2007; Martini, Fligg, 2011; Gueye, Castle, Konaté, 2001; Bargès, 1998, 1997, 1996, 1993). Par exemple, l'équipe de Claudine Sauvain-Dugerdil dans ses recherches sur la culture-jeune au Mali a utilisé trois approches complémentaires qui s'apparentent à une méthodologie mixte (Sauvain-Dugerdil, Wahab-Dieng)¹⁵.

Les facteurs contextuels sont nombreux et divers, il est important de ne pas en occulter pour ne pas biaiser les résultats et pour répondre au mieux à nos hypothèses de recherche d'où l'utilisation d'une approche systémique.

1.1.2. Une approche systémique

L'approche systémique a été utilisée pour cerner au mieux les coopérations entre les acteurs, intégrer les différentes échelles de travail (relations, interactions et rétroactions existantes entre les différentes composantes du problème géographique posé) et les nombreux déterminants de la santé. Elle consiste à prendre en compte l'ensemble des paramètres explicatifs d'une réalité donnée et à en examiner sa dynamique. Toute bonne analyse géographique doit être systémique afin de mettre en évidence les facteurs déterminants d'un phénomène, de les confronter les uns aux autres tout en évitant de les hiérarchiser selon un « *plan-tiroir* » (Juin-Rialland, 2003).

Cette approche est nécessaire dans un milieu urbain comme Bamako, milieu en plein changement social, en pleine urbanisation et dans un contexte proche de la complexité et de la diversité (De Sardan, 2010). Les défis des autorités sanitaires des villes africaines doit conduire les chercheurs et acteurs à privilégier une approche systémique (Grodos, Tonglet, 2002).

Dans ce contexte africain, la théorie de la complexité de Giddens (1992) prend toute sa valeur :

1. Une complexité associée à un grand nombre de composantes : géographique, économique, sociale, culturelle, territoriale... Même si le nombre de composantes et d'interactions ne créent pas obligatoirement un objet complexe, l'épidémie de VIH/SIDA a montrée toute sa complexité. La complexité ne doit pas être assimilée à un « *fouillis* » mais à la reconnaissance de l'existence de multiples facteurs.
2. Une complexité associée à l'imbrication de niveaux spatiaux : les phénomènes géographiques sont rarement enfermés dans un seul niveau (local, régional ou national). Toute étude géographique doit tout d'abord se faire à l'échelle de cet objet, puis analyser les sous-espaces qui la compose (Curtis, Riva, 2009).
3. Une complexité par les niveaux d'organisations : la théorie de la complexité aide à conduire des interventions complexes (Durie, Wyatt, 2007). Elle analyse directement l'influence du contexte dans laquelle se déroule l'intervention plutôt que de se concentrer sur l'individu.

André Dauphiné (2003) propose lui-aussi quatre formes de complexité en géographie.

¹⁵ 1. Travail à partir de quelques indicateurs (enquête et de recherche de données au Mali)

2. L'auto-perception révélée par nos groupes de discussions

3. Les représentations sociales qui ont été relevés par nos groupes de discussions et nos discussions informelles lors de nos différents séjours

Saisir la complexité spatiale et sociale d'un objet, c'est à la fois analyser la relation de l'individu aux différents groupes et espaces côtoyés mais également décrypter la cohérence d'une organisation à ses différentes échelles. Tout comme Dauphiné, Guy Di Méo dessine quatre approches qui dessinent les contours d'une « *géographie sociale* » complexe (Di Méo, 2005).

Cette systémique et complexité font que, seule, la géographie sociale ne peut pas nécessairement répondre à l'ensemble des questions auxquelles le chercheur est confronté. Pour cela, le géographe doit recourir à des concepts, outils ou travaux en lien avec d'autres disciplines (sociologie, médecine, anthropologie...) et donc à une approche multidisciplinaire.

1.1.3. Une nécessaire multidisciplinarité

Cette approche mixte, systémique, sociale et géographique est d'actualité et nécessite donc une approche multidisciplinaire (Curtis, Riva, 2009). Car, si la maladie est un fait biologique, l'épidémie est en grande partie un fait social qui inclue le biologique, l'économique, le social, le culturel, le psychologique, le juridique et le religieux (Berthé et al., 2009; Farmer, 2006; Fay, 1999). Les sciences sociales analysent les rapports entre la société, la culture et la santé, elles sont donc aujourd'hui plus que jamais sollicitées pour analyser dans toute sa complexité le rapport de l'homme et de sa santé. La géographie utilise naturellement une « *pluri, inter ou transdisciplinarité* » (Veyret in Moine, 2007 ; Salem in Thumerelle, 2001; Pichard in Vigneron, 1994). La recherche s'appuie très souvent sur des bases épidémiologiques pour définir les territoires pertinents d'études ou sur le résultat d'études comportementales pour justifier les populations d'études.

La géographie de la santé a rencontré plus de difficultés que les autres sciences sociales à se faire accepter en tant que discipline d'études sur la santé. Celle-ci a été longtemps considérée comme la « *mal-aimée* » de la géographie française (Salem, 1995). Pourtant, la géographie de la santé est multidimensionnelle et propice au recoupement de plusieurs disciplines/thèmes.

D'ailleurs, de nos jours, le constat est inverse, de nombreuses disciplines (sociologie, épidémiologie...) empruntent à la géographie les concepts de territoire et d'effets de lieux sur la santé (Dunn, Cummins, 2007; Macintyre, Ellaway, Cummins, 2002; Diez-Roux, 1998).

Du point de vue méthode, la géographie africaniste a dû rapidement se rapprocher d'autres sciences sociales (anthropologie). L'étude de la maladie renvoie à des interrogations universellement valides: le rapport au corps, le sentiment religieux, les croyances, l'interaction entre l'individu et le social... En revanche, les réponses sont souvent différentes selon les sociétés. La façon dont la maladie est vécue et expliquée détermine la façon dont elle doit être combattue dans un contexte social donné (Morin, 2007). Le VIH/SIDA change le rapport au corps et aux liquides les plus précieux et sacrés (lait, sang, sperme..., Héritier in Moumen-Marcoux, 1993).

Pour l'ensemble des maladies, l'élucidation des facteurs de risques sanitaires requiert des programmes de recherches interdisciplinaires pour mieux démêler les nombreux déterminants en jeu dans les questions de santé.

Les sciences sociales sont très attendues dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA notamment pour leurs évaluations. La marginalisation des sciences sociales vis-à-vis du VIH/SIDA doit être réexaminée (Becker, Dozon, Obbo, Touré, 1998). Les sciences sociales décomposent les combinaisons entre les éléments pour les considérer individuellement tandis que la géographie prend la combinaison comme objet d'étude. Elles dénouent, un à un, les nœuds et entrecroisements dans lesquelles les maladies se trouvent. Les informateurs maliens de Claude Fay appellent le SIDA « *la nouvelle maladie d'entrelacement* » (A.N.R.S., 1997).

1.2. Le modèle PRECEDE-PROCEED

1.2.1. Description du modèle

Pour établir la liste des facteurs qui influent sur les maladies, des outils conceptuels sont utilisés pour penser la complexité plutôt que de la disséquer ou l'ignorer. Green et Kreuter ont construit un modèle de planification pour l'élaboration d'interventions en prévention. Ce modèle décrit les facteurs qui prédisposent au comportement (valeurs, croyances, attitudes, perceptions), le facilitent (habiletés, ressources) ou le renforcent (gains ou résultats visibles, support des pairs)¹⁶.

Dans les projets de développement, une réflexion opérationnelle est nécessaire sur l'application des outils de communication d'où l'utilisation incontournable de l'approche systémique.

Si différents modèles existent, le modèle PRECEDE-PROCEED a été choisi car contrairement à d'autres, il a déjà été utilisé dans le cadre de projets en développement. Ce modèle émane du monde anglophone de la promotion de la santé. Cette origine et sa multidisciplinarité (modèles issus de plusieurs disciplines : épidémiologie, sciences sociales, comportementales et de l'éducation) a conforté notre choix.

Pour Green et Kreuter, concepteur du modèle, la promotion de la santé est « *toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé des individus, de groupes ou de collectivités.* » (Green, Kreuter, 1999)

1.2.2. Méthodologie et utilisation du modèle

Le modèle met l'accent sur la planification des interventions et sur les résultats recherchés à partir de diagnostics (sociaux, épidémiologiques, comportementaux, environnementaux) directement en relation avec le(s) problème(s) ciblé(s). L'analyse du problème sanitaire se concentre sur les explications des déterminants des comportements en santé (déterminants éducationnels). Le diagnostic institutionnel permet de compléter l'analyse de situation à un niveau macroscopique.

La lecture du modèle se fait de droite à gauche, du diagnostic épidémiologique et social au diagnostic comportemental vers les déterminants éducationnels pour arriver au diagnostic institutionnel. Des boucles de rétroactions existent dans sa construction et son utilisation (Green, Ottoson, 2006). Le

¹⁶ L'acronyme PRECEDE signifie « *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation* » c'est à dire « *les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic.* »

L'acronyme PROCEED signifie quant à lui « *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development* » c'est à dire « *Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental.* »

modèle se construit à partir du vécu des acteurs qui œuvrent dans la lutte contre les problèmes de santé. Il doit être source de débat.

1.2.3. Pourquoi utiliser ce modèle ?

Plusieurs avantages penchent en faveur du choix de ce modèle. Tout d'abord, le modèle permet une planification plus opérationnelle des activités avec la définition de résultats attendus mesurables pour une ou plusieurs populations bien déterminées. Une analyse complète basée sur une approche systémique fait, en général, apparaître d'elle-même les axes stratégiques pertinents. Les composantes du modèle peuvent être traduites en stratégies d'intervention.

Par ailleurs, sa capacité d'adaptation aux différentes problématiques et à ses différentes formes d'utilisation est importante. Le modèle peut être utilisé dans un contexte d'action, de recherche, d'analyse de situation ou transversale à ces différentes utilisations. Avec des mises à jour régulières, cet outil d'analyse ou d'évaluation est dynamique avec des critères variés et souples (ajouter ou retirer des composantes): cohérence, pertinence, appropriation, globalité.

Enfin, ce modèle facilite le dialogue car il donne un objectif commun aux acteurs.

Les acteurs de la prévention notamment les professionnels de santé sont incités à identifier de façon exhaustive les facteurs qui interviennent dans le(s) problème(s) auquel (auxquels) ils sont confrontés. Ce modèle permet de dresser un diagnostic précis et détaillé.

1.2.4. Les différents diagnostics du modèle

Le modèle PRECEDE-PROCEED fait partie des théories de causalité qui signifient que certaines causes engendrent tels effets (modèle Inputs-Outputs). Le modèle est décomposé en plusieurs diagnostics (Fig. 6).

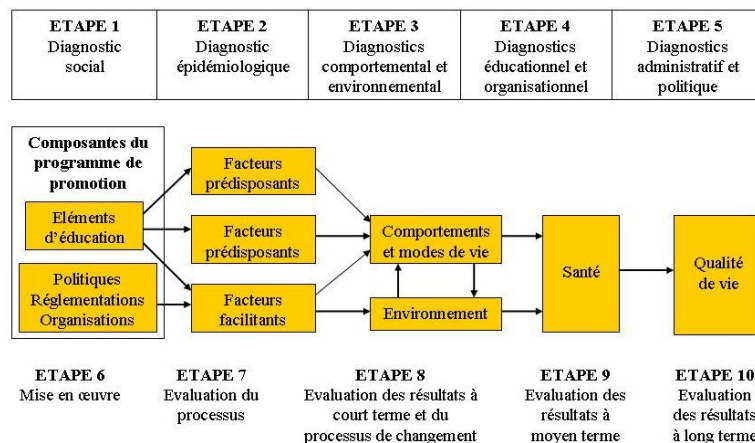


Figure 6 : Le modèle PRECEDE-PROCEED (La Santé de l'homme, 2007)

Le diagnostic social : les problèmes sociaux d'une communauté sont de bons indicateurs de la qualité de vie de celle-ci. Ces indicateurs intègrent deux dimensions, l'une quantifiable (emploi, chômage, niveau d'éducation, densité de population, logement...) et l'autre qualitative (obstacles des populations à l'amélioration de leur qualité de la vie, leur santé...).

Le diagnostic épidémiologique repose sur l'identification de problèmes épidémiologiques : incidence, prévalence, distribution du problème de santé... Ces données associées aux informations des publications scientifiques aident à une meilleure définition des priorités d'actions.

Le diagnostic comportemental/environnemental étudie les relations entre comportements et problèmes identifiés, en vue de dégager la causalité multifactorielle de situations à problèmes.

Le diagnostic éducationnel consiste à distinguer les comportements selon les facteurs « *déterminants* » classés en trois catégories : les facteurs « *prédisposants* » (connaissances, attitudes, valeurs, perceptions,...), les facteurs « *facilitants* » (aptitudes personnelles ou communautaires) et les facteurs « *renforçants* » (feedback ou « *rétroaction* » que la personne reçoit des autres quant au comportement adopté, avec effet d'encouragement ou de découragement).

Le diagnostic administratif/politique consiste en l'analyse de données du contexte administratif, institutionnel, réglementaire, organisationnel et politique qui influencent la mise en place d'un projet ou d'un programme.

1.3. Une ébauche de l'outil de promotion de la santé Preffi 2.0

1.3.1. Présentation de l'outil

Il est nécessaire de multiplier les études sur l'évaluation de la promotion de la santé, sur son efficacité et sur les données probantes qui permettent de l'argumenter. Aujourd'hui, la question n'est plus s'il faut ou non développer de la qualité mais de comment faire ? (Cambon, 2008) Des outils (Preffi 2.0, PromoSantéSuisse) permettent de définir des critères de qualité des interventions en promotion de la santé.

Plus qu'un instrument de mesure de l'efficacité des programmes, Preffi est un outil de pilotage et d'analyse de la planification. Il peut être utilisé dans la conception du projet, dans sa mise en œuvre ou dans son évaluation. Preffi est tout comme le modèle PRECEDE-PROCEED adapté à plusieurs types de projets quels que soient leur envergure (nationale, locale, communautaire).

Plusieurs objets d'analyse caractérisent cet outil:

1. *La pertinence* : les objectifs sont-ils justifiés par rapport aux problèmes ?
2. *La cohérence* : les stratégies répondent-elles aux objectifs ? Les objectifs sont cohérents entre eux ?
3. *L'implantation* : conditions, contextualisation de l'intervention ?

Quels sont les éléments qui rendent les programmes de promotion de la santé efficaces? Les programmes de promotion de la santé ne sont pas tous fondés sur des preuves d'efficacité, loin s'en faut. Bon nombre des programmes « *estimés* » efficaces ne le sont en réalité que partiellement.

Les études sur les effets des programmes de promotion de la santé ont produits beaucoup d'informations mais leurs résultats sont rarement appliqués. Par ailleurs, le chercheur néglige souvent de donner des détails sur les conditions contextuelles (temps, financement, soutien) et les circonstances (contexte local, social, culturel, économique) dans lesquelles les effets des interventions ont été obtenus. Pourtant, ces

détails sont nécessaires pour décider s'il faut adapter l'intervention dans d'autres contextes (réplication) ou si elle doit être modifiée.

L'outil accorde une importance particulière à trois ressources essentielles : l'engagement des acteurs, les moyens disponibles et l'expertise et les compétences du responsable du projet. Il est accompagné d'un « *guide explicatif* » qui décrit les indicateurs associés aux différentes phases de la démarche et analyse leur importance pour l'efficacité du projet. Chaque indicateur se voit attribuer un niveau de preuve selon qu'il est fondé sur des données de la recherche, de l'expérience pratique ou de la logique et du sens commun. Pour chacun des indicateurs, trois options d'appréciation, « *faible* », « *moyen* » et « *fort* » sont proposées. L'objectif n'est pas en de juger mais de les utiliser pour identifier les points d'amélioration importants et réalisables.

Le questionnaire reprend les différentes phases d'une démarche de projet c'est-à-dire l'analyse du problème, les déterminants, les destinataires, les objectifs, la conception de l'intervention, la mise en œuvre et l'évaluation. Huit critères sont développés :

1. *Les conditions contextuelles* : le soutien et l'engagement, la capacité, le leadership, l'expertise et les caractéristiques du chargé de projet et le point de mire pour le leadership,
2. *L'analyse des problèmes* : la nature, la gravité et l'ampleur du problème, la répartition du problème et la perception du problème par les intervenants,
3. *Les déterminants du problème* : les comportements et le milieu, les modèles théoriques, la contribution des déterminants au problème, au comportement ou au facteur environnemental, la susceptibilité des déterminants au changement et les priorités et sélection,
4. *Le choix et élaboration d'interventions* : le groupe cible, les caractéristiques générales et démographiques du groupe cible, les motivations et possibilités du groupe cible, l'accessibilité du groupe cible,
5. *Les cibles* : les objectifs correspondent à l'analyse, les objectifs sont spécifiques, précisés dans le temps et mesurables, les objectifs sont acceptables, les objectifs sont réalisables,
6. *L'élaboration de l'intervention* : la raison d'être de la stratégie d'intervention, l'adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et aux groupes cibles, l'expérience antérieure avec la ou les interventions, la durée, l'intensité et l'échéancier, la durée et l'intensité de l'intervention, le moment de l'intervention, l'adaptation au groupe cible, la participation du groupe cible, l'adaptation à la « *culture* », la techniques efficaces, la faisabilité dans la pratique existante, l'adaptation aux groupes cibles intermédiaires, les caractéristiques de la capacité de mise en œuvre de la ou des interventions, la cohérence des interventions/activités, les tests préliminaires,
7. *La mise en œuvre* : le choix d'une stratégie de mise en œuvre adaptée aux intermédiaires, le mode de mise en œuvre, l'adaptation des interventions de mise en œuvre aux intermédiaires, l'acceptation des fournisseurs par les intermédiaires, le suivi et la rétroaction, l'intégration à la structure existante,
8. *L'évaluation* : la clarté et l'accord sur les principes d'évaluation, l'évaluation du processus, l'évaluation des effets, un changement a-t-il été mesuré?, le changement a-t-il été causé par l'intervention?, la rétroaction aux intervenants.

1.3.2. Organismes consultés et méthodologie de récolte

Pour utiliser cet outil peu connu dans le monde et encore moins au Mali, il a fallu contacter certaines O.N.G. et associations par Internet pour leur présenter l'outil Preffi via l'envoi de certains articles (Cambon, 2008; Molleman, Ploeg, Hosman, Peters, 2004; Molleman, Peters, Hommels, Ploeg, 2003 ; Molleman; Molleman).

Pour réaliser ces questionnaires sur place, du temps a été nécessaire pour bien expliquer chaque question et expliquer l'objectif final : déterminer sur quels points l'organisation en question peut s'améliorer. Il n'était en aucun cas question de juger ou de critiquer mais de tenter d'apporter quelques réponses. Le questionnaire de 28 pages a été long à passer d'où un nombre limité d'organisations rencontrées (N=32, Fig. 7).

<i>Outils</i> PREFFI 2.0 <i>N = 32</i>	Enda Mali, Danayaso, Mali-Enjeu, Samu Social Malien, Cerdepe, Stop SIDA, Jigi, IDS, Family Care International, Co-Gimpds, Amifa, ADAP, C.A.R.D., A.D.E.S., Alutas, A.S.E.M., A.S.G., D.H.A., F.N.A.M., Grysi, Muso Danbe, A.R.C.C., Gadic, Action Couverture et Développement, Kamuya Mali, Grade Banlieue, F.E.M.A.T.H., Amac, Amas, A.D.T., Cefarad, A.M.P.D.R.
---	---

Figure 7: Organisations Non-Gouvernementales ayant participées à la récolte de données avec l'outil Preffi 2.0.

Pour faciliter la passation de cet outil, les organisations rencontrées ont été des organisations déjà connues, de confiance et qui ont une expérience en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

1.3.3. Présentation des résultats

Chaque catégorie citée précédemment (2.1.3.a.) se compose en plusieurs pages sous la forme suivante (Fig. 8).

Catégorie 2: Analyse du problème

2.1. Nature, gravité et étendue du problème

Questions :

1. Le problème est-il clairement décrit ? oui non
2. Le problème est-il répandu dans le groupe ou dans la communauté ? oui non

Questions supplémentaires :

3. Les déterminants sociaux sont-ils clairement décrits ? Il peut s'agir d'indicateurs tels que le chômage, le revenu, la peur de la criminalité, la discrimination raciale, la toxicomanie, le recours aux services sociaux ou la situation sur le plan du logement. oui non
4. Les conséquences sociales sont-elles clairement décrites comme la mortalité (taux de mortalité, espérance de vie), les maladies et troubles, les handicaps légers, les invalidités, les nuisances, les dépenses de santé, l'absentéisme... ? oui non
5. Les conséquences économiques telles que les coûts des équipements, les coûts des soins médicaux, les coûts des mesures, la perte de revenus due à la tentative de résolution ou de limitation du problème... sont-elles clairement décrites ? oui non

Appréciation :

- Faible : question 1 = non et/ou question 2 = non et/ou question 3 = non
- Moyen : questions 1 à 3 = oui et question(s) 4 et/ou 5 = non ou non évaluable
- Fort : questions 1 à 3 = oui et question(s) 4 et/ou 5 = oui

Feuille de notation

		non analysable	faible	moyen	fort	
Analyse						
2 Analyse du problème						
2.1	Nature, gravité et étendue du problème					
2.2	Distribution du problème					
2.3	Perception du problème par les acteurs					note
3 Déterminants						
3.1	Fondements théoriques					
3.2	Identification des déterminants					
3.3	Capacités d'invoquer des déterminants					
3.4	Priorités et sélection					note
Programmation de l'intervention/des interventions						
4 Groupes cibles de l'action						
4.1	Caractéristiques générales et démographiques des groupes cibles					
4.2	Motivations et aptitudes au changement des groupes cibles					
4.3	Accessibilité des groupes cibles					note
5 Objectifs						
5.1	Objectifs du projet					
5.2	Les objectifs sont spécifiques, précisés dans le temps et mesurables					
5.3	Les objectifs sont acceptables					
5.4	Les objectifs sont réalisables					note

Figure 8 : Exemple de catégorie de question et de formulaire de notation de l'outil Preffi. Suivant les réponses « oui » ou « non » récoltées, le chercheur remplit la feuille de notation en considérant l'effort de l'organisation comme : non analysable, faible, moyen ou fort (Fig. 8). Pour présenter nos résultats dans le corps du texte, nous utiliserons le format suivant (Fig. 9).

Catégorie ou item présenté		
<i>Faible</i>	<i>Moyen</i>	<i>Fort</i>
%	%	%

Figure 9 : Présentation des résultats de l'outil Preffi

Si les outils sont importants à connaître et à maîtriser, leur utilisation ne peut être formatée à tous les milieux et tous les lieux. Le chercheur doit nécessairement adapter sa méthode, et donc ses outils, à son terrain.

2. Adapter la posture du chercheur au terrain d'étude

« Celui qui s'informe à l'avance, se trompe rarement. » (Proverbe Bambara)

= « Le voyageur ou le touriste a intérêt à s'informer sur son parcours.... »

Le chercheur doit s'adapter au contexte dans lequel il va mener sa recherche notamment quand elle se déroule dans un pays où la différence se voit « à l'œil nu ». Le chercheur peut sélectionner différentes modalités d'adaptation (temporelle, vestimentaire, langagière...).

2.1. Bien expliquer les objectifs de la recherche

Le chercheur, quel que soit son origine, doit pouvoir utiliser la vision « étique » (de l'extérieur) et ajouter la vision « émique » (de l'intérieur) acquise par l'immersion culturelle et sociale (Bargès, 1998). Il est nécessaire de comprendre et de s'habituer aux habitudes et coutumes du lieu.

Au Mali, la convivialité et la loquacité des échanges sont primordiaux (3.2.4.). Lors de la prise de contact, il a été important de bien savoir sous quel profil se présenter. Les questions liées aux statuts et à la hiérarchie sont très prégnants. Les premiers mots, les premières phrases instaurent le climat de la rencontre avec la personne. Généralement, ce genre de recherche ou de prise de contact est lié à un repérage de partenaires potentiels pour une institution du Nord. Les organisations rencontrées le savent et ne le néglige pas. Bien qu'en se présentant en tant qu'étudiant, beaucoup d'entre-elles ont aspirés et aspirent toujours à la mise en place de projets (De Noray, 2000). Cette quête crée une « gêne » chez les « experts » étrangers (Berche, 1996). D'ailleurs, les discours sanitaires locaux n'affichent que très rarement les besoins mais s'adaptent à l'offre de financement (Jaffré, 1999).

Lors de la prise de contact, il s'agissait bien d'une démarche « volontariste ». Les interlocuteurs se sont souvent contentés au premier contact d'une brève visite plus ou moins protocolaire. Seulement, si les organisations ont élaboré une certaine faculté à développer un « vernis », celui-ci ne résiste qu'à la première rencontre. Pour cela, de nombreuses organisations ont été vues plusieurs fois lors du même séjour ou lors de séjours différents. La cohérence du discours lors de ces rencontres a été un bon indicateur de fiabilité.

Une question se pose : la population et les acteurs accueillent-ils de la même manière un scientifique étranger ? Les enquêtes d'Anne Doquet (2007) montrent la faible quantité d'écrits sur la population dogon produits par les dogons eux-mêmes...

Deux faits expliquent ce constat. Premièrement, il ne faut pas concurrencer les vieux sages. Deuxièmement, les chercheurs ont peur. Car, si la curiosité est un défaut acceptable chez l'étranger qui ignore les interdits, tabous et autres sujets délicats à aborder, si elle est tolérée chez le visiteur dont l'autorité s'impose, elle est en revanche insupportable de la part d'un autochtone qui ferait ainsi voler en éclats les règles de conduites sociales.

Un objectif de notre recherche a été de voir dans quelle mesure ce type d'approche, développé dans des contextes occidentaux peut être appliquée dans un autre contexte (Sauvain-Dugerdil, Wahab-Dieng). Certains chercheurs en sciences humaines reconnaissent un malaise vis-à-vis des hommes qu'ils interrogent et dont ils doivent interpréter les réponses, une « *désocialisation des auteurs* » (Magassa, Meyer, 2008). Les matériaux oraux qu'ils collectent et retranscrivent acquièrent quelques fois une dimension lourde, voire embarrassante notamment dans un contexte où émettre des critiques reste délicat (8.1.1.a., Doquet, 2007).

Certaines rencontres se sont déroulées dans un cadre totalement informel sans prise de rendez-vous lors de notre passage devant une organisation. Ce cadre informel est une réalité au Mali. Le temps et les difficultés de formaliser les rencontres nous ont obligés et confortés dans cette approche.

2.2. Garder une trame informelle

Un faible respect existe envers les règles formelles (De Sardan, 2010) d'où notre adaptation dans la prise de contacts et le déroulement méthodologique (entretiens semi-directifs ; Berthé et al., 2009; Dakouo, Koné, Sanogo, 2009).

Enormément de critères interagissent et entrent en jeu dans l'analyse d'une structure. L'analyse ne peut alors être que qualitative. Cependant, pour éviter une trop grande subjectivité et une analyse superficielle, les repères méthodologiques restent importants.

Il n'existe pas une méthode dans l'absolu. Toute démarche d'entretiens pose des questions sur les résultats que l'on attend, les objectifs qu'on lui assigne et les moyens disponibles. La manière de mener l'étude, son degré d'approfondissement, dépendent du contexte, des thèmes (généraux/sectoriels), des espaces concernés (quartiers/villes) et des objectifs.

Pour favoriser un bon climat d'échange, trois aspects ont du être maîtrisés.

Tout d'abord, connaître a minima le bamanan (langue des bambaras), langue la plus utilisée par les populations et les acteurs. La maîtrise des salutations a été très utile saluer les acteurs et lancer les échanges.

Ensuite, nous avons utilisé un « *pont culturel* », le « *senankuya* » (cousinage) pour créer un climat chaleureux lors de ces rencontres.

Enfin, l'adaptation temporelle et territoriale pour atteindre et rencontrer ces deux publics a été nécessaire.

2.3. Langue bamaman

2.3.1. L'élaboration du questionnaire de l'enquête quantitative

« *Quand tu veux connaître quelqu'un, il faut lui poser des questions.* » (Proverbe Bambara)

Le pré-test de l'enquête quantitative a été indispensable pour apporter les corrections nécessaires à l'élaboration de l'enquête définitive. Tout d'abord, de déterminer si le questionnaire répondait bien aux objectifs de la recherche. Ensuite, de prévoir, anticiper ou résoudre les éventuels problèmes liés à la

passation du questionnaire et au temps nécessaire. Enfin, de recueillir les premières réactions des enquêtés notamment sur la bonne formulation des questions.

Suite à ce mois de tests (381 questionnaires), le questionnaire final a été élaboré. Le travail de formulation a été approfondi en janvier 2008 avec des rendez-vous hebdomadaires avec les étudiants. L'adaptation du questionnaire était primordiale. Trop souvent, des formulaires pré-consus (modèles de changements de comportements) ne sont pas bâtis pour capturer à l'échelle locale les croyances en santé et échouent (Gueye, Castle, Konaté, 2001).

Singy (2004) a montré que la bonne formulation des questions est essentielle notamment dans l'utilisation de la formule « *est-ce que* ». Au moment d'un entretien sur le SIDA, l'enquêteur pose inévitablement des questions sur la sexualité. Celles-ci peuvent apparaître, aux yeux de l'enquêté, comme chargées de connotations plus ou moins normatives. Aussi, deux formulations différentes de la même question¹⁷ peuvent engendrer des réponses différentes. La formulation « *est-ce que* » est souvent utilisée par les enquêteurs pour ne pas choquer les enquêtés sur certaines questions taboues (religion, tabac, sexe, alcool).

Les enquêteurs ne devaient en aucun cas influencer les répondants. Il a donc été très important de pouvoir construire ce questionnaire avec les enquêteurs (étudiants) pour qu'ils formulent eux-mêmes les questions. Si le questionnaire était rédigé en français, les enquêteurs ont dans la majorité des cas dû faire la passation en bamanan pour se faire comprendre et mettre à l'aise le répondant. Pour cela, la traduction du questionnaire a été faite¹⁸.

Les questions devaient également être non ambiguës et ordonnées de manière logique. Les questions délicates qui pouvaient susciter un refus de réponse n'ont pas été abordées trop tôt dans le questionnaire pour ne pas choquer notamment les populations les plus âgées.

2.3.2. Adapter la méthodologie aux pratiques langagières locales

« Avec le sang et le sexe, la parole est aussi une des bases de la vie sociale. Son utilisation malfaisante contribue à expliquer l'apparition de la maladie. » (Bargès, 1996)

L'accès à la culture locale est inséparable de la parole des acteurs et de la compréhension de la langue (C.E.M.AF., 2007). L'une des difficultés est la non-superposition des nosologies locales et occidentales. Nous avons donc adapté notre terminologie aux jeunes via les actes verbaux/non verbaux et mots de passe qui existent pour échanger sur la sexualité et le SIDA. Certains mots ne doivent pas être utilisés dans certaines circonstances publiques de peur de blesser ou choquer les personnes et auditoire. Des terminologies permettent de parler plus ouvertement de ces sujets difficiles: « *l'intérieur de l'homme est un cadenas dont la langue est la clé* » (Proverbe Bambara).

« Tu es très fort en Bambara, dis donc! » [71]

¹⁷ Question A : « *Est-ce que vous utilisez toujours des préservatifs avec votre partenaire ?* » / Question B : « *Vous utilisez toujours des préservatifs avec votre partenaire ?* »

¹⁸ Exemples de traductions :

- *A quel âge avez-vous pour la première fois eu des rapports sexuels?*

= *I chi toun bè san djoli la , chigné folo min kafognogonya tèmèna ini mogo tiè?*

- *Quelles étaient les sources de ces messages ?* = *I yé o koumaw mè min?*

- *Pensez-vous qu'une personne qui paraît en bonne santé peut en fait être infectée par le VIH, le virus qui cause le SIDA ?*

= *E yèrè fè, mogo min bolen bè kènè bato fè, SIDA bana kisè bé séka yè(soro) a djolilawa?*

« *Cher Seyba, un grand merci pour tes vœux aimables (nouvel an) que tu as su nous transmettre si bien en Bambara. Que Dieu te protège et te rende au centuple la joie que tu m'as donné en lisant ton message ce matin. Ca me fait toujours quelque chose de voir un Toubab parlé ma langue ! Ca casse toutes les barrières quand on parle la langue de l'autre. Tu corriges une lacune des français que les américains (Corps de la Paix) ont compris depuis longtemps. Le grand secret de l'amitié entre les hommes se passe dans les langues.* » [67]

« *Bravo Seyba Coulibaly et quelle belle maîtrise de la langue !* » [72]

« *Bonjour Sébastien, le vrai bambara des français !* » [26]

« *Seyba, merci pour ces proverbes qui s'y réellement à notre situation¹⁹.* » [73]

« *Bonjour Sébastien, merci pour ton message en ce moment difficile pour nous au Mali²⁰. Tes proverbes sont bien adaptés au contexte, tu es un véritable malien maintenant. Ton message est parti droit au cœur.* » [21]

« *Bonjour mon esclave Coulibaly. Je suis très contente de te lire à chaque email car tu es plus malien que moi qui ne sait écrire aucun mot en bambara.* [26]

Notre méthodologie mixte a nécessité des compétences en bamanan notamment pour les termes médicaux. Des inadéquations de traduction dans le secteur médical existent entre le français et le bamanan. Pour cela, l'approche lexicale du corps souffrant de Yannick Jaffré a été utilisé (Jaffré, 2008). Très souvent, le bamanan et le français se mélangent (Dunning, Harrison, 2010; Mbodj-Pouye, Van den Avenne, 2007), le bamanan subissant l'influence du français (lexical, phonétique, morpho-syntaxique). Les deux langues occupent une position privilégiée, se croisent et s'épaulent plus qu'elles ne se concurrencent.

Bamako, comme la grande majorité des villes et régions du Mali, parle aujourd'hui majoritairement le bamanan. Le bamanan est devenu ces dernières années la langue d'intégration en ville, symbole de modernité et ce, même si elle s'est également développée dans les campagnes même les plus éloignées (Dumestre, 1998; Dumestre et al., 1994). Les trois quarts de la population malienne utilisent le bamanan ce qui est bien au-delà de son territoire «ethnique» (centre-sud). De nombreux facteurs ont joué en sa faveur : le développement de l'administration, des communications (routes, voie ferrée, radio, télévision), des grandes religions (principalement de l'Islam) ou le commerce.

Lorsque les maliens sont éloignés de leur région d'origine, les éléments culturels qui font leur particularité ne sont plus vécus au quotidien chez les migrants. Les maliens qui résident en France perdent progressivement leur langue d'origine et leur identité ethnique dans la mesure où « être peul ou bambara ne signifie rien » dans la société d'accueil. L'ensemble des migrants sont alors assimilés à des « africains » ou à des « maliens » (Rey, Van Den Avenne, 1998).

Dès la deuxième génération, le bamanan devient la langue exclusive à l'extérieur du milieu familial. Pour la troisième génération, la « langue des pères » a disparue du répertoire des Bamakois tandis qu'apparaît

¹⁹ Problèmes géopolitiques et nationaux au Mali en mars 2012

²⁰ Problèmes géopolitiques et nationaux au Mali en mars 2012

pour une petite partie de la population, la langue officielle (le français). Le français est lié au monde de l'écrit, de l'officiel tandis que les autres langues sont réservées à l'oral (le convivial, le quotidien). Certaines populations marginalisées parlent peu le français (Dorier-Apprill, Van den Avenne, 2001).

2.3.3. L'utilisation de proverbes bamanans

Dans le corps du texte, nous allons utiliser des proverbes issus de la culture malienne, bamanan ou africaine en général. Ces proverbes sont importants car ils montrent combien certaines pratiques ou situations peuvent s'expliquer par des principes culturels. Le chercheur étranger comme n'importe quel acteur doit intégrer ces aspects culturels.

2.4. Le « senankuya »

2.4.1. Définir le « senankuya »

Le cousinage à plaisanterie « *senankuya* » est un « *pacte social* » (Canut, Smith, 2006). Il est traduit tour à tour de « *relations à plaisanteries* », « *cousinage à plaisanterie* », « *joking relationships* » ou « *alliance à plaisanterie* ». La variété des pratiques ne permet pas de réduire ces relations à un terme générique. Bakary Soumagno (un chef griot malien) utilise d'ailleurs toutes ces expressions (Fouéré, 2005).

Cependant, une confusion existe souvent entre alliance et parenté à plaisanterie alors que ces deux expressions ne sont pas synonymes (Napon, 2006). Adamou Barké distingue ces termes :

1. Le « *cousinage à plaisanterie* » regroupe tous les cousins croisés issus de familles ou de groupes assimilés à des familles (clans, ethnies, castes) « *quelle que soit la position sociale des parties impliquées dans l'échange verbal* » (Douyon, 2006).
2. La « *parenté à plaisanterie* » signifie que les deux groupes ont un lien de parenté et de consanguinité contractée par un mariage entre deux groupes ou deux familles (Sissao, 2002).

Le terme « *d'alliance à plaisanterie* » signifie quand à lui que deux groupes sociaux quelconques (villages, quartiers, ethnies, clans, castes et autres groupes familiaux) peuvent librement s'allier les uns aux autres (Sissao, 2002).

2.4.2. Pourquoi utiliser le « senankuya » ?

« *Le grand savoir s'accommode de la plaisanterie.* » (Proverbe Malien)

Les nécessités de la vie moderne exigent des populations africaines de plus recourir à l'écrit. L'écrit a été longtemps le privilège des élites urbaines, symbole de l'administration coloniale et donc enjeu de pouvoir. La communication usuelle et quotidienne au Mali utilise simultanément l'oral et l'écrit. Cependant, la société reste dominée par l'oralité. Le Mali est reconnu pour la richesse de ses traditions orales transmises de générations en générations. La communication individuelle ou de groupe est régie par de nombreuses procédures qui sont variables selon les sociétés, les milieux, la nature de la rencontre et la « *qualité* » des protagonistes. En effet, le statut du locuteur ainsi que le contexte de la rencontre sont les conditions majeures de l'efficacité de la parole. La parole et la communication structurent la

société, elles sont porteuses de valeurs et de confiance. Cette communication obéit donc à ces procédures dont l'ignorance ou l'inobservation peut conduire à des blocages.

Pour un étranger, il est donc très important de connaître ces mécanismes et plus généralement, les us et coutumes qui influencent les relations interpersonnelles et intra-communautaires. L'apprentissage des principales salutations en bamanan a facilité grandement les approches. La position d'étudiant étranger qui connaît à minima la langue, la culture et le *senankuya* a facilité l'accès à l'information. Ces apprentissages ont permis sur un mode pacifique, car non sérieux (plaisanterie) de nuancer les possibles tensions qui naissent du contact avec un étranger. Le fait de se présenter dès le premier contact téléphonique ou visuel par le biais de ces relations à plaisanteries posait le cadre de la rencontre. La qualité des échanges passe également par l'intonation de la voix, les mimiques du locuteur et un ensemble d'indices verbaux et sociaux dont font partie ces apprentissages. Les chercheurs doivent intégrer dans chaque discipline ou domaine des éléments qui appartiennent à la culture et aux traditions locales (Easton, Belloncle, 2000). Les « *relations à plaisanteries* » ont été utilisées pour permettre de faire connaissance, d'entrer en relation sur un mode très particulier mais en lien avec le contexte malien. Les plaisanteries échangées contribuent à détendre l'atmosphère, à établir un climat de confiance, de « *provoquer un relâchement, [...] une détente* » (Nyamba, 2001). Le *senankuya* a une dimension théâtrale de jeu interactif et de rire. Le *senankuya* peut, lors d'un différend, faire baisser la tension (Doumbia, 2002) et annuler les motifs de mésententes probables avec son vis-à-vis. Les marges de libertés d'actions octroyées aux « *joueurs* » ne sont marquées par aucune contrainte apparente (Barké).

« *L'homme n'a ni queue, ni crinière, le seul point de préhension est sa parole.* » (Douyon, 2006)

Ces relations accentuent les révélateurs car elles marquent la différence. Cependant, le cousinage joue à la fois le rôle de « *frontière symbolique* » et de « *passeur* ». Autrement dit, c'est par l'affirmation de la différence que sont construites et maintenues les frontières sociales (autochtones/étrangers, Fouéré, 2005). Ces relations instituent du lien social dans une société multiculturelle (Konaté, 2001). L'alliance de deux cousins reconnaît leur existence distincte au lieu de la nier ou de l'ignorer et crée donc un point de passage (Smith, 2004). Les relations à plaisanteries sont l'exact opposé des relations dites « *d'évitements* » qui existent par exemple entre membres du groupe familial (respect excessif qui induisent des interdits de rencontres ou d'échanges de paroles). Elles permettent d'évacuer ces contraintes imposées par l'ordre social (Radcliffe-Brown in Fouéré, 2005).

Le *senankuya* est enseigné à différentes échelles : à l'échelle du continent pour limiter les conflits mais également à l'échelle micro-locale pour la « *résolution non-violente de conflits en milieu scolaire* » (Unesco, 2002). Ces relations mettent en rapport des communautés historiquement, culturellement et économiquement plus ou moins autonomes. Les auteurs ne sont pas unanimement d'accords sur l'importance de ces relations dans la relative absence de conflits en Afrique de l'ouest en comparaison de certaines autres régions d'Afrique. Cependant, leur promotion par le biais d'associations au Burkina Faso ou de sessions de formations organisées au sein des écoles montrent que celles-ci sont importantes dans la résolution de conflits (Canut, 2004; Unesco, 2002; Konaté, 2001).

L'importance des relations à plaisanteries dans la politique et la société est telle qu'une recherche appliquée a été effectuée au Burkina Faso. Ces relations sont mêmes devenues l'axe prioritaire du Centre National de la Recherche Scientifique dans le pays avec le développement d'associations de promotion de la parenté à plaisanterie. Le cousinage suscite un intérêt grandissant dans les milieux universitaires en Afrique de l'ouest et ce, dans des disciplines différentes (Barké).

2.4.3. Les règles du « senankuya »

Sous le couvert de la plaisanterie et du jeu, le cousinage est souvent utilisé pour régler des problèmes sérieux, mais il est primordial d'en connaître les règles (Dolumbia, 2002) :

1. Connaître les cousins patronymiques en déterminant quel est le patronyme de son interlocuteur pour le classer dans l'un des trois camps (de son côté, du côté de ses cousins ou dans le camp neutre).
2. Connaître les cousins ethniques en cherchant à le classer dans l'un des trois camps cités précédemment car quelques fois, le patronyme ne suffit pas pour le classer ethniquement.
« *Etes-vous un Cissé qui porte un stylo ou un Cissé qui porte un bâton ?* ». Le patronyme Cissé signifie que l'interlocuteur peut être de famille maraboutique, forgeronne ou griote.
3. Connaître les équivalences patronymiques par exemple : Trawele = Dembélé = Konaté = Keïta.
4. Ne jamais avoir l'intention de nuire en plaisantant avec son cousin car l'intention vaut déjà l'action (Radcliffe-Brown in Smith, 2004).
5. Ne pas se mettre en tête que l'interlocuteur veut nuire en plaisantant permet les plaisanteries les plus osées. Dans les milieux très influencés par l'Islam, les cousins évitent tout de même certains excès.
6. Veiller à ne pas confondre une caste supérieure et une caste inférieure.

Si le cousinage donne l'impression que deux cousins peuvent se rallier sur tout, d'autres codes et règles subsistent comme la prohibition de l'adultère ou émettre des insultes sur les défauts physiques ou moraux de l'homme, de la femme ou de la famille du parent à plaisanterie. D'autre part, il ne faut pas insulter la mère, celle-ci détient un statut privilégié dans la société (fécondité, sauvegarde de la tradition).

Ensuite, il est interdit de violenter ou de verser le sang de l'allié à plaisanterie même si certaines cérémonies peuvent « *exorciser* » la transgression.

Enfin, il est interdit d'insulter l'individu mais possible d'insulter le groupe auquel il appartient pour montrer la supériorité de son groupe d'appartenance sur l'autre (Sissao, 2002).

2.4.4. Une pratique commune aux territoires, aux populations et aux ethnies

Cette pratique langagière est très présente en Afrique notamment en Afrique de l'Ouest (Sénégal, Gambie, Guinée, Burkina Faso, Dunning, Harrison, 2010 ; Konaté, 2001) notamment sur l'espace des anciens empires (Ghana, Mali). Seulement, des variations dans les pratiques du cousinage existent (Touaregs au Mali, Diolas au Sénégal ; O'Bannon, 2005). Ces relations sont tellement importantes que les sites Internet touristiques du Mali et du Burkina Faso les mettent en avant dans les aspects culture locale (Sissao, 2002).

Les relations à plaisanteries sont appelées différemment selon les pays²¹ (Canut, 2006). A l'échelle du Mali, elles sont nommées « *mangu* » chez les dogons, « *tububusha* » en tamashek ou « *senankuya* » en bamanan. Des similitudes se retrouvent entre patronymes, entre les Diarra (bamanan) qui équivaut à N'Diaye (sereers, soninkés, toucouleurs, wolofs) ou aux Koné (malinkés) (Unesco, 2002).

Cette pratique unit différents groupes d'Afrique de l'ouest et crée un même espace territorial de cohabitation d'où l'intérêt supplémentaire de son utilisation au Mali « *carrefour* » de nombreuses ethnies. Elle est également inter-ethnique par exemple entre Bambaras et Peuls (Napon, 2006). ... La liste des groupes ethniques touchés par ce système de modération est longue²².

L'historique des relations de cousinage provient des légendes et traditions ancestrales notamment lors du partage des terres par Soundjata Keïta, le fondateur du Mali (au début du XIII^{ème} siècle). Les liens interethniques ont été édifiés à cette époque. Le Mali est le berceau de vieilles civilisations qui se sont manifestées sous forme de grands empires et de nombreux petits royaumes qui ont pris des ascendances momentanées les uns sur les autres avant le début de la conquête coloniale. Cette succession dans le commandement a amené les ethnies à se dominer à tour de rôle et a engendré au fil du temps des relations de cousinage.

Les échelles d'application de la parenté à plaisanterie se dégagent en trois groupes : les échelles sociales (alliances matrimoniales), les échelles générationnelles et les échelles territoriales (villages, groupes ethniques). A l'échelle locale, le *senankuya* existe dans toutes les localités. Si certains quartiers concentrent certaines ethnies, ces concentrations ne seraient pas liées au cousinage (Dunning, Harrison, 2010).

2.4.5. Exemple de « *senankuya* »

Ces relations qui datent pour la majorité de très loin, empruntent des formulations et des stéréotypes assumés de la part des ethnies. Lorsque deux personnes de noms différents se rencontrent, celles-ci connaissent les liens qui les unissent (le respect d'un Coulibaly envers un Diarra).

Les étrangers se voient très souvent confier un nom local dès leur premier séjour (pour moi, « *Seyba Coulibaly* »). Cela permet, s'il est utilisé à bon escient, de mieux s'intégrer dans les réseaux et les groupes de population ou au contraire de marquer leur différence. Ce nom qui m'a été donné m'a garanti une certaine immunité accompagnée d'une pointe d'humour et de convivialité dans les échanges. D'ailleurs, c'est son patronyme que l'on annonce en premier lors des salutations ce qui permet une identification ethnique et sociale rapide si l'on connaît bien sûr, les codes qui régissent les relations à plaisanteries. Le patronyme « *Coulibaly* » représente un groupe fortement marqué les relations esclaves/maîtres, il est donc très souvent donné aux « *Toubabous*²³ » par les maliens pour jouer !

Les échanges entre ces groupes à plaisanteries fonctionnent typiquement sous cette forme :

A : « *Bonjour Coulibaly !* »

B : « *Comment vas-tu mon maître ?* »

A : « *Alors mangeur de haricots !* »

²¹ « *Utani* » en Tanzanie, « *senankuya* » au Mali, « *dendiragu* » et « *dakure* » au Burkina Faso ou « *banungwe* » en Zambie

²² Les Diarra et les Traoré, les Keïta et les Coulibaly, les Koné et Traoré, les Touré et Maïga, les Camara et Sylla

²³ « *Blancs* »

B : « *Nous sommes peut-être des mangeurs de haricots mais nous sommes aussi des guerriers et à l'origine du Mali grâce à Binto!* »²⁴

Les relations à plaisanteries peuvent apparaître violentes et agressives (jeu verbal, gestuel, insultes²⁵, menaces). Des propos injurieux peuvent être employés (nourriture, habillement, religion, langue, occupation de l'autre) sur ses pratiques culturelles (Smith, 2004).

« *Merci Seyba, je ne savais pas que tu étais Coulibaly. Ce n'est pas un des meilleurs choix de nom de famille, c'est d'ailleurs pourquoi on est dans cette situation car les Tourés sont toujours mal conseillés. Leurs conseils préférés sont les Coulibaly qui leurs font toujours des crocs en jambe. Je sais que tu comprends que même les situations difficiles les Maliens font appel au cousinage donc merci Couloubalyké.* » [12]

Ces relations comportent des préceptes de non-agression, d'assistance mutuelle, de respect, de solidarité et de médiation en toutes circonstances (besoin d'argent, accidents... ; Fouéré, 2005). Lors d'un accident, si un lien de cousinage existe entre les deux personnes, les constats sont rarement rédigés car personne ne peut être considéré comme en tort.

Chacun se répercute la place d'esclave et de maître car la hiérarchie qui existe peut être réciproque. Cette « *abolition* » de la hiérarchie s'est avérée très utile lors de nos entretiens. Cela nous a facilité l'accès à certaines informations au sein d'institutions très marquées par leurs structures hiérarchiques. D'ailleurs, ces dernières sont souvent des obstacles à l'accès de données.

2.4.6. Quelle place pour le « *senankuya* » aujourd'hui ?

Ces relations à plaisanteries deviennent un des grands thèmes politiques en Afrique notamment pour la prévention des conflits interethniques. Le Mali connaît des troubles sécuritaires et terroristes dans le Nord du pays. L'Etat malien a bien compris l'importance de la dimension pacifique du cousinage (Barke) et capitalise cette pratique par le biais de la radio ou de la télé en insistant sur les notions d'entraide et de respect. Amadou Toumani Touré (ancien Président du Mali) l'a mis en avant lors de ses vœux à l'Assemblée Nationale du Mali en 2006 : « *lorsqu'un conflit survient, et nous en avons eu notre lot, la médiation interne, grâce aux structures et réseaux anciens, conduit à l'apaisement. Cela doit demeurer* ». Certains animateurs ou journalistes utilisent également ces relations lors de la présentation de certains faits divers.

Ce système traditionnel a joué un rôle important dans la résolution des crises politiques de 1992 à 1996 (conflits Touaregs). Ces différentes crises n'ont pas dégénéré en guerres civiles comme ce fut le cas ailleurs en Afrique Noire (Rwanda, Côte-d'Ivoire). Au Mali, à la question « *How much you trust people from various groups* » : taux de réponse « *trust completely + somewhat* », les enquêtés ont privilégiés la famille (97.7%), le voisinage (84.6%), une personne connue personnellement, une personne rencontrée

²⁴ « *Le senankuya s'extériorise aussi en présence du plat supposé être le préféré des senankuya : le haricot sous quelle que forme qu'il se présente. C'est un aliment très nutritif au goût agréable et peu cher; trois qualités qui font que cet aliment est apprécié de toutes les sociétés mandingues. Mais le haricot a la fâcheuse propriété de ballonner et de faire lâcher du vent quand on abuse. C'est pourquoi tout le monde en consomme mais personne ne veut que cela se sache: car, pour le mandingue, lâcher du vent en public est l'acte le plus malencontreux. Chacun se targue d'avoir de bonnes manières et accuse son sinankun de ne pas en avoir. Ainsi le haricot dont la consommation peut amener à être discourtois (aérophagie) n'est censé être consommé par aucune personne de qualité. C'est toujours l'autre qui mange du haricot; entendez par « l'autre » le « sinankun.* »

²⁵ « *Tu es mon esclave, tu ne mérites pas d'être face à moi, espèce de chien !* »

pour la première fois (35.6%), une personne d'une autre religion (64.2%) ainsi qu'une personne d'une autre nationalité (59.5%, World Values Survey, 2007).

Napon (2006) se pose la question inverse de la possible disparition des relations à plaisanteries ce qui ne semble pas être le cas au Mali.

Aujourd'hui, une « *senankuyamania* » se développe (Douyon, 2006), quand « *faute d'une vraie justice on transforme le principe identitaire en principe d'égalité. La particularité de la pratique du cousinage à plaisanterie dans les villes maliennes actuelles est sa grande fréquence en tous lieux, à tout moment et par tout le monde* ».

Cette tradition est régulièrement mobilisée dans les rhétoriques publiques par les politiques (De Sardan, 2010) même quand les circonstances ne n'y prêtent pas... Le but est alors de bénéficier des faveurs de l'opinion publique notamment des ethnies minoritaires (Dunning, Harrison, 2010). Les électeurs ont tendance à voter pour leurs « *alliés* » en se disant qu'en cas de problèmes (administratifs, politiques ou sociaux), l'allié élu serait plus prompt à intervenir qu'un membre direct de la famille, respectueux des règles d'aïnesse et de hiérarchie (Douyon, 2006). Les politiciens « *cousins* » sont d'ailleurs mieux évalués que les politiciens « *non-cousins* » (Dunning, Harrison, 2010).

Les relations à plaisanteries sont combinées avec d'autres pratiques et valeurs traditionnelles (solidarité familiale, respect des aînés, recherche du consensus ; Fouéré, 2005).

Les processus actuels donnent lieu à une « *nouvelle tradition* » ou « *néo-tradition* ». Car, si tous les maliens connaissent le *senankuya*, ils ne le pratiquent pas systématiquement et jamais de la même manière (buts, modalités). Certains jeunes urbains l'emploient sans nécessairement en connaître les référentiels idéologiques (Canut, 2006). Pour contrecarrer cette ignorance, de nombreuses activités sont organisées : ateliers d'initiations, matchs de football, soirées récréatives interethniques, alliances au sein du milieu scolaire, confection de documents pédagogiques, une journée nationale, colonies de vacances entre régions... (Canut, 2004). C'est en milieu urbain que l'on observe le mieux le dynamisme de l'alliance à plaisanterie car la ville est le lieu de rencontre de la culture traditionnelle et moderne (Napon, 2006). Le *senankuya* peut s'observer également entre deux villages pour faciliter les relations de proximité (exemple des villes de Namina et Sinsani en milieu bambara, Doumbia, 2002).

Si l'adaptation à la langue et à ces modalités est importante, les lieux dans lesquelles ces modalités sont utilisées le sont tout autant notamment pour aborder des sujets aussi difficiles que la sexualité et le VIH/SIDA.

Il n'est pas possible d'aborder ce thème directement dans la rue avec des inconnus sans avoir au préalable échangé et palabré un minimum. De même, il est nécessaire de connaître les acteurs locaux ou micro-locaux clés tout comme les lieux privilégiés d'échanges.

2.5. S'adapter aux lieux

Notre passation a été faite dans la rue, à l'extérieur des écoles, des marchés, des garages, des centres communautaires (santé, éducation) et dans les ménages. Cette passation diffère de l'E.D.S.M. qui

n'enquête que dans les ménages et des enquêtes comportementales de P.S.I. Mali qui se concentrent sur les « *points chauds* » et les populations à risques.

Le choix des espaces d'étude témoigne d'une volonté de confronté des terrains d'étude et des échelles d'approche temporelles et/ou spatiales différentes. Trois grilles d'analyses et variables peuvent être utilisées pour une démarche géographique en zone urbaine (Salem, 1998):

1. *L'environnement urbain* par une approche globale de l'espace urbain du point de vue des faits de santé. Montrer les combinaisons de facteurs de risques et établir les relations entre hétérogénéité spatiale/sociale et santé.
2. *Le système de soin*, mesurer l'activité du système de soins et améliorer l'offre de soins.
3. *L'état de santé* et définir des zones et/ou des populations à risques.

Ces trois grilles d'analyse sont en lien avec trois domaines identifiés de notre problématique : les facteurs socio-comportementaux qui déterminent les représentations et pratiques, les facteurs liés au système de soin et les facteurs liés au système social et culturel.

2.5.1. Présentation et constitution d'un « grin »

a) Présentation d'un grin

Des « *focus groups* » ou groupes de discussions ont été effectués dans les grins pour avoir une approche plus informelle et qualitative des connaissances et comportements. Cette technique et ces lieux d'entrée ont déjà fait leurs preuves au Mali (Grange Omokaro, 2009; Boileau, 2007; Sauvain-Dugerdil, Wahab-Dieng).

Pour les hommes, le cadre privilégié d'interaction quotidienne est le grin : « *conjonction d'un noyau permanent d'hommes de même âge et d'un lieu, généralement public (l'ombre d'un arbre, un coin de rue, la porte du chef de grin) où ils se retrouvent quotidiennement pour parler de tout* » (Vuarin, 2000, Dorier-Apprill, Van den Avenne, 2001).

Son origine réelle n'est pas connue. Elle apparaît confuse et lointaine. La tradition d'association de jeunes (garçons surtout) aux mêmes âges lors des épreuves d'initiation (circoncision) est l'une des explications. Dans la tradition mandingue, ceux qui appartiennent à la même classe d'âge, notamment ceux qui ont été circoncis le même matin avec le même couteau (le même « *fer* »), se doivent secours mutuel et assistance (Doumbia, 2002).

Ce regroupement est une forme de transposition urbaine du système villageois des classes d'âge. Dans les sociétés traditionnelles, ces épreuves rituelles étaient structurées, tous les enfants d'une même communauté, d'un même village, les vivaient ensemble. A cette occasion, il naissait entre les jeunes, des liens de solidarité, d'entente et de fraternité. Les jeunes ont pris l'habitude de se retrouver et de discuter de leurs problèmes, sous la responsabilité d'un chef de groupe.

b) Constitution d'un grin

Du groupement amical, le grin, aux associations officiellement enregistrées, il existe différentes manières de concrétiser les alliances entre personnes (Bargès, 1993). Le grin est un phénomène social qui touche tous les groupes d'âge et tous les sexes. Des jeunes qui ont grandi ensemble prennent des habitudes

dans certains quartiers ou villes et se retrouvent souvent. Ils reconstituent alors les mêmes groupes lorsqu'ils se retrouvent dans une autre ville pour des raisons diverses (études, exode, vacances...). Le grin est une entité à la fois sociale, spatiale, active et efficace (Gérard, 1991). Il est constitué d'un groupe de garçons, de filles ou mixte qui se réunit autour du thé pour se divertir, discuter, échanger et « *refaire le monde* » : « *dans notre grin, il y a les deux sexes.* » [M] [N]

Sur nos terrains, nous avons observé une augmentation du nombre de grins mixtes ce qui n'est pas la norme (Schulz, 2007). De même, des grins féminins existent même s'ils sont moins structurés. En réalité, à chaque grin d'hommes se greffe souvent un groupe de jeunes filles qui viennent parce que le copain appartient à ce grin ou parce qu'elles ont pris goût à cette forme de rassemblement. Seulement, lors de nos rencontres, les filles ont peu intervenues dans les échanges...

De plus en plus souvent, les membres du grin sont d'origines diverses (régions, ethnies, catégories sociales, castes, Grange Omokaro, 2009). Ces regroupements permettent de cimenter les disparités sociales au lieu de les opposer. Le grin, par ses évolutions, les changements sociaux et les migrations prend de moins en moins en considération les statuts sociaux des membres.

2.5.2 Règles et lieux d'occupation des grins

a) Règles au sein du grin

Les membres d'un grin sont soumis à des règles strictes qui les acceptent sans distinction. Comme l'ensemble de la société malienne, le grin fonctionne principalement en fonction de l'âge. Il est le prolongement de la famille, un résumé de la société. Le plus âgé (chef de grin) peut trancher en toute autorité et toute justice vis-à-vis d'un problème qui concerne le grin. Il s'agit là de véritables « *tribunaux sociaux* » relativement souples et efficaces. Un membre est moralement gêné lorsqu'il est absent, il doit alors se justifier. Les membres apprennent à accepter « *l'autre* » avec ses différences. D'ailleurs, lorsqu'un malheur ou un bonheur intervient dans la famille d'un membre du grin, l'ensemble du groupe est mobilisé pour l'aider, par la présence ou l'aide matérielle et financière (C.E.M.AF., 2007). Il s'y tisse « *une sociabilité parfois plus importante et plus efficace économiquement que la sociabilité familiale* » (Sinou, 1987).

Les membres du grin ne partagent pas automatiquement les mêmes idées. D'ailleurs, la constitution hétéroclite du groupe fait apparaître beaucoup de disparités et de débats dans les idées. Les grins sont ainsi de puissants moyens d'information, on y discute à la fois de sujets à l'ordre du jour dans le quartier ou de sujets d'ordre général. C'est l'occasion pour certains membres de s'informer, de discuter ou d'apporter la contradiction. Dans ce dernier cas, les échanges sont très pertinents. L'information officielle et non-officielle circule la nuit de grin en grin, de bouche à oreille, de porte en porte...

Dans un programme d'évaluation d'un spot sur le VIH/SIDA, la question suivante a été posée : « *avec quel personne avez-vous discuté du spot radio sur le SIDA ?* ». 38.2% des enquêtés en avaient discuté avec un ami, 22.8% dans un grin loin devant le/la partenaire en qui j'ai confiance, 5.3% avec un des parents, 3.1% avec un autre membre de la famille, 2.8% avec une sœur et 0.3% avec une partenaire occasionnelle (P.S.I., 2002).

b) Les lieux de localisation

Les grins sont des espaces à cheval entre l'espace public et privé (porche de maison, entrée de cour, coin d'un carré d'habitation...). Aucun lieu n'est a priori exclu, ni le bord du goudron où circulent les taxis et leurs nuages de poussières, ni le bord des caniveaux des maisons... (Schulz, 2007).

La promiscuité au sein des concessions bamakoises fait que, peut-être plus que dans les autres villes du Mali, l'espace public est largement investie par ces regroupements. D'ailleurs, l'espace résidentiel des familles ne se résume pas à l'espace restreint de la concession. D'autres espaces et systèmes relationnels existent. Si ces derniers sont peut être moins visibles, leur importance est grande (associations, grins).

Dans les vieux quartiers de la capitale, les familles sont étendues et fortement enracinées. Les grins y sont donc nombreux, vivants et efficaces tandis que dans les quartiers neufs, la parenté n'a pas encore beaucoup investi l'espace résidentiel. Les groupements et solidarités y sont fluctuants, temporaires et la sociabilité errante (Vuarin, 2000). Il s'agit là plutôt de « *groupes de thé* » moins permanents et moins encadrés par les anciennes générations (C.E.M.AF., 2007).

Les membres du grin (jeunes principalement) préparent le thé, jouent aux cartes, écoutent de la musique... Les amis, les voisins ou les gens de passages s'arrêtent et palabrent (Fig. 10). Le grin est le « *lieu de discussion* » (= « *baroke yoro* ») par excellence au Mali.

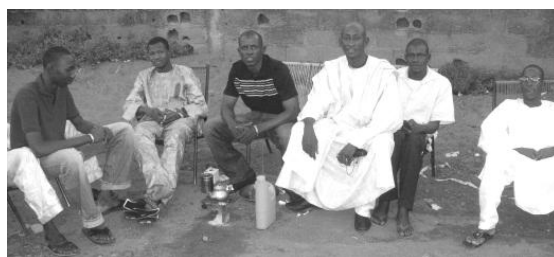


Figure 10: Exemple d'un grin

Au « *petit soir* », quand la lumière décline, certains lieux (rues, places, pas de portes) deviennent les lieux d'animation des grins. Ces lieux et heures de retrouvailles sont connus de tous. Cependant, avec l'évolution des mentalités (occidentalisation, individualisation...), les occupations des uns et des autres et la forte mobilité notamment des populations urbaines, les lieux de regroupement ont tendance à se diversifier.

Les membres d'un même grin partagent une grande intimité due à leur proximité dès l'enfance. Devenus adultes, ils continuent à se réunir au même endroit ou dans d'autres endroits dans la ville.

2.5.3. Les moments et occupations du grin

Nous pouvons distinguer des grins de « *chômeurs* », de travailleurs, d'élèves ou autres. Pour les premiers, les membres peuvent se retrouver car quelqu'un est toujours présent même s'il ne s'agit pas automatiquement du « *le chef de grin* ». La pauvreté, les sécheresses et les Plans d'Ajustement Structurel (P.A.S.) des années 70 à 80 ont favorisés le développement des grins. Pour les autres types de grins, les temps de rencontres se situent le soir après le travail et les week-ends.

Ces rencontres peuvent se prolonger tard dans la nuit. Elles sont une des raisons de désaccords dans les couples... Les maris, sous le prétexte d'aller au grin, mènent de moins en moins une vie normale de famille. Le grin est un lieu de distraction, il permet à certaines personnes d'y oublier les soucis de la vie

quotidienne. Certains y passent d'ailleurs plus de temps qu'à la maison... C'est également le lieu où se nouent certaines complicités ou relations sentimentales, les « *seconds bureaux* », les « *hors casiers* »... Les épouses n'apprécient pas forcément les grins car elles n'y ont pas accès et parce qu'elles finissent par savoir ce qui se passe en ces lieux. Cependant, certaines sollicitent l'influence des membres du grin de leurs conjoints afin de résorber un différend qui mine leurs foyers.

« *In Bamako, women tend to be doing work inside houses or compounds, whereas men, when at home, tend to be outside sipping tea.* » (Dunning, Harrison, 2010)

Les raisons des retrouvailles sont souvent inexplicables même si les épreuves d'initiations depuis le jeune âge font que les jeunes ont pris l'habitude de partager des choses en commun. Par la suite, prendre le thé est devenu phénomène de mode et un puissant prétexte pour se retrouver. Cette pratique s'est généralisée et diversifiée par la pratique de la belote ou l'écoute des derniers tubes à la mode via les MP3 et téléphones portables notamment pour les nantis... (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). D'ailleurs, les jeunes viennent au grin pour les écouter à défaut de pouvoir le faire chez eux...

Il ne s'agit pas d'idéaliser le grin car les grins ne sont pas composés des mêmes populations. Certains regroupements sont composés de jeunes « *délinquants* »... D'autre part, les jeunes ont tendance à déplacer leurs grins dans les bars. Beaucoup de bars, restaurants, hôtels se sont construits au Mali, certains d'entre-eux deviennent des « *chasses gardées* » de grins et des lieux de consommation d'alcool. De plus, certains regroupements sont intéressés et les affinités se font plus en fonction du pouvoir d'achat de certaines personnes... Dans ce type de grin le principe égalitaire n'est que théorique car il ne faut heurter le « *banquier* » du groupe. Les relations internes sont importantes et permettent de tirer des privilèges de cette diversité et complémentarité professionnelle des membres.

3. Adapter les modalités de rencontre à la méthode

Ce travail de recherche n'a pas évolué en « *vase clos* » sans relations avec les acteurs et les populations. Ce travail souhaite avoir pour finalité de disposer de deux-trois pistes de réflexions et d'actions pour améliorer la prévention du VIH/SIDA à l'échelle locale. Le terrain oblige le chercheur à connaître les relais d'informations (médiateurs) présents pour recueillir de l'information sensible autour de la sexualité. Malgré les processus sociaux et politiques en cours au Mali (décentralisation), les codes coutumiers et traditionnels sont toujours très présents. Le chercheur doit les accepter pour intégrer la communauté et les institutions locales.

3.1. Les difficultés de rencontrer les gens

Si cette recherche a étudiée les institutions, elle n'a pas exclue pour autant la population, bien au contraire. Calvez (2004) note qu'il est nécessaire de « *contrecarrer une tendance qui consiste à s'intéresser aux professionnels qui interviennent et à délaisser l'étude directe des populations* ». En effet, si l'on ne recherche pas la société au départ, on ne la retrouve pas à l'arrivée... Le moteur, la clé, c'est la société (Rocheft in Noin, 1983).

La mise en œuvre des actions de prévention passe par une connaissance parfaite des atouts, potentialités et faiblesses des organisations, d'où la nécessité de les identifier et de les répertorier. Notre objectif n'était pas distinguer les « *bonnes* » des « *mauvaises* » organisations mais bien d'identifier le cadre global dans lequel les actions sont menées et ce, suivant plusieurs critères : thèmes d'intervention, ancrage local, orientations méthodologiques etc... Ce n'est ni la taille, ni la notoriété qui font la qualité de l'organisation. Il était donc indispensable de croiser les regards (chercheur, populations, acteurs, politiques) pour se faire une idée cohérente.

Certaines difficultés existent au Mali dans l'identification des organisations qui travaillent sur la santé et le VIH/SIDA. Les organisations plus jeunes n'ont pas été écartées même si certaines ne maîtrisent pas le parfait vocabulaire du « *développement* »... Celles-ci font très souvent un excellent travail de terrain même s'il est peu visible. Les grosses organisations n'ont pas été ignorées car elles possèdent de grands réseaux d'influence, de contacts et servent de plus en plus d'appui et de référence pour les jeunes organisations et institutions locales.

La vie associative malienne est vigoureuse. Les citoyens, par nécessité de survie ou délaissement de l'Etat, se sont engagés dans la création d'organisations diverses pour prendre en main leur avenir (Lachapelle, 2008). Cependant, beaucoup d'O.N.G. ne font pas que du bon travail et n'aident pas efficacement les populations au nom desquelles elles cherchent les financements (Togola, Gerber, 2007). Le réseau associatif/non-gouvernemental est très vaste et considéré comme « *embryonnaire* », « *divisé* », « *nébuleux* » ou « *éparpillé* » (Cherry, Mundy, 2007). Au Mali, sont considérées comme O.N.G. toutes les associations qui ont reçu l'agrément de l'Etat (Accord Cadre) qui définit les conditions et le cadre de leurs interventions.

Beaucoup de structures n'existent que de nom et ne mènent aucune activité réelle (Réseau Aga Khan de Développement, 2008). Certaines Organisations de la Société Civile (O.S.C.) meurent à peine nées. Seulement 20% des O.S.C. disposent de ressources matérielles (siège officiel, bureau, moyens de communication, adresse électronique, moyens de déplacement, Floridi, Corella, 2004). Ce manque de ressources complique énormément les prises de contacts.

La complexité du milieu institutionnel, la densité et le nombre d'organisations de la société civile de même que la superficie de la ville de Bamako ont nécessités un temps important d'investigation pour dégrossir et sélectionner les contacts importants. Cette étape a été essentielle pour garantir la qualité des entretiens auprès des organisations. Les entretiens ont privilégiés la qualité des interlocuteurs et leur importance dans le réseau et nos quartiers plutôt que sur la quantité d'interviews réalisés même si nous en avons conduits plus d'une centaine... Dans le cas du Mali, l'exhaustif n'a que peu d'intérêt car beaucoup d'organisations ne sont pas opérationnelles, disparaissent ou ont une faible activité.

Au Mali, comme dans d'autres pays, il est toujours difficile de définir de manière précise ce qu'est la société civile. Si le terme d'O.N.G. suppose que ces organismes sont indépendants de l'Etat, la réalité est tout autre notamment car elles sollicitent des soutiens financiers de la part des pouvoirs publics (Raghavan, 1992).

La première O.N.G. malienne a été créée en 1973. On en dénombrait six en 1983, une cinquantaine en 1986 et 191 en 1991 dont 97 O.N.G. maliennes (Raghavan, 1991). Seulement, les données officielles donnent 97 O.N.G. au total pour l'année 91 ce qui montre qu'il existe des problèmes de données.

L'identification des organisations et des personnes clés ont été essentiels. Il a fallu cerner rapidement les organisations capables de répondre à notre problématique. Une nécessaire phase de « *dégrossissage* » a dû se faire pour cibler les organisations en fonction de leurs thèmes et aires géographique d'intervention.

Pour effectuer cette sélection, différents outils et répertoires d'associations et O.N.G. ont été utilisés: le répertoire du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA, du Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.), du Ministère de l'Administration territoriale et des Collectivités Territoriales (M.A.C.T.) de 2004 et 2009, de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (J.I.C.A.), la liste des O.N.G. de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (D.N.S.I.) ainsi que les Pages Jaunes du Mali.

Le G.P./S.P. est une O.N.G. qui regroupe elle-même plus de 200 O.N.G. qui travaillent sur la santé. Elle est composée de plusieurs commissions (santé, éducation...).

En 2009, le répertoire des O.N.G. et associations du Mali dénombrait l'existence de 2209 O.N.G. et associations. Sur 2209 structures, 1118 organisations n'avaient pas renouvelés leur Accord Cadre avec l'Etat... Ceci n'est pas spécifique à 2009. En 2007, sur les 2146 O.N.G. qui devaient renouveler leur Accord Cadre, seules 202 l'avaient fait, 525 était en cours de procédure et 433 avaient envoyé leurs rapports (Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Territoriales, 2008). Une des raisons à ce constat est la facilité et rapidité de création d'une O.N.G./association (3 mois contre 3-4 ans au Niger ou au Sénégal) ce qui fait que peu d'O.N.G. ont de réelles compétences et une longue durée de vie.

En l'absence de répertoire d'O.N.G./associations fiable, il a très difficile de prendre contact au préalable. De plus, quand les organisations sont repertoriées, leurs contacts ne sont pas forcément corrects... Enfin, les organisations se connaissent peu et n'actualisent pas leurs données de contacts.

Les acteurs de la société civile sont omniprésents à l'échelle locale par la couverture de certains services que les mairies ne peuvent pas ou plus gérer. Seulement, leurs interventions et leurs légitimités ne peuvent se faire que grâce à l'accord des acteurs locaux (modernes, religieux ou traditionnels). Ces acteurs multiples (chefs de quartiers, maires, médecins, A.SA.CO....) sont des « *portes d'entrées* » pour les organisations et les chercheurs.

3.2. S'assurer des « complicités »

3.2.1. L'accord des chefs de villages, des médecins, des A.SA.CO.

Pour assurer une bonne participation et une bonne fiabilité de réponse à l'enquête, chaque personne enquêtée a été, au préalable, informée sur le caractère scientifique de l'enquête par le biais d'une lettre officielle qui présentait : les objectifs de l'enquête, la garantie de confidentialité des renseignements

communiqués, l'organisme responsable de l'enquête ainsi que le nom, adresse et numéro de téléphone du responsable de l'enquête.

De plus, l'appui des différents acteurs nationaux et locaux a été essentiel pour la bonne conduite de la recherche. Nos demandes orales et écrites ont été appuyés sans exceptions par les responsables du Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, les maires des communes, les maires de quartiers ainsi que par les chefs de quartiers et responsables d'A.SA.CO..

Les chefs de quartiers/villages sont des références en milieu local car imprégnés de l'histoire de la localité. Les chercheurs doivent impliquer ceux qui sont censés en savoir le plus sur leurs sujets, c'est-à-dire les anciens de chaque communauté (Easton, Belloncle, 2000). Les chefs traditionnels des différents secteurs de Banconi ont été informés par le chef de quartier que nous avons rencontré. Là aussi, le chercheur doit à minima connaître la culture locale. En effet, tout individu qui parle avec le chef de village doit suivre ses codes (le chef de village égraine très souvent son chapelet traditionnel durant la rencontre). Ce geste peut, dans un sens encourager à parler, et dans l'autre, le locuteur doit s'arrêter de parler ou changer de sujet parce qu'il aborde aux yeux du chef les éléments d'un savoir qui ne peut être donné ou partagé. Ceux qui ne connaissent pas ces signes et codes ne savent pas ce qui se joue lors de la rencontre (Diarra).

Le Président de l'A.SA.CO. du C.S.COM. de Banconi et adjoint du chef de village a été informé. Les chefs de secteurs informés ont transmis l'information à leurs populations pour les prévenir que des enquêteurs et un chercheur allaient circuler dans le quartier pour conduire des enquêtes et entretiens. De là, nos rencontres ont été facilitées et autorisées.

Plusieurs acteurs associatifs ou d'O.N.G., notent qu'ils passent souvent par les chefs de quartiers, ces derniers se montrant le plus souvent intéressés. Grâce à ces démarches, la question du SIDA a été beaucoup plus facile à aborder [8] [18] [46]. Les acteurs informels, les chefs de villages, les associations de grins et les leaders religieux sont essentiels pour passer l'information car il s'agit de personnes fixes, discrètes, très accessibles et qui délivrent des messages assez divers pouvant être adapté à toute personne. Autant que le langage, il a été nécessaire de s'adapter au contexte politique et culturel local dans lesquels vivent les populations pour avoir accès à de l'information correcte.

Les chefs de quartiers ont un rôle crucial d'appui aux autorités administratives dans la gestion des affaires communales (économie, implantation et gestion des équipements collectifs, protection de l'environnement, litiges fonciers, participation de la communauté, Dakouo, Koné, Sanogo, 2009). La diversité d'acteurs nécessite de la part du chercheur de s'atteler aux questions de gestion de la ville, des communes, des contextes urbains différents, des déterminants locaux du jeu social et politique et des rapports de forces entre catégories d'acteurs, institutionnels ou non (Dorier-Apprill, Jaglin, 2002).

De nos jours, les maliens se trouvent toujours dans une jeune démocratie (1991) et ont peu de confiance envers les politiques notamment les mairies (sentiment d'inutilité, corruption, clientélisme...). Il existe donc toujours un recours important aux chefs traditionnels.

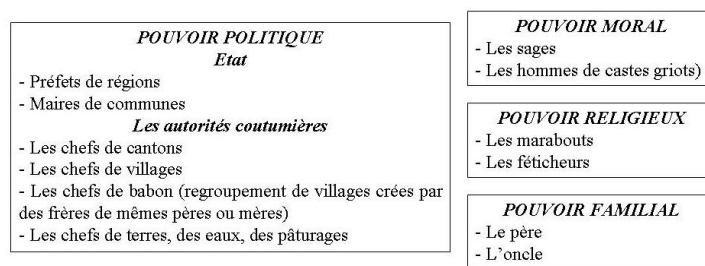


Figure 11 : Les différentes formes de pouvoirs au Mali

Depuis la colonisation, plusieurs découpages administratifs et autorités se sont succédés au Mali (Fig. 11). Il existe une cohabitation des légitimités : des autorités reconnues par l'Etat, des autorités coutumières et enfin, des autorités qui ne sont plus reconnues par l'Etat mais qui jouissent encore d'une grande légitimité. Certaines sont élues (maires, conseillers municipaux, adjoints...), d'autres ne le sont pas (chefs religieux, chefs de villages, de quartier, le Roi Hogon en pays dogon, les chefs de diverses associations ou coopératives : chasseurs, pêcheurs, femmes, jeunes, commerçants...). En revanche, le chef de quartier d'une commune de Bamako est nommé par décision du représentant de l'Etat après avis du conseil communal concerné. Les habitants d'un territoire donné peuvent s'identifier à diverses autorités. Le rôle de chacune n'est pas clairement défini par la loi et leurs cohabitations sont très variables d'un lieu à un autre (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009).

3.2.2. Le choix des volontaires (jeunes ou vieux) très important

« L'ouverture par laquelle passe le chef, les autres aussi y passent. »

= « Tout le monde doit suivre le chef. Les petits imitent les grands. » (Proverbe Bambara)

Les entretiens se sont fait via un informateur-clé. Il a donc été important d'identifier et questionner des personnes ressources qui ont une compétence spécifique par rapport au sujet d'étude (Gumuchian, Marois, 2000). Les informateurs avaient des statuts et des origines différents et influaient à différentes échelles (individus, groupes, communautés...). Des entretiens approfondis et répétés auprès d'acteurs clés de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA ont fait leurs preuves au Mali (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004).

Si le choix des interlocuteurs est important, leurs compositions sociales le sont tout autant. Les personnes n'interviennent pas de la même manière (ouverture, respect) suivant l'âge, le sexe d'où notre nécessaire adaptation (2.2.3.). L'adaptation à l'âge et au sexe restent primordiaux et permettent de limiter les interdits [1]. Les premières organisations se sont « sacrifiées » lors de l'apparition de la maladie au Mali, les difficultés voire l'impossibilité de parler de sexualité et de SIDA en public étaient présents [49].

3.2.3. S'adapter à la culture locale

a) Le respect, « l'hospitalité » (« fatiguiya »)

Le code social de l'honneur (« *horonya* ») est très présent et connu de tous. De faibles variations existent entre les territoires et les populations (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Le respect est très important dans la société malienne : expressions bamanan « *sabali* » (« invitation à la modération »), « *bèn* » (« la concorde »), « *niongo gasi sigui* » (« le respect de l'autre »). Ces expressions sont

couramment utilisées dans les proverbes, chansons et autres contes comme pour éduquer et sensibiliser la société.

Il convient de respecter la sensibilité des habitants du Mali, pays musulman à 90% et largement pratiquant. La propreté et le style de vêtements que l'on porte sont une marque de respect pour l'interlocuteur. Les hommes ne doivent pas se promener torse nu dans les rues ou dans les villages et les femmes ne doivent pas montrer leurs jambes. Pour les Maliens, un sein nu choque moins qu'une cuisse... La tenue vestimentaire d'un émissaire d'une organisation en charge d'un projet de santé à Maasina qui portait jeans, blouson et mocassin et qui pratiquait un discours en bamanakan a accentuer l'impression de manigance (Le Marcis, 2003).

« *On est maître de ses paroles, mais on en devient esclave une fois qu'elles sont dites.* »

= « *La parole est difficile. Mieux vaut choisir ses mots car on ne peut plus les contrôler lorsqu'ils sont prononcés.* » (Proverbe Bambara)

La relation enquêteur-enquêté est essentielle notamment dans le premier contact. L'enquêteur doit être accrocheur, séducteur.

Il est confronté à une double-contrainte. D'un côté, il s'agit de « *faire parler* » les enquêtés et de l'autre, de « *faire taire* » ces mêmes enquêtés pour qu'ils produisent uniquement des données appropriées et éviter de se disperser en particulier dans notre cas au vu de la durée importante de passation.

D'autre part, l'enquêteur doit garder une certaine distance avec l'enquêté pour répondre à des questions aussi intimes (sexualité, SIDA) surtout dans une société africaine où ces questions sont marquées par les non-dits.

Un aspect prononcé de nos enquêtes est le renversement de position. L'interviewé pose des questions et le chercheur devient alors l'enquêté. Si cela se passe en fin d'entretien, cela ne pose pas trop de problèmes, mais si cela se produit trop tôt, il faut savoir rétablir la situation car l'objectif premier de l'enquête est avant tout de recueillir de l'information et pas nécessairement d'en donner. Dans beaucoup de passations, les personnes enquêtées ont posé des questions comme : « *faut-il mieux fuir la personne atteinte du VIH/SIDA parce qu'on ne sait jamais* » ? Dans ces cas-là, l'enquêteur devait intervenir, soit automatiquement, soit à la fin de la passation. Il ne devait en aucun cas divulguer de fausses informations s'ils ne pouvaient pas répondre. Lors de leur formation sur la passation d'enquêtes, des données et informations sur le VIH/SIDA leur ont bien sûr été divulgué. Dans les situations de blocages, les enquêteurs devaient diriger la personne enquêtée vers une structure locale ou nationale pour obtenir de plus amples informations. Les enquêteurs possédaient, lors des entrevues, des brochures de sensibilisation sur le VIH/SIDA ainsi que des préservatifs.

L'enquête s'est traduite par un entretien structuré entre l'enquêté et l'enquêteur, ce dernier suivait pas à pas la liste de questions préétablies à l'avance. C'est pour cela qu'il a été important pour les étudiants de préparer les questions, de les tester à deux reprises avant de débiter le travail global.

b) S'adapter au genre et à l'âge de la personne rencontrée

Le genre

Schopper (1992), en Ouganda, a montré que le sexe de l'enquêteur intervient dans les réponses des enquêtés. Le genre et l'âge sont très importants en Afrique (Courade, 2006). Etant donné qu'il ne convient pas au Mali pour deux personnes de sexes opposés de parler de sexualité (Hess, Mckinney, 2010) et que la communication entre époux est rare sur ce sujet, les enquêteurs ont dûs s'adapter. Ils ont principalement enquêtés des personnes du même âge et du même sexe qu'eux. Aucune personne ne devait par ailleurs se trouver à côté, pour garantir la confidentialité, briser au maximum le tabou et éviter toute interprétation par une tierce personne (Findien, 1993 in Bajos, 1998).

L'âge

« *Le vieillard assis voit des choses que le jeune homme debout ne voit pas.* » (Proverbe Bambara)

La cohésion de la société malienne tient, en partie, de sa forte hiérarchisation (âge, sexe, statut ; Calvès, Marcoux, 2004). Parmi les principes de hiérarchisations sociales dans l'aire bambara (comme dans d'autres sociétés d'Afrique), celui de l'âge est l'un des plus manifestes et des plus ancrés. A l'image des classes d'âges constituées dans les villages qui se retrouvent dans certaines fonctions (agricoles, culturelles, politiques...), les relations interindividuelles se définissent d'abord à partir de l'âge. En ville, ce mode d'organisation n'a pas disparu.

La communication entre personnes d'une même classe d'âge se fait sur un mode horizontal, de connivence ce qui permet l'échange d'informations intimes.

Entre personnes de classes d'âge différentes, la communication se fait sur un mode vertical, hiérarchisé, fondé sur l'autorité et le respect de l'aîné. La communication en classes d'âges différentes est liée à « *maloya* » (la « *honte* »), sentiment très présent dans la société malienne. La honte a une connotation positive quand il s'agit de pudeur, de discrétion, de respect des aînés (ne pas leur adresser la parole sans autorisations, ne pas questionner, ne pas répliquer) ou de respect du « *mystère du corps* » prôné par la tradition et renforcé par l'Islam. La honte a aussi une connotation négative sur des sujets comme la sexualité. Cette honte peut entraîner le déshonneur de l'individu et pire encore de la famille. Lors des échanges avec des personnes plus âgées, il a été clairement dit aux enquêteurs de ne pas insister sur certaines questions si la personne ne voulait pas répondre pour ne pas la brusquer et lui faire stopper l'entretien. Le transfert d'information sur notre venue via les chefs de secteurs nous a permis d'atteindre plus facilement les personnes âgées sur notre thématique.

L'honneur d'une personne est d'abord une affaire de regards, le regard des autres et de la société sur la personne. Inversement, la « *honte* » se dirige vers la personne qui manque à ses obligations ou n'assume pas ses responsabilités. Elle se trouve donc discréditée par ses pairs et déshonorée.

« *La sagesse vient avec l'âge.* » (Proverbe Bambara)

« *La bouche d'un vieillard pue, jamais sa parole.* » (Proverbe Bambara)

La tradition mandingue impose le respect des aînés (pères et mères, chefs, maître). Contrairement aux apparences, cela n'est pas contraire à l'équité car tout cadet deviendra un jour aîné, tout enfant

deviendra un jour père ou mère, tout disciple un maître. Le devoir de respect se transforme, avec l'âge et l'expérience, en droit au respect (Dolumbia, 2002).

La proximité

« *Seul le crapaud peut dire si le crocodile a mal aux yeux.* » (Proverbe Bambara)
= « *Il faut vivre dans le proche entourage d'une personne pour bien la connaître.* »

Une trop grande intimité entre l'enquêteur et l'enquêté pouvait déclencher des processus d'autocensure. Les enquêtés n'ont donc pas fait de passation auprès de leurs proches ou de personnes au sein de leur zone proche d'habitat. La proximité de l'enquêteur peut engendrer deux effets: amener un gage de légitimité et donc une meilleure communication entre les personnes mais également une méfiance et une retenue dans les confidences de l'interrogé (Chaze, 1995).

« *Dans sa propre culture et dans son propre groupe social, l'enquêteur n'est pas le plus à même d'observer et de décoder les niveaux sous-jacents des fonctionnements socioculturels. Il a besoin d'une prise de distance.* » (Bargès, 1998)

En revanche, les enquêteurs devaient appartenir au quartier d'habitat étudié. Car, s'il n'est pas bon que l'enquêté interviewe des proches (censure), appartenir au quartier fait que les enquêtés acceptent plus aisément de répondre au questionnaire.

L'origine et les classes sociales sont importantes dans la société africaine. La communication se fait principalement entre personnes du même « rang ».

3.3. Aide d'un malien

« *Le ventre n'est pas une malle qu'on ouvre à volonté.* » (Proverbe Bambara)
= « *On ne peut connaître les pensées de quelqu'un s'il ne veut pas les dire.* »

Au début, un groupe large d'étudiants de géographie a été sélectionné par le Professeur de géographie de la F.L.A.S.H. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, M. Abdul Salam Bah. Après les premières réunions, essais et tests de terrain, certains ont refusé de poursuivre la recherche trouvant le questionnaire et le sujet trop difficiles... Au final, sur la base du volontariat, onze enquêteurs ont participé à cette recherche (six hommes et cinq femmes).

Lors de nos premières rencontres, de nombreux points ont été abordés pour ce qui constituait le premier travail réel de terrain et d'enquête pour ces étudiants de maîtrise. Les objectifs de ces heures de rencontres ont été de présenter les objectifs, hypothèses, méthodologies et thématiques à aborder dans le questionnaire. La formation visait à sensibiliser à l'importance de la limitation du nombre de refus. Pour cela, les rendez-vous faisant suite aux premiers tests d'enquêtes ont été précieux pour que les enquêteurs s'approprient le questionnaire et échangent sur les moyens de gérer au mieux les situations les plus complexes (enquête auprès de personnes de sexe ou d'âge différents).

La collaboration avec les étudiants de la F.L.A.S.H. et la présence pour chaque entretien d'un étudiant malien ont facilités les contacts, les échanges et la vérification des informations divulguées.

Constituer une équipe mixte était un point capital de la recherche même si certains étudiants n'avaient pas une connaissance parfaite du milieu du développement. Il était tout de même très utile de confronter, à la suite de ces entretiens, à la fois mes propres opinions (exogènes) mais également les opinions des étudiants (endogènes). Cette conduite mixte des entretiens a permis de croiser les points de vue et de maintenir le rythme de la discussion avec l'interlocuteur.

« *La parole chez les bambara, constitue une sorte de masque sonore derrière lequel se cache la pensée dont l'interlocuteur est invité à détecter le véritable visage.* » (Zahan, 1987 in Erny, 1987)

Trop souvent l'interlocuteur du « Nord » ne maîtrise pas l'ensemble des codes sociaux et la réalité locale dans lequel il intervient (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Le chercheur interprète donc la réalité qu'il aborde qu'au travers un certain nombre de filtres déformants liés à son genre, son âge, ses origines... (Fassin, 1990). Le risque de subjectivité est donc très important. Le chercheur étranger analyse très souvent ses données à l'extérieur du contexte culturel dans lesquelles elles ont été collectées d'où de possibles erreurs d'interprétation. D'autre part, dans certaines situations, la vérité est dans les faits l'opposé de ce qui a été exprimé oralement (Castle, 2001) notamment lors d'échanges autour de la sexualité. De très nombreux codes de communications sous-entendus, sous-jacents décrivent plus ou moins approximativement les comportements (Boileau et al., 2008). L'exploration de « zones muettes » décrit le paradoxe qui existe entre le discours des jeunes et la réalité de leurs comportements (Sauvain-Dugerdil, Wahab-Dieng).

Face à des contacts extérieurs (chercheurs, experts...) qui peuvent représenter des contrats potentiels, les organisations tentent naturellement de présenter leur meilleur visage. Les interlocuteurs ont eu tendance à chercher la meilleure technique pour laisser une appréciation aussi positive que possible. D'ailleurs, certains acteurs sont devenus experts à ce jeu de rencontre et maîtrisent parfaitement le vocabulaire du développement (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004; De Noray, 2000). Les interventions extérieures créent une certaine « endogénéisation » des élites locales, régionales, nationales, des O.N.G. ou des associations qui utilisent toutes ce langage si particulier (Dorier-Apprill, Jaglin, 2002).

Dans aucun pays au monde, le langage scientifique correspond aux langages populaires. Cet écart est particulièrement important lorsque le langage médical est en français ou en anglais alors que la majorité de la population s'exprime dans un idiome local. Ces langages populaires n'en sont pas moins « complets » et respectables. Simplement, ils ne se sont jamais trouvés dans l'obligation de nommer certains objets et opérations techno-scientifiques complexes. De ce fait, certaines notions médicales ne peuvent pas être traduites simplement dans les langues vernaculaires, sans périphrases ou création de néologismes (Jaffré, 2004).

3.4. Patience

Si le début du travail d'élaboration de l'enquête s'est effectué en septembre 2007, la fin des traitements se sont faits en août 2009... La période de sélection des étudiants, de pré-test du questionnaire, de son élaboration, de son explication aux institutions, de sa passation et de la saisie de l'ensemble des

questions (115368 questions !) ont, certes pris du temps, mais un temps nécessaire pour garantir sa fiabilité.

Les multiples séjours (Fig. 12; Janvier 2006, Septembre 2007, Janvier 2008, Septembre 2008, Janvier 2010) m'ont permis d'avoir une continuité et d'effectuer une recherche quasi monographique (Le Marcis, 2003). Le fait de séjourner à tous mes séjours et ce, depuis la maîtrise de géographie (2004-2005), sur les mêmes espaces m'a permis de me familiariser avec les habitants, les chefs de quartiers et les responsables politiques locaux. Cela a facilité la collecte de données (Berthé et al., 2009). Au Mali, le choix raisonné (par les professeurs de géographie) basé sur l'accessibilité pour l'investigateur et l'ancienneté au sein de l'espace considéré sont des gages de réussites (Sangho et al., 2008).

Au minimum une rencontre hebdomadaire était organisée pour suivre l'état d'avancement des enquêtes et pour que chaque étudiant expose les problèmes qu'il a rencontré sur son terrain d'étude. Hormis cette rencontre de groupe, une à deux rencontres avaient lieu directement dans les quartiers d'études avec les étudiants pour discuter avec eux, pour leur fournir et/ou récupérer les enquêtes et supports (brochures, préservatifs...) au fur et à mesure. Il était important de pouvoir contrôler leurs travaux et de rectifier certaines imperfections.

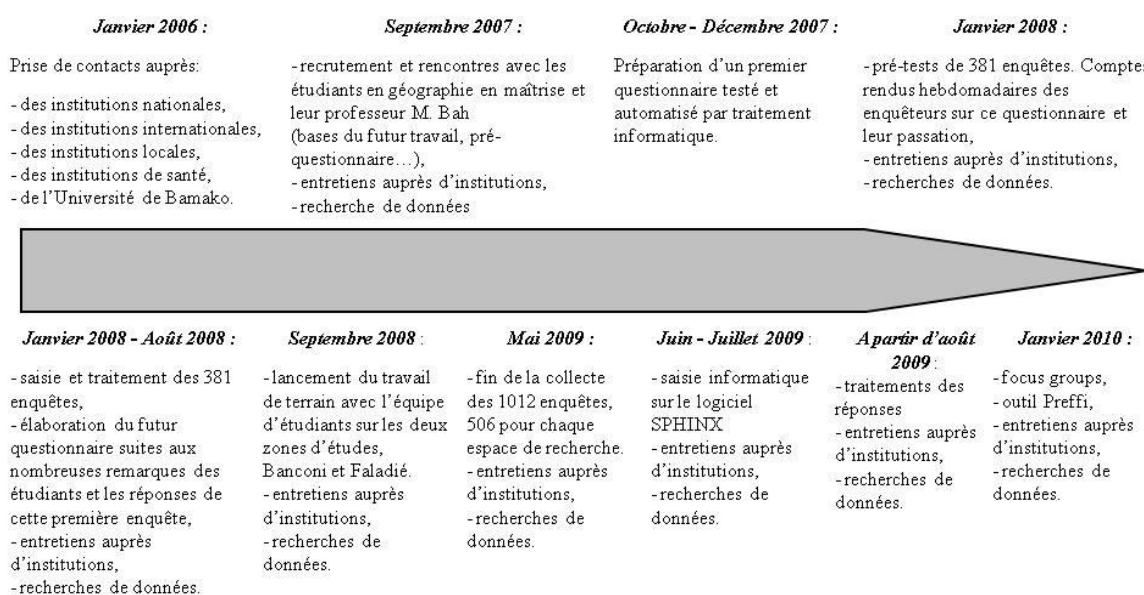


Figure 12 : Récapitulatif du travail de terrain au Mali

Toutes ces étapes ont nécessité du temps... Au lancement de l'enquête, il a été difficile d'avoir un taux de réponse important à cause du thème abordé et de l'apprentissage de techniques de recherche par les étudiants.

Pour la récolte de données administratives et sanitaires, le temps a également été un facteur important (difficultés hiérarchiques et techniques), ce qui n'est pas spécifique à notre travail. Selon les usagers urbains, la lenteur administrative domine (Andersson, Massoud, 1995). L'absence ou la non-disponibilité du personnel entraîne pour les usagers (mais également pour les chercheurs en sciences sociales !) de longues attentes mais aussi de très nombreux va-et-vient... avec au final beaucoup de temps perdu pour ne récolter quelques fois aucun rendez-vous ou données...

La « *sociabilité* » au Mali se traduit concrètement par une quantité très importante de visites, de salutations, de rencontres, de conversations quotidiennes qui témoignent de l'honorabilité de la personne et de sa reconnaissance par la communauté d'interconnaissance (C.E.M.AF., 2007). Nos mails réguliers pour le Ramadan, Tabaski ou la nouvelle année et les remarques chaleureuses de mes partenaires maliens (remarques 2.3.) montrent que ces échanges sont nécessaires et appréciés. Constituer et entretenir ce capital social nécessite un jeu complexe et permanent de visites mais également de civilités multiples, d'appels, de mails mais aussi de croisement de mise en contact (famille, amis, travail...). Croiser ces contacts, c'est renforcer chacun d'eux (Vuarin, 1994).

Lors de mes prises de contacts avant mes départs, j'ai eu d'énormes difficultés pour fixer des rendez-vous à l'avance. Les acteurs ont souvent répondu : « *on verra quand tu seras arrivés, appelle-nous...* ». Enfin, la religion joue un rôle très important dans la société malienne. L'Islam ou l'animisme régule la vie des populations, il est normal de s'adapter aux temps de prières ou aux cérémonies. Il était donc difficile de programmer des rendez-vous les vendredi après-midi après la grande prière.

4. Les compléments méthodologiques

4.1. L'enquête quantitative

Pour la représentativité de l'échantillon de l'enquête quantitative (Fig. 13), 506 enquêtes ont été réalisées dans nos deux quartiers avec un respect de la composition de la population en termes d'âge et de genre. L'hétérogénéité de l'échantillon a voulu refléter la diversité des habitants de Bamako (Boileau et al., 2008). Nos calculs se sont basés sur les projections effectuées lors du dernier recensement disponible au moment de la construction de l'enquête (1998).

	Hommes					Femmes	
<i>Banconi</i>	56,7 %					43,3 %	
<i>Faladié</i>	58,9 %					41,1 %	
	15 – 19 <i>ans</i>	20 – 24 <i>ans</i>	25 – 29 <i>ans</i>	30 – 34 <i>ans</i>	35 – 39 <i>ans</i>	40 – 49 <i>ans</i>	Plus de 50 <i>ans</i>
<i>Banconi</i>	21,4 %	19,6 %	14,9 %	12,7 %	7,9 %	11,9 %	11,7 %
<i>Faladié</i>	22,7 %	19,6 %	15,6 %	12,6 %	7,9 %	11,7 %	9,9 %

Figure 13 : Représentation de l'échantillon pour nos deux espaces en fonction du sexe et de l'âge

Le questionnaire comptait 114 questions permettant d'explorer différentes caractéristiques sociales, démographiques, sanitaires, du milieu de vie, d'opinions et de représentations sur la sexualité et le SIDA...

Différents types de variables ont donc été recueillies et décomposées en différentes parties au sein de l'enquête :

1. *La personne enquêtée* : données d'état civil (sexe, âge, nationalité, ethnie, religion, situation matrimoniale, nombre d'enfants, voyages...)
2. *Le capital social*: l'importance du cercle familial et amical, l'engagement ou le non-engagement associatif, le type d'engagement (thème de l'association, bénévolat/rémunération), la confiance envers les agents de santé et la politique, le sentiment et la participation envers la communauté,

3. *Les déterminants de la santé* : le revenu et la satisfaction des besoins grâce à ce revenu, le voisinage (qualité, zones de loisirs/sport, nuisances), le niveau d'instruction, les langues parlées et écrites, l'emploi, le type d'emploi, les conditions de travail et de logement (ancienneté, qualité, équipement, nombres de personnes au sein du logement), les accès et qualités aux services d'alimentation/commerces, de santé et transports, moyens de locomotion et de télécommunications possédés, programmes choisis grâce à ces modes de communications,
4. *La santé* : consommations de tabac ou d'alcool, activité physique, état et importance vis-à-vis de la santé, pathologies physiques et psychiques ressenties ou diagnostiquées, traitement, choix d'aller ou non consulter, recours et choix du thérapeute,
5. *Le VIH/SIDA* : connaissances, opinions, modes de transmission, de protection, origine, connaissances du slogan de lutte contre le SIDA, sentiment de vulnérabilité, dépistage (test, fréquence et résultat), stigmatisation,
6. *Le comportement sexuel* : âge du premier rapport, nombre de partenaire au total et au moment de l'enquête, utilisation du préservatif avec ces partenaires, sentiments envers les relations sexuelles avant mariage et sur le don d'argent ou de cadeau après un rapport, personnes relais pour discuter de sexualité,
7. *L'utilisation du préservatif* : sa fréquence d'utilisation, le sentiment sur son utilisation, les raisons de la non-utilisation, son emploi au dernier rapport, la connaissance et l'utilisation du préservatif féminin, les choix dans le port du préservatif avec un partenaire régulier,
8. *Les acteurs de la communication sur la santé et le SIDA* : utilité de parler et d'éduquer les enfants sur le SIDA et le sexe à l'école, sur le fait d'avoir été touché par au minimum une séance de prévention et par quel canal, connaissance de l'instance politique gérant la lutte contre le SIDA au Mali, sentiments sur les organisations internationales présentes, avis sur l'adaptation ou la non-adaptation des campagnes de sensibilisation.

Le questionnaire était constitué en grande majorité de questions fermées (107/114) et ce, pour différentes raisons. Tout d'abord, les pré-tests (381 questionnaires) nous ont permis d'anticiper de nombreuses réponses. D'autre part, le nombre de questions était important (114). Les questions fermées nous ont permis de réduire le temps de passation qui était trop long après les pré-tests. Ensuite, il a fallu traduire correctement et avec le moins d'erreurs possibles le questionnaire en bamana. Enfin, les questions étaient difficiles à formuler et touchaient des sujets délicats, il était donc plus convenable de bien préparer les questions et réponses.

Les étudiants avaient toujours avec eux un mémo pour noter les réponses qualitatives ou réflexions supplémentaires apportées par l'enquêté. A l'issue de la passation, l'ensemble des questions étaient reprises une par une pour confirmer les dires de l'enquêté. Au cours des rencontres de préparation du questionnaire, des « *jeux de rôles* » aussi bien en bambara qu'en français ont été réalisés pour permettre aux enquêteurs de simuler la passation du questionnaire.

4.2. Les entretiens

Pour privilégier l'approche informelle, nous avons utilisé un mémo constitué d'une série d'informations clés. Les données recherchées se rapportaient aux fiches qui ont constitués la trame des entretiens (Fig. 14). Les entretiens n'ont pas été conduits de manière structurée pour ne pas fermer le dialogue. Nous avons donc dû maîtriser parfaitement les éléments de ce mémo sans avoir à recourir automatiquement au support papier. Nous l'avons conservé le plus discrètement possible et l'étudiant qui nous accompagnait suivait, au fur et à mesure, si l'ensemble des items étaient abordés. Il a fallu laisser le plus possible à l'interlocuteur la sensation de diriger la conversation pour qu'il déroule librement ses pensées. Les entretiens libres ont été préférés aux questionnaires stricts d'autant que dans un second temps, certains de ces entretiens ont été complétés par l'enquête Preffi 2.0.

La souplesse de l'entretien semi-directif a permis de sentir, au cours de l'entretien, les informations sur lesquelles l'impasse devait être faite (inutilité relative, sujet « déplacé »...). Les informations liées à la gestion du pouvoir, aux finances ont dûes être recueillies avec tact. Il a fallu « jauger » le degré de réceptivité des interlocuteurs avant toute question, de crainte de bloquer les échanges. Pour exemple, lors du travail de la Cifam en 2007, seules 8 O.N.G. sur 13 avaient acceptés de communiquer leurs données salariales (De Niet, 2007).

La prise de notes s'est faite au fur et à mesure de la conduite de l'entretien. Cette technique a été préférée à l'enregistrement audio trop indiscret qui pouvait compliquer la bonne conduite des entretiens. Le climat chaleureux des entretiens dû aux salutations en bamanan et à la pratique du cousinage aurait pu se détériorer par la pratique de l'enregistrement.

La prise de note n'a pas été effectuée tout au long de l'entretien pour ne pas fermer l'échange notamment lorsque nous avons abordé des sujets « sensibles » (politiques, financiers...). Pour ces sujets difficiles, la retranscription post-entretien a été utilisée. La prise de note a d'autre part été partagée avec l'étudiant. Le croisement final de nos données a permis de juger les réponses intéressantes non retranscrites.

L'entrevue a consisté à travailler le sujet suivant un schéma d'entrevue prédéfini composé de deux parties (Fig. 14) : la première, relative aux aspects institutionnels de l'organisation, la seconde, aux questions plus opérationnelles.

Fiche institutionnelle	Fiche organisationnelle
<ul style="list-style-type: none"> - Nom et sigle de l'organisation - Identité complète (adresse, téléphones, mail...) - Statut - Nombre d'adhérents - Historique - Zones d'interventions - Population cible - Objectif général - Organisation des responsabilités et du pouvoir, structuration générale - Financements - Relation avec le milieu local, national et international (échelle d'action) 	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur d'intervention et actions en cours - Objectifs spécifiques - Méthodologies - Typologie rapide des partenaires et bénéficiaires - Opinions du public cible et des bénéficiaires - Inscription dans des réseaux - Appui institutionnel / structuration - Formation, documentation

Figure 14 : Fiche institutionnelle et organisationnelle d'entretien

Cette phase institutionnelle est importante car les organisations ne se créent pas spontanément et ont des caractéristiques différentes : genèse dans un contexte historique spécifique, thèmes d'intervention, positionnement sociopolitique, professionnalisme...

Il est important de vérifier le développement institutionnel de la structure, son indépendance, sa solidité, son degré d'organisation et son insertion dans le milieu. En dehors de son caractère purement administratif, l'adresse du siège est également un indicateur de la classe d'appartenance ou de l'image développée par l'organisation. C'est en partie pour ce « *prestige* » que beaucoup d'associations/O.N.G. déménagent dans le nouveau quartier de bureaux d'Hamdallaye/A.C.I. 2000.

La connaissance de la genèse d'une organisation est un point-clé (motivations, moyens, objectifs, leaders, difficultés...). En dehors de l'âge de la structure, la date de création de l'organisation doit être replacée dans le contexte général de l'époque pour mieux cerner les motivations de sa création (nombreuses O.N.G. créés lors des Plans d'Ajustement Structurels (P.A.S.)). Il est également essentiel de savoir si l'organisation est née d'une initiative locale, d'une action exogène d'un projet ou d'une mixité entre les deux.

Deux axes principaux sont intéressants à travailler : institutionnel et chronologique. La personnalité de l'intervenant est importante : son profil (histoire, culture, formation), son fonctionnement, son positionnement institutionnel, ses représentations, ses motivations et sa proximité avec l'infection. Très souvent, les personnes ont occupé plusieurs postes différents, des fonctions politiques puis associatives ou inversement. La question de l'anonymat et de la confidentialité des entretiens a été essentielle pour garantir la liberté de paroles des acteurs rencontrés et recueillir de bonnes informations. En effet, les acteurs émanent souvent d'institutions ou d'administration soumis au devoir de réserve.

L'organisation des responsabilités, du pouvoir, de la structuration générale sont des critères essentiels dans le diagnostic institutionnel. Il permet de comprendre dans les mains de qui, est en réalité, concentré le pouvoir. Est-elle aux mains de quelques fondateurs qui préservent leurs prérogatives ou issue d'une dynamique associative et collégiale ? En effet, il ne faut pas se leurrer sur la nature des structures associatives quelles qu'elles soient. Comme dans toute structure humaine, il y a des leaders et des dominés. On peut ainsi déterminer, à partir du profil des leaders et du style de gouvernance, une partie du mode de fonctionnement interne mais également de ces liens avec les autres acteurs et les populations.

Un faible renouvellement des équipes et une concentration du pouvoir peuvent correspondre d'une part à une association paralysée par ses dirigeants ou au contraire signifier une importante activité qui exige un professionnalisme et une logique entrepreneuriale plutôt qu'associative. Inversement, un renouvellement rapide peut traduire d'une grande dynamique associative et un semblant de démocratie tout comme un malaise profond dans les fondements et la représentativité de l'organisation. Nous nous sommes donc interrogé, non seulement sur la vitesse du turn-over des leaders, mais également sur ces raisons.

Voilà les organisations rencontrées lors de nos entretiens de terrain (Fig. 15).

<i>Statuts</i>	<i>Noms</i>
Institutions Maliennes (15 interviews)	U.T.M.: Mutualité Malienne, C.S.L.S.: Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA (Ministère de) (X3), I.N.R.S.P.: Institut National de Recherche en Santé Publique, Ministère de (X2), C.N.I.E.C.S. : Centre National d'Informations, d'Education, de Communication en Santé, H.C.N.L.S. : Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (X2), FED.AS.COM : Fédération des Associations de Centres de Santé Communautaire (X2), Arcad SIDA, Mairie de la commune VI
Organisations Internationales (12 interviews)	C.D.C. (X2), USAID (X2), O.M.S, Fond Mondial, ONUSIDA (X3), UNESCO, UNICEF, Banque Mondiale
Associations et Organisations Non-Gouvernementales (66 interviews)	Jigi, Stop Sida, P.S.I Mali, CO-G.I.M.P.D.S., Amifa, G.P./S.P., C.A.F.O., Care Mali, A.D.A.P., A.L.C.P.M., Enda Mali, A.L.U.T.A.S., Cerdepe, A.S.E.M., Soutoura, C.A.R.D., Musowjigi, R.A.D.E.CO, Save the Children, F.C.I. Jeunesse et développement, I.D.S., Action Commune I, A.S.G., Samu Social, A.J.D.M., Adera 24, D.H.A., Djekafé, F.N.A.M., Grysi, Muso Danbe, Sahel 21, Danayaso, Mali Enjeu, World Vision, Plan Mali, Graf Mali, A.M.P.J.F., Synergie Action, Kenedougou Solidarité, A.M.A.S./A.F.A.S., Action Couverture et Développement, A.R.C.C., Kantuya Mali, Gadic, , Grade Banlieue, F.E.M.A.T.H., A.M.A.C., A.M.A.S., A.D.T., Cefarad, A.M.P.D.R., Santé Diabète Mali, Aide à l'Enfance au Mali, Adepa, Acalode, Amidep, Asep, Gongondème, Domnia, Cndc Faso Gneta, A.P.D.E.V., A.G.P.M., Santé Plus Commune VI, A.M.M.-Alliance, Amsafe, R.I.O.E.V.
Professionnels de Santé (11 interviews)	C.E.S.A.C. (X4), Hôpital du Point G, C.S.COM. de Banconi (X2), C.S.COM. de Faladié (X2), C.S.R. Commune I, C.S.R. Commune VI

Figure 15 : Récapitulatif d'entretiens

Pour citer dans le corps du texte des phrases d'acteurs rencontrés lors de nos entretiens de terrain et pour garantir l'anonymat, nous formulerons de la manière suivante les citations : [Numéro] = [1], [2]..., chaque numéro correspond à un acteur ou organisation différente.

4.3. Les Groupes de discussions (« Focus Groups »)

Pour le bon déroulement des groupes de discussions, la barrière de la langue était trop importante, les échanges se faisant principalement en bamanan. Pour cela, la conduite des échanges a été dirigée par deux associations de médecins. Leurs techniques d'échanges ont été différentes mais les échanges ont été fructueux et ouverts dans les deux situations.

Nous avons collaboré avec deux associations d'étudiants en médecine qui travaillent dans les Centres de Santé de Référence (C.S.R.) et/ou les C.S.COM. dans nos deux communes concernées (I et VI). Les étudiants d'Action Santé Commune I ont l'habitude d'effectuer ce genre de rencontres informelles dans les grins sur différents thèmes. Pour Santé Plus commune VI, cette expérience n'avait jamais été effectuée. L'association est surtout conviée pour des campagnes de masse ou la sensibilisation dans les écoles.

Lors des échanges, trois membres de chaque association étaient présents et se répartissaient les rôles. Au niveau de l'organisation, les deux équipes ont procédé différemment.

Action Santé Commune I a circulé dans le quartier de Banconi le soir pour observer et recenser des grins susceptibles d'être intéressés et intéressants. Lorsqu'ils ont été repérés, ils leur ont proposés de se donner rendez-vous un soir pour venir discuter avec eux. Pour Santé Plus Commune VI, nous sommes allés directement vers ces groupes pour parler avec eux, sans fixer de rendez-vous.

Il nous a fallu obtenir des participants, l'accord de transformer ponctuellement leurs lieux en focus groups. Pour cela, l'accord du chef de grin a été obligatoire.

Pour la première association, les médecins ont procédé en plusieurs étapes. Tout d'abord, ils ont parlé du côté anatomique du VIH/SIDA, de l'importance de l'épidémie dans le monde, en Afrique et au Mali, décrit brièvement les modes de transmission pour laisser place ensuite aux échanges et aux questions des participants.

Pour Santé Plus, il n'y a pas eu d'étape de cadrage sur le VIH/SIDA. Les échanges ont débutés tout de suite avec des remises au point au fur et à mesure des discussions. Dans les deux cas, les échanges ont été importants et sans tabous. Les participants ont appréciés d'avoir de l'information par le biais de petits groupes notamment entre personnes se connaissant parfaitement et pouvant échanger en toute liberté.

« *Il m'est arrivé d'être là pendant des sensibilisations mais je n'ai pas pu poser mes questions car j'étais gêné à cause du monde qu'il y avait autour, je pose plus librement mes questions quand on est en petit groupe (comme maintenant avec vous).* » [A]

La préparation des focus groups a été faite en amont avec les deux équipes de jeunes médecins pour déterminer la manière dont ils allaient intervenir et les questions principales à aborder.

Pour les réponses des participants, un des médecins rapportait « *en direct* » les échanges et questions posées par les jeunes. La prise de note a été limitée pour faciliter les conversations et éviter tout blocage. En revanche, une retranscription orale et écrite a été réalisée avec les médecins à la suite immédiate des focus groups pour marquer les réponses et réfléchir à de futures questions.

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
<i>Banconi</i>	19	5
<i>Faladié</i>	17	7

Figure 16 : Nombre de personnes rencontrées lors des groupes de discussions

Il a été réalisé cinq groupes de discussions sur les deux espaces. La composition des grins était essentiellement masculine comme nous avons pu l'évoqué (2.2.5.a.).

Pour citer dans le corps du texte certaines phrases de participants à nos groupes de discussions, nous présenterons ces citations sous la forme suivante pour garantir l'anonymat : [Lettre] = [A], [B], ..., chaque lettre représente une personne différente.

4.4. Croisement des résultats

Pour chacun des outils utilisés, des données semblables ont été recherchées sur les questions de représentations, de comportements, de perception des messages ou de confiance envers les différents interlocuteurs.

Pour chacun de ces thèmes, nous avons croisés nos résultats pour déterminer si le statut ou l'origine de l'intervenant (enquêté, participant à un groupe de discussion, acteur institutionnel) avait de l'influence sur ces différents thèmes.

Cela nous a permis d'émettre des critiques, des pistes de réflexion et des constats sur l'influence de cette position sociale sur les connaissances et les comportements de la société malienne et en particulier bamakoise sur la santé et le VIH/SIDA.

Si nous avons effectué un travail spécifique sur Bamako et principalement sur deux quartiers urbains de la capitale malienne, nous avons également effectué une approche territoriale de la mise en place d'un projet dans la région de Sikasso dans les cercles de Sikasso, Kadiolo et Zégoua à la frontière ivoirienne (Fig. 17).



Figure 17 : Région de Sikasso

Cette région est essentiellement agricole (riz, coton), commerciale (exportations et importations avec la Côte d'Ivoire) et aurifère. Il était intéressant d'observer si le terrain bamakois est spécifique ou non en comparaison d'autres lieux au Mali. Ce déplacement s'est effectué grâce à l'O.N.G. Aidemet spécialisée dans la médecine traditionnelle et qui collabore avec la coopération suisse sur cette région. L'intérêt de ce déplacement était multiple. Tout d'abord, observer et analyser la collaboration entre acteurs de statuts et d'origines différentes. Nous avons rencontré sur différents entretiens, des acteurs associatifs (association de développement et A.SA.CO. à Kadiolo), des acteurs internationaux (coopération suisse, Usaid), des acteurs non-gouvernementaux (Antenna, Clueduca, Kéné Dougou Solidarité), des membres institutionnels locaux (Comités de Gestion, Mairies) ainsi que des médecins (hôpital de Sikasso, médecins traditionnels à Zégoua, A.SA.CO. de Kadiolo et Zégoua).

L'objectif de ce séjour pour l'O.N.G. Aidemet était de suivre les projets lancés, évoquer les projets futurs et de présenter deux acteurs potentiels supplémentaires, l'O.N.G. Antenna et nous-mêmes.

Nous avons observé à cette occasion que la lutte contre le SIDA n'était pas perçue comme une priorité par les responsables politiques locaux et les médecins traditionnels. Les questions des acteurs étaient essentiellement orientées sur les questions de financements de ces projets plus que sur leurs contenus ou les retombées potentielles en termes de santé publique. Cette question des *per diem* sera évoquée plus loin (4.3.3.c.). Elle est apparue comme primordiale et comme source potentielle de blocage alors que les populations de cette région sont très pauvres et manquent cruellement de services de santé.

4.5. La presse malienne

La presse malienne est, depuis la révolution de 1991, libre et nombreuse. Beaucoup de journaux journaliers, hebdomadaires ou mensuels existent. Une liste non exhaustive de journaux a été consultée de manière régulière (quasi journalière) sur place ou via Internet²⁶. Le Mali connaît, d'après Reporters Sans Frontières (R.S.F.), un très bon climat pour le développement de la presse et de sa liberté. Pour preuve, le Mali est classé au 25^{ème} rang sur 179 pays en 2011 et ce classement s'est amélioré depuis 2002.

²⁶ 22 Septembre, A.F.P., Afrik.com, Aurore, Avenue 223, Bamanet, Bamako Hebdo, Canard Déchaîné, Ciwara Info, Inter De Bamako, Irin, Journal du Mali.com, Le 26 Mars, Lafia Révélateur, La Nouvelle Patrie, La Nouvelle République, La Révélation, L'Aube, Le Challenger, Le Combat, Le Coq Cocorico, Le Débat, L'Essor, Le Flambeau, Le Guido, L'Indépendant, L'Indicateur Renouveau, Le Malien, Le Matinal, Le National, L'Observateur, Le Potentiel, Le Pouce, Le Prétoire, Le Quotidien de Bko, Le Relais (Bougouni), Le Républicain, Le Scorpion, Le Ségovien, L'Union, Malijet, Maliweb, Ma Patrie, Nouvel Horizon, Option, Procès Verbal, Syfia, Waati, Yeko

3. PRESENTATION DU CONTEXTE SANITAIRE ET DU CONTEXTE MALIEN ET BAMAKOIS

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps présenter le contexte sanitaire du Mali d'un point de vue politique, structurel et économique. Nous effectuerons un zoom sur la lutte contre le VIH/SIDA par une similaire approche politique et structurelle complétée de données épidémiologiques.

Nous étudierons ensuite, le contexte général du Mali suivant plusieurs facteurs, démographique, ethnique, éducatif et économique pour présenter de façon non exhaustive le cadre général afin d'explorer par la suite le contexte spécifique de notre étude, la ville de Bamako et ses évolutions récentes.

Enfin, nous présenterons plus précisément nos deux quartiers d'étude. Nous montrerons leurs différences pour expliciter le choix de ces deux espaces pour une approche comparative. Nous utiliserons quelques données issues de notre enquête de terrain pour illustrer ces variations locales à l'échelle de deux quartiers de la capitale malienne.

1. Le contexte sanitaire

Dans ce chapitre, nous allons présenter rapidement le système de santé malien ainsi que l'approche politique de la lutte contre le VIH/SIDA. Nous présenterons quelques indicateurs clés de santé et sur le VIH/SIDA afin de présenter le contexte sanitaire. Les indicateurs sociaux vus précédemment montrent bien que la thématique du VIH/SIDA est cruciale dans ce pays, le VIH/SIDA étant essentiellement vue comme une maladie « sociale » (Farmer, 2006; Fay, 1999).

1.1. Le système de santé au Mali

1.1.1. Le PRO.DE.S.S. : Programme de Développement Sanitaire et Social

La politique sectorielle de santé et de population (1991) est fondée sur l'accès décentralisé aux soins de santé, la participation communautaire, l'élargissement de la protection médicale et l'accès aux médicaments universels. Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (P.D.D.S.S.) est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRO.DE.S.S.). Le premier a été lancé en 1999, le second en 2005 autour de sept volets²⁷ et deux composantes (santé et développement social).

Le Ministère de la Santé a élaboré en 2003 le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (C.D.M.T.) du secteur de la santé. Il est le document de référence pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.). Les objectifs du C.S.L.P. visent à atteindre à long terme (2015) les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D.).

1.1.2. La structure du système de santé malien

Le système de santé du Mali fonctionne de façon pyramidale avec au sommet les grandes structures, les hôpitaux nationaux (le Point G et Gabriel Touré à Bamako, Kati, au second niveau les hôpitaux régionaux

²⁷ 1.Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires, 2.Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines, 3.Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux, 4.Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie, 5.Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation, 6.Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche, 7.Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

(Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao) et enfin à la base, les Centres de Santé de Référence (C.S.R.) et les Centres de Santé Communautaire (C.S.COM., Fig. 18).

Les C.S.COM. constituent le premier contact de la population des communes avec le système de santé. Leurs missions (P.M.A. Paquet Minimum d'Activités) sont principalement la prévention, les soins primaires et l'orientation vers les structures de santé plus adaptées. L'Etat s'engage en contrepartie à fournir un appui en formations. Les C.S.COM. sont des structures privées avec un but non lucratif et signent une convention avec les services de l'Etat et les collectivités. Les C.S.R. sont eux chargés de superviser les C.S.COM..

Les C.S.COM. doivent « théoriquement » couvrir une aire de santé dont la population est comprise entre 5000 et 15000 habitants dans un rayon de 15 km. La densité de population doit assurer la viabilité du centre. Les Associations de Santé Communautaire (A.SA.CO.) sont chargées de la création de Centres de Santé Communautaire (C.S.COM.).

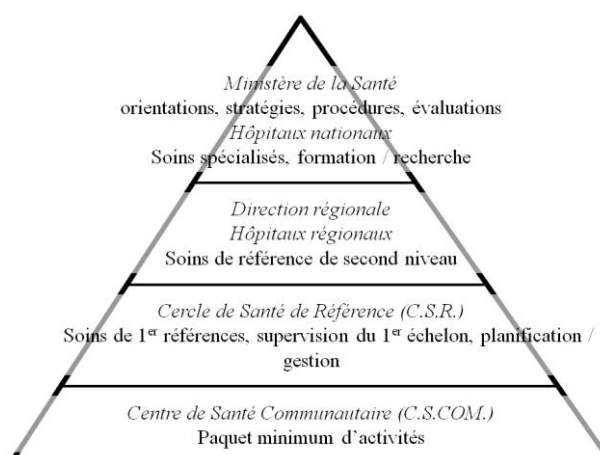


Figure 18 : Pyramide sanitaire du Mali selon le plan sectoriel de santé de 1990

Les structures de « soins de santé primaires » issues de la conférence d'Alma Ata (1978) doivent assurer les soins curatifs de base, la promotion de la santé pour l'ensemble de la population y compris dans les zones rurales (Singleton, 1991). Ces soins sont appelés « primaires », non parce qu'ils sont primitifs, mais parce qu'il s'agit de soins élémentaires.

Dans les années 1950, des campagnes de masse contre certaines maladies considérées comme prioritaires ont été réalisées avec pour constat, des stratégies peu soucieuses des attentes des gens et une efficacité limitée. La stratégie alternative a donc été les Soins de Santé Primaires (S.S.P.) avec le district comme base d'un système de soins de santé²⁸ (Van Dormael, 2006).

De nos jours, on ne peut que constater que cette stratégie tout comme « la santé pour tous en l'an 2000 » ont des résultats nuancés même si les théories d'appui des systèmes de santé sur les soins primaires reste tout à fait valide. C'est dans le domaine de la santé publique que l'on remarque l'écart entre les prétentions du corps médical ou des organismes internationaux et ses capacités réelles, les écarts étant à leurs paroxysmes dans les pays en voie de développement, parce que les professionnels y

²⁸ proches, géographiquement et socialement, des individus et collectivités,
 • attentifs à leurs besoins et leurs attentes,
 • favorisant l'implication des individus/collectivités dans les décisions concernant leur santé,
 • se coordonnant avec l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

sont rares, la concurrence rude et les contrôles inexistants. Les manques de moyens de cette époque ont fragilisé ce programme pertinent. Seulement fragilisé car au Mali, grâce notamment à la construction des C.S.COM. dans tout le pays, les soins se sont améliorés pour la population essentiellement urbaine. Hormis les C.S.COM. et les C.S.R. existent également les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés (C.S.A.R.) devenus C.S.R., les Centres de Santé Confessionnels (C.S.C.) et les Centres de Santé Associatifs (C.S.A.). Cette diversité marque un certain désordre dans l'organisation médicale au Mali, d'autant que ces structures ont quasiment les mêmes fonctions, seules leurs dates de création change.

1.1.3. Place de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est encore très présente et recherchée au Mali quel que soit le milieu géographique. Près de 80% de la population utilise la médecine traditionnelle en premier recours. Certains guérisseurs circulent dans les quartiers des villes et dans les villages pour promouvoir leurs produits et leurs possibilités de guérison, avec dans certains cas, le VIH/SIDA...

Le gouvernement Malien a, depuis 1968, accordé une place de choix à la médecine traditionnelle en l'institutionnalisant²⁹. En 2002 a été créée la fédération malienne des thérapeutes traditionnels et Herboristes et en 2003-2004 a été construit le Département de Médecine Traditionnelle (D.M.T.) de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.). Enfin, en 2005 a été adoptée une Politique Nationale de Médecine Traditionnelle.

Il existe 22 associations de médecins traditionnels à Bamako (Gao : 7, Kayes : 7, Koulikoro : 16, Mopti : 9, Ségou : 9, Sikasso : 15, Tombouctou : 11, Kidal : 1, FE.M.A.T.H., 2010).

Du fait de l'inaccessibilité du personnel de santé moderne (nombre et coût), la médecine moderne perd de l'accessibilité en ville avec la forte urbanisation alors qu'en brousse chaque village a son médecin traditionnel [24]. La médecine traditionnelle utilise des substances animales, minérales mais surtout végétales (Diallo, 2010).

« Je sais que la médecine traditionnelle est incapable d'opérer donc elles sont complémentaires. » [G2]

Les deux médecines interfèrent. Le choix de l'une ou l'autre est lié à plusieurs facteurs : le facteur géographique (représentation de l'espace, des distances, de l'accessibilité), économique (niveau de vie), social et culturel (image de la médecine). Cependant, la question économique n'est pas la seule raison car la médecine moderne n'est pas nécessairement plus chère et le tradipraticien est souvent rémunéré en nature. Il offre souvent des prestations à la carte (en fonction du statut du malade, des relations avec la famille, de la gravité...).

Si la médecine traditionnelle est très présente et si des collaborations existent, elle reste peu référencée dans les infrastructures hors C.S.COM.. Voilà les infrastructures sanitaires publiques et privées recensées par région au Mali en 2009 (Fig. 19).

²⁹ Département de Médecine Traditionnelle de Bamako et trois centres ruraux (exemple : Centre Régional de Médecine Traditionnelle (C.R.M.T.) de Bandiagara relevant de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.))

	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Bamako	Mali
E.F.H.	1	1	1	1	1	1	1		4	11
Hôpital privé	1								2	3
C.S.Réf	7	9	8	8	8	5	4	4	6	59
Clinique médicale	5	3	5	2	2	1			37	55
Clinique chirurgicale									11	11
Clinique médico-chirurgicale	1								3	4
Clinique d'accouchement									3	3
Polycliniques			1				1	1	3	6
Cabinet de consultation	10	9	15	7	3	2			83	129
Cabinet de soins	14	12	20	12	11	2	1		51	123
Cabinet dentaire	1		1						13	15
TOTAL	40	34	51	30	25	11	7	5	216	419

Figure 19 : Infrastructures sanitaires publiques et privées (hors C.S.COM.) en 2009

Depuis son indépendance, le Mali a promu la médecine traditionnelle pour, tout d'abord, prendre en compte les activités de cette médecine dans la politique nationale de santé (De Sardan in Fassin, 1990) et en particulier de produire des médicaments à partir des ressources naturelles locales. La médecine traditionnelle a incorporé depuis longtemps quelques techniques de la médecine occidentale (prise de pouls..., De Sardan in Fassin, 1990). D'autre part, si la médecine traditionnelle n'est pas la médecine de référence, elle demeure vigoureuse et encouragée par l'O.M.S. notamment par les difficultés enregistrées par le système de santé moderne (Vallin, 1994).

Néanmoins, l'une des difficultés est de référencer de « *bons guérisseurs* » en garantissant leurs compétences et leurs discours pour les distinguer des « *charlatans* ». Il faut « *séparer le bon grain de l'ivraie* » (Fassin, 1996).

Les médecins traditionnels doivent désormais obtenir une carte officielle auprès de l'I.N.R.S.P. Médecine Traditionnelle pour pouvoir exercer. Le tradipraticien passe une évaluation avec une correspondance adressée à l'agent de santé où habite le tradipraticien pour démarrer une collaboration et rédiger un rapport. La surveillance a lieu sur un minimum de trente cas pour chaque maladie. Dans les faits, les médecins ne sont pas tous référencés et obtiennent leurs cartes moyennant une somme d'argent [24]. Malheureusement, le fait de reconnaître la médecine traditionnelle n'a pas empêché et à même conforté la place et les pratiques de certains marabouts en leur donnant une légitimité [52] (De Sardan in Fassin, 1990).

La médecine traditionnelle a bien plus de pouvoir que le seul soin. Les tradipraticiens sont consultés pour des désordres conjugaux ou pour trancher des affaires judiciaires... Leur utilisation s'apparente souvent à de la psychanalyse : « *le soulagement corporel mais aussi et surtout l'apaisement et la tranquillité au niveau moral et spirituel* » (Diarra, 1991). D'ailleurs, au Mali, le tradipraticien est une personne reconnue comme compétente par la collectivité dans laquelle elle vit³⁰.

³⁰ Définition de l'O.M.S. : « *Le tradipraticien est une personne reconnue par la collectivité où elle vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, compétences et croyances, liées au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité.* » (Brunet-Jailly, 1993)

Cette variété de domaines d'interventions entraîne un nombre de nomination important de ces médecins que cela soit en français (« *guérisseurs* », « *médecins traditionnels* », « *tradipraticiens* ») ou en bamanan (« *soignant africain* », « *médecin africain* », « *marabout* », « *devin* », « *forgeron* », « *rebouteux* »...).

Vis-à-vis du VIH/SIDA et du paludisme, certaines associations ont travaillé avec la Fédération Nationale des Associations Communautaires (FE.N.AS.COM.) et ont été formées par le Département de Médecine Traditionnel sur financement de la Banque Africaine de Développement (B.A.D.). En revanche, le programme élaboré par la FE.M.A.T.H. en 2006 pour lutter contre le SIDA (M.A.P. de la Banque Mondiale) n'a pas été financé.

1.1.4. Les dépenses et budgets de la santé au Mali

a) Les dépenses totales en santé par l'Etat malien

En 2008, les dépenses totales consacrées aux soins de santé représentaient 5,5% du P.I.B.. Les dépenses totales ont chuté de 9% en 4 ans (moyenne annuelle de 6,2% pour 2001-2005). Les dépenses gouvernementales comptaient pour 49,2%, 50,8% pour celles du secteur privé. Pour l'International Health Partnership (I.H.P.+ 2010), aucun progrès et même une régression s'est opérée envers le budget national de la santé.

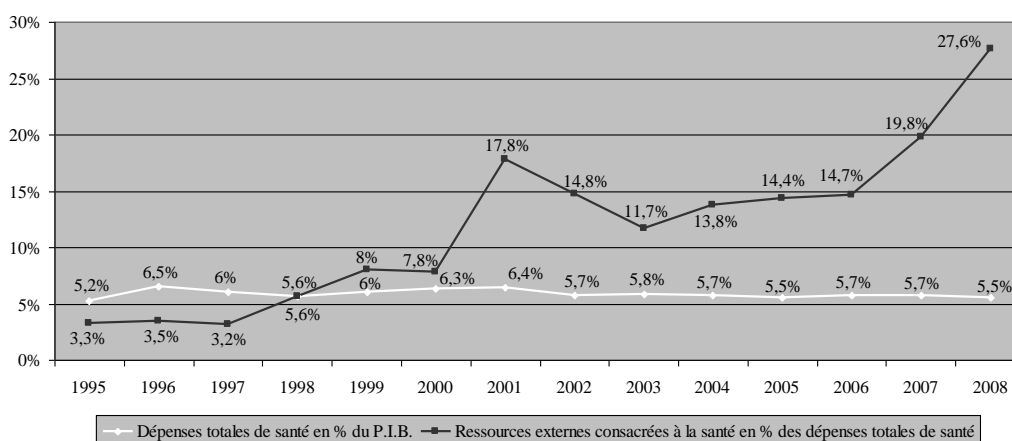


Figure 20 : Dépenses totales de santé (D.T.S.) en pourcentage du P.I.B. et ressources externes consacrées à la santé au Mali de 1995 à 2008 (O.M.S., 2010)

Si les dépenses totales de santé en pourcentage du P.I.B. ont diminués, les ressources externes consacrées à la santé ont extrêmement augmentées (Fig. 20).

b) Les dépenses totales en santé du secteur privé et public

Le secteur privé a connu une chute de 19% en 4 ans (moyenne annuelle 3,4% du P.I.B.). Quant au secteur public, sa croissance a été de 2% en 4 ans (moyenne annuelle 2,8%). Le plus haut niveau enregistré est en 2004 (3,1%) et le plus bas en 2002 (2,5%).

c) Les dépenses totales en santé des habitants

Si le budget de la santé a diminué, la consommation des habitants a augmentée entre 2001 et 2008 (University of Sherbrooke, World Bank, 2008), +47% en 4 ans (2001-2005 : moyenne annuelle 23,6%). Le plus haut niveau enregistré est en 2005 (28%) et le plus faible en 2002 (19%). En 2007, les frais des usagers ont contribué pour 99,5 % aux dépenses globales du secteur privé (I.H.C.O., 2007).

1.1.5. La situation sanitaire au Mali

Les efforts déployés ont permis d'améliorer la situation sanitaire de la population malienne. L'Enquête Démographique et de Santé du Mali (E.D.S.M. IV) montre notamment une baisse du taux de mortalité infanto-juvénile (191‰ en 2006 contre 229,1‰ en 2001 (E.D.S.M. III) et 237,5‰ en 1996 (E.D.S.M. II)). Le taux de mortalité infantile est descendu à 96‰ en 2006 (113,4‰ en 2001, 122,5‰ en 1996) grâce au Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.). Le taux de mortalité maternelle est descendu à 464‰ en 2006 contre 582‰ en 2001.

Malgré ces progrès, la situation sanitaire de la population malienne reste préoccupante. Près d'un enfant sur cinq n'atteint pas l'âge de cinq ans. La charge morbide liée au paludisme, à la malnutrition et à la tuberculose reste très importante. La fécondité est élevée (6,6) et le recours à la contraception moderne est médiocre (6%).

1.2. Le manque de données épidémiologiques

Si les données générales manquent malgré de gros efforts, les données épidémiologiques sont plus présentes avec un système de surveillance sanitaire qui comprend une section spécifique pour le VIH/SIDA. Les C.S.COM. recensent les données des patients et les pathologies même le manque de transmission informatisé (en cours) occasionne des retards importants dans la collecte finale. Ces retards ne permettent pas de répondre efficacement et en temps voulu aux problèmes infectieux. Ces collectes se transmettent difficilement entre les différentes échelles.

1.2.1. Le manque de données globales et fiables au Mali

Certaines données sanitaires restent difficilement quantifiables pour des raisons techniques et de formation. La formation des médecins n'est pas nécessairement adaptée (équipement ou symptômes). Pour des raisons sociales ou économiques, l'observance est relativement faible.

a) La mise en place des programmes et le manque de données

Si le Mali a souscrit aux Objectifs de Développement du Millénaire (O.M.D.), leurs définitions survivront-elles à l'absence et à la faiblesse de données fiables qui permettent de mieux formuler les politiques et les aides à la prise de décision (Bara, Berthé, 2008)³¹.

Des institutions parlent de pauvreté sans en connaître beaucoup de paramètres (origine, dynamique...) et les analyses sont créées par des consultants extérieurs, employés pour de courtes périodes qui ne connaissent que très rarement les réalités (Magassa, Meyer, 2008). Les institutions répondent pour la majorité aux priorités imposées par les bailleurs (4.5.; 6.1.2.; Bergamaschi, 2007). Les donateurs, sous la pression des décaissements, n'arrivent pas à vérifier les données produites...

b) Le manque de données sur la composition des populations

Les données de recensement complètes que nous avons à disposition pour la préparation de notre recherche dataient de 1998. Si les études comparatives (entre quartiers pour notre recherche)

³¹ L'Essor (27/07/2009), « Politiques publiques en santé : à l'aune des statistiques fiables »
Info-Matin (14/04/2008), « Enquête démographique de santé : Des chiffres qui fâchent ! »
Bamanet (08/11/2010), « Recensement administratif à caractère d'état civil : l'ultime étape »
L'indicateur Renouveau (13/07/2010), « RAVEC : 13 894 410 personnes enrôlées, sur une prévision de 13 064 613 »

demandent des données quantitatives précises, elles sont peu disponibles dans les pays africains (Fouda Ongodo, Cissé, Capiez). L'enregistrement systématique des naissances et des décès est faible (naissances : 2000-2008 75% urbain, 45% rural / décès : inférieur à 25%, Unicef, 2009).

Autre exemple, les données liées à l'espérance de vie varient suivant les institutions (Fig. 21). Le Président malien Amadou Toumani Touré a vivement critiqué publiquement les données du Programme des Nations Unies pour le Développement (P.N.U.D.) qui donnent une espérance de vie moindre (47,9 ans contre 65.5 ans). De même, le Président a critiqué les chiffres de malnutrition particulièrement ceux donnés par la société civile³².

<i>Université de Sherbrooke</i>	<i>Statistiques Mondiales</i>	<i>O.N.U.</i>	<i>Banque Mondiale</i>	<i>Pays Monde</i>	<i>Population Reference Bureau</i>	<i>B.T.I. Mali</i>
53.78 (2006)	50.35 (2009)	52.17 (2010)	54 (2007)	Hommes 45 / Femmes 48 (2008)	Hommes 47 / Femmes 48 (2009)	49 (2009)

Figure 21 : Ecart dans la mesure de l'espérance de vie au Mali

Au lieu d'étendre à tous les Ministères, la Direction de la Planification et de la Statistique qui était très efficace (agriculture, santé, éducation), celui-ci a été complètement démantelé en 1989 (Bergamaschi, 2007). Un long chemin reste à parcourir pour l'utilisation publique des données statistiques au Mali. Certains donateurs outrepassent ce défi et établissent leurs propres indicateurs (Magassa, Meyer, 2008).

c) Le manque de données dans le domaine de la santé

Peu de données épidémiologiques existent sur le diabète même si son omniprésence est connue. Les médecins ne disposent pas de chiffres pour situer cette maladie. Ils ne peuvent donc pas justifier une implication plus importante en termes de programmes et ce, malgré les incitations de l'O.M.S. (Martini, Fligg, à paraître 2011).

Ce manque existe également sur les enfants en difficultés même si des informations sont présentes au Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et Enfants Vulnérables (R.I.O.E.V.). Seulement, celles-ci sont parcellaires et peu fiables [7].

Seuls deux postes d'économiste de la santé existent (Tombouctou, Direction Nationale de la Santé D.N.S.), dix postes d'épidémiologistes (Sikasso (2), Ségou, Gao, Kidal, Bamako, D.N.S. (4)), deux aides archivistes à Tombouctou et deux documentalistes (Koulikoro et Sikasso). Pour le Système National d'Information Sanitaire (S.N.I.S.), si le résultat est jugé satisfaisant pour les ressources, des efforts sont à fournir sur le plan institutionnel (répartition des ressources humaines et financières, Ministère de la Santé, 2008).

Les infrastructures et laboratoires mal-adaptés conduisent les recherches à des résultats « peu crédibles », à des chiffres non exempts d'erreurs (8.4.) et non accessibles (8.3.1.c; 8.3.1.d.; Bougoudogo, 2010). Le système de suivi au niveau national n'est pas fiable et ne peut servir de référence dans un débat public (Magassa, Meyer, 2008).

³² Le Républicain (09/02/2010), « La malnutrition : Un taux très élevé au Mali »
Le Matin (16/06/2010), « Malnutrition au Mali : A.T.T. conteste les chiffres »
Bamanet (11/06/2010), « Malnutrition au Mali, A.T.T. fâché contre le forum des O.N.G. »

d) La formation médicale et la problématique des symptômes de pathologies

Les erreurs sur les données de santé peuvent s'expliquer par le manque de formations médicales et la formulation de nouveaux symptômes de la part de l'O.M.S. pour décrire les cas de VIH/SIDA qui ne sont pas adaptés au Mali [35]. Le degré de concordance entre les critères de l'O.M.S. et l'évolution des CD4 est faible [43]. En se basant uniquement sur les symptômes cliniques, seul le quart de l'échantillon qui avaient moins de 200 CD4 n'aurait pas été éligible aux A.R.V... (Machouf et al., 2008). Ce problème existe pour plusieurs pathologies³³ (Gobatto et al., 2010) et est accru par le manque de matériel disponible à l'hôpital du Point G³⁴ ainsi que dans d'autres structures³⁵.

Les signes cliniques « populaires » de la tuberculose restent très proches de ceux du VIH/SIDA (4.1.2.b.; Berthé et al., 2009). Sur le terrain, des limites sont apparues lors d'une étude sur la malaria en partie à cause de la controverse liée à la définition même de la malaria. Dans certaines zones, le diagnostic et les décisions thérapeutiques sont pris sans examens en laboratoires (Huissoud, Cissé, Damiba, Koné, 2004).

e) Les pertes de vues

Certaines pratiques renforcent les doutes sur les données comme l'arrêt de la prise de traitements par certaines P.V.VIH. quand leur état de santé est meilleur.

De plus, malgré la décentralisation de la prise en charge, les pertes de vues sont importantes comme à Kayes³⁶, Sikasso (Conférence VIH/SIDA Bamako 2007), pour la région de Ségou³⁷ et le district de Bamako alors que l'accessibilité aux traitements est très correcte pour Bamako. Les taux d'assiduités restent faibles et peu évolutifs entre 2008 et 2009 (72% / 72.1%). Près de 28% des personnes infectées ne respectent pas les prescriptions ce qui peut engendrer de nouvelles infections et des taux de décès plus importants.

En 2009, 62 patients de l'O.N.G. Wale étaient considérés comme perdus de vue. Au dernier contrôle, avant la perte de vue, 56% d'entre-eux avaient un taux de CD4 inférieur à 200 cell/mm³. Si 29% patients sont restés injoignables (71% retrouvés). Parmi eux, 14% étaient décédés, 39% avaient interrompu leur traitement, 29% étaient suivis par d'autres sites de prise en charge (Solthis, 2009). Certains patients décèdent dans ou hors des unités (U.S.A.C., C.E.S.A.C.) sans que personne ne le sache [48].

³³ Pour le diabète, les médecins maliens se réfèrent à des éléments de savoirs provenant d'une échelle globalisée avec des critères de diagnostics venants de l'O.M.S. et datant de 1997.

³⁴ Le 26 Mars (20/07/2010), « Santé au Mali : Ces hôpitaux, "malades" »

Le 26 Mars (27/07/2010), « Pénurie d'eau à l'hôpital du Point G : L'inadmissible »

Le 26 Mars (27/07/2010), « Pénurie d'eau au Point G : L'EDM s'explique »

Ciwara Info (29/07/2010), « Coupures intempestives d'eau à l'hôpital du Point G : le DGA de l'hôpital Mady Sissoko s'est prêté à nos questions »

Le Matin (30/07/2010), « Hôpital du Point G : Un problème d'eau le transforme en mouvoir »

³⁵ Le Coq Cocorico (09/09/2010), « Hôpital régional de Mopti... : Une panne de radiographie depuis presque 2 mois... Le Ministre et le Directeur national de la santé interpellés »

Zenith Balé (23/11/2010), « Hôpital Gabriel Touré : Le comble est arrivé, manque de produits de la césarienne »

Le Combat (01/03/2011), « Autres révélations accablantes sur la tragédie du Maouloud : Pas une seule goutte d'alcool dans les ambulances ! »

³⁶ En 2007, à l'hôpital régional de Kayes, le taux de pertes de vues étaient de 14.3%, certains patients n'étant pas venus prendre leurs médicaments plus de trois mois après la date de rendez-vous initialement prévue (Carillon, 2010).

³⁷ 60% d'assiduité

Ces pertes de vues s'observent également pour les enfants de la rue au vue de leur mobilité (environ dix à quinze sites en continuel changements, enfants chassés par les boutiquiers). Les garçons ont souvent le même site travail-dortoir alors que les filles ont deux sites différents [3].

1.2.2. Malgré un développement d'un système de surveillance de la maladie, des difficultés présentes

a) Le panorama de la surveillance sanitaire

Des trois bailleurs de fonds (Fond Mondial, Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement), seule la B.A.D. orientait, entre 2007 et 2010, son appui pour la surveillance sentinelle alors qu'elle est indispensable pour répondre en temps voulu aux possibles poussées infectieuses et pour posséder plus de données de santé (Ungass, 2008). Aucune des institutions appuient la conduite d'enquêtes comportementales ou enquêtes populationnelles.

Le système de surveillance du VIH/SIDA au Mali consiste en trois composantes :

1. Une enquête sur les IST/VIH et les comportements (I.S.B.S.) parmi les groupes à haut risque réalisée tous les 3 ans,
2. L'Enquête Démographique et de Santé du Mali (E.D.S.M.) tous les 5 ans,
3. La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, tous les ans ou 2 ans.

Les enquêtes I.S.B.S. sont trop peu nombreuses (2000, 2003, 2006 et 2009, [43]) et ne concernent que les groupes considérés comme à risque et pas la population générale. Il est nécessaire de compléter les données sur ces groupes par une enquête auprès des clients des prostituées et ainsi valider/infirmer les opinions des filles sur les motivations des hommes [43].

La population générale n'est étudiée que lors d'enquêtes post/pré programmes ou lors de l'E.D.S.M.. Ces données ne peuvent être prises en compte sans prendre en compte leurs contextes (urbain/rural, scolarisés/non scolarisés... [42]).

D'autres enquêtes (1-2-3 auprès des ménages) sont intéressantes car comparatives (multi-pays d'Afrique de l'Ouest) et car elles sont fonction des contextes (sociaux, économiques, démographiques, historiques, Razafindrakoto, Roubaud, 2004).

b) Des critiques sur l'Enquête Démographique de Santé au Mali (E.D.S.M.)

Ces critiques ne sont pas nouvelles... La diffusion des résultats de l'E.D.S.M. II (1995-96) n'avait pas montrés d'évolutions positives par rapport à 1987 (Barker, 2003).

Pour un anthropologue, les données ont une « portée trop générale et parfois imprécise pour une utilisation « micro » dans une « communauté restreinte » [16]. L'échelle d'obtention et d'utilisation des données pose problème car ces données sont trop générales (échelle nationale et régionale). La question de la fiabilité des chiffres est aussi posée: « les chiffres locaux augmentent tandis que les données nationales baissent, c'est troublant ! » [34], « on ne peut pas dire que les chiffres soient bons » [7].

L'échantillonnage de l'E.D.S.M. IV (2006) est très faible en particulier pour les hommes. Par exemple, seules 12 personnes ont été questionnés sur leurs connaissances et comportements envers le VIH/SIDA à Kidal (67638 habitants), 141 à Gao (544120) et 144 à Tombouctou (681691)...

	Hommes	Effectifs d'hommes dépistés	Femmes	Effectifs de femmes dépistées
Kayes	984805	461	1012007	578
Koulikoro	1198841	573	1219464	639
Sikasso	1296988	818	1328931	930
Ségou	1155841	549	1180414	613
Mopti	1006954	827	1030376	827
Tombouctou	341151	288	340540	371
Gao	272883	281	271237	336
Kidal	36386	86	31252	103
Bamako	908895	760	900211	758
TOTAL	7202744	4643	7314432	5157

Figure 22 : Population des hommes et femmes par régions et nombre de dépistages par sexe lors de l'E.D.S.M.IV (R.G.P. 2009, Ministère de la Santé, 2006)

De même, les dépistages effectués lors de la passation sont faibles : « *le taux de l'E.D.S.M. est sous-évalué car il y a plein de cas non-déclarés* » [33] ce qui pose la question des zones « *supposées* » comme les plus infectées. Seuls 4643 hommes et 5157 femmes ont été testés sur les 7202744 hommes et 7314432 femmes qui composent la population malienne.

c) Une réelle baisse de la prévalence du VIH/SIDA ?

La qualité des données sur le VIH/SIDA est depuis longtemps critiquée au Mali (White et al., 2009; Boileau, Rashed, Sylla, Zunzunégui, 2008; Castle, 2003). Pour un médecin de Ségou (Conférence VIH/SIDA de Bamako, 2007), « *le recueil des données du système d'information et de surveillance en santé ne fonctionnent pas* ».

Les taux supérieurs de prévalence pour les femmes enceintes³⁸, la persistance d'une activité importante dans les Unités de Soins, d'Accueil et de Conseils (U.S.A.C.) et Centres d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.) et certaines études³⁹ accentuent ces doutes. Les taux de prévalence étaient supérieurs chez 950 étudiants en 2005 (Sikasso 1.8%, Koulikoro 3.1%, Bamako 3.6%, White et al., 2009). Si les prévalences des donneurs de sang ont diminués depuis 2000, elles restent tout de même supérieures au taux global national⁴⁰ tout comme pour les patients atteints de tuberculose. Un lien important existe entre les deux maladies. Les patients tuberculeux ont des taux de prévalence du VIH/SIDA supérieurs à la population générale (+162 %). Les agents de santé ne notifient pas systématiquement et ne communiquent peu avec la population sur cette co-infection (Berthé et al., 2009).

Des mots forts sont employés pour évoqués ces problèmes de chiffres de prévalence. Un acteur parle de « *tromperie* » envers la population [48]. Les doutes sur les chiffres officiels sont d'autant plus grands que « *sur le terrain, les changements de comportements n'ont pas vraiment eu lieux mais la prévalence a diminuée* » [8].

En 2007, deux catégories différenciées sont apparues dans l'annuaire de santé (S.L.I.S. Système Local d'Information Sanitaire), les cas avérés de SIDA et les cas présumés. Le SIDA est la seule maladie avec la tuberculose sur les 59 recensées à présenter cette distinction...

³⁸ 10 sites en 2002, 16 en 2003, 172 en 2008, 229 en 2009
3,3% (2002), 3,8% (2003), 3,4% (2005), 3,1% (2007), 2% (2008), 2,2% (2009) (Ungass, 2010)

³⁹ En 2003, des taux élevés étaient répertoriés dans certains lieux : 6.3% au C.S.R. de Koulikoro, 5.6% au C.S.R. de la commune III du district de Bamako ou 4.7% à l'hôpital de Ségou et 4.5% au C.S.R. de Koutiala.

⁴⁰ 2.5% en 2007, 2.34% en 2008 (C.S.L.S., 2007)

	0-11 mois		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-24 ans		25 ans et +		Total		Total H + F	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
2007																
Cas avérés	3	/	7	9	3	3	4	2	41	75	427	457	485	546	1031	
Cas présumés	17	9	35	27	19	18	30	28	143	231	648	771	892	1084	1976	
2008																
Cas avérés	4	1	9	9	6	1	3	9	53	129	294	420	369	569	938	
Cas présumés	20	11	68	51	38	37	57	54	389	645	972	1102	1544	1900	3444	

	0-11 mois		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-24 ans		25 ans et +		Total		Total H + F	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
2009																
Cas avérés	5	3	12	13	1	3	5	4	96	200	550	767	669	990	1659	
Cas présumés	9	14	50	30	9	5	14	12	192	403	970	1182	1244	1646	2890	
2010																
Cas avérés	4	4	10	6	6	4	18	20	160	280	603	753	801	1067	1868	
Cas présumés	11	15	33	22	23	31	31	50	386	649	1414	1462	1898	2229	4127	

Figure 23 : Cas et décès dû au SIDA. Cas avérés et présumés en 2007, 2008, 2009 et 2010 pour le Mali (S.L.I.S., 2007, 2008, 2009, 2010)

Les cas avérés et présumés ont augmentés entre 2007 et 2010 (Fig. 23). L'augmentation du nombre de cas avérés pour les 15-24 ans est inquiétante car cette tranche d'âge doit, pour plusieurs raisons, être moins infectée (meilleur accès à la scolarisation, première génération née « avec » la maladie et donc avec la sensibilisation, moins de tabous...).

	0-11 mois		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-24 ans		25 ans et +		Total		Total H + F	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
2007																
Décès avérés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	3	5	8		
Décès présumés	0	0	0	6	0	6	6	0	9	39	49	45	70	115		
2008																
Décès avérés	1	0	0	0	0	0	0	0	1	22	12	23	13	36		
Décès présumés	0	0	1	0	0	0	0	0	1	7	6	9	7	16		

	0-11 mois		1-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-24 ans		25 ans et +		Total		Total H + F	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
2009																
Décès avérés	0	0	1	1	0	1	0	0	0	22	12	23	14	37		
Décès présumés	0	0	1	0	0	0	0	0	1	27	36	28	37	65		
2010																
Décès avérés	0	0	0	0	0	0	0	1	4	15	22	21	26	37	63	
Décès présumés	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5	6	6	8	14		

Figure 24 : Cas et décès dû au SIDA. Cas et décès présumés et avérés en 2007, 2008, 2009 et 2010 pour le Mali (S.L.I.S., 2007, 2008, 2009, 2010)

Si les cas avérés ont diminués entre 2007 et 2008 et augmentés en 2009 et 2010, le nombre de cas de décès présumés a plus que triplé en une année pour 2008 et doublé entre 2007 et 2009/2010 (Fig. 24). Cette stabilité et augmentation du nombre de cas avérés accompagnés d'une augmentation nette du nombre de cas présumés engendrent posent des questions quant à la baisse de la prévalence observée en 2006 par l'E.D.S.M. IV..

1.3. La lutte contre le SIDA au Mali

1.3.1. Historique

La volonté politique de lutter contre le VIH/SIDA est clairement affichée au Mali et ce, dès 1987 avec le Programme National de Lutte contre le SIDA (P.N.L.S.). Le premier plan à court terme (87-88) a été suivi de deux Plans à Moyen Terme (P.M.T.1 89-93, P.M.T.2 94-98). L'évaluation des deux plans et la compilation des résultats des diverses enquêtes et informations parcellaires ont permis l'élaboration d'un Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA (P.N.L.S 2001- 2005). La lutte multisectorielle a mobilisé dès le début dix départements ministériels⁴¹. Des « points focaux » (experts désignés au niveau de leurs départements) de ministères et de la société civile ont été désignés et formés en 2000. Au Mali, la réponse est aujourd'hui multisectorielle et décentralisée.

⁴¹ Le ministère de la Santé, le ministère de la Jeunesse et des Sports, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Défense et des Anciens combattants, le ministère de la Sécurité intérieure et de la Protection civile, le ministère des Mines, de l'Énergie et de l'Eau, le ministère de l'Industrie, du Commerce et des Transports, le ministère du Développement social, le ministère de la Promotion de la femme de l'enfant et de la famille et le ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche, auxquels se sont ajoutées les organisations de la société civile.

« Au Mali, un engagement politique existe contre la pandémie du SIDA à travers le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (H.C.N.L.S.). La facilité et la gratuité d'accès aux médicaments (A.R.V.) pour les malades et les maladies opportunistes sont prises en charge. » [60]

Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (H.C.N.L.S.) présidé par le Président de la République dirige la riposte avec également la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA (C.S.L.S.) du Ministère de la Santé. Des cellules décentralisées du HC.N.L.S. existent dans chaque régions. Au Mali, la réponse est donc aujourd'hui multisectorielle, décentralisée et légiférée depuis 2006 (loi N° 06-028). Cette dernière fixe les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA via dix chapitres⁴².

1.3.2. La situation épidémiologique du VIH/SIDA

Les pays à faible prévalence doivent cibler leurs activités sur les groupes qui ont des comportements les plus à risques (Mali : routiers, coxeurs⁴³, prostituées, vendeuses ambulantes, aides ménagères ou enfants en rupture familiale). La prévalence des groupes à risques était de 3.5% en 2006 pour les routiers (2003 : 3.9%, 2000 : 3.5%), de 2.2% pour les coxeurs (2003 : 2.9%, 2000 : 5.5%), de 35.3% pour les prostituées (2003 : 31.9%, 2000 : 28.9%), de 5.9% pour les vendeuses ambulantes (2003 : 4.6%, 2000 : 6.8%) et de 2.2% pour les aides familiales (2003 : 1.7%, 2000 : 1.7%) (I.S.B.S., 2006). Seulement, la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne sont affectés par des épidémies⁴⁴ bien établies qui s'étendent au-delà des seuls groupes de population à risques d'où la nécessité d'une surveillance au sein de la population générale.

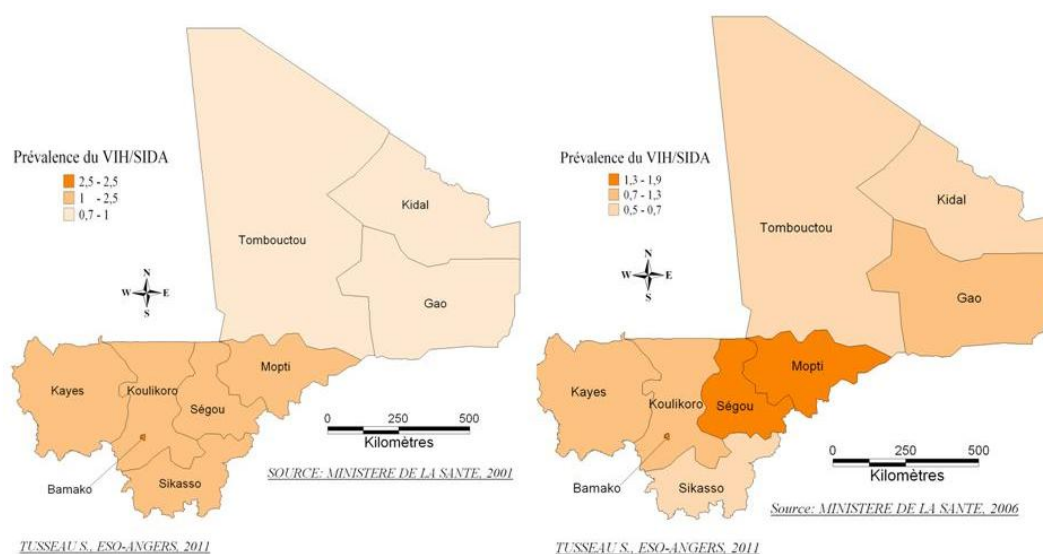


Figure 25 : Prévalence du VIH/SIDA par régions au Mali en 2001 et 2006

⁴² L'éducation et l'information en matière de VIH/SIDA, les procédures sécurisées en matière de recherche, la place de la médecine traditionnelle, le conseil et le test de dépistage au VIH/SIDA ou la nécessaire confidentialité et lutte contre les actes discriminatoires

⁴³ Apprentis chauffeurs vendant de tickets dans les gares

⁴⁴ Epidémie à faible prévalence : le taux de prévalence du VIH n'est supérieur à 5% dans aucun des sous-groupes de population
Epidémie concentrée : l'infection du VIH reste concentrée dans les groupes hautement vulnérables et dépasse un taux de 5% dans au moins un de ces groupes. La prévalence reste toutefois inférieure à 1% chez les femmes enceintes.
Epidémie généralisée : la prévalence du VIH est supérieure à 1% chez les femmes enceintes.

La prévalence a diminué dans certaines régions mis à part pour les hommes de Koulikoro et les femmes de Kidal. Les régions les plus contaminées au Mali se retrouvent dans la partie centrale du pays (Ségou, Mopti, Koulikoro, district de Bamako) (Fig. 25).

Les cas avérés ont augmentés entre 2000 et 2004 et ont chutés brutalement en 2004-2005. Le taux a stagné et diminué entre 2005 et 2008 puis augmenté en 2009 : « L'E.D.S.M. IV montre une baisse est légère mais une baisse tout de même » [27]. La prévalence est plus importante pour les femmes de niveau primaire (1.4% / Hommes 0.7%) ou qui n'ont jamais été scolarisées (Fig. 26; 2% / Hommes 0.4%). Pour les hommes, le constat est inverse, avec un taux supérieur pour les hauts niveaux de scolarisation (1.8% / Femmes 0.7%).

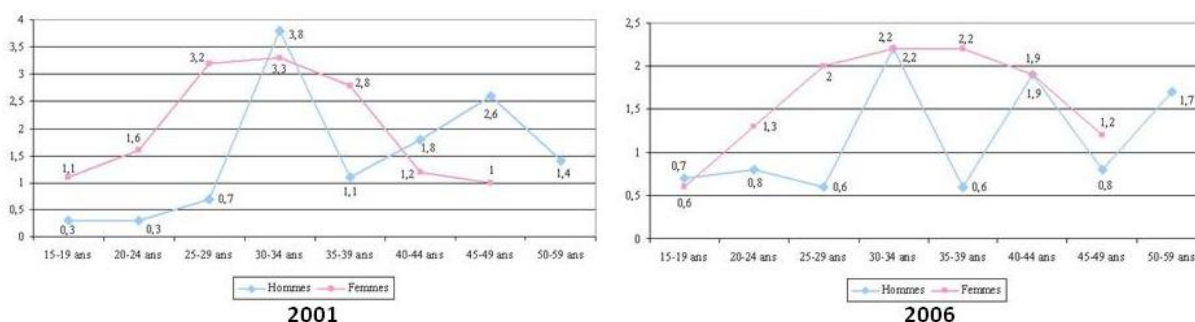


Figure 26 : Prévalence du VIH/SIDA au Mali en 2001 et 2006 selon l'âge (Ministère de la Santé, 2001, 2006)

Les femmes sont plus infectées pour la majorité des tranches d'âges notamment les 20-29 ans et 35-39 ans. On observe deux « pics » infectieux masculins (30-34 ans et 40-44 ans). Les taux sont plus importants pour les femmes de haut niveau économique ce qui contredit l'idée que la non-scolarisation occasionne des taux plus élevés.

Le taux de prévalence chez les veuves est très important (8.2%) tandis que ce taux est de 0.4% pour les célibataires femmes (Hommes 0.6%), de 1.4% pour celles en union (Hommes 0.9%) et de 1.8% pour les femmes divorcées (Hommes 2.2%). Il serait intéressant de déterminer si celles-ci sont veuves de part l'infection de leur marié défunt ou pour tout autre raison.

Entre 2000 et 2009, entre 14116 et 19536 cas de VIH/SIDA ont été répertoriés soit une moyenne de nouvelles infections de 1568 à 2170.

2. Le contexte démographique, social et économique

Avant de présenter plus précisément la ville de Bamako et nos deux quartiers d'étude, nous allons présenter succinctement le Mali. Pour cela, nous allons voir le contexte démographique notamment son extrême jeunesse. La prévention du VIH/SIDA est donc très importante notamment par l'accroissement des migrations et de l'urbanisation.

Ensuite, nous étudierons le contexte ethnique dans un pays où convergent et circulent de nombreuses ethnies (mosaïque) qui possèdent leurs propres caractéristiques (culture, langue, traditions).

Même si de nombreux efforts existent pour améliorer les taux de scolarisation, certaines difficultés persistent notamment pour les filles qui restent moins scolarisées que les garçons et le milieu scolaire est

marqué par de nombreuses crises et grèves qui engendrent de faibles taux de réussites. Or, nous le verrons, le niveau de scolarisation a des répercutions sur l'intégration des messages (5.1.2.c.).

Enfin, nous verrons très rapidement le contexte économique qui montre que le pays est très fragile et que le développement du pays dépend de nombreux facteurs (climatiques, internationaux...) qui fragilise les efforts de développement.

2.1. Le contexte démographique

En 2008, la population féminine était plus importante pour les jeunes tranches d'âges avec un tassement progressif de son importance. La population malienne est extrêmement jeune (Fig. 27) que cela soit à Bamako ou au Mali (moins de 15 ans : 43,47%).

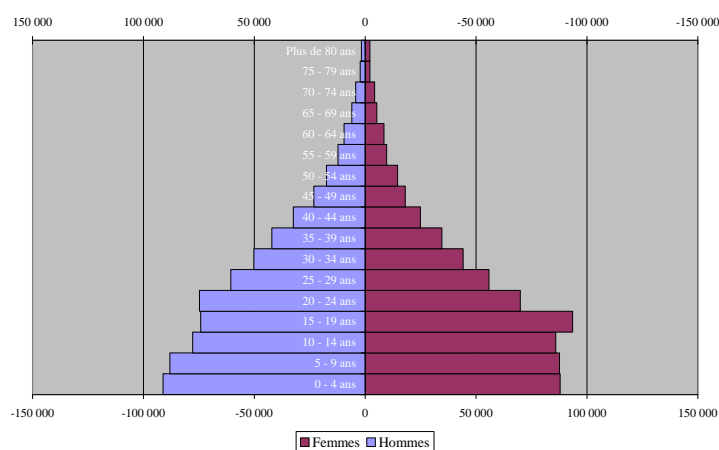


Figure 27 : Pyramide des âges pour le District de Bamako en 2008 (Direction Nationale de la Population, estimations d'après le recensement de 1998)

Cette jeunesse accentue les difficultés liées à la scolarisation, à l'emploi et aux questions sanitaires (comportements sexuels, consommation d'alcool/tabac).

Le Mali, pays continental, est un vaste territoire, au relief plat avec une très faible densité (9 hab/km²). La population est répartie inégalement sur le territoire avec une pression démographique supérieure sur le sud (pluies supérieures à 200 mm), autour des centres urbains, le long des vallées fertiles (Niger, Sénégal), ainsi que dans les plaines à forte potentialité agricole. Le triangle Mopti-Bamako-Sikasso couvre 100 000 km² concentre près de 60% de la population urbaine du pays. Deux phénomènes sont à constater aujourd'hui : le dépeuplement des zones arides et semi-arides et l'accélération de l'urbanisation.

Le District de Bamako est situé dans un climat soudanien, marqué par l'alternance d'une saison sèche (novembre-mai) et d'une saison pluvieuse (juin-octobre). La pluviométrie annuelle a varié de 722,6 mm à 1499,5 mm de 1936 à 1991 avec une moyenne de 1100mm.

Les migrations renforcent la hiérarchie urbaine en dépit des intentions du gouvernement en termes d'aménagement du territoire et de rééquilibrage de l'urbanisation. Plus de trois-quarts de la population occupe moins de 10% du territoire (Fig. 28). Il y a 112 villes de 5000 habitants ou plus, dont 5 de plus

de 100000 habitants (Bamako, Ségou, Sikasso, Mopti et Koutiala) et 4 villes entre 50000 et 100000 habitants (Kayes, Tombouctou, Gao et Kati).

	1976	1987	1998	2003
MALI				
<i>Population totale (en millions)</i>	6,4	7,7	9,8	11,6
<i>Taux d'urbanisation</i>	17 %	22 %	29 %	32 %

Figure 28: Evolution de la population urbaine pour le Mali et pour Bamako

Malgré une urbanisation croissante de villes secondaires (Sikasso, Ségou, Kayes), le réseau de villes est caractérisé par un fort déséquilibre (Bamako 32,7% de la population urbaine totale en 2004). L'espace national se structure autour d'un réseau de villes ayant chacune sa spécificité (villes d'échange, de commerce, hinterland agricole riche (riz, coton), villes d'émigration bénéficiant de dons importants de la diaspora (Kayes), villes touristiques (Tombouctou, Djenné au patrimoine mondial par l'UNESCO)).

De fortes migrations familiales, économiques et saisonnières occasionnent des changements sociaux et territoriaux. Les villes moyennes et Bamako connaissent des extensions horizontales importantes sans que les infrastructures suivent nécessairement ce rythme (Dorier-Apprill E., Jaglin S., 2002).

2.2. Le contexte ethnique

Du 17^{ème} au 19^{ème} siècle, le territoire actuel du Mali a été le théâtre de grands conflits. Les invasions des Peuls, Touaregs et Bambaras ont occasionnés un grand brassage de population, une grande diversité ethnique et un patrimoine culturel particulièrement riche. Le Mali représente un carrefour de civilisations (Bocquier, Diarra, 1999). Malgré la pauvreté des réseaux terrestres, fluviaux, aériens ou maritimes, la circulation est un élément clé de la compréhension de la spatialité et de la territorialité africaine.

L'importance du territoire malien a pour conséquence une très grande diversité ethnique. Si l'on s'en tient aux principaux groupes ethniques, il est aisé d'en recenser au moins une douzaine avec une distinction entre ceux de « *race blanche* » (Maures, Touareg et Peuls) et ceux de « *race noire* » (Bambaras, Sénoufos, Malinkés, Sarakolés, Dogons...). Cette distinction anthropologique classique n'est plus aussi évidente aujourd'hui.

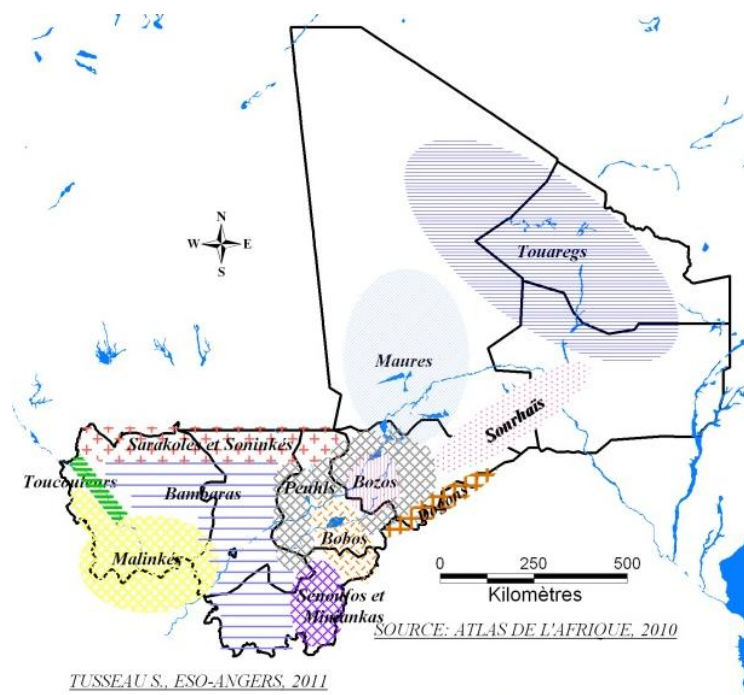


Figure 29: Les ethnies au Mali

Les principaux groupes ethniques sont les Bambaras, les Malinkés, les Sarakolés (Soninkés ou Markas), les Peuls, les Sénoufos/Miniankas, les Dogons, les Sonhraïs, les Touaregs, les Maures et les Arabes. Le Mali compte d'autres groupes ethniques avec des effectifs plus limités (moins de 2 % de la population malienne : Diawaras, Bozos⁴⁵). Malgré cette diversité, la conscience malienne est réelle et profonde. Au-delà des frontières, tous les Maliens vivent dans un mixage total conformément aux exigences de la coutume et de la tradition du terroir (Fig. 29).

Les Bambaras (= « ceux qui refusent d'être dominés ») constituent l'ethnie la plus nombreuse. Leur dialecte mandingue fait figure de langue véhiculaire autochtone et urbaine même si le français est la langue nationale. Leur zone d'implantation principale se situe dans l'ouest du pays. Le peuple bambara n'a jamais constitué une unité politique et se divise en plusieurs clans issus d'ancêtres mythiques.

A Bamako, la langue majoritaire est le bamanan (Bocquier, Diarra, 1999) loin devant les autres langues. L'hétérogénéité ethnique est réelle à l'échelle des quartiers mais sans réelle présence de regroupements communautaires (Dorier-Apprill, Van Den Avenne, 2001). Les villes forment aujourd'hui des configurations sociétales mixtes, intermédiaires ou ambiguës (Bouju, 2006). Cependant, nous pouvons observer des concentrations de population et d'ethnies dans certaines zones localisées de part leur date d'arrivée (Dogons à Banconi). Seuls certains problèmes liés au sentiment ethnique ou communautaire sont à recenser⁴⁶.

Il est difficile de parler de nationalité malienne. Beaucoup de personnes se revendiquent plus de ces peuples que du pays dans lequel ils vivent. En effet, beaucoup de peuples sont communs à d'autres pays de la sous-région (Wolofs en Côte d'Ivoire et Sénégal, Dogons au Burkina, Peuls en Mauritanie...). De

⁴⁵ Pêcheurs sur le haut Niger, Macina, région de Ségou et Mopti

⁴⁶ Nouvel Horizon (27/12/2009), « Conflits communautaires au Mali : Trois zones ravivent la vedette »

Le Républicain (25/03/2011), « Conflits communautaires au nord : Le parti pris de l'Etat »

L'Indépendant (26/07/2011), « Affrontement intercommunautaire à San vendredi dernier : Un mort, quatre gendarmes blessés dont un grièvement et cent trente arrestations »

nombreux Etats sont constitués, au moins partiellement, sur un ou plusieurs noyaux ethno-démographiques (Lesourd, 2003). Les identités africaines sont « à géométrie variable », multiples et variées. Le « fait ethnique » constitue un enfermement commode pour les « encadrements » politiques ou du développement (Lefebvre, 2003). Tandis que dans plusieurs pays africains, la démocratisation a conduit à une certaine exacerbation des conflits interethniques, voire de véritables guerres civiles (Rwanda, Burundi, Côte d’Ivoire, Libéria, Sierra Léone), le Mali est lui cité en pays modèle pour sa transition démocratique (Dougnon).

Dans les groupes ethniques maliens existe différents types de structures basées sur l’âge ou d’autres divisions (castes⁴⁷). Nul part au Mali, on ne peut être blâmé pour son appartenance à telle ethnie ou groupe social. 65,5% de la population malienne pense que la diversité ethnique est une richesse et seulement 18,7% pensent qu’elle peut être une menace à l’unité du pays (World Values Survey, 2007). L’ethnicité a un rôle mineur dans la politique malienne. Le Mali a l’un des scores les plus bas sur dix-sept pays concernant l’association individuelle de l’ethnie et l’identification à un parti politique (« *Politically Relevant Ethnic Group* » P.R.E.G., Dowd, Driessen, 2008). En revanche, lors de la campagne présidentielle de 1992, de nombreux maliens ont estimé que l’un des candidats, incapable de s’exprimer en bambara ne pouvait en aucun cas occuper la magistrature extrême (Dumestre, 1998).

Le Mali et d’autres pays ont connus un déclin des clivages ethniques ce qui va à l’encontre des préjugés même si celles-ci existent (Botswana, Malawi, Zambie, Ouganda, Kenya, Zimbabwe...) (Ford). La société malienne n’a pas abouti à l’ethnisme quand, faute de structuration en classes organisées, l’ethnie devient le véhicule principal de mobilisations porteuses de revendications sociales et politiques (Fig. 30; Marie, 2007).

		<i>High/Increasing</i>	<i>Low/Decreasing</i>
<i>Government</i>	<i>High/Increasing</i>	Ethnic division Kenya, Zimbabwe	
<i>Kappa Score</i>	<i>Low/Decreasing</i>	Ethnic opposition Botswana, Malawi, Nigeria, Ouganda, Zambie	Declining ethnic cleavage Ghana, Mali, Mozambique, Namibie, Sénégal, Afrique du Sud

Figure 30: Opposition Kappa score (Ford)

L’État colonial s’est historiquement occupé de recenser et territorialiser les populations en les assignant à leurs identités ethniques à partir de classifications ethno-linguistiques souvent hasardeuses et de délimitations territoriales tout aussi hasardeuses et arbitraires (Marie, 2007).

Les acteurs actuels prennent-ils cette question ethnique en compte dans la mise en place des programmes pour adapter leurs sensibilisations à la langue et aux pratiques culturelles ayant cours dans certaines ethnies ? Ces ethnies se comportent-elles de manière homogène sur les questions sanitaires et sociales, certaines sont-elles stigmatisées et rejetées de part leurs pratiques ?

Introduit au XIème siècle, l’Islam est devenu un élément essentiel de l’identité malienne. Le christianisme est peu présent, l’animisme persiste dans certaines populations (Dogons, Senoufos, Myniankas). La population à 90% musulmane reçoit-elle des messages de prévention par les Imams et

⁴⁷ Pas pour les Sénoufos et Minyanaka

autres acteurs religieux ? Quels sont ces messages et sont-ils nombreux ? Quelle est la perception de la maladie par les religieux ?

2.3. Le contexte éducatif

Plus des trois quarts des habitants de plus de 18 ans (74%) n'avaient jamais été scolarisés en 2006, auxquels s'ajoutaient 16% n'ayant pas achevé l'enseignement fondamental du premier cycle (six premières années d'études). 83% des individus les plus pauvres n'avaient jamais été à l'école (« *seulement* » 54.9% pour les plus riches, Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008).

Le gouvernement malien a fait de la scolarisation l'un de ces « *cheval de bataille* » notamment en favorisant l'école fondamentale. Le nombre de jeunes filles et garçons scolarisés à Bamako et au Mali a augmenté entre 2005-2006 et 2008-2009. En revanche, les taux bruts et nets de scolarisation ont diminué à Bamako tandis qu'ils ont nettement augmentés au Mali. Il en est de même pour le niveau secondaire. Cette augmentation de la scolarisation peut avoir des conséquences et influences sur la prise en compte des messages de prévention et sur les pratiques comportementales de prévention ?

Le nombre de jeunes scolarisés a faiblement augmenté à Bamako (secteur communautaire, public), a diminué pour les médersas. En revanche, on observe une très nette augmentation de scolarisation dans le secteur privé. Ce phénomène n'est pas spécifique à l'éducation de base, un très grand nombre de structures de formations en santé privée se sont créées avec plus ou moins de succès... (7.1.2.a.).

Si les écarts tendent à se diminuer, les disparités spatiales restent importantes (Fig. 31).

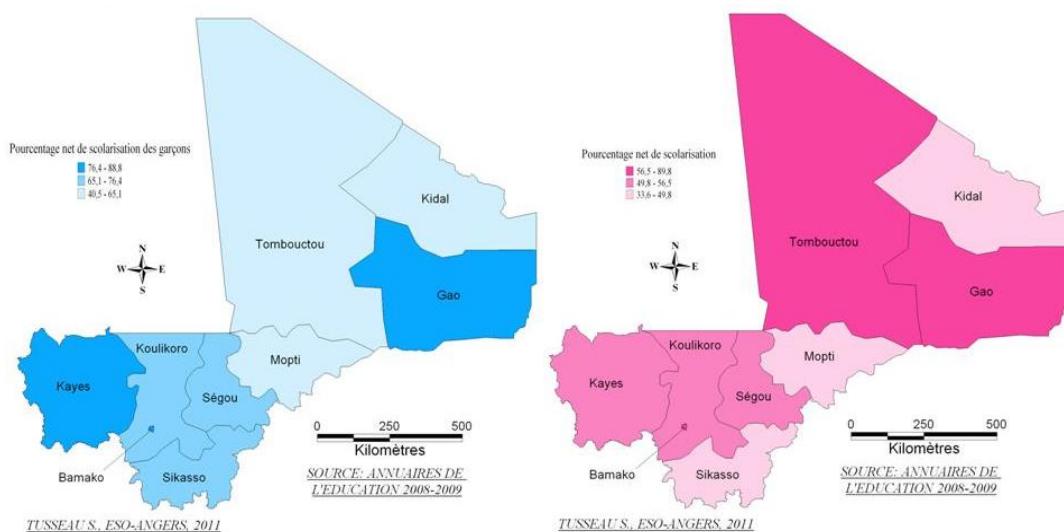


Figure 31: Taux de scolarisation des garçons et des filles par régions au Mali en 2008-2009

Malgré l'augmentation du taux de scolarisation, certaines difficultés persistent (Blocages et grèves dans le secteur supérieur : augmentation de salaires, des bourses...). Des inégalités scolaires existent. Les étudiants les plus fortunés se dirigent vers les structures privées souvent sous les propositions de professeurs cumulant fonctions publiques et privées... Ces problèmes de formation fait que beaucoup d'étudiants cherchent à se former à l'étranger (programme Tokten). Beaucoup d'étudiants formés ne trouvent pas d'emplois et se retrouvent à effectuer de petits « *boulots* » ou à s'expatrier. Beaucoup de

structures recourent à des professionnels étrangers pour contrecarrer les manques dans la formation initiale.

Les taux de redoublements sont très élevés (10.4% des filles et 10.5% des garçons de Bamako en 2008-2009, 13.7% et 13.2% pour le Mali (Annuaire de l'Éducation, 2008-2009) et les taux de réussites très faibles (baccalauréat 2010: 29,18%; 2011: 31.46%⁴⁸). Les résultats du baccalauréat technique sont passés de 49,59% en 2010 à 2011 en 58,38% avec des chiffres douteux suite à de très nombreux repêchages...

2.4. Le contexte économique

2.4.1. Le contexte économique au Mali

Le Mali est classé 175^{ème} sur 180 au niveau de l'Indice de Développement Humain (I.D.H.). L'indice n'a cessé de progresser depuis 1975 (0.252 à 0.359 en 2011). Dans le rapport Doing Business 2011 de la Banque Mondiale, le Mali a été classé 153^{ème} sur 183 économies (166^{ème} en 2009, 156^{ème} en 2010). Il est le 5^{ème} pays réformateur pour l'Afrique subsaharienne.

La croissance économique du Mali a été substantielle entre 1994 et 2004 (5% par an en moyenne). Cependant, celle-ci ne se traduit malheureusement pas en réduction de pauvreté, même si les revenus par habitant ont augmenté de 135 549 Fcfa en 1993 (206.64 €) à 181 980 Fcfa en 2003 (277.43 €). L'impact de la croissance sur la création d'emplois est limité. Seule 9% de la population est dotée d'un emploi stable dans le secteur formel. Le Mali doit diversifier ses sources de croissance pour réduire sa dépendance aux changements climatiques et à la volatilité des cours des matières premières. La rentrée de devises est dominée par les exportations de coton, d'or et de bétail qui représentent 90% des recettes d'exportation.

69% de la population vit toujours au-dessous du seuil de pauvreté (30% dans les zones urbaines, 70% dans les zones rurales en 2001) avec un Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (S.M.I.G.) malien de 20.965 Fcfa (31.96 €).

	2001			2006		
	<i>Incidence</i>	<i>Profondeur</i>	<i>Sévérité</i>	<i>Incidence</i>	<i>Profondeur</i>	<i>Sévérité</i>
<i>Kayes</i>	67.3	26.9	13.9	55.1	18	8
<i>Koulikoro</i>	79.4	35	19.5	54.7	20.9	10.5
<i>Sikasso</i>	84.4	44	26.7	84.6	40.5	23.4
<i>Ségou</i>	58.5	20.7	9.4	67.4	25.7	12.8
<i>Mopti</i>	67.5	26.3	14.6	58.9	19.7	9.3
<i>Tombouctou</i>	45	12.3	5.1	48.5	16.4	7.7
<i>Gao</i>	42.5	11.2	4	37.4	8.6	2.7
<i>Kidal</i>	43.4	11.2	5	8.4	1	0.3
<i>Bamako</i>	29.2	7.7	2.6	14.4	3.8	1.7
<i>Urbain</i>	32.9	9.8	4.2	32	10.5	4.9
<i>Rural</i>	75.7	33.3	18.1	70.1	27.7	14.4
<i>Ensemble</i>	64.4	27.1	14.5	58.1	22.3	11.4

Figure 32: Pauvreté des conditions de vie au Mali selon les milieux et régions en 2001 et 2006 (Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce, 2006)

⁴⁸ Le Republicain (16/08/2011), « Résultats du Baccalauréat malien 2011 : 31,46% de réussite »

Le Prétoire (22/08/2011), « Et si on en parlait! Proclamation des résultats catastrophiques du BAC 2011 Quand des parents et leurs enfants jouent au ridicule »

Inter De Bamako (24/08/2011), « Focus : BAC 2011 : On a repêché jusqu'à 7,25 »

Le Prétoire (25/08/2011), « Indisponibilité des relevés de notes du Bac 2011 : Qui veut dissimuler les repêchages des candidats? »

L'incidence de la pauvreté est plus profonde et plus sévère dans le monde rural. Si son incidence a légèrement reculée, elle a augmenté en milieu urbain (sauf à Bamako, Fig. 32). Le Mali est classé 107^{ème} sur 177 pays en termes d'indicateur de pauvreté (P.N.U.D., 2007/2008).

La pauvreté progresse dans les zones rurales et urbaines notamment parce que les réseaux de solidarité traditionnels sont en voie de disparition.

Près de 30% de la population du Mali vit avec moins d'un dollar par jour. De nombreux articles montrent combien la mendicité se développe à Bamako avec les questions de société que cela pose⁴⁹ (santé, place des anciens, des femmes, des enfants de la rue).

Un tiers de la population urbaine produit environ 50% du P.I.B.. Trois-quart des activités du secteur privé sont concentrées à Bamako, de même que pour les ministères, administrations centrales et départements administratifs.

Le P.N.B. par habitant était de 5,99 milliards de dollars en 2007 soit 486 dollars par habitants avec un taux de croissance de 8,51%. En 2007, le P.I.B. était de 6,94 milliards de dollars soit un P.I.B. par habitant de 531 dollars. Les taux de croissance du P.I.B. (2002-2005 et prévisions 2007-2011) étaient respectivement de 4.7% pour le secteur primaire (prévision 5.7%), de 5.3% pour le secteur secondaire (6.6%) et de 4.8% pour le secteur tertiaire (7.2%). Le taux d'importation était de 33.7% pour le secteur primaire (27.5% taux d'exportation).

L'économie du Mali est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. L'agriculture rentre pour 41,1% des ressources du pays (industries 16,6%, services 42,3%, P.N.U.D. 2009). L'économie basée sur les conditions climatiques occasionne des ressources financières aléatoires.

Le Mali est le troisième producteur d'or en Afrique, avec en perspective du pétrole, sans que l'industrialisation du pays s'en trouve stimulée (Magassa, Meyer, 2008). La mondialisation contribue à l'enrichissement des riches et à l'appauvrissement des couches moyennes et milieux populaires. Il existe un manque de « patriotisme » des élites africaines sitôt qu'elles parviennent au pouvoir. Dès lors qu'elles se sacrifient aux impératifs « altruistes » de la communauté, celles-ci sont individualistes et pillent sans vergogne les richesses nationales (Marie, 2007)⁵⁰.

⁴⁹ Le Républicain (03/03/2010), « Mendicité à Bamako : Un phénomène qui bat son plein »

La Révélation (30/04/2010), « Le Phénomène de la mendicité au Mali : Une situation préoccupante »

Le Flambeau (30/09/2010), « La problématique de la mendicité au Mali : Quel sera le devenir du Mali dans les cinquante prochaines années ... ? »

Le Républicain (07/10/2010), « Secret de femme : Les dangers de la mendicité féminine »

Journal du Mali.com (14/12/2010), « Société: Mendicité à Bamako, des jumeaux à louer »

Bamanet (14/01/2010), « Société : être SDF à Bamako »

Le Potentiel (08/02/2011), « La mendicité des personnes âgées : Un phénomène en vogue »

Avenue 223 (10/02/2011), « Des SDF : il y en a chez nous aussi ! »

⁵⁰ Le Potentiel (24/08/2010), « Vacances gouvernementales : Nos ministres sur la Côte d'Azur »

Bamanet (27/10/2010), « L'âge d'or des patrons maliens »

Bamanet (04/11/2010), « Un dimanche de riches à Bamako »

Bamako Hebdo (26/02/2011), « Les voitures les plus luxueuses et chères du Mali appartiennent aux artistes, marabouts, féticheurs ou aux femmes »

2.4.2. Le contexte économique à Bamako

Capitale économique, Bamako détient le monopole de la production, commercialisation et consommation des biens, services marchands et non marchands du Mali avec 24% du P.I.B. national, 45% des importations nationales, 25% de la consommation totale, 45% de la formation brute du capital fixe, 70% des activités commerciales, 68% des industries et 70% des échanges internationaux. L'économie du District de Bamako repose sur le secteur tertiaire (59%), le secteur secondaire (26%) et le secteur primaire (12,6%, Schéma Directeur d'Urbanisme).

a) Le secteur primaire

Le secteur primaire est peu développé et porte sur le maraîchage, l'exploitation des concessions rurales, le jardinage, l'exploitation des champs de cultures céréalières et l'élevage. Le District est très important dans le système commercial national de bétail (28% de l'offre nationale et 16% des ventes nationales) et de la pêche. L'élevage (bovins, ovins, caprins, volailles) est l'un des plus importants de la sous-région, il offre d'énormes possibilités industrielles (embouche, abattage, tanneries, lait, aliment bétail etc..).

L'agriculture fournit le coton (seul 2% de coton fibre localement transformé), les fruits, légumes, tubercules et céréales.

Les espaces agricoles urbains maraîchers couvrent une superficie d'environ 300 ha (1,6% de la superficie de Bamako) et sont inégalement repartis sur les six communes du District. Le maraîchage se pratique sur les bords du fleuve Niger, le long des marigots et sur des terrains argilo-sablonneux, limoneux faciles à exploiter. A cause de l'urbanisation rapide, ces activités bien que de moins en moins importantes jouent un rôle dans l'économie du District. De nombreux atouts et contraintes entourent ce secteur⁵¹.

b) Le secteur secondaire

Bamako concentre plus de 70% des industries même si leur taille est modeste (80% avec moins de 50 salariés, moins de 5% avec plus de 200 personnes). Il existe de nombreuses unités industrielles légères (montage, assemblage, recyclage, revalorisation). De 1982 à 1994, leur nombre est passé de 61 (51% du total) à 153 (68% du total). Cette augmentation est le fait quasi exclusif du développement d'établissements privés qui ont plus que doublé pendant que le nombre d'établissements publics et mixtes stagnait. Ces établissements industriels sont principalement installés dans la zone industrielle (commune II).

Le secteur industriel ne représentait que 16% du P.I.B. en 1994 (40% pour le secteur primaire, 44% pour le tertiaire). Il est difficile en l'absence de statistiques fiables de mesurer la contribution de l'artisanat dans l'économie. Cependant, l'enquête de la D.N.S.I. (1989) sur le secteur informel a révélé que l'artisanat employait près de 40% de la population active du pays (femmes 69%) pour plus de 6 milliards de Fcfa dans le P.I.B.. L'artisanat représentait 70% du secteur informel (filature tissage,

⁵¹ **Atouts** : bonne pluviométrie, existence de ressources hydrauliques importantes, de sols alluvionnaires propices à l'agriculture particulièrement au maraîchage, d'organisations paysannes, d'associations de chasseurs et de pêcheurs, de services d'encadrement, de recherche et de vulgarisation et de l'A.P.I. Agence de Promotion de l'Investissement au Mali.

Faiblesses : les aléas climatiques, menace de criquets migrateurs, sous-équipement et difficultés d'approvisionnement en aliment bétail.

teinture, confection, forge, bijouterie, menuiserie, poterie, briqueterie) avec là aussi de nombreux atouts et contraintes⁵² malgré son essor.

c) Le secteur tertiaire

Ce secteur est composé des services, institutions politiques et judiciaires, représentations diplomatiques et organismes internationaux. Plusieurs atouts et faiblesses existent⁵³.

3. Présentation de la ville de Bamako

Avant de présenter nos deux quartiers d'étude de Bamako, nous allons présenter un petit historique du développement de la ville. La capitale a connu un développement exponentiel depuis quarante ans avec l'apparition de nombreux quartiers avec des conditions de vie différentes.

3.1. Un petit historique

Bamako est située sur les rives du fleuve Niger à 7°59' de longitude Ouest et 12°40' de latitude Nord. Elle est entourée par les collines du Point G, de Koulouba et du Dougakoulou.

L'origine même du nom de Bamako ne crée par un consensus. Si le terme de « *marigot du caïman* » en langue bamanan est le plus commun, d'autres identifient son origine au premier occupant du site M. Bamba Sanogo qui donna « *Bamba ka kô* » (« *marigot de Bamba* », Philippe, 2009)

Bamako a été fondée à la fin du XVI^{ème} siècle par les Niaré (anciennement Niakaté). Niaréla, quartier des Niaré, est un des quartiers les plus anciens. Le fleuve Niger coupe la ville en deux (Niger appelé « *Djoliba* » en bamanan = « *fleuve du sang* »). Bamako est le centre administratif du pays, un important port fluvial et un centre commercial pour toute la région. La ville est divisée en six communes. M. Adama Sangaré est le Maire du district de Bamako.

La ville africaine est multidimensionnelle (Jaglin, 2001 in Dubresson, Jaglin, 2002):

1. *Composantes spatiales* (déconnexions physiques, discontinuités morphologiques),
2. *Composantes sociales* (ségrégations résidentielles, replis communautaristes),
3. *Composantes économiques*
4. *Composantes politiques* (dispersion croissante des acteurs et autonomisation des dispositifs de la gestion et de la régulation urbaine).

Bamako est marquée par une forte diversité ethnolinguistique et des formes de proximité spatiales et sociales intenses qui dégagent d'emblée une impression d'urbanité : la proximité de l'habitat et du

⁵² *Atouts* : existence de matières premières agricoles et de ressources minières, de sources d'énergie, de zones industrielles, d'une Fédération Nationale des Artisans du Mali (F.N.A.M.), du Centre National de Promotion de l'Artisanat (C.N.P.A.), de Chambre de Métiers, d'un Fonds d'Appui à la Formation Professionnelle et l'Artisanat (F.A.F.P.A.), de la Maison des Artisans et d'une main d'œuvre abondante.

Faiblesses : insuffisance des infrastructures de base, difficultés de financement et d'accès aux crédits bancaires, main d'œuvre peu qualifiée, faible diversification de la production industrielle, insuffisance de matières premières, délestage en matière d'alimentation en électricité et insalubrité.

⁵³ *Atouts* : existence d'infrastructures de transport et de voies aménagées, de syndicat de transporteur, de banques de crédits et dépôts, d'assurance, de structures de gestion du commerce notamment la Chambre de Commerce et d'Industrie du Mali, le Conseil Malien des Chargeurs, importance du marché de consommateurs et potentialités touristiques (sites, hôtels).

Faiblesses : faiblesse du pouvoir d'achat des consommateurs, manque d'appui financier, coût élevé des frais de transit, insuffisance de partenaires étrangers, difficultés de communication, lourdeur administrative, manque de port fluvial, manque de professionnalisme des transporteurs, mauvaise organisation des lignes de transport et insuffisance et vétusté des moyens de transport.

fleuve, du liquide et du solide, l'étroitement des rues ou la mitoyenneté des riches et pauvres, donnant l'impression d'un « *kaléidoscope urbain* » (Dubresson, Jaglin, 2002; Dorier-Apprill, Van Den Avenne, 2001). L'explosion urbaine et démographique des trente dernières années, le brassage social et cosmopolite se sont accompagnés d'une transformation profonde des sociétés et des rapports sociaux qui exacerbent les difficultés de la vie urbaine (C.E.M.A.F., 2007). Des inégalités sont repérables à l'œil nu entre quartiers et groupes socio-économiques. La contiguïté spatiale s'accompagne d'une distance sociale. Les modalités quotidiennes de cohabitation (quartier, voisinage) et de création de lien social (effectif et symbolique) contribuent ou non à l'élaboration d'une identité citadine (Dorier-Apprill E., Van Den Avenne C., 2001). Des corrélations existent entre les différences spatiales et historiques des quartiers et la variation de la sociabilité (Vuarin, 2000).

Bien que la population de souche soit constituée de Bambaras, de Sarakolés, de Maures..., la ville Bamako est aujourd'hui cosmopolite. Ces différentes populations (origines nationales ou ethniques), migrantes ou non donnent un caractère mobile sur l'échelle temporelle et spatiale (Grange Omokaro, 2009). L'espace urbain de Bamako résulte d'un mélange entre origines mandingues, pensée occidentale, hiérarchisée et coloniale et une gestion hygiéniste de l'environnement.

La ville aurait été créée vers le XVII^{ème} siècle entre les monts Mandingues et le fleuve Niger (Fig. 33) par des agriculteurs, commerçants et pêcheurs. A l'arrivée de la colonisation (fin XVIII^{ème}), la ville comprenait quatre quartiers. La construction du chemin de fer (1914) a permis à la ville de se développer et de prendre le statut de capitale du Haut Sénégal-Niger à Kayes. Avec l'installation des colons, Bamako s'est vu dotée d'un statut administratif (capitale en 1908). Son rôle de pôle politique est confirmé en 1920 (capitale officielle du Soudan français). En 1918, elle devient une commune mixte administrée par un administrateur-maire et en 1955, son autonomie est renforcée.

La ville est devenue capitale de la République du Mali (1960) et confirme sa prépondérance à l'indépendance (centralisation des pouvoirs lors du régime autoritaire et socialiste). En 1978, elle acquiert le statut de district et est divisée en six communes. Dirigée par un gouverneur et son conseil, elle est à la fois une collectivité décentralisée (six communes) et une entité administrative déconcentrée au même titre que les autres régions du pays. La décentralisation des années 1990 a renforcé la particularité de son statut.

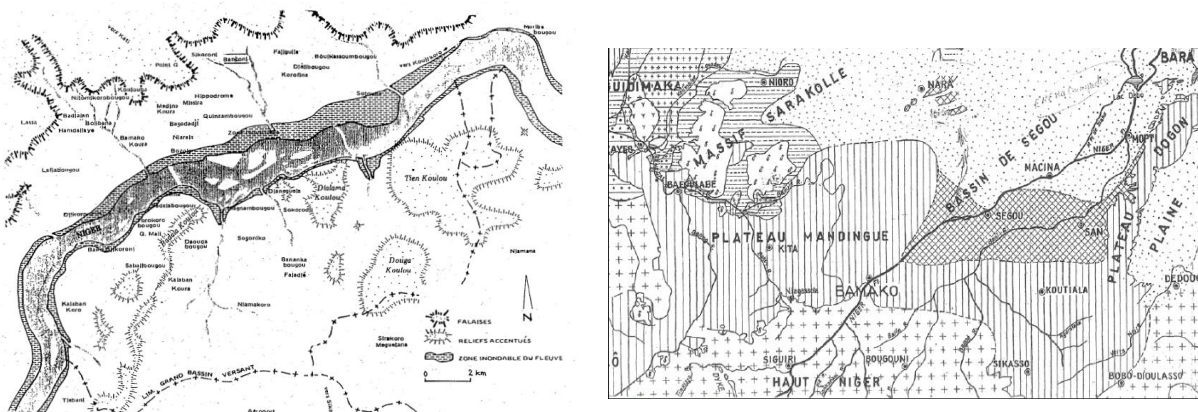


Figure 33 : Profil topographique de la ville de Bamako (Urvoy, 1942)

Les plus fortes altitudes varient entre 438m (Point G) et 500m (Lassa Kourou) sur la rive gauche. La superficie de la ville est de 267 km² (Projet urbain du Mali, 1996).

3.2. Le district de Bamako : sa croissance démographique et urbaine

« *La ville a faim de terre.* » (Bourdarias, 2003)

3.2.1. Quelques chiffres de l'accroissement de la ville de Bamako

La ville de Bamako a été soumise aux mêmes processus d'urbanisation excentrique et d'explosion démographique que les autres métropoles africaines. Néanmoins, les caractéristiques de son passé, de sa situation, de ses cultures font qu'elle ne leur ressemble pas. La ségrégation spatiale des citadins n'a pas abouti à Bamako à cette coupure observée à Dakar entre un centre pour nantis et une périphérie où sont rejetés les autres. Le territoire de « l'élite » s'est étioilé au centre et atomisé dans le reste du tissu urbain (Bargès, 1997).

La ville n'a cessé de croître depuis 1960 avec 76 000 habitants en 1958, 419 239 habitants en 1976, 658 275 en 1987, 1 016 296 en 1998 et 1 809 106 en 2009 (R.G.P., 2009).

Les taux d'accroissement sont impressionnants : 22,7% entre 1958 et 1960, 3,9% entre 1960 et 1966, 9,2% entre 1966 et 1974, 7,3% entre 1974 et 1976 et 4% entre 2005-2007. Le premier taux s'explique par le rapatriement massif de maliens de l'étranger. En 1968, la cessation de contrôle de l'exode rural a provoqué le doublement de la population citadine en six ans puis un second en treize ans (1974-1987). Entre 1976 et 1983, 7000 personnes affluaient tous les ans vers Bamako (Vuarin, 1991).

La croissance a été rapide entre 1987 et 1998 (entre 4,6% et 5,1% par an). Les prévisions sont très élevées pour 1998-2020 (4% pour Bamako). Le dernier recensement montre des taux plus proches de 5.4%. Les communes périphériques (de nos espaces d'étude) sont celles qui ont le plus gros potentiel d'expansion. Leurs taux de croissance prévisionnels pour 1998-2020 sont de 8.37% et 8.97% soit des taux largement supérieurs à la moyenne de la ville. Cette forte pression démographique augmente considérablement les besoins en services (alimentaires, santé, transports). En 2009, la commune I contenait 335407 habitants (195081 en 1998) avec un taux d'accroissement de 5.1% et une densité de 74.3 habs/km² (1998). La commune VI contenait 470269 habitants (187567 en 1998) avec un taux d'accroissement de 7.1% et une densité de 31.5 habs/km² (1998). De nombreuses réunions, forums et rencontres⁵⁴ sont organisées pour planifier et répondre au mieux à ce développement⁵⁵.

3.2.2. L'expansion géographique de Bamako

La croissance de Bamako est essentiellement horizontale. Sa superficie est passée de 1200 ha en 1960 à 19000 ha en 1980 avec un étalement spatial dans les zones périphériques à faible densité et sous-

⁵⁴ L'Essor (10/02/2010), « District de Bamako : les quatre grands chantiers »

Le Républicain (25/02/2010), « Développement urbain de Bamako : Une métropole en crise »

L'Essor (20/09/2010), « Bamako : la ville change »

Bamanet (23/11/2010), « Logement et développement durable : les ministres africains ont rendez-vous à Bamako »

L'Essor (28/12/2010), « Financement du Schéma directeur d'assainissement de la ville de Bamako : premier round des prises de contact avec les bailleurs de fonds »

⁵⁵ Forum sur le développement urbain de Bamako en 2010, travaux de la 3ème Conférence ministérielle africaine sur le logement et le développement durable (A.M.C.H.U.D.) en 2010, plateforme des villes partenaires de Bamako à Angers en 2011, atelier international de maîtrise d'œuvre urbaine en 2011

équipées menant à l'exclusion d'une partie de la population. La ville s'est étendue de manière tentaculaire en exploitant les interstices entre les montagnes. Ses limites floues avec la ruralité (habitat, origine des habitants) en font un « *grand village* ». Le rural ne se situe pas seulement aux frontières de l'agglomération mais également à l'intérieur avec de nombreuses zones vides intra-urbaines.

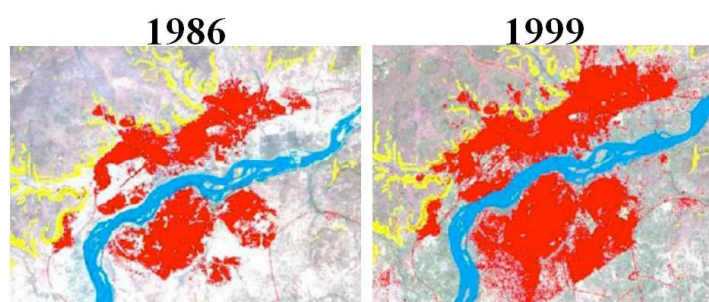


Figure 34: Expansion de Bamako entre 1986 et 1999 (Angel et al., 2005 in Kilroy A., 2008)

La tache urbaine dépasse largement les limites communales surtout au sud-ouest et sud-est (Les Ateliers, 2011). La ville s'étire sur 30 kms d'ouest en est et 20 kms du nord au sud (Fig. 34). Les espaces s'agrandissent, se multiplient et se diversifient. La population est hétéroclite et non structurée alors qu'elle suit des repères, géographiques (pays, région, village d'origine), culturels (ethnie, clan, lignage), sociaux (anciens et nouveaux systèmes associatifs), économiques et autre (religion, maladie...) (Bargès, 1997).

En l'absence d'un marché foncier transparent, des quartiers informels se créent sur des terrains vendus par des propriétaires coutumiers sans infrastructures adéquates. Le fort degré de centralisation des procédures administratives, ses coûts très élevés et l'épuisement rapide des réserves foncières compliquent l'accès du foncier à la population. L'expansion est un processus incontrôlé auquel participent de nombreux acteurs, formels et informels (propriétaires coutumiers, collectivités locales, autorités nationales).

3.2.3. Une expansion géographique différenciée aujourd'hui

Les zones foncières disponibles sont : le site de l'ancien aérodrome, Sotuba, le foncier au-delà de Sébéninkoro, certaines zones rurales de Magnambougou ainsi que certains interstices encore aménageables sur les deux rives. La disponibilité foncière de la périphérie n'attire pas seulement les nouveaux bamakois mais également les citadins qui y trouvent l'espace nécessaire pour implanter leur famille tout en s'éloignant des conflits familiaux et de voisinage (C.E.M.AF., 2007). Il existe de moins en moins de lien entre l'ancienneté de l'implantation citadine et la centralité urbaine (Vuarin, 2000).

L'agglomération est constituée de deux parties nettement individualisées. Au Nord, le site naturel de la rive gauche (7000ha) très marqué entre le fleuve et les falaises du mont mandingue. Au Sud, la rive droite occupe un site de 12000ha depuis l'Aéroport de Sénou et les reliefs du Tienkoulou jusqu'au Niger. La prééminence de la rive gauche sur la rive droite, tant en termes démographiques que fonctionnels, est un élément marquant de l'urbanisation bamakoise. La topographie fait que l'extension possible est essentiellement sur la rive droite, les communes de rive gauche sont bloquées par les collines.

Sur la rive gauche (ancien centre colonial) sont implantés les quartiers d'urbanisation ancienne. Les quatre communes y rassemblent 71% de la population (Bertrand, 1999). Les densités y sont (en

moyenne) plus élevées qu'au Sud notamment dans les anciens quartiers coloniaux à vocation résidentielle populaire (300 hab/ha).

La rive septentrionale est le lieu de concentration de toutes les activités économiques et administratives (vieux centre colonial). Elle est prolongée par la cité administrative sur les collines de Koulouba, par le point G, ainsi que par la zone industrielle située au sud-est de Quizambougou. C'est également ici que l'on trouve les quartiers équipés et modernes (quartier du Fleuve) et qui rassemble des populations d'expatriés ou issues de la bourgeoisie malienne. Le grand « *Marché Rose* » constitue toujours un symbole fort de la ville.

L'urbanisation est plus récente sur la rive sud (après l'indépendance de 1960). La rive méridionale présente des densités plus faibles qu'en rive gauche, une configuration d'ensemble discontinue et un fort étalement urbain. Cette rive souffre de carences en équipement (accès à l'eau potable, voiries) qui permettraient son désenclavement.

Si l'urbanisation de la rive sud est plus récente et moins dense, elle est néanmoins beaucoup plus rapide (Bertrand, 1999). On observe un glissement de l'agglomération vers le sud même s'il n'a pas encore bouleversé la prééminence de la rive gauche. Les collines isolées de la rive méridionale n'ont pas entravé la progression rapide des extensions notamment lors des grandes sécheresses (1973-1984).

Cet accroissement inégal entre communes et quartiers a des conséquences sur le développement local et micro-local (équipements essentiels). D'énormes disparités existent à l'échelle locale.

3.3. Les conséquences de cet accroissement démographique et urbain

A l'échéance 2024, c'est plus de la moitié de la population urbaine du pays qui vivra à Bamako. La corrélation entre aléas climatiques et exode rural dans un pays où les deux-tiers de la population vit encore en zone rurale ne permet pas de projections précises et fiables.

Le développement des périphéries occasionne de fortes migrations pendulaires. A la population qui réside à Bamako s'ajoute celle qui vit dans les quartiers extérieurs au District (Titibougou, Moribabougou, Niamana, Dialacorobougou). Ces flux engendrent une forte pression sur les services, les équipements et le foncier. A ceci s'ajoute les migrations saisonnières Bamako (octobre-mai) dont l'ampleur, mal connue, dépend des conditions climatiques, de récoltes et de pauvreté. Ces migrations sont de moins en moins temporaires⁵⁶ (5.1.2.e.). Ces pressions démographiques s'accompagnent d'une forte consommation de l'espace, à la création de coûts d'équipements importants et à un rallongement des distances de déplacement. Les problèmes de mobilité urbaine sont aigus à cause des contraintes physiques, de l'offre de transports publics (radiale) assurée totalement par le secteur informel et de la concentration des activités au centre-ville.

La capacité de production d'eau potable est déficitaire à Bamako. La seule station de traitement de la ville fonctionne en surproduction. Si des améliorations sont apparues (2000- 2004) avec 8133 nouveaux branchements, ce taux n'est pas suffisant. La disparition progressive de l'eau est le signe

⁵⁶ L'indicateur Renouveau (01/07/2011), « Ayant pris goût à la vie citadine : Des jeunes ruraux boudent l'hivernage »

annonciateur de la montée des problèmes en milieu urbain (insalubrité, inadaptation des rues, difficultés relationnelles) (Gibbal, 1988).

L'Energie Du Mali (E.D.M.) est le seul producteur et distributeur d'électricité. Tout comme l'eau, le nombre de nouveaux branchements n'est pas satisfaisant.

L'assainissement relève des communes (maîtres d'ouvrage) qui possèdent des ressources financières limitées (taxes de voirie). Les responsabilités respectives des communes, du District et de l'État sont insuffisamment précises et les interventions peu coordonnées. Les quartiers informels ne sont pas ou peu pris en considération dans les projets d'assainissement. Le nombre de ménages raccordés à des systèmes d'égouts est très limité (33% avec un système d'assainissement convenable individuel ou collectif). Ce type de réseau n'existe qu'à Bamako avec un réseau de 27 kms long, défectueux, qui nécessite des réparations majeures⁵⁷. Les eaux usées s'infiltrent et polluent les nappes phréatiques. Les fortes pluies et les réseaux bouchés occasionnent de gros dégâts durant la saison des pluies⁵⁸.

La gestion des déchets solides est sous la responsabilité du Ministère chargé de l'environnement. Bamako présente une situation complexe (concentration de la population et manque de clarté du système). La pré-collecte est le mode de disposition privilégié par 44% des ménages. Aucun suivi n'est effectué du service offert par les Groupements d'Intérêts Economiques (G.I.E.). Les G.I.E. fonctionnent avec des moyens limités et desservent un peu plus de 40% des ménages. Leurs faiblesses reposent sur le manque ou la vétusté de l'équipement, la difficulté de se faire payer et le manque ou l'absence de zones de transferts. Le transfert des déchets vers les dépôts « autorisés » est assuré par le District.

La décentralisation n'a pas amené de transfert du domaine foncier de l'État aux communes mais des cessions en fonction de leur demande et des besoins. Il n'y a pas eu non plus de transfert de compétences aux communes en matière foncière mais une déconcentration. Il n'y a pas de cadastre sauf dans la commune I mais celui-ci n'est pas opérationnel. La gestion spatiale gérée par l'autorité publique n'applique pas les textes réglementaires ce qui témoigne d'une absence de maîtrise du territoire urbain (C.E.M.A.F., 2007). Les pratiques opaques représentent une contrainte importante en termes de sécurisation foncière notamment pour les ménages pauvres. Le processus d'acquisition d'un titre foncier en bonne et due forme est extrêmement long, difficile et coûteux.

⁵⁷ Le Challenger (23/10/2009), « Assainissement en commune V: un tonneau des Danaïdes ? : Plus de 70 millions de francs Cfa partis en fumée ! » (17/03/2010), « Le bouchon » Bamako Hebdo (24/04/2010), « Assainissement à Bamako : Quand la femme du gouverneur du district s'implique » Ciwara Info (24/06/2010), « La NBB pollue N'Gbacoro : Le maire tire la sonnette d'alarme » L'Essor (06/09/2010), « Inauguration du "Diafarana Kô" : une contribution de taille dans l'évolution de Bamako » L'Essor (21/10/2010), « Diafarana Kô : points noirs en amont » L'Essor (28/10/2010), « Eau, hygiène et assainissement : l'impact de la bonne information » Journal du Mali.com (22/12/2010), « Gestion des eaux usées de Bamako : Un véritable casse-tête » Le Combat (23/04/2011), « Agence Nationale de Gestion des Stations d'Épuration du Mali : -50 millions de francs CFA volatilisés - Risque d'empoisonnement des populations » LeCombat (11/05/2011), « Agence Nationale de Gestion des Stations d'Épuration du Mali : Des dépenses sans rapport avec les besoins réels »

⁵⁸ L'Orage (14/09/2009), « Inondation à Bamako : L'incivisme des populations est en grande partie responsable » Maliweb (18/07/2010), « Des pluies diluviennes causent des dégâts considérables au Mali » Le Républicain (19/07/2010), « Pluies diluviennes : Bamako frôle l'inondation » Journal du Mali (19/08/2010), « Pluies diluviennes: Quand le ciel gronde, les Maliens tremblent » Le Républicain (06/09/2010), « Fortes pluies et inondations : Un mort à Bamako, des dégâts matériels importants » L'indicateur Renouveau (15/09/2010), « Inondation à Sénou : Un mort, 20 blessés et plus de 500 familles déplacées » Inter De Bamako (13/09/2011), « Inondation à Bamako : Est-ce un fait de Dieu ou la faute des hommes ? »

Les besoins en logement sont énormes bien que le Mali ait adopté en 1995 une Stratégie Nationale du Logement (S.N.L.) et, en 2000, une stratégie nationale d'accès à un habitat décent pour les populations à faible revenu. Seulement, ces mesures étaient plus dirigées vers les groupes de revenus moyens et hauts. Entre 1996 et 2003, les sociétés immobilières n'ont produit que 1241 logements et 7500 terrains viabilisés. Les filières informelles et d'auto-construction répondent aux besoins de la population malienne.

3500 logements sociaux ont été réalisés en 2005 (2588 à Bamako mais la production est insuffisante pour rétablir l'équilibre offre/demande (6000 demandes pour 320 logements en cours de réalisation à Bamako).

3.4. La typologie des différents quartiers de Bamako

Environ 68 quartiers spontanés existent. « Environ » car les chercheurs et professeurs ne sont pas d'accord sur ce nombre (Assises de la coopération Angers-Bamako, 2009).

	Quartiers	Quartiers spontanés	Habitants en 1987	Habitants en 2009	Superficie (ha)	Densité (hab/ha)
Commune I	9	4	126228	335407	3432	98
Commune II	10	3	109352	159805	1621	99
Commune III	23	3	95783	128872	2325	55
Commune IV	8	4	137412	300085	3768	80
Commune V	8	3	107383	414668	3953	105
Commune VI	10	4	82117	470269	8682	54
District de Bamako	68	21	658275	1809106	23781	76

Figure 35: Typologie des quartiers de la capitale malienne et données annexes (D.R.U.H. de Bamako sur la base de la D.N.S.I. et les résultats provisoires R.G.P.H. 1987 et 2009)

Les quartiers « spontanés » se sont multipliés et étendus (Fig. 35). En 1993, l'habitat dit spontané abritait 55% des ménages et ce « malgré l'existence d'un puissant arsenal juridique qui ne s'applique pratiquement pas » (S.N.L.M., 1993 in Rondeau, 2000).

Les jeux moqueurs (« senankuya ») sur les stéréotypes des quartiers constituent un sujet de conversation intarissable et une forme de connivence mais soulignent aussi des clivages entre quartiers riches/pauvres et entre quartiers autochtones/allochtones.

L'espace public est un lieu de confrontation dynamique entre une ville fondée sur des espaces bien délimités, attribués, salubres, ordonnés et portés par des autorités, et, un « désordre » qui s'appuie sur des pratiques populaires d'occupation « anarchique » de l'espace (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Bamako se développe comme beaucoup de villes africaines (horizontal, centrifuge) à partir d'un centre historique (Bozola, Niaréla; C.E.M.AF., 2007, Fig. 36).

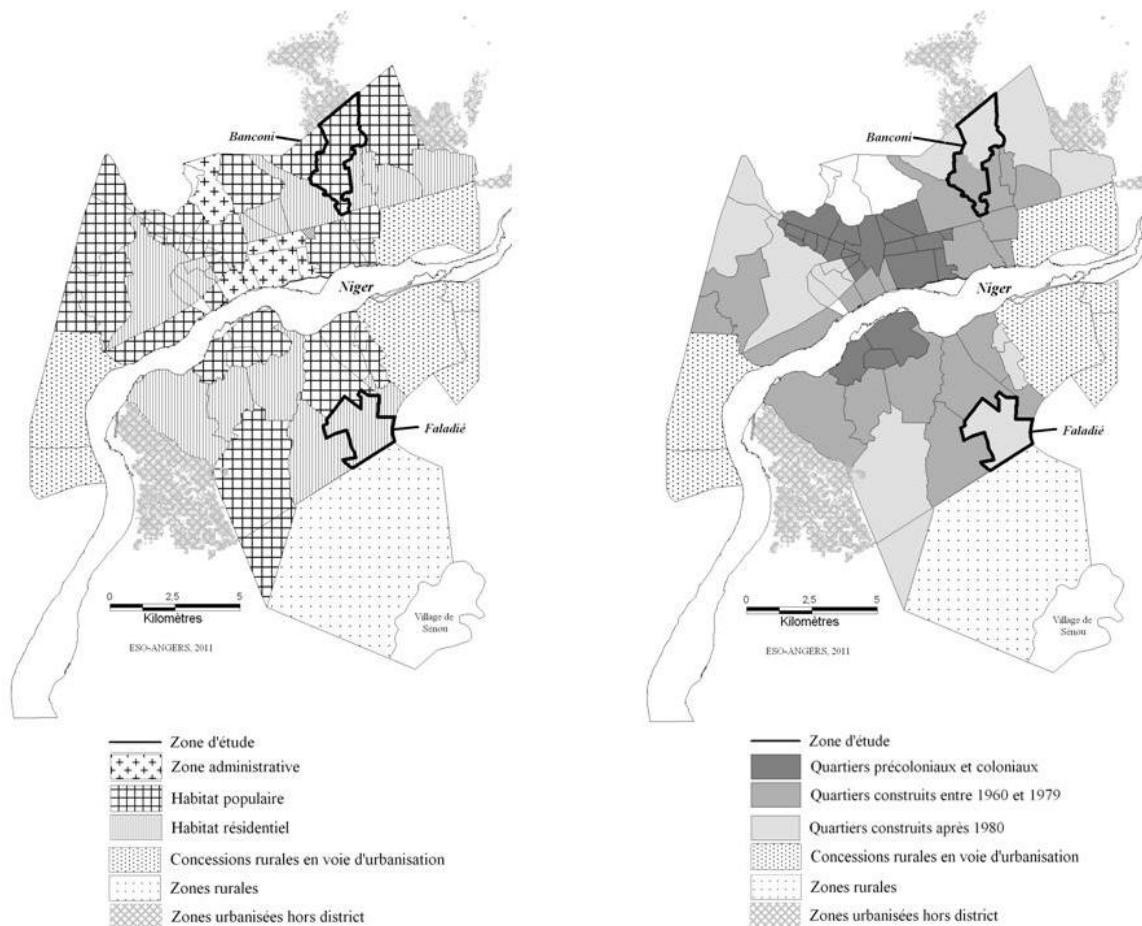


Figure 36: Typologie des différents quartiers de la capitale malienne

Les quartiers précoloniaux sont anciens et traditionnels (banco, dur ou semi-dur). A proximité du centre commercial, les bâtiments sont à deux niveaux. Le premier sert souvent de magasin et le deuxième de logement ou de bureau.

Les quartiers coloniaux créés entre 1884 et 1960 comprennent la « ville européenne » (bâtiments coloniaux), des quartiers populaires, le centre administratif et commercial. Depuis quelques années, ses activités se déplacent vers la rive droite (halles de Bamako).

Les quartiers centraux anciens : Bozola, considéré comme site initial de la ville (avec l'ouest de Niaréla) est habité par des familles très vastes (parfois 200 personnes), famille Bozos (pêcheurs), maraboutiques (Touré, Haidara..) ou commerçantes (Koné, Diawara). Le quartier abrite un marché permanent, des commerçants non-résidents et attire de nombreux migrants saisonniers hébergés dans les vieilles familles autochtones. La réputation de ses vieilles mosquées attire également de nombreux étrangers (élèves coraniques, mendiants). Le centre commercial est l'ancienne ville coloniale, actuellement centre administratif et marchand, peu habité, sinon par des hauts cadres maliens et par des européens.

Les quartiers tramés anciens ont été construits pendant la phase coloniale (1930-60) pour loger et contrôler la population africaine employée par les colons. Les concessions y étaient vastes mais ont connu depuis de nombreuses vicissitudes (héritage, location, vente). Les densités sont fortes et les familles vastes. Ces quartiers sont au nord-ouest (Bamako Coura, Dravéla, Bolibana, Dar salam, Badialan, N'Tominkorobougou, Hamdallaye) et au nord-est (Bagadadji, Niaréla, Médina Coura, Missira).

Les quartiers créés entre 1960 et 1979 sont des quartiers populaires, mal assainis. A partir de la grande sécheresse de 1973, l'exode rural s'est intensifié. L'ancien site urbain a ainsi « éclaté » de toutes parts sauf au nord où les falaises et le plateau de Kati ont bloqué pendant quelques années l'expansion de la ville (Gibbal, 1988).

Les quartiers tramés récents prolongent, à partir de 1960, les précédents. Issus d'une initiative publique, ils abritaient et abritent surtout des fonctionnaires. Ces quartiers ont absorbé 23% de l'excédent de population entre 1976 et 1983 grâce aux locations offertes dans les anciennes cours (Lafiabougou, Djikoroni au nord, Badalabougou, Quartier Mali, Daoudabougou, Sogoninko, Banankabougou au sud).

Les quartiers créés après 1980, généralement de grand standing (ambassades et organismes internationaux) comportent aussi des quartiers populaires (en dur).

Les quartiers de villas comportent de grandes parcelles, des densités faibles, de l'habitat en dur et une architecture européenne destinés à la location à une population très aisée. Ces quartiers représentent le symbole de la promotion sociale (Hippodrome, Korofina, Quinzambougou, Niaréla-sud, Djélibougou au nord, Badala-Séma au sud).

Les quartiers tramés en formation : Les concessions y sont moins vastes qu'au centre, sont en cours de construction et en dur (au nord Djélibougou, au sud, Banankakura, Faladié).

Les quartiers réhabilités sont d'anciens quartiers spontanés où l'on a construit de grandes artères et des équipements publics (bornes-fontaines, système de drainage, électricité).

L'habitat spontané est situé dans les pourtours urbains mais aussi dans les interstices des anciens quartiers. Les constructions sont anarchiques, parfois régulières mais toujours autorisées par une autorité locale. La surface des parcelles est faible, les densités fortes. Ces quartiers se greffent sur un ancien quartier villageois. Ils absorbent 45% de la population additionnelle entre 1976 et 1983 et accueillent aussi les habitants du centre qui accèdent à la propriété (au nord, Banconi, Sikoroni, Fadjiouila, au sud, Sabalibougou, Niamakoro, Djikoroni Para, Baco-Djikoroni, Magnambougou).

Les villages sont rejoints par la ville, font l'objet des convoitises foncières, de transition du droit coutumier en droit foncier moderne et sont le carrefour des courants centrifuges et centripètes (au nord, Samé, Sébénikoro, au sud, Niamakoro, Sénou).

Les trois dernières catégories sont difficiles à distinguer car elles s'imbriquent dans les pourtours urbains. Leurs populations sont extrêmement diverses avec une sociabilité complexe.

Les concessions rurales sont de grands espaces distribués initialement à des fins agricoles et souvent transformés en quartiers résidentiels ou en espaces industriels/commerciaux.

Les villages africains sont souvent perçus comme homogènes (Balique, 2001b). Or, nos deux quartiers sont clairement décrits dans l'ouvrage de Sébastien Philippe (2009).

Banconi signifie « le petit marigot » (« bans » signifie le nom d'un arbre⁵⁹) et est un quartier spontané divisé en six sections (Fig. 37). La densité urbaine et le développement anarchique du quartier fait qu'aujourd'hui, les arbres sont peu nombreux...

⁵⁹ Raphia sudanica en latin

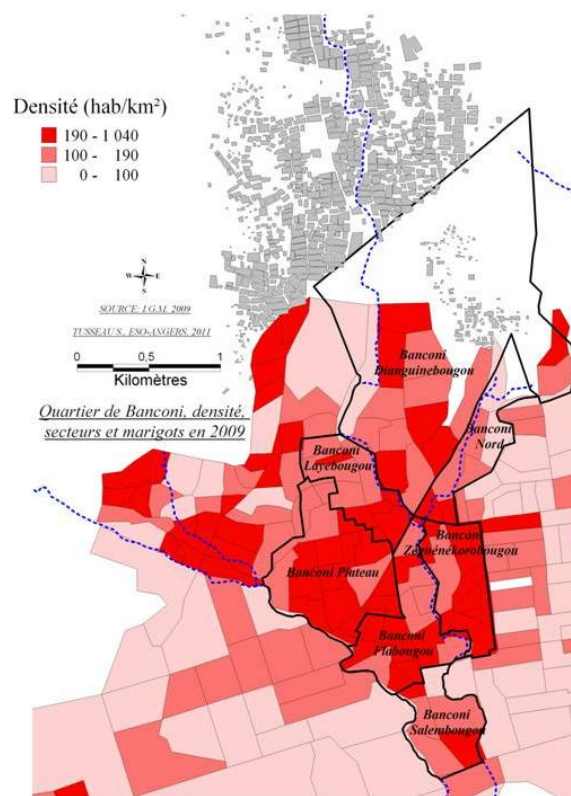


Figure 37 : Secteurs du quartier de Banconi et densité d'habitants

Banconi Salembougou signifie « le hameau où il y a beaucoup de poissons capitaines » et a été fondé vers 1913 par Djiné Massa Koné, féticheur originaire de Bougouni. Ses successeurs ont été Fado Koné et aujourd'hui Bourama Koné.

Banconi Flabougou signifie « le hameau des peuls » et a été fondé vers 1924 par un cultivateur, Bougary Diallo. Ses successeurs sont Samba Diallo, Mamadou Diallo, Souleymane Sy et Sory Diallo, l'actuel chef.

Banconi Zékénékorobougou signifie « le hameau près du vieil arbre nommé Zékéné » et a été fondé vers 1928 par Mambé Diarra. Son successeur, Zoumana Diarra est décédé en 2007 et la chefferie est depuis disputée entre deux camps.

Banconi Layebougou signifie « le hameau de Laye » et a été fondé vers 1930 par Laye Sidibé, cultivateur originaire de Bougouni. Ses successeurs sont Tiémoko Koné, Issouf Koné, actuel chef, fils de Tiémoko.

Banconi Plateau a été fondé vers 1960 par Bekaye Niaré, Yaya Niaré et Oumar Coulibaly qui se sont réunis. Le premier chef est Sidi Niaré, grand-frère de Bekaye. Bekaye Niaré prend sa succession et est encore chef de nos jours.

Banconi Dianguinébougou signifie « le hameau de Dianguina » et a été fondé vers 1970 par Dianguina Traoré, un chauffeur originaire de Kolokani. Ses successeurs sont Sounkalo Niaré et Koniba Coulibaly. Depuis le décès de ce dernier en 2008, deux clans se disputent la chefferie.

Il existe également Banconi Razel, du nom du siège de la société de travaux publics.

Faladié : A la recherche de terres cultivables, les Touré de Bozola ont fondé Faladié vers 1898. Le village prit alors le nom du ruisseau qui le traversait (Faladié = « la petite rivière propre ». Ses habitants (maures, bambaras et peuls) pratiquaient l'agriculture et l'élevage. Le village s'est développé jusqu'à devenir un quartier englobé dans le tissu urbain. Les chefs successifs sont Batio Touré, Bazoumana

Touré, Bourama Touré, Haina Touré, Bany Touré, Bassiki Touré, Dramane Touré et Ibrahim Touré (imam).

4. Présentation des quartiers d'étude : Banconi et Faladié

Pour présenter nos deux quartiers d'étude, nous allons utiliser des données officielles, de la cartographie et nos résultats d'enquête quantitative.

4.1. La composition de la population

Pour présenter ces résultats, nous allons présenter les variables significatives inférieures et/ou supérieures du test du Chi 2 par cette mise en forme :

- Variable significative supérieure
- Variable significative inférieure

L'ensemble des résultats sont significatifs.

4.1.1. A l'échelle du ménage

a) Le célibat et le mariage

Les célibataires sont plus nombreux à Faladié (61.9%), quartier moderne et occidentalisé (Banconi 48.8%). Banconi est plus populaire et traditionnel (mariage).

	<i>Célibataire</i>	<i>Marié(e) monogame</i>	<i>Marié(e) polygame</i>	<i>Divorcé(e)</i>	<i>Veuf(ve)</i>	<i>Ne souhaite pas répondre</i>
<i>Banconi</i>	48,8 %	23,1 %	17,6 %	5,1 %	5,1 %	0,2 %
<i>Faladié</i>	61,9 %	16,4 %	14,2 %	2,4 %	4,3 %	0,8 %

Figure 38 : Quel est votre statut matrimonial ?

Les personnes mariées (monogames/polygames) sont plus nombreuses à Banconi (Fig. 38). Ce taux augmente réellement à partir de 25 ans pour Banconi et de 30 ans pour Faladié. On note un net recul de l'âge au mariage à Faladié mais pas à Banconi.

b) Les enfants

Si les taux sont semblables pour ceux qui ont un seul enfant (Banconi 13.6%, Faladié 10.1%) et de deux à six enfants (32.2% et 28.1%), ils sont plus nombreux à ne pas avoir d'enfants à Faladié (58.6% contre 42.7%) et à avoir plus de sept enfants à Banconi (11.5% contre 3.2%). Les jeunes de Banconi ont des enfants plus vite, l'âge au mariage peut l'expliquer (13% des 15-19 ans à Banconi, 3.5% à Faladié). Ils sont aussi 4.6% à en avoir plus de deux (0% à Faladié).

4.1.2. La composition ethnique, religieuse et langagière

a) La composition ethnique

Si le groupe linguistique majoritaire à Bamako (R.G.P. 1987) regroupe les Bambaras, les Malinkés et les Dioulas (14.9%), les quatre autres principaux groupes linguistiques ne concernent jamais plus de 6% de citadins (Peuls-Foulfouls 2,6%, Dogons 1,5%, Sonrhais 5,5%, Soninkés 4,5%) (Bocquier, Diarra, 1999).

	Bambara	Peuhl	Sarakolé	Sonrhāï	Dogon	Tamacheck	Sénoufo	Bobo	Malinké	Autre
Banconi	28,5 %	12,3 %	11,5 %	5,3 %	7,1 %	1,2 %	7,7 %	7,1 %	12,1 %	7,1 %
Faladié	21,1 %	15,2 %	6,9 %	11,1 %	8,9 %	2,8 %	8,7 %	5,5 %	7,9 %	11,9 %

Figure 39: De quelle ethnie êtes-vous ?

Plus de 90% des enquêtés sont de nationalité malienne (93.3% à Banconi, 93.9% à Faladié). En revanche, la composition ethnique est légèrement variable avec une concentration plus importante d'enquêtés Sarakolés à Banconi et Sonrhaïs à Faladié (Fig. 39).

b) La composition langagière

Bamako est d'une grande diversité ethnique. Les deux-tiers des habitants parlent une langue différente des cinq principales langues du Mali. Seuls 7.3% des habitants de Banconi (33.3% à Faladié) se sentent à l'aise avec le français. A contrario, ils sont 55.1% à déclarer que la langue la plus abordable et compréhensible est le bamanan (Bambaras) ce qui pose des questions sur l'adaptation locale (6.1.3.c.). Les autres langues citées n'ont pas de taux supérieurs à 6.7% ce qui démontre l'importance du français et du bamanan. Si les habitants de Faladié sont beaucoup plus nombreux à lire le français, l'anglais reste peu parlé par les deux populations d'où des problèmes d'adaptation des slogans en anglais (6.1.1.a.; 6.1.3.c.).

c) La composition religieuse

86% des habitants de Banconi sont musulmans (Faladié 83.6%). La présence de chrétiens est plus importante à Faladié (14.2% contre 9.7%) et reconnue. Les animistes sont très peu présents (Banconi 1%, Faladié 0.6%), de même que les autres religions (2.4% et 0.6%). Seuls 1% des habitants de Banconi et 0.8% de Faladié déclarent ne pratiquer aucune religion.

4.1.3. Le niveau de scolarisation et les conditions d'emplois

a) Le niveau et l'accès à la scolarisation

L'accès à la scolarisation (financière, infrastructure) est moindre à Banconi d'où des taux de scolarisation plus faible. Plus de 35% des habitants de Banconi n'ont jamais été scolarisés (9.3% Faladié). Plus de 50% des répondants de Faladié ont un niveau supérieur (17.8% Banconi).

Les taux évoluent selon les âges. Les jeunes via les initiatives gouvernementales (école fondamentale) sont plus scolarisés. Les 15-19 ans sont 17.5% à n'avoir jamais été scolarisés (29.4% plus de 50 ans). Même si les chiffres suggèrent une amélioration, 30.6% des jeunes de 15-19 ans de Banconi n'ont pas été scolarisés (5.2% Faladié) d'où de fortes disparités territoriales...

b) La typologie des emplois et leurs conditions

Les habitants de Banconi sont plus nombreux à posséder un emploi (66.4% contre 52.7%). Ces habitants sont moins riches, les jeunes sont donc plus nombreux à devoir travailler (44.4% des 15-19 ans de Banconi, 14.8% à Faladié).

Les personnes faiblement scolarisés (non-scolarisées ou niveau primaire) sont nombreuses à posséder un emploi pour Banconi (72.4% contre 56.1%) alors que l'inverse se présente pour Faladié. La typologie des

emplois n'est pas la même (Banconi, emplois informels, sans haut niveau de qualification, Faladié emplois à fort gradient social (Fig. 40).

	Professionnelle/ Gestion/ Technique	Employé	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture	Autre	Ne souhaite pas répondre
Banconi	11,1 %	12,6 %	20,8 %	5,3 %	3,2 %	4,2 %	2 %	4,7 %	36,2 %
Faladié	16,4 %	12,1 %	6,7 %	2,8 %	0,8 %	4,8 %	1,4 %	6,9 %	48,1 %

Figure 40: A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?

Ces différences d'emplois ont des conséquences sur les conditions de travail. 48.8% des travailleurs de Banconi considèrent leurs conditions de travail difficiles (31.3% à Faladié).

4.1.4. Les conditions de ressources

a) Les revenus

Plus de 20% des répondants déclarent ne pas avoir de revenus mais ils sont plus nombreux à les percevoir comme corrects à Faladié (31.3% contre 14.8%). Plus de 50% des habitants de Banconi les considèrent comme insuffisants (50.8% contre à Faladié). Les habitants de Banconi subviennent difficilement à leurs besoins par leurs revenus (47% contre 30.5%). Comme pour les revenus, avoir un emploi améliore le fait de subvenir à ses besoins en particulier pour Banconi.

b) La mobilité des enquêtés

Les moyens de déplacements utilisés et/ou possédés témoignent des conditions de ressources (Fig. 41).

	Vélo	Mobylette /Moto	Voiture	Camion	Animal	A pied	Sotrama	Taxi	Bus	Autre
Banconi	10,3 %	44,5 %	15,4 %	0,4 %	0,2 %	76,3 %	77,1 %	30,2 %	13,2 %	0,2 %
Faladié	8,3 %	60,2 %	34,7 %	0,4 %	0,8 %	44,8 %	52,1 %	28,5 %	15,8 %	1,4 %

Figure 41: Quel(s) moyen(s) de locomotion utilisez-vous ?

Ceux qui ont les meilleurs revenus et qui subviennent facilement à leurs besoins sont plus nombreux à utiliser la voiture. Ceux qui possèdent moins de ressources se dirigent plus vers les « sotramas⁶⁰ ». Ces derniers sont aujourd'hui privilégiés dans les plans de circulation par la création d'un « anneau sotrama »⁶¹.

Pour Bamako, le nombre d'accident a augmenté de 17% entre 2003 et 2004 et de 48% entre 2004 et 2005. De 1997 à 2004, 60130 cas d'accidents de circulation ont été reçus aux urgences de l'hôpital Gabriel Touré (52,34% des malades reçus). En 2009, la Commune I a été moins affectée par les accidents (193 cas pour 6 tués). Contrairement aux autres années où la Commune V était la première

⁶⁰ Petit minibus collectif (véhicules utilitaires) pouvant contenir de 15 à 20 personnes.

⁶¹ Journal du Mali.com (05/08/2010), « Accidents à Bamako : Le "Sotrama", un minibus vert indésirable »

L'Essor (22/06/2010), « Bamako : une journée sans les sotramas »

L'Essor (17/05/2010), « Anneau Sotrama : de l'oxygène pour la circulation »

Nouvelle Libération (24/05/2011), « Anneau Sotrama : Les vérités de Séméga »

Bamanet (17/08/2011), « « Anneau Sotrama » de Bamako : mise en service imminente »

L'Indépendant (27/04/2010), « Lutte contre l'insécurité routière à Bamako : La mairie du District forme 200 chauffeurs du transport collectif urbain »

L'Indépendant (05/08/2011), « Avenue Cheick Zayed : Collision entre une Mercedes et une Sotrama : une quinzaine de blessés »

L'Indépendant (06/09/2011), « Grave accident de la circulation survenu hier sur l'Avenue du Mali : Un motocycliste Jakarta déchiqueté et un marchand ambulancier grièvement blessé »

L'Essor (02/09/2011), « Accident sur le pont Fahd : 4 blessés et un embouteillage monstre »

concernée, la Commune VI a connue cette année 623 accidents (50 tués, 309 blessés graves, 545 blessés légers; DRCTU, 2006).

L'accroissement des accidents, des tués et des blessés⁶² sont liés à l'accroissement démographique et au développement d'engins à deux-roues (motos indonésiennes et chinoises appelées « Jakarta ») et des voitures. Le parc des véhicules est vétuste d'où de nombreux accidents et pollutions (Annuaire Statistique des Transports, 2009) et ce même à proximité du Palais présidentiel⁶³. Si l'accès aux gros porteurs est règlementé, de nombreux accidents sont à déplorés⁶⁴. Un projet de tramway en partenariat avec la ville de Strasbourg est en cours⁶⁵.

Le Mali est un carrefour en Afrique de l'Ouest. De nombreuses migrations régionales ou internationales ont lieux. La population malienne est reconnue pour ce déplacement souvent et ce, pour des raisons diverses : les grands chantiers (routes, barrages, ponts...), les déplacements temporaires (saison sèche/humide) ou lors des nombreuses grandes cérémonies culturelles (mariages, baptêmes, décès...). Les cérémonies familiales sont au cœur de la sociabilité au Mali et sont l'occasion d'échanger des « contributions » (C.E.M.A.F., 2007). Cette sociabilité cérémonielle est ancienne, mais en ville, sa nature a changée avec des dons plus matérialisés et « sur-monétarisés »⁶⁶. Là où les représentants des collectifs lignagers échangeaient des symboles statutaires, ce sont aujourd'hui des individus qui, en leur nom ou en celui de leur famille conjugale, affirment et revendiquent publiquement leur richesse personnelle en s'affrontant « à coups » de marchandises. Les femmes réfléchissent aux manières de reconnaître sa « dette » (Vuarin, 1994). Le développement des jeux (Casino) occasionnent de grandes dépenses⁶⁷ tout comme le maraboutage ou le fétichisme⁶⁸.

A Banconi, 59.7% des répondants ont voyagés dans l'année précédente de l'enquête (Faladié, 65.9%). 25.9% ont voyagés une seule fois (Faladié 32.9%), 16% deux fois (Faladié 16.8%) et 17.8% plus de deux fois (Faladié 33%). Les destinations sont principalement les autres régions du Mali (Banconi, 53%,

⁶² L'Essor (11/12/2010), « Accidents de la circulation : la commune VI détrône la V »

22 Septembre (16/05/2011), « Insécurité routière au Mali en 2010 : 8100 victimes d'accidents, dont 580 tués »

Le Républicain (17/05/2011), « Trois jours après le lancement de la décennie de la sécurité routière : 13 morts sur la route de Ségou »

Nouvelle Libération (29/04/2011), « Tronçon pont Fahd-Cicb : Le calvaire des motocyclistes »

Le Flambeau (27/04/2011), « Quand la circulation routière se transforme en une jungle : Négligence ou ignorance des usagers ? »

⁶³ L'Indépendant (05/01/2011), « Arrêt sur image : A la descente de la Colline du Point-G, un taxi requin dérape seul et se retrouve dans le ravin »

Bamako Hebdo (18/12/2010), « Taxis requins ou alligator : C'est tout de même un tas de ferraille près du Palais d'ATT ! »

⁶⁴ L'Essor (17/02/2011), « Circulation à Bamako : les gros porteurs écrasent la réglementation »

Le Caimain Indè (18/02/2011), « Circulation des gros porteurs à Bamako : Ces camions remorques et bennes des voleurs du peuple malien continuent de blesser et tuer en toute impunité »

Le Républicain (09/02/2010), « Circulation des gros porteurs dans le district de Bamako : La fluidité en débat »

⁶⁵ L'Indépendant (14/09/2010), « En marge de sa visite officielle au parlement européen à Strasbourg : ATT sur les sentiers du Tramway de Bamako »

Maliweb (08/09/2010), « Duppigheim/France : le président malien chez Lohr, possible constructeur du tramway de Bamako »

⁶⁶ L'Annonneur (10/02/2010), « Cérémonies sociales : D'où proviennent tous ces millions à distribuer aux griots ? »

Journal du Mali.com (22/10/2010), « Mariages et baptêmes : l'extravagance des rêveuses à son comble ! »

Bamanet (08/03/2011), « Cérémonie de mariage à Bamako : Bonjour les dégâts »

⁶⁷ Le Républicain (18/04/2011), « Secret de femme : « Le virus des jeux de société » »

Le Républicain (28/07/2011), « Secret de femme : « Le virus des jeux de société » »

La Nouvelle Patrie (14/12/2010), « Machines à Sous au Mali : Vers une honteuse et brutale dépravation des mœurs ! »

⁶⁸ Musow (22/12/2004), « Histoire de couple : Courage ou folie ? Amour ou sorcellerie ? »

Le Républicain (07/06/2010), « Secret de femme : Influences des vans de cauris, un problème sociétal »

Le Républicain (10/06/2010), « Secret de femme : Tous les filtres d'amour ne proviennent pas de chez les marabouts ! »

La Nouvelle Patrie (27/07/2010), « Pratiques fétichistes et maraboutages à Bamako : Un moyen de soutirer de l'argent aux crédules ? »

Le Républicain (25/11/2010), « Secret de femme : Femme et marabout, des pertes d'argent »

Le Républicain (08/07/2011), « Prédication à travers les cauris : Les Maliennes en raffolent »

Faladié 54.3%), 17% pour un autre pays africain (Faladié 17.6%) et enfin à faible pourcentage un autre continent (2%). Ce dernier chiffre est plus important à Faladié avec 6.1% des habitants qui ont voyagés vers un autre continent.

4.2. La qualité du logement et de l'environnement de vie

4.2.1. Les conditions de vie à l'échelle micro-locale (logement)

a) La qualité et le type de logement

Les habitants de Banconi sont 78.1% à trouver « *bon* » leur logement (93.3% à Faladié). Les habitants de Faladié sont plus nombreux à être propriétaires et à devoir s'acquitter de la taxe foncière. Les habitants de Banconi sont très nombreux à n'avoir aucune taxe foncière ou à loger dans des logements gratuits. Si la création de logements sociaux a été initiée, de nombreux problèmes quant à leur attribution existent⁶⁹.

b) La promiscuité au sein du logement

La promiscuité au sein de la concession est plus importante à Banconi. Les taux sont similaires pour les foyers à deux personnes (4.2% à Banconi, 6.7% à Faladié).

	Hommes	Femmes	Total	Nombre de personnes par ménages en 1998	Nombre de ménages estimé en 2006	Nombre de ménages par concession en 1998	Nombre de concession estimé en 2006
<i>Commune I</i>	125 519	1120 596	246 115	6,1	39 552	1,9	20 588
<i>Banconi</i>	41 132	38 427	79 559	6	13 002	2,1	6 084
<i>Commune VI</i>	138 935	132 941	271 876	6,3	44 403	1,5	28 255
<i>Faladié</i>	20 724	19 991	40 716	6,1	6 549	1,5	4 359
<i>Bamako</i>	632 565	615 786	1 248 349	6,3	197 054	1,9	103 060

Figure 42: Indicateurs démographiques des communes I et VI, de Banconi et Faladié (Estimations de la population de 2007 par rapport au recensement de 1998, Direction Nationale de la Population)

Aucun répondant ne vit seul. Les foyers de Faladié sont moyens en termes quantitatifs avec 24.8% des foyers entre trois et sept personnes (11.9% à Banconi). Plus de 78% des habitants de Banconi (78.9%) vivent dans une concession qui comprend plus sept personnes (en plus du répondant) contre 58.8% à Faladié.

⁶⁹ Le Combat (22/03/2011), « Enquête: Logements Sociaux : Le critère d'attribution reste la corruption »

La Nouvelle Patrie (07/06/2010), « Programme des logements sociaux : Les personnes défavorisées sont-elles les réelles bénéficiaires ? »

Inter De Bamako (26/07/2010), « Les postulants aux logements sociaux, après avoir consulté les critères d'attribution, se posent un certain nombre de questions »

La Nouvelle Patrie (27/07/2010), « Les logements sociaux du Mali : ATTbouyou : carton rouge aux pauvres »

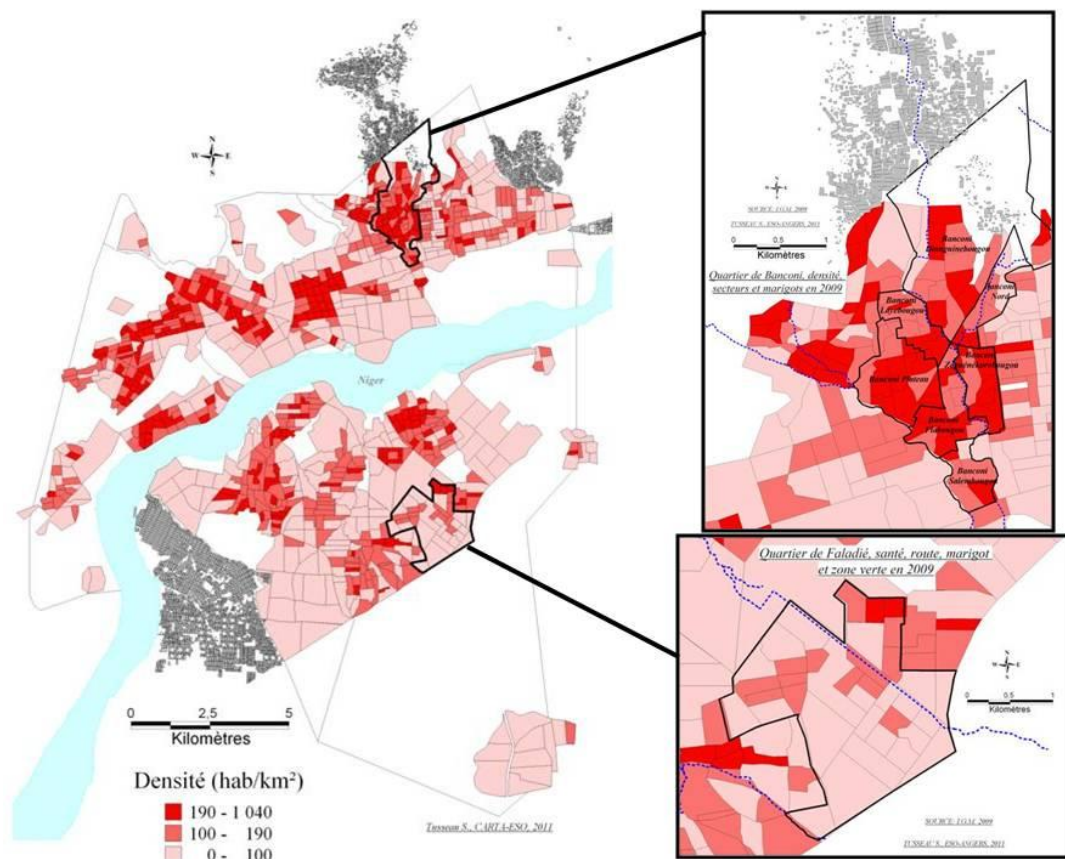


Figure 43: Densité d'habitants par quartiers de Bamako et pour Banconi et Faladié en 2009

Les densités d'habitants sont très importantes dans certains îlots (Fig. 43). Le quartier de Banconi est très dense d'un point de vue légal et spontané tandis que Faladié est peu dense et pas concerné par l'habitat spontané.

c) La criminalité et les violences

La ville de Bamako est confrontée depuis ces dernières années à une recrudescence des violences et vols⁷⁰ (communes I et VI⁷¹). La commune I est très sujet aux différents types de criminalité (vols,

⁷⁰ Le Républicain (08/02/2010), « Insécurité à Bamako : Sombé Théra agressé »
 L'Indépendant (14/06/2011), « Lassine diallo a été neutralisé par la Brigade de recherches du 15ème arrondissement : Ce spécialiste des explosifs menaçait de faire sauter des édifices publics à Bamako »
 Le Républicain (28/06/2010), « Lutte contre la violence à Bamako : Rôle de la presse »
 Le Caïman de Indé (04/08/2010), « Insécurité à Bamako : En allant acheter de la grillade, il se fait chiper sa moto Djakarta et reçoit des balles aux pieds »
 Option (01/09/2010), « Insécurité à Bamako et moyens de lutte : Le Mali est ailleurs »
 Ciwara Info (06/01/2011), « Lutte contre la criminalité : La police du 3è arrondissement arrête le cerveau d'un réseau de malfaiteurs »
 Le Caïmain Indé (07/01/2011), « Banditisme à Bamako : La police ne fait plus le poids malgré les efforts... »
 L'indicateur Renouveau (08/02/2011), « Recrudescence du banditisme à Bamako : Ali Keïta fusillé pour une Jakarta »
 Le Prétoire (10/02/2011), « Et si on en parlait : Banditisme et délinquance à Bamako Un sport favori pour certains jeunes ! »
 Journal du Mali.com (16/02/2011), « Insécurité à Kalaban-coro : la population aux abois »
 Le Flambeau (27/05/2011), « Insécurité à Niamakoro : Quand les motocyclistes se font agresser en pleine journée »
 Le Prétoire (27/06/2011), « Et si on en parlait : Jeunes «faroteurs» ou voleurs ? »

⁷¹ Commune I :
 Bamanet (19/01/2010), « Banconi Plateau transformé en Far-West : Echanges de tirs entre bandits et policiers hier lundi dans la matinée »
 Le Guido (02/11/2010), « Criminalité grandissante en Commune I : Deux meurtres et une mort suspecte en une semaine »
 Le Coq Cocorico (22/11/2010), « Kidnapping en commune I : Un gamin enlevé, puis libéré après trois jours de séquestration »
 Le Combat (14/05/2011), « Commune I du District de Bamako : Des bandits prennent un « grin » d'assaut, blessent plusieurs personnes et enlèvent 5 motos »

Commune VI :
 Le Combat (09/02/2011), « Yirimadjo : Un réseau de malfaiteurs aux arrêts »

enlèvements, détournements, meurtres; Gninanfon, 2008). Les habitants de Banconi subissent plus de violences ou à être confrontés au vagabondage (3.4.2.b.).

4.2.2. Les conditions de vies à l'échelle locale (quartier et voisinage)

a) Le réseau familial, amical et social

Le réseau familial est très important au Mali comme à Banconi avec un réseau supérieur à 10 personnes. Le réseau familial est important face à d'éventuels problèmes tout comme le réseau amical. Si le recours aux autorités « officielles » nationales et municipales est équivalent, le recours aux autorités coutumières est plus grand à Banconi.

En revanche, le réseau amical est similaire pour les deux espaces. Pour plus de 40% des habitants, le réseau amical est compris entre une et cinq personnes. 17.2% des enquêtés de Banconi (Faladié 15.8%) ont un réseau entre six et dix personnes, 7.9% entre onze et quinze personnes (Faladié 8.1%) et 17.6% de plus de quinze personnes (Faladié 16%).

	Famille	Amis	Voisins	Associations	Collègues	Ethnie	Religion	Politiques	Autres	Ne souhaite pas répondre
Banconi	66 %	62,6 %	48,6 %	18,4 %	22,9 %	30 %	29,6 %	13,2 %	10,1 %	31,6 %
Faladié	53,3 %	39,8 %	23,4 %	7,7 %	11,9 %	15,2 %	16,4 %	2,8 %	5,3 %	43,6 %

Figure 44: Quels sont les réseaux sociaux les plus importants ?

Pour les deux espaces, le réseau familial est le plus important (Fig. 44) notamment à Banconi. Les répondants des deux quartiers sont autant à considérer leur sentiment communautaire comme important (Banconi 77.5%, Faladié 73.7%) et à considérer qu'ils participent à la vie communautaire (Banconi 70.8%, Faladié 73.7%).

b) La qualité du voisinage, du quartier et l'espace de vie

Les habitants de Faladié possèdent de meilleurs logements, un meilleur voisinage (92.1% contre 77.5%) et quartier (93.7% contre 59.1%) (Fig. 45).

Banconi est plus ancien et d'origine spontanée tandis que Faladié a été planifié et viabilisé au préalable (3.4.2.a.). On l'observe par la date d'arrivée dans le quartier. 30.3% des habitants de Faladié habitent le quartier depuis moins de 5 ans (Banconi 18.2%) tandis qu'ils sont 17% à vivre à Banconi depuis plus de 20 ans (Faladié 10.5%).

	Air pollué	Trafic routier	Violences	Dépôts d'ordures	Bruit	Poussière	Prostitution	Vagabondage	Eau de mauvaise qualité	Coupures d'électricité	Autres	Aucune
Banconi	38.9 %	16 %	22.5 %	39.7 %	54.2 %	39.5 %	16.4 %	24.3 %	29.2 %	38.9 %	0.6 %	5.5 %
Faladié	29.9 %	10.3 %	9.7 %	17.8 %	40.4 %	48.5 %	20.4 %	15.6 %	8.1 %	39 %	2.8 %	13.3 %

Figure 45: Il y a-t-il des nuisances au sein de votre zone d'habitation ?

Il existe moins d'espaces de loisirs, de plateaux sportifs et d'espaces verts à Banconi. Seuls 52.2% des habitants vivent à proximité de ces espaces (Faladié : 85.9%).

Le Challenger (11/02/2011), « Criminalité en commune VI : Fin de course pour les braqueurs de taxi »
 22 Septembre (06/05/2010), « Meurtre en Commune VI : Diakaridia Diarra dit Usher poignarde mortellement Bakary Cissé »
 22 Septembre (14/10/2010), « Sale temps pour les braqueurs en Commune VI : Issa Guindo et sa bande entre les griffes de la police »
 22 Septembre (09/12/2010), « Insécurité en Commune VI : Le 10ème Arrondissement arrête le voleur Guindo dit Prince »
 Bamako Hebdo (17/09/2011), « Bagarre matinale à Faladié Banankabougou : Bataille rangée entre deux familles le jour de la fête »

4.2.3. L'accès aux services essentiels

L'accès aux services essentiels est moindre à Banconi et ce, pour l'ensemble des services⁷².

Si l'accès est inférieur, la qualité l'est tout autant (43.3% des habitants de Banconi les considèrent comme insuffisants (32.1% à Faladié). Les ménages de Banconi sont beaucoup moins bien équipés (électricité, eau du robinet, gaz, réfrigérateur). L'accès est très disparate au niveau des communes et quartiers (Fig. 46). Il s'est d'ailleurs détériorer entre 2001 et 2006 (de 38 % à 32 %; Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008).

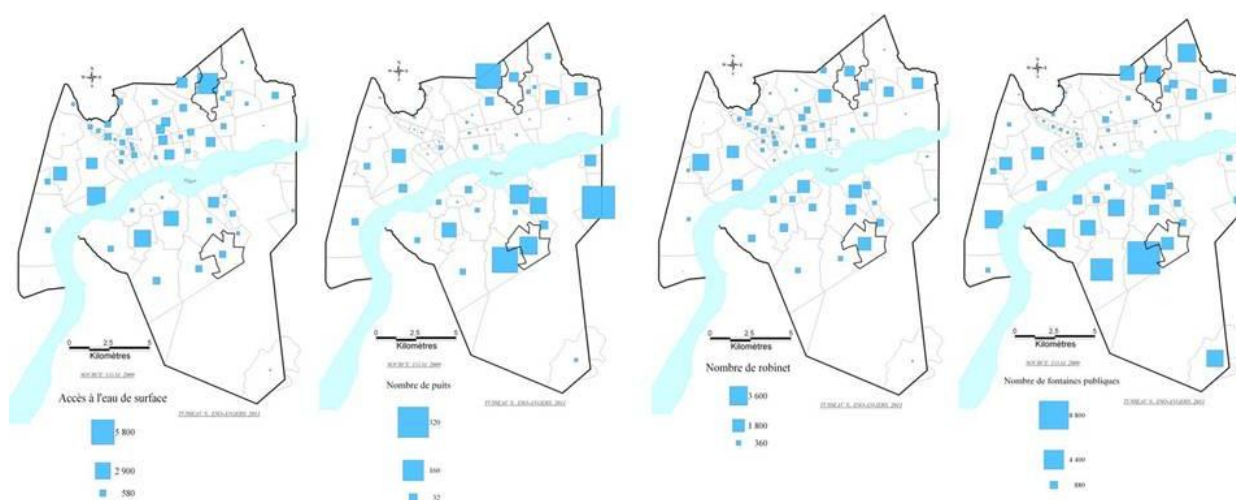


Figure 46: Accès à l'eau par l'eau de surface, eau de puits, par robinet et par fontaine publique par quartiers à Bamako en 2009

Les habitants de Banconi se fournissent via l'eau de surface (marigots) et les bornes fontaines tandis que ceux de Faladié ont un accès par les puits et robinets (Fig. 46). Ce manque d'infrastructures pose des questions de santé publique⁷³ et d'inégalités.

A Bamako, l'accès à l'électricité a progressé (de 41 % à 71 %, 2001-2006; Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008). Là aussi, les disparités existent⁷⁴. Le taux d'électrification est de 44.26% en commune I et de 42.27% en commune VI (Fig. 47). Des quartiers comme Banconi ont nombreux branchements illicites⁷⁵.

⁷² Services alimentaires et commerciaux (48.2% Faladié 67.3%), services de santé (51.6% Faladié 66.9%) et services de transports (54.3% Faladié 60.4%).

⁷³ La Révélation (02/04/2010), « Rumeur de coupure d'eau des robinets : Une nuit mouvementée dans certains quartiers périphériques de Bamako »

La Révélation (19/04/2010), « Pénurie d'eau à Bamako »

Primature (30/04/2010), « Projet d'alimentation en eau potable de Bamako : structurant et vital »

Le Guido (01/06/2010), « Absence d'eau potable à Hippodrome extension : La mairie de la Commune II a-t-elle bouffé l'argent de la viabilisation? »

Irin (27/07/2010), « Mali: L'eau est devenue « un luxe » »

La Révélation (29/10/2010), « Utilisation abusive de l'eau et de l'électricité dans nos services publics : Une situation qui interpelle la conscience de tous »

Libération (07/12/2010), « Eau potable: écoutez les femmes »

Le Potentiel (25/01/2011), « Eau de puits à Bamako : Un danger pour les consommateurs »

Le Potentiel (23/02/2011), « Pénurie d'eau : Bamako au bord de l'implosion »

Ciwara Info (24/03/2011), « Accès difficile à l'eau potable à Banconi : Les femmes lancent un cri de détresse »

⁷⁴ Commune II (61.7%), commune III (95.6%), commune IV (40.01%), commune V (68.17%) (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des personnes âgées, 2003)

⁷⁵ Le Guido (27/04/2010), « Installation anarchique des fils électriques : Le danger à fleur de peau »

Le Combat (14/05/2011), « Gouvernorat du District de Bamako : Bientôt des mesures contre les stations d'essence illégales et les branchements illicites sur le réseau EDM »

L'accès au gaz n'est pas dépendant des réseaux mais des capacités financières des ménages (bouteilles de gaz).

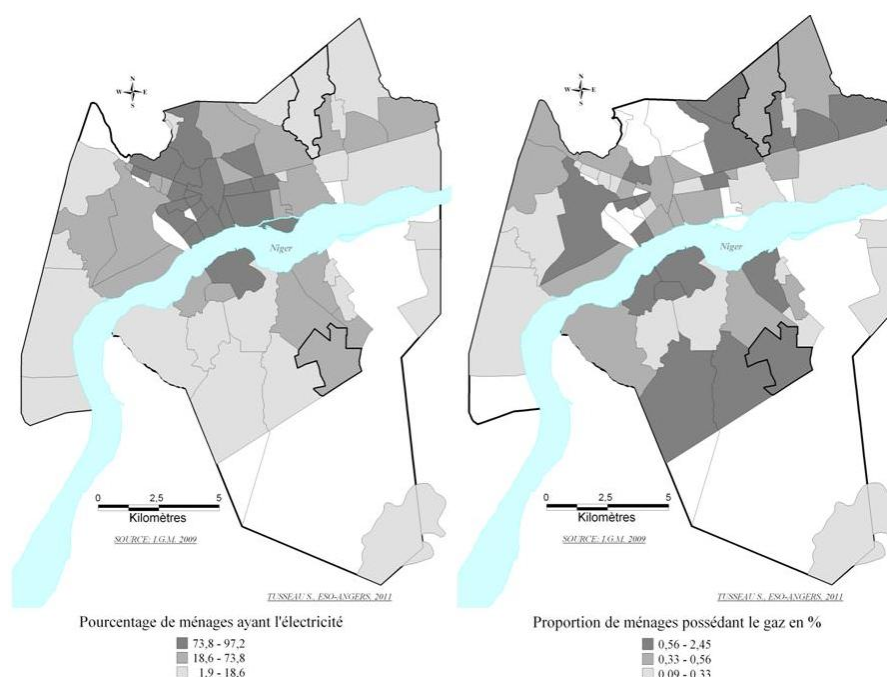


Figure 47: Accès à l'électricité et au gaz à Bamako par quartiers en 2009

Au vu de l'accroissement démographique, la gestion des déchets devient un véritable problème sanitaire même si l'évacuation de la production des déchets ne cessent de progresser notamment en commune VI où des terrains sont encore disponibles (Touré, 1998) et malgré des programmes de constructions de centres de transit créés par la ville d'Angers. D'énormes manques institutionnels⁷⁶ et personnels des maires⁷⁷ apparaissent au quotidien.

La pré-collecte est assurée par des Groupements d'Intérêt Economique (G.I.E.). Les G.I.E. reçoivent une autorisation des maires responsables de la pré-collecte de déchets sur leur territoire. L'autorisation spécifie le ou les quartiers desservis par le G.I.E. bénéficiaire.

Le nombre de G.I.E. est très faible au regard des besoins. La mauvaise gestion occasionne d'énormes tas d'ordures dans les rues comme en commune I (quartier de Banconi) où les citoyens se révoltent et se

⁷⁶ L'Essor (23/02/2010), « Voisinage toxique : Le paysage bamakois réserve nombre de spectacles insolites »

L'Essor (15/04/2010), « Photo de la semaine : une montagne de nuisances »

La Nouvelle Patrie (10/08/2010), « Cinquantenaire et Assainissement : Cinq bataillons d'ordures sur le point de gâcher la fête »

Bamanet (24/08/2010), « Salubrité : Ordures urbaines »

L'Essor (05/01/2011), « Récupération : prospecteurs de dépotoirs »

Zénith Balé (19/01/2011), « Konatébououg en dépotoir d'ordure : Quel sort pour les habitants de ce quartier ? »

Bamanet (18/05/2011), « Dépôt illégal d'ordures à Kati Coura : La mairie interpellée »

Inter De Bamako (26/07/2011), « Ordures ménagères au quartier-Mali : Quelle honte pour la commune V »

Le Prétoire (11/08/2011), « Vue de Destin : Cimetière de Lafiabougou : Un peu de respect pour les morts »

Le Matin (21/07/2011), « Les femmes de Quartier-Mali marchent sur la mairie de la commune V : Le maire Bill échappe de justesse à un lynchage »

Bamanet (02/09/2011), « Commune IV : trop plein d'ordures à la décharge de Lafiabougou »

Le Républicain (09/09/2011), « Environnement / L'épine de l'insalubrité à Bamako »

L'indicateur Renouveau (07/09/2011), « Route de Kati : Des ordures déversées aux abords du goudron »

⁷⁷ Le Flambeau (04/08/2010), « Violation de l'espace universitaire par la Mairie de la Commune V : Boubacar Bah dit Bill et son équipe transforment le campus en dépotoir d'ordures. »

Le Caïman de Indè (04/08/2010), « Mairie de la Commune II : Déverse ses excréments liquides « Bô dji » devant une population ébahie »

L'Indépendant (06/08/2010), « Les maires abandonnent des montagnes d'immondices dans les rues de Bamako : L'opération de curage des caniveaux tourne au sabotage »

22 Septembre (24/08/2011), « Route de Samé, route de tous les dangers... : Morts, accidents et ordures au menu »

mobilisent de manière violente⁷⁸. Si la collecte subit d'énormes difficultés⁷⁹, leur transfert dans les dépôts de transits ou finaux est aussi difficile (Fig. 48). Les dépôts sont saturés et laissent place à des décharges sauvages même si le dépôt de transit du marché de Médine réalisé par la Mairie d'Angers est un exemple de réussite malgré les difficultés d'implantation.

Des difficultés existent aussi pour les balayeurs de rues appelés « *Baba* »⁸⁰.

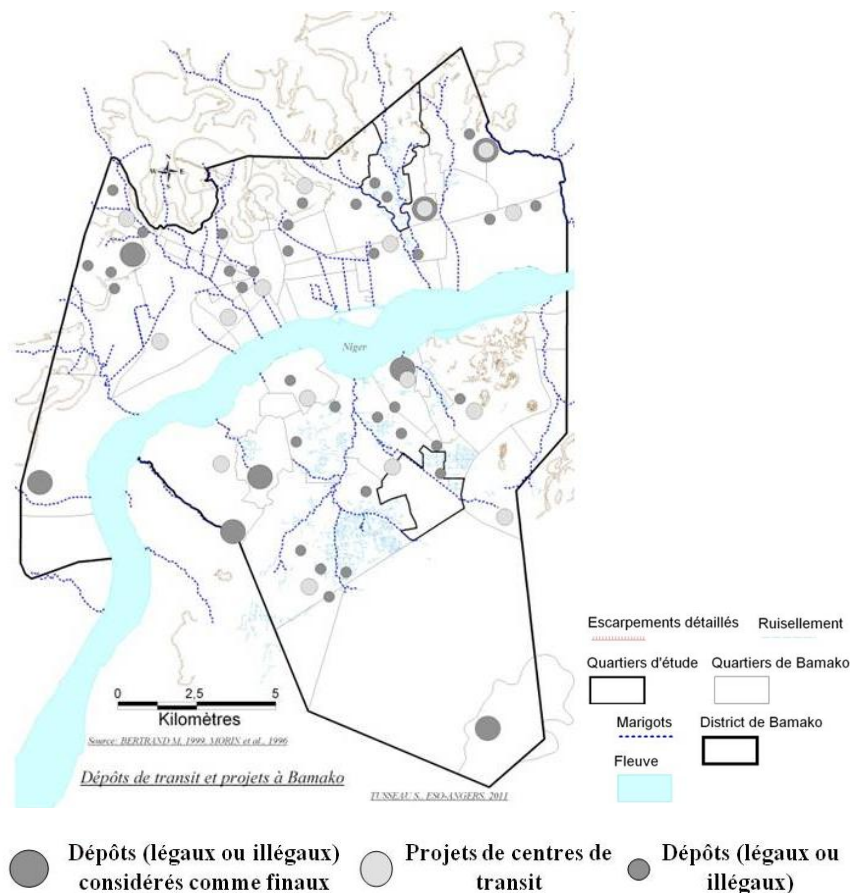


Figure 48: Principales structures de collecte de déchets sur Bamako

Le taux de ménages qui disposent de toilettes avec chasse d'eau a chuté de 26.7 % à 17.8 % entre 2001 et 2006.

⁷⁸ Le Challenger (15/04/2011), « Polémique autour d'une décharge d'ordures : Vent de folie sur Doumanzana en Commune I »
 Le Caïman de Indè (06/10/2010), « Quartier Doumanzana en commune I : Les ordures de la mort : des cas de cancer à prévoir »
 Ciwara Info (15/10/2010), « Les ordures du cinquantenaire à Mme le Maire de la commune I »
 Journal du Mali.com (13/04/2011), « Le véhicule de la Maire de la Commune I de Bamako incendié par des manifestants en colère »
 L'Indicateur du Renouveau (14/04/2011), « Commune I : Le maire victime de la furie de Doumanzana »
 Le Coq Cocorico (18/04/2011), « Commune I : Mme le Maire a eu de la chance »
 22 Septembre (18/04/2011), « Commune I : Diaby assigné en justice par Mme Conté »
 Le Potentiel (19/04/2011), « Mairie de la Commune I : La problématique du Balayage des routes se pose »
 L'Essor (19/04/2011), « Décharge d'ordures de Doumanzana : un incendie suspect »
 Le Républicain (26/04/2011), « Affaire décharge de Doumanzana : Mamadou Awa Gassama met de l'eau dans son vin »
 Le Combat (19/08/2011), « Dépotoir de Doumanzana : La colère des riverains ne faiblit pas »
 Le Challenger (16/08/2011), « Commune I : Mme Konté dans le collimateur du parti Sadi ! »
⁷⁹ Le Malien (10/08/2010), « Les GIE roulés dans la farine »
 L'Essor (27/04/2010), « Hygiène publique : les GIE au cœur du dispositif »
⁸⁰ Afribone (01/11/2005), « Mairie du district de Bamako : 26 agents de la B.A.BA bientôt redéployés »
 L'Essor (08/09/2005), « Brigade d'assainissement de Bamako: La génération spontanée ? »
 Nouvel Horizon (16/06/2008), « Mairie du District versus éléments de la BABA : Bataille judiciaire autour de la nature des contrats »
 Le Sphinx (10/10/2009), « District de Bamako : Bientôt 100 jeunes BABA dans la rue »
 Le Guido (29/01/2010), « Mairie du district de Bamako : La BABA existe-elle pour l'assainissement ou le racket ? »

4. LE CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL MULTI-ECHELLE

Dans ce chapitre, nous allons présenter à partir de nos travaux, de données officielles internationales et nationales et de recherches africaines, le contexte politique.

Nous allons présenter le contexte général et la révolution de 1991 qui a instauré la décentralisation. Nous évoquerons les transferts de compétences aux collectivités territoriales (avantages et limites). Nous verrons ensuite la perception des populations envers le système politique et les difficultés existantes entre l'Etat et la société civile. Enfin, nous évoquerons la place institutionnelle et géographique de la société civile dans le domaine sanitaire.

1. Le contexte politique et relationnel à l'échelle locale

Le contexte politique national et local a des conséquences sur l'implantation des programmes (appropriation et adhésion plus ou moins importantes).

La décentralisation malienne connaît de réelles réussites même si des difficultés persistent.

1.1. Le contexte historique et territorial

1.1.1. Le contexte historique

La démocratie et la décentralisation sont récentes, leurs modalités sont diversement appropriées. Le Mali « *actuel* » est né le 22 septembre 1960. La République du Mali est le berceau de nombreuses civilisations (empires et royaumes) d'où un brassage de peuples à l'origine de groupes humains fortement interdépendants. Ce brassage de populations constitue, pour le Mali, une des richesses la plus enviée de la sous-région.

Deux faits importants ont marqué l'histoire du Mali : la pénétration de l'Islam à partir du VII^{ème} siècle et l'irruption de la colonisation française en Afrique à partir de 1857. Les deux ont profondément désarticulé les structures sociales préexistantes. La colonisation plus que le fait islamique a imposé, par sa durée et ses rapports de forces, de nouvelles formes étatiques.

Suite à son indépendance en 1960 (Fig. 49), le Mali a connu un régime socialiste renversé en 1968 par un coup d'état militaire. Après dix ans de règne, les militaires installèrent un régime de parti unique. En 1991, suite aux soulèvements populaires, Amadou Toumani Touré surnommé « *A.T.T.* » dirigea le pays pendant une période de transition de 18 mois le temps d'organiser des élections libres remportées par Alpha Oumar Konaré. La décennie qui a suivi le changement de régime en 1991 a été marquée par l'ouverture politique, la démocratisation et la décentralisation. Seulement, depuis le 22 mars 2012 et un nouveau putsch militaire, le contexte politique est très précaire (régime transitoire, rébellion de groupes touaregs, présence de groupes terroristes au Nord...).

Modibo Keita	1960-1968	Union soudanaise – Rassemblement démocratique africain
Moussa Traoré	1968-1991	Régime militaire
Amadou Toumani Traoré	1991-1992	Union démocratique du peuple malien
Alpha Oumar Konaré	1992-2002	Régime militaire
Amadou Toumani Touré	2002-2012	Alliance pour la démocratie au Mali
	2012-	Régime transitoire

Figure 49: Changements politiques au Mali entre 1960 et 2012

Sous certains aspects, la participation politique est conséquente: multipartisme, compétition électorale... Les citoyens bénéficient de leurs droits civiques et ils participent de manière relativement importante aux responsabilités publiques. Avant les derniers événements de 2012, le Mali était cité en Afrique comme un « *bon élève* » dans la consolidation de son processus démocratique (Magassa, Meyer, 2008).

Dans le domaine du développement local, la troisième république se distingue par son caractère démocratique et libéral : décentralisation politique et économique, plus grande responsabilisation des communautés, vaste programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, multiplication des O.N.G....

1.1.2. Le contexte territorial

Le Mali est située au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Sa superficie est importante 1 241 248 km². Le pays partage 7200 kms de frontière (Algérie, Niger, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mauritanie, Sénégal). Il est divisé en 49 cercles et huit régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Bamako).

Le relief est peu élevé et peu accidenté. Les plaines et bas plateaux offrent une certaine monotonie du paysage. L'altitude moyenne est de 500 mètres avec un point culminant pour le mont Hombori à 1155 m.

Le Mali est drainé par le Sénégal, le Niger et leurs affluents. Le Niger est l'un des plus grands fleuves d'Afrique (4200 kms dont 1700 au Mali). Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. Le régime est tropical. Le climat comporte une saison sèche et humide. Le niveau des précipitations s'établit entre 1300mm et 1500mm au sud et 200mm au nord.

1.2. Le contexte de décentralisation politique

1.2.1. Historique de la décentralisation au Mali

Le Mali, comme de nombreux pays africains, s'est engagé à décentraliser notamment pour répondre aux demandes des bailleurs de fonds et institutions internationales. Plus de vingt ans après sa mise en place, il est aujourd'hui important d'analyser comment les populations perçoivent et « *utilisent* » les outils de décentralisation.

L'État, au lieu de contrôler, doit aujourd'hui être un partenaire et faciliter le travail des autorités locales. A travers la décentralisation, l'accent est aujourd'hui mis sur le développement local pour améliorer l'efficacité des services et la gouvernance. Le potentiel est énorme mais il reste complexe et fragile.

La décentralisation envisagée et annoncée depuis l'indépendance a réellement démarrée avec la III^{ème} République en 1992 (Kassibo, 2006 in Fay, Koné, Quiminal) sous l'influence internationale et dans un souci de bonne gouvernance et de réduction des dépenses publiques. Car, malgré ses apparences populaires, la décentralisation est essentiellement le fruit de revendications élito-politico-administratives plus que d'une volonté populaire (Hetland, 2008; Marie, 2007; Zobel, 2004; Bertrand, 1999a). LeRoy parle d'ailleurs d'« *indigénéisation* » (Zobel, 2004). Même si la décentralisation malienne reste une référence (Bertrand, 1999b), certaines difficultés apparaissent⁸¹ (inégalités, droits humains, genre...).

⁸¹ Le Guido (27/04/2010), « Démocratie et respect des droits de l'homme : Le Mali tarde à ratifier la charte »
Le Républicain (01/12/2010), « Droits humains au Mali : L'AMDH tire la sonnette d'alarme »

Le Mali est engagé dans un processus ambitieux et fragile. Ambitieux, car la décentralisation est une priorité de premier ordre. Fragile, parce que sa réussite dépend d'un ensemble de facteurs (participation de tous les acteurs, disponibilité des ressources humaines et financières, enracinement d'une pratique démocratique dans la gestion du développement local, renforcement des capacités... ; Cissé, Maïga, Bartholomeussen, 1999).

On dénombre 701 communes dont 682 nouvellement créées.

1.2.2. Les limites de la décentralisation au Mali

De nombreux problèmes persistent et ont des conséquences directes dans les programmes sanitaires. Ces dits programmes sont mis en place via les processus de décentralisation d'où l'importance de relever les difficultés et de les corriger. Ceci est d'autant plus vrai que les communes ne possèdent pas toutes les mêmes capacités techniques.

Malgré la bonne volonté et l'engagement des acteurs, les objectifs fixés n'ont pu être réalisés⁸² par manque de formations, de ressources financières ou de moyens logistiques (Kassibo, 2006 in Fay, Koné, Quiminal). Le découpage administratif s'est fait difficilement. Car, si la création des communes devait correspondre au regroupement d'arrondissements, certaines populations notamment rurales en ont décidé autrement. Dès la fin 1996, la refonte territoriale est apparue comme un véritable borbier géographique à tel point que les institutions doutaient de sa pérennité (Bertrand, 1999b). Dans un souci de participation populaire, le caractère « *enraciné* » local des délimitations a largement été laissé à la décision des populations concernées (Zobel, 2004) d'où la création de 682 communes au lieu des 572 prévues (création de micro-communes).

L'Etat malien est actuellement confronté à une contradiction. Il doit permettre une répartition équitable des ressources tout en s'ingérant le moins possible. Seulement, une des questions préalable n'était-elle pas de savoir s'il y avait réellement « *quelque chose* » à décentraliser dans un contexte africain fortement marqué par la crise économique, les sécheresses, les politiques d'ajustement structurel... Les institutions internationales se sont largement basées sur la représentation fictive d'un État surdéveloppé d'où le « *paradoxe de la décentralisation* » (Médard, 1998).

Au nom de la justice sociale et du droit de chacun à accéder à des soins de santé, le système était avant tout basé sur un recouvrement direct des coûts auprès des bénéficiaires. Dans les faits, l'Etat s'est débarrassé de ses responsabilités et laisse les populations gérer. Dès lors, les secteurs sociaux qui ne sont pas rentables perdent tout intérêt aux yeux des investisseurs, ils sont donc devenus de façon progressive, les parents pauvres du développement (dégradation, démission du corps médical ; Jaffré, De Sardan, 2003; Balique, 2001a). Les interventions de l'État sont caractérisées par le faible respect des

L'Indépendant (03/12/2010), « Rapport 2008-2009-2010 sur la situation des droits humains au Mali : L'AMDH fustige le manque d'autorité de l'Etat, la corruption généralisée et l'insécurité au Nord-Mali »

Journal du Mali.com (07/12/2010), « Laïcité au Mali : l'AMDH pointe du doigt les leaders musulmans »

L'Indépendant (26/05/2011), « Commission nationale des droits de l'homme du Mali (CNDH) : Le rapport 2010 dénonce la culture de l'impunité dans la lutte contre la corruption »

Le Caimain Indé (03/06/2011), « Situation des Droits de l'Homme au Mali : La CNDH publie son rapport 2010 »

⁸² Coopdec (27/01/2010), « Association des municipalités du Mali : un bel outil encore sous-utilisé »

Canard Déchainé (27/01/2010), « La décentralisation malmenée »

Le 26 Mars (24/05/2010), « Collectivités Territoriales au Mali : L'espoir s'effondre »

L'Essor (18/03/2011), « Journée nationale des communes : bilan d'étape de la décentralisation »

L'indicateur Renouveau (06/04/2011), « Décentralisation au Mali : Dioncounda s'en prend aux juges et aux préfets »

La Révélation (13/05/2011), « L'administration malienne : Une plaie qui tarde à se cicatriser faute de soins appropriés »

logiques et préoccupations locales, une divergence de visions entre populations locales et agents de l'État, une multiplication des initiatives populaires pour plus d'autonomie et une non-réalisation des objectifs de développement fixés (Sanogo, 2004).

1.2.3. La difficile traduction et définition du concept de décentralisation

L'importation de concepts extérieurs ou de messages de sensibilisation posent des questions d'appropriation. Leurs adaptations et appropriations sur le terrain sont la clé de leurs réussites.

Une des premières difficultés réside dans la définition même des concepts (décentralisation, développement local, société civile, gouvernance) même si ces derniers suscitent un intérêt croissant dans la sphère académique et politique internationale. Les termes décentralisation (Béridogo, 1997) et gouvernance sont trop souvent utilisés de façon normative, ambiguë, non précise ou idéalisée (Le Meur, 2003). Leurs enjeux sont donc difficilement compréhensibles par les acteurs et les populations.

Le terme décentralisation est difficile à traduire au Mali. La référence aux modèles politiques précoloniaux a permis de le traduire en « *manika* » avec l'expression qui lui est assimilée « *faga ka sigi so* » = « *le retour du pouvoir à la maison* ». Les zones rurales utilisent plutôt l'expression « *ka mara la segi so* » (« *le retour du pouvoir au terroir* »). Les termes de « *marala-segiso* » (« *restitution de l'administration à la population* ») hérités de l'empire Mandé ou « *idio-ikolola* » (« *tiens-toi debout par toi-même* ») sont également utilisés (Leclerc-Olive, 2008).

1.2.4. Les difficultés de transferts de compétences

Les transferts de compétences sont de plus en plus importants. L'Etat et les bailleurs demandent de plus en plus aux acteurs locaux d'assurer les actions sanitaires. Or, nous le verrons, les mairies sont loin d'être toutes capables, financièrement et techniquement, d'assurer cette augmentation des tâches...

Si la décentralisation a permis l'apparition de nouveaux acteurs et le rapprochement des citoyens de l'administration, elle a aussi occasionnée un chevauchement de légitimités (officielles, coutumières, religieuses...) et de compétences créant des rapports de forces entre institutions modernes et traditionnelles (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009; Hetland, 2008). A titre d'exemple, le principe de subsidiarité (article 20 de la loi n° 93-008 de 1993) qui détermine la libre administration des collectivités territoriales se heurte à d'autres dispositions législatives ce qui neutralise et débouche sur l'inaction (Kassibo B., 2006 in Fay, Koné, Quiminal). Une relecture du code des collectivités territoriales s'avère donc nécessaire.

Les multiples opérations de développement local ont tendance à systématiquement créer de nouvelles instances qui viennent se surajouter aux arènes locales déjà encombrées. La multitude de collectifs locaux ne représente pas nécessairement un espace public de négociation. Leur économie politique est aussi souvent une économie de l'exclusion sous des apparences consensuelles, à la fois dynamique, très peu transparente (accumulation de ressources, de pouvoir, corruption) et perçue comme peu favorable à l'émergence d'un espace public. En d'autres termes, la question de la gouvernance est posée...

Si les textes accordent aux collectivités territoriales une large autonomie vis-à-vis du pouvoir central, il en est autrement dans les faits...⁸³. Il persiste des problèmes d'articulation entre coopération et décentralisation notamment une hiérarchie administrative lourde (Cissé, Maïga, Bartholomeussen, 1999). La territorialisation des politiques publiques (santé, social, éducation) est devenue réalité même si dans certains secteurs sensibles (santé, éducation, justice) l'Etat malien garde une politique de planification nationale, en concertation avec les communes.

« *La décentralisation a amené un transfert de compétences mais pas de ressources, les impôts des collectivités sont faibles et récents (10 ans).* » [13]

La lenteur des transferts de compétence est due à l'insuffisance des capacités institutionnelles (organisation, ressources humaines..) et territoriales (Magassa, Meyer, 2008). Les échelons administratifs ont des compétences différentes, mais « *aucun n'est totalement responsable dans son domaine de compétence* » (Diallo, 2004).

Il ne s'agit pas pour l'Etat de « *se décharger* » sur les collectivités, mais bien de faire réaliser par ces dernières, dans de meilleures conditions de rationalité, rentabilité et d'efficacité, certaines tâches qu'il faisait jusque-là, mais plutôt mal. Les compétences transférées sont financées par les moyens que l'Etat consacrait auparavant à l'exercice même de ces compétences. En complément, cela n'empêche pas les collectivités de chercher à mobiliser des ressources nouvelles (coopération décentralisée, O.N.G. ; Diallo, 2004).

1.2.5. La difficile participation des populations

La participation des habitants aux programmes est « *censée* » améliorer l'adaptation des programmes, garantir leur réussite et favoriser une démocratie locale. Seulement, dans toute société, cette participation est soumise à diverses influences et pouvoirs qui entravent ou non la participation des citoyens.

Cette participation est la clé de voute du processus de décentralisation. Cependant, malgré les réformes, la décentralisation n'a pas encore réussi à éliminer la tendance à la banalisation, par les structures de l'État, des préoccupations locales (Sanogo, 2004). Malgré ce contexte local difficile (pauvreté, faible participation des citoyens), la démocratie malienne enregistre de bonnes performances (Dougnon).

L'une des caractéristiques de la démocratie malienne est tout de même le faible taux de participation des citoyens aux élections. Hormis 1992, les autres consultations nationales ou locales n'ont pas soulevé d'enthousiasme populaire notamment chez les jeunes. Pis encore, à chaque échéance, ce taux décroît. Cela n'a aucune conséquence sur les résultats car la constitution malienne n'a pas établi de seuil minimum pour invalider une élection. Si 48.1% des personnes inscrites sur les listes électorales communales ont voté pour l'ensemble des régions (hormis Bamako), le taux de votants dans la capitale est remarquablement bas (22.38%). A la question de l'implication des habitants dans la vie politique, 21.5% d'entre eux étaient très intéressés, 10% quelque peu intéressés, 37% pas intéressés et 31.5% pas du tout intéressés (World Values Survey, 2007).

⁸³ Le Républicain (05/02/2010), « Transfert de compétences ; Les collectivités, parents pauvres »
Le Républicain (23/08/2010), « Décentralisation au Mali : Le transfert des compétences, un obstacle »

Une des raisons de ce désintérêt continu est l'absence de débats sérieux sur les problèmes économiques et sociaux cruciaux (chômage des jeunes, industrialisation, pauvreté, corruption, éducation des enfants...; Hetland, 2008).

Pour nos deux espaces, seuls 48.6% des habitants de Banconi et 53.7% de Faladié ont votés lors des dernières élections. Les taux de confiance envers les politiques sont également faibles (Banconi 34.6% Faladié 47.1%). Un lien existe entre la confiance et le fait de voter.

1.2.6. Le développement local et l'économie sociale au Mali

Par définition, le développement local est la réunion dans une action commune des efforts du secteur privé, public et de l'économie sociale. Les acteurs doivent se concerter pour tirer le maximum du potentiel physique, économique, social, culturel et environnemental de leur milieu. Defourny et Develtere (1999) présentent l'économie sociale comme un ensemble d'activités mises en œuvre par des populations organisées à l'échelle locale, selon une éthique axée essentiellement sur le social et les principes démocratiques, activités qui prennent en compte les préoccupations du milieu et contribuent au développement local. Les grands programmes (Alma-Ata, Initiative de Bamako, promotion de la santé) parlent de la participation des populations. Seulement, si la participation locale est essentielle, elle ne doit pas conduire à une déresponsabilisation des pouvoirs publics. L'économie sociale et le développement local sont le fait de la communauté, ils peuvent donc difficilement échapper à l'influence des schémas socioculturels.

La décentralisation a ainsi recomposé les jeux d'acteurs locaux avec des institutions internationales qui ont revues le contenu de leurs procédures d'acheminement. Le développement local et l'économie sociale rejoignent l'aspiration d'une grande partie de la population notamment dans un pays où les associations sont très présentes.

L'exécutif à la charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques. L'efficacité de son intervention peut donc s'apprécier à travers l'accès des populations aux services publics de base (Leclerc-Olive, Keïta, 2004). En dépit des progrès réalisés, l'accès aux services de base reste encore très limité (Fig. 50).

Éducation			
<i>Taux d'alphabétisation des 15 ans et plus</i>	2000 31 %	2005 46.4 %	2009 46.4 %
<i>Taux de scolarisation au primaire (hommes et femmes)</i>	2000 33 %	2005 44 %	2008 61 %
Santé			
<i>Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)</i>	2000 123.25	2005 116.79	2010 113.6
<i>Taux de mortalité infanto-juvénile – enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)</i>	2000 217	2005 202	2007 196
<i>Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois totalement vaccinés contre la rougeole</i>	2000 49 %	2007 68 %	
<i>Médecins généralistes pour 100 000 habitants</i>	2004 0.535	2007 0.409	
<i>Ensemble des nurses pour 10 000 habitants</i>	2004 4.464	2007 1.652	
Infrastructures			
<i>Population utilisant un assainissement amélioré</i>	2000 57 %		2008 36 %
<i>Ménages propriétaires de leur concession (B)</i>	2001 49.9 %		
<i>Ménages qui ont de l'électricité (B)</i>	2000 31.2 %		
<i>Ménages alimentés en eau à partir du robinet (B)</i>	2001 69.9 %		

Figure 50 : Tableau de synthèse des principaux indicateurs au Mali et à Bamako (B)

1.3. Des problèmes de coordination à l'échelle locale

Les relations entre les différents acteurs locaux (gouverneur, mairies de communes, mairies de quartiers, chefs coutumiers, religieux, associations, société civile...) sont importantes à étudier car ils ont tous un lien avec la santé et le milieu de vie des populations. Les acteurs sont multiples, de statuts, d'origine et de pouvoirs différents.

1.3.1. Entre les mairies et les O.N.G

a) Des variations locales dans les collaborations

Les programmes de santé sont de plus en plus créés et mis en place à l'échelle locale. Les acteurs locaux doivent ainsi collaborer pour favoriser une osmose entre leurs actions individuelles et les actions collectives.

Les collaborations entre mairies et O.N.G. ont lieu sur certains territoires mais elles ne sont ni systématiques, ni réciproques. A Banconi, les organisations rencontrées n'avaient pas connaissance des autres associations du quartier et aucunes relations avec la mairie locale. S certaines structures partagent leurs rapports d'activités avec la mairie, cette dernière ne restitue pas les siens [5]. Les remontées d'informations des mairies dépendent fortement des lieux (Fay, 2000).

« *Il existe une réelle volonté de partage à Gao mais très peu à Kolokani et Koulikoro* » [8].

De manière générale, les associations de quartiers manquent de soutien de la part des mairies ([3], Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Les O.N.G. viennent volontairement vers les mairies et non l'inverse même si certaines mairies accompagnent leurs programmes en représentation mais pas en financement [33]. Il persiste un manque de sentiment partagé de responsabilité pour la santé des populations (Van Dormael, 2006). Lorsque la mairie ne trouve pas « *ses intérêts* » (matériels, financiers), celle-ci ralentit les programmes de la société civile (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004).

L'espace local est complexe. Les élites politiques, intellectuelles, traditionnelles, religieuses, économiques et sociales entretiennent des relations tout aussi complexe (évitement, collaboration, contournement, conflit, phagocytose; Dakouo, Koné, Sanogo, 2009; Hetland, 2008; Dorier-Apprill, Jaglin, 2002). La présence d'une multitude de pouvoirs (Etat, mairies, O.N.G., chefs de quartiers...), pouvoirs nés à différents moments historiques, fait qu'aucune institution locale ne fournit de cadre global qui intègre l'ensemble des acteurs. Les conséquences sont la création d'inégalités (4.1.3.c.) et l'absence de transparence (4.2.1.; 4.3.3a.; 4.3.3.d.; LeRoy in Zobel, 2004). La diversification des partenaires du développement local (associations, O.N.G., mairies, jumelages, coopérations décentralisées...) démontrent des nombreuses possibilités techniques possibles selon les territoires (Bertrand, 1999b). La mondialisation avive la compétition entre ces territoires (Dorier-Apprill, Jaglin, 2002).

Les O.N.G. sont souvent assimilées à la proximité spatiale, à la multiplication des partenariats et à un désintéressement. Seulement, une question se pose : « *et si les O.N.G. locales participaient aussi à la mise en œuvre d'une « mauvaise gouvernance ?* » » (Castel, 2006) d'autant que certaines O.N.G. sont « *souvent mal jugées ou mal taxées* » [8]. D'ailleurs, les acteurs locaux confondent souvent les O.N.G.

sur le terrain. La création d'organisations de la société civile puissantes, voire plus puissantes que les mairies, invalide d'entrée de jeu les pouvoirs locaux ce qui court-circuitent les structures locales (Roy, 2005; Bertrand, 1999b).

b) L'exemple du programme Alliance

L'Alliance est un programme de lutte contre le VIH/SIDA initié par l'Association des Municipalités du Mali (A.M.M.). Les premières communes choisies l'ont été en fonction de leurs prévalences ou situations géographiques (frontières, zones minières ou de fortes migrations). Les communes doivent travailler en collaboration avec les acteurs locaux, O.N.G. et associations pour renforcer les capacités. Les programmes nécessitent la création de comités de 3 à 7 personnes chargées de gérer le programme local. Chaque année, les maires organisent « *la semaine des Maires contre le VIH/SIDA* » (radios locales, jeux concours, compétitions sportives...).

Les communes sélectionnées doivent sensibiliser également les communes alentours. S'il existe relativement peu de réticences de la part des maires pour mettre en place ces programmes, des problèmes de financements et de collecte de données à l'échelle des communes compliquent leurs conceptions.

D'autres raisons sociétales et politiques font que les programmes restent marginaux et critiquables même si des efforts existent⁸⁴. Les six communes de Bamako sont couvertes. Quelques communes ne marchent pas comme en commune V. Le maire préfère mettre ses hommes de confiance aux postes... Le programme de la commune I ne marche pas beaucoup, celui de la commune VI seulement un peu... En revanche, des communes comme Ségou, Sikasso ou Banamba ont de très bons plans d'actions [15].

Les documents clés

Les textes et le décret présidentiel⁸⁵ qui régissent la décentralisation au Mali confèrent bien plus de compétences aux mairies en matière de santé. Les mairies doivent, par la signature d'une convention d'assistance mutuelle, allouer des subventions pour le financement des activités de santé, assurer le contrôle et le suivi de la gestion des A.SA.CO., allouer une subvention pour la construction et l'équipement des centres de santé communautaire (stock initial de médicaments essentiels, lutte contre la vente des médicaments illicites).

Des appréhensions demeurent quant à la mise en œuvre concrète du transfert de compétences aux mairies en matière de santé (The Panos Institute in West Africa, 2004).

La mairie de la commune I a signé la convention d'assistance mutuelle avec les C.S.COM.. Il existe donc, « *sur le papier* », un devoir réciproque entre l'A.SA.CO. et la mairie. Certaines mairies rechignent toujours à signer cette convention notamment du fait du manque de transfert des ressources

⁸⁴ Le Républicain (18/11/2009), « Lutte contre le VIH/ Sida : La campagne s'intensifie dans les six communes du district de Bamako »

22 Septembre (14/12/2009), « Lutte contre le Vih Sida en Commune I : La Journée communale a mobilisé tous les acteurs »

Le Républicain (29/01/2010), « Lutte contre le sida : Les acteurs communaux s'activent »

L'indicateur Renouveau (05/05/2010), « Alliance des maires et responsables municipaux contre le Vih/Sida : La guerre ouverte contre le SIDA »

L'Essor (05/05/2010), « Elus locaux et lutte contre le Sida : l'aide, la tutelle sera la bienvenue »

L'Essor (20/10/2010), « Lutte contre le sida : le plaidoyer des élus municipaux »

Le Caïman de Indè (04/02/2011), « Lutte contre le VIH et le Sida : Session ordinaire du Conseil régional contre le fléau »

⁸⁵ Décret n°02-214/P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière de santé

financières.... Or, plus qu'un problème de ressources, le manque de compétences et de connaissances apparaissent plus prégnant. Sur ce constat, « *comment les maires peuvent dire qu'ils s'occupent de la population ?* » [10].

En commune V, l'A.SA.CO. de Daoudabougou n'a pas signée la convention, les relations avec la mairie sont considérées comme « *exécrables* » [10] malgré le changement de municipalité. Dans l'idéal, les A.SA.CO. doivent émettre un rapport financier à leur mairie, les mairies devant ensuite les subventionner. Depuis la création de l'A.SA.CO. de Faladié en 1997, le personnel de santé réclame à la mairie, la construction d'un caniveau devant le centre de santé pour améliorer l'accès des habitants lors de la saison des pluies. Malgré le relais de la mairie d'Angers (constructeur du centre), ce projet n'a jamais abouti alors même que la mairie de Faladié a signé la convention d'assistance mutuelle⁸⁶ [11]. Pour Banconi, les relations sont correctes entre la mairie, les O.N.G., les associations, l'A.SA.CO., les tradithérapeutes, les pharmacies et les chefs de quartier [51]. Dans certains lieux, les membres n'hésitent pas à interpellier les maires [25].

En complément de la convention, des Comités de Gestion (C.G.) ont été créés pour améliorer les relations entre les différents acteurs. Ces organes sont intéressants car représentatifs des tendances et des jeux d'acteurs qui peuvent exister à l'échelle locale. A l'origine, les Comités de Développement Participatif (C.D.P.; ex-C.G.) devaient être composés d'habitants du quartier possédant une « *bonne moralité* » (membre associatif, G.I.E., O.N.G.). Sur l'ensemble des personnes dirigeantes des Comités de Développement Participatifs (C.D.P.), 90% sont des aînés de plus de 45 ans (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). A la création de ces entités, beaucoup ont cru à une « *manne financière tombée du ciel* »...

1.3.2. Entre les C.S.COM. et les O.N.G.

Dans le domaine sanitaire, les mairies ont peu de moyens techniques et financiers, les C.S.COM. et O.N.G./associations comblent certains manques. Les mairies et O.N.G. s'associent de temps à autre dans les programmes locaux (actions dans les C.S.COM. ou appuis ponctuels (sensibilisation, ressources humaines)).

Si de nombreux étudiants en médecine en stage dans les C.S.COM. connaissent l'association de patients diabétiques à Bamako, aucun n'a participé à une journée de sensibilisation sur le diabète ou connaît l'existence d'une O.N.G. de lutte (Martini, Fligg, à paraître 2011).

Enda Mali est une O.N.G. qui s'occupe de programmes en éducation, santé et autres domaines. Malgré qu'Enda soit membre de plusieurs réseaux et soit reconnue, elle n'intervient pas dans le C.S.COM. de son territoire alors qu'elle collabore avec d'autres C.S.COM. (P.E.C. des enfants [27]). C'est un problème d'ancrage local [12]. Seules 62.5% des organisations rencontrées ont tenté de lancer leurs projets dans une structure déjà existante. Il est pourtant nécessaire « *d'amener les gens vers les structures car elles existent* » [36].

⁸⁶ Nouvel Horizon (17/10/2009), « Mairie de la commune VI : Une convention sanitaire signée »

Les partenariats entre centres de santé et O.N.G. sont très variables d'un centre à l'autre (réseaux, opportunités, compétences). L'A.SA.CO. de Daoudabougou a plusieurs partenariats⁸⁷ [10]. Le C.S.COM. de Banconi a de nombreux liens avec Angers ou la coopération canadienne. Le Samu Social Malien collabore avec les hôpitaux bamakois via des tarifs privilégiés [3]. Le C.S.COM. de Faladié n'a pas de partenaires non-gouvernementaux malgré sa localisation, à 200m du Conseil de Concertation et d'Appui aux Organisations Non Gouvernementales (C.C.A.-O.N.G.) qui regroupe plus de 177 O.N.G...

Ces manques de relations entre institutions locales ont tendance à créer des inégalités territoriales dans les capacités de réponses des communes et quartiers face au VIH/SIDA.

1.3.3. La création d'inégalités géographiques à l'échelle des communes

Ces fortes inégalités territoriales font, qu'au final, les populations n'observent pas de réelles améliorations sur les conditions de vie au quotidien ce qui crée un manque de légitimité de ces acteurs. S'il est pertinent d'aller vers d'autres communes pour les O.N.G., il ne faut en aucun cas délaissier celles sur lesquelles des programmes en cours sont établis [21].

Les acteurs n'ont pas tous le même capital social et les mêmes capacités pour monter et postuler aux projets. Les ressources modestes des communes aggravent la compétition inter-communale. Car si les communes ont, depuis la décentralisation, des possibilités en termes de politiques sanitaires, cela ne signifie pas qu'elles en aient les capacités... Pour preuve, sur nos deux espaces, les capacités de mobilisation sociale et/ou économique ne sont pas les mêmes (Faladié, population à fort gradient social avec plus de capacités de mobilisation financière).

Pour limiter les inégalités, ne faudrait-il pas, pour le transfert de compétences sanitaires, que chaque collectivité décide, elle-même, selon ses capacités, des prestations qu'elle peut fournir et celles qu'elle laisse à l'administration centrale ? (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009)

1.3.4. Des difficultés relationnelles entre échelle locale et nationale

S'il apparaît possible de coordonner les actions au niveau d'une localité, elles ne sont pas automatiquement coordonnées aux niveaux supérieurs (Cherry, Mundy, 2007) malgré les initiatives du gouvernement et des partenaires (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009).

L'une des raisons invoquée est le non-partage, entre institutions, des mannes financières liées aux programmes de développement (*per diem*, véhicules, formations,...) (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Cela engendre une « *précarité* » et des conflits dans les relations des acteurs locaux aux acteurs étatiques (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Les « *élites administratives* » (gouverneurs, préfets) s'opposent fréquemment aux « *élus locaux* » ce qui bloque le processus de transfert de compétences (Bertrand, 1999b). Les Ministères fonctionnent encore de manière sectorielle.

⁸⁷ Mutualité malienne, USAID-programme Keneya Ciwara II, Coopération norvégienne-Fonctionnement du centre nutritionnel, Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (A.M.P.P.F.)-Planning familial, Associations de jeunes ou de femmes

2. Un contexte politique et sanitaire dégradé

Le contexte politique est important pour la bonne implantation des programmes de santé. La confiance entre l'émetteur et le récepteur d'un programme doit être complète. L'instauration de la République du Mali a occasionné de réels espoirs d'amélioration de la gouvernance. Aujourd'hui, les espoirs sont difficiles à conforter⁸⁸.

2.1. La vision de la classe politique au Mali

2.1.1. Une défiance des populations envers les politiques

a) La vision globale du politique

« *Il faut tout changer au Mali, surtout politiquement.* » [22]

La légitimité et la qualité des acteurs politiques locaux sont de plus en plus importantes car leurs responsabilités en matière de santé sont plus grandes. Leurs qualités et sérieux sont essentiels des dirigeants pour que les populations adhèrent et participent aux programmes.

Pour différentes raisons, les populations ne sont pas nécessairement emprise des concepts de démocratie, décentralisation et participation. En effet, de nombreux articles présentent les nombreux manques des acteurs locaux (maires) à leurs responsabilités⁸⁹. Les communes I⁹⁰ et VI⁹¹ ne sont pas exempts de ces manquements.

Si la réussite de la démocratie et de la décentralisation du Mali est mise en avant, les populations n'ont pas nécessairement le même ressenti (Razafindrakoto, Roubaud, 2004). Seuls 57.7% des enquêtés de l'Enquête 1-2-3 sur les ménages pensaient que la démocratie fonctionne au Mali, 63% pour l'enquête Afrobaromètre de 2001. Si le système démocratique reste tout de même le type de gouvernement souhaité (75.3%), 36.2% des personnes ne sont pas contre la gouvernance d'un « *homme fort* » ou de l'armée (24.3%, D.N.S.I., 2001). Cela pose la question du recours des populations aux politiques pour exprimer leurs besoins.

Les principales ressources du pays proviennent de ressources naturelles (coton) et minières (or) ce qui accroît le risque de souffrir de l'érosion institutionnelle et le manque de transparence dans la gestion des

⁸⁸ Waati (25/03/2010), « Démocratie Malienne : Du Rhume à la Grippe !!! »

Le Potentiel (10/08/2010), « Le gouvernement et les hommes politiques : Chambres de reconversion ou antichambres des opportunistes »

Le Potentiel (08/03/2011), « Nouvelle race d'hommes politiques maliens : La honte de notre démocratie »

Le Prétoire (28/03/2011), « Démocratie au Mali après 20 ans : Le goût inachevé de la révolution du 26 mars 1991 »

L'Indépendant (14/09/2011), « Gestion au sommet de l'Etat : Ces démocrates qui nous gouvernent »

L'Indicateur Renouveau (08/09/2011), « Assemblée nationale : Le refuge des bandits à col blanc ? »

⁸⁹ L'Indicateur du Renouveau (25/03/2010), « Collectivités locales : Bamako au cœur de la mauvaise gouvernance »

22 Septembre (19/04/2010), « Journée nationale des communes : Pugilat entre maires »

Le Scorpion (22/04/2010), « Mali d'ATT : Après les maires voleurs, voilà les maires mafieux et terroristes »

Procès Verbal (12/07/2010), « Détournement de céréales : Les ex-maires arrêtés présentent leur défense »

Le Potentiel (24/08/2010), « Malversation à la mairie de Koutiala : Deux conseillers sous les verrous »

Le Caïmain de Indè (25/11/2010), « Editorial : Vie de maires à Bamako : Ces maires qui sacrifient leurs populations »

La Nouvelle Patrie (21/12/2010), « Vie des communes : Les élus de la commune III ont trahi la confiance de leurs électeurs ! »

⁹⁰ Le Combat (01/05/2011), « Mauvaise gestion en Commune I : 84,21 millions passés à la fourchette »

Ciwara Info (05/05/2011), « Pourriture du paysage politique en commune I : Mme Djiguiba Korotoumou chez Mme Konté »

La Révélation (15/07/2011), « Vie des communes : La Commune I dans le coma »

⁹¹ Procès Verbal (12/07/2010), « Commune VI du District : Le maire torpille le débat »

Le Républicain (20/10/2010), « Commune VI : Le bilan négatif du maire Souleymane Dagnon »

finances publiques⁹². Ceci est très souvent le cas dans les pays dont une part importante du budget national est couverte par des ressources provenant de l'exploitation minière (Magassa, Meyer, 2008).

b) La vision du politique sur nos deux espaces

« Manquer à la parole donnée, c'est passer du noir au blanc, et cela c'est la lèpre. »

(Proverbe Bambara)

Les groupes de discussions et enquêtes ont montré que peu de participants ont confiance dans les politiques (Banconi 34.6% Faladié 47.1%). Les politiques font de « fausses promesses », créent de « l'injustice », de la « corruption » et n'ont que de « mauvais résultats » [E] [F].

Le taux d'habitants de nos deux espaces qui ont voté lors des dernières élections augmente de façon progressive en fonction de l'âge.

Les raisons invoquées pour ne pas avoir été voter sont pour Bamako (Fouda Ongodo M., Cissé B., Capiez A.):

1. le travail décevant des élus (27.3%),
2. le manque de confiance aux élus (25.2%),
3. des résultats faussés d'avance pour fraude (17.4%),
4. le manque de culture démocratique (11.3%),
5. le manque d'information sur le processus électoral (10.4%),
6. le désintérêt de la chose politique (8.4%).

Aux élections communales de 2009, seules 23.9% des votants sont allés aux urnes (commune I 23.09%, commune VI 21.04%). Une question se pose : quelle est la légitimité des dirigeants issus d'un scrutin où à peine un quart des électeurs prend effectivement part au vote ? (Sanankoua, 2007)

Les indices de confiance de 2006 donnaient de meilleurs résultats pour la confiance envers les autorités locales (Kuepie, Lavallée, Sougane, 2008). Sur nos espaces, plus de dix participants aux groupes de discussions ont émis des doutes quant aux actions des politiques nationaux avec, tout de même, une confiance supérieure aux politiques locaux. Les autorités municipales ou nationales ne sont pas le premier recours des habitants en cas de besoins (famille, amis, voisins...).

Si les habitants de Banconi sont 23.5% à se diriger vers le chef de quartier, les nouvelles dispositions issues de la décentralisation donne, au seul conseil municipal, de la légitimité même si dans certaines mairies, les chefs de quartiers ont conservé une présence importante. Dans le dispositif précédent, le chef de quartier et ses conseillers étaient automatiquement associés.

⁹² Canard Déchainé (21/07/2010), « Le nouveau code minier : Un flop magistral »
Canard Déchainé (28/07/2010), « Le Mali : Un filon pour les sociétés minières »
L'indicateur Renouveau (06/08/2010), « Production d'or au Mali : Randgold découvre de nouveaux gisements »
Le Potentiel (05/10/2010), « Exploitation aurifère : Le Mali est-il spolié et pollué? »
Le 26 Mars (09/11/2010), « Confidentiel : Recherches pétrolières au Mali Des milliards évaporés ! »
Canard Déchainé (05/01/2011), « La mafia fait main basse sur l'or du Mali »
L'indicateur Renouveau (18/05/2011), « Exploitation de l'or : Un forum participatif se prépare »
Le Combat (08/02/2011), « Industrie extractive au Mali : Plus de 4,5 milliards CFA volatilisés... L'Etat et les sociétés minières épinglés »
L'Indépendant (02/09/2011), « Moins de 50% de nos ressources minières sont exploitées : Un sous-sol extrêmement riche et varié pour faire du Mali un eldorado »
Le Prétoire (12/09/2011), « Boom de l'or dans la région de Sikasso : La mine de Bambadala bientôt lancée à coup de milliards de FCFA »
Albatros (12/09/2011), « Sites d'orpaillage de Folona: Les paysans roulent sur l'or »

La confiance envers les institutions locales est plus en lien avec les relations familiales ou amicales existantes, plus que par le degré de compétence réel de l'institution ou de l'acteur en place (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Le local n'est pas « simple » car, non seulement, il concentre sur un micro-espace les acteurs locaux et leurs cortèges d'alliances et de conflits mais il est aussi l'espace où se projette de multiples acteurs venant de différentes échelles de décisions (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Le tryptique « *décentralisation-privatisation-participation* » et la gouvernance ont été localement réappropriés et combinés selon des formules très diverses d'où une variété de contextes (Dubresson, Jaglin, 2002).

Les institutions ont une influence sur le bien-être et les conditions de vie (revenus, emploi, éducation, santé; Razafindrakoto, Roubaud, 2006). Or, la population malienne ne comprend pas grand-chose au nouveau mode de désignation des dirigeants, qui, de toute façon, n'a pas amélioré leurs conditions de vie (Sanankoua, 2007).

« Nous n'avons pas de confiance dans les politiques nationales, locaux et internationaux. Leurs actions et implications sont négatives. » [V] [W]

Les modes de régulation sociale doivent, dans l'idéal et en tout premier lieu, se fonder sur le principe de l'« *acceptation de la primauté de l'intérêt général* » (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Or, plusieurs travaux (Kuepie, Lavallée, Sougane, 2008; Bourdarias, 2003; D.N.S.I., 2001) et nos réflexions de terrain font état d'un manque d'implication des politiques nationales et internationales pour les populations ([O] [P]) :

« Je n'ai ni confiance dans les politiques, ni dans les organisations internationales parce qu'ils ne font rien. Ils recherchent juste leurs intérêts personnels. » [E] [F]

« Nous avons un avis négatif sur les messages de prévention diffusés parce qu'ils ne prennent pas l'intérêt de la population, les acteurs veulent s'enrichir d'abord. » [Q] [R]

« Tout dépend d'eux en quelque sorte. D'ailleurs, les questions comme l'éducation, la santé, la corruption, le chômage et d'autres ne sont jamais résolus pour notre satisfaction. » [K]

La confiance semble légèrement supérieure pour les organisations internationales même si des nuances existent (résultats en termes de bien-être [L] [Q] [R] [U]). La lutte contre la pauvreté montre que la situation s'est dégradée. En 2001, 68% des bamakoïses soutenaient la politique de lutte contre la pauvreté. En 2006, ils sont 60% à penser le sentiment inverse (Kuepie, Lavallée, Sougane, 2008).

c) La confiance envers les politiques et l'appropriation du VIH/SIDA

La confiance envers les politiques améliore la connaissance du VIH/SIDA. Les campagnes de santé sont également considérées comme plus accessibles d'où une meilleure connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA. De manière générale, la confiance engendre un plus haut sentiment d'adaptation des messages de sensibilisation (63.2% contre 41.1%).

A Kayes, Niono et Kati, la collaboration entre l'O.N.G. Soutoura et la brigade des mœurs est excellente contrairement à Bamako (Soutoura-Unaid, 2008). Les autorités nationales laissent beaucoup de

pratiques se faire sans intervenir comme les pratiques sexuelles sur les bords du fleuve Niger alors que la brigade du fleuve se trouve à quelques centaines de mètres [1] et que le lieu est connu des autorités policières⁹³ pour d'autres pratiques néfastes... De même, certaines brigades des mœurs ne vont pas contrôler les chambres de passes illégales en échange d'un paiement mensuel de 25 000 Fcfa (38.11 €) de la part de leurs gérants⁹⁴ [9].

2.1.2. La corruption et le clientélisme

a) Le développement de la corruption au Mali

La corruption et le clientélisme influencent fortement la mise en place des programmes sanitaires. Ils bloquent de nombreux programmes, délégitiment les acteurs avec pour conséquences, l'installation de personnels non formés ou incompetents à des postes qui réclament des capacités et ce, à la place de personnels techniques.

Le renversement de Moussa Traoré devait dénoncer la corruption et les abus des dirigeants en revendiquant la transparence littéralement le « *laver pour rendre propre* » (Thiriot, 2002), et la redistribution populaire du pouvoir (Kassibo, 2006).

La corruption a commencé à prendre une allure endémique au Mali sous ce régime militaire. Depuis, de nombreuses campagnes anti-corruption ont été engagées. Malgré la création du Bureau du Vérificateur Général B.V.G., la lutte reste mal jugée par les habitants. 59% d'entre eux la considèrent très mal ou plutôt mal (Afrobarometer, 2008). La corruption sévit toujours et gangrene la société à tous les niveaux et sous différentes formes⁹⁵. La petite corruption est systématique, elle devient la règle et non

⁹³ Le 26 mars (26/04/2010), « Insécurité à Bamako : descente sur les berges du Niger. La Brigade fluviale de la Gendarmerie nationale a effectué vendredi à la mi-journée une descente sur les berges du Niger aux abords du Pont Fahd. »

⁹⁴ Ciwara Info (29/07/2010), « Prostitution à ciel ouvert à Bamako : A quand la réaction des autorités? »

⁹⁵ La Révélation (19/04/2010), « Chantier du 3ème Pont de Bamako : Quand les policiers font passer les gens pour une rançon de 500fcfa à 1000 FCFA »

Le 26 Mars (04/05/2010), « Secteurs public et privé : Tous sont corrompus »

Bamanet (07/06/2010), « Le phénomène de la corruption et de la délinquance financière au Mali : on peut toujours en parler ! »

L'Indépendant (08/09/2010), « Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) : Une odeur de magouille autour du marché du serveur d'une valeur de plus d'un milliard et demie de FCFA »

Le Potentiel (05/10/2010), « Un ministre gâte sa maîtresse : La dilapidation du denier public continue »

Journal du Mali.com (07/10/2010), « Dossier : Enquête sur l'état de la corruption au Mali, un phénomène vieux comme le monde »

L'Indépendant (29/10/2010), « Classement Transparency International 2010-10-28 : La corruption gagne du terrain au Mali »

Le Psychiatre (07/12/2010), « Vérification des fonds publics : Ce qu'on attend d'ATT »

Le Républicain (13/12/2010), « Croisade contre la corruption : Les typologies d'infractions commises au Mali en 2009-2010 »

Inter De Bamako (13/12/2010), « Démocratie et corruption : 48 nouveaux milliardaires de la République »

Le Combat (15/12/2010), « Direction Nationale du Trésor : Affaires et magouilles à la pelle ! »

L'Indépendant (16/12/2010), « Corruption au sein de l'exécutif : Pour avoir reçu un pot-de-vin de 600 millions de FCFA, un autre ministre bientôt chassé du gouvernement »

La Nouvelle Patrie (23/11/2010), « Tentative de corruption à la Fifa : Pour deux sous, Amadou Diakité jette le discrédit sur le Mali »

Inter De Bamako (21/12/2010), « Délinquance financière : Le Mali sur le fil du rasoir : Un gouverneur du district milliardaire, un maire de Bamako milliardaire »

L'Indépendant (23/12/2010), « Notre directeur de publication, Saouti haïdara à «marchés africains»/ «La corruption a gagné plus de terrain sous l'ère ATT que durant les règnes précédents» »

Ciwara Info (06/01/2011), « Odeur de magouille au ministère de l'Economie et des finances : Qui veut détourner 4 milliards de Cfa destinés à l'acquisition des véhicules de l'Etat? »

Ciwara Info (06/01/2011), « Petit Barou offre quatre véhicules à la police : Le vol, la corruption et l'impunité institutionnalisés au Mali ! »

Le Combat (08/01/2011), « « Modibo Keita et GMT... tout sauf s'enrichis » : « La corruption et la délinquance financière, encouragées sous AOK et d'ATT » »

L'Indépendant (13/01/2011), « Dilapidation et détournement des deniers publics : Après les 11 millions F CFA de thé, voici un marché fictif de 50 millions de F CFA attribué par un ministre pour achat...de tapis »

Le Prétoire (31/03/2011), « Leaders politiques maliens : Ces prédateurs qui ruinent la République »

L'Indépendant (15/04/2011), « Magouille et corruption autour des 40 000 tonnes de sucre de Sukala : Près de 2 milliards FCFA de pots-de vin destinés aux agents de l'Etat »

Le 26 Mars (19/04/2011), « Corruption au Mali : Un mode de vie »

l'exception (Médard et Blundo in Hadjadj, Gueye, 2002) : « *de nature très discrète dans un passé récent, elle est devenue un « sport national » qui s'est érigé en pratique banale et « normale » pour « s'en sortir ».* » (Goïta, 2008)

L'expression populaire « *bouffer* » (« *duuni* ») traduit le fait d'être corrompu (C.E.M.AF., 2007). Au Mali, corrompre, c'est « *mettre quelque chose dans la main* » (« *doa-m'bolo* »).

b) La place de la corruption dans la société malienne

« *Je ne suis ni grand ni gros, mais je ne saurais être couteau dans la poche d'autrui.* »

= « *Se faire respecter, ne pas corrompre.* » (Proverbe Bambara)

La corruption n'est que le quatrième problème répertorié dans les administrations par les populations. Les pots de vin ne sont pas considérés comme tels même si 89% des habitants assimilent la corruption à un problème (Enquête 1.2.3, 2001). Celle-ci est tellement répandue que les populations n'en parlent que lorsqu'on leur pose la question (Andersson, Massoud, 1995). Dans le domaine foncier, une véritable « *stratégie des poches* » existe dans le détournement des places publiques non bâties (Bertrand, 1999b). Entre les enquêtes Afrobaromètre de 2004 et 2006, la petite corruption a augmentée de 28.8% et la grande corruption de 28.4% (Razafindrakoto, Roubaud, 2004). La corruption étatique s'est inscrite en hausse (+45%, 4.2.2.b.).

L'Indice de Perception de la Corruption (I.P.C.) du Mali est passé du 111^{ème} rang au 81^{ème} entre 2003 et 2009 (Transparency International, 2003-2009). Le rapport du Vérificateur Général du Mali (B.V.G.) de 2006, estime que quelques 100 milliards de Fcfa (150 000 000 €) ont été détournés entre 2002 et 2006⁹⁶.

Des efforts sont nécessaires au Mali (International Health Partnership, 2010) car les détournements sont importants (Gindroz, Traoré, 2009). Ces efforts sont d'autant plus difficiles que les rapports du B.V.G. sont souvent et vivement critiqués par les politiques notamment l'ex-Président de la République Amadou Toumani Touré...⁹⁷

La multiplicité des structures de coordination de l'aide, l'absence d'un guichet unique et la concentration des revenus des ventes du coton ou de l'or (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004) rendent la comptabilisation de l'aide publique difficile⁹⁸ (Magassa, Meyer, 2008).

Le Caïmain Indè (09/05/2011), « Banque Mondiale : Corruption, violence, sécurité et développement »

Le Combat (19/05/2011), « Monument du cinquantenaire : Un monumental scandale : Escroquerie d'Etat à ciel ouvert »

Le Combat (03/06/2011), « Les secteurs les plus corrompus au Mali selon la CNDH La justice, l'éducation, la santé, la politique, les Impôts, les ONG, la police, gendarmerie, la Garde Nationale, les Eaux et forêts, les organisations paysannes ... »

Le Prétoire (20/06/2011), « Aéroport international Bamako-Sénou: Scandale autour de 17 Milliards »

Le Combat (17/09/2011), « Consulat du mali en France Ça sent la corruption ! »

⁹⁶ L'Essor (04/08/2010), « Bureau du Vérificateur général : les constats du rapport 2009 »

Le Républicain (05/08/2010), « Corruption : Les comptables publics dans le collimateur du Végal »

Le Challenger (06/08/2010), « Rapport 2009 du Vérificateur général : Accusés, défendez-vous ! »

L'Indépendant (26/08/2010), « Rapports annuels du bureau du vérificateur général : De quoi les députés ont-ils peur ? »

Le Ségovien (13/10/2010), « Le Vérificateur Général à cœur ouvert : L'évasion des 350 milliards de f CFA, les dépenses folles du cinquantenaire, l'office du Niger, mon avenir politique... »

Le Républicain (02/02/2011), « Corruption au Mali : La pléthore de structures est-elle efficace ? »

Le Combat (20/02/2011), « Rapport 2010 du végal : Des révélations très accablantes »

⁹⁷ Le Prétoire (10/02/2011), « Lutte contre la corruption au Mali : Le Gouvernement conteste les chiffres du BVG »

L'Indépendant (11/02/2011), « Lutte contre la corruption et la délinquance financière : Le Gouvernement bat en brèche les rapports du Végal »

L'Indicateur du Renouveau (22/02/2011), « Polémique autour des chiffres de la corruption : Le Végal ripostera au gouvernement »

⁹⁸ L'Indépendant (22/10/2010), « Lutte contre la corruption et la délinquance financière : Les PTF exigent la tolérance zéro vis-à-vis de la corruption et la mise en œuvre diligente des recommandations du Vérificateur général »

c) La corruption au quotidien

« Manger avec les deux mains rassasie vite, mais la faim revient bientôt. »

= « A s'enrichir trop vite, on s'appauvrit. » (Proverbe Bambara)

Cette corruption se retrouve à l'échelle des populations, de tous milieux et de tous statuts socio-économiques. La corruption économique est le signe d'une absence de réseau social mobilisable et donc de capital social (De Sardan, 1996). 85% des habitants pensent que « *le meilleur moyen d'avancer dans la vie est d'avoir des contacts avec d'importantes personnes haut placées* » (Afrobaromètre 2001). Les acteurs cherchent dans l'exercice de leur fonction, des ressources autres que le seul salaire n'assure plus (Bouju, 2000). De petites sommes d'argent suffisent pour « *aliéner* » et s'assurer la fidélité des familles pauvres analphabètes au moment des votes (C.E.M.AF., 2007; Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Cette corruption a des conséquences sur les dépenses des ménages (2.3% à Bamako soit 10500 Fcfa (16 €)) et sur leurs rapports aux administrations. Il persiste un faible engouement dans le paiement des impôts locaux car perçus comme inutiles. Ils ne sont pas, pour les populations, utilisés pour améliorer leurs conditions de vie. Le secteur le plus « *propice* » à être victime de corruption est celui de la santé (17% des cas; Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008).

Les administrations africaines ont reprises certaines caractéristiques de l'administration coloniale (mépris de l'utilisateur, recours aux intermédiaires, quête de privilèges démesurés... (De Sardan, 2010). Il est important de ne pas omettre le « *prix de la signature* » dans les administrations. Il n'est pas non plus question d'oublier le « *petit personnel* », le subordonné qui va s'occuper du dossier, la secrétaire...⁹⁹ (Bouju, Bocoum, Ouattara et Touré (2004).

d) Le clientélisme

L'étude de la corruption et du clientélisme nous permettent de comprendre ce qu'est, actuellement, le contexte de la gouvernabilité de proximité au Mali (Bouju, 2000). Le tryptique vu précédemment « *décentralisation-privatisation-participation* » a également favorisé leurs développements. Ils sont désormais, à la fois, décentralisés et délocalisés, des Ministères vers les associations et les services déconcentrés de l'Etat (C.E.M.AF., 2007).

La décentralisation a permis aux acteurs locaux d'intégrer les réseaux nationaux. Le régime démocratique actuel reste concrètement dans la continuité du précédent, patrimonial, considéré comme « *barbare* » et « *prédateur* » (Bourdarias, 2003). Les retards dans la mise en place de la décentralisation proviennent de la volonté de certains de conserver le despotisme existant quitte à « *saper* » les autorités locales (Hetland, 2008). La participation des populations reste canalisée par les relations clientélistes

L'Indépendant (10/12/2010), « La révélation a été faite hier lors de la « semaine de lutte contre la corruption » : Près de 60 milliards FCFA justifiés ou recouverts par l'Etat »

Le National (13/12/2010), « Editorial : Quelle lutte contre la corruption ? »

Le Relais (Bougouni) (05/01/2011), « Lutte contre la corruption au Mali : Une manœuvre dissuasive du chef de l'Etat »

L'Indépendant (06/01/2011), « ATT peine à se départir des ministres présumés corrompus de son gouvernement : Sékou Diakité après les ex-ministres Ahmed Sow et Oumar Ibrahima Touré ? »

Le Combat (08/01/2011), « Lutte contre la corruption au Mali ! La plaie du régime ! »

Bamanet (28/06/2011), « Sidi Sosso Diarra : "Ce que nous avons dévoilé au Mali n'est que la partie visible de l'iceberg" »

Lafia Révélateur (17/08/2011), « Lutte contre la corruption : ATT doit s'inspirer de Mamadou Issoufou du Niger ! »

L'indicateur Renouveau (08/09/2011), « Assemblée nationale : Le refuge des bandits à col blanc ? »

⁹⁹ Si le chef de service préfère l'argent avec des montants très variables, la secrétaire se satisfera souvent du « *prix de la brochette* » (« *brochette songon m'bolo* »), le vieil homme du prix de la kola (« *woro songon m'bolo* ») et le jeune du prix de la cigarette. (« *Cigarette songon m'bolo* »).

(Hetland, 2008, Dorier-Apprill, Van den Avenne, 2001). Un héritage lourd de ce fonctionnement municipal persiste sous l'angle de « *magouilles* » et de blocages que la presse malienne ne manque pas de communiquer (Bertrand, 1999). Pas une semaine ne passe sans que les journalistes ne rapportent des affaires de corruption... Si la décentralisation a offert une nouvelle plateforme de légitimité et a contribué à la consolidation de la démocratie, l'ancien modèle politique informel s'est également reproduit (clientélisme et hégémonie de certains groupes¹⁰⁰).

La décentralisation a amené une plus grande exclusion des pauvres. Les « *populations* » qui participent aux programmes sont, dans les faits, composées des chefs de village, des membres de leurs familles, des alliés, sans réelle représentativité du territoire (Lewandowski, 2007). En l'absence de mécanismes de contrôles publics efficaces (comités d'usagers), la concentration des pouvoirs à l'échelle communale (Balique, 2001b) a favorisé le clientélisme (Zobel, 2004; Bertrand, 1999b).

La faible confiance envers les politiques pose des problèmes d'acceptation des messages et programmes à l'échelle locale. Les populations sont moins réceptives et moins intéressées pour aller vers les politiques pour exprimer leurs besoins et participer aux programmes. Or, ces deux aspects (7.1.1.; 8.3.2.) sont importants pour leurs appropriations et le financement des projets (condition des institutions internationales).

2.2. L'image des acteurs de la santé

2.2.1. L'« exemplarité » d'un point de vue sanitaire

« *Tu reprends ta langue quand tu la prêtes à quelqu'un qui ne sait pas la tenir.* »
= « *On retire sa confiance à qui ne la mérite pas.* » (Proverbe Bambara)

Les populations adhèrent plus facilement aux messages de sensibilisation si l'ensemble des acteurs montre l'exemple (légitimité et exemplarité).

En 2008, le Mali a retenu comme slogan national « *le dépistage volontaire du VIH pour tous, maintenant et partout au Mali* ». Ce choix se justifiait par le faible taux d'acceptation du dépistage (hommes 3%, femmes 7%) et la méconnaissance de la population de l'importance du dépistage volontaire et anonyme (Ministère de la Santé, 2006).

Le faible engouement des populations pour le dépistage s'explique en partie par le manque d'exemplarité des dirigeants politiques¹⁰¹. Lors du mois de décembre 2009, très peu de députés se sont présentés pour subir le test. Pis encore, plusieurs remarques posent des questions sur leur engagement, leurs méconnaissances (porteur sain) et la stigmatisation¹⁰² :

¹⁰⁰ 22 Septembre (07/07/2011), « Népotisme au sommet de l'Etat : La ministre MPR de la Santé doit démissionner »

22 Septembre (04/07/2011), « Ministère de la Santé : Place au népotisme de Mme Diallo »

Maliweb (15/08/2011), « Ministère de la santé : « Les pistons » ? »

Nouvelle Libération (16/05/2011), « Recrutement dans l'Administration publique : Quand Maharafa Traoré favorise le népotisme »

¹⁰¹ Le Républicain (08/11/2010), « Santé de la reproduction : Le Remapod a outillé les parlementaires »

¹⁰² Journal 22 Septembre, 7/12/2009, « Assemblée nationale et test du VIH : Quand les députés fuient le dépistage volontaire »

Le Républicain (06/08/2010), « Handicap et VIH / Sida : Les personnes handicapées demandent l'implication des députés »

Le Guido (22/03/2011), « Test de dépistage volontaire du Sida : Les membres du gouvernement le feront-ils afin de donner l'exemple? »

« *Nous ne sommes pas des enfants. Ce sont les jeunes qui doivent faire le dépistage. Il n'est pas sérieux de demander à des pères de famille comme nous de se soumettre à une telle analyse.* » (Député ADEMA)

« *Nous, nous sommes des Soninkés. Quand nous sommes malades, nous allons à l'hôpital pour des consultations. Mais, lorsque nous avons rien, pourquoi faire des analyses ? C'est pour cette raison que je ne m'intéresse pas à ce dépistage.* » (Député du RPM)

Le manque d'exemplarité peut engendrer une désaffection supplémentaire des populations envers les politiques. Ce manque de courage est dommage au vu de l'histoire du Mali dans la lutte contre le SIDA. En effet, l'intervention télévisée du Président Alpha Oumar Konaré a conduit à ce que tous les plans de développement intègrent le SIDA alors que « *tout le monde se voilait la face* » [22]. L'ex-Président a brisé le mur du silence lors de sa démonstration de l'utilisation du port du préservatif à la télévision malienne. Ce dernier a dû ensuite présenter ses excuses aux religieux...

« *Il faut croire à ce que l'on dit dans les médias. S'il n'existe pas, notre autorité ne va pas accepter la diffusion d'un tel mensonge aux médias. C'est une maladie transmissible et dangereuse donc il faut vous protéger et connaître le SIDA pour l'éviter.* » [G2]

Si la question de la formation des agents de santé se pose, d'autres critères peuvent entraver et mettre à mal l'intérêt du dépistage (Koné, Garba Cissé, 2007). Une prostituée rencontrée lors de nos entretiens dans les insitutions ne croyait pas au SIDA après avoir couchée avec un médecin sans préservatif... Pour plusieurs organisations qui travaillent auprès de ce groupe cible, les médecins se comportent comme « *faites ce que je dis mais pas ce que je fais* » [9] [26]. Beaucoup d'articles de presse relatent certains mauvais comportements d'agents de santé¹⁰³.

« *La peur commence d'abord au niveau du test. Les docteurs l'expliquent mal.* » [E2]

« *Dans les hôpitaux, les gens avec la carte du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.) sont acceptés alors que les médecins et les infirmiers les rejettent. L'évolution est lente, les médecins laissaient mourir les gens. Il y a une amélioration depuis 2 ans.* » [50]

¹⁰³ L'indicateur Renouveau (28/02/2008), « Interdiction du double emploi de temps des médecins : Le gouvernement est-il impuissant ? »

Le Prétoire (14/03/2011), « Ces médecins qui encouragent l'achat des médicaments de rue ! »

L'indicateur Renouveau (02/04/2010), « Mal gouvernance dans les hôpitaux : Point G malade de la « méchanceté » de ses médecins »

Bamanet (6/05/2010), « Dossier, l'accueil dans les hôpitaux, C.H.U. Gabriel Touré, un accès règlementé »

Le Quotidien de Bko (07/05/2010), « Mauvais accueil dans les hôpitaux : Oumar I. Touré remet la couronne aux malades ! »

L'Essor (10/05/2010), « Etablissements de santé : le défi du bon accueil »

L'Essor (17/06/2010), « Fait divers : le vrai faux toubib »

22 Septembre (26/08/2010), « Dr Diallo Oumar, neurochirurgien au CHU-Gabriel Touré : « Il est temps de lever le problème de confiance entre médecins et patients » »

L'Essor (27/09/2010), « Polyclinique médico-chirurgicale du Fleuve : On ne soigne pas que les riches »

26 Mars (12/10/2010), « Centre de Santé de Référence du Quartier-Mali : La débandade »

Bamako Hebdo (04/12/2010), « Conseil national de l'Ordre des médecins du Mali : Le respect intégral du code de la déontologie médicale pour rehausser l'image du médecin »

Lafia Révélateur (17/12/2010), « Le mauvais comportement de certains agents de la santé de Tombouctou »

2.2.2. La corruption dans le domaine sanitaire

a) Les conséquences à l'échelle nationale

Si le Mali ne manque pas de financements, les problèmes de décaissements, de corruption et de clientélisme occasionnent une perte importante de ces budgets. La décentralisation des fonds est difficile : « *L'Etat parle sans-cesse de décentralisation des pouvoirs et des besoins. Or, l'argent se trouve dans les bureaux* » [12]. Un rapport de 2007 du Ministère de la Santé reconnaît que sur sept milliards du budget du Ministère, cinq étaient alloués aux bureaux, un pour le carburant et seulement un pour les régions.

Si en 2003, le secteur de la santé en « *chouchou* » de l'aide avait une bonne gestion (Le Marcis, 2003), les événements de 2010 montrent que la situation s'est dégradée. En effet, le rapport du Fond Mondial est accablant... Des articles¹⁰⁴ montrent les multitudes erreurs personnelles et organisationnelles de cette gestion. Le rapport a mis beaucoup de temps à être présenté¹⁰⁵ mais des condamnations ont eu lieu¹⁰⁶.

¹⁰⁴ L'Indépendant (20/09/2010), « Malversation au Fonds mondial : 20 faux tampons découverts dans un trou à Sokorodji - Un cadre de la Santé a conduit les enquêteurs vers la cachette »

L'Indépendant (23/08/2010), « Scandale financier au Fonds mondial du ministère de la Santé : Des marchés fictifs de médicaments antituberculeux »

¹⁰⁵ L'Indépendant (20/08/2010), « Scandale financier du ministère de la santé : Le rapport du Fonds Mondial attendu avant fin septembre 2010 »

L'Essor (17/08/2010), « Gestion des ressources du Fonds mondial : le rapport « invisible » »

L'Indépendant (09/05/2011), « Affaire des malversations au Fonds Mondial : Le rapport final bientôt remis au ministre Madeleine Ba »

¹⁰⁶ 22 Septembre (19/08/2010), « Fonds Mondial : Qui veut mouiller le ministre de la Santé? »

L'Indépendant (30/08/2010), « Affaire du Fonds mondial de la Santé : Plusieurs opérateurs économiques en prison »

L'Indicateur Renouveau (08/09/2010), « Affaire du Fonds mondial : Entre le procureur anti-corruption et le ministre de la Santé, qui a raison ? »

L'Indépendant (15/09/2010), « Affaire de détournement au ministère de la Santé : Conduit par l'Algérien Bourassa, 12 enquêteurs chevronnés du Fonds mondial débarquent à Bamako »

L'Indépendant (17/09/2010), « Après L'arrestation de l'opérateur économique Mamadou Ousmane Ba dit Adou : Le ministre de la Santé dans le collimateur des enquêteurs du Fonds mondial »

(17/09/2010), « Après L'arrestation de l'opérateur économique Mamadou Ousmane Ba dit Adou : Le ministre de la Santé dans le collimateur des enquêteurs du Fonds mondial »

Le 26 Mars (18/10/2010), « Affaire Fonds Mondial : Le Directeur National des Marchés Publics inculpé »

Bamanet (16/11/2009), « Mauvaise gestion du Fonds Mondial au Ministère de la Santé : le comptable Ichiaka Diallo, sous les verrous »

22 Septembre (09/12/2010), « Du nouveau dans l'Affaire du Fonds Mondial : Le Groupe Pivot Santé Population suspendu-La triple casquette de Malick Sène »

L'Indépendant (13/12/2010), « Malversation au Fonds mondial et au Fonds Gavi du ministère de la Santé : Les médecins-chefs et les comptables de Ségou et Barouéli arrêtés »

Ciwara Info (23/12/2010), « Scandale Fonds mondial : Le DGA du trésor Souleymane Ongoïba est-il impliqué? »

L'Indépendant (07/01/2011), « Affaire du Fonds mondial du ministère de la Santé : Des détenus réclament une confrontation avec l'ex-ministre Oumar Ibrahima Touré »

Le Combat (30/01/2011), « Rebondissement dans l'affaire du Fonds mondial : L'Allemagne et la Suède exigent l'inculpation des présumés auteurs de détournements »

22 Septembre (17/02/2011), « Le Fonds Mondial poursuit ses enquêtes au Mali : Le HCNLS désormais dans l'œil du cyclone »

L'Indicateur du Renouveau (22/02/2011), « Affaire Fonds mondial : De nouvelles interpellations annoncées »

L'Indépendant (19/05/2011), « Affaire du Fonds mondial : Les PTF exigent l'inculpation de l'ex-ministre Oumar Touré »

L'Indépendant (03/06/2011), « Rebondissement dans l'affaire Fonds mondial : L'ex-ministre de la Santé, Oumar Ibrahima Touré, inculpé hier par la Chambre Civile de la Cour Suprême »

L'Indicateur Renouveau (03/06/2011), « Affaire Fonds mondial : L'ex-ministre de la Santé inculpé et placé sous contrôle judiciaire »

Le Combat (04/06/2011), « Arrestation de l'ex-ministre de la Santé Oumar Ibrahima Touré : L'épée de Damoclès plane sur la tête de son prédécesseur Zeïnab Maïga Mint Youba »

Le Combat (07/06/2011), « Inculpation de l'ancien ministre de la Santé : Le communiqué officiel qui dérange »

Le Prétoire (13/06/2011), « ATT à propos de l'Affaire du Fonds mondial : « Ce n'est qu'un règlement de compte ! » »

Le National (20/06/2011), « Affaire fonds mondial : Des voleurs en cols blancs s'enrichissent aux prix de la vie des autres »

22 Septembre (12/09/2011), « Détournements des fonds Gavi au Mali : 563 000 dollars utilisés de «façon non-conforme» ou pour des activités fictives »

Si l'Etat malien attendait en 2008 une dotation supérieure du Fond Mondial par rapport au Sénégal [28], les évènements ont tout bouleversé. Le Président de la République de l'époque (A.T.T.) a dû lui-même se déplacé à New York au Fond Mondial pour apporter de nouvelles garanties¹⁰⁷.

Ces malversations ont provoqué un gel des financements. Cela s'est ajouté aux difficultés « classiques » de décaissements des fonds (6.2.2.b.). Les conséquences sont importantes (chômage, ruptures en médicaments (A.R.V.) et anti-tuberculeux¹⁰⁸). Si les institutions internationales et maliennes réclament les fonds perdus aux corrupteurs, les sommes récupérées restent infimes...¹⁰⁹

Un problème de transparence des ressources liées au VIH/SIDA existe [29] d'autant que la refonte de l'aide au développement et la suppression petit à petit de l'approche programme pour une approche globale conditionne une nécessaire transparence de la part de l'Etat... Malheureusement, au vu des nombreuses révélations, de gros progrès sont à accomplir... D'ailleurs, de très nombreux articles font référence à la corruption¹¹⁰ et aux manques financiers des deux grands hôpitaux bamakoïses¹¹¹.

¹⁰⁷ Le Republicain (29/09/2010), « ATT au Fonds Mondial : Les enjeux d'une visite »
Journal du Mali.com (29/09/2010), « ATT au Fonds Mondial : Défendre la position du Mali à New York »
L'indicateur Renouveau (06/10/2010), « Reconstitution du Fonds mondial de lutte contre le Sida : Les Etats-Unis d'Amérique offre 4 milliards de dollars »

Le Republicain (07/06/2011), « 8 Juin 2011 : ATT à la barre du Fonds mondial »
L'Indépendant (08/10/2010), « Le compte à rebours a commencé pour Oumar Ibrahim Touré : ATT à New York sans son ministre de la Santé »

Le Potentiel (13/10/2010), « Amadou Toumani Touré aux Etats Unis : 12 milliards de dollars pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le palu »

¹⁰⁸ Le Malien (10/11/2009), « Ministère de la santé : Le fonds mondial perd 500 millions »
L'indépendant (10/12/2010), « Le Fonds mondial suspend des opérations au Mali après des soupçons de corruption »
Ciwara Info (23/12/2010), « Arrêt des programmes Sida jusqu'à nouvel ordre : Des agents d'ONG tirent le diable par la queue ! »
Le Matin (17/02/2011), « Affaire Fonds mondial : Des centaines d'agents en chômage " technique " ! »
L'Indépendant (01/03/2011), « Conséquence des détournements au Fonds mondial : Le Mali bientôt en rupture d'ARV et de médicaments antituberculeux »

Le Combat (23/03/2011), « Conséquences de la suspension des financements du Fonds Mondial au Mali : Les ARV coûtent désormais plus de 5 milliards FCFA à l'Etat malien »

¹⁰⁹ Le Republicain (06/08/2010), « Corruption : Priorité à la récupération des fonds détournés »
22 Septembre (24/08/2011), « Rapport du Fonds Mondial sur le Mali (1er Juin 2011) – 22 : Sur plus de 2,490 milliards détournés, le Mali n'a encore remboursé que 140,272 millions »

L'Indépendant (14/09/2011), « Affaire de détournement au Fonds mondial : L'Etat sommé de rembourser 3 milliards F CFA détournés par ses cadres »

¹¹⁰ L'Indépendant (23/08/2010), « Corruption dans le secteur de la Santé : Le SYNARESS exige que le ministre de la Santé fasse toute la lumière sur l'affaire du Fonds Mondial »

La Nouvelle Patrie (31/08/2010), « Arrestation de l'agent Comptable de la Santé du District : Mme Fomba a-t-elle vraiment contrôlé le District à l'insu de son Comptable ? »

Jeune Afrique (03/10/2010), « Santé et corruption à Bamako »
L'Indépendant (06/10/2010), « Scandale au Fonds Gavi du ministère de la santé : 1,5 milliard F CFA gelé pour cause de malversations La gestion de 11 milliards F CFA à éplucher au peigne fin »

L'Indépendant (02/11/2010), « Corruption et gabegie dans les hautes sphères de l'Etat : La gestion du ministre Oumar Ibrahima Touré décriée »

L'Indépendant (01/12/2010), « Coopération en matière de santé et lutte contre la corruption : Après le Fonds mondial, le Fonds GAVI de 11 milliards de FCFA également mal géré »

Le Republicain (13/12/2010), « Gestion des fonds pour la santé au Mali : Le compte n'est pas bon ! »
22 Septembre (15/09/2011), « Détournements des fonds Gavi au Mali - Fin 178,93 millions de FCFA à recouvrer pour «non éligibilité et irrégularités» »

¹¹¹ Hôpital du Point G :
Le Nouvelliste (20/04/2010), « CHU Gabriel Touré : Quand des agents escroquent et volent les patients »
Canard Déchainé (16/06/2010), « Hôpital du Point G : Le boss rattrapé par ses casseroles »
Le 26 Mars (30/08/2010), « Fonds social de l'hôpital du Point G : 7 millions détournés »
Journal du Mali.com (03/09/2010), « Hôpital du Point G : Une centaine de millions détournés »
Bamanet (15/09/2010), « Hôpital du Point G : des vampires parmi les malades »
L'indicateur Renouveau (13/01/2011), « Hôpital du Point G : Les patients arnaqués ! »
L'Humanité (01/06/2011), « Gestion chaotique de la pharmacie hospitalière du CHU Gabriel Touré : Le directeur général, le régisseur des recettes, l'agent comptable et le pharmacien chef interpellés »
Hôpital Gabriel Touré :

Le Quotidien de Bko (22/04/2010), « CHU Gabriel Touré : Hôpital ou mouiroir national ? »
Le Quotidien de Bko (28/04/2010), « Coup de Sang : La seconde « mort » du Dr Gabriel Touré »
Ciwara Info (29/04/2010), « Chu de Gabriel Touré : Un enfer sur terre à Bamako »

b) Les conséquences à l'échelle locale

La corruption à l'échelon national diminue l'argent disponible à l'échelon local pour la réalisation des programmes d'autant plus que les acteurs locaux pratiquent également la corruption...

La professionnalisation des acteurs en charge de la lutte contre le SIDA se pose. Pour beaucoup, le but premier est essentiellement financier [7]. Certains C.S.COM. sont détournés de leurs principes de participation communautaire vers la commercialisation des soins (Van Dormael, 2006). La corruption et l'absentéisme posent des problèmes d'accès aux services de santé par les populations. Or, ce service est le plus contacté par les populations, et de loin (Andersson, Massoud, 1995). Plus de 50% de la population considère ce service comme le plus important avec un taux supérieur pour les femmes (65% contre 50%) notamment parce qu'elles sont plus utilisatrices.

« Les responsables politiques distribuent la maladie, en ne s'impliquant pas assez, la plupart étant malades. Ceux qui ne sont pas engagés sont au-dessus de ceux qui sont engagés. » [48]

Les politiques « gâtent tout », promettent beaucoup alors qu'ils ne font rien « sur le terrain » [48]¹¹². Certains personnels ne touchent pas leurs salaires pendant deux ou trois mois¹¹³ alors que les responsables des programmes sectoriels des ministères qui « ne font rien » touchent leur argent. Cette situation n'est pas liée à un manque d'argent mais bien à un problème de distribution [43] car, de manière générale, la société civile est bien financée (Magassa, Meyer, 2008).

Ce manque d'exemplarité des politiques et agents de santé est contre-productif pour toutes les actions réalisées pour sensibiliser les populations. Si les acteurs clés de la société ne donnent pas l'exemple, les populations ne perçoivent pas nécessairement les messages transmis, le besoin de changer ou d'adapter leur comportement.

3. Des difficultés relationnelles entre l'Etat et la société civile

La décentralisation et les institutions internationales font que les collectivités territoriales et la société civile sont de plus en plus acteurs du développement local. Leurs interactions et relations sont donc importantes pour la réalisation de projets. La décentralisation des compétences et des fonds sont des enjeux clés pour la motivation et la participation des acteurs aux programmes.

L'Essor (16/06/2010), « Affaire hôpital Gabriel Touré : renvoyée pour la troisième fois »

L'Inter de Bamako (12/07/2010), « L'hôpital Gabriel Touré dans une situation chaotique : Le Directeur Général Abdoulaye Néné Coulibaly contesté »

Le Guido (13/07/2010), « Malversations financières à l'hôpital Gabriel Touré : La situation va de mal en pis »

Bamanet (19/07/2010), « Hôpital Gabriel Touré dans la tourmente : le personnel de la pédiatrie crie au scandale »

Inter De Bamako (26/07/2010), « Grogne à l'hôpital Gabriel Touré : Les déboires du directeur Abdoulaye N. Coulibaly continuent »

Le Combat (21/12/2010), « Hôpital Gabriel Touré : La tête du Boss mise à prix »

Le Combat (20/02/2011), « Hôpital Gabriel Touré : Ces voleurs qui profitent de la détresse des victimes d'accidents »

¹¹² Le Combat (11/02/2011), « Gestion des moustiquaires imprégnées au Mali : Le calvaire des femmes enceintes et des enfants »

L'Indépendant (05/11/2010), « Magouille dans l'attribution du marché des 500 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide : Diaby Gassama veut porter plainte à propos d'un marché de 2 milliards FCFA contre le ministère de la Santé »

Le Malien (10/08/2010), « Affaire des moustiquaires: Le traumatisme s'installe »

¹¹³ 22 Septembre (11/08/2011), « Lutte contre le Sida : Le Haut Conseil sèvre les petites structures »

3.1. Le fonctionnement de la société civile au Mali

3.1.1. Une frontière floue entre société civile et Etat

« *On ne peut pas courir et se gratter les fesses en même temps.* »
= « *On ne peut pas faire deux choses à la fois.* » (Proverbe Bambara)

La corruption et le clientélisme sont encore plus prégnants et visibles quand les acteurs en place ont de multiples « *casquettes* » (institutionnel, associatif, non-gouvernemental). Cela complique la lisibilité du paysage institutionnel au Mali. L'article 35 du chapitre VIII du Code de Déontologie de la FE.C.O.N.G. note pourtant que « *chaque O.N.G. et collectif s'engagent à ne ni soutenir ni faire la propagande au profit d'un parti politique.* » (FE.C.O.N.G., 2005)

Seulement, dans la réalité, de nombreuses O.N.G. sont créés et/ou dirigés par des membres politiques ([7]; Cherry, Mundy, 2007) : « *ceux qui captent la clientèle locale sont souvent eux-mêmes les clients d'un niveau supérieur* » (Roy, 2005). Le manque de séparation des pouvoirs (conflits d'intérêts) brouillent les cartes jusqu'à se poser la question de l'existence même de la société civile... (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). La conception anglo-saxonne de la société civile implique clairement une séparation nette de la société et de la politique (Leclerc-Olive, 2003) ce qui n'est pas le cas au Mali (Raghavan, 1992).

« *Certains cadres de l'Etat ont été récupérés par les O.N.G. qui dépendent beaucoup de l'Etat pour leur financement. Il y a une forte démocratie civile mais beaucoup d'O.N.G. sont liés à des partis politiques. Pour le moment, leur travail étant satisfaisant, cela ne pose pas de problèmes.* » [38]

Les organisations de la société civile sont considérées comme des tremplins pour investir la sphère politique (Floridi, Corella, 2004). Le nombre de dirigeants d'associations/O.N.G. qui ont ensuite « *embrassé ou pour certains retrouvé* » une carrière politique le démontre (Thriot, 2002). L'origine de la multiplication des O.N.G. dans les années 80 vient du chômage (sécheresses, P.A.S.). Beaucoup de jeunes diplômés ou fonctionnaires sans travail se sont orientés vers la création d'O.N.G. (Cherry, Mundy, 2007)

En période préélectorale, les O.N.G. sont également un enjeu électoral. Un candidat capable de « *bien desservir la région en projets* », de « *bien l'irriguer en O.N.G.* » devient plus crédible pour les électeurs même si « *le chasseur mange avant de donner aux autres* » (Bourdarias, 2003).

L'indépendance revendiquée par les O.N.G. reste difficile car celles-ci sont dépendantes des subventions offertes par les pouvoirs publics. Si l'Etat malien n'a jamais donné de primes à ses fonctionnaires et si aucun texte légal ne reconnaît les *per diem* et topping-up, ils sont extrêmement présents (4.3.3.c.).

La société civile est utile pour manifester certains problèmes de société comme l'échec de programmes de sensibilisation, l'omniprésence de l'Etat, la corruption ou le clientélisme. La fine ou absence de frontière entre la société civile et l'Etat fait que peu de critiques et changements s'opèrent (8.1.1.a.). Si les différents acteurs intègrent la société civile et inversement, leurs relations ne sont pas

nécessairement bonnes. La société civile tend de plus en plus à prendre la place de l'Etat particulièrement dans le domaine sanitaire.

3.1.2. Des collaborations difficiles entre société civile et Etat

« *Quand on prend une grosse bouchée, on la dirige d'abord vers sa bouche.* »
= « *On s'occupe d'abord de ses propres intérêts.* » (Proverbe Bambara)

La collaboration entre acteurs institutionnels et associatifs/O.N.G. est difficile car fortement imprégnée de clientélisme, de concurrence et de quête de financements. Le Code de Déontologie de la FE.CO.N.G. reconnaît l'importance d'instaurer une réflexion permanente à tous les niveaux (local, régional, national; Chapitre V, Article 24 in FE.C.O.N.G., 2005). De plus en plus d'occasions existent pour que le gouvernement écoute la société civile (Togola, Gerber, 2007). Si l'International Health Partnership (2010) montre que le gouvernement soutient la participation de la société civile aux politiques, nos entretiens de terrains montrent que des difficultés existent : « *tous les jours, j'ai à faire avec des adolescents innocents et ignorants et des mamans et enfants infectés ou affectés victimes de ces O.N.G. et des fonctionnaires sans vergognes, sans âme. C'est des gens que je rencontre tous les jours dans les activités du centre.* » [55]

La synergie entre acteurs n'est pas suffisante [7] [40]. L'Etat est certes impliqué, mais de façon unilatérale : « *dans certains cas, l'Etat veut tout faire tout seul* » [25]. Des tensions existent entre O.N.G. et Etat (Bourdarias, 2003) notamment lors des signatures de l'accord cadre (2006, 2008) qui lie Etat et O.N.G./associations. En 2006, des modifications allaient, selon la société civile, à l'encontre de l'éthique (interventions de l'Etat trop grandes dans les frais de fonctionnement et la conception des projets). En 2008, les critiques concernaient l'octroi du certificat d'opérationnalité, le financement du suivi-évaluation et l'exonération de certaines taxes. En réponse à ces difficultés, un grand nombre d'O.N.G. refusent de signer l'accord-cadre [37] notamment les petites O.N.G. [3] (manque de consultation, prise en compte des grosses O.N.G.) : « *l'Etat veut interférer dans des domaines où ils ne font aucun effort !* » [15].

L'Etat (H.C.N.L.S.) cherche à s'accaparer les réussites du programme AMICAAL de l'Association des Municipalités du Mali (A.M.M.). Des équipes municipales sont recrutées par les antennes régionales du Haut Conseil nouvellement créées mais où il n'y a « *pas de travail dedans* » [15]. L'A.M.M. qui travaillent au quotidien auprès des mairies estime que la politique nationale est déconcentrée mais pas décentralisée [15].

Les structures nationales et régionales du H.C.N.L.S. n'hésitent pas à récupérer des résultats des rapports de l'AMICAAL pour témoigner de sa capacité à répondre à l'épidémie à l'échelle locale : « *cela fait parti de « l'apprentissage » de la décentralisation....* ». L'A.M.M. a délivré de nombreuses propositions au Haut Conseil pour favoriser et créer des liens avec la structure nationale et les mairies mais aucune réponse n'est parvenue...

Le second Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.) a été adopté par le Conseil des Ministres sans que l'Assemblée Nationale et les acteurs communautaires locaux en soit informés.

Directement validé par le Conseil des Ministres, il n'a pas fait l'objet d'une session parlementaire alors qu'il est le cadre unique de référence pour le développement socio-économique du pays.

Si certains manques apparaissent dans l'organigramme du H.C.N.L.S. [15], quelques avancées notables existent dans la prise en considération de la société civile. Dans le Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA (P.N.L.S.) de 2001-2005, les religieux étaient présents mais sans avoir le micro et la parole [22]. Ils ont donc créé le réseau islamique. Depuis cette création, le réseau a d'autant plus d'influence qu'il a été décentralisé.

Une O.N.G. de planification familiale coordonne ses actions avec l'Etat malien. Le premier acteur prend en charge la sensibilisation et l'accès aux communautés, le second, l'approvisionnement en contraceptifs [28].

L'extrême complexité des structures de coordination conduit à une perte de temps en réunions de la part des services techniques du gouvernement et des donateurs¹¹⁴ (Magassa, Meyer, 2008; Bergamaschi, 2007).

3.2. Une omniprésence de la société civile

3.2.1. Des problèmes de catégorisation de la société civile

Les concepts de société civile et d'O.N.G. sont flous. Ils aboutissent souvent à des raccourcis et approximations, sources de nouvelles confusions. Les populations ont des difficultés pour repérer les organisations qui gèrent les programmes sanitaires. Cela ne leur permet pas de s'y engager. L'existence même de société civile est discutée et discutable car elle englobe toute une gamme d'organisations (organisations et structures non marchandes, non étatiques au sein desquelles des individus poursuivent des objectifs communs).

Dans le domaine du développement, elle fait surtout référence aux organisations non gouvernementales mais pas seulement¹¹⁵. Au Mali, la société civile « *se retrouve partout* » (villages, quartiers, communes, cercles, régions), elle comprend plus d'un millier d'associations de toutes sortes (Raffinot, 2002). Tout comme en France, l'importance du fait associatif en santé fait que, faute de recensement exhaustif, il nous a fallu se contenter d'une estimation partielle. Selon la Cellule d'Appui au Développement à la Base (C.A.D.B.), il existe environ 40000 organisations locales formelles et informelles et 2150 organisations non gouvernementales officiellement enregistrées. Une arrivée massive d'O.N.G. a eu lieu après la grande sécheresse de 1973-1974 d'où un nombre très important d'organisations âgées de 15 à 20 ans (Raghavan, 1992).

Il est essentiel de comprendre la place et le rôle des associations/O.N.G. dans les systèmes locaux de santé. L'offre associative peut localement combler des manques, endosser un rôle de coordination ou se substituer à l'offre publique ou privée. A l'échelle de l'individu, l'association va souvent être un recours pour des demandes connexes au soin curatif : informations sur la maladie, soutien aux proches, aides et conseils... (Fleuret)

¹¹⁴ L'Indépendant (11/02/2011), « Grogne à la Santé à cause des réunions interminables : Les méthodes du ministre Macalou décriées par des directeurs de service »

¹¹⁵ Associations d'agriculteurs, professionnelles, communautaires, environnementales, syndicats, médias à but non lucratif, mutuelles, coopératives... ainsi que d'autres groupes qui ne s'occupent pas de développement.

L'offre associative peut, dans la gouvernance décentralisée, vis-à-vis de l'offre institutionnelle, jouée plusieurs rôles : (Fleuret; Togola, Gerber, 2007)

1. *Une complémentarité et une fonction de prestataire de services* au niveau local dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'assainissement...
2. *Une substitution* : initiative du milieu de vie en réaction à l'absence ou la carence d'un service face à un besoin,
3. *Une opposition et une fonction d'avocat* pour la représentation des intérêts de ses circonscriptions,
4. *Une fonction de partenaire* du gouvernement dans la planification du développement, la mobilisation des ressources et la promotion d'une meilleure compréhension du système de décentralisation,
5. *Une fonction de surveillant* de l'activité gouvernementale.

3.2.2. Les conditions de création des O.N.G. et associations maliennes et étrangères

La constitution de la République du Mali reconnaît et garantit la liberté d'association (article 5). L'article 2 de l'ordonnance N°41 du 28/03/1959 stipule que « *les associations se forment librement sans autorisation ni déclaration préalable* ». D'autres textes ont reconnu la catégorie juridique de l'O.N.G.. Le concept d'O.N.G. s'applique aux associations ou organisations en situation d'apporter une aide technique, matérielle ou financière à des projets de développement, et agissant dans un but humanitaire.

Les organisations non gouvernementales (maliennes ou étrangères) sont aussi des associations libres et donc régies par la même loi. Elles sont particulièrement concernées par le chapitre II, section III (« *associations signataires d'accord-cadre avec l'Etat* »). Elles doivent être déclarées et faire l'objet d'une publication au journal officiel pour disposer d'une capacité juridique (autorisation du gouvernement et signature de l'accord-cadre).

3.2.3. L'organisation de la société civile malienne (O.S.C.)

Les regroupements¹¹⁶ d'associations ou d'O.N.G. se nomment faitières, fédérations, réseaux, coordinations ou groupes dans une logique thématique et/ou géographique. Pour la santé, ces regroupements sont majoritairement d'ordres thématiques plus que géographiques. S'il existe des coordinations nationales d'O.N.G. (C.C.A./ONG, SE.C.O./O.N.G., C.A.F.O.), des coordinations régionales tendent à se développer.

¹¹⁶ Les principaux regroupements sont la Coordination des Associations et O.N.G. Féminines (C.A.F.O.), la Fédération des Collectifs d'O.N.G. (FE.C.ONG.), le Conseil de Concertation et d'Appui aux O.N.G. regroupant des O.N.G. nationales et étrangères (C.C.A. O.N.G), le Secrétariat de Concertation des O.N.G. uniquement maliennes (SE.C.ONG.), la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FE.N.A.S.COM.) ou le Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.).

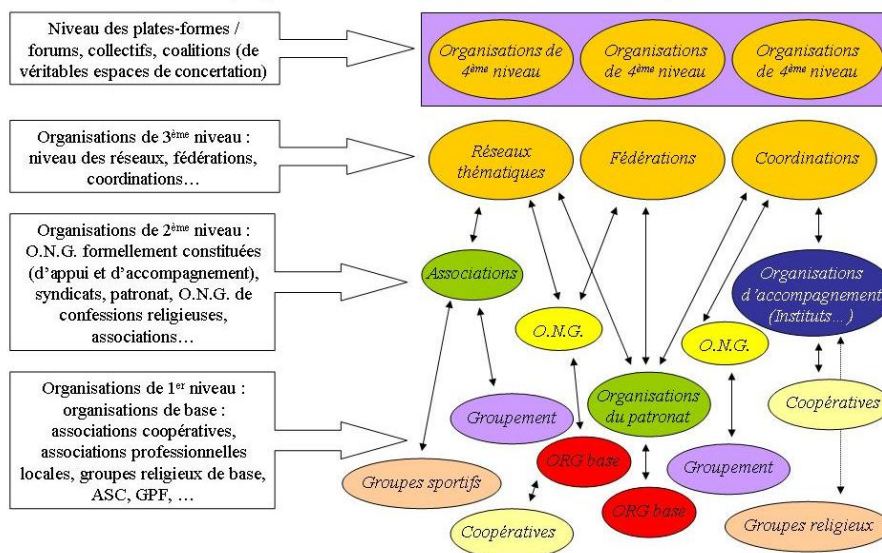


Figure 51 : Organisations de la société civile au Mali (Floridi, Corella, 2004)

Les O.S.C. maliennes peuvent être classées en quatre niveaux (Fig. 51):

1. *Le niveau 1* : les O.S.C. dans les villages travaillent avec les partenaires extérieurs et maintiennent les contacts avec les populations. Ces organisations de la base (« *grass roots organizations* ») souvent peu formalisées s'autofinancent grâce aux contributions des membres (exemple des associations féminines, de P.V.VIH., ...)
2. *Le niveau 2* : les O.N.G. nationales et internationales accompagnent les populations et les O.S.C. dans les actions de développement,
3. *Le niveau 3* : des fédérations d'O.S.C./O.N.G. (C.A.F.O., SE.C.O., FE.N.AS.COM...) exécutent des programmes de développement et tentent d'influencer les politiques et programmes en faveur des populations. Ces organisations décident de s'associer collaborer selon une logique thématique et/ou géographique,
4. *Le niveau 4* : des plateformes sous forme de confédérations de fédérations d'O.S.C. telles que le C.N.S.C., la FE.C.O.N.G. interviennent seulement à un niveau politique. Ces organisations sont conçues comme des espaces et plates-formes de concertation pour faire front commun face à une problématique externe commune. La structuration de ce type d'organisation est quasi inexistante et les relations entre les acteurs sont souvent très peu formalisées.

3.3. Une répartition des fonds et programmes douteuse

3.3.1. La corruption dans la société civile

Les O.N.G. locales sont quelques fois perçues comme des organisations élitistes, corrompues, dépourvues de structure de responsabilité et dépendantes du financement et des programmes occidentaux. Au mieux, elles sont considérées comme inefficaces et incapables de mener à bien la tâche immense qu'on leur avait originellement assignée (Pratt in Castel, 2006).

L'essentiel des allocations est décidé au niveau central (Van Dormael, 2006). Une O.N.G. qui œuvre auprès des enfants de la rue évoquent, sans tabous, les femmes de Ministres Maliens qui créent des O.N.G./associations/fondations dans le but de capter des fonds supplémentaires. Ces acteurs rapportent

que les fonds récoltés par la Fondation de l'Enfance (dirigée par l'ex-Madame la Présidente du Mali) pour l'envoi de jeunes à l'étranger ou pour les formations en français sont au final destinés aux propres enfants des Ministres... [7].

« Des responsables des centres d'écoute ont détourné des dons alimentaires destinés aux enfants infectés ou affectés que nous encadrons dans les centres. Ce même constat a été fait dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires. » [55]

« Le Mali est le pays le plus riche du monde mais avec la population la plus pauvre. Ils « sucent » le sang de la population. Il ne faut pas couper l'arbre qui est malade mais seulement les branches malades. » [22]

Nombreuses sont les O.N.G. créées par le souci de trouver un emploi, plutôt que d'apporter des compétences ou aides aux populations. Bon nombre d'O.N.G. ne font pas du bon travail et ne servent pas efficacement les populations au nom desquelles elles justifient leurs financements. Beaucoup disparaissent suite à la réussite ou l'échec du projet (Togola, Gerber, 2007). Le Code de Déontologie des O.N.G. (FE.C.O.N.G.) reconnaît l'existence des problèmes de redistribution, la non-présence d'un Etat fort, la malhonnêteté, la corruption et le clientélisme et la nécessité de stopper ces pratiques (Chapitre IV, Article 16 in FE.C.O.N.G., 2005).

3.3.2. Un intérêt financier et non sanitaire...

*« Celui qui te conseille d'acheter un cheval ventru ne t'aidera pas à le nourrir. »
= « Les conseillers ne sont pas les payeurs. » (Proverbe Bambara)*

L'afflux important d'argent pour les programmes sur le VIH/SIDA est quelque fois mal perçu par les populations, agents de santé et associations/O.N.G.. Certains regrettent que de si grands financements soient accordés au SIDA en comparaison d'autres pathologies perçues comme plus « importantes » aux yeux des populations et qui ne reçoivent pas ou peu d'argent (paludisme, tuberculose, diabète...).

« Pour que je parle du SIDA, il faut que l'on me paie car le SIDA est aujourd'hui un « métier » comme la menuiserie ou la mécanique. Toute personne qui parle du SIDA est payée et ces personnes sont bien payées pour avoir des informations sur la population. Ils font ça pour leur bien-être, c'est une source de revenu pour eux mais pas pour la population. » [H2]

Une inadéquation existe entre les moyens donnés aux projets et la composition des populations qui doivent être touchées par ces mêmes projets ce qui montre un manque évident dans l'élaboration des programmes (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009).

Le « marché du SIDA » représente un espace de confrontation entre acteurs (Delaunay, Blibolo, Cissé-Woné, 1998). L'Alliance des Maires du Mali (A.M.M.) regrette que leurs programmes VIH/SIDA n'aient pas reçu 1 Fcfa de la part du H.C.N.L.S. alors que la structure appartient au Haut Conseil [15].

Si un des acteurs trouve que la gestion des fonds est transparente (« les comptes s'effectuent devant tout le monde » [37]), d'autres émettent des doutes ([7] [23]) en déplorant l'existence de structures « fictives » financées par le H.C.N.L.S.. Le financement VIH/SIDA a déjà été stoppé au Mali car le Haut Conseil, gestionnaire des fonds, avait doublé le budget [6]. Le Fond Mondial souhaite de son côté moins

de corruption et de malversations même si les « *requins existent encore* » [35] et que le VIH/SIDA « *nourrit plus de gens qu'il n'en guérit* »¹¹⁷ [3]. Les financements sont en grande majorité délivrés via certains « réseaux » [24].

« *J'ai la rage contre tous ces gens qui travaillent dans ce domaine qui ne s'accrochent qu'à leur confort de travail, ils sont dans l'opulence alors que des jeunes filles et garçons ignorent encore les risques qu'ils courent dans leurs comportements sexuels. Des gens infectés ou affectés par le VIH/SIDA et leurs enfants crèvent de faim alors que les O.N.G. nationales et internationales et les fonctionnaires de l'Etat qui travaillent dans ce domaine s'enrichissent sur leur dos.* » [55]

« *Beaucoup pensent que le SIDA est forcément lié aux intérêts financiers des dirigeants.* » [S] [T] [U]

Les acteurs se réfèrent non pas à un groupe d'acteurs référencé (annuaire des associations et O.N.G.) mais à un type d'acteurs très variable et très différent (social, sanitaire, institutionnel...) D'ailleurs, certaines organisations locales ne sont pas connues des institutions mais très reconnues par les habitants.

Le développement depuis vingt ans des partis politiques et associations sont, d'un côté, un gage de démocratie et de liberté mais également symbole d'une course au pouvoir et aux fonds (Roy, 2005) avec une participation vue comme un alibi sans contenu réel (Thiriou, 2002).

De nos jours, le citoyen doit recourir à des personnes bien placées même s'il n'a aucun lien de parenté (Bouju, 2000; Marie, 1997). En effet, aujourd'hui, en ville, les liens communautaires ne suffisent plus à fournir toutes les ressources sociales nécessaires (3.4.2.a.). Auparavant, la sécurité matérielle et affective (identité, statut social, réputation) dépendait de la capacité des habitants à tenir leur place et leur rang au sein de leur parenté, voisinage et grins.

Il n'est pas ici question de généraliser, stigmatiser ou rassembler toutes les organisations sous une simple et unique vision mercantile car beaucoup d'O.N.G. et associations font un très bon travail. Certaines rencontres ont également été créées suite au décès d'un ami par le VIH/SIDA [44]. Cependant, lors de notre travail de terrain, nous avons été tellement confrontés à cet intérêt financier (*per diem*) qu'il nous était impossible de ne pas travailler cette question qui a des conséquences sur les projets.

3.3.3. La question des *per diem*

Les enjeux sont très importants au Mali au regard du montant des ressources financières issues de l'aide internationale. Deux aides existent pour les projets santé : les *per diem* (frais de déplacement) et les *topping-up* (suppléments de salaires, formations, réunions; Berche, 1996). Leur importance pour motiver les fonctionnaires (« *sursalaires* ») est très grande.

a) L'importance des *per diem* sur le fonctionnement des institutions

« *Quand un Etat fait semblant de payer ses agents, ceux-ci font semblant de travailler.* » (Traoré, 1999)

¹¹⁷ Le Challenger (25/02/2011), « Sida : un virus plus rentable que tout »

La motivation financière des personnels d'administrations pour les *per diem* (Baliq, 2000) est telle que les employés n'effectuent plus les tâches requises par le gouvernement malien mais privilégient les tâches données par les organisations internationales (privatisation personnelle du service public, Henriot, 2005) d'autant que les salaires de la fonction publique malienne sont très bas. Dans certains cas, les salaires ne permettent de couvrir que 15 jours des frais familiaux... Pour les 15 derniers jours, les agents s'adonnent donc à toutes genres de pratiques (légal via les *per diem* ou illégal; Le Marcis, 2003, Raffinot, 2002). Le manquement aux obligations d'un chef de famille pour cause de pauvreté est l'une des raisons les plus courantes de « honte » à Bamako d'où une recherche perpétuelle de fonds (C.E.M.AF., 2007).

« Tous ces programmes, toutes ces activités vitales pour les malades et les P.V.VIH. (Frais de transport, repas communs...) sont tombés à l'eau et sont délaissés alors que tous les jours des 4X4 sont achetés au nom de la lutte contre le SIDA. » [55]

Au Mali, la légitimité du personnel de santé ne se retrouve pas dans les relations sociales mais dans l'identité sociale que lui donne l'institution qui l'emploie. Si l'Etat ne lui donne pas les possibilités de redistribuer, du prestige ou la sécurité d'un emploi avec une valeur sociale, il doit trouver tous ces éléments ailleurs. Cette quête financière ne gêne pas les personnels de santé. Ces derniers n'hésitent pas à aller à l'encontre des codes traditionnels de comportements en allant au domicile de l'« expert étranger » avec une liste de doléances... Dans certains cas, les *per diem* sont d'ailleurs bien supérieurs aux frais réels. La motivation mercantile occasionne de graves manques professionnels et éthiques (refus de vacciner, négligence des documents, Berche, 1996)

L'Etat malien n'a jamais donné de primes à ses fonctionnaires. Aucun texte légal ne reconnaît les *per diem* et *topping-up*. Ils sont même administrativement interdits. Autre que la motivation financière, la participation à un projet de développement est reconnue socialement. Les professeurs, chercheurs ou acteurs rencontrés n'oublient pas de mentionner leurs formations à l'étranger ou leur participation aux programmes avec un principe : « plus on se déplace et plus on gagne d'argent » (C.E.M.AF., 2007). Beaucoup de ces acteurs aiment « placarder » leurs certificats de formations ou colloques dans leurs bureaux.

b) Les conséquences des *per diem* sur le fonctionnement des institutions

La forte présence des *per diem* a deux conséquences importantes.

Tout d'abord, les *per diem* sont tellement intégrés dans les habitudes (Jaffré, 2007; Dauvin, Siméant, 2002) qu'il est aujourd'hui difficile de s'assurer la participation de certains personnels sans leur paiement. Les *per diem* font taire les possibles oppositions (Lewandowski, 2007). De nombreuses organisations rencontrées attendaient en retour de leur participation à nos entretiens, la mise en place de projets futurs¹¹⁸. Les efforts d'harmonisation des budgets se sont réduits en 1999 à la question des *per diem* (Magassa, Meyer, 2008). Une forte résistance des Ministères Maliens a été observée face au renforcement du pouvoir du Ministère des Finances (craintes de pertes de revenus; Bergamaschi, 2009). Dans une étude de 2007, 19% des revenus des O.N.G. provenaient des *per diem* (De Niet, 2007).

¹¹⁸ Séjour de travail en compagnie de l'O.N.G. Aidemet et de la Coopération Suisse à Sikasso, Zégoua, Kadiolo.

Les fonctionnaires qui cumulent plusieurs fonctions sont souvent appelés pour des ateliers/formations/réunions d'où leur absence courante des services (24% dans les administrations). Il est le premier problème répertorié par les usagers¹¹⁹ (De Sardan, 2010).

Cette question du financement de la société civile est primordiale au vu du nombre très important d'organisations existantes et donc postulantes lors des appels d'offre. Les financements ne peuvent être distribués à toutes les organisations d'où une sélection drastique ou de petits financements.

3.3.4. La société civile face aux appels d'offres en santé

Plus de 20% des O.N.G. répertoriées par la coopération japonaise avaient en 2007 des budgets compris entre 152 449 et 381 122 euros¹²⁰ (J.I.C.A., 2007).

La distribution des fonds VIH/SIDA pose problème car seuls deux fonds sont disponibles au Fond Mondial : les bénéficiaires principaux (H.C.N.L.S. et G.P./S.P.) et les bénéficiaires secondaires (O.N.G.). La mobilisation des fonds devient plus difficile et concurrentielle suite à la reconversion et à la réorientation de l'aide au développement. Cette concurrence s'observe également pour mobiliser le public et s'approprier des terrains d'action (Bourdarias, 2003).

En 2006, sur 1284 projets reçus (M.A.P. 1230 + Fond Mondial 54), 886 projets ont été analysés pour 367 projets approuvés et 199 contrats signés. Pour le M.A.P. 2007, le nombre de projets reçus était plus important (1337) avec pour conséquence un nombre de projets approuvés et contrats signés supérieur (389 et 253). Même si le nombre de projets financés a augmenté, beaucoup restent mis à l'écart. Seulement, il apparaît nécessaire de limiter le nombre d'O.N.G. financées au vu des décalages importants entre projets prévus (Berche, 1996) et financements reçus [28]. La moyenne des financements pour le M.A.P. était de 54 153 € pour le M.A.P. et de 113 581€ pour le Fond Mondial.

« Il y a un « canevas » préétablis pour les appels d'offres des donneurs. Pour quelqu'un qui a l'habitude, les dossiers sont assez faciles à remplir. » [8]

Le H.C.N.L.S. produit des critères de plus en plus sévères pour limiter les projets (De Renzio, Whitfield, Bergamaschi, 2008). Ces critères sont difficilement assimilés par les organisations (associations/O.N.G.) notamment celles de petites tailles (4.3.2.). Ce pré-formatage des appels d'offres incite les organisations à rédiger des projets en fonction de ce qu'attendent les bailleurs (6.1.2.b.) plus qu'en fonction des réalités contextuelles locales d'où une inadaptation des projets (6.1.1.). Les organisations financées sont sensiblement identiques au fur et à mesure des appels d'offres. Cela ne remet pas en cause leur travail et l'émergence de possibles innovations : *« ce n'est pas facile d'avoir accès aux ressources dégagées par l'Etat et les partenaires au développement. » [58]*

Le Haut Conseil et la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA (C.S.L.S., Ministère de la santé) ont interpellés les bailleurs de fonds lors de la Conférence VIH/SIDA de Bamako (2007) pour une meilleure

¹¹⁹ Viennent ensuite les mauvais comportements du fonctionnaire (abus de pouvoir, négligence 19%;), la lenteur (17%), la corruption (8%) et l'incompétence (4%).

¹²⁰ O.N.G. maliennes 87%, Etats-Unis (4%), France (3%), Grande-Bretagne (2%), Suisse, Italie, Japon et autres nationalités avec 1% chacune

harmonisation et alignement des procédures d'appels d'offres. Les deux fonds ont des procédures différentes, ce qui augmente le temps de préparation [25].

Cette compétition entre organisations lors des appels d'offres engendre certaines difficultés relationnelles. Les synergies sont pourtant primordiales pour améliorer la mise en réseau d'informations, de méthodes ou d'outils qui fonctionnent dans la prévention du VIH/SIDA. Celle-ci peut améliorer la passation des messages.

4. La problématique géographique de la société civile

4.1. Un manque de synergies entre acteurs de la société civile

« *Un seul doigt de la main ne pas soulever un caillou.* »

= *On a toujours besoin d'autrui, l'union fait la force.* » (Proverbe Bambara)

Les réformes institutionnelles et internationales augmentent l'implication de la société civile. D'un côté, cette proximité « *supposée* » des associations/O.N.G. doit améliorer la prise en compte des réalités locales et des besoins. D'un autre, ce transfert de compétences ne peut se faire que si les acteurs locaux en ont les compétences et les financements. Enfin, l'ensemble des acteurs doivent collaborer pour améliorer l'effectivité des programmes.

La décentralisation a élargie l'espace occupé par la société civile au niveau local. Des alliances inter-associatives sont concluantes et mettent en avant l'intérêt collectif (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Lorsque les résultats des initiatives locales à succès ont été transmises au niveau national, des décisions sont prises (Fournier et al., 2006).

Personne ne connaît réellement la synergie et les interactions qui existent entre les acteurs de terrain. D'ailleurs, si le concept de société civile est flou, la société civile elle-même ne se connaît pas très bien (Cherry, Mundy, 2007). Les relations avec d'autres associations ne sont pas toujours très bonnes : « *il n'y a pas de capitalisation, d'harmonisation au niveau local, régional* » [8]. De meilleures synergies sont à créer [29].

Les étudiants d'une des deux associations de jeunes médecins étaient en pleine préparation du projet « *semaine de la santé* » (séances d'information dans les écoles de la commune). Seulement, les étudiants ne connaissaient pas les écoles chargées d'accueillir ces programmes. Ces écoles n'avaient pas été consultées avant les dépôts des dossiers.

L'un des exemples représentatif de ce manque de synergies est le « *remue-ménage* » opéré en 2008 à P.S.I. Mali après des activités considérées comme « *ratées* ». Le nouveau chef de l'organisation arrivé en 2006 a rompu à cette occasion le contact avec les O.N.G. partenaires pour cause de dépenses trop élevées. L'O.N.G. a décidée de tout faire par ses propres moyens même si l'un acteur rencontré avouait que l'O.N.G. ne possèdent pas toutes les compétences nécessaires pour le faire [30].

Peu de possibilités de mise en commun existent entre O.N.G. travaillant sur l'excision, chacune évolue en « *cercle fermé* » [16]. Le caractère parcellaire du réseau associatif et la non-consultation du répertoire

national des associations/O.N.G. fait que chacun opère sur ses propres lieux et projets. Même si des occasions informelles de partage existent, les partages formels restent faibles (Magassa, Meyer, 2008). Pourtant, plusieurs réseaux d'O.N.G. et espaces de concertation existent, sont légitimes¹²¹ et sont décentralisés au sein des régions.

Seulement, le C.C.A.-O.N.G. n'est qu'une association et n'a aucune reconnaissance officielle même si l'Etat malien le contact souvent (Raghavan, 1992). Les O.N.G. étrangères et nationales n'ont pu au début des années 2000 maintenir une plate-forme commune (Cherry, Mundy, 2007). L'Etat malien a créé en 1996 l'Espace d'Interpellation Démocratique (E.I.D.) qui regroupe paritairement la société civile et l'Etat.

Les interactions au niveau local sont sujettes à de très nombreux codes. Si les acteurs étatiques, directions régionales, maires et chefs de quartiers sont souvent réunis dans le cadre de programmes de santé, tous n'ont pas les mêmes compétences et légitimités ce qui occasionne de grosses difficultés voir des blocages définitifs.

Ces difficultés sont encore plus prégnantes en présence d'un acteur exogène. De longues négociations et arrangements sont informelles, la grande majorité des acteurs présents ne perçoivent pas nécessairement le « cœur du conflit » (3.3.3.) notamment parce que certains émissaires étrangers ne prennent pas le temps d'apprécier le contexte (Raffinot, 2002). Dans certains cas, les O.N.G. se trouvent simplement écartées des vrais débats, des préoccupations et des dynamiques locales des élus locaux et populations (Le Marcis, 2003).

Ce manque de synergies est dommage tant les coordinations peuvent répondre à plusieurs impératifs. Sur le plan économique, les organisations peuvent réaliser des économies d'échelles. Sur le plan géographique, elles peuvent rationaliser la desserte des territoires. D'un point de vue sanitaire, elles peuvent garantir à l'utilisateur un système de prise en charge cohérent et sans discontinuités (Fleuret). Toutefois, lorsque le besoin s'en fait sentir, des alliances peuvent être recherchées afin d'accéder à des ressources publiques (Janin, 2008).

4.2. Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : la concentration des sièges d'O.N.G. sur Bamako

Bien souvent, une association est avant tout locale, constituées d'acteurs légitimes avant d'être une association qui œuvre dans la santé. Cette inscription territoriale donne une légitimité et une volonté d'améliorer le cadre de vie comme le montre l'exemple de la pérennité de l'équipe médicale qui constitue le C.S.COM. de Banconi.

Les O.N.G. sont très présentes sur Bamako (sièges) ce qui est contradictoire quand l'on connaît la situation sanitaire, économique et sociale des autres régions notamment rurales. Leur omniprésence sur Bamako est liée à des questions d'obtention de financement, de visibilité et d'occupation de postes multiples. Pour les trois répertoires en lien avec la santé utilisés (JICA Santé, JICA Sida, GP/SP), plus de 80% des O.N.G. avaient leurs sièges à Bamako¹²² (85% pour les O.N.G. spécialisées sur le VIH/SIDA).

¹²¹ Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.), Fédération des Collectifs d'O.N.G. au Mali (FE.C.ONG.), Secrétariat de Concertation des ONG Maliennes (SE.C.ONG., 1989), Conseil de Concertation et d'Appui aux Organisations Non Gouvernementales (C.C.A.-O.N.G., 1983), Coordination des Associations et O.N.G. Féminines (C.A.F.O., 1991)

¹²² Bamako (84%), Tombouctou (3%), Gao, Koulikoro, Kidal (2% chacun), Mopti, Kayes, Ségou, Sikasso (1% chacun), autres 3% (JICA Santé, JICA Sida, GP/SP)

« Un des points est le regroupement géographique des O.N.G. dans certains quartiers des villes où elles interviennent. De même, à Bamako, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières Luxembourg et Action Contre la Faim étaient distants d'une centaine de mètres tout au plus. » (Dauvin, 2002)

Les quartiers où se situent le plus de sièges d'O.N.G. sont : Hamdallaye/ACI 2000 (quartier récent sur les terres de l'ancien aéroport de Bamako), Lafiabougou, Badalabougou et Hippodrome (Fig. 52). De nombreux bureaux et ambassades sont installés dans le premier quartier. Pour le dernier, il concentre de nombreux diplomates.

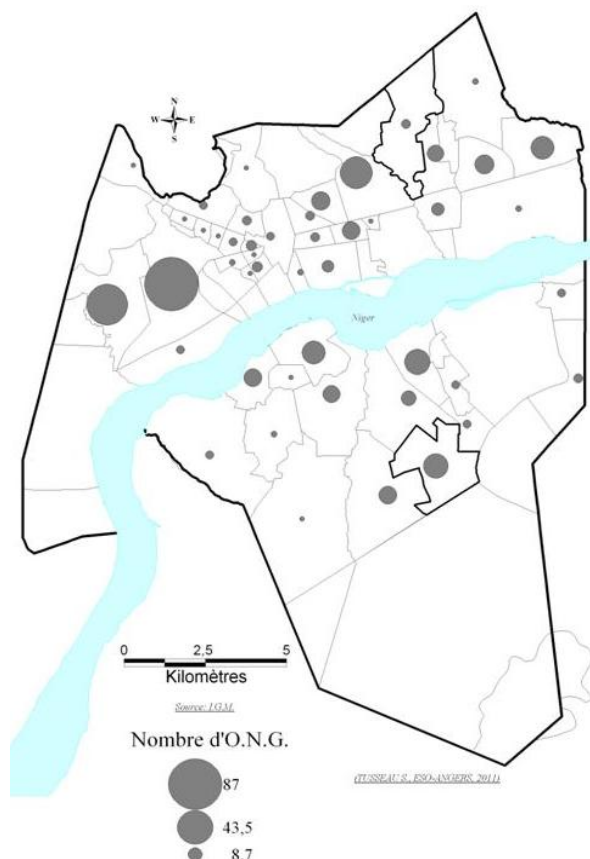


Figure 52: Nombre d'O.N.G. par quartiers de Bamako en 2009

Une omniprésence d'O.N.G./associations existe en commune IV (soit 31.7%). La commune II regroupe plus de 17%¹²³ des O.N.G., la commune VI 13.4%. La commune III qui regroupe un grand nombre d'administrations ne représente que 6.4% (Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, 2009). Cette variation territoriale des sièges d'O.N.G./associations est également présente à l'échelle plus fine des quartiers.

« Civil servants feel that donor agencies in Bamako are mere post offices and that there is not much to get from dialogue at the country level. » (Bergamaschi, 2007)

De même, les structures d'aide ne cessent d'augmenter dans le centre-ville (une trentaine en 2008) notamment celles rattachées à certains ministères (agriculture, décentralisation, finance, économie). Ces structures sont localisées dans des immeubles différents des Ministères mais composées d'agents civils travaillant dans de meilleures conditions. Ces dernières n'ont bien souvent qu'une durée de vie limitée...

¹²³ Commune II (17.4 %), Commune VI (17.6 %)

(Bergamaschi, 2007). Cette concentration spatiale existe également pour les structures de recherches (instituts nationaux, facultés, universités, grandes écoles) ce qui « *ne facilite pas la couverture des autres régions du pays en matière de recherche* » (Bougoudogo, 2010).

Pour Banconi et de Faladié, quatre et vingt-deux O.N.G./association ont en 2009 renouvelés leur accord-cadre (Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, 2009). Seuls 7.1% des habitants de Banconi ont reçu de l'information sur le VIH/SIDA via les O.N.G./association (25.7% à Faladié). Ils ont aussi un accès moindre à cette information via les autres acteurs de proximité (autorités locales, religieux, pairs éducateurs) mis à part pour les médecins traditionnels. Cette présence moindre d'O.N.G./associations à Banconi, quartier plus pauvre, moins scolarisé, moins couvert en structures de soins et plus important démographiquement et donc plus sujet aux méconnaissances, pose la question de la spatialisation des O.N.G./associations et de leurs projets sanitaires. S'il y a moins d'O.N.G./associations présentes sur Banconi, nos répondants sont tout de même 39.7% à être adhérents à une association (Faladié 49.7%).

Seuls 18.4% des répondants de Banconi et 7.7% de Faladié font appels aux associations du quartier en cas de problèmes, les réseaux familiaux, amicaux et voisinages sont plus perçus comme prioritaires.

4.3. Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : un écart entre les sièges des O.N.G. et leurs zones d'interventions

80% des O.N.G. du répertoire de la coopération japonaise se trouvaient en 2007 à Bamako dont 27% dans le nouveau quartier de bureaux d'Hamdallaye/ACI 2000 ou peu de population réside... Cette omniprésence de sièges d'O.N.G. sur Bamako n'est pas nécessairement un inconvénient car cela permet des relations directes entre les différentes institutions nationales/internationales et un accès supérieur aux travaux et recherches via Internet ou les bibliothèques (facultés, structures, Ministères...). Cependant, les O.N.G. ne doivent pas pour autant perdre de vue leurs terrains éloignés...

Si 83% des O.N.G. qui travaillent avec la coopération japonaise ont un siège à Bamako, seules 14% ont un projet en cours dans la capitale malienne (Fig. 52). A contrario, si 2% des O.N.G. ont un siège à Ségou, elles sont 11% à œuvrer sur ce territoire. Cet écart entre les lieux de siège et zones d'interventions est important pour la majorité des villes.

Même si certaines organisations ont une ancienneté et/ou une proximité géographique, le manque de relations, de suivi quotidien des projets, les coûts de transports et le manque de régularité dans la fréquence des actions compliquent le bon fonctionnement des programmes sur le long terme. La proximité sociale (gage de réussite) manque lorsque les organisations ne viennent que pour des projets ponctuels et de courte durée. Ceci est d'autant plus vrai que les prises de contact et démarches demandent beaucoup de temps si l'on veut respecter les us et coutumes...

La logique d'implantation des O.N.G. est tributaire des bailleurs de fonds. Ces derniers avouent réserver leur aide à la seule région jugée apte au développement (sud du Mali pour l'or et le coton, Bertrand, 1999b). La participation de la société civile est abondamment requise de l'extérieur mais inégalement concrétisée à l'intérieur du pays (Bertrand, 1999a).

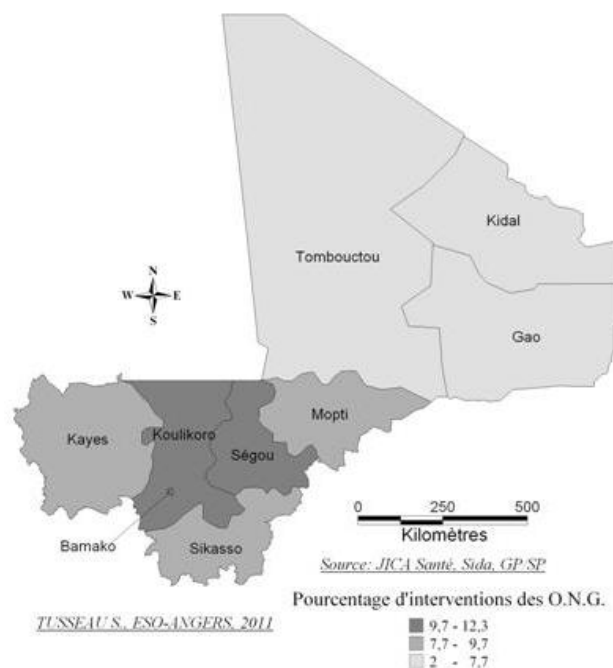


Figure 53: Zones d'interventions des O.N.G. au Mali en 2009

Une certaine homogénéité existe dans les zones d'interventions (Fig. 53). Les zones d'interventions les plus présentes sont :

1. pour les O.N.G. référencées par la coopération japonaise en santé, Bamako, Koulikoro et Ségou,
2. Koulikoro et Bamako pour celles qui travaillent sur le VIH/SIDA,
3. Bamako, Ségou, Koulikoro et Sikasso pour le Groupe Pivot Santé Population.

Une question se pose : à qui revient la responsabilité de coordonner la localisation des projets au sein des régions et des agglomérations ?

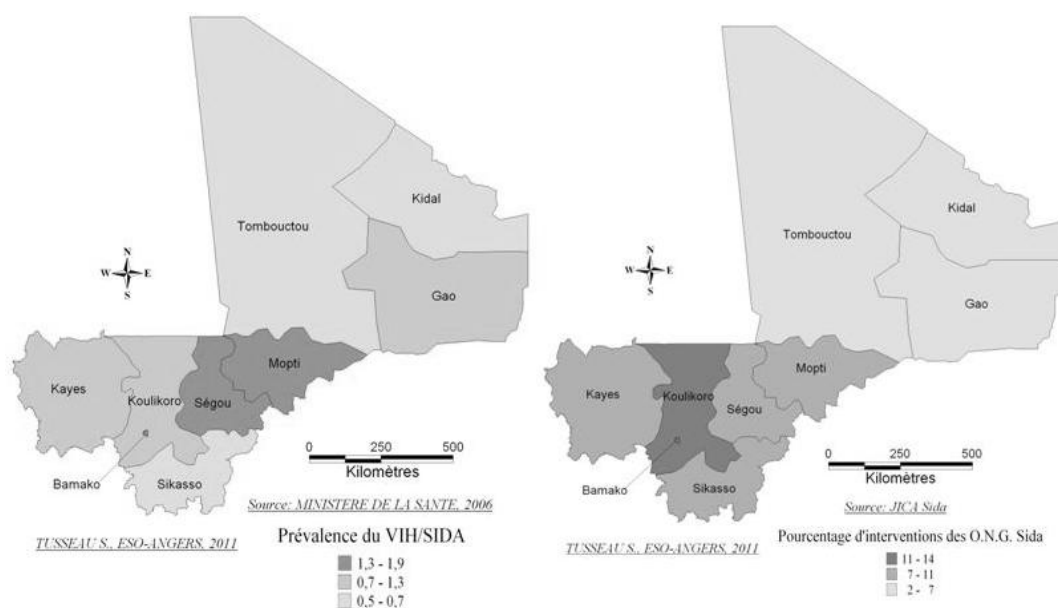


Figure 54: Prévalence du VIH/SIDA en 2006 et zones d'interventions des O.N.G. spécialisées sur le VIH/SIDA au Mali en 2009 par régions au Mali

L'analyse géographique des territoires d'interventions et l'analyse des actions montrent un accroissement des discontinuités à toutes échelles (Dubresson, Jaglin, 2002). Une procédure était en cours en 2008 pour mieux définir les avantages comparatifs des O.N.G. et mieux répondre aux critiques formulées à l'égard du manque d'ancrage en milieu rural des organisations basées à Bamako (Magassa, Meyer, 2008). La capitale représente la « *facilité* », les programmes sont plus faciles à mettre en place ([24]; Fig. 54). Des écarts s'observent entre les lieux de siège des O.N.G. spécialisées sur le VIH/SIDA et leurs zones d'interventions (J.I.C.A., 2007). Une concentration des actions de la santé de la reproduction sur Bamako s'est également observée dans les années 70-90 (Kaggwa, Diop, Storey, 2008).

« *En fait, Tombouctou est une région du Nord où les intervenants sont moins nombreux surtout dans le cadre du VIH/SIDA.* » [68]

« *A Koutiala, la situation n'est pas bonne par manque de partenaires potentiels.* » [56]

Comment ces O.N.G. s'intègrent-elles à leurs territoires d'actions (populations, groupes cibles, acteurs en place) ? Pour différents acteurs qui travaillent dans la lutte contre l'excision, chaque O.N.G./association a son terrain propre d'où une dispersion des efforts [16]. Lors de séances de sensibilisation sur le VIH/SIDA à Banconi, une O.N.G. n'a pas pris la « *peine* » d'en informer le C.S.COM. alors que ce centre est une référence (quartier, Bamako, Mali, internationale) dans le domaine de la santé communautaire [12]. Ceci est d'autant plus critiquable qu'il existe au sein du centre de santé, des relais communautaires qui effectuent également ce genre de sensibilisations (dans le centre ou dans les familles). Ce manque de coordination entre acteurs locaux de statuts différents crée des problèmes de légitimité et d'appropriation des messages. Certaines actions sont organisées par des O.N.G. « *virtuelles* », absentes du terrain (Bourdarias, 2003).

En règle générale, les O.N.G. choisissent de ne pas intervenir sur les mêmes lieux et auprès des mêmes populations (visibilité médiatique, reconnaissance individualisée). Les autorités et populations locales sont presque toujours « *preneuses* » d'actions de terrain. Il en résulte une sorte de territorialisation des influences, de la concurrence entre O.N.G. et le souvenir plus ou moins durable et bénéfique des actions menées.

« *Les partenaires sont éparpillés dans toutes les communes.* » [27]

Les acteurs n'ont que peu d'intérêts à se trouver au quotidien auprès des populations. Dans le « *projet schisto* », les personnels venaient de Bamako et touchaient leurs frais de déplacement, sans distinction de statut (Berche, 1996). Les acteurs ont donc tout à gagner : de meilleurs salaires à Bamako, un plus grands accès aux services, une plus grande valeur sociale du travail et des salaires complémentaires (*per diem*). Ce constat complique la venue de médecins dans les centres de santé en zone rurale.

« *De 1997 à 1998, j'ai été coordinateur avec l'O.N.G. X dans un projet de lutte contre le VIH/SIDA dans X villages d'un arrondissement de Y dans la région de Mopti. C'était pour 2 ans. J'ai démissionné en pleine activité car les responsables de l'O.N.G. malienne financée par l'O.N.G. et qui était basée à Bamako ont détourné tous les fonds alors que mes trois animateurs et moi-même crevaient de faim en brousse.* » [55]

Le caractère local des O.N.G. est souvent mis en avant contrairement aux grandes agences internationales ou l'Etat. Les O.N.G. revendiquent elles-mêmes le fait de représenter des groupes locaux. Cependant, le système d'auto-gouvernance de ces O.N.G., leur représentation, légitimité et déformation institutionnelle (fonds externes) et structures internes quelque fois non démocratiques font peser des doutes sur leur rôle d'agent neutre (Magassa, Meyer, 2008). Le caractère local des actions des O.N.G. ne serait qu'idéalisé de l'extérieur (Bertrand, 1999b). L'un des dangers de l'engouement pour la décentralisation, c'est de conduire à passer du « *tout Etat* » au « *tout local* » (Janin, 2008).

Les nombreuses O.N.G. maliennes locales créées depuis 20 ans montrent un certain dynamisme local. Cela ne signifie pas pour autant que celles-ci adoptent des modalités spécifiques d'intervention sur le terrain (Leclerc-Olive, 2008).

La Coordination des Associations Féminines et O.N.G. (C.A.F.O.) est un exemple positif. Celle-ci est présente dans les six communes et quartiers de Bamako (au 30/12/2007, 78 cellules dans les quartiers). L'organisation est également présente dans les régions (au 31/12/2007, plus de 2000 associations/O.N.G. avec une moyenne de 10 personnes par association ou O.N.G. [25]).

L'omniprésence des sièges d'O.N.G. et associations à Bamako, l'écart entre ces sièges et leurs territoires d'intervention, les difficultés de communication et de transports, compliquent la mise en place des programmes. Nous l'avons vu (2.2.; 2.3.) et nous le verrons (7.1.1.; 7.1.3.), la proximité des chercheurs et intervenants en santé est primordiale pour transmettre de bons messages d'autant que la décentralisation et les programmes de participation communautaire sont censés améliorer les relations des organisations avec les collectivités locales. Or, cette omniprésence d'O.N.G. à Bamako et les nombreux déplacements ne font qu'accroître la mise en place de programmes standardisés sur le terrain et le temps d'intervention (Van Dormael, 2006) d'autant que les organisations sont peu nombreuses à préparer l'élaboration des programmes de terrain (8.3.).

5. Une lutte contre le VIH/SIDA dépassant le seul cadre national

5.1. Le contexte international sur la mise en place d'un programme ou projet au Mali

Les relations entre la Banque Mondiale, le Fond Mondial, le H.C.N.L.S. et les autres structures sont quelques fois problématiques [3]. Le taux de participation aux réunions du Fond Mondial reste faible en comparaison des sommes engagées (64% en 2008, 69.9% en 2009). L'assiduité varie selon les structures. Sur 19 structures (2008), 14.8 participants de moyenne assistaient aux réunions (2009, 15.4). Seulement, entre les deux années, la participation des titulaires de chaque structure a diminué (suppléants ; Fond Mondial, 2009).

Les directives internationales ont du mal à être accueillies par les villageois (Lewandowski, 2007).

Nombre de problèmes ont une portée qui va bien au-delà de l'échelle locale d'où des besoins importants en moyens humains et financiers pour mettre en œuvre des programmes à une échelle plus vaste (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009).

Les actions sont ramenées, pour certains sujets, au plan national même si la marge de manœuvre est limitée. Certains problèmes et réponses restent globalisés et standardisés (SIDA, pauvreté...) et dépassent la capacité des Etats. La multiplication des agences de développement publiques ou privées a changé les conditions des négociations de l'aide avec une « *perte d'autonomie* » pour certains gouvernements (De Renzio, Whitfield, Bergamaschi, 2008). Les convoitises internationales (*per diem*) engendrent un repositionnement et une vulnérabilisation des acteurs (Gindroz, Traoré, 2009). Les agences internationales perturbent les acteurs et populations d'où l'émergence de nouvelles fragilités (modification des pouvoirs locaux ; Ouallet, 2009). L'espace social est composé d'acteurs multiples et divers de la coopération internationale avec très souvent une absence de médiation et beaucoup de contradictions avec la réalité (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Seulement, la présence d'un « *contrôleur blanc* » atteste très souvent que le projet est « *normal* » et qu'il ne s'agit pas d'un « *programme* » décidé par le Ministère de la Santé (qui n'aurait nul besoin d'« *experts* » étrangers mais seulement de « *moyens* » ; Berche, 1996).

« *J'ai toujours dit aux Français (les responsables locaux de l'O.N.G.) que la réalité dans nos deux pays est différente. Qu'ils nous laissent travailler, qu'ils nous laissent réfléchir entre nous-mêmes, en ce moment nous pouvons bien exprimer tout ce qu'on veut (dénonciation de l'ingérence de l'O.N.G.). Ils ont envoyé T. faire des formations en France, après l'inauguration, ils ne voient que T. comme directeur. « Qu'ils nous fichent la paix avec ces Comités de Développement Participatifs (C.D.P.) là ». En son temps, j'avais même suggéré de construire l'agence dans un autre quartier, ici à Korofina il y a tout. »* (B.C., chef de la brigade d'hygiène de la Commune I in Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004)

Les politiques publiques de santé en Afrique sont souvent traitées sur un modèle unique « *imposées de l'extérieur* » (De Renzio, Whitfield, Bergamaschi, 2008). L'assistance, aussi désintéressée qu'elle puisse paraître, peut masquer une forme de « *recolonisation* » (notamment par les anciennes puissances colonisatrices). Nous retrouvons la même base idéologique, la même volonté de faire profiter les peuples des bienfaits de la « *civilisation* » occidentale. Or, « *chaque peuple doit trouver la voie qui est la sienne dans l'histoire, les peuples d'Afrique comme les autres* » (Robert A.C., 2006). Ils doivent « *cuiter la natte* » et définir eux-mêmes leurs priorités. Les programmes imposés ne sont pas de nature à favoriser la démocratie et la bonne gouvernance (Sanankoua, 2007).

Pour éviter cela, les O.N.G., l'Etat et les agences internationales s'appliquent à renforcer les capacités des communautés (Janin, 2008) pour s'appuyer sur elles. Ces organisations financent des formations qui ont pour conséquence « *d'acculturer* » les bénéficiaires aux problématiques occidentales. Cela a des conséquences. La société civile privilégie une logique de « *choix* » avec l'économie du raisonnement classique coûts/avantages au lieu d'une logique de « *pertinence* » (Thiriot, 2002). Les bailleurs disposent d'une « *batterie* » de mécanismes pour soustraire la société civile à leurs exigences. Ils enferment les organisations dans des logiques bureaucratiques abstraites et ignorent la décentralisation (Hetland, 2008) et la logique (Raffinot, 2002).

La lutte contre le SIDA est fortement dépendante des bailleurs de fonds. Au Mali, 80% des investissements publics sont financés par l'étranger. Le pouvoir politique devient, lui-même, étranger à la réalité de sa propre société (Bourdarias, 2003). Si, en totalité, le financement intérieur est stable

(18% des dépenses totales, Ungass, 2010) et si le financement extérieur diminue, ce dernier reste tout de même omniprésent (42% partenaires bilatéraux, 33% Fond Mondial, 19% O.N.G. et institutions nationales, 6% Nations Unies, Ungass, 2008).

5.2. Exemples de l'aide publique développement et de la lutte contre la pauvreté au Mali

5.2.1. Des mécanismes censés améliorer la gouvernance nationale

La Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'aide (2005) est devenu le nouveau paradigme de l'aide internationale. Ce nouveau modèle « invite » les pays bénéficiaires à prendre en charge eux-mêmes la direction et la mise en œuvre des politiques, à établir leurs propres systèmes de coordination des bailleurs de fonds et à « n'accepter » l'aide internationale que si les programmes répondent réellement à leurs besoins (Bergamaschi, 2007). Malheureusement, quelques années après sa mise en place, les bailleurs de fonds continuent à décider des politiques d'aide (modes de dépenses, conditions de décaissements... ; De Renzio, Whitefield, Bergamaschi, 2008). D'autre part, certains programmes ou financements ne sont pas concernés par cette implantation (Fond Mondial, GAVI, the President's Malaria Initiative, Inter Alia A.B.S. ; ... International Health Partnership, 2008).

Les bailleurs de fonds font face à de nouveaux défis et reconsidèrent le contenu et les procédures d'acheminement (Cissé, Maïga, Bartholomeeussen, 1999). Depuis 1999, les Institutions de Bretton Woods (I.B.W.) luttent contre la pauvreté via les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.). Les gouvernements doivent élaborer un document de référence pour l'ensemble des aides extérieures (Magassa, Meyer, 2008). La Déclaration de Paris et le C.S.L.P. doivent amener un glissement de l'aide, par programmes à l'Approche Globale de l'Aide (A.B.G.). Cela occasionne donc une baisse d'interaction entre O.S.C. et bailleurs par la diminution du financement direct de ces dernières. Si ces démarches augmentent la gouvernance de l'Etat, un manque de communication et de compréhension persiste entre Etat et O.S.C. (Cherry, Mundy, 2007).

En 2006, huit bailleurs ont accepté de verser 10% de leur aide à l'A.B.G. contre 9% en 2009. Les bailleurs de fonds peuvent désormais intervenir directement dans le processus budgétaire du pays. Un problème se pose. Si les donateurs les plus importants dans le domaine sanitaire (Canada, Pays-Bas, France, Belgique, U.E.) font aujourd'hui de l'aide budgétaire non ciblée leur priorité (Martini, Fligg, à paraître 2011), s'ils n'arrivent pas à leurs fins via l'A.B.G., ils recourent directement aux ministères en détournant les modalités classiques (Magassa, Meyer, 2008, [3]). En conséquence, les anciens pouvoirs des bailleurs et du gouvernement sont dans les faits renforcés au lieu de favoriser la démocratie (Anne-Marie De Vassal in Gindroz, Traoré, 2009). L'initiative sanitaire COMPACT est chargée d'améliorer l'harmonisation et la coordination des différents acteurs et programmes avec pour objectifs : un renforcement du leadership du Ministère de la Santé et du système de santé, une optimisation des ressources, une complémentarité accrue, une réduction des coûts, une mobilisation de ressources additionnelles, de meilleures analyses des problèmes et des recherches de solutions plus globales et centrées sur le pays (Samaké, 2009).

5.2.2. De faibles changements opérés...

Si, sur les documents, les institutions maliennes sont invitées (via le C.S.L.P. ou la Déclaration de Paris) à prendre « *les cartes en main* » et à produire leurs propres directives, la réalité est bien différente... En dépit des appels à l'harmonisation de l'aide, le document de référence (C.S.L.P.) ne constitue pas la base des projets (Le Marcis, 2003).

L'autonomie du gouvernement dans la rédaction du C.S.L.P. a été limitée. Les responsables politiques maliens ont eu peur de voir ce cadre stratégique ne pas aboutir et donc ne pas voir la dette réduite faiblement. En conséquence, les Institutions de Bretton Woods (I.B.W.) ont été réclamé à tous les stades de son élaboration (Raffinot, 2002). Les orientations finales relèvent donc plus des institutions internationales/multilatérales/bilatérales que celles du gouvernement et des populations (Magassa, Meyer, 2008). Sur le terrain, la coordination et l'appropriation du C.S.L.P. sont limitées avec une faible information des acteurs communaux, une non-implication de la société civile dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi du C.S.L.P. I et un déficit de communication entre les O.S.C. et l'Etat (Conseil National de la Société Civile, 2006).

	<i>Panos Institute</i>	<i>Tusseau Eso-Angers</i>
<i>Totalement ou quasi-totalement</i>	30 %	6.8 %
<i>Moyennement</i>	37 %	53.3 %
<i>Un peu</i>	21 %	26.6 %
<i>Très peu</i>	9 %	13.3 %
<i>Pas du tout</i>	3 %	/

Figure 55 : Dans quelles mesures les contraintes institutionnelles, bureaucratiques et les politiques entravent-elles les efforts que vous faites pour que votre travail soit orienté, mis en œuvre et approprié par les communautés les plus touchées par le VIH/Sida ? (Panos Institute, 2003, Tusseau S., 2009)

Les efforts récents de participation des politiques et populations maliennes sont nécessaires mais montrent leurs limites. Les populations locales se retrouvent souvent « *embarquées* » dans des programmes. De même, les pouvoirs publics ressentent un faible enthousiasme face aux solutions proposées par les bailleurs internationaux (Dorier-Apprill, Jaglin, 2002). L'aide internationale est perçue comme inutile et compliquant même un peu plus les choses [12].

5. ANALYSE ET PRESENTATION DES PRATIQUES LOCALES EN RAPPORT AVEC L'ACCES A LA PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA

Nous allons présenter des résultats sur, les connaissances ou méconnaissances des populations envers le VIH/SIDA, les modes d'appropriation de ces connaissances et l'influence de ces derniers sur les comportements des habitants.

Nous effectuerons un focus sur la situation sociale et sanitaire de la femme au Mali et sur les risques éventuels que cela procure en matière de transmission du virus du VIH/SIDA.

1. Analyse des pratiques locales par rapport aux connaissances

Nous allons présenter certains résultats liés à l'accès à l'information sur le VIH/SIDA.

Tout d'abord, nous allons analyser la place du tabou autour des questions de sexualité et de SIDA et l'accès aux informations sur la santé des habitants suivant les espaces (différents canaux et facteurs connexes).

Nous étudierons ensuite la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.).

Enfin, nous montrerons les efforts d'adaptation des messages de prévention à l'échelle locale (pairs éducateurs).

1.1. Un tabou toujours présent

« L'écorce du caïlcédrat est amère, mais elle guérit. »

= « *Les dures vérités déplaisent mais sauvent.* » (Proverbe Bambara)

Malgré d'importantes campagnes de communication via différents canaux, le contexte social malien est fait de tabous (sexualité et SIDA). Les codes de communication pour échanger et acquérir de l'information sur ces deux thèmes montrent qu'ils restent présents (2.2.; 2.3.).

Si les tabous sont là, les habitants ne recherchent pas nécessairement de plus amples informations sur les questions de santé, de sexualité ou de SIDA.

1.1.1. Un tabou sur la sexualité toujours présent

Les échanges sur le VIH/SIDA ne peuvent se faire que si le contexte sociétal le permet. Les messages sont d'autant plus adaptés et acceptés s'ils sont autorisés au sein de la société. L'épidémie du VIH/SIDA est telle qu'aucun tabou et frein ne devrait engendrer de blocage à la sensibilisation.

Seulement, au Mali, les discussions sur la sexualité et la grossesse sont toujours taboues et perçues comme un manque de vertu (même entre femme) alors que le pays est l'un des plus féconds au monde (6.5 en 2009; Diallo, 2004b ; Clemmons, Coulibaly, 1999). Ce manque de communication est très présent à l'échelle micro-locale (cercle familial, couple) même si des avancées sont perceptibles :

« Je suis l'un des animateurs de première heure de la lutte contre le SIDA dans la localité où le séroprévalence était de 6,8 en 1996. Au départ, c'était difficile mais actuellement les gens en parle et

discute entre eux. [...] Il y a dix ans, on ne pouvait pas parler de SIDA « à l'aise » alors qu'aujourd'hui, on en discute à tous les niveaux (religieux, notables, femmes, hommes et jeunes). » [56]

Des différences apparaissent entre nos deux espaces sur le fait d'accepter que de l'information VIH/SIDA soit diffusée.

	Acceptent que les enfants aient de l'éducation sexuelle	Refusent que les enfants aient de l'éducation sexuelle	Ne sait pas	Acceptent de parler de VIH/SIDA tous les jours	N'acceptent de parler de VIH/SIDA tous les jours	Ne sait pas
Banconi	51.8 %	34.2 %	14 %	57.3 %	24.1 %	18.6 %
Faladié	71.1 %	21.2 %	7.7 %	84.8 %	8.5 %	6.7 %

Figure 56 : Lien entre lieu d'habitation et la volonté que les enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école et le fait d'accepter de parler du VIH/SIDA dans la vie de tous les jours

Si les hommes en milieu rural possèdent des relations en ville, leurs épouses réduisent leur champ de connaissances au voisinage immédiat, elles ont moins d'interlocuteurs (Gibbal, 1988). En 2007, 54.4% des ruraux rapportaient que seules les personnes immorales parlent de VIH/SIDA (Hess, McKinney, 2007).

« Les filles (prostituées) ne parlent pas entre-elles du SIDA. » [9]

« Il m'est arrivé d'être là pendant des sensibilisations mais je n'ai pas pu poser mes questions car j'étais gêné à cause du monde qu'il y avait autour. Je pose plus librement mes questions quand on est en petit groupe (comme maintenant avec vous). » [A]

a) Des disparités dans l'accès aux canaux de communication

« Il n'y a que les oreilles chanceuses qui retiennent les bons conseils. » (Proverbe Bambara)

L'accès aux canaux de communication est à la base de tout. Les programmes doivent être adaptés et accessibles notamment pour les populations les moins informées pour limiter les inégalités d'accès (scolarisation, distance géographique, économique). Les échanges sont plus importants à Faladié pour 7 des 8 canaux (Fig. 57) avec de grandes différences entre nos deux espaces (mis à part pour les amis et agents de santé). Les rumeurs sont très présentes à Banconi.

	Moi-même	Mon (ma) conjoint (e)	Famille	Amis	Pairs éducateurs	Agent de santé	Campagnes de masses	Ecole	Rumeur	Ne souhaite pas répondre
Banconi	6.7 %	4.3 %	6.3 %	31.4 %	5.9 %	26.5 %	20.4 %	16.6 %	53.8 %	10.9 %
Faladié	22.6 %	7.5 %	19.4 %	35.2 %	18.8 %	33.9 %	18 %	35.2 %	24 %	5 %

Figure 57: Lien entre le lieu d'habitation et les canaux de connaissance du VIH/SIDA

Le manque de canaux d'information à Banconi et les faibles taux de scolarisation ne sont malheureusement pas comblés par un travail de terrain plus présent (pairs éducateurs). Les agents de terrain les plus représentatifs pour Banconi et Faladié sont les agents de santé et les pairs éducateurs pour Faladié.

L'accès à ces sources de connaissances sur le VIH/SIDA est très important car il augmente par exemple la connaissance de l'un des slogans de lutte (amis, agents de santé, campagnes de masse, école, presse).

b) Un manque d'intérêt pour s'informer sur la santé, la sexualité et le VIH/SIDA

« Celui qui demande peut paraître agaçant mais ne mourra pas ignorant. »

(Proverbe Bambara)

L'accès aux campagnes de prévention doit être large, précis et adapté. Certes, les messages doivent inciter les populations à se prévenir mais ils doivent également les motiver à aller s'informer un peu plus. Si celles-ci s'informent volontairement peu sur le VIH/SIDA ce n'est pas le cas des patients et familles diabétiques. Les patients diabétiques qui côtoient les structures privées ne s'informent qu'entre-eux tandis que ceux qui fréquentent l'hôpital ont plus d'informations par les médecins. Cette différence n'est pas liée aux qualités de communication des personnels mais à la configuration spatiale et au fonctionnement de ces structures qui favorisent ou non l'émergence des échanges (Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2008).

Les habitants de Banconi sont moins nombreux (et de loin) à « s'intéresser » au virus (6.7%, Faladié 22.6%). Sur nos deux espaces, les programmes sanitaires ne sont pas une priorité, ils sont les derniers programmes recherchés (informations/journaux, musique, sport).

Si l'accès à l'information en santé est inégal, c'est aussi parce que les habitants n'acceptent pas tous de recevoir de l'information. Le genre et l'âge rentrent en compte. Les hommes sont plus nombreux à aller chercher de l'information notamment à Banconi. Contrairement aux idées reçues, les jeunes ne recherchent pas plus d'informations même s'ils sont plus concernés par le travail des pairs éducateurs. Ils sont moins nombreux à recevoir de l'information via les agents de santé. D'autre part, plus le réseau familial est important, moins les habitants cherchent de l'information sur le VIH/SIDA.

Vivre dans un espace avec beaucoup de nuisances ou être atteint de nombreuses pathologies amoindrissent la quête d'information ce qui confirme que le milieu de vie est important (7.1.4.).

Si l'écart n'est pas significatif, il est à remarquer que les personnes de nationalité étrangère ne sont que très peu à rechercher des informations complémentaires (7.7% contre 15.1%). Les habitants qui ont des facilités avec le français sont 25.9% à s'être renseigné sur le virus (11.5% pour les autres dialectes). Si l'accès au français est important, l'accès aux services de santé est aussi important pour l'accès à l'information (18.2% contre 9.3%). Cette question de l'accessibilité des structures de santé (7.1.3), en particulier des agents de santé, est primordiale tant ils sont recherchés. Les participants aux groupes de discussion confirment cet intérêt ([F][H][I][J][O][P][Q][R][S][T][U]). L'autre canal d'information concerne Internet ([F][H][S][T][U]) : « nous avons assisté à des séances au sein de la communauté. Nous allons aussi sur le net et aussi voir les spécialistes » [K] [L].

Ceux qui recherchent des informations supplémentaires sont moins nombreux à ne discuter avec personne de sexualité (20.5 % contre 3.4%). Ceux qui possèdent une source d'information (radio, télé, internet, presse) sont plus nombreux à aller chercher l'information (17.8% contre 6.9%).

Une des associations d'étudiants en médecine note que les principales questions concernent les possibilités de transmission du virus par les moustiques, de la mère à l'enfant et le fait qu'une personne dépistée séropositive qui a des rapports sexuels avec d'autres personnes séronégatives sans se protéger ne les contaminent pas [40].

Les habitants faiblement scolarisés recherchent moins d'informations sur le SIDA (4.8% non-scolarisés et primaire, 21.1% secondaire et supérieur). Elles ne sont que 48% à penser qu'il est bon de parler de SIDA dans la vie de tous les jours et 45.5% à accepter que leurs enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école¹²⁴. Il faut aller vers les populations qui en ont le plus besoin, les intégrer aux programmes (7.2.) et améliorer la communication (7.1.3.a.).

Les populations faiblement scolarisées vont peu vers les O.N.G. par manque de confiance (avis positif : 35.5% / 47.7%, avis négatif : 11% / 4.9%). La famille est le second canal souhaité avec une diminution plus l'âge augmente. Le tabou diminue doucement (Sidibé et al., 2006).

c) Des difficultés au sein du cercle familial

« *La parenté est un réseau de lianes.* » (Proverbe Bambara)

Pour diminuer la prégnance des tabous, les programmes de prévention doivent être un point d'ancrage pour les familles pour discuter et échanger sur la sexualité. Les échanges avec les membres de la famille sont très faibles notamment à Banconi (Fig. 58) où 27.7% des répondants ne discutent avec personne de sexualité (7.7% à Faladié). Si les échanges avec les amis de même sexe sont assez proches, l'écart se creuse pour les amis de sexe différent.

	Parents	Amis de même sexe	Amis de sexe différent	Agent de santé	Pair éducateur	Frères et soeurs	Personne	Autres
Banconi	2.8 %	65.2 %	33.2 %	30.2 %	8.9 %	7.9 %	27.7 %	4.3 %
Faladié	10.7 %	77.4 %	55.6 %	32.3 %	16.8 %	20.4 %	7.7 %	9.5 %

Figure 58: Avec qui discutez-vous de sexualité ?

Les habitants de Banconi ne sont que 24.6% à recevoir des connaissances via les parents (75.4% à Faladié !). Les hommes (54.4%) échangent plus avec leurs parents (femmes 45.6%). Plus l'âge avance, moins les répondants ont échangés avec leur famille ce qui montre que des évolutions sociales sont en cours. Les célibataires (jeunes) obtiennent notamment plus de connaissances sur le virus via le réseau familial. Le tabou reste tout de même très présent entre parents et enfants ([21]; Sidibé et al., 2006). L'organisation culturelle malienne cache la vérité et déguise les faits réels¹²⁵ (Castle, 2001).

Au Mali, l'élément stabilisateur des relations sociales repose sur le principe de séniorité. Si une « *apparente* » harmonie existe, des motifs de tension existent entre jeunes et anciens (individualisation, autonomie ; Schulz, 2007; Calvès, Marcoux, 2004). La pauvreté complique la redistribution solidaire ce qui a pour conséquence de fragiliser le lien familial. Le manque d'argent et de soins des parents font que les jeunes n'hésitent pas à « *échanger* » des relations sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux (5.1.3.b.; Solbeck D.E., 2010). Ces difficultés financières familiales engendrent également un recul de l'âge au mariage (Grange Omokaro, 2009 ; Brand, 2000). Les relations pré-maritales sont toujours prohibées notamment pour les femmes même si une précocité des rapports sexuels apparaît (5.2.1.b.).

Depuis l'enfance, l'éducation des jeunes filles est dirigée vers le rôle d'épouse et de mère même si la scolarité se développe. Plus l'âge augmente, moins les habitants sont disposés à ce que les enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école. Les « *anciens* » n'ont peut être pas tout à fait tort car certains

¹²⁴ 86.1% et 71.9% pour les personnes possédant un niveau supérieur.

¹²⁵ Le Républicain (18/07/2011), « Secret de femme : Mettre les enfants hors de l'intimité du couple »

cours d'éducation sexuelle dispensés ne reflètent pas les réalités sexuelles¹²⁶ (Grange Omokaro, 2009). Les sensibilisations y sont insuffisantes notamment parce que les enseignants ne veulent pas en parler et connaissent que peu de choses sur le SIDA malgré les formations¹²⁷ [21].

« *Il faut mettre l'accent sur le milieu familial car en campagne, il y a très peu d'éducation.* » (Boileau, 2007)

Les discussions sur la sexualité entre parents et enfants se font principalement au seuil du mariage et seulement dans certaines familles [K] [L]. L'éducation sexuelle arrive en second plan. Elle est faite par les frères et sœurs, amis et grands-mères notamment lors de cérémonies traditionnelles (mariages, baptêmes, excision..., Diallo, 2004b, 6.1.3.b.).

Les hommes de caste interviennent alors (Konaté, 2002). Les « *Niamakala* »¹²⁸ permettent la transmission orale de l'histoire et de la culture. Chacun possède un type de discours, de communication et des domaines d'intervention appropriés et adaptés selon l'aire culturelle¹²⁹. Par exemple, aux mariages, les « *magonmaka* » et « *bolokoli-kêlaw* » expliquent aux épouses comment donner du plaisir à leurs futurs époux et comment améliorer les performances sexuelles des deux personnes (repas, boissons, herbes aphrodisiaques). Ces produits appelés « *miaya-dyala*n » (Diallo, 2004b) se trouvent dans beaucoup de marchés, sur le bord des trottoirs et même derrière la Grande Mosquée de la capitale ! Si l'éducation de base est importante pour le développement, elle constitue une barrière communicative entre parents et enfants notamment lorsque les parents n'ont pas suivi d'études. Ces derniers ne sont pas « *capables* » d'évoquer des sujets aussi difficiles avec leurs enfants qui, bien souvent, possèdent des connaissances supérieures (médias, école). Si les jeunes sont incités à aller vers eux, les parents fuient les questions et orientent plutôt leurs enfants vers d'autres structures ou personnes (agents de santé, école... [18]).

« *Une grande complémentarité et complicité existe entre moi et les parents des filles surtout parce que je ne souhaite jamais me substitué à leur rôle. Des parents viennent me voir à la maison pour m'exposer des problèmes de comportement de leur enfant comme des filles victimes d'attaques. Des garçons du centre le font aussi.* » [55]

Les savoirs et valeurs transmises par les anciens ne suffisent plus dans la réalité actuelle. Les jeunes trouvent de nouveaux repères au carrefour des traditions, de la modernité et à la croisée de plusieurs échelles (tradition, influences coloniales, mondialisation ; Sauvain-Dugerdil, Wahab-Dieng). Tout l'enjeu pour la prévention est de saisir cette culture, de l'accompagner, d'en utiliser les codes, de s'adapter aux temps, aux lieux et aux langages. La télévision, allumée quasiment tout au long de la journée dans les foyers, dénature les échanges entre les membres de la famille. La promiscuité, les origines diverses et les âges variables qui composent les concessions ne sont pas sans créer des tensions¹³⁰.

¹²⁶ Le Quotidien de Bko (13/05/2010), « Société - l'éducation sexuelle des enfants : Un devoir des parents ou des enseignants ? » L'Essor (02/04/2011), « Les enseignants formés sur la prévention du diabète »

L'Indépendant (26/08/2011), « À l'issue d'un atelier qui s'est tenu hier au Centre Aoua Kéita : Une politique nationale adoptée pour promouvoir la santé à l'école »

¹²⁷ Le Républicain (19/06/2009), « VIH/SIDA dans l'espace scolaire : Le Snec produit un rapport alarmant »

¹²⁸ Dns laquelle les griots jouent un rôle particulier

¹²⁹ Jeli : griot, Numu : forgeron, fina : homme de caste pour la promotion de l'islam, Garanké, cordonnier, Mabo : tisserand...

¹³⁰ Le Républicain (23/08/2010), « Secret de femme - Carême : Belle- famille et corvée du sucre »

Les diabétiques sont peu nombreux à faire appel aux savoirs familiaux à l'exception des traitements traditionnels. Les connaissances familiales rencontrent peu de crédibilité. Les familles peuvent conseiller mais ne doivent pas s'immiscer dans la conduite à tenir à l'égard de leur traitement (Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2008) même si cela pose la question de la composition et du mode de prise des repas. Pour remédier à ce manque d'échanges parents/enfants, Family Care International (F.C.I.) a créé un module de communication. De gros progrès sont à effectuer. Lors d'un atelier, le doyen annonça que « *chaque mère devrait donner un préservatif à son enfant* ». Seulement, une des participantes lui rétorqua de manière vive qu'il serait « *le premier à renvoyer cette femme !* » (Boileau, 2007). Cette réplique montre combien il est difficile pour les parents d'intervenir auprès des enfants mais également au sein du couple..

1.1.2 Un manque de communication au sein du couple

« *Les modèles culturels restreignent au maximum l'échange verbal entre l'homme et la femme là où l'échange sexuel est permis.* » (Erny, 1987)

A l'échelle micro-familiale, les échanges entre hommes et femmes restent faibles (Kaggwa, Diop, Storey, 2008). Ceci est dommage car les époux doivent pouvoir échanger librement du port du préservatif ou de la planification familiale. La forme la plus courante de la communication entre époux est « *l'indifférence* » (Clignet in Erny, 1987).

Les couples doivent être réservés en public (ne pas s'embrasser, ne pas se tenir la main...). Ce manque d'intimité existe tout autant dans la relation privée. Le manque de connaissances personnelles et d'échanges au sein du couple entraînent peu de variations dans l'« *acte sexuel* ». Les comportements plus libres, comme le recours aux prostituées, sont plus tolérés pour les hommes car la sexualité féminine tourne essentiellement autour du besoin de donner du plaisir au mari. Se concentrer sur le plaisir sexuel féminin engendre des menaces sur leurs « *priorités sociales* » en particulier leur rôle de mères de foyer (Diallo, 2004b).

Les femmes sont plus nombreuses à échanger sur le SIDA avec leur conjoint (68.3% contre 31.7%). Celles de Banconi sont 7.8% à avoir reçu des connaissances sur le SIDA par leur mari (Faladié 11.5%). Les hommes de Banconi ne sont que 1.7% à avoir reçu de semblables informations par leur(s) épouse(s) (Faladié 4.7%).

Les personnes qui échangent avec leur conjoint sont plus utilisateurs du préservatif et sont moins nombreux à assimiler le SIDA à un mensonge. En revanche, ils sont plus nombreux à penser que le VIH/SIDA est excessif.

Les enquêtés qui ont plusieurs partenaires (multipartenariat, polygamie) échangent moins ce qui peut s'avérer dangereux.

Avoir accès aux campagnes de prévention n'améliore pas ces échanges ce qui démontre que des programmes de prévention sont nécessaires : « *les méthodes de prévention sont bonnes et efficaces mais les femmes mariées s'en sentent exclues alors que ce n'est pas le cas. Il faut plus d'informations et de sensibilisations.* » [O] [P]

Les échanges avec les familles est plus important chez les jeunes ce qui n'est pas vrai avec leurs conjoints¹³¹. Les hommes à haut niveau scolaire sont plus nombreux à être atteints par les campagnes de sensibilisation (5.1.2.c.). Les femmes reçoivent principalement de l'information par les agents de santé car leur taux de fréquentation des structures sanitaires est supérieur (vaccinations, planification familiale, P.T.M.E.).

Les hommes prennent les décisions liées à la santé mais sont peu intégrés aux programmes de planification familiale ([17] [30]; Britt, Maïga, Morrison, Dao, 2009). Peu de couples se dirigent ensemble dans les C.C.D.V. même si les deux partenaires demandent beaucoup plus souvent [30]. Ce constat n'est pas spécifique au Mali. Les interlocuteurs privilégiés pour révéler son statut séropositif est, et de loin, les amis, la famille pour les femmes et ce, devant le conjoint. Les maliens sont prêts à divulguer leur résultat négatif mais pas le résultat positif d'où de graves dangers de transmission au sein du couple (Maïga, Scholze, 2005).

Les vertus aphrodisiaques de l'encens sont utilisées couramment par les épouses pour attirer leur époux tout en « *sous-entendus* ». L'encens est ainsi utilisé tout comme de nombreux « *médicaments* » ou pommades¹³². Le langage du corps et certains codes de communication sont utilisés et sont inobservables pour tout œil extérieur (Diallo, 2004b). Des stéréotypes persistent sur les performances sexuelles féminines d'où une volonté des femmes de séduire et donc de recourir à certains produits¹³³ (dépigmentations, tatouages) ou méthodes¹³⁴ (faux cils, « *fausses fesses* »...) (Grange Omokaro, 2009; Diallo, 2004b).

Ce tabou diminue les possibilités d'échanges et les connaissances sur le VIH/SIDA. Ces manques d'échanges interpersonnels (famille, couple) montrent combien les messages doivent être au préalable travaillés pour briser ces tabous et dans un second temps divulguer de la bonne information par le biais de canaux adaptés.

1.2. Un décalage entre le fait d'avoir entendu parler de VIH/SIDA et les connaissances réelles sur la maladie

Si de multiples canaux d'information sont présents, ils ne sont pas nécessairement efficaces ou leur efficacité est conditionnée à d'autres facteurs. S'il existe une prise de conscience de l'existence du virus, des méconnaissances et rumeurs persistent. De plus, l'accès aux campagnes de prévention est inégal et

¹³¹ 2.2% pour les 15-19 ans, 6.3 % pour les 20-29 ans, 6.3 % pour les 30-39 ans et 8.8 % pour les plus de 40 ans

¹³² Les Echos (06/06/2007), « Sexualité : aphrodisiaques plein la vue »

L'Indépendant (27/04/2010), « Enquête : Les Maliens accros du désir médicalement assisté »

Toubabou à Bamako (12/02/2011), « Des racines et des pommades pour soigner le sexe (et le reste) »

¹³³ Bamanet (11/02/2009), « Dépigmentation de la peau: Des femmes à la quête de la beauté dangereuse »

L'Essor, (07/02/2010), « Santé : L'AFEPHAR engage le combat contre les produits éclaircissants »

Bamanet (03/05/2010), « Jeunes filles et tatouage : une combinaison dangereuse »

Ciwara Info (06/05/2010), « Parures féminines : Le henné de l'Inde donne du souci à une femme »

Le Républicain (24/05/2010), « La dépigmentation au Mali : Des bombes chimiques pour blanchir »

Le Républicain (19/07/2010), « Secret de femme / Femmes : Des victimes de la mode »

L'Essor (07/02/2011), « Secret de femme : Quand les femmes sont prêtes à subir des supplices pour séduire »

¹³⁴ Bamanet (12/08/2008), « Beauté: Attention aux faux cils »

Avenue 223 (28/07/2010), « Produits cosmétiques : la beauté à tout prix ! »

Bamako Hebdo (11/06/2011), « Lors de son émission Top Etoiles sur l'Ortm : Babani Koné affirme qu'elle déteste vieillir »

le VIH/SIDA se développe dans un contexte social et sanitaire marqué la présence de nombreuses pathologies.

1.2.1. Une certaine prise de conscience de l'existence du virus

« *Fais attention à toi-même et ta vieillesse sera bonne.* »
 = « *Garde toi et le ciel te gardera.* » (Proverbe Bambara)

Des messages de prévention adaptés doivent permettre aux sociétés de mieux accepter les pathologies en question. Si une pathologie est socialement acceptée, elle est d'autant plus discutée et potentiellement éradicable, il est alors plus facile de s'y prévenir.

Or, la population malienne se dirige peu vers les centres de dépistages (Fig. 59; 5.1.2.). Dans un pays où le taux de prévalence est faible, l'incrédulité est grande quant à l'existence du virus (Castle, 2003).

Les messages de sensibilisation sont nombreux (White et al., 2009): « *au Mali, toutes les formes de sensibilisation ont été mises en œuvre : causeries, débats de masse, les affiches, le bouche à oreille, les sketches, les jeux de rôles, les témoignages, jusqu'à la distribution gratuite des antirétroviraux etc... J'estime que chacun est maître de ses faits et gestes. Tous les messages ont été véhiculés à travers ces canaux et bien perçus par les populations. Même les villages les plus lointains savent de quoi il s'agit. Sans oublier les actions entreprises par les O.N.G. auprès des cibles spécifiques* » [63].

Si les messages ont engendrés certains changements de comportements et une plus grande ouverture autour des questions de sexualité, des difficultés persistent... En effet, les messages sont plus ou moins accessibles selon les lieux et les populations (Boileau et al., 2008). 89.7% des habitants de Banconi et 96% de Faladié avaient déjà entendu parler de VIH/SIDA. Si la différence entre nos deux quartiers est relativement faible, des disparités plus fortes existent entre le monde rural et urbain (E.D.S.M. IV, Ministère de la Santé, 2006).

Une démythification de la maladie existe chez les jeunes ([18] [O] [P]), le VIH/SIDA est aujourd'hui perçu comme une maladie « *comme les autres* » [22] : le « *SIDA est grave, partout dans le monde, il faut s'en méfier* » [V]. Nos participants aux groupes de discussions considèrent le SIDA comme « *vrai* », « *mortel* » ou « *dangereux* » [E] [G] [K] [S] [T] [U].

	<i>Mensonge</i>	<i>Excessif</i>	<i>Pas grave</i>	<i>Mortel</i>	<i>Paludisme aggravé</i>	<i>Sans opinion</i>
<i>Banconi</i>	15 %	30.2 %	5.3 %	57.7 %	15 %	25.1 %
<i>Faladié</i>	6.1 %	19.2 %	3.6 %	73.1 %	6.3 %	12.5 %

Figure 59 : Lien entre le lieu d'habitation et les opinions envers le VIH/SIDA

Il n'y a pas, dans nos résultats globaux, de distinction de genre dans les opinions vis-à-vis du VIH/SIDA même si les hommes de Banconi sont plus nombreux à penser que le SIDA est un mensonge (17.8% contre 11% des femmes) ou le paludisme aggravé (17.8% contre 11.9%).

La confiance envers les agents de santé et politiques augmente les connaissances et diminue l'assimilation du SIDA à un mensonge, au paludisme ou au fait qu'il ne soit pas mortel.

Les habitants qui subviennent difficilement à leurs besoins et vivent dans un milieu de vie dégradé (accès à l'eau de qualité, présence de dépôts d'ordures) sont plus nombreux à penser que le virus est le

paludisme aggravé. Cela montre qu'il existe un lien fort entre la qualité de l'environnement local et la perception envers la maladie.

Le niveau de scolarisation (5.1.2.c.) et être à l'aise avec le français jouent dans l'appropriation des messages.

Les personnes qui consultent les médecins « modernes » ou qui ont accès aux campagnes de masses ont de meilleures opinions sur la maladie. Elles sont plus nombreuses à avoir accès aux campagnes de sensibilisation et à connaître l'un des slogans de lutte. Celles qui n'ont jamais assistés à des campagnes de prévention sont 26.4% à penser que le VIH/SIDA est un mensonge (8% pour ceux qui ont assistés au minimum à une séance). Les enquêtés qui perçoivent les messages comme adaptés au contexte malien sont seulement 5% à penser que le SIDA est un mensonge contre 20.9%. Les habitants qui n'échangent avec personne sont 17.9% à penser que le SIDA n'existe pas.

Assimiler le SIDA à un mensonge diminue les changements de comportement, les répondants sont plus nombreux à recourir au multipartenariat. Ces enquêtés sont moins utilisateurs du préservatif avec ces partenaires même si cette sous-utilisation du préservatif n'est pas spécifique aux multipartenaires. L'assimilation du SIDA au mensonge augmente le nombre d'habitants susceptible d'accepter un rapport sexuel sans préservatif, 20.3% contre 6.5%.

1.2.2. Des connaissances nuancées sur le VIH/SIDA

« On ignore superbement les règlementations en vigueur et on se moque des mots d'ordre des campagnes de sensibilisation. » (C.E.M.AF., 2007)

a) L'accès aux campagnes de prévention en santé

Si la qualité des messages se pose, leur accessibilité aussi. Sur nos deux espaces, l'accès aux campagnes de prévention en santé est important (77.5% Banconi, 81.6% Faladié). Cette accessibilité entraîne une meilleure connaissance de l'un des slogans de lutte contre le SIDA (Fig. 60). Cependant, les modèles de changements de comportement (1.2.4.), les critiques sur les messages élaborés (6.1.1.) et les connaissances/méconnaissances réelles des populations (5.1.) font qu'il est nécessaire de nuancer l'intérêt du seul accès à l'information.

Banconi	Connait un slogan	Ne connaît pas de slogan	Faladié	Connait un slogan	Ne connaît pas de slogan
Accès aux campagnes	42.1 %	57.9 %	Accès aux campagnes	53.5 %	46.5 %
N'a pas accès aux campagnes	2.4 %	97.6 %	N'a pas accès aux campagnes	17.9 %	82.1 %
Ne sait pas	6.9 %	93.1 %	Ne sait pas	20 %	80 %
TOTAL	33.4 %	66.6 %	TOTAL	47 %	53 %

Figure 60: Lien entre l'accessibilité aux campagnes de prévention et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA au Mali pour les deux espaces d'étude.

Si les chiffres montrent un lien entre exposition et connaissance, celui-ci est à nuancer. Les connaissances sont partielles, l'appropriation faible et la concrétisation en comportements réels faibles. Si l'accès est équivalent, les habitants de Banconi ne sont que 33.4% à connaître l'un des slogans (Faladié 47%). Les hommes perçoivent mieux les messages à Faladié (50.7%) qu'à Banconi (41.8%) d'où une nécessaire adaptation locale des messages.

Les enquêtés non maliens sont moins nombreux (89%) à avoir accès aux campagnes de prévention (maliens 94.5%). Le Mali et Bamako sont un véritable kaléidoscope de civilisations, d'ethnies et de nationalités (3.2.2. ; 3.3.), il est donc primordial de renforcer l'adaptation. Si la dépendance n'est pas significative, les peuls et dogons ont moins accès aux campagnes de prévention notamment parce que leurs langues vernaculaires sont importantes. Parler français augmente l'accès aux campagnes (88.8% contre 76.9%).

Les musulmans ont un accès supérieur aux campagnes de sensibilisation. Plus de 20% des chrétiens (en particulier dogons) et animistes n'y ont pas accès.

Plus le réseau amical est restreint, plus l'accès à l'information est important. Etre membre d'une association augmente l'exposition aux messages (48.1% contre 30.1%) ce qui est intéressant pour le Mali, pays dense en associations et O.N.G. (4.3.2.).

Les campagnes de prévention améliorent la pratique sportive (52.4% contre 35%). L'augmentation des cas de diabète et les changements de pratiques alimentaires font que la pratique sportive devient de plus en plus un enjeu de santé (Martini, Fligg, 2011, Gobatto et al., 2010, Sidibé et al, 2007, Santé Diabète Mali). Les structures sportives et espaces verts sont de moins en moins présents dans la capitale. Le taux d'obésité et le fait d'être « *bien portant*¹³⁵ » sont importants au Mali. Le pays est toujours empreint à la peur de la faim et à la pauvreté (Héraud, 2003).

Les répondants qui ont un bon accès à l'information sont plus nombreux à ne ressentir aucune pathologie et à percevoir leur état de santé comme important (90.7% contre 79.1%). Cet accès est favorisé par la consultation d'un médecin « *moderne* » (C.S.COM., hôpital, privé)¹³⁶.

Posséder une source d'information (radio, télé, presse, Internet) accentue l'exposition aux messages (82.7% pour ceux qui en possèdent au minimum une contre 44.8%). Si 97.1% des habitants qui ont accès aux campagnes de prévention ont connaissance de l'existence du SIDA, ils sont 72.4% pour ceux qui n'y ont pas accès. Les messages de prévention transmis sont ceux qui ressortent dans nos résultats (A-B-C, Abstinence-Be faifhtul-Condom). 48% des personnes qui ont accès aux campagnes connaissent un des slogans contre 9.8% pour ceux qui n'y ont pas accès.

Deux choses importantes sont à remarquer. Les personnes qui n'ont pas accès aux campagnes sont plus nombreuses à aller chercher de l'information par elles-mêmes ce qui montre que les habitants se préoccupent tout de même du VIH/SIDA. D'autre part, ceux qui n'ont pas accès à ces campagnes sont plus exposés aux rumeurs.

L'accès aux campagnes améliore le taux de dépistage, les connaissances du porteur sain et des médicaments pour soulager les patients. L'information améliore l'utilisation du préservatif et modifie les points d'achats. Ceux qui n'ont pas accès se dirigent vers les commerces et vendeuses ambulantes d'où des problématiques liées à leur conservation (5.2.1.d.). Certains tabliers (vendeurs pour certains formés) vendent les préservatifs le long des goudrons, dans différents quartiers notamment où la présence de prostituées est grande [26]. Ceux qui ont un meilleur accès se dirigent plus vers les structures de santé

¹³⁵ Signe de prospérité

¹³⁶ Médecin moderne : 80.6%, médecin traditionnel : 71.2%, automédication : 58.9%

(pharmacies, centres de santé, clinique, hôpital) et vers les agents de proximité (agents de terrain, O.N.G.).

Cet accès est aussi important dans le refus d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire qui refuse le port du préservatif (46.6% contre 27.6%). L'accès à la prévention n'engendre pas de variation dans le choix des intervenants pour avoir de plus amples informations de la part des autorités, O.N.G., religieux ou médias. En revanche, les personnes qui n'ont pas accès souhaitent davantage d'informations par les acteurs proches (guérisseurs, famille, amis, pairs éducateurs) d'où une nécessaire adaptation locale.

Les enquêtés qui ont accès aux programmes ne sont que 55% à percevoir les messages comme adaptés.

b) Les connaissances de l'origine, des modes de transmission et de protection du virus

Dans les enquêtes C.A.C.P., la connaissance de l'origine de la maladie, de ses modes de transmission et de protection sont les données clés recherchées pour évaluer a minima les messages de prévention et les éventuels besoins.

Les « *Blancs* » sont souvent cités comme les « *fabriquants* » du virus (Banconi 22.9%, Faladié 16.4%), 21.3% dans l'étude de Hess et McKinney (2007). Les personnes faiblement scolarisés sont deux fois plus nombreuses (28%) à assimiler le SIDA aux « *Blancs* » (14.2% pour le niveau secondaire et supérieur).

L'accès aux soins améliore les connaissances sur l'origine du virus et diminue son assimilation aux « *Blancs* ». Assimiler la maladie aux « *Blancs* » diminue l'utilisation des préservatifs pour les personnes à partenaires multiples et sont moins nombreuses à refuser d'avoir une relation sexuelle sans protection. Cette assimilation augmente les critiques envers les messages et diminue la confiance envers les institutions internationales.

24.1 % des habitants de Banconi et 9.9% de Faladié pensent que le virus est une punition de Dieu (6.1.3.) sans différences religieuse. Si Banconi a une opinion plus négative et erronée de la maladie, les habitants ne sont pas pour autant « *ignorants* » sur les modes de transmission (sang, sexe, objets coupants souillés) même certains taux sont plus faibles (T.M.E., seringues). Nos deux populations assimilent fortement le préservatif à la transmission du VIH/SIDA.

Le message le plus cité est le slogan A-B-C (moins à Banconi) ce qui peut signifie que les populations ont plus ou moins adhéré au premier slogan de lutte. Ce message est toujours présent ce qui est positif car les messages doivent durer pour être efficaces (6.2.1.). La stigmatisation envers les personnes infectées est plus forte à Banconi, 27.3% des répondants déclarent « *éviter de côtoyer une personne infectée par le virus* » (5.1.3.a., Faladié 16.4%).

c) Le VIH/SIDA dans un contexte multi-pathologique : le paludisme, la tuberculose...

Un contexte multipathologique

Le Mali est confronté à de nombreuses pathologies et non pas seulement le VIH/SIDA. Celles-ci ont plus ou moins d'incidence selon les lieux et les populations. Les programmes de prévention doivent donc s'adapter à ces variations locales pour ne pas transmettre de l'information « *dans le vide* » même si l'on peut considérer que toute information est importante. Seulement, dans un contexte multi-pathologique,

l'omniprésence de messages et le manque de cohérence entre eux peuvent engendrer des confusions, une saturation de l'opinion et donc une perte d'efficacité.

Par exemple, si les femmes sont nombreuses à connaître les modes de prévention de la malaria, nombreuses sont celles qui continuent toujours à attribuer sa cause au sucre ou aux viandes grasses. De même, si les mères ont des notions sur les causes de la malnutrition infantine, leur perception entraîne des retards dans les traitements et mesures préventives (Barker, 2001). L'épidémie de choléra (été 2011) montre la fragilité sanitaire et le potentiel épidémique du pays¹³⁷. Certaines maladies se développent (diabète) tandis que d'autres possèdent des symptômes¹³⁸ identiques au VIH (paludisme, tuberculose, hépatites) (Koné, Garba Cissé, 2007; Berthé et al., 2009) d'où des difficultés d'appropriation par les populations et médecins (7.3.1.b.)

Le VIH/SIDA et le paludisme

Les habitants de Banconi sont 57.7% à affirmer que le SIDA est mortel et ils sont plus nombreux à nier son existence, à penser qu'il est exagéré ou égal au paludisme. Dès 1999, le SIDA était assimilé au paludisme, son expansion étant due aux conditions mauvaises de la société (Brunet-Jailly, 2000). Action Santé Commune I note que beaucoup d'habitants assimilent toujours la transmission du virus aux moustiques [33].

Les enquêtés de Banconi sont 39.3% à connaître une P.V.VIH. (Faladié 29.7%) avec une visibilité plus ou moins positives (5.1.3.a., 6.1.1.b.). Le SIDA n'est pas perçu comme prioritaire par rapport à d'autres maladies vécues au quotidien¹³⁹.

« Le SIDA n'a jamais existé car avec autant de campagnes sur cette seule maladie qui tue moins que le paludisme. Je n'ai vu aucune personne infectée par le SIDA, ni une personne qui connaît ou qui a vu un séropositif. » [B]

L'incidence du paludisme simple est plus élevée à Bamako (103.63 pour 1000, S.L.I.S. 2009; Ministère de la Santé, 2010). Dans notre enquête, 50.8% des habitants de Banconi étaient atteints de paludisme

¹³⁷ L'Indicateur du Renouveau (27/07/2011), « Le choléra frappe à Mopti et à Tombouctou : 223 cas dont 19 décès
L'Indicateur du Renouveau (29/07/2011), « Épidémie de choléra : La situation sera totalement sous contrôle avant la fin de cette semaine »

Journal du Mali.com (05/08/2011), « Le Choléra de retour au Mali »

Le Républicain (09/08/2011), « Choléra : 419 cas dont 23 décès ont été enregistrés dans les régions de Mopti et Tombouctou »

L'Indicateur du Renouveau (09/08/2011), « Choléra au Mali : La tendance est à la hausse »

22 Septembre (11/08/2011), « Le ministre de la Santé en visite en Cinquième région : Accentuer la sensibilisation et obtenir l'implication de tous contre le choléra »

Journal du Mali.com (18/08/2011), « Urgence Choléra : l'épidémie aux portes de Bamako »

Albatros (29/08/2011), « Epidémie de choléra au Mali : Sabalibougou sous menace »

APA (03/09/2011), « 21 nouveaux décès dus au choléra dans la région de Kayes, à l'ouest du Mali »

Yeko (12/09/2011), « Epidémie de cholera à Ségou: 22 victimes, 3morts »

¹³⁸ Fièvre, maux de tête, toux persistante, douleurs, diminution de la force, diarrhée, vomissement, manque d'appétit, amaigrissement...

¹³⁹ Journal du Mali.com (24/03/2011), « Eau de javel, une amie dangereuse »

Le Républicain (17/05/2010), « Intoxication alimentaire à Dar Salam : Le pire a été évité »

Le Quotidien de Bko (30/04/2010), « Intoxication alimentaire : L'huile frelatée est de retour dans nos assiettes »

Liberté (25/02/2010), « L'huile fabriquée au Mali : Cause de l'impuissance sexuelle »

Journal du Mali.com (20/08/2011), « Huile frelatée: 130 personnes intoxiquées à Koutiala »

L'Essor (15/04/2010), « Sécurité des aliments : ces emballages que l'on néglige »

Le National (23/05/2011), « Produits de contrefaçon : Une menace économique et un danger pour la santé des populations »

Le Combat (20/07/2011), « Des produits alimentaires périmés sur le marché : Tous en danger »

L'Indépendant (25/08/2011), « Vente de produits alimentaires : Les marchés de Bamako transformés en gisements de bactéries »

Le Combat (27/08/2011), « Intoxication alimentaire: L'huile frelatée fait des victimes à Sikasso »

(Faladié 35.2%). Notre terrain confirme cette omniprésence de la maladie [G] [H] [R] [S] [T] [U] [V] [W] :

« *Les membres de ma famille sont rarement malades hormis le paludisme.* » [I] [J]

« *Nous sommes en bonne santé mais nos familles voient souvent des cas de paludisme, de tuberculose ou d'autres infections.* » [K] [L]

Au Mali, la perte de croissance économique annuelle due au paludisme est de près de 20 millions de Francs C.F.A. (30489.80 €, Coulibaly, Keïta, Kuepie, 2008). Pourtant, les bailleurs de fonds restent essentiellement focalisés sur les maladies infectieuses. La lutte contre le diabète est par exemple gérée par la société civile (Martini, Fligg, 2011). Or, certains effets inattendus peuvent se produire lorsque les informations préventives sont trop abondantes ou trop ciblées (relativisme, manque d'intérêts ; Peretti-Watel et al., 2008).

Un lien entre le milieu de vie et les maladies

Un lien fort existe entre la présence de pathologies et de nuisances (7.1.4.b.). Ces dernières augmentent l'assimilation du VIH/SIDA à un mensonge, au paludisme, à son caractère excessif, non mortel et diminue les changements de comportement. Les habitants qui vivent dans un milieu dégradé se sentent moins vulnérables envers le VIH/SIDA (20.5% contre 52.6%). Les habitants qui ont plusieurs pathologies ont moins accès aux campagnes à la prévention.

« *L'homme mourant n'a pas d'oreille.* » = « *Se dit de quelqu'un qui ne s'aperçoit pas qu'il court à sa propre perte malgré tous les bons conseils qu'on lui prodigue.* » (Proverbe Bambara)

Les messages sont perçus comme moins adaptés par les personnes atteintes de multiples pathologies (46.6% contre 61.1%). Subir plusieurs pathologies engendre un sentiment de vulnérabilité moindre vis-à-vis du SIDA, une utilisation moindre et moins fréquente du préservatif.

1.2.3. Le niveau de scolarisation et la perception des messages

« *On apprend toujours quelque chose de nouveau.* »
 = « *Nul ne peut prétendre tout connaître.* » (Proverbe Bambara)

Les programmes de masses (radio, télé, panneaux...) doivent pouvoir être compris par l'ensemble de la population. Seulement, les campagnes d'Information-Education-Communication (I.E.C.) posent des questions sur leurs adaptations pour les personnes déscolarisées ou non scolarisées qui restent sous-informées ([3]; Fig. 61). Les personnes non scolarisées sont 82.7% à connaître le VIH/SIDA contre 95.5% pour les personnes qui ont un niveau au-delà du primaire. Des doutes apparaissent sur l'usage trop systématique de campagnes de masse (6.1.1.b.).

	A accès aux campagnes	N'a pas accès aux campagnes	Ne sait pas		Connait l'un des slogans	Ne connaît aucun slogan
Non scolarisé	62.4 %	28.3 %	9.3 %	Non scolarisé	16.4 %	83.6 %
Primaire	79.3 %	17.8 %	2.9 %	Primaire	33.3 %	66.7 %
Secondaire	84.7 %	13 %	2.3 %	Secondaire	41.6 %	58.4 %
Supérieur	86.9 %	9.7 %	3.4 %	Supérieur	58 %	42 %
TOTAL	79.5 %	16.1 %	4.3 %	TOTAL	40.2 %	59.8 %

Figure 61: Lien entre le niveau de scolarisation et l'accès aux campagnes de prévention et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA pour les deux quartiers

Les avis positifs envers les organisations internationales sont plus bas pour les personnes faiblement scolarisées (35.5% / 47.7%) et supérieurs pour l'avis négatif (11% / 4.9%).

Le manque d'accès aux campagnes de prévention (mis à part la radio) pour les personnes à faible niveau scolaire fait qu'elles ont un faible sentiment d'adaptation. Le niveau scolaire augmente le sentiment d'adaptation des messages et la langue « clé » d'appropriation des slogans est le français. Les enquêtés illettrés sont seulement 17.2% à connaître l'un des slogans (50.4% pour les autres langues).

Les personnes faiblement scolarisées ont moins d'interlocuteurs pour échanger sur la sexualité, plus d'opinions erronées sur la maladie et un sentiment de vulnérabilité plus faible (16.3%, secondaire 30.1%). Elles sont 25.7% et 23.9% à ne pas connaître les modes de transmission et de protection et assimilent plus l'origine du SIDA aux « Blancs ». La scolarisation augmente la connaissance du porteur sain et des médicaments pour prolonger la vie des malades (38.3% contre 82.5%).

Si les messages semblent perçus, les populations qui ont le plus de capacités d'intégration et celles qui possèdent déjà des connaissances sont celles qui sont le plus touchées par les campagnes. Cela crée une « pyramide inversée » [23].

Si le taux de personnes qui ont entendu parler de l'épidémie est important et si la prévalence a diminuée¹⁴⁰, les taux « réels » de connaissance parfaite du virus¹⁴¹ ([48]; White et al., 2009; Ministère de la Santé, 2006) restent faibles (6.1.1.). Ce dernier taux montre que la situation reste dangereuse vis-à-vis du VIH/SIDA dans un pays où les modes de transmissions quotidiens sont nombreux (coiffeurs, pédicures, tatouages, excision; 6.2.1.). La proportion de jeunes qui n'adoptent pas de protection et qui ne disposent pas de bonnes informations demeure élevée (Gakou, Sauvain-Dugerdil et al.).

« *Nous ne croyons pas trop au SIDA. Nous n'avons pas vu de séropositifs.* » [Q] [R]

« *Même si le SIDA existe, il n'existe pas en Afrique. Dans les années 80, tous les jeunes Maliens étaient vacciner par le pistolet, c'est dire que l'on a vacciné un grand nombre de personne avec une seule aiguille. Et aujourd'hui je ne vois pas encore de séropositif.* » [C]

Beaucoup de personnes pensent que le SIDA est faux ([7], [W] White et al., 2009; Castle, 2003), qu'il s'agit là de « paperasseries » [48] et que les acteurs en ont « suffisamment parlé » [21].

1.2.4. De très nombreuses rumeurs entourent le VIH/SIDA

Si les campagnes I.E.C. ne sont pas précises, les populations peuvent être amenées à prendre de mauvaises décisions (Barker, 2003). L'une des difficultés de communiquer sur la santé est la très forte présence de rumeurs. Un « bouillon de croyance » sur le sexe et la santé maternelle existe (Boileau, 2007; Gage, 2007). Pour preuve, la planification familiale « favoriserait » la prostitution (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999).

« *Il y a moins de rumeurs, les personnes savent l'existence du SIDA.* » [18]

¹⁴⁰ Même si les chiffres sont à nuancer. (7.3.2.d.)

¹⁴¹ Seuls 22% des hommes et 18% des femmes ont des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les idées fausses sur la transmission du virus (Ministère de la Santé, 2006).

Si un acteur déclare que les rumeurs disparaissent peu à peu sur les préservatifs ou les « *Blancs* » [7], certaines persistent toujours comme sur la « *fiabilité des préservatifs* » [M] [N]. Le « *manque d'information* » et croyance de l'existence du VIH [S] [T] [U] expliquent cette prégnance de rumeurs :

« *Les marabouts ont beaucoup dits que les préservatifs étaient infectés.* » [34]

« *A force de porter le préservatif, cela crée l'impuissance. (Un routier ayant soi-disant eu l'info par un agent de santé)* » [5]

« *Le SIDA est une maladie manipulée, il n'est pas vrai, le préservatif porte le virus.* » [K] [L] [E] [F]

« *Le SIDA tue mais les préservatifs sont contaminés !* » [I] [J]

« *Le SIDA est le paludisme aggravé dont la médecine moderne est incapable de soigner. [...] La capote est la preuve que le SIDA est mensonge pour pouvoir la vendre. Je ne l'ai jamais porté mais on dit que ça rend l'homme impuissant sexuellement. Je n'ai pas encore vu un préservatif féminin.* » [B]

Les rumeurs sont très présentes dans la société malienne (santé, SIDA, sexualité¹⁴²). Elles sont souvent relatées dans la presse malienne comme l'huile qui occasionne l'impuissance sexuelle¹⁴³, les « *voleurs de sexe* »¹⁴⁴ ou les controverses autour des différentes « *utilisations* » du cube alimentaire de marque Maggi¹⁴⁵.

Certaines rumeurs, toujours présentes, datent de l'apparition même de l'épidémie¹⁴⁶ (Diarra, Fay). D'autres assimilent le SIDA à la mafia (focus group à Banconi, 2010). Ces anciennes rumeurs n'ont jamais été éradiquées et reviennent périodiquement notamment dans les milieux analphabètes [5]. Nous ne stigmatisons pas les personnes analphabètes car elles ne sont pas les seules à posséder de fausses informations (Castle, 2003).

En plus de la persistance d'anciennes rumeurs, de nouvelles apparaissent comme l'utilisation avec plusieurs clients des préservatifs féminins par les prostituées (6.1.1.a.). Voilà quelques exemples de « *nouvelles* » rumeurs :

« *Pour certains, une rumeur cours sur le fait qu'il est trop de sang prélevé lors du dépistage ou sur l'existence d'un commerce du sang.* » [34]

« *Un enfant est né à Gabriel Touré avec un préservatif dans ses mains.* » [5]

L'une des difficultés dans l'appropriation du VIH/SIDA est le mystère qui a entouré son arrivée.

Les rumeurs sont plus présentes chez les hommes, les étrangers et le quartier de Banconi (53.8% Faladié 24%). Si la taille du réseau familial influe dans la circulation de rumeurs, ce n'est pas le cas pour le réseau amical. Les membres associatifs sont moins sujets aux rumeurs comme les personnes qui ont

¹⁴² Le Combat (03/06/2011), « Lu vous pour vous : Pourquoi les vrais Peulhs sont maigres ? La science explique » Bamako Hebdo (14/05/2011), « Incroyable mais vrai à la clinique Guérison de Sébénicoro : Makouta Camara accouche par césarienne après une grossesse de 16 ans »

Le Combat (20/07/2011), « Découverte scientifique et... mystère : Le mariage protège du cancer »

¹⁴³ Liberté (25/02/2010), « L'huile fabriquée au Mali : Cause de l'impuissance sexuelle »

¹⁴⁴ 22 Septembre (14/06/2010), « Touba : le retour des voleurs de sexe ? »

22 Septembre (06/01/2011), « Incroyable mais pourtant vrai : Un voleur de sexe conduit au 10ème par la clameur publique »

¹⁴⁵ Ciwara Info (10/06/2010), « Cube Maggi communément appelé « Nadjini » : Est-il réellement nocif à la santé des consommateurs? »

Afrik.com (04/2008), « Le cube Maggi, pour des fesses rondes et sexy »

¹⁴⁶ Responsabilité des « Toubabouts » dans l'origine du virus (5.1.2.d.), la Chine ne connaît pas le SIDA...

confiance dans les agents de santé du pays. Un accès aux soins corrects via la médecine privée diminuent la présence des rumeurs contrairement aux médecins de C.S.COM. ou traditionnels.

En revanche, les habitants qui subviennent difficilement à leurs besoins et qui vivent au sein d'un mauvais voisinage sont plus nombreux à être influencés par les rumeurs.

Si le français diminue la présence de rumeurs et si le bamanan n'augmente pas le nombre de rumeurs, les autres langues sont en revanche très influencées.

Un bon accès aux programmes d'éducation et de santé et aux campagnes de prévention diminuent l'emprise des rumeurs. Les rumeurs sont dangereuses car les habitants qui reçoivent leurs « connaissances » via les rumeurs sont 43% à trouver les messages de prévention adaptés (55.6% pour les autres canaux). Nous l'avons vu, les rumeurs sont nombreuses et variées donc très difficiles à contrecarrer.

Les habitants confrontés aux rumeurs sont plus nombreux à considérer le SIDA inexistant, excessif, non mortel, lié au paludisme et aux « Blancs ». Ils se sentent moins vulnérables et préfèrent éviter de côtoyer quelqu'un d'infecté.

Les rumeurs diminuent l'utilisation des préservatifs et augmentent l'acceptation d'avoir une relation sexuelle sans préservatif avec un partenaire qui refuse de le porter.

1.2.5. Les problèmes d'accès à l'information et la fragilisation de la femme : exemples des aides familiales et domestiques

La situation des aides familiales et domestiques montre que la société malienne est en plein bouleversement social et que ces bouleversements ont des conséquences en matière de prévention.

Bamako est le centre d'attraction pour le reste du pays (promotion sociale, modernité, opportunités), le site des « nouvelles idées et choses » (Schulz, 2007) d'où de nombreuses migrations. Certaines peuvent être temporaires comme pour les jeunes filles rurales plus communément appelées « 52¹⁴⁷ ». Ces jeunes filles viennent en ville pour grossir leur dot ou subvenir aux besoins familiaux car les conditions de vie sont difficiles dans le monde rural (pression sur les jeunes) : « les aides familiales quittent leur village et ne connaissent rien à la ville. Elles ont beaucoup de relations avec les jeunes et peuvent ramener le SIDA au village » [43].

Si beaucoup de migrations sont temporaires, force est à constater que celles-ci deviennent de plus en plus longues, importantes voire définitives (Diallo et al., 2007) à tel point que les futurs migrants apprennent des rudiments du bamanan avant leurs départs pour améliorer leur intégration.

Les jeunes filles sont malheureusement quotidiennement confrontées à l'exploitation, la maltraitance, à l'humiliation et aux abus sexuels (mari de la patronne, fils, gardien...). Pis encore, le contexte malien ne leur permet pas d'échapper aux conséquences des violences subies (Bouju, 2008). Des articles de presse évoquent également la « prise de pouvoir » des aides familiales sur le mari du ménage¹⁴⁸.

¹⁴⁷ « 52 » : Expression qui joue l'homophonie entre le nombre cinquante-deux en français et l'expression bamanan « san-kaw-den » qui signifie les « enfants des gens de la ville de San. » (Boujou J., 2008)

¹⁴⁸ Aurore (03/06/2010), « Aide-ménagères dans les grandes villes : Le mal des femmes de foyers » Bamako Hebdo (12/02/2011), « Un phénomène inquiétant à Bamako : Ces bonnes qui piquent les maris de leurs patronnes » Le Prétoire (23/05/2011), « Fait divers : La bonne de maison et son «patron» » Nouvelle Libération (30/05/2011), « Filles de ménage : Entre le patron et la patronne » Le Républicain (20/06/2011), « Secret de femme : La revanche des « 52 » sur les Bamakoises » L'Essor (03/08/2011), « Secret de femme : Bamako, où sont tes "52" ? »

Les jeunes filles peuvent aussi avoir des relations avec des partenaires sexuels en échange d'argent ou de cadeaux d'où de forts dangers de transmission du VIH/SIDA¹⁴⁹. D'ailleurs, les propres familles des jeunes villageoises n'hésitent pas à les inciter à se « *débrouiller* » avec des copains « *comme toutes les filles de son âge* » pour subvenir à leurs besoins (Grange Omokaro, 2009). Les enfants doivent aujourd'hui soutenir financièrement la famille et donc accepter des emplois difficiles ou peu gratifiants (C.E.M.AF., 2007). L'ensemble de la population est concernée et responsable de ce phénomène : les chefs de village ne font rien contre l'exclusion des jeunes filles, les patrons de bars les exploitent et les hommes qui abusent d'elles considèrent qu'elles ont choisies la prostitution délibérément. Le manque d'autorité des parents est ciblé avec une dégradation des valeurs morales (Rosenmayr, 1998).

Cet exemple montre que les messages de prévention doivent continuellement s'adapter au contexte social et lutter contre la stigmatisation comme l'idée d'une féminisation de la maladie.

1.3. Une stigmatisation en recul mais toujours sous-jacente

« *On ne sait plus qui ou n'a pas le SIDA à cause des bons traitements A.R.V..* » [42]

Cette stigmatisation est présente à plusieurs échelles et dans plusieurs milieux (travail, famille, communauté). Elle se répercute au quotidien sur l'accueil en famille d'une personne malade ou l'achat de marchandises à une personne porteuse du virus.

1.3.1. La stigmatisation des P.V.VIH. Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

La stigmatisation d'une maladie et de ces malades témoigne du niveau d'acceptabilité de la société. Le rejet des malades peut retarder le recours au dépistage. Pour lutter contre l'idée que le SIDA n'existe pas, la visibilité des personnes infectées est cruciale (Castle, 2003). Elle augmente le sentiment de vulnérabilité (60% contre 46% pour ceux qui n'en connaissent pas) et la connaissance des traitements (78.3% contre 60%).

a) L'acceptation et la visibilité des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.)

Les premiers programmes de prévention ont été catastrophiques et ont occasionné le rejet des personnes vivant avec le VIH/SIDA. C'est malheureusement toujours le cas aujourd'hui [34] notamment en zone rurale même si tous les acteurs ne sont pas d'accords [7] [27]. Un d'entre-eux note que les personnes ont tout juste compris que le SIDA concernait les personnes immorales [15] : « *beaucoup de personnes ne croient pas encore au SIDA. Nous allons dans les écoles, sur les marchés pour informer.* » [50]

En 2009, une session du Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA (H.C.N.L.S.) a permis au Réseau Malien des Associations des Personnes vivant avec le VIH/ SIDA (R.M.A.P. +) de rapporter de très nombreux cas de stigmatisation, au travail, dans les familles ou dans la communauté (RMAP +,

¹⁴⁹ Le Républicain (30/08/2010), « Aides ménagères : Quand la maternité porte malheur »
Le Républicain (16/06/2010), « Echos des régions, Sikasso, problématique des filles-mères : la démission des parents »
Maliweb (29/03/2011), « Pourquoi tant de filles mères ? »
Bamako Hebdo (23/05/2010), « Les filles-mères : Un drame social en voie de banalisation »

2009). Malgré d'importants efforts, les programmes de lutte contre le rejet sont à renforcer, la presse relate également de nombreux cas notamment lors d'ateliers ou de festivals¹⁵⁰.

Cette stigmatisation a plusieurs conséquences. Elle alimente l'épidémie et fait obstacle à la prévention et à la prise en charge. Elle maintient le silence sur le VIH/SIDA, renforce la marginalisation des personnes touchées par le VIH/SIDA et enfin, décourage l'adhésion des personnes aux associations de P.V.VIH. En somme, les P.V.VIH. apparaissent souvent seulement comme un problème plutôt qu'une partie de la solution (6.1.1.b.).

La visibilité des P.V.VIH. entraîne une meilleure acceptabilité de la maladie. Les habitants sont alors plus nombreux à accepter d'accueillir quelqu'un de malade du virus à leur domicile mais, à contrario, plus nombreux à souhaiter que les P.V.VIH. conservent leur statut de séropositif secret (21.4% contre 11.4%).

« Les causeries débats appuyées d'images, de témoignages touchent une couche importante de la population. Pour que la population est une conviction profonde de l'existence du virus, il faut des cas concrets. » [66]

« On peut tout faire avec les sidéens ! » [9] (Une prostituée rencontrée dans une organisation)

Il n'existe pas de distinction de genre ou d'âge sur le fait de devoir garder secret ou non la maladie. Le réseau amical n'a pas d'influence mais un réseau familial restreint augmente la demande du statut secret (45.8% contre 30.1%). Les enquêtés qui considèrent leur état de santé comme important souhaitent davantage être informé du statut des habitants.

Les maliens sont plus ouverts que les maliennes à la révélation du statut (Ministère de la Santé, 2006). 66.1% des hommes de Banconi (Faladié 73.8%) souhaitent que les P.V.VIH. informent la famille et la communauté. Considérer une maladie comme, « normale », libère les personnes pour témoigner sans avoir peur d'éventuelles brimades, c'est un enjeu important de prévention. Beaucoup d'associations de P.V.VIH. se créent d'où de nombreux témoignages. Ces derniers facilitent le travail des acteurs de prévention [36] [49].

Si des évolutions positives sont à noter, relativement peu de personnes ont des attitudes tolérantes à l'ensemble des attitudes proposées, alors même, qu'elles sont nombreuses à répondre à chacune des propositions individuellement (Fig. 62). Tout comme la lèpre, plus la maîtrise de la maladie est possible, plus l'état de santé de la population locale qui était pris comme une menace ne sera plus écarté mais combattu et éliminé (Bargès, 1997) d'où la nécessaire visibilité des malades.

¹⁵⁰ SND (2003), « Fadima Koné, jeune femme infectée par le VIH/Sida, témoigne à visage découvert »

Le Monde (08/06/2007), « Sida au Mali : "J'ai essayé de le dire à mon mari..." »

Le Républicain (05/05/2009), « VIH/Sida : Les réalités visibles du Sida inquiètent encore ! »

Le Républicain (12/02/2010), « VIH/Sida au Mali : La stigmatisation, une nouvelle menace »

L'indicateur Renouveau (12/02/2010), « Le VIH Sida s'invite au festival sur le Niger : La discrimination et la stigmatisation en cause »

L'indicateur Renouveau (11/12/2010), « Vih/Sida au Mali : La situation des femmes et des filles reste préoccupante »

L'Indépendant (26/01/2011), « Les affres et déboires des malades du sida au Mali : Les séropositifs entre stigmatisation et ruptures répétées des antirétroviraux »

Le Ségovien (09/02/2011), « Enjeux de la lutte contre le SIDA : les festivaliers dénoncent la stigmatisation »

	<i>Seraient prêtes à s'occuper chez elles d'un parent vivant avec le VIH/SIDA</i>	<i>Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH/SIDA</i>	<i>Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH/SIDA ce qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner</i>	<i>Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/SIDA</i>	<i>Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérances</i>
Femmes					
<i>Mali</i>	72.1	26.3	46.9	41.9	7.9
<i>Bamako</i>	84.1	47.2	72.9	41.5	17.2
Hommes					
<i>Mali</i>	88.6	36.7	48.6	45	13.4
<i>Bamako</i>	93	56.4	63.1	46.6	23.9

Figure 62: Attitudes des femmes et des hommes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Mali en 2006 (Ministère de la Santé, 2006)

Les habitants de Faladié sont plus ouverts que Banconi et la moyenne bamakoise (E.D.S.M. IV) quant au fait de divulguer son statut séropositif (88%, 81.7%, 84.1%). Si les différences sont minimes, elles existent et montrent que la visibilité des P.V.VIH. à l'échelle locale est importante. Pour cela, l'association A.F.A.S./A.M.A.S.¹⁵¹ est décentralisée à chaque régions.

Quant au fait d'accueillir chez soi une personne infectée, les taux sont sensiblement équivalents entre nos deux espaces, les chiffres de Bamako et l'E.D.S.M IV (Banconi 83.9% / Faladié 88.6% / E.D.S.M. 93%).

« Lors de l'annonce, j'ai eu le cœur déchiré, chaque année, je faisais un bilan complet et j'étais toujours négative. Ma fille a dit que ça ne faisait rien par contre son petit frère lavait la douche après moi, il ne voulait même plus me toucher de peur d'être contaminé, j'ai voulu partir. » [54]

b) Une stigmatisation médicale ?

Une stigmatisation plus large que le VIH/SIDA est présente, sur l'existence de « *malades africains* », « *peu persévérants* », « *indisciplinés* », « *récalcitrants* », s'autorisant une « *marge de manœuvre* » dans les prescriptions : « *à défaut de pouvoir apprendre à équilibrer (les repas), on limite [...]. Interdire, c'est une façon de les éduquer. Sinon les patients vont dire : même le médecin m'a dit que je peux prendre un fruit et ils vont abuser* » (Un médecin in Gobatto et al., 2010). Le recours à l'automédication, aux « *pharmacies par terre* » (Jaffré, 1999, 7.1.2.b.) est important mais dangereux (qualité, contrôle des médicaments¹⁵²).

¹⁵¹ Association des Femmes d'Aide et de Soutien aux Veuves et Orphelins du VIH/SIDA / Association Malienne d'Aide et de Soutien aux personnes vivant avec le SIDA

¹⁵² Bamanet (13/01/2010), « Pharmacie par terre : Les médicaments déconseillés »

Le Républicain (11/05/2010), « Dr Nouhoum Coulibaly, président de l'Ordre des pharmaciens : « Il y a trop de grossistes au Mali » »

L'Indépendant (18/05/2010), « Médicaments contrefaits : Le Rallye sur Bamako lancé »

Le Républicain (30/05/2010), « Contrôle des médicaments : L'ordre des pharmaciens interpelle les autorités »

Bamanet (19/07/2010), « Sous-direction des Enquêtes douanières : Plus de 3 300 000 comprimés importés frauduleusement saisis »

Journal du Mali.com (28/09/2010), « Faux médicaments : quand le paracétamol tue des bébés en Afrique »

L'indicateur Renouveau (29/09/2010), « Contrôle de qualité des médicaments : « Près de 100 bébés sont décédés après avoir absorbé du faux sirop ... » »

Le National (17/01/2011), « Pharmacie par terre : La drogue à vil prix »

Le Coq Cocorico (10/03/2011), « Lutte contre la fraude : Des médicaments d'une valeur de plus de 60 millions de FCFA saisis par les agents des Douanes de Kouremalé sur un homme à...trois nationalités ! »

Le Challenger (15/03/2011), « Affaire dite des médicaments périmés à Diré : Une conspiration des élus contre la population ? »

Le Combat (24/03/2011), « Santé publique au Mali : Des médicaments obsolètes et dangereux en vente libre dans nos pharmacies »

Le Challenger (01/04/2011), « La nébuleuse des médicaments périmés : 4 mois de sursis aux responsables du Redecoma de Diré »

Beaucoup d'habitants (en Afrique et ailleurs) développent une « *théorie persécutive du mal* » (Zempléni, 1975 in Marie, 2007) qui assigne la responsabilité des malheurs à un autre que soi. Au Mali, la « *Grande Maladie* » (« *banaba* » en bamanan) a mauvaise réputation car ses manifestations sont contraires aux normes sociales (aspect physique). Mais, c'est principalement les fautes sociales que la maladie représente qui sont importantes. 8.7% des habitants de Banconi et 14.3% de Faladié lient l'origine du SIDA aux conditions sociales. Derrière la « *faute de l'autre* » se cache toujours la responsabilité du malade (personnalité, comportement) qui vont déclencher sa maladie (Bargès, 1996).

« *Dieu est indifférent au mal que nous commettons.* »

= « *Chacun est responsable et récolte ce qu'il a semé.* » (Proverbe Bambara)

Certains jeunes des groupes de discussions considèrent que seules les personnes qui mènent une vie de débauche ont le SIDA (Faladié, 2010): « *un séropositif doit être puni car c'est une maladie qu'on attrape que par le rapport sexuel. Ce serait un moyen de freiner l'adultère ou l'infidélité.* » [D2]

c) Une stigmatisation territoriale

La prise en charge des sidéens ne se faisait auparavant que dans les Unités de Soins, d'Accueil et de Conseils (U.S.A.C.), les hôpitaux nationaux¹⁵³ ou au Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.). Désormais, la décentralisation va s'effectuer aux C.S.COM.. Cette assimilation de lieux (C.E.S.A.C., U.S.A.C....) aux sidéens n'incitait pas les populations à aller se faire dépister d'où la création des Centres de Dépistage Volontaires et la décentralisation. La situation géographique du C.E.S.A.C. est intéressante car accessible (en plein centre-ville) mais délicate car très visible... Les U.S.A.C. ont été créés dans les communes de Bamako pour améliorer l'accès des habitants au dépistage et à la prise en charge. Seulement, tout comme pour l'accès aux préservatifs, la proximité géographique est également un inconvénient car les personnes ne souhaitent pas être vues. Cette question de l'appropriation et de la visibilité des lieux est liée à l'identité et l'existence sociale comme pour la population lépreuse (Bargès, 1998).

La stigmatisation existe aussi sur les compositions et structures des quartiers que cela soit à Mopti¹⁵⁴ (Dorier-Apprill, Van Den Avenne, 2001) ou à Bamako où le quartier de Banconi est perçu comme pauvre, composé de bandits et de voleurs...

Les habitants de Banconi sont plus nombreux à connaître une personne atteinte du SIDA (199, Faladié 150). Connaître une P.V.VIH. double le recours au dépistage. Les séropositifs sont présents à Banconi (1.2%, Faladié 2.2%). D'après la Coordination des Associations Féminines et O.N.G. (C.A.F.O.) et le C.E.S.A.C., beaucoup de personnes sont infectées à Banconi notamment les enfants [29]. Les sous-déclarations sont importantes ([33]; Ministère de la Santé, 2006).

Le National (29/04/2011), « Médicaments de la rue ou « pharmacies par terre » : Un danger pour la santé »
Le Matin (05/05/2011), « Affaire médicaments périmés à Diré : Le juge stagiaire se fend d'un verdict « injuste » »
Nouvelle Libération (20/05/2011), « Pharmacie CHU Gabriel Touré : On vend des médicaments non autorisés »

¹⁵³ Du fait de la stigmatisation et de la peur entourant la maladie, le centre sidéen de l'hôpital du Point G s'est trouvé en périphérie de l'enceinte de l'hôpital.

¹⁵⁴ « *Les fils des grandes familles de Komoguel disent ne pas fréquenter les filles des quartiers de Mossinkoré et Bougoufié, qui seraient toutes des « vendeuses de beignets et de bouillie », pas plus qu'ils n'en fréquentent les autres jeunes, tous soi-disant « réparateurs de mobylette ». Quant aux fils des familles autochtones, ils sont perçus comme des paresseux, des rentiers, contrairement aux étrangers perçus comme plus entreprenants en ville.* »

d) La lutte contre la stigmatisation

La loi spécifique au VIH (2006, N°06/028) renforce malheureusement la stigmatisation et la discrimination en alimentant les idées reçues sur l'immoralité et la « criminalité » des P.V.VIH.¹⁵⁵ Cette loi a été largement diffusée (brochures, affiches) par le R.M.A.P., le H.C.N.L.S. ou la ligue des juristes pour le développement et droits humains des P.V.VIH.¹⁵⁶

L'Onusida travaille sur la modification de deux articles [36] pour s'adapter à l'évolution de la place des P.V.VIH. dans la société. Pour le moment, une P.V.VIH. peut être pénalement poursuivie alors qu'elle a pris soin de réduire les risques de transmission. La lutte contre la stigmatisation doit se faire à la plus haute échelle du pouvoir¹⁵⁷. Des trois bailleurs de fonds, seule la Banque Africaine de Développement (B.A.D.) oriente ses appuis et financements pour les droits et VIH (Ungass, 2008).

1.3.2. La féminisation de la maladie : une stigmatisation de « genre » ?

Au Mali, les deux genres se rejettent la responsabilité de l'épidémie. L'idée d'une féminisation de la maladie est évoquée dans les rues mais aussi lors de la Conférence VIH/SIDA de Bamako (2007) par un journaliste.

« Les analphabètes pensent encore que ce sont les femmes qui sont séropositives. Les hommes malades renvoient leurs femmes. » [54]

Pour un responsable d'A.F.A.S./A.M.A.S., si les femmes sont plus nombreuses à être contaminées, c'est parce qu'elles sont « plus nombreuses à aller dans les centres de dépistages et plus courageuses que les hommes, qui cachent leur maladie ». Certains hommes séropositifs consultent et se fournissent en médicaments dans d'autres unités de soins. Ces derniers cachent leurs médicaments et les prennent souvent sous la douche [48]. De nombreux maris abandonnent leurs femmes séropositives et leurs enfants et/ou ne leurs « donnent plus à manger ». Les maliennes s'occupent plus facilement de leurs maris [50]. Cela pose la question de la non-divulgateion de son statut à son conjoint : « je l'ai annoncé à ma femme qui l'a annoncé à sa famille et ils ont demandé le divorce. Ma famille m'a aussi rejeté, j'ai vécu deux ans avec de nombreuses maladies opportunistes. Avec le traitement, j'ai repris rapidement des forces, j'ai repris une activité et après ça, ma famille et belle-famille sont revenus vers moi, des intervenants sont venus me voir pour que je reprenne ma femme. Le souci est que vu que j'allais mieux, ma famille et belle-famille ne croyaient pas en l'existence du SIDA. Ma femme est tombée malade et notre enfant est décédé, elle a été mise sous ARV. » [50]

Lorsque qu'un couple vient au C.E.S.A.C., les conséquences du statut séro-concordant/séro-discordant sont évoquées. Seulement, lorsque la femme est contaminée, le mari refuse souvent le dépistage [48]. De manière générale, le taux de refus des hommes au dépistage est plus grand (8.9% Femmes 6.5%, Ministère de la Santé, 2006).

¹⁵⁵ <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1651>

¹⁵⁶ http://data.unaids.org/pub/Report/2010/mali_2010_ncpi_fr.pdf

¹⁵⁷ L'Indépendant (29/10/2010), « A.T.T. au lancement de la campagne de vaccination contre la poliomyélite à Sénou : " Les parents qui refusent de faire vacciner leurs enfants répondront de leur infirmité " »
L'Essor (29/04/2010), « Vaccination : Ceux qui ne voulaient pas »

Le Samu Social qui soutient les enfants de la rue confirme que le dépistage est toujours plus aisé avec les jeunes filles alors que de nombreuses séances de counseling sont nécessaires pour les jeunes hommes [3].

La « *sexospécificité* » de la maladie existe également pour la tuberculose, pathologie perçue comme masculine. Elle entraîne une double stigmatisation : celle des hommes comme groupe à risque et celles des femmes atteintes d'une maladie masculine (Berthé et al., 2009).

S'il existe un « *laisser-aller* » dans la gestion des ordures (institutions, populations), les femmes sont particulièrement montrées du doigt (Simard, De Koninck, 2001).

a) Les femmes et l'argent

« *La beauté d'un homme est dans sa poche.* » (Proverbe Bambara)

L'argent est synonyme de prestige et de capital social (Vuarin, 1994) notamment lors des cérémonies familiales et amicales (baptêmes, mariages...). Cette « *économie sociale* » n'est pas à négliger car elle est très importante socialement et économiquement, les sommes en jeu sont hautes. Cette monétarisation sociale n'est pas spécifique au Mali et aux femmes mais à la société tout entière (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). La tradition de « *permission* » à l'accès à la sexualité (dot) est moins présente de nos jours.

De nos jours, les parents ne gèrent plus les dépenses des enfants qui doivent eux-mêmes se prendre en charge (Gueye, Castle, Konaté, 2001). De nombreux débats radio, histoires populaires, pièces de théâtres, articles de presse ou chansons¹⁵⁸ tournent autour de la femme cupide (Schulz, 2007).

La féminisation de la maladie est en partie liée à la précarité économique des femmes qui, dans certaines situations (notamment en milieu urbain), s'adonnent à de « *mauvais* » comportements¹⁵⁹ (prostitution ; [46], Solbeck D.E., 2010; Boileau C., 2007). Pour un acteur rencontré, « *40% des filles négocient leurs rapports sexuels* » [28]. Un ensemble d'acteurs (parents, jeunes, institutions politiques, O.N.G., religieux...) présents à un atelier sur la recherche en santé sexuelle à Bamako (2005) notait que « *la démocratie et la pauvreté sont à l'origine de tous les vices* » (Grange Omokaro, 2009).

Certains comportements (échange rapport sexuel/argent) ne sont pas perçus comme de la prostitution mais comme un nouveau système de relations causales notamment en milieu urbain (Brand, 2000). L'amour « *sous-jacent* » permet de rendre cette pratique normale et non-choquante.

A la question « *est-il correct de donner de l'argent ou un cadeau à sa (son) partenaire après une relation sexuelle?* », il existe peu de variations entre Banconi (19%) et Faladié (22%). Les hommes et les jeunes (15-34 ans) perçoivent plus cette pratique comme normale (hommes 23.8% / femmes 15.7% ; jeunes 23.9% / 2.7% pour les plus de 34 ans). Les célibataires ont le même sentiment (26.3%, 13.9% pour les

¹⁵⁸ « Les gars, écoutez mon fléau... Les filles ne savent plus ce qu'est l'amour, elles ont des choses en tête... La beauté n'a plus de valeur, quelque part l'amour se meurt, bon alors, éloigne toi si tu n'as pas de fric... Malheureux cette vie de débauche à laquelle les filles s'accrochent. [...] Les filles ne pensent qu'à l'argent, en amour même plus de sentiments. » (Boom, groupe de rap malien in Grange Omokaro, 2009)

¹⁵⁹ Le Républicain (21/10/2010), « Secret de femme : « Bamako : attention aux autos stoppeuses arnaqueuses » » Bamako Hebdo (12/06/2010), « Les techniques des ivoiriennes pour arnaquer les hommes »

couples mariés). D'ailleurs, les questions d'argent, de cadeaux ne sont pas inexistantes au sein du couple¹⁶⁰.

b) Le sexe en échange de cadeau(x) : de la prostitution ?

La prostitution, le libertinage se retrouvent au quotidien pour assurer certains besoins essentiels ou de prestiges (motos, MP3, téléphones ; Unwomen, 2003) avec une mercantilisation des relations accrue en ville (Vuarin, 1994). Le cadeau est un symbole de la qualité de la relation sociale (C.E.M.AF., 2007). Dans le milieu scolaire, l'expression « *N.S.T. = Notes Sexuellement Transmissibles* »¹⁶¹ signifie la négociation des notes.

Nous pouvons distinguer deux catégories de « *travailleuses du sexe* » (Soutoura-Unaid, 2008).

Les « *Travailleuses du Sexe Officielles* » (T.S.O.) souvent originaires de la sous-région et enregistrées par les services des mœurs de la police et qui sont rattachées à une maison close (déclarée sous le nom d'hôtel ou de bar-restaurant). Elles y paient un « *loyer* » à la journée (2000 à 7500 Fcfa soit 3.05 € et 11.83 €).

Les « *Travailleuses du Sexe Clandestines* » (T.S.C.) qui vivent généralement en famille, sont d'origine malienne même si l'on trouve de plus en plus d'étrangères. A Bamako, plus de treize nationalités différentes de prostituées ont été enregistrées (maliennes 50%, nigériennes 35%, guinéennes 5%...). Les autres nationalités sont présentes mais en moindre proportion¹⁶² (Soutoura-Unaid, 2008). La stigmatisation de certaines nationalités existe dans la presse malienne ou dans la société. La migration de nigériennes, guinéennes ou ivoiriennes¹⁶³ est souvent forcée. Ces jeunes filles sont moins bien protégées que dans les maisons closes et sont victimes des rafles régulières de la police. Les prostituées clandestines sont aussi appelées « *Jakarta cellulaire JTH* ¹⁶⁴ », « *chic, chèque, choc* ¹⁶⁵ », « *sponsors* » ou « *3V* » (« *Villa, Vidéo, Voiture* »).

¹⁶⁰ Le Républicain (09/05/2010), « Secret de femme : Le pouvoir de l'argent »

L'Essor (7/05/2010), « Vie de couple : les vertus du cadeau »

Le Républicain (09/08/2010), « Secret de femme : Célibataires pingres mais plus rassurants »

Le Républicain (13/12/2010), « Secret de femme : L'argent dans le couple »

Le Républicain (17/02/2011), « Secret de femme : Le danger de monnayer son amour »

¹⁶¹ L'indicateur Renouveau, 09/10/2009, « Université de Bamako : La prostitution à ciel ouvert »

Le Républicain, 16/12/2009, « Facultés : La prostitution gagne les bancs »

Avenue 223 (22/04/2010), « Relations d'amour entre enseignants et étudiants : peut-on l'interdire ? »

Lafia Révélateur (07/01/2011), « L'inquiétude de certains parents des filles de Tombouctou étudiant dans les Universités de Bamako »

Abderrahmane Sissako, « Notes Sexuellement Transmissibles », Scénarios d'Afrique, http://www.dailymotion.com/video/x8yqlv_scenarios-d-afrique-notes-sexuellem_shortfilms

¹⁶² Moins de 5% de Burkinabés, Sénégalaises, Ivoiriennes Ghanéennes, Camerounaises, Béninoises, Sierra Léonaises, Togolaises

¹⁶³ Le Prétoire (03/03/2011), « Et si on en parlait : Prostitution à Bamako : Quand les étrangères perdent le terrain »

BBC Afrique (30/09/2010), « Mali: des nigériennes dans la prostitution »

All Africa.com (01/10/2010), « Nigeria: Thousands of Trafficked Girls found in Mali Slave Camps »

Nouvelle Libération (21/04/2011), « Répercussions de la crise ivoirienne au Mali : Des Ivoiriennes «gâtent le coin» à Bamako ! »

Le Combat (13/03/2011), « Les effets collatéraux de la crise ivoirienne au Mali : Sauve qui peut... Les Wolosso de Yopougon à l'assaut de Bamako »

Option (03/05/2011), « Bulles : Amour wolosso »

Le Prétoire (05/09/2011), « Des prostituées guinéennes agressent un journaliste de «Le Prétoire» »

¹⁶⁴ « Djakarta cellulaire » correspond aux jeunes filles n'ayant pas de revenus, une famille pauvre mais possédant les tout derniers portables à la mode. Conférence VIH/SIDA Bamako 2007

« Djakarta » : petites motos venant d'Indonésie et de Chine, motos qui pululent sur Bamako

La Révélation (03/12/2010), « Proxénétisme à Bamako : Quand nos sœurs contractent des Djakarta avec les bars chinois en échange de leurs corps

¹⁶⁵ Le « chic » caractérise le « beau mec », le « chèque » l'homme qui possède beaucoup d'argent et le « choc » le choix du cœur (Grange Omokaro, 2009).

Le client de ces deux groupes décide du lieu de la « *passé* » avec un « *circuit* » classique : la rencontre dans un bar-restaurant avec chambres appelé « *maquis* » où le client loue la chambre (250 Fcfa (0.385€) à 5000 Fcfa (7.5€)). Les prix de « *la passé* » varient beaucoup, de 500 à 5000 FCFA (0.75€ à 7.5€) jusqu'à 20000 FCFA (30€) pour la nuit [26]. Le client des prostituées est « *Monsieur Tout Le Monde* » (médecins (4.2.2.a.), saisonniers, administratifs, ingénieurs...

Aujourd'hui, les téléphones mobiles modifient les pratiques. Des jeunes filles laissent des photos et numéros de téléphone à une personne secrète dans les hôtels chics et le client appelle lui-même la fille. Des jeunes filles nommées « *deuxième bureau* »¹⁶⁶ attendent souvent à l'extérieur des administrations et entreprises.

Si le nombre de prostitués « *affichées* » est stable à Bamako, la proportion d'étudiantes (prostituées « *clandestines* ») augmente (baisse du nombre et du montant des bourses) [26]. Les prostituées clandestines sont souvent identifiées comme des filles « *sérieuses* », elles sont donc difficiles à sonder [25]. [9] [26]).

Le taux de prévalence des prostituées augmentent avec l'âge¹⁶⁷. Autre fait important, les prostituées mariées sont très contaminées¹⁶⁸ d'où de grands risques de transmission dans le couple d'autant que l'utilisation du préservatif est irrégulière avec les petits amis (32.9% des prostituées utilisent le préservatif régulièrement contre 53.9% de manière irrégulière (Soutoura-Unaidis, 2008)) et que les personnes infectées communiquent difficilement leur statut à leur conjoint.

27% des femmes qui ont un partenaire régulier qui donne de l'argent étaient âgées de moins de dix ans que lui (5.2.1.b. ; Gueye, Castle, Konaté, 2001) notamment parce que les « *gains* » sont supérieurs. Or, les hommes qui ont un haut niveau scolaire et/ou de bons revenus ont des taux de prévalence en hausse [18]. Les enquêtes sociales du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.) montrent que les personnes les plus infectées sont économiquement les extrêmes [48]. Si les populations les plus éduquées semblent mieux connaître les voies de transmission, elles émettent autant des confusions (White et al., 2009), il est donc inutile de stigmatiser les populations pauvres ou analphabètes.

Si les hommes critiquent le comportement de certaines femmes en les considérant comme « *provocantes* », « *devant apprendre à s'abstenir* » ou jugeant que le sexe est « *trop facile* » pour elles, les femmes mettent, de leurs côtés en avant, l'infidélité des hommes [T] [L] [R] (5.2.1.c.).

Quelques réflexions d'hommes appuient ce dernier point :

« *J'ai plusieurs partenaires occasionnelles et je ne me protège pas souvent.* » [T]

« *Le sexe est partout. Il faut s'occuper des travailleuses du sexe partout.* » [43]

« *Nous avons beaucoup de relations sexuelles, un peu partout...* » [J]

On observe un certain déni de responsabilité envers le genre masculin : « *il faut passer des messages aux travailleuses du sexe mais aussi à la communauté notamment les hommes* » [4].

¹⁶⁶ Bamanet (19/03/2009), « *Amour et "deuxième bureau"*, Le calvaire des femmes mariées légalement »

¹⁶⁷ 15-20 ans : 23.4%, 21-25 ans : 27.9%, 26-30 ans : 37.5%, 31-35 ans : 48.3%, 36-40 ans : 42%, + de 40 ans : 57.7%

¹⁶⁸ Célibataires : 29.9%, mariées : 36.6%, divorcées : 45.7%

Pour l'Alliance des Religieux du Mali contre le VIH/SIDA, la prostitution reste essentiellement un problème masculin car ce sont eux qui créent la demande notamment les hommes mariés [9].

1.3.3. La question de l'homosexualité

Les « *hommes qui ont des relations avec des hommes* » (M.S.M.) est la terminologie utilisée au Mali et en Afrique de l'Ouest pour désigner l'homosexualité. Celle-ci nie l'homosexualité féminine. L'homosexualité et ses rapports au virus du SIDA est récemment prise en compte au Mali et à Bamako où près de 400 homosexuels sont référencés [43]. Le partage du statut des M.S.M. reste faible, ce qui rend les témoignages et groupes de parole difficiles. Le contexte actuel (montée de l'Islam radical) ne permet pas la constitution d'associations d'homosexuels (Cutler, Amadigue, Bourrely, 2007).

ARCAD/SIDA a prévu des créneaux de consultation spécifiques pour encourager les M.S.M. à venir selon le principe « *aidez-nous à vous aider* ». La mise en oeuvre du programme (janvier-mars 2007) a permis de toucher 206 homosexuels sur 31 sites et de sensibiliser 34 leaders. Sur les six premiers mois du projet (avril-septembre 2007), 80 dépistages volontaires ont été effectués (41% positifs). 88% des dépistés avaient une activité bi-sexuelle (10% - de 18 ans, 42% entre 19 et 30 ans et 13% ont plus de 30 ans) ce qui est très dangereux.

Cette stigmatisation territoriale, évoquée plus en amont, montre, combien les messages et programmes doivent être planifiés et formulés à l'échelle locale d'autant que les contextes sociaux sont très variables.

1.4. Un exemple de prévention à l'échelle locale : l'utilisation des grins et de la paire éducation

« *Si tu laisses entière liberté à ta fille, elle se mariera à un danseur.* »

= « *La jeunesse doit être guidée.* » (Proverbe Bambara)

Les variations locales des connaissances, de l'accès au dépistage et de la composition des populations obligent à élaborer les actions au plus près des populations. Seuls 5.9% des habitants de Banconi (Faladié 18.8%) ont eu des connaissances sur le SIDA via les pairs éducateurs alors que Banconi est connu pour avoir de grands besoins (difficultés sociales, scolaires, économiques). Des inégalités géographiques et sociales (de genre) apparaissent pour ce canal d'information. Les jeunes (moins de 30 ans) ont un plus grand accès (15.5%, 8.3% pour les + de 30 ans).

1.4.1. Pourquoi privilégier les actions à l'échelle locale et/ou micro-locale ?

Notre question principale de recherche est de déterminer si les messages de prévention locaux sont adaptés. En ce sens, le travail des pairs éducateurs à l'échelle locale et micro-locale est importante et ce, pour plusieurs raisons.

Les enquêtés qui ont de petits réseaux sociaux, donc potentiellement moins de possibilités d'échanger sur la sexualité, sont plus touchés par les pairs éducateurs. Le lien social est important car il est un des critères de choix du consultant en santé (se sentir appartenir au quartier, à la communauté). Les personnes qui ont reçu des informations par les pairs éducateurs vont plus facilement faire appel aux

autorités locales en cas de problèmes. D'autre part, la confiance envers ces mêmes autorités augmente l'exposition aux pairs éducateurs.

L'espace géographique et l'espace social sont bien liés. En effet, un lien existe entre le contact des pairs éducateurs et la présence de zones de loisirs et la pratique de sport ce qui démontre que les moments et lieux sont primordiaux (tournois de foot, vacances).

Les pairs éducateurs est le seul canal où les enquêtés ne nient pas l'existence du SIDA et il est le meilleur canal pour connaître l'un des slogans (62.4% contre 40.2% en moyenne) et le Haut Conseil (H.C.N.L.S.). Ils améliorent la connaissance de l'existence du porteur sain et la distinction entre SIDA et paludisme. Les changements de comportement sont également plus importants notamment pour le dépistage (surtout avant le premier rapport sexuel).

Les personnes qui côtoient les pairs éducateurs sont plus utilisatrices de préservatifs et de manière plus récurrente par exemple lors du dernier rapport. Elles connaissent plus les préservatifs féminins et se dirigent plus vers les structures de santé pour se pourvoir en préservatifs (centres de santé, cliniques, O.N.G.).

Ces enquêtés sont plus enclins à penser que les deux sexes peuvent toujours posséder un préservatif sur eux, que le choix de son utilisation se fait à deux. D'autre part, ils sont peu nombreux à accepter d'avoir une relation sexuelle avec quelqu'un qui refuse le port du préservatif (8% contre 19.3% pour les autres canaux).

Les éducateurs ouvrent aux questions de sexualité et de SIDA avec les parents, amis, agents de santé et frères et sœurs : 91.2% ne sont pas contre entendre parler de SIDA dans la vie de tous les jours (76% pour les autres canaux).

« L'Information/Education/Communication (I.E.C.) et les Communications pour le Changement de Comportement (C.C.C.) avec des groupes homogènes et restreints en utilisant les méthodes participatives sont ce qui marche le mieux. » [65]

« Les causeries suivies de débats sont efficaces tout comme les émissions radio, c'est-à-dire discuter avec les auditeurs en direct. Ses deux méthodes permettent d'échanger directement avec les gens. » [56]

Leur travail augmente la demande d'informations complémentaires sur le SIDA. Les échanges, débats riches et apports personnels (par exemple des médecins) sont importants en fin de séance pour « remettre » les idées en ordre car « quelque soit l'outil utilisé, s'il n'y a personne derrière pour échanger, contrôler, cela ne marche pas. (La télé par exemple) » [8].

Le « bouche à oreille » reste la meilleure approche même si la télévision est intéressante pour aborder en « surface » la question du SIDA [9]. Le Samu Social utilise des « mères éducatrices » (anciennes filles de la rue formées) pour mener des causeries [3]. Cette méthode a également de bons résultats pour faciliter les échanges entre prostituées et clients [26].

Comme notre méthodologie de terrain, les acteurs de terrain passent par les anciens (chefs de quartier, de grins) pour effectuer de la sensibilisation [8] [31]. Pour qu'un technicien s'adresse à un village, il doit tout d'abord sensibiliser le chef de village puis, « lui » laisser le temps de décider (Balique, 2001b) s'il

peut ou non être présent dans le village et sensibiliser. Si les échanges inter-générationnels sont difficiles dans le cercle familial, les chefs de quartiers sont quant à eux très impliqués [18]. Le tabou fait qu'ils laissent tout de même certains thèmes de côté aux experts (Hetland, 2008).

L'adaptation à l'âge, la correction des idées erronées « *en direct* » (Soutoura-Unaidis, 2008) et la spécificité locale sont primordiaux car « *les grins possèdent tous un caractère unique* » [6].

Les éducateurs doivent, dans l'idéal, être des autochtones (quartier, village), malheureusement ce n'est pas toujours le cas...

De plus, les pairs éducateurs doivent être différents des animateurs classiques locaux (relais communautaires) [1]. Ces relais sont tout aussi pertinents que les pairs éducateurs mais ils travaillent essentiellement dans les C.S.COM.. Ces relais, bénévoles, en grande majorité des femmes du quartier, sont formés par la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FE.N.AS.COM.) [10]. Ces femmes circulent dans le quartier, les familles pour sensibiliser les femmes aux questions de santé et d'hygiène. Les C.S.COM. complètent donc leurs actions préventives par ce réseau d'éducateurs.

Si les échanges sont, de manière générale, très positifs avec les chefs de quartiers, ils sont plus délicats avec les chefs religieux même si de nombreux imams ont été formés (Groupe Pivot Santé Population, H.C.N.L.S.). Les avis sont partagés quant aux messages délivrés [1] [6] : « *il y a un grand changement de comportement surtout de la part des religieux qui se sont engagés dans la lutte contre le SIDA. De nos jours, beaucoup ont une compréhension du SIDA.* » [58]

1.4.2. Les difficultés liées à ce mode d'action

Si les programmes locaux sont censés améliorer l'appropriation, des difficultés existent dans l'élaboration et la passation des messages. L'un des défauts majeurs du travail des pairs éducateurs est de ne pas toucher les couples mariés et de ne cibler principalement que les jeunes.

Les habitants qui participent à la vie communautaire sont plus touchés par l'action des éducateurs de terrain. Il est nécessaire d'aller vers les gens qui n'appartiennent à aucun circuit conventionnel et qui manquent d'informations [23] [43] car les personnes à faible capital social et économique sont peu touchées.

D'autre part, les travailleurs sont moins touchés même si des initiatives existent pour les informer (apprentis dans les garages par exemple [21]). Nos résultats montrent que les travailleurs à haut gradient social sont plus informés que les manuels non qualifiés, ventes et services, travailleurs domestiques ou agriculteurs...

Les populations qui recherchent les programmes de santé et d'éducation sont plus touchées par les pairs éducateurs.

Le travail des pairs éducateurs reste perfectible car les enquêtés qui les côtoient sont plus nombreux à penser que le SIDA se transmet par la salive, les préservatifs ou via des actes de sorcellerie. En revanche, leurs connaissances sont meilleures pour les autres modes de transmission (sang, sexe, T.M.E., seringues, objets coupants souillés) et pour la non-assimilation du virus à Dieu ou aux « *Blancs* ».

Si la paire éducation montre de bons résultats, certains problèmes de formations existent :

1. Les formations ne sont pas très efficaces. Les jeunes formés se sentent plus à l'aise dans les situations de dialogue individuel plutôt qu'en groupe (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999) même si des supports de formations ont été conçus par P.S.I. Mali.
2. Les pairs éducateurs travaillent peu. Les activités ne sont pas aussi nombreuses que les chiffres veulent bien laisser transparaître... [4],
3. Une grande déperdition de pairs formés existe (manque de motivation, mariages, maladies, retour au village... ; [5] [6]; Katz, West, Doumbia, Kané, 1999),
4. L'utilisation des relais communautaires à des effets pervers, comme la mise à disposition de leurs services et compétences pour leurs seuls profits... (Berthé et al., 2009).

Des recherches étaient prévues en 2008-2009 pour remédier à certains de ces problèmes notamment sur le troisième point en écartant progressivement les pairs au bout de deux ans (motivation, [6]) : « *le bénévolat avec les pairs éducateurs ne marche pas. L'organisation donne 11000 Fcfa par mois mais on ne peut pas trop attendre des pairs éducateurs et compter sur eux, même si leur rôle est vraiment complémentaire à celui des animateurs de l'organisation.* » [26]

Malgré ces quelques problèmes, cette approche reste la meilleure. Nos entretiens, enquêtes et focus groups montrent que les acteurs privilégient cette méthode, au jour le jour, au sein de petits espaces, même si cela demande beaucoup de temps, de moyens, de motivations et de compétences. Toutes ces besoins ne sont malheureusement pas toujours réunies.

2. Analyse des pratiques locales par rapport aux comportements

2.1. Des comportements à risques toujours présents

« *Le serpent caché grandit.* »

= « *Si on ne se corrige pas de son défaut, il grandira.* » (Proverbe Bambara)

Les programmes sont nombreux mais le tabou, la stigmatisation ainsi que les difficultés de communication font que certains comportements dangereux persistent : « *les pratiques déconseillées perdurent toujours telles que les échanges de rasoirs, l'utilisation de préservatifs entre copains etc..* » [60]. Le manque de connaissances, l'évolution sociale de l'entrée en sexualité et les taux élevés de pratique du multipartenariat sans préservatif montrent que les risques sont toujours présents.

2.1.1. Une évolution et évaluation difficile des comportements

La finalité des messages de prévention est d'amener les populations qui ont des comportements à risques à modifier ces comportements. Si les connaissances restent variables et les innovations faibles dans l'élaboration des messages, de « *sensibles* » évolutions entre 1997 et 2008 sont à noter notamment dans l'utilisation du préservatif [49]. Car, si les prostituées riaient au début des campagnes de prévention, elles utilisent aujourd'hui le préservatif avec leurs clients. Malgré tout, elles ne sont que 13% à l'utiliser avec leur copain régulier [26]. Les groupes à risques ne sont pas les seuls pour qui les

changements de comportements n'ont pas évolués à hauteur des souhaits [46] : « dans les grandes villes frontalières, c'est scandaleux ce que les gens disent ou font. Au vu de tout ce que l'on entend et voit, il n'y a pas eu d'énormes changements de comportements, les routiers n'hésitent pas dans certains cas à dire « vous nous emmerdez avec votre dépistage » ou à déclarer qu'utiliser le « plastique » n'est pas bon » [32].

Pour étudier ces comportements, les acteurs [8][9][20][36][49] ne se basent que sur l'Enquête Démographique de Santé (E.D.S.M.). Très peu d'organisations effectuent leurs propres recherches et évaluations (8.1.2.a.; 8.1.2.b.) d'où de nombreux problèmes d'adaptation des messages [22].

« Il est difficile de dire que le taux va être stable étant donné la situation fragile de pauvreté du pays, les habitants pouvant être tentés de faire de mauvaises choses. » [1]

64.4% des habitants de Banconi et 81.6% de Faladié déclarent avoir changé de comportement depuis leur connaissance du virus (réduction du nombre de partenaires, éviter les partenaires occasionnels). L'utilisation du préservatif, la fidélité, le dépistage avant le premier rapport ou l'abstinence sont plus présents à Faladié (Fig. 63). Les habitants de Banconi sont moins nombreux à utiliser le préservatif lorsqu'ils ont plusieurs partenaires.

	Préservatif	Recours à un guérisseur	Fidélité	Réduction du nombre de partenaires	Dépistage avant le premier rapport	Abstinence	Eviter les partenaires occasionnels	Autre
Banconi	36.8 %	1 %	39.9 %	25.9 %	7.7 %	25.9 %	30.2 %	2.4 %
Faladié	61.2 %	2.2 %	54.1 %	24 %	15.8 %	36.6 %	28.7 %	6.9 %

Figure 63 : Lien entre le lieu d'habitation et les méthodes de changements de comportements utilisées depuis la connaissance du VIH/SIDA

Certaines « zones muettes » existent entre le discours des jeunes et la réalité (Sauvain-Dugerdil, Wahab Dieng). Les normes sociales définissent des « codes de conduites » qui prescrivent ou proscrivent certains comportements et paroles ce qui peut engendrer certains biais dans les enquêtes de santé (Kaggwa, Diop, Storey, 2008). Ces normes ne forment pas un « tout », elles sont influencées par des sous-groupes locaux (Kincaid, 2004) à tel point que les assistants sociaux doivent reformuler plusieurs fois les questions sous différentes formes pour déceler la vérité et détourner les mensonges [48].

Pour les jeunes, « être branché » est synonyme de multipartenariat (Focus groups, 2010). La pression sociale est forte sur les jeunes hommes dans leur construction identitaire : « quand dans le groupe, il y a un jeune qui ne sort pas avec une fille, on dit qu'il est lâche, on va dire que tu n'es pas en activité quoi, cela veut dire que ton sexe ne fonctionne pas quoi. Ils disent que tu as peu des femmes. » (Adama, jeune chômeur in Grange Omokaro, 2009)

L'entrée en sexualité est conditionnée par différentes normes (famille, pairs...). Ces normes s'observent par la difficulté pour les jeunes d'obtenir des préservatifs (désapprobation de la communauté ; Gueye, Castle, Konaté, 2001). Les raisons invoquées pour le non-port du préservatif sont assez similaires entre nos deux espaces mis à part pour la religion pour Banconi et la volonté d'avoir un enfant pour Faladié (Fig. 64).

	<i>Religion</i>	<i>Refus du partenaire</i>	<i>Déshonneur</i>	<i>Statut social</i>	<i>Peur d'être vu à l'achat</i>	<i>Plus de plaisir</i>	<i>Volonté d'avoir un enfant</i>	<i>Autre</i>
<i>Banconi</i>	11.7 %	7.7 %	5.3 %	2.4 %	1.4 %	5.3 %	9.7 %	15 %
<i>Faladié</i>	6.7 %	7.7 %	3.4 %	1.8 %	3.2 %	7.9 %	14.3 %	8.5 %

Figure 64: Lien entre le lieu d'habitation et les raisons invoquées pour le non-port du préservatif

Un bon accès aux structures de santé améliore l'accès aux préservatifs notamment via les pharmacies à Faladié (55.2%, Banconi 36.4%). A Banconi, cet accès aux préservatifs s'effectue plus par les agents de terrain et vendeuses ambulantes.

2.1.2. Une plus grande précocité des rapports sexuels

a) Une évolution sociale de l'entrée en sexualité

« Les valeurs sociales ne sont plus à l'ancienne, la nouvelle tendance est à l'occidentale. » [M] [N]

Une rupture sociale et religieuse se crée dans le domaine de la sexualité (Grange Omokaro, 2009; Diabaté Diallo et al., 2000). Le tabou est toujours très présent (5.1.1.a.) et les jeunes sont partagés entre le respect traditionnel des anciens et le besoin de changement (modernité ; Rosenmayr, 1998). Les sociétés africaines, comme toutes les sociétés, ne restent pas immobiles face au modernisme, à l'urbanisation et à l'occidentalisation (Calvès, Marcoux, 2004) et ce, malgré les préjugés sur l'existence de traditions imperméables (De Sardan, 2010; Courade, 2006; Calvès, Marcoux, 2004).

« Ce qui m'inquiète le plus, c'est la sexualité précoce, des filles qui n'ont même pas encore atteint la puberté, qui n'ont même pas de seins et qui s'adonnent à l'acte sexuel en pleine rue, tout prêt de leur maison au vu et au su de leurs parents. » [55]

Le contexte social et économique d'entrée en sexualité est très différent des anciennes générations (Gueye, Castle, Konaté, 2001). La société est passée d'une sexualité « plastique », affranchie de la conception d'enfants, vers une conception ouverte vers le plaisir (Giddens, 1992). Si des punitions sont toujours réservées aux jeunes filles qui ont des relations sexuelles avant mariage (Diallo, 2004b), les mœurs sont plus libres de nos jours (notamment en milieu urbain ; Giguère, De Koninck, 2008) d'autant que certains parents les incitent ou ferment les yeux. En revanche, les jeunes filles sont toujours considérées comme seules responsables de leur grossesse d'où le manque d'implication des hommes dans la planification familiale (8.2.1.c.).

Les hommes (16.3%, femmes 8.2%) et les jeunes¹⁶⁹ (15-24 ans, 15.45%) sont plus nombreux à trouver correct d'avoir des relations avant mariage. Dans bien des situations, la confrontation avec les anciens est perçue comme plus destructrice que la pratique elle-même (Diallo, 2004b).

« Je parle beaucoup de l'éducation traditionnelle qui autre fois était organisée en sorte que les jeunes ne pensaient pas à la pratique du sexe. La circoncision était retardée pour cela, les filles étaient confiées à des garçons, la virginité d'une fille était un mythe qu'aucun garçon n'osait détruire avant le mariage. La fille retrouvée vierge à son mariage était respectée, fêtée, elle faisait honneur à sa mère, à sa famille,

¹⁶⁹ 11.5% des 30-39 ans et 7.5% des plus de 40 ans

elle recevait les plus beaux et les plus grands cadeaux de la part de son mari, de sa belle mère et de sa famille (or, grand animaux), tous ces parents étaient fiers d'elle. » [55]

La perte des valeurs culturelles est en partie due à l'internationalisation des modes de consommation et des images véhiculées par la publicité qui favorisent l'acquisition de comportements nuisibles à la santé (O.M.S., 2007).

Les enquêtés mariés désapprouvent la relation avant mariage. Banconi, quartier plus traditionnel, a un avis plus négatif que Faladié (8.9% et 17%). La précocité du premier rapport accentue le caractère « *normal* » de ce comportement. Si l'abstinence avant mariage est préférable pour les femmes, elle est une « *aspiration* » plus personnelle et dépendante de l'entourage (famille, amis) pour les hommes (Diallo, 2004b). Les hommes qui souhaitent retarder leur première expérience peuvent être traités d'« *impuissants* ». Les femmes sont quelques fois les initiatrices de la précocité des rapports masculins (Gueye, Castle, Konaté, 2001).

b) La baisse de l'âge au premier rapport sexuel

L'entrée vidente (morale ou physique) en sexualité a des conséquences sur les futurs comportements sexuels (Giguère, De Koninck, 2008) notamment chez les enfants de la rue [31].

Aujourd'hui, les jeunes sont exposés à des risques sanitaires accrus (transition de la sexualité, perte de repères sociaux, offre déficiente du système éducatif, des services de santé, précarité économique ; Gakou, Sauvain-Dugerdil et al.). Ce contexte social de la première expérience sexuelle a également des conséquences sur le recours au préservatif et le nombre de partenaires (Boileau et al., 2008). La précocité du premier rapport entraîne une hausse de l'âge au mariage particulièrement en milieu urbain (Gueye, Castle, Konaté, 2001).

La sexualité des jeunes est de plus en plus développée, grandissante et précoce (enquête, entretiens, groupes de discussion, Ministère de la Santé, 2006; Sidibé et al., 2006), vers l'âge de onze pour les premiers flirts (Grange Omokaro, 2009). Certains jeunes connaissent leur première expérience sexuelle avant l'âge de 14 ans (9 ans [7]) ou se prostituent à l'âge de 12-13 ans [3]).

Les femmes âgées de 15 à 19 ans étaient 23.5% à avoir eu leur première relation avant d'avoir atteint 15 ans (20.1% pour les 45 à 49 ans, Ministère de la Santé, 2006). Elles étaient 72.3% à avoir connue cette première expérience avant 18 ans (hommes 27.8%, Ministère de la Santé, 2006). L'âge masculin au premier rapport a diminué de deux ans entre les générations nées avant 1950 et celles nées 20 ans plus tard (Gakou, Sauvain-Dugerdil et al.). Les âges médians sont de 16.1 ans pour les femmes et de 21.5 ans pour les hommes.

7.5% des habitants de Banconi et 8.1% de Faladié avouent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Les hommes sont plus nombreux à connaître leur première relation sexuelle tôt (17% entre 10 et 15 ans contre 10.8%) mais également « *tard* » (après 20 ans, 11.5% contre 5.9%). Des variations locales et de genre existent avec une plus grande précocité chez les hommes de Faladié mais des chiffres quasi équivalents pour les femmes.

Ce rajeunissement de l'âge au premier rapport s'observe dans nos résultats. 42.5% des 15-19 ans ont connus leur premier rapport sexuel avant 15 ans, 37.7% pour les 20-29 ans, 11% pour les 30-39 ans et 8.2% pour les plus de 40 ans.

Les célibataires sont plus nombreux à être précoces (19.5%) tandis que les personnes mariées ont eu leur première relation plus vers 20 ans et plus. Pour ces deux populations, les 16-20 ans est la tranche d'âge où se déroule principalement la première expérience sexuelle.

La religion ne modifie pas l'âge d'entrée en sexualité (musulmans 14%, chrétiens 14.9% entre 10-15 ans). Plus le réseau amical est important, plus l'âge est abaissé.

L'échange de cadeaux/argent contre relation sexuelle peut être utilisé pour subvenir à certains besoins. Les enquêtés aux revenus corrects et qui subviennent facilement à leurs besoins ont leur première expérience sexuelle plus tardive. Les aides familiales et domestiques sont nombreuses à avoir leur premier rapport sexuel jeune dans des conditions quelques fois difficiles (5.2.3.). 33.3% des travailleuses domestiques ont connus des violences (16.3% pour les autres catégories). Plus l'âge au premier rapport est précoce, plus les enquêtés sont confrontés aux violences.

L'âge précoce de la première expérience n'augmente pas le nombre d'enfants, au contraire. Plus l'âge au premier rapport est avancé, plus les informations sur le VIH/SIDA proviennent de la famille, des amis, de la radio, des pairs éducateurs, des campagnes de masses, de l'école, de la presse ou des rumeurs. En revanche, les personnes qui ont une expérience plus tardive sont plus nombreuses à aller chercher de l'information ou à être informés par les agents de santé.

La précocité augmente le taux de répondants qui pensent qu'il faut éviter les prostituées, les personnes infectées et les personnes à partenaires multiples. En revanche, ces enquêtés sont moins nombreux à prôner la fidélité et l'abstinence et se sentent moins vulnérables vis-à-vis du VIH/SIDA.

Avoir un premier rapport sexuel tôt augmente le nombre total et actuel de partenaires. Cependant, dans cette dernière situation, ils sont plus nombreux à avoir déjà utilisé le préservatif en comparaison de ceux ayant eu leur premier rapport plus tard. En revanche, leur utilisation est moins régulière à cause du refus du partenaire, de la volonté d'avoir un enfant ou pour avoir plus de plaisir.

La précocité entraîne de plus grands échanges sur la sexualité et le SIDA (amis, pairs éducateurs, frères et sœurs). Malheureusement, ils sont moins nombreux à avoir déjà assistés à des séances de sensibilisation (11% à n'y avoir jamais assisté).

Le niveau de scolarisation joue un rôle ambigu et différencié (sexe). Plus le niveau de scolarisation des hommes augmente, plus la première relation est précoce (l'inverse pour les femmes). Beaucoup de jeunes filles ont leur premier rapport à 14 ans avec des hommes de 23 ans. Les hommes ont leur premier rapport avec des filles de leur âge (Boileau, 2007).

2.1.3. Un multipartenariat et une prostitution présente et le développement de structures à risques

a) Les caractéristiques du multipartenariat

« *Si le jour pointait à minuit on verrait l'âne sous la moustiquaire.* »

= « *La nuit masque les vices de l'homme.* » (Proverbe Bambara)

Les hommes justifient la pratique de la polygamie par le fait qu'il y a un nombre plus important de femmes au Mali que d'hommes. Les femmes justifient, quant à elles, leurs conquêtes par le « *manque* » d'hommes à disposition pour le mariage... En 2009, le Recensement Administratif à Caractère Electoral (R.A.C.E.) montre que la population de Bamako est composée de 908 895 hommes et de 900 211 femmes, soit 101 hommes pour 100 femmes. Le taux de masculinité de 50.2% pour Bamako (49.6% pour le Mali, R.G.P. Résultats Provisoires, 2009).

Nos enquêtes montrent que seuls 57 hommes se déclarent polygames¹⁷⁰ tandis que 159 admettent avoir plus de deux partenaires au moment de l'enquête. 109 personnes non polygames ont donc plusieurs partenaires. 19.5% des célibataires, 8% des mariés monogames, 13.2% des personnes divorcées et 4.2% des personnes veuf/veuves ont également plusieurs partenaires. En termes de déclaration, 18.2% des habitants de Banconi et 17.6% de Faladié avouent avoir plus de deux partenaires (hommes 27.2%, femmes 5.4%).

Problème, seuls 13.7% des hommes et 3.5% des femmes multipartenaires utilisent le préservatif.

Les femmes connaissent moins de partenaires depuis leur premier rapport (29.6%) que les hommes (44.9% à avoir eu deux partenaires ou plus).

Le multipartenariat est réparti de manière homogène entre les différentes tranches d'âges (15.2% 15-19 ans, 19.7% plus de 40 ans). La pratique est plus présente chez les bambaras, sarakolés, dogons, tamacheks et malinkés et moins présente chez les peuls, sonrhais, sénoufos et bobos. En revanche, il n'y a pas de distinctions liées à la religion.

b) Le voyage et la pratique du multipartenariat

« *Aime celle qui t'aime et non celle que tu aimes, car celle que tu aimes te laissera pour celui qu'elle aime.* » (Proverbe Bambara)

Voyager augmente la pratique du multipartenariat mais n'améliore pas l'utilisation du préservatif. Si le préservatif est moins utilisé, les personnes à partenaires multiples refusent plus aisément une relation avec un partenaire qui refuse le port du préservatif. Ils sont également plus nombreux à avoir changé de comportement (préservatif, fidélité, réduction du nombre de partenaires, dépistage avant le premier rapport, abstinence, moins de partenaires).

Les personnes qui voyagent se sentent plus vulnérables. Elles ont plus recours au dépistage, connaissent mieux l'un des slogans (42.7% contre 36% pour ceux qui n'ont pas voyagés) et une P.V.VIH. ainsi que la possibilité qu'une personne en bonne santé puisse être atteinte. Il n'est pas rare que les habitants qui voyagent beaucoup deviennent des personnes ressources. Ces mêmes habitants estiment d'ailleurs que le Mali est « *en avance* » que cela soit dans le domaine de la prévention ou de la prise en charge [49].



Figure 65 : Panneau de prévention à la gare routière, marché de Médine à Bamako

¹⁷⁰ 32 hommes ont deux épouses, 15 à en avoir trois et 3 plus que trois

Les hommes et personnes âgées de plus de 20 ans voyagent plus (66.4% contre 57.5% des femmes). Les ethnies du Nord (sonrhais et tamacheks), nomades, sont celles qui voyagent le plus. Les habitants de Faladié (52.5%) ont plus voyagés (Banconi 47.5%) notamment ceux qui ont plus de ressources et qui subviennent facilement à leurs besoins.

c) Le multipartenariat et ses composantes

« *Le mariage n'est pas un fagot de bois dont on peut se débarrasser à tout moment.* » (Proverbe Bambara)

L'importance du réseau amical n'a pas d'influence dans la pratique du multipartenariat. Les personnes qui ont des conduites « à risques » (tabac, alcool) sont plus nombreuses à avoir plusieurs partenaires. Les enquêtés à partenaires multiples ont moins changé de comportement depuis la connaissance du SIDA. Elles sont plus de 45% à ne pas utiliser le préservatif avec ces différents partenaires d'où des risques de transmission importants d'autant plus qu'elles se sentent moins vulnérables et sont moins nombreuses à connaître leur statut (séronégatif ou séropositif).

Ces enquêtés ont moins connaissance de l'existence du virus. Elles ont un accès moindre aux campagnes de prévention, elles ont donc une plus faible connaissance des slogans et de l'existence du porteur sain.

Les personnes à partenaires multiples reçoivent plus d'informations via la radio et la télévision et moins par les pairs éducateurs, agents de santé, campagnes de masses, école ou presse. Elles sont moins ouvertes pour parler de SIDA dans la vie de tous les jours. L'une des explications possible est qu'elles sont moins nombreuses à percevoir les programmes comme adaptés ou à avoir appris quelque chose dans ces séances.

L'opinion des multipartenaires envers les organisations internationales est plus critique. Ils sont également plus nombreux à assimiler le SIDA à un mensonge, à penser que le virus n'est pas grave, non mortel ou qu'il s'agit là du paludisme aggravé. Ils sont malheureusement moins nombreux à connaître certains modes de transmission (sang, sexe, transmission mère-enfant, seringues, objets coupants souillés) et modes de protection de la maladie. Ils sont plus enclins à échanger des relations sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux.

Les habitants qui ont trois partenaires ou plus utilisent plus et plus fréquemment le préservatif mais ils acceptent également plus facilement d'avoir une relation sexuelle si le partenaire refuse le port du préservatif. Leurs principaux points d'achat sont les pharmacies, commerces, amis ou vendeuses ambulantes mais très peu dans les structures de santé.

Malgré le SIDA et de nombreuses Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T.), de nombreuses personnes (en particulier les jeunes) continuent le multipartenariat¹⁷¹ (Boileau, 2007; Hess, McKinney, 2007; Sidibé et al., 2006). Cette pratique participe à la création d'un capital social pour accéder à l'élite et activer de nouveaux réseaux (Grange Omokaro, 2009) : « *je n'ai pas de relations actuellement. Mais, j'en ai souvent plusieurs en même temps* ». [L]

¹⁷¹ 41% des étudiants en secondaire de Bamako (10-19 ans) en 2006 (Sidibé et al., 2006)
27% des jeunes hommes 10% des jeunes femmes chez les 15-24 ans de Bamako (Boileau, 2007)
11.6% trois partenaires et 4.3% quatre (Hess, McKinney, 2007)

10.7% des hommes VIH+ reconnaissent avoir plus de deux partenaires, 43.3% pour les femmes (certaines femmes dépistées sont prostituées ; Maïga, Scholze, 2005). Les jeunes ont de plus en plus leurs premières expériences sexuelles avec des prostituées pour « éviter de devoir entretenir » une copine : « *je n'ai pas de relations de couples très fréquentes. C'est le plus souvent des relations occasionnelles avec les prostituées.* » [T]

Ce multipartenariat est de moins en moins supporté, en témoigne les nombreux cas de divorces¹⁷² ou de drames conjugaux¹⁷³.

Une passerelle entre la population générale et les prostituées existe. 35% des prostituées dépistées en 2006 étaient séropositives. Seulement, 9-10% des prostituées et 3-4% des clients ont effectué un dépistage [26]. D'autre part, si les prostituées utilisent de manière assidue le préservatif avec leurs clients [44], elles ne sont pas nombreuses (50%) à l'utiliser avec leur petit ami, annihilant ainsi tous les efforts entrepris [43].

Les prostituées clandestines ne se revendiquent pas comme prostituées. Or, dans la réalité, la frontière est extrêmement fine [26].

Deux facteurs sont différents. Leurs temps de « travail » ne sont pas identiques (la nuit pour les affichées, plus dans la journée pour les clandestines). Autre facteur, les clandestines ne se trouvent pas dans les lieux ciblés de prostitution (Fig. 64; 8.3.1.b.; gares routières ou route « Princesse » du quartier de l'Hippodrome, rue des homosexuels à Medina-Coura¹⁷⁴). Il existe une véritable conquête de l'espace public par les loisirs et les modes d'expression de la jeunesse (espace physique (salles de jeux...), espace-temps (Nights clubs)).

¹⁷² Ciwara Info (06/05/2010), « Divorce à Bamako : Un phénomène fréquent chez les Grobinè (gros bonnet) »
Le Républicain (18/10/2010), « Secret de femme : Difficile de faire perdurer l'entente dans les couples actuels »
Bamako Hebdo (08/01/2011), « Pour défaut d'entretien, injures graves, adultères... Près de 3 000 cas de divorces enregistrés dans quatre Communes de Bamako entre 2007 -2010 »
Le Républicain (24/02/2011), « Secret de femme : Usage de faux au sein du couple »
Le Prétoire (14/03/2011), « Les divorces à Bamako : Plus de 3000 en 2010 »
L'indicateur Renouveau (12/05/2011), « Divorce en Commune VI : Des chiffres effroyables »
Le Prétoire (04/07/2011), « Mariages et divorces à Bamako : Le danger des trois colas »
¹⁷³ Bamako Hebdo (13/06/2009), « Incroyable mais vrai : Crise de jalousie malade à Boulkassoumbougou : Une dame brûle à l'eau bouillante les parties génitales d'une lycéenne »
L'Indépendant (19/10/2010), « Assassinat du tailleur sénégalais à coups de hache à Banconi : Son épouse Maïmouna Djiba avoue le crime »
Le Challenger (22/10/2010), « De l'infidélité au meurtre en passant par la jalousie : La tueuse de Banconi-Razel »
Le Républicain (29/11/2010), « Secret de femme : Ce n'est pas toutes les femmes qui acceptent de se faire larguer »
Le Patriote (17/02/2011), « Infidélité conjugale : Des causes et des conséquences »
Ciwara Info (15/09/2011), « Elle se fait virer par son époux pour avoir eu une grossesse avec son amant »
¹⁷⁴ Aurore (24/08/2010), « Ça se passe à Medina-Coura : Les homosexuels invitent Niamé Keïta à gazer les habitants du quartier; Les jeunes promettent de s'engager aux côtés d'Al Qaïda au premier jet de gaz »



Figure 66: Répartition par quartiers des « *points chauds* », des établissements d'hébergements ainsi que des bars et restaurants par quartiers à Bamako en 2009

Dans toutes les villes du Mali, la prostitution s'est immiscée dans les « *interstices de la proximité sociale* » (Grange Omokaro, 2009), des jeunes filles âgées de 15 à 18 ans racolent dans différents lieux¹⁷⁵ (constructions inachevées, marchés, terrains vagues..., Bouju, 2008). La majorité des structures d'hébergements se retrouvent dans les communes V et VI (Fig. 66; quartiers de Baco-Djicoroni A.C.I. et Kalaban Coura en commune V, Magnambougou et Faladié en commune VI, Ministère de l'Artisanat et du Tourisme, 2008).

« *Après la Coupe d'Afrique des Nations C.A.N. de 2002, les hôtels inutilisés sont devenus des refuges pour les prostituées, les gérants peuvent appeler des filles qui viennent en une heure, il y a même des photos les décrivant.* » (Conférence VIH/SIDA, Bamako, 2007)

Une multitude de bars-hôtels se développent dans tous les quartiers¹⁷⁶ ce qui complique le travail des acteurs (recensement). Hamdallaye A.C.I. 2000 qui est un quartier en pleine reconstruction (ancien aéroport) contient un très grand nombre de ces structures notamment celles dirigées par des ressortissants chinois. Le but ici n'est pas de stigmatiser une population mais de nombreux articles¹⁷⁷,

¹⁷⁵ Bars, restaurants, hôtels, marchés, gares routières et ferroviaires + autres lieux publics : rues, trottoirs, carrefours, chantiers, écoles, quartiers résidentiels

Maliweb (06/09/2006), « Mousobougou : une foire du sexe »

Le Potentiel (13/10/2010), « Prostitution au Mali : Les contours d'un commerce florissant »

La Nouvelle Patrie (31/08/2010), « Prostitution au Mali : les premières victimes »

Le Républicain (04/01/2005), « La prostitution en public »

Le Challenger (04/06/2010), « Prostitution à Bamako : Et ces accompagnatrices de mendiants ? »

Le Quotidien de Bko (28/05/2010), « Mœurs - Les « sorcières » envahissent certains services publics »

¹⁷⁶ Canard Dechainé (17/06/2009), « Le sexe : la crise, connais pas »

L'Indépendant (19/07/2010), « Prolifération des bars-restaurants dans le district de Bamako : Un marché florissant de sexe, d'alcool et de drogue »

Le Prétoire (24/02/2011), « Chambres de passe à Bamako : Une floraison inquiétante ! »

¹⁷⁷ L'Annonceur (28/10/2009), « Maisons closes à Bamako : Les bars resto chinois innovent »

Le Guido (09/02/2010), « Prolifération des bars chinois : La prostitution à bon marché à Bamako »

témoignages d'acteurs [15] [8] [23] et l'O.MA.T.HO. Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie notent que ces derniers se soucient moins des règles officielles : « *les bars chinois sont choquants pour la culture malienne. Avant d'être musulmans, nous avons des valeurs maliennes. Le voisinage des maisons de passe est écoeuré. [...] les chinois ont donné une dimension importante à certains comportements. Ils profitent de la faiblesse des êtres humains pour s'enrichir. Ça incite les jeunes à la débauche.* » (Conseil Economique, Social et Culturel in Phan, 2009)

Seulement, les discours moraux sur les conséquences néfastes des bars chinois cachent en réalité un ressentiment des acteurs locaux devant le succès de ces établissements (Phan, 2009). Les emplois étrangers (33 en 2007 ▶ 111 en 2008, Ministère de l'Artisanat et du Tourisme, 2008, 2007) dans les établissements d'hébergement ont doublés en un an notamment pour les Nights club et espaces de loisirs (25 ▶ 53).

Le vagabondage sexuel échappe à tout cadre institutionnel (« *prostitution de l'informel* », Grange Omokaro, 2009) même si l'O.MA.T.HO. doit, dans les textes, contrôler ces lieux. Seulement, l'Office accorde facilement des permis d'exploitation (Phan, 2009). Par manque de respect des réglementations, des religieux ou responsables communaux cherchent à fermer ces structures par la violence¹⁷⁸.

Le développement de chambres de passes s'effectue dans un contexte d'accès supérieur à Internet, aux films et revues pornographiques (vendeurs dans les rues même en face de la Mairie centrale du District de Bamako !).

Les mariés(ées) monogames (deux sexes) étaient nombreux en 2005 à se diriger vers les centres de dépistages volontaires après avoir pris des risques. Si les hommes côtoient plus les chambres de passe, un phénomène nouveau apparaît, l'utilisation de ces chambres par les femmes mariées durant la journée laissant place aux prostituées la nuit venue [26]. Dans la réalité, l'infidélité féminine est évoquée dans la presse malienne¹⁷⁹.

L'Indépendant (14/05/2010), « Gestion des bars et restaurants chinois : Les promoteurs sommés de se mettre en règle sous peine de fermeture »

Bamako Hebdo (31/07/2010), « Prolifération de bars-restaurants dans le District : Bamako serait-il devenu le premier quartier chinois d'Afrique ? »

La Révélation (03/12/2010), « Proxénétisme à Bamako : Quand nos sœurs contractent des Djakarta avec les bars chinois en échange de leurs corps

¹⁷⁸ L'Indépendant (29/04/2011), « Face à la menace des associations musulmanes de saccager les bars et restaurants clandestins : L'État décide la fermeture des établissements clandestins »

Le Guido (03/05/2011), « Fermeture des bars et restaurants anarchiques à Bamako : Vive la fanfaronnade »

Le Matin (05/05/2011), « Les " Musulmans " contre les bars en Commune V : Le droit de violer la loi pour réclamer son droit »

Le Prétoire (09/05/2011), « Contrôle des hôtels, bars et restaurants en Commune IV : Moussa Mara met à contribution la société civile ! » L'indicateur Renouveau (11/05/2011), « Fermeture des bars-restaurant hors-la-loi : Vers un bras de fer entre les musulmans et les propriétaires de bars »

Le National (27/06/2011), « Fermeture des bars/hôtels en commune V : Les associations musulmanes mettent la pression sur Bill »

Rue89 (04/07/2011), « Au Mali, des islamistes font la tournée des bars »

L'indépendant (11/08/2011), « Dénouement dans le bras de fer opposant les associations islamiques à la mairie de la commune V sur la gestion des établissements hôteliers »

Bamako Hebdo (13/08/2011), « A près une levée de boucliers des associations islamiques : Fermeture annoncée des bars restaurants non agréés ou non autorisés ainsi que ceux qui créent des nuisances »

L'indicateur Renouveau (27/09/2011), « Commune V : Des religieux mettent l'hôtel « le Flamboyant » à feu et à sang »

¹⁷⁹ Bamanet (04/06/2009), « Secret de femme : La tendance des « maris de nuit » »

Le Guido (20/10/2009), « Korofina Nord : Travaillant la nuit, son épouse le cocufiait »

Le Républicain (01/11/2009), « Secret de femme : Les croqueuses d'hommes »

Le Républicain (19/04/2010), « Secret de femme : Arrive-t-il à la femme de draguer l'homme ? »

Le Matin (24/06/2010), « Bamako by night : Des femmes de plus en plus abonnées au temple de Bacchus »

Mali Demain (27/08/2010), « Vie de couple : L'infidélité comme passeport pour les femmes mariées »

Le Matin (02/09/2010), « Infidélité conjugale : Elle trompe son mari et accuse injustement son beau frère »

Bamako Hebdo (04/12/2010), « Après avoir trompé sa femme : Un pasteur pris en flagrant délit avec la femme d'un policier »

2.1.4. Des difficultés persistantes vis-à-vis du port du préservatif

« *Banaba tè yèlèma.* » = « *La maladie ne se passe pas.* » (Bargès, 1996)

a) L'utilisation du préservatif dans nos deux espaces

Plus de 70% des personnes dépistées VIH+ en 2005 n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (73.8% des hommes et 73% des femmes, Maïga, Scholze, 2005).

Dans nos deux quartiers, un écart important existe dans l'utilisation du préservatif (Banconi 45.1% Faladié 66.1%) notamment pour ceux qui l'utilisent « *tout le temps* » (Banconi 8.9%, Faladié 24.2%). Les hommes sont plus nombreux à l'avoir déjà utilisé (59.9% contre 49.5%).

Plusieurs facteurs modifient le recours au préservatif. Tout d'abord, les personnes qui voyagent et qui ont pu être amenés à prendre des risques sont plus nombreuses à l'avoir utilisé. Ensuite, les populations les moins scolarisées l'utilisent moins (42% contre 64.4%) et/ou de façon plus irrégulière. Elles connaissent moins le préservatif féminin (32.3% / niveau secondaire ou plus 70.4%). De plus, l'opinion envers la maladie joue un rôle (utilisation faible pour ceux qui assimilent le SIDA au mensonge ou paludisme aggravé). Enfin, se sentir vulnérable augmente son utilisation (67.2% contre 35.9%).

Les 10-15 ans sont plus nombreux à utiliser le préservatif « *de temps en temps* » et « *souvent* » mais moins nombreux à l'utiliser « *tout le temps* ».

	<i>Correct d'utiliser le préservatif avec un partenaire régulier</i>	<i>Incorrect d'utiliser le préservatif avec un partenaire régulier</i>	<i>Ne sait pas</i>		<i>Accepterait d'avoir une relation sans préservatif</i>	<i>N'accepterait pas d'avoir une relation sans préservatif</i>	<i>Ne sait pas</i>
<i>Banconi</i>	17,4 %	42,9 %	39,7 %	<i>Banconi</i>	26,9 %	33,2 %	39,9 %
<i>Faladié</i>	48,9 %	27,9 %	23,2 %	<i>Faladié</i>	14,1 %	52,5 %	33,5 %
<i>TOTAL</i>	33,1 %	35,4 %	31,5 %	<i>TOTAL</i>	20,5 %	42,9 %	36,7 %

Figure 67: Lien entre le lieu d'habitation et le fait de trouver correct d'utiliser un préservatif avec un partenaire régulier ainsi que d'accepter d'avoir une relation sexuelle avec une personne qui refuse le port du préservatif

L'utilisation du préservatif avec un partenaire régulier est très variable (Fig. 67) d'où des questions sur son intégration dans la planification familiale¹⁸⁰ (5.2.3.c.). Seuls 4.3% des habitants de Banconi utilisent le préservatif avec plusieurs partenaires (Faladié 14.7%).

b) Les facteurs d'utilisation ou de non-utilisation

« *Vieillira bien, celui qui se protège bien.* » (Proverbe Bambara)

L'utilisation est plus avancée en milieu urbain avec une demande accrue (Soutoura-Unaidis 2008; [41]). Les raisons évoquées pour ne pas l'utiliser sont similaires entre les deux quartiers (volonté d'avoir un enfant, religion, refus du partenaire, déshonneur). La sous-utilisation du préservatif à Banconi peut

Bamanet (14/02/2011), « Secret de femme : S'acheter son homme, une tendance à la mode ! »

Le Combat (11/03/2011), « Insolite sur la Route Bamako Mopti : Il trouve la photo de son épouse avec son compagnon de voyage »

Le Prétoire (18/04/2011), « Vue de Destin : Adultère à Sébénikoro Un homme surprend sa femme avec son meilleur ami »

¹⁸⁰ Plus les répondants ont d'enfants, moins le taux d'utilisation du préservatif est élevé.

s'expliquer par sa méconnaissance comme le montre les chiffres du préservatif féminin (38.1% Faladié 72.5%).

Acheter un préservatif à une structure/personne qui n'appartient pas à son quartier peut, d'un côté, améliorer son accessibilité (tabou, peur d'être vu), mais aussi engendrer certains problèmes¹⁸¹ (conservation, [15]) :

« *Les préservatifs ne sont pas de bonne qualité, ils pètent trop facilement...* » [9]

« *Les méthodes de prévention préconisées sont bonnes sauf que le préservatif éclate souvent.* » [V] [W]

« *Il y a des problèmes avec de nombreux préservatifs fendus... D'autre part, les préservatifs sont mal portés ou il y a des problèmes de dates de péremption.* » [18]

« *Je me méfie de certains à cause de la falsification des dates d'expirations.* » [S] [T] [U]

La confiance envers le préservatif reste limitée même si plusieurs répondants notent qu'ils l'utilisent ou qu'ils ont confiance en eux. [U]

« *J'ai vu toute sorte de capotes : féminin, masculin, « Africain », « Européen »...* » [X]

« *Nous n'avons pas de relations fixe, seulement des relations occasionnelles. Nous nous protégeons toujours, nous avons confiance envers le préservatif.* » [I] [J]

Cependant, l'utilisation n'est pas régulière [Q], systématique et marquée par certains problèmes comme le fait de penser que le lubrifiant des préservatifs est un vecteur de contamination par le VIH/SIDA (Solbeck, 2010).

« *J'ai porté une fois le préservatif juste par curiosité mais il est « sans goût.* » *Le SIDA est une maladie commerciale.* » [A2]

« *J'aime la porter mais mon partenaire ne la veut pas. On a fait le test deux fois tous les deux et les résultats étaient négatifs les deux fois.* » [X]

S'il est à reconnaître que les choses évoluent doucement, des freins persistent. Si le Président de l'Alliance des Religieux du Mali contre le VIH/SIDA admet que le port du préservatif peut être utile, il doit cependant être utilisé dans un cadre très précis. Avoir des relations sexuelles (avec un autre partenaire) sans préservatif pour un séropositif peut entraîner deux pêchés alors que celle-ci avec préservatif en amène qu'un. Pour ce dernier, il faut « sortir » du silence, le préservatif peut être utilisé mais lorsque la personne est malade [22].

« *Ils ne respectent plus nos traditions et nos cultures. Ils arrivent à payer certains prêcheurs pour qu'ils parlent du SIDA à la population. Ces prêcheurs créent un lien entre le SIDA et certains versets du Coran ce qui est très mauvais, la religion n'a rien avoir avec le SIDA.* » [D2]

¹⁸¹ L'indicateur Renouveau (15/10/2009), « Lutte contre le Sida : Abstenez-vous, le préservatif n'arrête plus les virus ! »

Le Caïman de Indè (13/10/2010), « Sécurisation des produits de la santé reproductive : Atténuer les risques liés à la santé de la reproduction »

L'Essor (23/08/2011), « Santé de la reproduction et produits sanguins : Sécurisation impérative »

22 Septembre (05/09/2011), « Sécurisation des produits de Santé de la reproduction : La COREJCOM forme ses membres à la SPSR »

L'indicateur Renouveau (07/09/2011), « Surveillance des décès maternels, néonataux et le monitoring des produits de santé de la reproduction : Une nouvelle stratégie à travers le téléphone mobile »

Les religieux regrettent l'encouragement à l'utilisation du préservatif notamment « *hors du mariage* » où il est « *interdit* » [22].

c) L'accès à l'information et aux campagnes de sensibilisation : facteur clé de son utilisation

Ne posséder aucune source d'information engendre une sous-utilisation du préservatif. L'accès aux campagnes de prévention, échanger sur la sexualité et la connaissance de l'un des slogans augmentent son utilisation : « *on a encore beaucoup de tabous à surmonter pour parler de la protection par le port du condom au niveau des villages* » [62].

Les personnes qui ont déjà entendu parler du SIDA ont un taux plus important d'utilisation notamment à Banconi. Les personnes qui n'échangent avec personne de sexualité ne sont que 2.8% à utiliser le préservatif « *tout le temps* » (8.4% « *souvent* », 14% « *de temps en temps* ») tandis que ceux qui discutent régulièrement avec leurs parents sont 23.5% (26.5% « *souvent* », 22.1% « *de temps en temps* »). Les personnes les plus influentes sont la famille proche (parents, frères et sœurs) et les pairs éducateurs. Cela montre l'intérêt de créer des espaces d'échanges adaptés pour que les populations échangent librement sur la sexualité et le SIDA.

Les comportements à risques font que le recours au dépistage est de plus en plus important. Il est donc d'autant plus normal de l'intégrer à l'échelon de base du système sanitaire afin de toucher un maximum de personnes même si les centres de dépistages volontaires et mobiles seront toujours très utiles.

2.2. Une évolution positive vers le dépistage

2.2.1. Développer les centres de dépistages et leur intégration aux C.S.COM.

Si depuis 2001, la population a suffisamment d'informations pour aller se faire dépister [34], le nombre de dépistages volontaires reste historiquement bas du fait d'un taux de prévalence faible, d'un manque de connaissances et de la présence d'une stigmatisation (White et al., 2009; Ministère de la Santé, 2006; Castle, 2003). Pourtant, le dépistage concerne tout le monde (Fig. 68 ; [27]).



Figure 68 : Panneaux de sensibilisation pour la promotion du dépistage volontaire

Si certaines personnes refusent le test, plusieurs d'entre-elles reviennent quelques temps après. Les partenaires demandent plus souvent, 500 dépistages volontaires ont lieu par mois à Bamako avec, malheureusement, beaucoup de cas positifs [18].

« *Un des soucis vis-à-vis du SIDA est que les C.S.COM. sont chargés de faire de la prévention mais ils ne peuvent répondre aux traitements, ils n'en ont pas la gestion.* » [12]

Sur les 263 structures de dépistage, 196 sont communautaires¹⁸². La future délégation du dépistage aux C.S.COM. semble pertinente au vu des premiers résultats (Rapports annuels A.G.C. 2006, 2007, Ministère de la Santé, 2006). Il existe 100 structures de dépistage (P.T.M.E., P.E.C.) à Bamako avec un ratio moyen de 18 091 habs/structure. Les communes centrales (II et III) sont plus fournies mais pauvres en habitants¹⁸³.

Les femmes se font très souvent dépister lors des Consultations Pré-Natales (C.P.N., 2003: 59% ▶ 2009: 90%) mais de grandes inégalités géographiques existent (Kidal 49%, Bamako 102%, S.L.I.S., 2009). Malgré ces bons résultats, les femmes sont moins nombreuses à connaître un lieu de dépistage (19.1% contre 36.1%).

Les jeunes sont assez nombreux à connaître un lieu de dépistage (20.6%, 27.6% pour la moyenne nationale). Des inégalités spatiales existent quant à la connaissance d'un lieu de dépistage (rural 19.1%, urbain 48.9%) et ce, malgré le développement des centres de dépistages volontaires. Ce taux de connaissance diminue avec l'âge. Malgré cette connaissance, les jeunes sont peu nombreux à se faire dépister (3.9%, 6.6% pour la moyenne nationale).

2.2.2. Quel recours au dépistage ?

Les femmes sont plus nombreuses à s'être faites dépistées (47.7%, hommes 37%). Pour contrer, les mauvais chiffres masculins, ces derniers doivent être plus impliqués dans les Consultations Pré-Natales (C.P.N., 5.2.3.c.). Les taux les plus importants sont pour les 20-30 ans (32.9%) et les moins de 20 ans (17.6%).

Les personnes divorcées sont 68.4% à avoir eu recours au dépistage. S'agit-il d'un dépistage volontaire ou à la suite du décès du conjoint... ? (5.1.3.) Les personnes mariées sont peu nombreuses à subir le test.

Les habitants de Faladié sont légèrement plus nombreux à avoir été dépistés : « *les gens font leurs tests surtout à Faladié. Il y a des manifestations culturelles, une fréquentation haute du C.D.V. et beaucoup de distribution-vente de préservatifs.* » [18]

La religion n'a pas de conséquence tandis que la multiplicité des voyages augmente le taux de dépistage. Plus le réseau amical est important, moins les habitants vont se faire dépister. La peur d'être vu peut expliquer ce constat. Être membre d'une association notamment sanitaire augmente le dépistage. D'ailleurs, les enquêtés qui participent à la vie de la communauté ont également des taux plus importants d'où la nécessité d'impliquer les populations aux programmes (7.2.).

Les personnes pauvres, souvent assimilées à un risque plus important de contracter le virus du SIDA se font peu dépister. La scolarisation a des conséquences sur ce recours tout comme le fait de ne savoir lire aucune langue. De grandes différences apparaissent entre catégories socioprofessionnelles. Les personnes considérées comme à risques (manuels, saisonniers, aides familiales...) ont de faibles taux.

Plus l'état de santé est important, plus le taux de dépistage est haut (43.4% contre 29.6% pour ceux dont la santé est peu ou pas importante). Les enquêtés qui pratiquent une activité sportive ou qui se

¹⁸² 263 = Kayes 31, Koulikoro 49, Sikasso 38, Ségou 42, Mopti 27, Gao 6, Tombouctou 7, Kidal 5, Bamako 58

¹⁸³ Commune I : 335407 habitants, Commune II : 159805, Commune III : 128872, Commune IV : 300085, Commune V : 414668, Commune VI : 470269 (R.G.P.H., 2009)

sentent en bonne santé sont nombreux à s'être dirigés vers les centres mobiles ou fixes. En revanche, les patients qui souffrent de paludisme sont moins nombreux à avoir subi un dépistage ce qui est fort dommage car les symptômes, nous le verrons (8.4.1.c.), sont quasi similaires au VIH/SIDA.

Le pouvoir de décision quant au fait d'aller consulter a des conséquences sur ce recours. Choisir par soi-même ou par l'influence du conjoint améliore ce recours.

Consulter un médecin (hôpital ou privé) augmente le taux de recours au dépistage mais pas pour un médecin de C.SCOM.. Cela va peut être changer avec la décentralisation de ce dépistage aux C.SCOM.. En revanche, les habitants qui pratiquent l'automédication ou consultent les médecins traditionnels sont très peu nombreux à s'être dépistés. La confiance envers les agents de santé a une très grande influence sur les taux de dépistage : 45.9% ont pratiqués un ou plusieurs dépistages, 28.5% pour ceux qui n'ont pas confiance.

Le niveau de scolarisation améliore le recours au dépistage (18.8% non-scolarisés, 33% primaire, 63.6% secondaire ou plus).

Posséder une source d'information, s'intéresser aux programmes de prévention, avoir accès aux campagnes de prévention, connaître l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA ou avoir assisté à des séances de prévention sur le VIH/SIDA améliorent le recours au dépistage. L'adaptation des messages augmente ce recours. Cette adaptation apparaît donc essentielle car celle-ci entraîne une meilleure connaissance du VIH/SIDA et donc un recours au dépistage plus important. Suite à la connaissance du virus, le changement de comportement se fait principalement par le dépistage notamment avant le premier rapport avec le partenaire.

Cette adaptation est donc importante sauf que les messages diffusés (radio, télévision) ne le sont pas nécessairement et sont très critiqués (6.1.1.). Les enquêtés qui ont des connaissances sur le SIDA par ces deux canaux ou qui ne discutent avec personne de sexualité sont peu nombreux à s'être fait dépister alors que les connaissances via les pairs éducateurs (5.1.4.) et agents de santé (7.1.3.) augmentent nettement le recours au dépistage.

Les opinions négatives sur la maladie (mensonge, excessif, non mortel) et le sentiment d'invulnérabilité diminuent les taux de dépistage. Le fatalisme envers les maladies est très présent dans la société malienne (6.1.3.e.). La visibilité de la maladie par les Personnes Vivants avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.), améliore de moitié le nombre de répondants qui sont allés se faire dépister (65.7% contre 30.8%).

Le dépistage est plus important chez les personnes qui savent qu'une personne en bonne santé peut être infectée par le virus et que des médicaments existent pour soulager les malades. Les personnes qui ont été dépistés sont celles qui ont eu plus de deux partenaires dans leur vie mais pas nécessairement celles qui ont plus de deux partenaires lors de l'enquête.

L'utilisation du préservatif et notamment sa fréquence d'utilisation sont en lien avec les personnes qui se sont faites dépistées. Elles sont également plus nombreuses à refuser un rapport sexuel avec un partenaire qui ne souhaite pas porter un préservatif.

2.2.3. Les difficultés vis-à-vis du dépistage

Les personnes dépistées séropositives sont peu nombreuses (notamment les hommes) à venir au test de confirmation (95/211 en 2005). Beaucoup de jeunes reviennent à de multiples reprises car ils « *n'arrivent pas à rester sans risques...* » [48]. De nombreux séropositifs ont des relations sexuelles entre le test et la confirmation d'où une « *remise à zéro* » [30]. D'autre part, très peu de personnes acceptent la référence pour la prise en charge (3/10). Plus de 88% des personnes dépistées VIH+ attendent plus de six mois et des stades cliniques plus avancés de type III ou IV.

« *Ma tante m'a emmenée au C.E.S.A.C., je suis resté 8 mois dans ma chambre. Auparavant, j'ai eu plein d'exams, j'ai mis beaucoup d'argent dans les cliniques, le C.E.S.A.C. était le dernier recours. Mon dépistage a eu lieu le lundi, je devais recevoir mon résultat le mercredi après-midi mais j'y étais dès le matin, je n'ai pas dormi pendant 2 jours. L'attente était insupportable, j'ai failli partir.* » [54]

Il existe un manque de divulgation des résultats aux patients.

D'autre part, la question du secret médical lors du dépistage est posée malgré la loi de 2006 qui stipule le secret professionnel.

Une autre difficulté apparaît car les enfants mineurs doivent être accompagnés d'un parent pour se faire dépister ce qui paraît improbable dans le contexte social malien. Certaines organisations sont hors-la-loi en emmenant ces jeunes dans les cabinets privés ou au C.E.S.A.C. [3] sans le consentement des parents. Peu d'enfants de la rue acceptent le dépistage [31].

Ces difficultés sont dommageables car les Centres de Dépistage Volontaires (C.D.V.) ne demandent que 500 Fcfa pour les frais administratifs et le test est anonyme. Des centres mobiles et fixes existent. Des disparités existent dans la couverture géographique en C.D.V. [24] à Bamako : cinq centres pour la commune I et IV, six pour la commune II, sept pour les communes III et V et onze pour la seule commune VI¹⁸⁴.

Des rumeurs existent sur le dépistage, sur la revente du sang prélevé ou le fait de prélever trop de sang (5.1.2.d.) [24].

2.2.4. La nécessité de se faire dépister

La figure suivante (Fig. 69) représente le client type au dépistage.

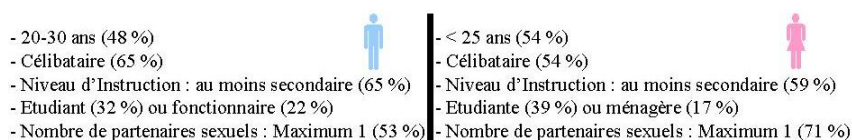


Figure 69 : Client et cliente type au dépistage en 2005 (Maïga, Scholze, 2005)

Les patients sont, le plus souvent, mariés (70.5% hommes / 56% femmes) et sexuellement actifs (38.5% hommes / 37% femmes) d'où des risques accrus pour les conjoints d'autant que plus de 50% des patients ne sentent pas la nécessité d'utiliser de contraceptifs avec eux (N'Diaye et al., 2008).

Si le dépistage est nécessaire, l'arrêt de son financement par l'USAID va stopper sa généralisation¹⁸⁵.

¹⁸⁴ Ratio de C.C.D.V. pour les six communes du District de Bamako : commune I : 1/67081, commune II : 1/26634, commune III : 1/18410, commune IV : 1/60017, commune V : 1/59238, commune VI : 42751

¹⁸⁵ Le Prétoire (18/08/2011), « Dépistage du Sida au Mali : L'USAID mettra fin aux financements à partir de septembre » Albatros (22/08/2011), « Financement de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali : L'USAID sur le point de rompre la paille »

3. Le cadre législatif face au contexte social : la difficulté à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes à visée préventive

Le contexte législatif peut tout aussi bien entraver ou faciliter la passation des messages délivrés. Au Mali, certaines lois importantes (protection des personnes, santé de la reproduction, esclavage, VIH/SIDA) ont été votées même si certaines restent inappliquées (celles demandées par les institutions internationales).

3.1. L'influence du Code de la Famille

3.1.1. L'historique du nouveau Code de la Famille au Mali

Les contraintes législatives sont énormes pour faire évoluer la situation des femmes au Mali. Entre 2009 et 2011, l'adoption du nouveau Code de la Famille a été bloquée. Sous l'égide du Président de la République, les députés travaillent depuis la fin des années 90 pour modifier le texte de 1962.

Un premier projet a été élaboré par l'ancien Président Alpha Oumar Konaré. Malgré de nombreuses consultations préalables à la rédaction du texte (associations féminines, religieux, institutions, société civile, familles fondatrices de Bamako, barreau), le nouveau texte de 2009 a mis énormément de temps pour être adopté. Les opposants religieux ont longtemps bloqué le texte en seconde lecture à l'Assemblée Nationale.

Au final, le Président Amadou Toumani Touré a préféré ne pas promulguer ce nouveau texte malgré son vote le 3 août 2009 tout en ajoutant que « *sur 1143 articles, seuls 10 posent problème* ». Le consensus politique adopté depuis 1991 s'est encore vérifié lors du vote à l'Assemblée Nationale (majorité de 117 voix pour, cinq contre, quatre abstentions).

Le texte inclut notamment l'égalité sexuelle devant un héritage. En cas d'absence avérée de texte écrit ou de témoins qui attestent les vœux contraires du défunt, le partage deviendrait égal abolissant la succession basée sur la base de la coutume ou du droit religieux (musulman) qui donne la moitié de la part successorale à la femme. Autre nouveauté, l'instruction de la femme ne doit plus être nommée comme un « *devoir d'obéissance* » (code civil) mais comme un « *devoir de respect* » de l'homme.

Le texte modifié adopté le 2 décembre 2011 est beaucoup moins ambitieux pour le Droit des Femmes. Le mariage religieux devient l'égal du mariage civil, alors que ce dernier avait été le seul retenu comme légal par le code avant relecture.

L'âge du mariage de la jeune femme est abaissé de 18 ans à 16 ans (contre 15 ans précédemment...) et la dot est elle devenue obligatoire.

On ne lit plus : « *les époux se doivent mutuellement fidélité, protection, secours et assistance...* », mais : « *dans la limite des droits et devoirs respectifs des époux consacrés par le présent code, la femme doit obéissance à son mari et le mari protection à sa femme...* ».

De même, les enfants nés d'un adultère ne bénéficient plus d'aucun droit ni protection.

Enfin, l'article 518 s'aventure sur un terrain inattendu : « *en aucun cas, un homosexuel n'est admis à adopter un enfant sous quelques régime que ce soit* ».

L'article qui stipulait que les traités et accords internationaux relatifs à la protection de la femme et de l'enfant, dûment ratifiés par le Mali et publiés devaient s'appliquer à tout simplement été supprimé... L'influence occidentale pour la révision du Code de la Famille n'a pas plus à de nombreuses populations.

3.1.2. Les réactions de son adoption et le « *demi-tour* »...

Depuis sa première adoption, les protestations sont vives (religieux, chefs coutumiers). Enormément d'articles ont été publiés sur ce thème depuis avril 2009¹⁸⁶. Suite à une première marche dans les rues de Bamako, plus de 50000 personnes se sont rassemblées le 22 août 2009 dans le stade du 26 mars à l'appel du Haut Conseil Islamique Malien (H.C.I.M.). Lors de l'adoption du texte, le secrétaire général du Haut Conseil a annoncé que le dit Conseil ferait tout pour empêcher l'application de la loi (honte et trahison envers les musulmans). Il ne s'agit pas d'une remise en cause totale de la rénovation du code mais une volonté de l'adapter aux valeurs sociales maliennes. Les chefs coutumiers présents à ce meeting ont vivement critiqués ce code malgré leurs consultations préalables : « *nous les familles fondatrices de Bamako (Niaré, Touré, Dravé), jugeons que ce texte atteint gravement nos valeurs sociétales et brave notre religion, nous ne l'accepterons pas !* »

Les manifestants voient en ce texte la « *main de l'Occident* » (Grange Omokaro, 2009). Un intervenant assimile les députés à des ennemis, « *achetés* » par le pouvoir contre leur peuple. Les débats sur le code de la famille se situent à différentes échelles dans un contexte international et national d'activisme féminin (Schulz, 2003).

¹⁸⁶ Canard Dechainé (26/08/2009), « Un parachutage à risque »
Irin (01/03/2010), « Mali: Besoin de « voir la réalité en face » dans les amendements au code de la famille »
Nouvel Horizon (25/03/2010), « Code des personnes et de la famille : Le pouvoir, entre le marteau et l'enclume »
Le Quotidien de Bko (23/04/2010), « Mahamoud Dicko, président du Haut Conseil Islamique du Mali : « Il n'y a aucun respect de l'islam dans ce pays » »
22 Septembre (26/04/2010), « L'imam El Hadji Sékou Ahmadou Diallo au Président du HCI : "Je ne vois pas en quoi le Code porte atteinte à nos valeurs socioculturelles, encore moins à l'Islam" »
22 Septembre (29/04/2010), « Code des personnes et de la famille : L'Imam de Kati Coro menacé de mort »
L'indicateur Renouveau (30/04/2010), « Relecture du code des personnes et de la famille : La tension monte entre les leaders religieux »
Le Quotidien de Bko (30/04/2010), « Adoption du code des Personnes et de la Famille : Mohamoud Dicko joue-t-il au pyromane ? »
Delta Tribune (18/05/2010), « Ségou: Meeting du Haut conseil islamique sur le projet de code de la famille : « ... Cette élite malienne pense que la république lui appartient... » Dixit Mahmoud Dicko président du Haut conseil Islamique du Mali »
22 Septembre (21/06/2010), « Code de la famille : Les députés violent la procédure législative »
22 Septembre (28/06/2010), « Code de la famille : La présidente de la commission Loi boude les travaux »
La Nouvelle Patrie (12/07/2010), « Légalisation du mariage religieux : Qu'en pensent les monogames ? »
Irin (17/08/09), « Mali : le nouveau code de la famille accueilli par des menaces de violence Leaders religieux et chefs de villages montent au créneau »
Procès Verbal (20/09/2010), « Professeur Ali Nouhoum Diallo : "Le Code de la famille est conforme à l'Islam !" »
Journal du Mali.com (05/10/2010), « Code de la famille : vers un vote du texte et la légalisation du mariage religieux ? »
Le Challenger (08/10/2010), « Projet de code des personnes et de la famille : Les députés désavouent le gouvernement »
Le Challenger (15/10/2010), « Entre Nous - Projet de code des personnes et de la famille : vérités gênantes »
Le Potentiel (19/10/2010), « Code de la personne et de la famille : Attention aux pyromanes ! »
Le Malien (19/10/2010), « Assemblée nationale du Mali : Pourquoi doit-on légaliser le mariage religieux ? »
Maliweb (20/10/2010), « Code des personnes et de la famille : Le pied de nez aux intellectuels »
Bamako Hebdo (27/11/2010), « Le grand prêcheur, Chérif Ousmane Madani Haïdara : "Le débat sur le Code des personnes et de la famille est clos" »
L'Indépendant (24/12/2010), « Adoption du Code des personnes et de la famille : Le renvoi aux calendes grecques se confirme »
Le Challenger (17/05/2011), « Code des personnes et de la famille, Peine de mort : « Aucune avancée n'a été enregistrée » »
Le Combat (25/06/2011), « Code de la Famille à l'Assemblée nationale : Les députés se dérobent... Le jihad continue »
L'Indépendant (07/07/2011), « Vers l'adoption du Code des personnes et de la famille : Le mariage religieux enfin légalisé ! »
Le Prétoire (11/07/2011), « Code de la famille et des personnes: Où en sommes-nous ? »
Le Matinal (26/07/2011), « Code la famille : Les malentendus dissipés ? »
Le Républicain (26/07/2011), « Code des personnes et de la Famille : « Il n'y aura code de la famille que s'il y a un consensus » »
Le Prétoire (01/08/2011), « Mahamoud Dicko, président du Haut Conseil Islamique du Mali : « Nous voulons que le Code soit le plus consensuel possible » »
Le National (04/08/2011), « Adoption du code des personnes et de la famille : Pourquoi doit-on légaliser le mariage religieux ? »
Le Républicain (04/08/2011), « Code des personnes et de la famille : Rien de définitif »

La République a ouvert la voie à la société civile. Cependant, une radicalisation et islamisation de la société s'observe dans l'espace public malien (les derniers événements l'ont montré) et ouest-africain (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso) avec le développement d'associations de jeunes musulmans¹⁸⁷. Ces derniers investissent et s'approprient l'espace urbain à des fins sociales et/ou politiques.

En plus de conquérir cet espace, les jeunes imposent de nouveaux codes culturels et une nouvelle façon de vivre l'Islam (mode de vie, lieux de socialisation (grins, bars...), rapports sociaux quotidiens; Calvès, Marcoux, 2004). Ce développement religieux est observé à Banconi depuis les années 2000. Cette filiation à un collectif religieux est souvent présentée comme un remède au « désordre » et à la transformation des liens sociaux (Bourdarias, 2009). Lors de nos différents séjours de terrain, il a été observé ce développement croissant de l'importance de la religion (augmentation du nombre de femmes portant le voile intégral à Bamako par exemple).

L'émancipation de la femme peut apporter de grands progrès en matière de prévention. Seulement, si les femmes ont un meilleur accès à la scolarisation, aux structures de santé et de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA via les relais communautaires et les consultations pré-natales, elles ne peuvent, malheureusement pas, toutes, sur le terrain, appliquer ces principes de précautions. Le pouvoir des hommes, l'influence croissante de la religion freinent ces avancées notamment en termes de planification familiale.

3.2. Rapports de genre et VIH/SIDA : le cas du mariage précoce

« *Muso danbé dé yé fourou yé.* » = « *La femme n'a de valeur que dans le mariage.* »

La société ne prohibe pas toujours, ni en toute circonstances, l'intimité et l'expression des sentiments entre hommes et femmes. Seulement, la seule forme d'union durable reconnue reste le mariage (Thore in Erny, 1987). Les formes de mariages peuvent varier d'une ethnie à une autre (Diallo, 2004b). Si dans les villages, aucune considération n'est accordée à la femme adulte non mariée, la généralisation des migrations féminines perturbe profondément cette considération bambara. Les hommes considèrent que l'émigration urbaine est la principale cause du refus des jeunes filles de se fiancer.

Les rapports de genre de la société malienne est discriminative (inégalité juridique) et accroît la vulnérabilité des filles. La loi chargée les protéger du mariage forcé n'est pas respectée, ni appliquée... (Bouju, 2008) : « *les femmes maliennes se marient très jeunes et très souvent sans avoir donné leur consentement*, certaines sont mariées à 12 ans. » (A.M.D.H., 2007) Le mariage précoce et forcé reste encore très présent au Mali¹⁸⁸ (Boileau et al., 2008; A.M.D.H., 2007) notamment en milieu rural. Cela

¹⁸⁷ Le Challenger (25/02/2011), « Situation explosive en commune V du district : Daoudabougou, un vent «intégriste» balaie le quartier ! »

¹⁸⁸ SND (25/05/2004), « Mariam Konaté, contre le mariage forcé »

L'indicateur Renouveau (06/05/2010), « Mariage précoce : Un facteur de déperdition scolaire des filles »

Le Quotidien de Bko (06/05/2010), « Interdiction du mariage précoce au Mali : La lutte s'officialise ! »

L'Indicateur du Renouveau (09/05/2010), « Mairie à Boulkassoumbougou : Elle dit non à son fiancé par méconnaissance »

L'indicateur Renouveau (16/06/2010), « Mariage précoce : Les problèmes et les aspects négatifs »

La Nouvelle Patrie (03/08/2010), « Ces mariages précipités à la veille du Ramadan : Des vies de couple qui ne durent qu'un mois »

Le Prétoire (31/01/2011), « Et si on en parlait : Le mariage à la sauvette »

représente un engagement et un honneur entre familles d'un « *même clan* » (Bouju, 2008). Des évolutions apparaissent tout de même en milieu urbain et rural (Hertrich, 2007a, 2007b, 1996; Lesclingand, Hertrich, 2007).

L'âge légal au mariage est de 18 ans pour les filles et 21 pour les garçons même si un pourcentage important de jeunes filles sont mariées avant 15 ans avec le consentement des parents (Ministère de la Santé, 2001). En 2006, 23.3% des femmes âgées de 25 à 49 ans avaient été mariées à 15 ans. Aucune variation temporelle n'est visible ce qui montre que le phénomène est toujours d'actualité. Seuls 5.8% des hommes de 25 à 59 ans étaient mariés à l'âge de 18 ans.

L'article 4 alinéa 2 du Code de mariage et de la tutelle du Mali indique nulle la femme ne peut être mariée avant 15 ans révolus. Cependant, ce mariage peut être autorisé par le Ministère de la Justice.

L'Etat malien a aussi institué un cadre juridique pour protéger les enfants contre l'exploitation sexuelle. L'article 1 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant définit un enfant comme « *tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ». Au Mali, il existe des limites d'âge différentes pour définir la majorité en fonction du contexte local.

Un écart d'âge important existe entre l'homme et la femme lors de l'union. Le pourcentage de célibataires est deux fois plus important pour les femmes pour les 15-19 ans (47.4% contre 89.3%, Ministère de la santé, 2006). Très peu de variations spatiales (urbain/rural), temporelles (femmes de 45-49 ans/de 20-24 ans) et sociales (scolarisation, gradient économique) pour l'âge médian à la première union existent. L'âge médian à la première union est de 16.3 ans pour les femmes et de 25.1 ans pour les hommes (Bamako 18.1 ans et 28.2 ans, Ministère de la santé, 2006).

« *Etre marié tôt n'empêche pas le vagabondage.* » (Proverbe Bambara)

Dans la société malienne, la précocité de l'initiation sexuelle et le recul de l'âge au mariage (milieu urbain) constituent des réalités distinctes selon le sexe. Le mariage est très important, seuls 8.8% des plus de 40 ans sont célibataires (66.2% marié(e)s, 8.8% divorcé(e)s, 15.4% veufs ou veuves). Les mariés polygames sont assez homogènes entre les ethnies à l'exception des sarakolés, sénoufos (taux supérieurs) et des bobos (taux inférieur). D'autre part, si la polygamie est très présente dans la religion musulmane, elle l'est également chez les enquêtés de confession chrétienne.

Vis-à-vis de la prévention du VIH/SIDA, le fait qu'une femme soit forcée de se marier complique les efforts et les rapports de genre déjà difficiles au Mali (5.2.4.b.). Une femme soumise par sa propre famille à un homme ne peut imposer le port du préservatif à son conjoint lorsqu'elle se trouve dès le départ en position inférieure.

3.3. La santé de la reproduction : un défi pour le Mali ?

« *Avoir de nombreux enfants fatigue les reins. Mieux vaut en avoir un et qui soit bien.* » (Proverbe Bambara)

Si le Mali fait de gros efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D.), les besoins en planification familiale ne se sont pas améliorés (2006: 31.2%, 2010: 33.9%¹⁸⁹, I.H.P.+ , 2010). Le nombre d'enfants augmente avec l'âge des enquêtés et selon les ethnies (sarakolés, malinkés). Les personnes qui ont des revenus insuffisants ou un niveau scolaire bas ont plus d'enfants d'où la nécessité de mieux toucher ces populations en programmes de santé de la reproduction.

De nos jours, beaucoup d'enfants sont laissés à eux-mêmes (enfants « dans » ou « de » la rue ; Unicef, 2009; Douville, 2007 ; 2004, Coulibaly; Douville). Certains habitants de secteurs d'activités particuliers qui demandent de la « main d'œuvre » (vente/services, agriculture) ont plus d'enfants dans une optique d'aide.

Les habitants qui consultent les C.S.COM., médecins traditionnels ou pratiquent l'automédication ont plus d'enfants malgré les Consultations Pré Natales (C.P.N.) dans les C.S.COM.. Ces dernières sont à évaluées car les personnes qui ont beaucoup d'enfants ont de bonnes connaissances de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Les enquêtés qui ont beaucoup d'enfants discutent peu de sexualité et sont moins nombreux à vouloir entendre parler de SIDA dans la vie de tous les jours ou que leurs enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école. Ils trouvent les messages de prévention moins adaptés. En conséquence, ils se sentent moins vulnérables, ont moins recours au dépistage et connaissent moins l'existence du porteur sain.

Les personnes qui ont beaucoup d'enfants utilisent moins le préservatif avec leur partenaire régulier et de manière moins fréquente (religion loin devant la volonté d'avoir un enfant).

Au Mali, l'utilisation précoce de la contraception occasionne une plus grande utilisation future (Kaggwa, Diop, Storey, 2008). La planification familiale a été introduite au Mali en 1967 mais le gouvernement ne l'a instauré de manière officielle qu'en 1972 et essentiellement à Bamako. La planification familiale à grande échelle s'est développée dans les années 90 (Kaggwa, Diop, Storey, 2008) et a été légiférée en 2002.

Malheureusement, ces efforts tardent à se traduire sur le terrain même si les outils préventifs existent (Maïga, Diarra, 2009). Un manque d'intérêt de ce volet sanitaire se perçoit dans les centres de santé d'où de grandes inégalités sociales. De plus, si les femmes viennent aux consultations, leur faible gradient social et manque de liberté en matière de santé compliquent leurs possibilités réelles.

Ces difficultés s'observent au Mali mais également en France devant les contraintes (interdiction de la polygamie, limitation de la fertilité, religion¹⁹⁰; Sargent, Larchanche-Kim, 2006; Sargent, 2006; Sargent, 2005; Sargent, Cordell, 2003).

Après une sensibilisation longue, les maliennes souhaitent un enfant de moins que les hommes (Castle, 2001). Dans le monde rural, les hommes ne comprennent pas la réelle charge de la maternité et de l'éducation des enfants. Ils voient en eux une main d'œuvre et un « signe de virilité » (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). La procréation est la « fonction » la plus célébrée au Mali pour les femmes¹⁹¹

¹⁸⁹ Mali Demain (17/10/2010), « La planification familiale au Mali : Est-ce que en planifiant sa vie, on peut vaincre la pauvreté ? »
Nouvel Horizon (23/04/2010), « Planification familiale : Le Mali pourra-t-il rattraper le retard ? »

Bamanet (11/05/2011), « Planification familiale : peut mieux faire »

¹⁹⁰ L'Essor (31/12/2010), « Planning familial : tout à fait compatible avec l'Islam »

¹⁹¹ Le Républicain (29/04/2010), « Vie de couple : Une obligation d'enfanter ? »

tandis que le plaisir est assimilé à une déviance (« *sexe social* »): « *La belle femme est celle qui a un enfant au dos* » (Proverbe Bambara). La décision d'avoir des enfants, d'utiliser de la contraception ou de circonciser les enfants n'appartient pas nécessairement au couple (parents, grands-parents, tantes, hommes ; Diallo, 2004b).

Les messages biomédicaux génèrent des conflits maritaux et dilemmes sanitaires. En France, les agents de santé les renforcent par des discours sur les Droits des Femmes qui n'ont que peu de valeurs (pouvoir masculin, religion) d'où l'intérêt d'étudier les interventions dans un large contexte (Sargent, 2009).

Les acteurs et populations n'ont pas les mêmes référents. Les identités sont multiples et croisent plusieurs normes. Certaines favorisent la procréation (coutume, religion), d'autres la sexualité inféconde et la recherche du plaisir sexuel (Coulibaly, 2008) : « *la planification familiale est mal vue car les gens disent que c'est Dieu qui gère, Dieu mesure ce qu'il donne* » [22]. Le R.I.P.O.D. (Réseau Islam Population et Développement) incite à l'espacement des naissances en citant le Coran [22]. Pour promouvoir l'espacement des naissances, les religieux ne s'appuient pas sur la pauvreté mais la santé de la mère et l'enfant.

La santé de la reproduction est liée à la prévention du VIH/SIDA pour différentes raisons. Tout d'abord, si les discussions sur le SIDA sont toujours difficiles, il est possible d'en parler via des séances de counseling sur la S.R.. Si ces séances sont essentiellement dirigées vers les femmes, les hommes sont aujourd'hui plus impliqués ce qui peut être que bénéfique car les hommes prennent les décisions sanitaires (5.2.4.b.). Enfin, l'utilisation du préservatif est « *petit à petit*¹⁹² » de moins en moins associé au SIDA et plus à la planification familiale.

3.4. L'avortement au Mali

La précocité du premier rapport sexuel augmente le taux de grossesses non désirées¹⁹³ et les risques associés (hémorragies, infections, perforations de l'utérus, mort, Gueye, Castle, Konaté, 2001). Le taux de grossesse non désirée est élevé parce que la contraception orale ou via le préservatif reste marginale (Britt, Maïga, Morrison, Dao, 2009).

Les raisons du recours à l'avortement sont nombreuses (pression parentale, refus de reconnaissance de la grossesse par le partenaire, impossibilité des jeunes villageoises de rentrer avec un enfant « *sans père* » (honte, crainte des parents)...). Les conséquences sociales sont le rejet de la belle famille (fréquent chez les peuls), de la jeune fille par sa famille (surtout paternelle) et enfin, les difficultés de trouver un mari. Face à ces situations sociales et sanitaires, la sensibilisation sur la planification familiale apparaît comme essentielle.

Entre 1998 et 2007, la loi malienne a libéralisé la pratique de l'avortement en précisant qu'il peut être pratiqué si la grossesse est dangereuse pour la femme ou si elle est le résultat d'un viol ou d'un inceste (Boland, Katzive, 2009). Auparavant, la loi malienne ne l'autorisait que pour « *sauver la vie de la femme*

Journal du Mali.com (12/10/2010), « Contraception au Mali : d'énormes progrès à faire pour les femmes »

¹⁹² Comme il est souvent dit au Mali, « *Dooni, dooni, kononi b'a nyaga da* » = « *Petit à petit l'oiseau fait son nid* »

¹⁹³ L'Indépendant (03/06/2010), « *Avortements clandestins : Un véritable drame social* »

L'Informateur (16/03/2011), « *L'Avortement au Mali : un acte criminel* »

enceinte » (Guillaume). Dans les autres situations, l'avortement est interdit et passible de poursuites judiciaires (Diabaté Diallo et al., 2000). L'avortement provoqué est une des plus vieilles méthodes d'interruption de grossesse non désirée mais aussi l'une des plus dangereuses (clandestinité, Bouju J., 2008).

L'âge moyen des patientes (1997-1998) à l'Hôpital Gabriel Touré était de 21.68 ans [13-40 ans], 52.4% avaient entre 13 et 17 ans. Sur 1081 dossiers de suite d'une complication d'avortement spontané/provoqué, 189 avortements illégaux avoués ou prouvés cliniquement ont été étudiés même s'ils semblent bien loin de la réalité (Diabaté Diallo et al., 2000).

« Je ne peux pas dire que tout se passe bien. La sexualité précoce, les grossesses indésirées et très précoces se présentent, des filles sont victimes d'autres garçons du quartier. En général, ce sont des filles avec lesquelles je n'ai pas des rapports de confiance, elles sont irrégulières aux rencontres du samedi. Les samedis, au lieu de venir au centre, elles quittent leur maison sous ce prétexte, avec la permission des parents. Mais voilà qu'au lieu de venir au centre, elles profitent pour aller chez des garçons que je ne connais pas, que je n'encadre pas et « bonjour les dégâts. » » [55]

Les grossesses non désirées sont particulièrement importantes chez les femmes qui ne sont pas en union (40%, Gakou, Sauvain-Dugerdil et al.). Beaucoup se retrouvent enceintes, rejetées par leur client ou ami (Solbeck, 2010). Elles se retrouvent donc marginalisées socialement (enfant en dehors du mariage prohibé par le Coran).

4. Un contexte actuel relationnel hommes-femmes en plein bouleversements

Si des messages de sensibilisation et des lois existent pour améliorer la place de la femme, certaines situations et contextes restent dépendants des hommes (port du préservatif, consultation d'un agent de santé).

4.1. Définir la relation amoureuse au Mali ?

Le « référent mondial » joue un rôle important dans l'édification de la culture jeune au Mali¹⁹⁴. Le cinéma, la télévision, Internet, les magazines, la musique inspirent de nouvelles conceptions des valeurs, espaces de socialisation des jeunes (Grange Omokaro, 2009) et normes sexuelles (Boileau et al., 2008).

	Males		Females	
	Urban (N=196)	Rural (N=143)	Urban (N=231)	Rural (N=393)
Curiosity	50	40.6	6.1	2
Peer pressure	43.4	49	3	0.3
Love	23.5	32.2	65.4	14
Physical attraction	12.8	9.8	8.2	1
Marital duty	/	/	1.3	45.8
Promise of marriage	/	/	19	39.4
Money	/	/	12.6	2.5
Fear	/	/	4.8	3.6
Other	1	3.5	/	0.8

Figure 70: Among all sexually experienced adolescents, percentage giving selected reasons for first intercourse, by gender according to residence (Gueye, Castle, Konaté, 2001)

¹⁹⁴ Bamanet (3/05/2010), « Humeur noire : Saint Valentin à Bamako : la ruée vers l'absurdité !

Le Républicain (16/12/2010), « Secret de femme : Gigolo, la nouvelle tendance des jeunes »

Le Républicain (27/12/2010), « Secret de femme : La nuit du 31 décembre : Un casse-tête pour les femmes »

L'indicateur Renouveau (20/02/2011), « Fête de la Saint-Valentin : Une tradition occidentale qui entre dans nos mœurs »

« *There is sincere, unconditional love. But, there are also kinds of love conditioned by money or affection.* » (Inna, 19 ans in Solbeck, 2010)

« *There is no doubt that conjugal relations are changing but truly romantic marriage will not fit easily into Mande habitus.* » (Brand, 2000)

Jankowiak et Fisher (1992) ont étudiés le « *romantisme en amour* » dans 166 « *cultures* ». La majorité des cultures possède la même notion de l'amour même si des variations contextuelles existent. Au Mali, si la romance est recherchée (notamment pour les femmes urbaines), l'aspect « *matériel* » reste important (5.1.3.b., Fig. 70).

4.2. Un pouvoir omniprésent des hommes sur les femmes

« *N'gala yé dani kè, n'ga a ma kélen ya kè.* » = « *Dieu a procédé à la création mais pas à l'égalité dans la société.* » (Proverbe bamanan, Bérédogo, 1997)

Les maliennes manquent toujours de certains libertés aujourd'hui (mariage forcé, accès à la scolarisation, manque d'autonomie financière) d'où des manques de prises de décisions individuelles sur leur santé et sexualité.

4.2.1. La prise de décision par les hommes

« *Les femmes appliquent mais ne décident pas !* » (Lachapelle, 2008)

Les responsabilités des maliens et maliennes sont bien distinguées. Certains articles de presse¹⁹⁵ font offices de « *recettes* » pour favoriser les relations de couple. Seulement, ces conseils sont loin de promouvoir l'égalité¹⁹⁶. L'identité masculine est marquée par son pouvoir économique et l'identité féminine par ses caractéristiques domestiques et reproductives (Diallo, 2004b). Avec la crise économique, les femmes ont un rôle croissant de dernier recours pour la survie de la famille sans pour autant parler d'équité (Gakou, Sauvain-Dugerdil et al.). Il n'existe pas de variations spatiales sur le faible pouvoir des femmes en matière de santé (Ministère de la Santé, 2006).

4.2.2. Les inégalités sociales dans la société malienne

« *Comme les doigts de la main ne sont pas égaux en longueur, les humains ne sont pas égaux en dignité.* » (Proverbe Bambara)

Selon la tradition et la volonté divine, les hommes sont inégaux sur le plan individuel et collectif (Doumbia, 2002; Bérédogo, 1997). Si le village constitue une communauté, le principe d'inégalité entre ses membres est accepté (Balique, 2001b) : « *c'est à Bamako, le temps de la « générosité concurrentielle », la générosité de tous contre tous.* » (Vuarin, 1994)

¹⁹⁵ Le Républicain (22/11/2009), « Vie de couple : Jouer à la détective est-elle la solution pour garder un homme ? »

Le Républicain (14/06/2010), « Secret de femme : Le mythe de la sénégalaise dans le jeu de la séduction »

Le Républicain (17/06/2010), « Secret de femme / Ce que Rama N'Gonné nous dit sur la séduction féminine : « Je pense que toute femme doit apprendre à maîtriser son homme » »

Aurore (19/06/2010), « Femmes, comment retenir vos maris ? 45 conseils pour le dompter à vie »

Avenue 223 (21/06/2010), « Relations hommes-femmes : c'est une affaire de championnat ! »

Le Républicain (07/02/2011), « Secret de femme : Apprendre la cuisine pour réussir son ménage »

Bamanet (28/02/2011), « Secret de femme : La discrétion comme clé de la réussite du foyer »

Le Républicain (24/03/2011), « Secret de femme : « Une femme est un puits de secrets » »

¹⁹⁶ Aurore (19/06/2010), « Femmes, comment retenir vos maris ? 45 conseils pour le dompter à vie »

Les inégalités de genre sont la norme pour beaucoup d'ethnies. Des variations existent cependant dans la nature et les aires de discrimination (Diallo, 2004b). Une étrange cécité des classes dirigeantes existe envers les inégalités qui s'accroissent et qui menacent la société par le développement de l'Islam radical (Marie, 2007).

4.2.3. Dans le domaine sanitaire

Un contrôle important des hommes existe sur la mobilité et les contacts des femmes notamment en milieu rural (Diallo, 2004b). Le chef de village doit tout d'abord consulter les organisations qui souhaitent organiser la prévention dans le village. Ensuite, celui-ci doit rediscuter avec les hommes du village pour valider ou non la venue de cette organisation [17].

A l'échelle micro-locale, l'autorité du chef de famille est considérée comme totale. Il est d'ailleurs le seul à pouvoir circuler où bon lui semble dans la concession ou le village tandis que l'essentiel de la vie sociale de la femme se déroule dans l'espace commun de la cour avec une exposition permanente au regard et jugement des autres (C.E.M.AF., 2007).

« Une analyse fine du fonctionnement de la société malienne montre que les grandes décisions sont toujours prises par les hommes, en tout cas pas sans leurs avis. Par exemple, l'excision, pratique essentiellement féminine a été abandonnée dans certaines régions au Mali et ce sont les hommes qui lui ont donné le coup de grâce ! » [16]

Nos résultats ainsi que d'autres études (Britt, Maïga, Morrison, Dao, 2009; Berthé et al., 2009 ; Maïga, Keïta, 2009; Ministère de la Santé, 2006; Katz, West, Doumbia, Kané, 1999), montrent cette omniprésence.

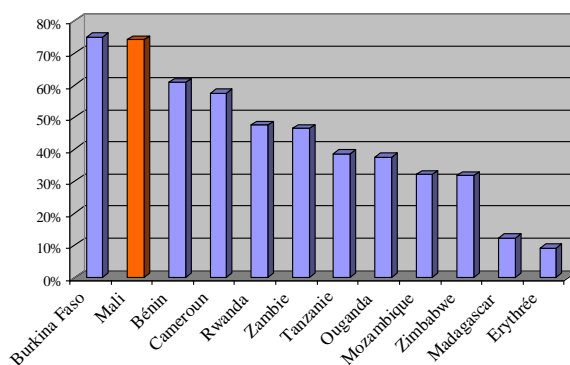


Figure 71: Hommes prenant les décisions sur leurs épouses pour aller consulter un centre de santé (Unicef, 2008)

Les femmes qui luttent contre l'excision et pour l'égalité notent que les efforts ont provoqués plus de problèmes que de résolutions et changements (Diallo, 2004b). Le Mali est l'un des pays où les femmes ont le moins de pouvoir de décisions (Fig. 71) même si les bamakoises sont 22% à prendre leur décision seule (Ministère de la Santé, 2006). Si les enquêtées sont aussi nombreuses que les hommes à prendre elle seule la décision, elles sont en revanche beaucoup plus nombreuses à nécessiter l'avis du conjoint à Banconi (Fig. 72).

	La femme seule	La femme et le conjoint ensemble	La femme et quelqu'un d'autre	Le mari ou conjoint seul	Ma famille	Autre
Mali E.D.S.M. IV	12 %	6 %	0.3 %	71.8 %	ND	9.9 %
Banconi	31.2 %	ND	ND	26.6 %	39 %	3.2 %
Faladié	37.5 %	ND	ND	13 %	43.8 %	5.8 %

Figure 72: Prise de décision dans le ménage par les femmes concernant leur santé à Bamako, Banconi et Faladié en 2006 et 2009¹⁹⁷

Les hommes sont 56.2% à décider d'aller ou non consulter (34.3% des femmes). Seul point commun, le réseau familial est important pour les deux sexes. La famille décide pour 34.8% des hommes et 41.3% des femmes. Plus l'âge des répondants augmente, plus la décision est individuelle même si l'influence du conjoint augmente aussi. Les personnes mariées sont notamment sous l'influence du conjoint.



Figure 73: Panneau de sensibilisation pour la décision mutuelle du port du préservatif pris sur différents sites et boîtes à image symbolisant le refus d'une relation sexuelle contre argent de la part d'une femme et la proposition du port du préservatif

Les habitants des deux quartiers sont peu nombreux à accepter qu'« une personne puisse toujours un préservatif sur lui/elle ? » d'où des problèmes de crédibilité de certains panneaux ou boîtes à images (Fig. 73). Les hommes de Banconi sont plus nombreux à souhaiter que les hommes seuls (19.6%, femmes 11%) portent toujours un préservatif sur eux (24.2% et 20.2% Faladié).

Tout comme les programmes de santé de la reproduction, les programmes de prévention doivent être axés sur les deux membres du couple pour en augmenter l'efficacité sans pour autant stopper les programmes ciblés (hommes et femmes). Les stratégies préventives doivent être convenablement élaborées pour que les hommes et femmes y trouvent leur intérêt.

4.3. Les violences sur les femmes

« La femme est un serpent, dès qu'elle sort la tête, fais-la lui rentrer. »

= « Il ne faut pas donner trop de liberté aux femmes. » (Proverbe Bambara)

4.3.1. Dans la vie quotidienne

« Plus tu es obéissante, plus des enfants seront bénis. » [17]

La présence de psychologues sociaux et travailleurs sociaux doit être améliorée dans les écoles au lieu de critiquer et « frapper » les enfants¹⁹⁸ ([7]; Antonowicz, 2010). Le caractère ordinaire, routinier et banal

¹⁹⁷ Femmes étant en union au moment de l'enquête

ND : Non Défini

¹⁹⁸ L'indicateur Renouveau (26/10/2010), « Boukassoumbougou : Un professeur du lycée Bouillagui Fadiga frappe mortellement un jeune garçon avant de se rendre à la police »

des situations sociales, familiales et domestiques constituent un excellent observatoire des microchangements sociaux. Si le tabou autour de la sexualité diminue, celui des violences et violences sexuelles reste grand (Fig. 74). La place de la femme est en plein questionnement (presse¹⁹⁹, Politique Nationale du Genre (P.N.G. 2010-2012)).

	2002		2003		2004		2005		2006	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
<i>Viol</i>	10	143	11	168	13	156	10	189	11	187
<i>Violence physique</i>	278	382	333	338	465	365	395	458	422	390
<i>Républiation</i>	2	67	/	65	3	102	2	83	1	105
<i>Injures et harcèlements</i>	97	256	101	158	74	137	130	139	111	145
<i>Autres</i>	57	782	79	434	100	447	142	317	102	260
<i>Total</i>	444	1630	524	1163	655	1207	679	1186	647	1087

Figure 74: Nombre de cas de violences déclarées selon le type de violence de 2002 à 2006 (Wildaf, 2006)

Les femmes violentées sont nombreuses à culpabiliser. La société malienne fait que même si celles-ci veulent partir, elles ne le peuvent pas. Des organismes ainsi que la presse²⁰⁰ commencent à faire état de ces violences. L'expansion économique et scolaire des femmes et la pression internationale font que les violences sont de moins en moins acceptées.

Plus de 15% des femmes pensent qu'il est « normal » qu'elles soient battues avec des variations spatiales (Kidal 1.3%, Tombouctou 7%, Mopti 14.3%, Bamako 11%). Les chiffres sont en recul à Bamako (2001 : 83%, 2006 : 73.6%, Ministère de la Santé, 2006, 2001). Les taux sont supérieurs pour les femmes mariées ce qui peut supposer que celles-ci ont déjà connues la violence au sein de leur couple. Le nombre de femmes jamais mariées et battues est aussi très important (32.3%). L'intimité conjugale est le lieu de nombreuses formes de violences silencieuses (aides domestiques²⁰¹, 5.2.3.d., Bouju, De Bruijn, 2008).

Quand les occidentaux perçoivent dans ces violences, le mépris de la condition de la femme, les villageois, notamment bambara, n'y voient qu'une sanction « normale » (Bouju, 2008).

Le Combat (03/02/2011), « Révélation : Se montrer dur avec les enfants les rend forts »

Le Prétoire (04/04/2011), « Violences scolaires à Kolokani : Un professeur échappe à un coup de couteau »

22 Septembre (21/01/2010), « Incendie de la pouponnière de Bamako Coura : Les enfants victimes d'un sinistre intentionnellement provoqué? »

¹⁹⁹ Le Républicain (15/04/2010), « Secret de femme : « La bara muso » »

Bamanet (03/05/2010), « Quelle place occupent les femmes dans notre société ? »

Le Républicain (17/05/2010), « Secret de femme : Chacun a un rôle pour bien élever l'enfant »

Lafia Révélateur (03/03/2011), « Madame Kané Nana Sanou à cœur ouvert : A l'instar du Sénégal, les femmes du Mali aussi veulent une loi qui leur accorde la parité absolue ! »

Zénith Balé (05/03/2011), « Egalité effective des sexes et l'automatisation des femmes au Mali : Relever les défis de promotion et de protection des droits »

²⁰⁰ L'Essor (26/11/2010), « Violences faites aux femmes : Tous unis contre le phénomène »

Le Républicain (13/12/2010), « Assemblée nationale : Lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants »

Le Caïmain d'Indé (15/12/2010), « FEMNET hausse le ton : La problématique de l'harcèlement des filles au cœur des débats »

22 Septembre (10/06/2010), « Violences faites aux femmes et aux filles : Le rôle des parlementaires au cœur des débats »

L'Essor (22/11/2006), « Violences conjugales : Les enfants victimes collatérales »

Musow (06/2005), « Violence conjugale : "Le chômage a fait de mon mari une brute" »

Le Républicain (02/06/2011), « Secret de femme : Lorsque la violence s'invite dans le couple »

Le Challenger (16/07/2011), « Viols et violences sexuelles sur mineures : La tenue vestimentaire en question »

L'Essor (30/07/2011), « Femmes traumatisées (1) : Les nuits du déplaisir »

²⁰¹ Musow (06/2005), « Violence conjugale : " Mon frère est battu par sa femme " »

Si les femmes sont très confrontées à la violence, certains hommes le sont également. L'expression « *programme d'ajustement domestique* » est utilisée (Bouju, De Bruijn, 2008) pour signifier que certains hommes sont battus par leurs épouses en situation de réussite économique de leurs femmes²⁰².

	Hommes de Banconi	Femmes de Banconi	Hommes de Faladié	Femmes de Faladié
<i>Violences</i>	24.8 %	18.8 %	7.7 %	12.5 %
<i>Prostitution</i>	16.4 %	15.6 %	16.1 %	26.4 %
<i>Aucune nuisance</i>	3.8 %	7.8 %	14.8 %	11.1 %

Figure 75 : Lien entre le lieu d'habitation, le sexe et les nuisances connues

Si de manière générale, les hommes sont plus confrontés aux violences (16.1% contre 15.7%) et les femmes à la prostitution (20.9% contre 16.3%), des différences apparaissent à l'échelle de nos deux quartiers. Les hommes de Banconi sont plus confrontés aux deux phénomènes, l'inverse est présent à Faladié (Fig. 75).

4.3.2. Les relations sexuelles forcées

47.7% des bamakoises admettent qu'un homme peut frapper sa femme si elle refuse une relation sexuelle (Ministère de la Santé, 2006). Les inégalités de genre incluent plusieurs facteurs, la passivité des femmes, les violences sexuelles, la réduction des libertés. L'ensemble de ces facteurs affectent les stratégies préventives (Boileau et al., 2008).

Le viol conjugal existe également dans le contexte malien (Diallo, 2004b).

Au Mali, une femme sur trois serait confrontée à des relations forcées durant sa vie (34.8%, hommes 17.8%, Boileau, 2007). Entre 2003-2005, 214 cas de viols ont été répertoriés à Bamako (Wildaf, 2006). Entre 2004 et 2008, la fréquence des agressions sexuelles aux urgences de l'Hôpital Gabriel Touré était de 3.12% (267 consultations, 59.2% moins de 15 ans). Plus de la moitié des patientes avaient déjà eu des rapports sexuels avant l'agression ce qui confirme la précocité des premiers rapports sexuels (Traoré et al., 2010).

Les agressions sexuelles restent sous-évaluées. Il y aurait 4.5 agressions sexuelles par mois alors que les journaux témoignent de nombreux autres faits divers²⁰³. On peut estimer le nombre de viol à un tous les deux jours pour les structures socio-sanitaires, à un tous les quatre jours pour les commissariats et à un tous les six jours pour les magistrats.

Aucune coutume ou tradition n'autorise le viol au Mali (Wildaf, 2006). Cet acte est majoritairement, quelque soit les classes sociales ou les lieux, perçues comme une violence faites aux femmes (Béridogo, 2002).

²⁰² Le Républicain (25/10/2010), « Secret de femme : «Quand Madame porte la culotte » »

Le Potentiel (08/03/2011), « Moeurs : Prolifération des hommes- lavandiers, où sont les femmes ? »

²⁰³ Le Quotidien de Bko (14/05/2010), « Point de Droit : Les époux exclus du viol ! »

Bamako Hebdo (19/03/2011), « Viol collectif à Sangarébouyou : Une mineure de 14 ans se fait violer par cinq voyous »

Bamako Hebdo (19/03/2011), « Un charlatan de 75 ans viole une femme mariée de 24 ans »

Bamako Hebdo (04/12/2010), « Handicapée, sourde et muette : Djénébou Diarra a été violée et agressée par des inconnus qui aspiraient son sang »

Le Républicain (14/05/2010), « Crime odieux à Point G au Mali : Viol et assassinat d'une jeune fille : Après avoir été séquestrée et violée par son copain avec la complicité d'un ami, elle a été étranglée et enterrée avec des cailloux »

Tuyè (27/04/2010), « Mali : Une dame se fait violer par cinq jeunes hommes »

Waati (10/12/2010), « Cour d'assises : Le spécialiste des viols prend 20 ans de prison »

Dans l'étude de Traoré et al. (2010), 65.8% des présumés agresseurs étaient connus des patientes, 75 % dans l'étude Wildaf de 2006²⁰⁴. Les agresseurs n'ont pas de profils type (parents, enseignants, copains, employeurs, militaires, médecins, Wildaf, 2006). Seuls 45% des agresseurs considèrent leur acte comme un viol. Différentes raisons sont invoquées : les drogues, l'amour, l'affection, le besoin de « *soulager* » la libido, le désir de vengeance, l'envie de faire « *comme les autres* » ou profiter de l'opportunité.

Plus de 80% des agressions comportent des pénétrations sexuelles d'où de forts risques de transmission du virus (Traoré Y. et al., 2010). L'acte violent a été effectué par un seul agresseur dans 65.5% des cas mais par deux ou trois personnes dans plus de 17% des cas (17.2%, 75% l'étude Wildaf 2006) : « *des jeunes du quartier aussi bien que des fils à papa le font collectivement.* » (A.P.D.F. in Wildaf, 2006)

Des évolutions apparaissent. Les jeunes acceptent plus aisément que les hommes et les femmes portent toujours un préservatif sur eux. Les habitants de Banconi sont moins nombreux à accepter que les deux sexes le portent toujours (31.8% Faladié 51.1%).

Les hommes sont encore ceux qui doivent, ou non, accepter (et proposer) le port du préservatif (68.2%, 40% pour les femmes; Fig. 76). Des différences s'observent : 51.4% des habitants de Banconi pensent que les deux personnes doivent décider du port du préservatif (Faladié 69.3%).



Figure 76 : Exemples de panneaux de sensibilisation où l'homme propose le port du préservatif

Si les deux sexes sont plus de 60% à penser que les deux membres du couple doivent décider du port, les hommes sont deux fois plus nombreux à penser que seul l'homme doit décider. Les femmes pensent également qu'elles devraient avoir ce pouvoir de décision mais avec des taux plus faibles.

Les jeunes (15-19 ans) sont plus nombreux à refuser une relation sexuelle si le partenaire refuse le préservatif. A l'échelle des couples mariés, cela est plus difficile. Hommes et femmes sont aussi nombreux à refuser d'avoir une telle relation sexuelle (44.9%, 40.1%) avec des différences spatiales (Banconi 33.2%, Faladié 52.5%).

²⁰⁴ Sur 35 auteurs de viols interrogés, 12 avaient violés leur copine ou copine d'une amie, 9 une connaissance du quartier, 2 avaient un lien de parenté, 2 avaient violés une vendeuse ambulante et les trois derniers avaient violés, un élève, une aide-ménagère et une prostituée.

	<i>Si l'homme a une maladie sexuellement transmissible</i>	<i>Si l'homme a des relations avec d'autres femmes</i>	<i>Si la femme vient d'accoucher</i>	<i>Si la femme se sent fatiguée ou « pas d'humeur »</i>	<i>Pourcentage d'accord avec toutes ces raisons</i>	<i>Pourcentage qui ne sont d'accord avec aucune de ces raisons</i>
2001						
<i>Mali</i>	46.4	32.2	53.8	29.2	10.2	50.5
<i>Bamako</i>	54.7	35.5	54.6	30.6	12.9	20.8
2006						
<i>Mali</i>	48.6	30.7	59.7	27.1	10.1	23.2
<i>Bamako</i>	55.9	33.3	63.1	29.3	12.1	18.9

Figure 77: Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le refus d'avoir des relations sexuelles avec leur mari/partenaire en 2001 et 2006 au Mali et à Bamako (Ministère de la Santé, 2001, 2006)

12.1% des bamakoises sont d'accord avec l'ensemble de ces conditions (Fig. 77). Dans certains cas, la femme utilise la « grève du sexe » pour manifester indirectement un mécontentement envers son mari (Bouju, De Bruijn, 2008).

Les femmes rurales n'osent jamais proposer à leur(s) mari(s) le port du préservatif : « *les hommes ne veulent pas entendre parler du préservatif malgré toutes les sensibilisations effectuées. Si les femmes proposent le préservatif à leur mari, c'est qu'elles sont infectées* » [17].

Pourtant, les messages de sensibilisation utilisés appuient sur cette question de la proposition du port du préservatif par les femmes²⁰⁵...

Malheureusement, il n'existe aucun chiffre qui lie VIH/SIDA et viol. Seulement, cette pratique, sans protection, quelques fois de manière collective, fait courir des risques énormes...

4.3.3. Pourquoi une telle présence ?

Les causes des viols (médecins (Me), magistrats (Ma)) sont intéressantes pour comprendre les contextes dans lesquels ils s'opèrent (Wildaf, 2006).

Tout d'abord, le pouvoir des hommes est souvent cité tout comme la conviction que la femme n'est faite que pour assouvir leur désir sexuel (Ma). La jalousie ou l'incompréhension au sein du couple par manque de dialogue (5.1.1.b., Me) sont également évoqués.

« *La discrimination faite à la femme : faisant de l'homme le maître et la femme un être à son service y compris sexuel.* » (Ma)

« *Le besoin sexuel élevé des hommes. Les enfants sont précoces, les hommes ne tiennent pas compte de l'âge des enfants et les désirent. S'ils n'arrivent pas à les convaincre, ils les violent.* » (Me)

Les autres raisons sont la perversion sexuelle, les tenues vestimentaires féminines²⁰⁶ et le vice des hommes notamment via la télévision (Me). La pédophilie²⁰⁷ (Wildaf, 2006) et les pulsions

²⁰⁵ Un spot pour le préservatif Protector Plus montrait l'exemple d'une jeune fille expliquant à une de ses amies la manière de convaincre son petit ami afin qu'il accepte d'utiliser le préservatif pour éviter les grossesses non désirées et le VIH/SIDA (P.S.I., 2009).

²⁰⁶ Bamanet (19/02/2009), « Beauté : Opération esthétique, Attention les fausses fesses ou « trompe œil » sont à Bamako ! » Bamanet (19/03/2009), « Sexe et business : Des « bobarabani », « Sibarani », « Tôkôni » ou « form'ni » à l'avant-garde de la séduction »

Le Républicain (02/05/2010), « Secret de femme /L'habillement chez les filles : Exhibitionnisme ou séduction ? »

sadomasochistes sont également évoquées (Ma). La virilité et les tentations sexuelles masculines sont excusées car considérées comme hors de contrôle (Diallo, 2004b).

Enfin, les problèmes d'éducation et de pauvreté sont donnés (Me).

« *Le relâchement des mœurs, les enfants étant autorisés à faire tout ce qui ne leur était pas permis. Il n'existe plus de règles de vie en société, le viol est accepté par la société.* » (Me)

Notre suivi quotidien de la presse malienne montre la forte présence des cas de violences et de viols.

4.3.4. Un manque de données et de recherches sur ce problème de société

Peu de données existent sur les violences sociales quotidiennes malgré un programme de recherche chargé d'étudier ce phénomène (ANR-06-CONF-04). L'étude de la violence « ordinaire » s'est développée dans les années 90 (O.N.G., militants) même si les chercheurs préfèrent souvent étudier des thèmes moins controversés (Bouju, De Bruijn, 2008). Certaines organisations (Amidep-Asep, Muso Danbe, Caritas...) commencent à approfondir ces questions ([7], Gueye, Castle, Konaté, 2001).

Les sous-déclarations de viol, violence ou harcèlement sont liées à plusieurs phénomènes : secret gardé par les jeunes filles (honte sur la famille), manque de déclaration, suivi et de prise en compte des autorités policières... Les autorités constatent que les victimes de mariages précoces ne se plaignent jamais.

« *Qui ne sait pas se défendre, perd le procès.* » (Proverbe Dogon)

Le système judiciaire est une des institutions auxquels les maliens accordent le moins de confiance d'où un faible nombre de plaintes déposées (Razafindrakoto, Roubaud, 2004). La lenteur des procédures compliquent les déclarations (Andersson, Massoud, 1995). Les avocates sont peu nombreuses (7.79% en 2009) ce qui renforce les difficultés de témoignages pour les femmes. D'autre part, si les agents de santé sont privilégiés pour l'examen et les soins (conséquences physiques), ces derniers sont mal formés. Ils sont 98% à ne pas connaître le contenu juridique du viol (Wildaf, 2006).

Le Républicain (27/05/2010), « Secret de femme : A chaque âge, son look »
Canard Déchainé (23/06/2010), « Quand on s'habille pour ... se déshabiller »
Aurore (24/06/2010), « Face à la légèreté des mœurs dans la cité des 333 Saints... : Les Imams de Tombouctou s'insurgent contre Miss O.R.T.M. et attribuent la tragédie de Maouloud à la dépravation des mœurs »
La Nouvelle Patrie (17/08/2010), « Sociétés et mœurs : Ramadan et port de tenue : La pudeur serait-elle respectée en ce mois béni de Dieu ? »
Journal du Mali.com (30/08/2010), « Ramadan et habillement : les tenues sexy choquent à Bamako »
Bamanet (03/02/2011), « La mode actuelle de la jeunesse est portée sur l'extravagance. Nombreuses sont les jeunes filles et garçons qui adoptent un mode vestimentaire qui jure avec nos mœurs. Dans les rues de Bamako, l'habillement de la jeunesse frise la dépravation et choque »
Le Républicain (03/02/2011), « Secret de femme : Promotion Taille basse...promotion de l'impudeur »
<http://annacoulibaly.over-blog.com/ext/http://mali.blogs.liberation.fr/>, (19/04/2011), « Le petit marché de la fesse »
Le Challenger (16/07/2011), « Viols et violences sexuelles sur mineures : La tenue vestimentaire en question »
Le Républicain (16/09/2011), « Les jeunes et la mode / Les « sapeurs de Bamako » »
²⁰⁷ Le Ségovien (05/05/2010), « Ségou ntene - Un polygame viole une fille de 14 ans »
Journal du Mali.com (16/02/2010), « Pédophilie au Mali : un mal qui prend racine »
Journal du Mali.com (05/09/2009), « La pédophilie, un acte puni par loi au Mali ! »
Procès Verbal (14/06/2010), « Tribunal de la Commune VI : L'homme qui couchait avec ses filles »
Canard Déchainé (04/11/2009), « Vers une épidémie de pédo-folie au Mali »
Le Combat (04/06/2011), « Affaire DSK à la malienne : Un Canadien arrêté pour pédophilie à l'Hôtel DAFINA... le gérant de l'hôtel et l'oncle de la victime interpellés »
Bamanet (1/10/2010), « Deuxième session ordinaire de la Cour d'assises de Bamako : Adama Coulibaly, accusé de pédophilie, a été acquitté. Tandis que Karim Fané écope de 2 ans de prison avec sursis pour coups mortels »
Kabako (20/08/2011), « Pédophilie à N'Golonina : Un gaillard de 23 ans tente de faire l'amour à une innocente de 2 ans et demi »
Le Flambeau (07/09/2011), « L'exploitation sexuelle des enfants au Mali et dans le monde : L'Etat de lieu, Les Causes, Les Conséquences et Des Chiffres pour mieux cerner le Danger »
Le Flambeau (07/09/2011), « Les Coups de la vie : "Un père abuse de ses 3 filles pour de l'argent" »

Sur les 267 cas de viols recensés (Wildaf, 2006), seuls 10.48% des agresseurs ont été condamnés²⁰⁸ et 40% tentent d'étouffer l'affaire. En ville, « *comme au village* », les règlements se font entre les familles et le chef de village (C.E.M.AF., 2007; Bouju, 2006) : « *les victimes et leurs parents se réservent de dénoncer les auteurs de viol et préfèrent s'entendre avec eux pour préserver la dignité et l'honneur de la famille* » (Wildaf, 2006). Au niveau local, plusieurs mécanismes de résolution existent : synergie entre autorités (traditionnelles, religieuses, administratives), médiation sociale, consensus, concertation, conciliation. La « *toguna* » (« *arbre à palabre* », malinkés, dogons) en est un exemple (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009). L'ancien système traditionnel est quelque fois regretté car il évite certaines « *embrouilles sociales* » (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004)²⁰⁹.

Chez les bamanan, une grande dynamique et diversité existe au niveau de l'organisation judiciaire²¹⁰. Des catégories sociales existent pour la médiation²¹¹.

Les nombreuses violences et viols dont les femmes sont victimes montrent que la prévention du VIH/SIDA doit être adaptée et travaillée dans un contexte global et pas uniquement sanitaire. Ces deux pratiques peuvent occasionner de possibles transmission du virus (non utilisation de protection). Ils représentent des enjeux sociaux, traditionnels et sont liés à la communication, aux comportements et à la législation. Les messages et acteurs doivent intégrer l'ensemble de ces dimensions

²⁰⁸ 46.06% relaxés, 43.46% règlement à l'amiable

²⁰⁹ Le Républicain (08/03/2011), « Forum multi-acteurs sur la Gouvernance au Mali : L'arbre à palabre pour régler des problèmes »

²¹⁰ 1/ Le tribunal familial (« *goua-tigi* ») : tribunal restreint aux membres de la famille, 2/ Le tribunal de quartier : dirigé par le chef de quartier (« *legal-tigi* ») intervient dans la gestion des affaires inter-familiales, 3/ Le tribunal de village : dirigé par le chef de village (« *dugu-tigi* ») avec ses notables, ils interviennent dans la résolution des litiges opposant les différents quartiers, 4/ Le tribunal royal : constitué par le « *fama* » assisté par ses notables. C'est le tribunal suprême intervenant dans la résolution des conflits opposant plusieurs villages.

²¹¹ « *Niamakalas* » composés des forgerons²¹¹, des « *finah* » (bamanans) ou les « *mabo* » (peuls). Parmi ces groupes, les griots jouent un rôle particulier et sont toujours très présents dans nombre de sociétés ouest africaines.

6. LES METHODES DE PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA ET LEUR ADAPTATION AU CONTEXTE MALIEN

Si l'accès aux programmes de prévention dépend de nombreux facteurs (scolarisation, accès à la communication), la société malienne est toujours emprise de tabous. Il est donc important d'analyser les méthodes de communications usitées par les acteurs, organisations et habitants pour déterminer celles qui sont les plus efficaces selon les contextes et les statuts. L'adaptation des messages et canaux est essentielle.

1. Proposer de nouvelles méthodes

Si de nombreux programmes sont présents sur le VIH/SIDA, les résultats en termes de connaissances et de comportements montrent que des difficultés persistent dans leurs élaborations. Tous les canaux ne connaissent pas les mêmes réussites. Ceci peut être lié aux populations, aux contextes mais également aux acteurs qui divulguent ces messages. Cette adaptation est nécessaire mais difficile tant le contexte malien est riche en coutumes, langues et croyances.

1.1. Des critiques quant à la qualité des messages de prévention délivrés

Les actions de proximité via les pairs éducateurs, Imams, chefs de quartiers ou relais communautaires ne sont pas, d'un point de vue quantitatif, les plus nombreuses (difficultés de mise en place, coût, formation, financement). Ces actions sont donc complétées par des campagnes de masses (panneaux de sensibilisation, messages télévisés, radiophoniques, brochures, boîtes à images).

1.1.1. Des critiques générales sur les programmes de sensibilisation

Le sentiment d'adaptation des programmes de prévention est faible mais plus importante pour les hommes (53.4% femmes 45.1%) et les jeunes. Si la communication est relativement absente au sein des couples et si les messages doivent encourager de meilleurs échanges, les messages sont, pour le moment, moins adaptés aux personnes mariées. En revanche, aucune différence ne se présente pour la religion.

Un lien entre vie quotidienne et perception des messages s'observe. Les difficultés quotidiennes prennent le pas sur la prise en compte d'une maladie qui reste, pour beaucoup, peu présente et moins visible que d'autres pathologies... Les habitants qui ont des revenus insuffisants, qui subviennent difficilement à leurs besoins ou qui ont un faible gradient social (ventes et services, manuels qualifiés et non-qualifiés, travaux domestiques, agriculteurs) ont un avis plus critique.

Les messages perçus comme bons améliorent le sentiment d'importance de l'état de santé. Un état de santé moyen ou mauvais augmente les critiques. Ceux qui ne souffrent d'aucune pathologie sont 61.1% à penser que les programmes sont de bonne qualité (46.6% pour au minimum une pathologie). Les personnes qui vivent dans un environnement dégradé sont 47.6% à trouver les messages adaptés (71.6% aucune nuisance).

Les variations sont faibles entre ethnies même si les sarakolés, dogons ou sénoufo ont des taux légèrement inférieurs comme les enquêtés non maliens (40% contre 50.6%). En revanche, le taux de scolarisation, les capacités de lecture et la maîtrise du français augmentent de manière significative l'appropriation des programmes de prévention.

Un bon accès aux structures de santé augmente la perception de qualité notamment pour l'hôpital et les structures privées. La confiance envers les différents acteurs (agents de santé, Etat, organisations internationales) améliore le sentiment de qualité. Les messages considérés comme bons augmentent la connaissance du Haut Conseil (H.C.N.L.S.).

D'une manière générale, avoir accès aux campagnes de prévention améliore la perception des messages et donc l'appropriation de l'un des slogans contre le VIH/SIDA.

Les programmes via les agents locaux (pairs éducateurs, agents de santé) sont mieux perçus. L'adaptation des programmes est essentielle car elle a des conséquences sur les opinions (réalité et mortalité du virus, Fig. 78) et sur le tabou. Les habitants sont plus nombreux à accepter que l'on puisse parler de VIH/SIDA dans la vie de tous les jours ou que les enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école.

	<i>Mensonge</i>	<i>Excessif</i>	<i>Pas grave</i>	<i>Mortel</i>	<i>Paludisme aggravé</i>
<i>Les messages sont adaptés</i>	5 %	25.9 %	2.6 %	74.9 %	7.9 %
<i>Les messages ne sont pas adaptés</i>	20.9 %	23 %	8.5 %	55.3 %	16.2 %

Figure 78 : Lien entre l'adaptation des programmes et les opinions envers le VIH/SIDA

L'adaptation des messages améliore également la connaissance du virus (98.2% contre 90.2%) et entraîne des changements de comportements (83.8% contre 63.4% pour ceux qui ont une mauvaise opinion). La qualité de la sensibilisation augmente le sentiment de vulnérabilité et par conséquent, le recours au dépistage, l'utilisation du préservatif et le refus d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire qui refuse le port du préservatif.

Certains messages sont efficaces comme en témoignent la connaissance de certains slogans ou l'utilisation de contraceptifs (Kaggwa, Diop, Storey, 2008). Toutefois, si les messages ont évolué, sont plus simples et mieux adaptés notamment envers les jeunes [21], des difficultés persistent²¹².

L'essentiel de la sensibilisation s'effectue via les canaux modernes (radio, télé), le théâtre et les jeux concours. La variété et le nombre de supports sont beaucoup plus importants pour la lutte contre l'excision [17]. Si certains programmes sont adaptés, d'autres doivent être revus [36] et de nouvelles stratégies prospectées [32].

En 2004, les résultats d'une étude sur la Santé de la Reproduction (S.R.) du Centre National de l'Information, de l'Education et de la Communication pour la Santé (C.N.I.E.S.) auprès de 500 jeunes de 15 à 24 ans a montré que si les niveaux d'expositions étaient importants, leurs qualités laissaient à désirer. De même, un autre programme de S.R. montrait que 72% des jeunes avaient reçu de

²¹² L'indicateur Renouveau (30/01/2010), « 5ème journées VIH de Bamako : Malgré des avancées, beaucoup reste à faire »
 Le Challenger (12/01/2010), « Faut pas fâcher : Vih/Sida : quel changement de comportement ? »
 Journal du Mali.com (07/12/2010), « Lutte contre le Sida : De grands progrès mais aussi de vrais défis »
 Primature (20/12/2010), « Lutte contre le Sida : Kidal sonne le branle-bas »

l'information mais que peu d'entre-eux savaient retranscrire ces mêmes informations²¹³ (filles 60%, garçons 80%, Britt, Maïga, Morrison, Dao, 2009).

Des variations géographiques existent en termes d'infrastructures d'éducation pour la santé (Gakou, Sauvain-Dugerdil et al). Les besoins sont différents suivant les communes et quartiers de Bamako (hétérogénéité sociale, économique, scolaire, capacités des institutions locales).

Seule une bonne réponse locale amène une bonne réponse nationale : « *tout le monde se félicite des « bonnes réponses » du H.C.N.L.S. sur la baisse de la prévalence. Ces réponses proviennent de la base et non des hautes structures nationales...* » [15].

D'ailleurs, l'objectif même de la création de l'AMICAAL, programme de lutte contre le VIH/SIDA géré par l'Association des Municipalités des maires du Mali (A.M.M.) était de répondre aux mauvais messages délivrés par certains acteurs : « *les messages nationaux ne répondent pas souvent aux préoccupations des populations* » [15]. L'influence d'un programme national de planification familiale est apparue minimale (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). Le fonctionnement pyramidal du système de santé nécessite une base solide [10] [12]. 80% des bons résultats des hôpitaux ou Centres de Santé de Référence (C.S.R.) proviennent des C.S.COM. [11].

Dans certains cas, les bailleurs de fonds s'adressent directement aux O.N.G. et associations locales pour la mise en place de projets sans en informer les autorités communales (C.E.M.AF., 2007; Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004) alors que les textes en vigueur (Aide Budgétaire Globale, Déclaration de Paris) doivent contrecarrer cette tendance.

1.1.2. Les panneaux de sensibilisation

Le long des « *goudrons* », à l'entrée et/ou sortie de nombreuses communes [27] se trouvent le panneau suivant en bamanan ou français (Fig. 79). Ce dernier est critiqué et perçu comme inutile et non lu [12] [43].



Figure 79: Exemples de panneaux de sensibilisation présents à la sortie de villes et villages

Le panneau suivant (Fig. 80) montre de manière incomplète l'utilisation du préservatif féminin d'où de nombreuses incompréhensions. Il serait plus pertinent de montrer comment faire [26]. Un écart existe entre l'image proposée et le « *consommateur* » (Schulz, 2007). Les consignes aussi simples soit elles peuvent poser problèmes que cela soit pour l'émetteur ou le récepteur (Diarra). Une jeune prostituée rencontrée met en avant le caractère « *vulgaire* » du préservatif féminin [18]. Sur onze filles, seules trois le connaissait.

²¹³ Périodes cycliques de menstruation chez la femme



Figure 80: Panneau de sensibilisation pour le préservatif féminin et contre le VIH/SIDA et panneau suscitant de l'interrogation

Peu d'habitants connaissent (Banconi 38.1% Faladié 72.5%) et utilisent ce préservatif (Banconi 4.7% Faladié 12.9%). Avoir un bon accès aux campagnes de prévention améliore sa connaissance mais n'entraîne pas une hausse de son utilisation. En revanche, obtenir des informations sur le VIH par certains canaux (pairs éducateurs, école, soi-même, conjoints, famille) améliore nettement sa connaissance. L'inverse se produit pour les affiches dans la rue (Fig. 79).

« Si pendant les entretiens de groupe, la plupart des personnes ont « reconnu » l'enfant, la femme en grossesse, le distributeur, personne n'a compris ce qu'il y avait dans la mise en relation de ces personnes à travers leurs gestes. » (Diarra)

Cela pose d'énormes questions sur la transmission de messages par le biais d'images (brochures, boîtes à images, dessins...). Des panneaux identiques sont disposés devant certaines institutions (casernes, commissariats, Ministères) : « le SIDA, pensez-y ! / Protégez-vous ».

Pour un acteur, « il faut arrêter d'y penser mais agir ! » [23]. Les panneaux de sensibilisation sont censés être travailler au quotidien par le C.I.P. (Counseling Information Prevention) et P.S.I. Mali. Cette dernière gère les opérations de masse en collaboration avec trois entreprises de communication et l'A.M.A.P. (Agence Malienne de Presse et de Publicité). Tous les lieux d'implantation sont acceptés [32].



Figure 81: Panneaux de sensibilisation dans les rues de Bamako et dans certaines régions du Mali

Les deux premiers panneaux (Fig. 81) doivent inciter les populations à se faire dépister (Centre Eveil). Le panneau 100% Jeunes a été très critiqué par P.S.I. Mali [32] et les jeunes. Seuls 24% des jeunes affirmaient que « quand on est 100% jeune, on utilise le préservatif », 18% qu'« un jeune branché utilise toujours le préservatif » et 7.8% qu'« un jeune branché est toujours protégé. » (P.S.I., 2002)



Figure 82: Panneaux de sensibilisation d'origines différentes

Les panneaux de sensibilisation précédents sont divers quant à leur présentation, leur élaboration ainsi que par leur origine²¹⁴ (Fig. 82). Les panneaux se trouvent sur les grands boulevards de Bamako avec une concentration dans les zones considérées comme à risques (gares routières) (Fig. 83).



Figure 83: Panneaux de sensibilisation dans les gares routières de la capitale malienne

L'état de délabrement des panneaux est souvent avancé à cause du manque d'entretien et des conditions climatiques (chaleur, pluies). Les panneaux suivants (à droite Fig. 84) se sont fortement dégradés en deux ans (2007 et 2009).



Figure 84: Dégradation des panneaux de sensibilisation au Mali

Les hommes reçoivent plus d'informations sur le SIDA via les panneaux de de prévention. Leur meilleur taux de scolarisation peut expliquer ce constat. Les populations qui ne savent lire aucune langue sont tout de même nombreuses à admettre avoir reçu de la prévention par ces panneaux d'où de multiples incompréhensions sur les images et textes présents.

Bien que la majorité des panneaux prônent la fidélité, l'abstinence et le préservatif, les habitants exposés à ces panneaux sont plus nombreux à avoir plusieurs partenaires et moins nombreux utiliser le préservatif avec eux.

²¹⁴ O.N.G. (Asdap, P.S.I. Mali, Plan International Mali), Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA (H.C.N.L.S.), institutions internationales (Fond Mondial, Banque Mondiale), coopérations bilatérales (Gouvernement du Luxembourg), fondations (The Coca-Cola Company)

1.1.3. La télévision et la radio

a) Une omniprésence des campagnes de masses

Les campagnes de masses sont très présentes. Le projet Soves²¹⁵ a été lancé en juin 2011 avec pour thème « *c'est ma vie, c'est mon corps, c'est mon choix* ». Il insiste sur la responsabilité des jeunes face au SIDA par une sexualité voulue et maîtrisée.

Autre exemple, Mali Événement²¹⁶, disposait de quatre grands projets en 2011 en partenariat avec d'autres organismes (Onusida, H.C.N.L.S., C.S.L.S., Association Esprit Ebène (France)). Le premier était un spectacle suivi d'une soirée « *VIP* » dans un célèbre hôtel de la capitale avec des stars de la musique. Le deuxième a porté sur une télé-réalité intitulée « *mon rêve à moi* » avec une compétition entre jeunes pour devenir Président de la République. Au cours de cette émission, la carte d'électeur n'était autre que la fiche de dépistage du SIDA. Le troisième était Sida-Foot (match de gala), le quatrième un concert.

« *Il faut privilégier les contacts de proximité, éviter les grandes assemblées où les gens ne peuvent parler de cela en présence d'autres générations de parents.* » [62]

D'autres campagnes de masses existent (« *mains propres* » pour promouvoir l'utilisation du savon²¹⁷). Des campagnes multi-média de P.S.I. Mali ont montré que seuls 13% des jeunes (sur 600 jeunes) avaient réussi à faire ressortir le message principal (P.S.I., 2002).

« *La télévision fait beaucoup de sensibilisations mais personnellement je ne prends pas vraiment le temps de les écouter. Il m'arrive d'ailleurs de zapper régulièrement car c'est toujours la même chose.* » (Grin à Faladié, 10/01/2010)

« *Nous pensons que les messages de prévention diffusés à la télé ne touchent pas les téléspectateurs comme il faut à cause du grand nombre d'analphabètes mais aussi de la manque de confiance aux politiques.* » [S] [T] [U]

Certains acteurs de la prévention sont satisfaits de la diffusion nationale de messages télévisés [1].

Seulement, un programme de prévention contre le paludisme a évalué cinq ans après son implantation que le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées était malheureusement faible et que les programmes étaient diffusés inégalement.

P.S.I. Mali a lancé en 2009 deux campagnes de masse sur le SIDA (changement de comportement, stigmatisation/discrimination). Ces campagnes ciblaient la population générale (hommes/femmes de 15-49 ans) pour une durée variable (radio 6 mois, télé 3 mois). Si certains résultats d'évaluation du programme télévisé apparaissent encourageants, huit personnes sur dix pouvant citer correctement le message, certains slogans apparaissent tout de même difficiles à mémoriser : « *ne rejetons pas nos*

²¹⁵ Journal du Mali (10/06/2011), « Le projet SOVES contre le VIH/SIDA »

²¹⁶ L'Indépendant (23/12/2010), « Mali événement innove : Quatre grands projets pour faire de 2011 une année de lutte contre le VIH/SIDA au Mali »

Bamako Hebdo (25/12/2010), « Pour une jeunesse consciente pour un Mali sans Sida : Malamine Koné prêt à parrainer "Sida-Foot" »

Bamako Hebdo (30/04/2011), « Première édition du festival mondial de football «Sida Foot» : En visite à Bamako, l'Ambassadeur Khalilou Fadiga s'engage pour la réussite de l'événement Malamine Koné s'engage aussi à parrainer le festival en juin »

²¹⁷ L'Informateur (23/06/2010), « Journée de sensibilisation sur le lavage des mains au savon : Les vertus d'une pratique simple »
L'Essor (06/04/2010), « Opération photo de la semaine mains propres : Qui a eu cette superbe idée de réunir ces milliers de scolaires pour promouvoir le lavage des mains au savon ? »

parents malades de SIDA, occupons-nous d'eux tout en évitant simplement d'être en contact avec leur sang ». Seules 43% des personnes qui l'ont entendu à la radio ont pu citer correctement ce slogan (P.S.I., 2009).

Les messages dirigés vers la population générale sont faiblement pris en compte [21]. Certains, comme pour l'excision, ont pour conséquence le retour d'anciennes pensées au lieu de les modifier ([12]; Diallo, 2004b).

L'utilisation de cassettes est rendu difficile à cause de leur vétusté [34] ou du manque de relais sur le terrain. Enfin, un manque d'homogénéité existe dans les messages diffusés entre les médias et les C.S.COM. [12].

b) Une exposition variable des populations aux campagnes de masses

Les maliennes connaissent une meilleure exposition aux médias (2001 ➔ 2006) mais de fortes disparités persistent. Elles ne sont que 17.9% à avoir accès à l'ensemble des médias (Ministère de la Santé, 2006). Les habitants du Nord ont un accès moindre tandis que les hommes de Bamako ont un accès important : 29.2% lisent le journal, 85.7% regardent la télévision et 88.3% écoutent la radio au moins une fois par semaine.

Les hommes passent plus de temps à écouter la radio que les femmes (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). La démocratisation a engendré un développement impressionnant de radios libres (plus de 150 radios locales) et a créé un paysage radiophonique des plus atypiques en Afrique (Diallo, 2004). En brisant le monopole étatique, les radios privées ont précédé les textes législatifs. La liberté d'expression et d'association est bien présente avec une presse²¹⁸ et des radios libres (Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008; Damone, 2007; Razafindrakoto, Roubaud, 2004). La volonté des populations de s'approprier l'écrit ne remet nullement en cause la vitalité de l'oralité qui s'exprime à travers les radios rurales et l'audiovisuel.

L'accès à aucun média est équivalent à la moyenne de Bamako pour Banconi (3.8%) et inférieur pour Faladié (2%). L'accès à la télévision est en revanche inférieur pour nos deux espaces. L'accès à la radio est supérieur pour Banconi et compense ainsi le niveau plus faible de scolarisation et l'accès limité à la télévision. Les canaux les plus adaptés pour les populations sont la radio, les jeux concours et le théâtre²¹⁹ notamment par leurs possibles débats et interactions [15].

c) Un lien fragile entre exposition et connaissances

Si l'exposition aux programmes améliore certaines connaissances, des freins persistent (5.1.2.b.). Posséder une radio ou télévision n'améliore pas la connaissance de l'un des slogans du SIDA malgré tous les spots diffusés (radio 42%, télé 44.1%) : *« j'ai une radio où j'écoute souvent les campagnes de sensibilisation sur le SIDA et je n'arrive pas à comprendre ce qu'ils disent »* [D2].

Pour être efficaces, les campagnes de masses doivent être complétées par des relais de proximité (agents de santé, pairs éducateurs ; 5.1.4., 7.1.3.).

²¹⁸ Chiffres de Reporters Sans Frontières (R.S.F.) : 2010 : 26^{ème}/178, 2009 : 31^{ème} /175, 2008 : 34^{ème} /173, 2007 : 52^{ème} /169, 2006 : 38^{ème} /168, 2005 : 38^{ème} /167, 2004 : 56^{ème} /167, 2003 : 57^{ème} /166, 2002 : 44^{ème} /139

²¹⁹ Le National (27/12/2010), « A travers des pièces de théâtre : Les troupes dénoncent les tares de la société »

Aujourd'hui, il existe un écart important entre la demande d'information de la part des médias et leur utilisation actuelle. Plus de 60% des habitants de nos quartiers ont reçu de la sensibilisation par la radio et plus de 70% par la télévision alors qu'ils ne sont que 10.1% pour Banconi et 21% pour Faladié à souhaiter en recevoir. Ce même écart a déjà été observé (Barker, 2003).

Population Services International (P.S.I. Mali), organisation américaine chargée de la communication en santé au Mali (télévision, affiches, supports de communication) utilise la télévision et les affiches/panneaux à outrance alors que ces deux supports sont fragilisés dans le contexte malien (alphabétisation, scolarisation, accès à la radio/télévision). La population ne « digère » pas facilement les messages passés à la télévision [30] même si l'adaptation est présente dans certains programmes²²⁰. Une évaluation de 2002 montre que les jeunes s'identifient plus aux messages exposés conjointement à la télévision et à la radio et beaucoup moins aux seuls messages télévisés (P.S.I., 2002).

Malgré le développement de la télévision, la radio demeure la principale source d'information notamment pour les messages transmis en langues locales (Schulz, 2007).

d) Les bouleversements sociaux par le développement de l'accès à la télévision : l'exemple des « soap opera »

« Notre autorité ne doit pas laisser passer certains messages de prévention à la télé. » [C]

Certains messages sont considérés comme encourageants les enfants à la sexualité et négligeant la tradition. Internet²²¹, les séries télévisées, médias internationaux et la mondialisation aggravent la sexualité des jeunes ([25] [22]; Grange Omokaro, 2009; Rosenmayr, 1998). De nombreux films pornographiques²²² « banalisent le sexe » (Magistrat in Wildaf, 2006) et modifient les rapports hommes-femmes autour des concepts de sexualité et d'« amour » (5.2.3.a.). Le visionnage de films est assimilé à la modernité mais également à une décadence de la morale²²³ (Boileau et al., 2008): « *I think the change is due to the television, because young people want everything they see on the screen.* » (Uneducated urban males, Douentza in Gueye, Castle, Konaté, 2001)

Des programmes télévisés contiennent des spots de sensibilisation intéressants car ils permettent certains débats au sein des familles. Les familles et voisins se retrouvent très souvent dans la cour d'une maison pour suivre ces séries « à l'eau de rose », « soap opera » (Amérique) et « telenovelas » (Brésil) diffusés à la télévision nationale ou sur Africable. Les jeunes, en particulier les jeunes filles, ne se privent pas pour commenter pendant des heures les scènes des *soaps opéra*. Seulement, ces séries étrangères abordent souvent des problématiques sociales extérieures au contexte malien. Ces séries et certaines émissions²²⁴ sont en totale contradiction avec le mode relationnel et pré-marital au Mali (polygamie,

²²⁰ Cinomade.org (12/2000), « Saa mana bò i ka bere woloma = Quand le serpent sort, choisis bien ton bâton. »

Cinomade.org (11/2000), « Safari bila albasi = Guérir sans risque. »

Cinomade.org (10/2000), « Pikiri jugu = La mauvaise injection. »

²²¹ Avenue 223 (30/07/2010), « Internet : de plus en plus de jeunes accros ! »

Bamako Hebdo (04/09/2010), « Un marabout dans la pornographie : Chérif Assane filmait ses clientes nues et vendait les images à des sites pornographiques »

Le Flambeau (19/08/2010), « La mauvaise utilisation de l'internet : Un véritable danger pour la jeunesse »

L'Essor (19/08/2011), « L'air du temps : ces filles qui piochent l'amour sur internet »

²²² Le Prétoire (31/03/2011), « Films pornographiques à Bamako: Un réseau «Made in Mali» en pleine expansion »

²²³ L'Annonneur (15/05/2009), « Proxénétisme : Des entreprises de sexe se dressent à Bamako »

Bamanet (13/04/2010), « Attentat public à la pudeur : Le promoteur d'Ibiza aux arrêts »

Les Echos (31/05/2010), « Mali: Attentat à la pudeur à Hamdallaye A.C.I. »

Waati (24/02/2011), « Débauche à Hamdallaye A.C.I. 2000: L'AR-A.C.I. 2000 se mobilise »

²²⁴ Le Potentiel (09/11/2010), « Samedi Loisir : Les dérives insupportables d'un animateur »

mariage forcé et précoce, mariages entre filiations) d'autant que certaines actrices sont faiblement vêtues... Les maliens sont « fans » de ces feuilletons²²⁵ (Schulz, 2007). Pour preuve, les meilleures audiences de l'O.R.T.M. se font lors de leur diffusion. Les séries sud-américaines modifient la perception de l'amour des maliennes (Solbeck, 2010; Schulz, 2007) en particulier envers la polygamie (Brand, 2000). De nombreux articles de presse démontrent tout aussi bien les bénéfices que les inconvénients de la polygamie²²⁶.

e) La visibilité des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.) à la télévision

Les témoignages à visages découverts en face-à-face ou via les médecins marchent plutôt bien contrairement à ceux diffusés à la télévision [5]. La visibilité de la maladie et des P.V.VIH. doit être « réelle » et non « virtuelle » ce qui n'est pas spécifique au SIDA (diabète et autres pathologies ; Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2009; Massé, 1995).

La configuration des structures médicales est essentielle pour que les P.V.VIH. échangent dans les longues files d'attente... Or, certaines de ces configurations compliquent les échanges (Institut Marchoux, lèpre) avec une organisation verticale très hiérarchisée²²⁷ (Bargès, 1996). Les murs des services de santé sont comparables à des frontières fictives pour les populations qui cherchent un traitement ou une explication à leur mal (Jaffré, 1999).

Les habitants éprouvent toujours des difficultés à réaliser ce qu'est le SIDA [44]. Pour symboliser le taux de prévalence, l'O.N.G. Jigi utilise des outils du quotidien (marmite, riz, lentilles). Nos groupes de discussions nous font douter de la pertinence de la télévision. Certains « rigolent » et ne prennent pas ces spots radio et télé « au sérieux » [48]. Les spots télé et les séances de prévention à l'école ne travaillent que sur les aspects anatomiques du VIH, relativement peu sur les aspects sociaux [7]. Certains affirment que les P.V.VIH. sont des acteurs rémunérés [12]: « *le SIDA n'existe pas car je connais la femme qui a dit à la télévision qu'elle est séropositive alors que toute sa famille affirme qu'elle a été payée pour dire cela à la télévision.* » [B2]

« Je ne crois plus au SIDA depuis que la chanteuse Malienne Babani Koné a chanté le SIDA à la télévision. Elle qui change d'hommes tout le temps, elle dit qu'elle n'a pas le SIDA mais que le SIDA existe. Si, c'était vrai, elle devrait être infectée. Celui qui dit une chose doit être d'abord un premier

Inter De Bamako (09/08/2010), « Évènement : Mini star une exploitation des enfants ? »

Albatros (12/09/2011), « Emission « MAXI VACANCES » sur l'ORTM : Un plateau des carences intellectuelles télévisées »

²²⁵ Avenue 223 (14/09/2010), « Téléromans : la fiction qui adoucit les mœurs ? »

Le Potentiel (28/12/2010), « Télé-réalité Case Sanga III : Le comble de la perversion »

L'indicateur Renouveau (02/02/2011), « Télé réalité : L'impact des feuilletons sur la vie de la jeunesse »

Bamanet (19/07/2011), « Bamanet Télévision : La fièvre des feuilletons »

Le Prétoire (15/08/2011), « Feuilletons sur le petit écran : L'autre opium des jeunes filles et dames »

²²⁶ Musow (22/12/2004), « La polygamie ou le libertinage sexuel ? »

Bamanet (08/12/2008), « Vie du couple: Les dérivés de la monogamie! »

La Révélation (30/04/2010), « Faits divers : Deux coépouses contraignent leur mari à abandonner son domicile »

Bamako Hebdo (10/07/2010), « Le mariage collectif des couples de Manyamaga II célébré dimanche dernier à la Mairie de Faladié :

Quatre des six couples signent la polygamie dont le couple gagnant »

Bamanet (02/09/2010), « Dossier, La polygamie, Une pratique ancestrale »

Le Combat (28/01/2011), « Découverte scientifique majeure : La polygamie excellente pour les spermatozoïdes »

Le Potentiel (08/02/2011), « Femme et Polygamie : Trahison ou nécessité »

Le Prétoire (28/03/2011), « Polygamie : Souffrance des mères et stress des enfants »

Le Combat (17/08/2011), « Polygamie : Quelles en sont les raisons ? »

Kabako (20/08/2011), « Il verse plus de 13 millions pour « s'acheter » une femme qui le rejette ensuite pour motif de polygamie (suite) La nouvelle mariée et sa mère en prison pour escroquerie »

²²⁷ 4 niveaux : biomédicale, culturelle, sociale, bipolarisation malades/non malade

exemple » [Z]. Les spots télévisés n'ont pas de conséquences sur la connaissance réelle d'une personne atteinte du SIDA.

P.S.I. Mali construit des messages pour combattre la stigmatisation [30]. Seulement, les résultats n'ont été analysés que sous l'angle de la couverture, non de l'appropriation. Une étude de 2009 sur les campagnes de masses à Bamako montre que les messages dits de « *publicité* » contre la stigmatisation/discrimination des P.V.VIH. est plus importante par la télévision que par la radio (P.S.I., 2009). Le terme usité de « *publicité* » pose d'énormes questions sur la conception des messages même si l'on sait que P.S.I. est avant tout une entreprise de communication. Les programmes de 2009 ciblaient la société dans son ensemble via des canaux de masses (radio, télévision) et non l'individu, le groupe ou le cercle familial.

Posséder une télévision ne modifie pas, par rapport à d'autres sources (presse, radio, Internet), le taux de personnes qui pensent qu'une P.V.VIH. doit garder le secret ou informer de son statut, de même que le fait d'accepter de recevoir une personne de sa famille porteuse du virus.

Les trois éléments, posséder une télévision, avoir reçu des connaissances ou assister à de la prévention par son biais n'améliorent pas la connaissance de la possibilité d'être porteur sain du VIH ou de l'existence de médicaments pour soulager les patients.

En revanche, avoir accès aux campagnes de prévention en santé a de l'influence sur l'ensemble des facteurs vus précédemment. Les habitants sont plus ouverts à accueillir une personne malade du SIDA (89.1% contre 71.8%), sont deux fois plus nombreuses à connaître le concept de porteur sain (82.4% contre 47.9%) et de l'existence de médicaments (72.7% contre 36.8%). Elles sont d'ailleurs plus nombreuses à connaître une personne atteinte (39% contre 16.6%).

Les personnes qui ont accès aux campagnes souhaitent plus que les personnes atteintes du virus informer les habitants de leurs statuts (71.9% contre 55.8%) mais sont également plus nombreuses à souhaiter qu'elles gardent le secret (16.1% contre 6.1%) par rapport aux personnes non exposées.

1.1.4. Les brochures, boîtes à images et Internet

a) Les brochures

De très nombreuses brochures existent sur l'utilisation du préservatif, les bienfaits du dépistage ou les groupes à risques. D'autres outils conçus par P.S.I. Mali, sont très utilisés (scénarios ambigus, jeu de risque, jeu des trois bateaux). Les participants doivent déterminer si la situation décrite est risquée ou non (élevé, faible, presque nul ou nul) : « *pour les outils de P.S.I. et du Groupe Pivot Santé Population (GP/SP), bien utilisés, ils peuvent amener un changement de comportement.* » [8]

Des problèmes apparaissent dans les messages adressés aux personnes pauvres ou non scolarisées d'où la nécessité de les tester. Les textes sur papiers sont particulièrement fragilisés [36]. La nouvelle plaquette d'information a limité le nombre de phrases au vu des premiers commentaires et tests de terrain effectués [36].



Figure 85: Brochures préventives sur le VIH/SIDA pour les religieux

70% de la population est analphabète et 98% islamiquement analphabète [22]. Seuls 9.1% des enquêtés de Banconi et 10.3% de Faladié savent lire l'arabe alors qu'ils sont plus de 80% à être de confession musulmane (Banconi 86%, Faladié 83.8%). Les tentatives d'adaptation des plaquettes de sensibilisation en arabe sont ainsi fragilisées (Fig. 85).

b) Les boîtes à images

Les boîtes à image et jeux de dessins (Fig. 86) sont très utilisés pour des questions de visibilité (malades, situations à risques, corps humain). Les faibles taux de scolarisation et la spécificité de la conception même de la maladie au Mali font que les populations ont peu de connaissances sur le fonctionnement du corps humain (6.1.3.d. ; 6.1.3.e.) : « *les projections d'images et visites à domicile mettent généralement la personne à l'aise. Les images sont plus parlantes et montrent des cas réels de personnes vivant avec le SIDA.* » [60]



Figure 86: Exemples de jeu de dessins et de boîtes à images

c) Internet

Plusieurs participants aux groupes de discussions allaient chercher de l'information sur le SIDA sur Internet (5.1.2.b.). Pourquoi ne pas mettre en place un site Internet national d'informations sur la maladie, d'autant que le numéro de téléphone « *Allo Sida* » au Mali connaît un succès certain ? Des problèmes de télécommunications et de gestion des sites Internet peuvent apparaître. Le site officiel du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (H.C.N.L.S.) et du Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.) ont par exemple été désactivés... La mauvaise conception du site Internet « *100% Jeunes* », incomplet et mal réussi, n'encourage pas les autorités à réitérer cette action [32].

Dans nos résultats, les hommes représentent 63.4% des utilisateurs d'Internet. Les tranches d'âge les plus utilisatrices sont les 20-29 ans (44.4 %), 30-39 ans (20.8%), 15-19 ans (19.9%) et les plus de 40 ans (14.8%).

De grandes inégalités d'accès existent (Banconi 8.9%, Faladié 33.9%). Etre adhérent à une association notamment sanitaire, améliore son accessibilité tout comme avoir de bonnes conditions de ressources et de logement. Bien évidemment, les personnes qui n'ont jamais été scolarisés ou faiblement, qui ne savent pas lire et qui ne sont pas à l'aise avec le français sont très peu nombreuses à l'utiliser.

Les informations recherchées sur Internet concernent l'actualité (82.9%) et la santé (72.2%) (musique 67.1%, sport 54.6%). Posséder Internet améliore la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA et diminue le sentiment d'invulnérabilité vis-à-vis du virus par l'augmentation du recours au dépistage.

Son accès améliore nettement les échanges sur la sexualité avec les pairs éducateurs. Les utilisateurs se dirigent vers eux pour des informations complémentaires ou confirmer/infirmier certaines informations vues sur le net. Les pairs éducateurs peuvent orienter les participants aux focus groups vers des sites Internet.

1.2. La question de l'« appropriation » des concepts et des programmes par les acteurs de terrain

Si la quantité et les modes de passation des programmes sont importants pour l'adaptation territoriale, il est tout d'abord nécessaire de déterminer, dans quelles circonstances et sous quelles conditions, ces programmes semblent appropriés aux acteurs et populations.

1.2.1. Quelle définition de l'« appropriation » ?

« *Nous autres Bambara, nous ne prétendons pas faire ce que nous ne savons pas faire.* »

(Proverbe Bambara)

« *Si un imitateur ne travaille pas d'arrache-pied, il se trompe.* »

= « *En imitant quelqu'un, on peine et on a toujours des lacunes.* » (Proverbe Bambara)

Ce décalage entre programmes (internationaux) et réalités (locales) est très présent pour les programmes VIH/SIDA [23] mais pour d'autres pathologies également (tuberculose, diabète). Pour le diabète, les conseils éducatifs préconisent d'éviter le port de tongs ce qui est une gageure dans ce pays (prix, températures... ; Berthé et al., 2009).

Le message « *appel au leadership* » est très critiqué car peu lisible et compréhensible pour les populations analphabètes et celles qui parlent peu anglais... [23] (Banconi 21.5%, Faladié 44.8%). Les slogans surréalistes ne sont, là aussi, pas spécifiques au SIDA (programme alimentaire, Janin, 2008).

Cependant, si les difficultés d'appropriation existent pour les populations, elles sont également présentes chez les acteurs (« *leadership* », « *best practices* »...) Si les traductions entre l'anglais et le français sont difficiles, celles entre le français au bamanan le sont tout autant voir plus ! Un mot bamanan peut en effet signifier plusieurs choses selon le contexte d'utilisation (ba = maman, chèvre...).

Le terme d'« *ownership* » est traduit en français en « *appropriation* ». Cette traduction n'est pas adéquate car la définition française évoque plus une question de propriété ou possession... La traduction des programmes est un enjeu stratégique (Bergamaschi, 2008, 2007). Les situations locales de plurilinguisme et d'oralité obligent à de constantes traductions dont la teneur n'est jamais contrôlée, ni évaluée. Les messages ne sont pas toujours conformes aux consignes officielles (A.N.R.S., 2007). Les O.N.G. et associations emploient certains termes propres aux bailleurs de fonds dans leurs programmes (empowerment, adhésion, appropriation, participation). Cela peut entraîner des contradictions entre leurs discours et leurs convictions (Lewandowski, 2007). L'« *appropriation* » de ces concepts est souvent considérée comme une des clés de leurs réussites. Ce terme d'appropriation utilisé par la Banque

Mondiale signifie plus l'adhésion du plus grand nombre d'acteurs aux mesures préconisées qu'une compréhension réelle (Bergamaschi, 2008; De Renzio, Whitfield, Bergamaschi, 2008) (Fig. 87). En 2008, Monsieur l'Ambassadeur de France au Mali notait que le terme d'appropriation était une erreur de la Banque Mondiale et que les pays doivent pouvoir inventer leurs « *propres solutions, leurs propres programmes* » (Le Marcis, 2003).

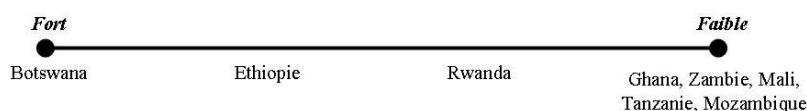


Figure 87: Degré d'appropriation des politiques des bailleurs de fonds par les gouvernements dans huit pays étudiés (De Renzio P., Whitfield L., Bergamaschi I., 2008)

Les interlocuteurs maliens éprouvent les pires difficultés à traduire le terme « *appropriation* » en langue locale : « *tigiya tali* » = « *s'emparer de* », « *ka ki yèrè tayé* » = « *prendre quelque chose comme si cela venait de soi-même* » (Magassa, Meyer, 2008).

Les modèles budgétaires des institutions internationales sont perçus comme des « *boîtes noires* » par la société civile (Bergamaschi, 2007). La conséquence directe a été la constitution d'un processus parallèle de la part des O.N.G. en 2001 pour contrecarrer les débats dominés par les techniciens internationaux (Raffinot, 2002). L'omniprésence d'occidentaux dans les O.N.G. ne favorise pas l'émergence d'une société civile « *autochtone* » (Roy, 2005). Si certaines organisations internationales créent des outils pour faciliter les échanges, certains concepts prêtent à confusion (démocratie/décentralisation, Bérédogo, 1997).

Les difficultés actuelles de la décentralisation montrent que l'appropriation reste fragile. Certaines notions liées à la décentralisation n'ont pas été traduites (maire, commune, conseil) pour ne pas rappeler les institutions coloniales (Zobel, 2004). Les populations ont beaucoup assimilées le concept de décentralisation à la dilapidation des patrimoines autochtones aux étrangers (Bertrand, 1999b). Les institutions internationales sont peu nombreuses à prendre en compte les dimensions spatiales notamment en termes de gouvernance (Dubresson, Jaglin, 2002).

« *Les organisations internationales font des pressions sur les Etats, envoient des techniciens, etc. et donc amènent les Etats à écrire des choses dans lesquelles ils ne voient pas grand-chose. On voit mais on ne comprend pas tout en fait. [...] L'Unicef, l'O.M.S., la Banque Mondiale disent... bon écoutez, on va mettre cela en œuvre puisque l'on dit que dans d'autres pays, ça marche.* »

L'allocation éloquent de la première ministre de Grande-Bretagne M. Gordon Brawn aux Nations Unies en 2009 résume bien l'ensemble de ces difficultés (Cherry, Mundy, 2007).

1.2.2. Le contexte malien de la mise en place d'un programme ou projet : la « *soumission* » des politiques maliens

« *Un homme peut être attrapé par un lion et réussir à lui échapper mais il ne peut échapper à sa propre bouche quand celle-ci l'attrape.* » (Proverbe Bamanan)

La « *conversion* » de l'ex-Président de la République Amadou Toumani Touré en 2002 qui a dû donner des gages aux institutions internationales montre bien cette subordination des dirigeants.

Si l'occident est responsable d'avoir proposé un modèle économique et politique destructeur, les africains sont, quant à eux responsables de l'avoir accepté. D'ailleurs, les fonctionnaires maliens gardent une tendance historique à leur laisser facilement le dernier mot (Magassa, Meyer, 2008).

Les populations du Sud se comportent en « *agents passifs* » (Bourdarias, 2003), l'essentiel des malheurs africains sont vus comme exogènes (Smith, 2003) et non comme endogènes (organisation, fonctionnement, Marie, 2007). Les rétributions « *due* » par les Blancs pour justifier de leur présence n'engendrent pas de réelle volonté de la part des acteurs maliens de créer leurs propres programmes (Berche, 1996). L'assistance est souvent privilégiée à l'appropriation car cette dernière représente responsabilités, transparence et donc possibles sanctions (Bergamaschi, 2007). D'ailleurs, lors de la mise en place de la décentralisation, les villageois ont redoutés le manque d'effectivité/stabilité d'un pouvoir exercé par eux-mêmes et non par un agent extérieur puissant (Zobel, 2004).

En conséquence, des élites internationales « *hors sols* » dirigent très souvent les grandes institutions nationales. De plus, les responsables nationaux statuts privilégient la justification de leurs actions aux bailleurs de fonds et non aux populations... La légitimité des bailleurs de fonds apparait donc plus importante que celle des populations locales (externalisation de la responsabilité). La dépendance internationale de l'aide publique au développement fait que l'Etat articule ses interventions en fonction des fonds et stratégies internationales. C'est pour cela que les Partenaires Techniques et Financiers (P.T.F.) orientent davantage leurs interventions sur les maladies infectieuses notamment de la mère à l'enfant (plus de fonds ; Martini, Fligg, à paraître 2011) plutôt que sur d'autres pathologies ou maladies.

« *Si la peau européenne était à vendre beaucoup l'auraient achetée.* »

= « *Beaucoup essaient d'imiter les européens.* » (Proverbe Bambara)

Il n'est pas ici question de stigmatiser et d'occulter les raisons profondes de cette dépendance aux institutions internationales. Ces dernières sont initiatrices des Institutions de Bretton Woods (I.B.W.), des *per diem*, des topping-up (8.3.2.b.) et de l'essentiel des programmes et financements.

2. Adapter les programmes à la culture malienne

« *On n'a pas manqué de souligner les « blocages culturels » et de se référer « aux mentalités archaïques ou rétrogrades » difficiles à changer comme aux comportements irrationnels.* » (Courade, 2006)

L'adaptation au contexte sanitaire nécessite de prendre en compte de multiples facteurs (culture, pratiques et coutumes traditionnelles). Les faibles taux de scolarisation, les nombreuses ethnies et contextes sociaux rendent impératif d'adapter les messages aux langues et terminologies vernaculaires. Ceci est d'autant plus important que la population malienne définit la santé sous un spectre large et pas uniquement sous l'angle sanitaire (fatalisme, religion, cosmogonie).

2.1. Quelle culture malienne et quels impacts sur les programmes en santé ?

« *Dans un pays, si tout le monde marche sur un pied, fais comme eux.* »

= « *Il faut respecter les cultures.* » (Proverbe Bambara)

Trop souvent, les mauvais comportements sont assimilés à la culture alors qu'il s'agit le plus souvent de méconnaissances [18]. Il existe bien certaines pratiques culturelles qui engendrent des risques sanitaires ([34] [46]; 6.1.3.b.). Face aux problèmes de santé publique en Afrique, le risque est de relativiser les échecs de la prévention sous prétextes qu'elles se sont heurtées à un problème de culture (De Sardan, 2010, 1995; Fassin, 2001; Vidal, 1996) et ce, même si des difficultés existent entre chercheurs et décideurs (Puchner, 2001).

Les acteurs sanitaires perçoivent la culture comme une « *boîte noire* », soit parce qu'ils sont mal-équipés pour en préciser le contenu, soit parce qu'ils préfèrent souvent l'ignorer et laisser le soin à d'autres de démontrer que la culture peut jouer un rôle dans l'état de santé (Massé, 1995). Raisonner uniquement en termes de culture favorise, au mieux, l'ignorance des véritables ressorts sociaux et relève d'une forme de « *confort* » intellectuel. Il est nécessaire de combattre les stéréotypes encore tenaces sur l'immobilisme et l'imperméabilité des sociétés africaines à toute forme de modernité (De Sardan, 2010; Calvès, Marcoux, 2004).

« *Dans notre milieu, beaucoup de personnes ne sont pas habitués aux préservatifs, il y a un problème culturel.* » [15]

Cependant, dans certains cas, nous pouvons noter une volonté de retour à la tradition (politiques, intellectuels, religieux). Cela s'observe par exemple, par la progression d'habitants qui souhaitent exciser leur fille, par le blocage du Code de la Famille ou par le développement d'associations de jeunes musulmans qui prouvent le « *retour* » à la tradition pour répondre à un certain désordre civil qui se développe²²⁸ et à l'échec et inadéquation des modèles importés (règlement des conflits, politiques, Fouéré, 2005).

Le concept d'acculturation a largement alimenté la recherche scientifique. L'acculturation est un processus par lequel un groupe ethnoculturel donné se voit imposer, souvent par un autre groupe, un nouveau système de valeurs et de comportements. Dans un contexte de rapport dominant/dominé, l'acculturation peut être pathogène si l'individu est contraint à une assimilation radicale ou rapide. L'individu fait alors face à un processus de déculturation. En revanche, la transculturation est un processus d'échange et de partage.

²²⁸ Option (01/09/2010), « Insécurité à Bamako et moyens de lutte : Le Mali est ailleurs »

Le Caïman de Indè (04/08/2010), « Insécurité à Bamako : En allant acheter de la grillade, il se fait chiper sa moto Djakarta et reçoit des balles aux pieds »

Le Challenger (10/08/2010), « Le Droit D'en Parler : Vols, abus de confiance, escroqueries : Faut-il se rendre justice ? »

Le Caimain Indè (07/01/2011), « Banditisme à Bamako : La police ne fait plus le poids malgré les efforts... »

L'indicateur Renouveau (08/02/2011), « Recrudescence du banditisme à Bamako : Ali Keïta fusillé pour une Jakarta »

Le Prétoire (10/02/2011), « Et si on en parlait : Banditisme et délinquance à Bamako Un sport favori pour certains jeunes ! »

Journal du Mali.com (16/02/2011), « Insécurité à Kalaban-coro : la population aux abois »

Le Challenger (01/03/2011), « Banditisme : Dans la jungle virtuelle de Bamako »

Bamako Hebdo (26/03/2011), « Spécialisée dans le vol des recettes des commerçants : Une famille organisée en bande de voleurs écumait les marchés de Bamako »

Le Katois (18/05/2011), « Prolifération des gangs à Kati : Le phénomène prend de l'ampleur »

Le Flambeau (27/05/2011), « Insécurité à Niamakoro : Quand les motocyclistes se font agresser en pleine journée »

Le Combat (31/05/2011), « Médina-Coura : Un voleur brûlé vif..., un autre échappe de justesse... faute de combustible »

Bamako Hebdo (09/07/2011), « Livré à la vindicte populaire par un vendeur de café : Accusé à tort, le jeune B.K a failli être brûlé vif après un passage à tabac »

Le Prétoire (25/08/2011), « Fait divers : Un voleur de mouton échappe au lynchage »

Le Combat (14/09/2011), « Insécurité grandissante : Les forces de l'ordre incapables de sécuriser Bamako »

« *L'étranger a de gros yeux mais ne voit pas.* » (Proverbe Bambara)

Les programmes de prévention du VIH/SIDA au Mali sont fortement importés du monde occidental (6.1.1.; 6.1.2.). Par manque de volonté et/ou de temps (6.2.2.), les organisations internationales ne recherchent pas systématiquement à prendre des contacts sur le terrain ou à effectuer un travail de recherche préalable (8.3.). Pourtant, il apparaît normal, dans n'importe quel contexte culturel, de prendre des références de ce contexte (séquences de vie) qui représentent quelques choses pour les populations (6.1.3.; Sanankoua, 2007). En ce sens, le programme Foresa 3 (Tuberculose) prônait la compréhension du patient mais également de son entourage tout en s'entourant d'hommes et femmes « *créatifs* » capables de critiquer leur vécu quotidien (maladie, système de santé, soins) et d'y apporter des solutions (Berthé et al., 2009).

Le kotéba (théâtre traditionnel « *le grand escargot* ») est traditionnellement utilisé au Mali pour informer et débattre avec les populations de certains sujets délicats. Le lévirat est abordé dans le kotéba car cela « *passé mal* » dans une salle [25]. De style comique, le kotéba est un spectacle complet (danse, chant, mime, expression corporelle et orale, etc...). L'accès au sens du kotéba passe par la médiation de codes sous différentes manières (sons : tambour, tambourin, cor, sifflets...). Ces codes sont visuels et/ou sonores.

Les guérisseurs traditionnels utilisent beaucoup l'image pour signaler la pathologie pour laquelle le médicament doit être utilisé. Un morceau de canari signifie que le produit doit être bouilli, un morceau de louche qu'il doit être consommé, un morceau de calabasse que le patient doit se laver avec le produit, une fois le produit bouilli ou diluer dans l'eau (Diarra).

2.2. Exemple de l'excision

« *Dugubla kafsa ni ladawuli ye* » = « *Il est préférable de détruire un village que de détruire une coutume.* » (Proverbe Bambara)

L'excision est une pratique traditionnelle assimilée à de possibles risques de transmission du VIH/SIDA (utilisation de couteaux, rasoirs souillés, présence de sang). Les jeunes garçons et filles sont circoncis/excisés l'un après l'autre, sans nettoyage de l'instrument après chaque opération, de manière à ce que leurs sangs se mélangent sur le couteau, signe de solidarité futur (Dombia, 2002).

La société civile est chargée de délaissier les mauvaises pratiques et de garder les bonnes [25] même si certains craignent une destruction de la moralité de la société malienne (Diallo, 2004b).

2.2.1. Evolution de la pratique de l'excision au Mali

« *Ko dengal hana sunninende* » = « *It is really the tongue that should be cut off. (And not the foreskin or clitoris)* » (Castle, 2001)

Au Mali, 85% des femmes étaient excisées en 2006 (Ministère de la Santé, 2006). Les nombreux articles de presse montrent que cette pratique est toujours très présente²²⁹.

²²⁹ Afrik.com (10/03/2009), « Burkina-Mali : excision sans frontières »
Le Ségovien (14/03/2009), « Les journalistes et l'excision : la presse sous le poids de la tradition »

Une « *apparente* » baisse de la pratique a eu lieu entre les trois dernières Enquêtes Démographiques de Santé (E.D.S.M.1995/96, 2001, 2006). Apparente, car des doutes sont émis sur la qualité des données sanitaires. Cette baisse résulterait plutôt de sous-déclarations et non d'une diminution de la pratique. S'il est important de posséder individuellement des informations en santé pour décider librement du comportement à adopter, ce choix apparaît pour les jeunes filles vis-à-vis de l'excision. La pression familiale, sociale (Diallo, 2004b) et le très net rajeunissement de l'âge lors de la pratique compliquent ce choix (Prolongeau, 2006). 57% des femmes sont excisées avant un an. Cependant, on note un net recul de l'âge à l'excision au fur et à mesure que l'âge augmente (Ministère de la Santé, 2006). Ce recul s'explique notamment par le risque de déshonneur familial (cris des adolescentes excisées)²³⁰.



Figure 88 : Exemples de brochure et de panneaux pour lutter contre l'excision

De nombreux panneaux, brochures, programmes radios et slogans²³¹ existent pour sensibiliser sur les conséquences de l'excision (Fig. 88).

L'Annonneur (02/07/2009), « Mutilations Génitales Féminines : Plaidoyer pour l'adoption d'une loi interdisant l'excision »
 Journal du Mali.com (02/02/2010), « Lutte contre l'excision : le Mali à la traîne malgré la sensibilisation »
 Nouvelle Libération (10/02/2010), « Issa Sacko dit "Karamoko Benfo" : « L'excision est une pratique culturelle et non religieuse » »

Le Quotidien de Bko (17/03/2010), « Sensibilisation sur les méfaits de la pratique de l'excision à Bamako : Les « Nyamakalas » débarquent en Commune V ! »

24 heures (22/05/2010), « Un jour, les Maliennes sauront vivre sans l'excision »

Le National (24/05/2010), « Circoncision, excision, mariage : « Nous devons faire échec aux agressions occidentales » »

La Nouvelle Patrie (24/05/2010), « L'excision des filles : Peut-on réellement la circonscrire ? »

L'Essor (24/03/2011), « Mutilations génitales féminines : La lutte contre l'excision doit changer d'approche »

Journal du Mali.com (08/05/2011), « Santé : Le drame silencieux de la fistule obstétricale »

²³⁰ Le Prétoire (25/08/2011), « Csref de la Commune V : Scandale autour d'un accouchement »

²³¹ 1. « Ka ban musomanin ka nege koro sigi ma, oye ka yira i den muso la ko a kokadi i ye. »

= « Dire non à l'excision, c'est prouver son amour à sa fille. »

2. « Ka yira i den muso la ko a kokadi ye, oye ka kisi nege koro sigi nangata ma. »

= « Aimer sa fille, c'est lui éviter les souffrances dues à l'excision. »

3. « A mase muso ka sigi nege walasa a ka ke furu muso numan ye. »

= « La femme n'a pas besoin d'être excisée pour être vertueuse. »

4. « Ka i den muso sigi nege koro bi, oye ka ne sigi ni jigini gele ye chini. »

= « Exciser sa fille aujourd'hui, c'est lui réserver des accouchements difficiles demain. »

5. « Ka ban ka musomanin sigi nege koro bi, oye ka kisi deguni ma a ka furu kono chini. »

= « Refuser d'exciser sa fille aujourd'hui, c'est lui éviter des problèmes dans son foyer de demain. »

6. « Ka i den muso sigi nege koro, oye, ka ke furu muso tchoroko le ye. »

= « Exciser sa fille, c'est en fait une femme traumatisée. »

7. « Ka ban ka den muso sigi nege koro, oye ka Kisi ka ke furu muso tchoroko le ye. »

= « Refuser d'exciser sa fille, c'est lui éviter d'être une femme traumatisée. »

8. « Ka ban i den muso ka nege koro sigi ma, oye ka garsige di a ma mu be a ke furu muso lawasa la ye. »

= « Refuser l'excision de sa fille c'est lui donner les chances d'être une femme totalement épanouie. »

9. « Ka fo ayi i den muso ka nege koro sigi ma, oye ka fo oye a ka here ma. »

= « Dire non à l'excision de sa fille, c'est dire oui à son bonheur. »

10. « Bangebaga min be mogo fe ote son mogo ni toro ma. Ayira a la kibafe i ka fo ayi i den muso ka nege koro sigi ma. »

= « Un parent qui aime ne fait pas souffrir. Prouve-lui ton amour et dit non à l'excision de ta fille. »

11. « Ni musomanin ka nege koro sigi tu te yi, furu tche tu te sege, dotoroso tu te sege. »

= « S'il n'y avait pas, ça fatiguerait moins le mari et moins l'hôpital. »

12. « Bangebaga mu be miri a ka den musomanin ka ji nin la tige ma, te a den sigi nege koro. »

= « Un très bon parent qui se soucie du devenir de sa fille n'excise jamais. »

13. « Ni muso sigi ra nege koro, ni a ma sigi nege koro o ti fin tchin a ka muso ya la. »

= « Excisée ou pas, une femme est une femme. »

14. « A ka jin kan bolo di nongon ma ka musomanin ka nege koro sigi kele. »

La législation sanitaire malienne interdit aux agents de santé de pratiquer l'excision même si 3% des femmes excisées l'ont été par des professionnels de santé (Ministère de la Santé, 2006). Traditionnellement, l'excision est pratiquée par les « *forgeronnes* » et a lieu lors de cérémonies villageoises avec l'intervention de « *bolokoli-kêlaw* », exciseuses qui délivrent également des informations liées à la sexualité. Cet acte se perpétue car l'excision est souvent la seule source de revenus pour ces praticiennes [25].

En dehors de l'information en santé/sexualité en période de menstruation, les jeunes filles n'ont pas d'informations explicites sur la sexualité d'où une certaine obscurité sur leurs futurs choix sexuels (Diallo, 2004b). De nos jours, l'influence des structures traditionnelles a diminué ce qui réduit les possibilités de support social et de recours aux adolescents pour poser des questions en matière de sexualité (Gueye, Castle, Konaté, 2001).

La tradition voulait que les femmes connaissent leur première expérience sexuelle au mariage. Lors des mariages, les « *magonmakanw* » divulguent des informations sur la sexualité, la santé de la reproduction ou la vie de couple pour promouvoir une relation de couple sexuellement saine et joyeuse (Diallo, 2004b).

Cette perpétuation de l'excision dans des conditions sanitaires risquées - sans contrôles (aucune législation n'existant au Mali), avec des objets dangereux tout en partageant le sang partagés - accentuent les dangers de transmission du VIH/SIDA. Les raisons invoquées sont très diverses et hors de contrôles des jeunes filles.

2.2.2. Les raisons invoquées pour la poursuite de l'excision

Les raisons invoquées par les hommes et les femmes pour poursuivre l'excision doivent être connues pour mieux la combattre. L'excision est souvent « *recouverte d'un vernis musulman* » (Béridogo, 2000 in Doumbia, 2002, femmes 64%, hommes 38%, Ministère de la Santé, 2006) alors qu'elle n'est pas l'unique raison :

- *Chez les hommes* : religion (24%), reconnaissance sociale (19%), meilleure hygiène (14%), préservation de la virginité (12%), plus grand plaisir de l'homme et une meilleure chance de mariage (5% chacun).
- *Chez les femmes* : reconnaissance sociale (37%), religion (24%), préservation de la virginité et une meilleure hygiène (22% chacun), meilleure chance de mariage (10%), plus grand plaisir de l'homme (7%).

L'excision est également présente chez d'autres croyances (82% animistes, 67.9% chrétien ; Bargès, 1996). Une baisse relative de la pratique de la l'excision apparaît pour l'ensemble de ces croyances entre 1995-1996 et 2006²³² (Ministère de la Santé, 2006).

« *Il y a des pratiques licites pour la religion mais illicite vis à vis de la santé publique.* » [22]

= « Ensemble donnons-nous la main pour combattre l'excision. »

²³² Musulmans (94.3%→85.5%), animistes (82%→82%), chrétiens (84.6%→67.9%)

Pourquoi les femmes sont excisées ?

Une femme non excisée peut être considérée comme impure et ne peut pas prier. Les parties génitales de la femme non excisées sont perçues comme « *laides, mal-propres et sentent mauvais* » [16]. Chez les dogons, bambaras et sonrhais, le clitoris représente, chez la femme, le sexe de l'homme. La sexualité d'un point de vue mutilation ou plaisir intervient dans un contexte identitaire de construction de la sexualité (Diallo, 2004b).

Plusieurs « *excuses* » sont décrites pour expliquer l'excision :

- Au Mali, la virginité est importante. La femme doit être vierge lors de ses noces pour ne pas déshonorée sa famille et recevoir beaucoup d'offrandes. L'excision permet de diminuer « *l'appétit sexuel* ».
- Un développement trop important du clitoris empêche les relations sexuelles car il contient un « *dard* » (« *kisé* » en bamanan) qui blesse l'homme ou occasionne sa mort.
- L'excision rend les femmes plus fécondes même si les O.N.G. et médecins montrent les complications irrémédiables que cela peut occasionner.
- Une « *malédiction* » touche le nouveau-né lors de son contact avec le clitoris.

Les hommes sont plus nombreux à ne percevoir aucun avantage à la poursuite de cette coutume (23%, femmes 17%, Ministère de la Santé, 2006). Les femmes souhaitent ardemment la poursuivre [47] même si entre 2007 et 2009, l'intention de ne pas faire exciser sa fille a significativement diminué à Bamako²³³. Ne pas trouver d'avantages à l'arrêt de la pratique pose des questions sur la qualité des messages divulgués. Ces derniers doivent être construits dans une démarche de promotion de la santé²³⁴ et montrer les méfaits potentiels (troubles urinaires, infections, risques à accouchement, Diallo, 2004b).

2.2.3. L'excision d'un point de vue géographique et politique

Le contexte ethnique et géographique modifie le recours à l'excision d'où la pertinence de l'approche locale. Plus de 90% des bambaras, peuls, sarakolés/soninkés, sénoufos et malinkés la pratiquent (dogons 70%, sonrhais plus de 25%, tamacheks plus de 70%). Malgré des changements sociaux à Bamako, 93% des femmes sont excisées (autres villes 81%).

Aucune loi contre l'excision n'existe au Mali contrairement au Sénégal ou au Burkina Faso. Une des conséquences est la migration d'exciseuses de ces pays limitrophes au Mali. La non-législation s'explique par des craintes politiques tout comme pour le Code de la famille.

2.3. Adapter la prévention aux langues locales

Des tentatives d'adaptation en bamanan, langue principale de communication au Mali²³⁵ (Dumestre, 1998) existent (Fig. 89).

233 Femmes 47%→41.4% / Hommes 46.2%→21%

234 Le Combat (27/03/2011), « Enquête : La double- mort des femmes fistuleuses du Point G »
Irin (18/12/2009), « Mali: Quand la chirurgie ne peut pas guérir les conséquences des fistules »

235 Maliweb (12/10/2010), « Le Mali, le pays le moins francophone d'Afrique »

	Autorité	Médecin	Guérisseur	Famille	Amis	Communauté	O.N.G.	Religieux	Médias	Pairs éducateurs	Autres
Personnes lettrées	12.3 %	94.1 %	11.6 %	33.3 %	35.4 %	10.3 %	22 %	17.5 %	20.6 %	25.3 %	4.2 %
Personnes non lettrées	0.6 %	87.4 %	51.1 %	50.6 %	33.3 %	2.9 %	2.9 %	17.8 %	6.9 %	15.5 %	3.4 %

Figure 90 : Lien entre les langues lus et les canaux d'informations privilégiés pour recevoir de l'information sur le VIH/SIDA

Les deux populations se dirigent volontiers vers les médecins, amis et religieux. En revanche, les personnes non lettrées se rapprochent plus facilement du réseau social proche (guérisseurs, famille) mis à part pour les membres de la communauté et les O.N.G.. Les personnes qui ne savent pas lire ont une mauvaise opinion des organisations internationales (26.4 % contre 48.3%) et des autorités politiques (25.3% contre 46.3%).

2.3.2. La langue et les connaissances sur le VIH/SIDA

A la question : « avec quelle langue êtes-vous le plus à l'aise ? », le bamanan est la principale langue citée (Banconi 55.8% Faladié 39.6%) suivie du français avec un écart très important (Banconi 7.4% Faladié 33.7%). Même si les bambaras lisent peu leur langue, ils sont tout de même plus nombreux que les autres ethnies (35.4% contre 25.2%). L'accessibilité aux campagnes de prévention est très variable (Fig. 91).

	A accès aux campagnes de prévention	N'a pas accès aux campagnes de prévention	Ne souhaite pas répondre
Français	88.8 %	9.8 %	1.5 %
Bambara	78.4 %	16 %	5.7 %
Peuhl	75.4 %	23.1 %	1.5 %
Soninké	93.8 %	6.3 %	/
Wolof	87.5 %	12.5 %	/
Dogon	69 %	23.8 %	7.1 %
Sonrhāi	84.3 %	11.8 %	3.9 %
Tamachek	84.6 %	7.7 %	7.7 %
Autre	68 %	27 %	4.9 %

Figure 91 : Lien entre les langues privilégiées et l'accès aux campagnes de prévention en santé

Etre à l'aise avec le français augmente la connaissance des slogans (51.7% contre 36.7% pour les autres langues). Le nombre de canaux d'informations diminue l'emprise des rumeurs. Pour Banconi, l'accès à la prévention est meilleur pour les pairs éducateurs lorsque les enquêtés parlent bamanan.

Le sentiment d'adaptation des messages est plus haut pour ceux qui sont à l'aise avec le français, le wolof, moindre avec le bamanan, sonrhāi et tamachek et mauvais pour le peul, soninké et dogon.

Le bamanan est très présent dans les médias (50% à la radio, émissions de télévision, journal hebdomadaire d'une heure). Le bamanan est aussi devenue la langue « officielle » de l'Islam (Dumestre, 1998).

« La radio annonce, la télé montre, le journal écrit et le communicateur traditionnel convainc. » (Diabaté, 2007)

« Beaucoup de filles ne comprennent pas le bambara ou le français et avec Soutoura, elles peuvent régler leurs problèmes et être comprises dans leur langue. » (Soutoura-Unaidis, 2008)

L'O.N.G. ADES de Banconi adapte ses programmes sur un territoire où la concentration de population d'origine dogon est plus importante [11]. Cette adaptation est également essentielle pour travailler

auprès des enfants de la rue (origine diverses : régions et pays ; Samu Social Mali, 2008; [3] [31]). En 2008, il n'existait qu'un seul poste en charge de la pédagogie de la santé au sein de la Direction Nationale de la Santé (D.N.S.) et deux traducteurs en langues locales et ce, pour l'ensemble du Mali.²⁴¹

2.4. Définir la santé, le bien-être dans le contexte malien

2.4.1. La santé au Mali vue en tant problématique globale

Pour définir une « *bonne santé* », les participants des groupes de discussions ne se sont pas axés seulement sur les facteurs sanitaires : « *avoir à manger* », « *de bons soins* » [K] [L], avoir une bonne « *hygiène et pratiquer le sport* » [I] [J] :

« *Les populations ont besoin d'une bonne alimentation, de l'eau potable et de soins médicaux.* » [S] [T] [U]

« *Etre en bonne santé, c'est être en absence de douleur, d'anomalie. Les populations ont besoin d'un environnement sain, d'une bonne alimentation.* » [Q] [R]

Les femmes qui ont une moindre estime de soi, un manque d'optimisme ou un sentiment fataliste connaissent un risque accru face à l'infection VIH/SIDA (Hess, Mckinney, 2007).

La pollution environnementale et le réchauffement climatique ont des conséquences sur l'environnement mais également sur la société (migrations, urbanisation). Ces facteurs et la crise économique augmentent le prix denrées alimentaires. Désormais, certains habitants ne peuvent manger que deux repas par jours. De plus, lorsque ces denrées sont accessibles, leurs qualités sont critiquées (denrées alimentaires²⁴², eau²⁴³, lait²⁴⁴).

La qualité de vie des jeunes est associée à un bon état de santé, à l'éducation, à un esprit sain, au mariage ou à la non-délinquance (Sauvain-Dugerdil, Wahab Dieng).

²⁴¹ Traducteur langues locales : Sikasso, Kidal

²⁴² Bamanet (22/12/2009), « Contrôle des médicaments, aliments, eaux et boissons : Pourquoi, la douane refuse de coopérer avec le L.N.S. ?

L'Essor (15/04/2010), « Sécurité des aliments : ces emballages que l'on néglige »

Le Quotidien de Bko (30/04/2010), « Intoxication alimentaire : L'huile frelatée est de retour dans nos assiettes »

Le Républicain (17/05/2010), « Intoxication alimentaire à Dar Salam : Le pire a été évité »

Bamanet (16/06/2010), « Viandes des abattoirs : un vétérinaire tire la sonnette d'alarme »

Ciwara Info (15/07/2010), « Boucheries et restaurants de Bamako : Les viandes sont-elles propres à la consommation? »

Le Républicain (08/09/2010), « Aliments et produits avariés : Les marchés de Bamako inondés »

L'Essor (04/10/2010), « Sécurité sanitaire des aliments : l'exigence de qualité »

Le National (17/02/2011), « Livraison du pain à Bamako : Un problème de santé publique »

Le Guido (22/02/2011), « Laboratoire national de la Santé : Où en est le contrôle des boissons Bramali? Le contrôle de la qualité boulangère du pain? Le contrôle des eaux du circuit E.D.M.? »

Le Combat (01/03/2011), « De la viande avariée dans nos assiettes : L'Abattoir Frigorifique de Bamako et de Sabalibougou à l'origine du mal »

Le Combat (20/07/2011), « Des produits alimentaires périmés sur le marché : Tous en danger »

L'Essor (18/08/2011), « Sécurité sanitaire des aliments : A.N.S.S.A., un maillon essentiel de la chaîne »

²⁴³ La Révélation (19/04/2010), « Les Eaux vendues dans les sachets : Une réelle menace d'intoxication »

Le Guido (08/06/2010), « Eau minérale Diago : Des impuretés dans nos verres »

Le 26 Mars (16/11/2010), « Bramali S.A. : du poison dans nos boissons ? »

Nouvelle Libération (26/02/2011), « Découverte abracadabrante : Des détritrus dans une bouteille d'eau minérale Diago »

L'Essor (01/04/2011), « Eau en sachet : à boire les yeux fermés ? »

Le Caïmain Indè (28/05/2011), « Moribabougou : vente de l'eau ensachée : « Makan dji », de l'eau potable ou du « broubrou dji »? »

L'Indépendant (13/11/2010), « Démantèlement d'un réseau de trafic d'eau minérale « Diago » : 4 personnes arrêtées et mises à la disposition de la justice »

Avenue 223 (11/07/2011), « Sachets d'eau : Attention danger ! »

²⁴⁴ Le Potentiel (23/02/2011), « Lait vendu aux abords de la RN7 : La qualité en cause »

Les soins sont souvent mal accueillis par les enfants de la rue car non perçus comme importants [3]. D'ailleurs, au Mali, 82% de ces enfants sont polyconsommateurs, 52% consomment de l'alcool et près de 100% fument (Unesco).

2.4.2. La consommation de tabac et d'alcool

Près de 20% de nos enquêtés fument. 7.9% fument et consomment de l'alcool ce qui n'est pas négligeable. Ces consommations sont également féminines mais plus silencieuses²⁴⁵. Ces résultats sont à nuancer car beaucoup d'enquêtés « cachent » leur consommation (tabou, religion)...

Au vu de l'augmentation exponentielle du nombre de bars et de leur forte fréquentation, on peut supposer que ces chiffres sont sous-estimés... Des restrictions existent quant à liberté de consommation (lieux publics, établissements scolaires, de santé ou transports, pas pour les restaurants). La publicité sur le tabac est interdite même si le parrainage, la promotion du tabac ou sa distribution gratuite ne sont pas interdits (Promotion & Education, 2005). Pourtant, au quotidien, bon nombre de chauffeurs et de médecins fument même dans leur salle de consultation (A.SA.CO.FA.).

En 2010, 30% de garçons et 12% de filles de 50 écoles de l'enseignement fondamental consommaient du tabac. 22% des élèves de 13 à 15 ans avaient déjà fumé²⁴⁶. Une autre enquête sur le tabac (2001) auprès de collégiens et d'écoles secondaires a montrée des taux élevés de consommation, d'exposition aux messages de sensibilisation mais également aux publicités. 39,8% des élèves avaient déjà fumé²⁴⁷, 31,2% en consommaient au moment de l'enquête²⁴⁸ et 11% consommaient d'autres produits que du tabac²⁴⁹. Plus grave, 8,6% d'enquêtés qui n'avaient jamais fumé allaient probablement commencer à le faire au cours de l'année (Global Youth Tobacco Survey (G.Y.T.S.), 2001). D'autres études récentes ont montré ces taux élevés chez les jeunes (Ministère de la Santé, 2008b).

2.4.3. La bonne santé, le bien-être : la nécessaire certification par un agent de santé

Les déterminants du bien-être comportent plusieurs facteurs (Razafindrakoto, Roubaud, 2006) :

1. *le premier*, surtout exploré par les psychologues, est lié à la personnalité des individus (tempérament, disposition, traits de caractère, estime de soi,...),
2. *le deuxième* s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques individuelles ou familiales (sexe, âge, ethnie, religion, statut matrimonial, santé, éducation,...),
3. *le troisième* est centré sur les facteurs économiques (emploi, revenu, inégalités,...),
4. *le quatrième*, plus récent et moins étayé, se focalise sur les facteurs institutionnels (nature, mode de fonctionnement et qualité des institutions).

²⁴⁵ 22 Septembre (21/03/2011), « Vue de Destin : Sous l'effet de l'alcool: Elle quitte le lit conjugal pour la chambre du boy »

L'Essor (Mars 2008), « Femmes & tabagisme : Les maliennes s'y mettent »

Le Républicain (16/09/2010), « Secret de femme : La grande consommation d'alcool chez les femmes, un nouveau phénomène »

Le Matin (23/12/2010), « De l'ivresse au délire : Oumou Sangaré pète les plombs ! »

L'indicateur du renouveau (04/02/2011), « Cigarette et alcool : deux destructeurs silencieux »

Waati (22/04/2011), « Acte de criminalité : Ivre, il fusille trois de ses enfants »

Le Katois (21/06/2011), « Alcoolisme et prolifération des bars à Kati : Un phénomène qui prend de l'ampleur »

²⁴⁶ Pana (12/05/2010), « Mali: 30 pc des hommes fument contre 12 pc chez les femmes »

²⁴⁷ Garçons: 59%, filles: 14,7%

²⁴⁸ Garçons: 44,9%, filles 12,6%

²⁴⁹ Garçons: 13,4%, filles: 7,5%

Ces différentes composantes sont interdépendantes. L'enjeu réside dans l'identification des effets spécifiques et, si possible, de l'impact causal de chacune de ces variables et de leurs conséquences sur le bien-être. Pour nos participants aux groupes de discussions, la « *bonne santé* » doit être garantie par une consultation auprès des agents de santé [S] [T] [U] [G] [H] : « *c'est seulement un médecin qui peut dire que quelqu'un est en bonne santé après une consultation. Les populations ont besoin d'un accès facile aux soins pour être en bonne santé* » [V] [W].

Pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D.), le défi majeur est le bien-être des populations. Pourtant, la situation se dégrade malgré l'implication de nombreux acteurs (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Les habitants pleinement satisfaits de leurs conditions de vie sont peu nombreux (sentiment de bien-être faible 3%, Razafindrakoto, Roubaud, 2006) même si le score du Mali est supérieur aux pays voisins (Mali 1.34, Moyenne 1.04).

25% estiment vivre difficilement, 56% passablement, 20% bien ou assez bien (Kuepie, Lavalee, Sougane, 2008). Si les habitants de nos deux espaces sont autant à reconnaître subvenir facilement à leurs besoins (Banconi 22.7%, Faladié 29.7%), ils sont en revanche beaucoup plus nombreux à Banconi à y subvenir difficilement (53.2% contre 32.9%).

« *Le SIDA est une réalité indéniable. Certes, des efforts ont été consentis pour amoindrir les effets du mal, mais tout part d'une bonne santé. Pour prétendre à quoi que ce soit, il faut d'abord être en bonne santé. Donc, chacun doit revoir son comportement.* » [63]

Si la santé « *biomédicale* » est importante, l'environnement global (infrastructures, sécurité, stabilité politique, démocratie), l'accessibilité aux services, s'amuser, l'absence de fatigue et avoir assez à manger sont aussi des facteurs importants (Simard, De Koninck, 2001).

2.4.4. Quelle représentation de la maladie dans le contexte malien ?

L'évènement « *maladie* » dans une ville africaine moderne comme Bamako confronte temps, espaces et cultures (Bargès, 1993). La nomination même de la maladie pose toujours problème (V.I.H., S.I.D.A.). Un des participants assimile le SIDA à une maladie imaginaire car elle est la seule maladie abrégée [C]. Pour lutter contre la maladie, certains acteurs préfèrent le terme de promotion à celui de lutte dans une perspective de bien-être.

Il est nécessaire d'amener une certaine « *normalité* » pour échanger sur le sexe et refuser d'invoquer le droit de parler de sexualité « *à partir de tel âge* » ou « *de ne pas parler de sexe en public* » (Boileau, 2007). Les langues locales parlées dans tous les centres de santé permettent parfois aux malades « *d'apprivoiser* » l'étrangeté des termes médicaux, des examens et des soins (Jaffré, 1999). La nosologie de la tuberculose est différente en fonction des symptômes et des langues²⁵⁰. L'étiologie transethnique et transnationale perçoit cette maladie comme une maladie de passage, transmissible et de contact (Bonnet, Jaffré, 2003).

Les causes surnaturelles, divinatoires et socio-culturelles sont dominantes dans les savoirs endogènes, les causes biomédicales sont spécifiques aux savoirs exogènes (Fig. 92).

²⁵⁰ Tuberculose en ffuldè : toux blanche (dohourou danéjo) ou grande toux (dohourou mahoudou)

Tuberculose en dogon : toux blanche (kolodjo piri)

Tuberculose en bamanan : petite toux blanche ou toux blanche qui dure (sogosogonon jè) (Berthé A. et al, 2009)

La rémanence des croyances se traduit par deux catégories de maladies disjointes (Coulibaly, Keïta, Kuepie, 2008):

- celles bénignes et/ou connues pour lesquelles le recours à la médecine moderne et/ou profane est la solution la plus courante.
- quand la maladie s'aggrave, est rare ou peu connue, son assimilation à une cause externe occasionne le recours à un initié (marabout, guérisseur,...).

<i>Maladies</i>	<i>Savoirs endogènes</i>	<i>Savoirs exogènes</i>
<i>Paludisme</i>	Rayons solaires	Piqûres des moustiques
<i>Rougeole</i>	Colère des divinités	Infection virale
<i>Choléra</i>	Non respect des <i>totems</i>	Vibron cholérique

Figure 92: Explications causales selon le type de maladies et des savoirs (Fourn Gnansounou, Hounsa, 2008)

Ces données sont des bases pour l'élaboration de programmes d'éducation pour la santé et doivent encourager les soignants à développer des outils et vocabulaire appropriés (Bargès, 1998). Cet écart entre terminologie vernaculaire et historique (occidentale) s'observe avec les migrants maliens de France. Les maliennes sont confrontées à deux modèles (tradition malienne, discours biomédical des agents de santé, Sargent, 2005).

2.5. Le fatalisme envers la maladie

« *Tout arrivant est un partant.* » = « *Nabaa bè e taabaa ye* »

2.5.1. Le fatalisme

L'individu cherche souvent à minimiser le risque maximal qu'il encourt à l'instant T (pas d'utilisation du préservatif) sans se référer à l'instant T+1 (Bouju, 2008). Pourtant, les modèles de changement de comportement insistent sur la nécessité de percevoir les conséquences possibles de ces actes sur sa propre santé et sur autrui. Des influences externes (religieuses, surnaturelles) existent (Gueye, Castle, Konaté, 2001) : « *quand les gens ressentent de l'impuissance devant quelque chose, ils préfèrent ne pas y croire.* » [42]

L'assimilation du SIDA à la mort persiste (diabolisation ; [34]). Les populations vivent l'instant présent (Castle, 2001) ce qui n'est pas spécifique au SIDA mais à la maladie et à la mort en général. De nombreux proverbes bambaras y font référence²⁵¹.

La personne est plurielle et composée de diverses instances psychiques (force vitale, souffle, double invisible, pouvoir de défense, d'agression, d'ombre...). Elle relève d'un héritage (paternel et maternel). Son destin est en partie prédéterminé par les circonstances de sa conception et de sa naissance. Son être et devenir sont déterminés par les dispositions et actions de son entourage social (communautaire)

²⁵¹ « Tout édifice est appelé à se coucher. » : « *Dyofe bey e dafe ye* »
 « L'homme n'a pas d'ennemi, la maladie seule est l'ennemi. » : « *Jugu te maa la, bana de ye jugu ye* »
 « Toute chose créée est appelée à finir. » : « *Dafe bey e bafe ye* »
 « Toute chose éveillée est appelée à s'éteindre. » : « *Kunufe be ye safe ye* »
 « Toute personne a son destin et son avenir. » : « *Moko be naa naka naa daka do* »
 « Il n'existe aucune maladie pour laquelle il n'y a pas de remèdes à part l'idiotie. » [52]
 « Il n'y a pas de maladie qui ne peut être traitée, seule la mort est incurable. »
 « La maladie qui tue, on naît avec. »
 « L'espoir du pauvre, c'est Dieu. »

et surréel (Dieu, divinités, ancêtres...) (Marie, 2007). Les malinkés et bambaras (même origine historique, langue (quelques variantes), institutions sociales, politiques et religieuses) ont une conception de l'être humain dans toutes ses composantes (corporelles, spirituelles) en lien avec la cosmogonie : « *je n'attraperai pas le SIDA. Si je dois mourir de cette maladie, c'est que Dieu l'aura décidé.* » [C2]

Au Mali, être malade est la dernière chose que l'on souhaite reconnaître d'où une consultation en dernier recours (Lachapelle, 2008). La « *maladie* » (« *banaba* ») est également assimilée à une « *alabana* », une « *maladie de Dieu* » que tout le monde porte en soi (Hess, McKinney, 2010). Toute maladie est considérée comme naturelle dès qu'elle est le fait de Dieu (Simard, De Koninck, 2001). L'Islam combinée à la médecine traditionnelle renforce la perception magico-religieuse de la maladie (Coulibaly, Keïta, Kuepie, 2008). Le Président de l'Alliance des Religieux au Mali note que la contamination par le SIDA est le résultat d'un manque de respect envers Dieu ce qui complique les sensibilisations effectuées dans les mosquées... Pourtant, les religieux et Imams maliens ont été formés même si ces formations doivent être continues et décentralisées [22].

« *Le cancer est une maladie très souvent perçue au début comme un « mauvais sort.* » (Bouchon, 2006)

Le fatalisme est encore plus imprégné en milieu rural. Dans la société malienne, la maladie fait malheureusement partie du quotidien par son omniprésence (Simard, De Koninck, 2001). Plus de 40% des enquêtés de nos deux quartiers ont connus quelqu'un de malade dans la famille dans les trente jours précédents l'enquête²⁵².

Une comparaison du fatalisme envers le VIH/SIDA entre population malienne et gabonaise au Gabon montre que ce sentiment est plus important pour les maliens notamment les musulmans, femmes et populations peu scolarisées. Les populations ne comprennent pas qu'une maladie puisse être causée par de microorganismes (Hess, McKinney, 2010, 2007).

2.5.2. La place de l'ethnie

La conception de la santé et de la vie chez certaines ethnies a des incidences sur les indicateurs de santé (Brockhoff, Hewett, 2000). Une étude montre que les peuls ont une mortalité supérieure de 10% à la majorité bambara chez les enfants de moins de deux ans. Si ces ethnies vivent dans des milieux physiques comparables, leurs conceptions de la mortalité et la fécondité sont différentes (Hill, Randall, 1984).

Si les bambaras et malinkés ont des taux importants d'apparition de la maladie dans les trente jours précédents l'enquête, les sonrhais, tamacheks et bobos ont moins connus la maladie.

Les tamacheks et sénoufos fument et consomment plus d'alcool et ce, pour nos deux espaces, de même que les dogons et malinkés à Faladié. Pour la seule consommation de tabac, les bambaras, dogons et sénoufos à Banconi et les bambaras, peuls, sarakolés, dogons, tamacheks et malinkés à Faladié ont des taux supérieurs. Pour la consommation d'alcool, les sénoufos et bobos à Banconi et les tamacheks, sénoufos et bobos à Faladié sont plus consommateurs.

Pour nos deux quartiers, les bambaras et peuls attribuent une grande importance à l'état de santé comme les sonrhais pour Banconi et les tamacheks, sénoufos et malinkés à Faladié.

²⁵² Banconi 47.6%, Faladié 43.6%

Du point de vue de l'état de santé ressenti, les peuls, sénoufos et bobos sont pour Banconi et Faladié, les ethnies qui se sentent en moyenne et mauvaise santé, de même que les bambaras à Banconi et tamacheks, bobos à Faladié.

Si l'accès aux campagnes de prévention en santé est peu variable entre les ethnies, les taux sont supérieurs sur nos deux quartiers pour les bambaras, tamacheks, bobos et des taux moindres pour les peuls, les dogons et les malinkés (Fig. 91). Il n'existe pas de relations significatives entre l'ethnie et la connaissance du SIDA même si les tamacheks ou sénoufos ont des taux inférieurs. A la question de la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA, certaines ethnies ont de bien meilleures connaissances (Fig. 93).

	Banconi	Faladié
Bambaras	37.5 %	43 %
Peuls	30.6 %	45.5 %
Sarakolés	20.7 %	37.1 %
Sonhais	48.1 %	57.1 %
Dogons	27.8 %	31.1 %
Tamacheks	83.3 %	71.4 %
Sénoufos	30.8 %	56.8 %
Bobos	41.7 %	71.4 %
Malinkés	29.5 %	45 %
Autres	30.6 %	41.7 %
Moyenne	33.4 %	47 %

Figure 93: Lien entre l'ethnie et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA pour Banconi et Faladié

Ces questions d'accès aux campagnes de prévention, de la connaissance d'un des slogans posent les conditions de l'accessibilité des messages aux différentes ethnies (6.1.3.c.). Le sentiment d'adaptation est relativement homogène entre ethnies ([soninkés 45.2%-tamacheks 60%]). Une certaine stigmatisation s'observe, la maladie est considérée comme venue d'ailleurs (« Blancs ») ou ne touchant seulement les peuls... (Berthé et al., 2009)

2.5.3. Une absence de « culture de la prévention »

« Toutes les pluies qui causent des dégâts ne s'annoncent pas à l'Est. »

= « On ne peut ni prévoir ni prévenir tous les malheurs. » (Proverbe Bambara)

La notion de prévention est, non seulement, inséparable des notions de santé et de maladie mais elle est également indissociable des conduites individuelles et collectives.

Il n'existe « pas de culture de la prévention de la maladie au Mali ». Lorsque les médecins proposent la carte d'adhérent à un patient, celui-ci rétorque souvent : « tu veux que je sois malade ? » [10]. Des disparités spatiales existent sur le nombre et le prix des cartes vendues (C.S.COM. de Daoudabougou : 500 Fcfa l'année, C.S.COM. de Faladié : 1000 Fcfa). Très peu de patients les possèdent alors qu'elle peut être utilisée par l'ensemble de la famille, même par l'employée de maison... En 2009, seuls 194 habitants sur 35000 possédaient la carte au C.S.COM. de Daoudabougou, 200 sur 50 000 habitants pour Faladié... Posséder une carte diminue également par deux les frais de consultations (600 → 300 Fcfa). Malgré cela, les habitants préfèrent payer la totalité de la consultation [10] [11].

Ce non-achat renvoie au fatalisme et à la méconnaissance de leur existence. Celles-ci ne sont « pas rentrées dans les têtes des maliens car ils ne prévoient pas la maladie ».

Le manque d'accessibilité n'est pas la cause car les habitants proches du C.S.COM. de Faladié qui cotoient le centre n'ont pas la carte [11]...

Il n'existe pas de grande dynamisation de la vie associative au sein des centres de santé. Aucun effort n'est accordé au renouvellement des cartes et à la diffusion de l'information de leur existence (Balique, 2001b). Ce constat est regrettable car plus de 75% des habitants se déclarent favorables au recouvrement des coûts (Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008).

Ces difficultés s'observent tout autant pour les mutuelles à l'exception de certaines corporations (agriculteurs). Les adhérents aux mutuelles utilisent ce service essentiellement pour les soins des enfants [13]. L'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) imposée à certains métiers (fonctionnaires) éprouve de grandes difficultés d'acceptation²⁵³ [10] notamment à cause du manque de consultation.

2.5.4. Les conséquences sanitaires du fatalisme

Le fatalisme entraîne une arrivée tardive au dépistage et aux traitements. Entre 2003 et 2006, 40% des patients dépistés avaient un taux de CD4 compris entre 200 et 500 et 45% inférieur à 200 (Conférences VIH/SIDA de Bamako de 2007, Dr Hamidou Touré (Kayes), Dr Denis Mechali (CHU Saint Denis (France))). Plus de 60% des patients initiés aux A.R.V. arrivent à des stades très avancés (III ou IV), stade de déclaration du SIDA (N'Diaye et al., 2008). L'une des raisons invoquée est que le circuit thérapeutique antérieur est long. Les nombreux recours thérapeutiques possibles (modernes, traditionnels) engendrent une mauvaise utilisation des services spécialisés. Ces derniers sont mal repérés par les populations et les professionnels de santé (Bouchon, 2006). Un vide persiste dans le rôle à donner au patient pour qu'il prenne en charge sa santé.

2.5.5. La vulnérabilité envers le VIH/SIDA

Tout comme le VIH/SIDA, la perception du risque de contracter la tuberculose est faible. Dans la culture malienne, lorsque l'on se perçoit comme potentiellement à risque, cela signifie que l'on souhaite inconsciemment être infecté (Berthé et al., 2009). Assimiler l'origine du VIH/SIDA à Dieu fait que 62.2% des enquêtés ne se sentent pas vulnérables. Peu de personnes se sentent vulnérables (Banconi 18.8% Faladié 30.3%). A contrario, 32.6% des habitants de Banconi se sentent peu vulnérables, 21.3% pas du tout vulnérables (20% et 19.4% pour Faladié).

Savoir lire le français augmente ce sentiment ce qui pose la question de la passation des messages en français ... Les personnes à faible niveau scolaire ont moins accès à l'information en santé et se sentent moins vulnérables (16.3% contre 30.1%). La connaissance d'un des slogans et le sentiment d'adaptation des messages augmentent le sentiment de vulnérabilité. Les personnes qui se sentent vulnérables

²⁵³ L'Essor (7/01/2011), « Assurance maladie obligatoire : un grand besoin de communication »
L'indicateur Renouveau (17/02/2011), « Assurance maladie obligatoire : Le premier faux pas de l'AMO ! »
Procès Verbal (07/03/2011), « Assurance maladie obligatoire : Pourquoi les travailleurs n'en veulent pas »
Inter De Bamako (05/04/2011), « Focus : Marche de protestation contre l'AMO : le paradoxe de la CSTM »
L'Essor (20/04/2011), « Assurance maladie obligatoire : les contestataires ne désarment pas »
Le National (29/04/2011), « Assurance maladie obligatoire : Le gouvernement capitule, mais ne renonce pas »
L'Essor (01/05/2011), « Assurance Maladie Obligatoire : ATT se dit heureux de recevoir sa carte d'assuré »
Le National (06/05/2011), « Assurance Maladie Obligatoire : Vers un soulèvement populaire contre une loi impopulaire »
Le Républicain (23/05/2011), « AMO : Le syndicat de la santé menace d'aller en grève »
L'indicateur Renouveau (24/05/2011), « Contre l'Amo : Des policiers marchent aujourd'hui dans toutes les villes du pays »
Le Prétoire (26/05/2011), « Marche nationale contre l'AMO : Plus de 2.000 manifestants envahissent les rues de Bamako »
Le Républicain (27/05/2011), « AMO : La tardive sensibilisation »

acceptent plus facilement de recevoir de plus amples informations sur le VIH/SIDA pour elles-mêmes et leurs enfants.

Cela peut s'expliquer par différentes raisons. Tout d'abord, les personnes ne se sentent pas vulnérables si elles pensent qu'elles ont prises toutes les mesures nécessaires ou qu'elles n'ont pas prises de risques. Ensuite, des personnes peuvent avoir des comportements à risques mais ne pas se sentir concernées par une possible transmission. Enfin, de fausses croyances ou mauvaises connaissances peuvent engendrer un sentiment de protection alors qu'il n'en est rien.

Les personnes ne changent pas de comportements sauf si elles se sentent en danger [5]. La vulnérabilité entraîne une nette augmentation d'utilisation du préservatif (67.2% contre 35.9%) notamment avec le partenaire régulier (45% contre 26.5%). En revanche, les personnes vulnérables et pas du tout vulnérables sont nombreuses à accepter avoir un rapport sexuel sans préservatif (19.6% et 24.3%). Seuls 47.8% des personnes qui se perçoivent comme vulnérables ne refusent pas d'avoir une telle relation.

La vulnérabilité varie en fonction de nombreux critères.

Tout d'abord, les jeunes ont plus conscience de la dangerosité du VIH/SIDA notamment à Faladié. La confession religieuse joue également un rôle (musulmans 26.7%, chrétiens 14%, animistes 12.5%).

D'autre part, une confiance élevée envers les agents de santé augmente la vulnérabilité (58% contre 38%). Ce lien est important car les agents de santé représentent le premier recours pour recevoir de l'information sur le SIDA (6.3.3.). Consulter le C.S.COM., le médecin traditionnel, l'hôpital ou la médecine privée créent un sentiment de vulnérabilité (23.3%) contrairement à l'automédication (11.1%) d'où l'intérêt d'améliorer l'accès aux soins notamment pour les plus exclus (jeunes, indigents, pauvres, aides ménagères).

Le travail d'élaboration de bons programmes de prévention nécessite du temps. La société malienne est empreinte du concept de temps, les programmes de santé se doivent de l'être tout autant.

3. Renforcer les actions d'I.E.C. pour un changement de comportement : persévérer la sensibilisation sur le VIH/SIDA

Les agents des organisations internationales ont des durées d'établissement bien définies. Seulement, les populations ne sont pas au fait de ces conditions de travail, elles ne vivent pas toutes sur le même rythme (cosmogonie, monde rural marqués par le rythme de la terre, du ciel et des cultures).

La recherche en sciences sociales est dominée par des projets à court terme souvent gérés par des « *boîtes de consultants* ». Des études de cas censées présentées comme des « *best practices* » sont rédigées sans examen précis de leurs conditions d'émergence et de développement (Assogba et al., 2003). Chercheurs et décideurs/praticiens travaillent sur des échéanciers différents (Puchner, 2001). Les acteurs de terrain ont souvent besoin de résultats rapides pour réagir à des problèmes précis, à brève échéance et avec un maximum d'effet. Pour cela, les décideurs et praticiens réclament que les résultats de recherches soient traduits en recommandations pratiques.

Ces différences temporelles sont connues mais ne sont pas réellement prises en compte. Pour évaluer et « *décider rapidement* » de continuer ou non à diffuser un spot, P.S.I. Mali a développé la technique TRaC-M pour déterminer si le niveau de saturation est atteint. Pour P.S.I. Mali, les enquêtes C.A.C.P. sont trop lourdes et trop coûteuses même si elles sont considérées comme plus adaptées pour mesurer le changement de comportement (P.S.I., 2009).

3.1. Un manque de fréquence et de durée dans les programmes : le concept de temps chez les populations

« *Ce que tu ne dis pas là où tu trébuches, ne le dis pas là où tu tombes.* »

= « *Moralité: il faut réagir à temps.* » (Proverbe Bambara)

3.1.1. Le temps dans la société malienne

Le temps est omniprésent dans la culture malienne. Il occasionne des étapes/règles quotidiennes qui se déroulent sur plusieurs générations (Vuarin, 1994). Le désir d'aider vite et bien, conduit certaines organisations à idéaliser les sociétés d'accueil et à appliquer des recettes techniques stéréotypées allant à l'encontre des logiques locales. Une « *synchronisation des temps* » apparaît nécessaire (Dab, 2005). Les cultures cosmocentriques consistent à respecter, « *honorer* » et négocier avec l'environnement (soleil, terre, eau, esprits...). Il n'est pas rare d'entendre dans les rues de Bamako : « *vous avez la montre, nous avons le temps* ». Les stratégies de prévention doivent s'adapter à ces conditions de société.

« *On sait tout sur la manière dont les africains meurent et rien sur la manière dont ils vivent.* » (Henring Minkell in Courade, 2006)

Qui a séjourné en Afrique sait que la moindre démarche peut prendre du temps. Les populations intériorisent certains traits et rejettent les autres (innovations).

Certains bailleurs de fonds veulent obtenir des « *résultats sur-le-champ* » et un « *retour sur investissement* » (Puchner, 2001). Le Fonds Mondial fait l'objet de pressions identiques et les répercutent sur les acteurs.

Les bureaucraties des donateurs, la nécessité de démontrer un impact, planifier sur le court terme, s'efforcer de parvenir à l'efficacité administrative (modalités d'octroi des fonds) ont pour conséquences une faible réceptivité des donateurs des opinions, besoins et priorités de ceux qu'ils souhaitent aider.

Si les motivations des bailleurs ne sont pas identiques aux acteurs locaux, l'écart tend à se réduire (Fournier P. et al., 2006) comme les liens insuffisants entre chercheurs et décideurs (C.N.A.M., I.N.R.S.P.; Traoré, 2006).

3.1.2. Le temps de la prévention du VIH/SIDA au Mali

Les patients développent des tactiques pour saisir les moments, lieux et manières propices à l'obtention d'informations de la part des médecins (Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2009). Les animateurs discutent au préalable avec les prostituées, barmans et clients pour qu'ils « *se reconnaissent dans les programmes* » [26].

Pour prévenir et amener le changement de comportement, le temps est nécessaire (Coatès, Richter, Caceres, 2008; Piot 2008; Wagbatsoma, Okojie, 2006; Blum-Boisgard et al., 2005; Paicheler, 2002; Chaze, 1993). Plus de trente ans de campagnes anti-tabac ont permis de « *dénormaliser* » l'image de la cigarette dans les sociétés occidentales (Lamoureux, 2005).

Si les populations commencent à prendre le SIDA au sérieux, la sensibilisation doit tout de même continuer ([9] [25] [33]) car des niveaux dans « *l'escalier* » du changement de comportement existent [5] (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999).

La prévention a contre elle, le fait de ne pas avoir nécessairement d'effets immédiats d'où une faible mobilisation des responsables politiques. Ces derniers se trouvent souvent en porte à faux par rapport aux enjeux de santé publique du fait de la pression à court terme et des intérêts économiques. Malgré ces contraintes, une réelle politique existe au Mali même s'il est important de mobiliser toute l'année et pas uniquement pendant le mois de décembre... La figure 94 montre qu'il faut s'adapter aux terrains et temporalités avec net accroissement du nombre de dépistages volontaires pendant le mois de lutte contre le SIDA : « *il y a des variations dans la fréquence. En général, il y a entre dix et douze personnes par jour mais durant le mois de décembre, environ vingt à trente personnes viennent notamment grâce aux spots télévisés.* » [32]

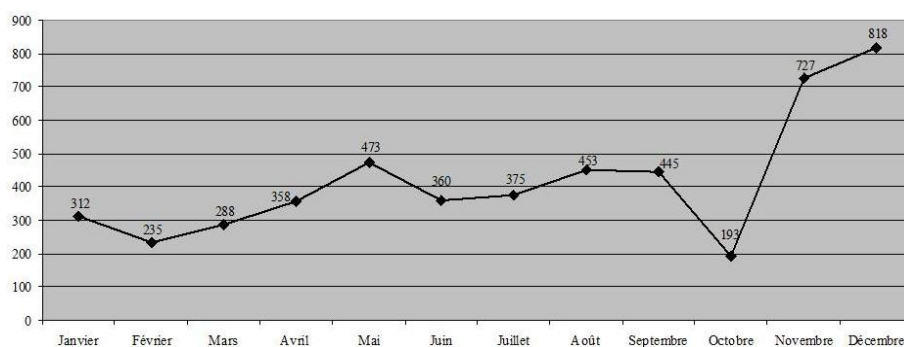


Figure 94: Evolution du nombre de clients reçus par mois en 2005 au Mali dans les centres de dépistages volontaires (Maïga, Scholze, 2005)

Certaines organisations s'adaptent aux « *temps* » des jeunes (vacances) [4] [6] avec, par exemple, l'organisation du festival « *Rap Attack* » (plus de 1000 personnes) ou de concours de dessins. Pour sensibiliser les enfants de la rue, les moments de rencontres sont difficiles (petits boulots, mendicité, prostitution des filles [3]).

Les enseignants sont formés et des clubs anti-SIDA existent dans certaines écoles [44].

Cette adaptation temporelle est nécessaire car les milieux urbain et ruraux n'ont pas le même fonctionnement et sont composés de populations différentes entre les saisons sèche et humide.

D'autre part, certaines migrations de travail de longues durées vers les grands chantiers (nationaux ou internationaux) occasionnent une fréquentation de prostituées [26]. Il est impératif de toucher les gens qui semblent inaccessibles à cause de leurs mouvements [30]. Pour cela, l'Usaid et d'autres organisations ont créés le projet corridor pour sensibiliser sur les axes migratoires des pays de la sous-région d'Afrique de l'ouest [32]. Ensuite, le mois de Ramadan ne permet pas d'évoquer certains sujets (sexualité, SIDA).

Enfin, au quotidien, il faut toucher les populations à des moments clés, par exemple, les femmes maliennes durant la journée (maris au travail, temps de repos). Pour les hommes, l'information peut se faire essentiellement au travail ou dans la soirée (grins).

Les campagnes de P.S.I. Mali qui ciblaient la population générale (hommes, femmes 15-49 ans) ont eu, à partir de juin 2009, une durée de six mois pour la radio et de trois pour la télévision. Les avis sont aujourd'hui nuancés. Plusieurs participants aux groupes de discussions ont un avis plutôt positif des messages mais regrettent qu'une « *bonne partie de la population malienne ne croient toujours pas à l'existence du SIDA* » [M] [K] [L]. Le manque de fréquence est mis en avant : « *nous avons assisté à des séances même elles se font rares de nos jours.* » [O] [B]

Si la prise de temps peut être bénéfique (qualité, adaptation des programmes), elle n'est pas une garantie. L'exemple de la rédaction du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.) nous démontre le contraire (Raffinot, 2002).

Un temps important est nécessaire pour respecter les nombreuses prérogatives des bailleurs de fonds (4.5.; 6.1.2.). Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D.) renforcent la mondialisation des solutions tout en rétrécissant l'espace et le temps (Bara, Berthé, 2008).

Sur le terrain, les tensions entre les différents acteurs (internationaux, étatiques, locaux) sont défavorables aux populations. Pourtant, ces dernières sont très souvent tenues responsables de l'échec des programmes (Le Marcis, 2003). Même si nos interlocuteurs (acteurs, populations) reconnaissent des problèmes d'élaboration, d'adaptation et de passation des messages, tous reconnaissent la nécessité de poursuivre la sensibilisation: « *le grand défi de la lutte contre le SIDA reste la prévention* » [8].

3.2. Un écart temporel entre décideurs et organisations de terrain

3.2.1. Un arrêt de la prévention et la concentration sur les programmes médicaux

De nombreuses personnes pensent que le cap de compréhension de la maladie est acquis comme en témoigne la réflexion d'un des responsables de P.S.I. Mali : « *les gens ont compris, on arrête !* » [30]. Leurs programmes habituellement renouvelés tous les trois ans n'ont pas été renouvelés en 2007 [32]. Cet arrêt a occasionné chez les acteurs ([21] [23] [30]) une peur de la poursuite/reprise de comportements à risque car « *un petit temps de répit peut être fatal* » [5] et que P.S.I. finance de nombreuses O.N.G..

Les bailleurs de fonds ont voulu mieux harmoniser les projets entre l'objet prévention et traitement en 2004 car les P.V.VIH. allaient mieux et ne se protégeaient plus [7]. Cela s'observe par de nombreuses pertes de vues suite à l'arrêt des prises thérapeutiques lorsque l'état de santé s'améliore ([48], Conférence VIH/SIDA 2007).

Si les initiatives communautaires sont un gage de réussite, les institutions (nationales, internationales) cessent de financer ces projets et privilégient les programmes médicaux [21]. La Banque Mondiale influence la mise en place de certains programmes et l'arrivée d'organismes privés de soins avec là aussi une diminution de l'aide communautaire [35].

Suite à certains échecs en matière de prévention²⁵⁴ (Bertozzi et al., 2008; Piot, 2008; Richter, Caceres, 2008; Renaud, De Sotelo, 2007; Barnett, Parkhurst, 2005; Jaffré, 2004; Campbell, 2003; Ridde, 2003; Campbell, Macphail, 2002; Jemmot, Jemmot, 2000), les organisations préfèrent s'orienter vers la solution biomédicale [21] même si les solutions techniques peuvent amener une « déshumanisation » de la santé (Dab, 2005). Les sciences humaines peuvent être « victimes de la trithérapie » (Deschamps, 2001).

On ne peut, évidemment, que se réjouir des progrès fantastiques en matière de prise en charge et d'accès aux traitements au Mali²⁵⁵ (Fig. 95). Cependant, dès lors que l'infection VIH devient un problème de santé « comme les autres », l'approche biomédicale risque de marginaliser les approches globales. Car, au-delà du curatif, le préventif demeure toujours un enjeu (O.M.S. : Global Program on Evidence for Health Policy): « nous devons parvenir à un meilleur équilibre à l'échelle mondiale entre la prévention des maladies et le simple traitement de leurs conséquences ». Au Mali, le nombre de personnes prises en charge en traitement A.R.V. était supérieur aux prévisions en 2007. Le nombre de sites de traitements a progressé: 3 (2001), 14 (2005), 31 (2006), 49 (2007), 64 (2008) (30 sites pédiatriques). 50.8% des habitants de Banconi et 79.2% de Faladié connaissent l'existence de médicaments pour le VIH/SIDA.

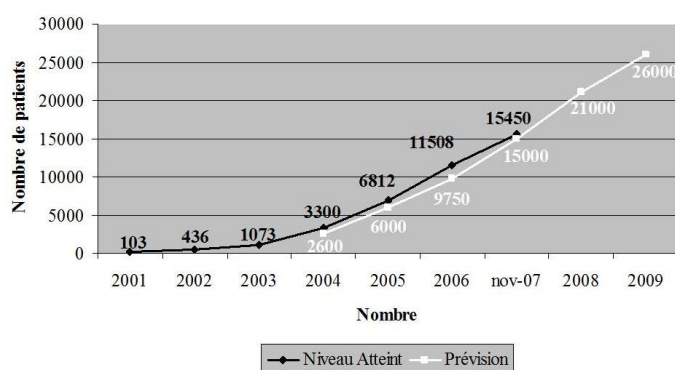


Figure 95 : Nombre de patients initiés au traitement A.R.V. au Mali depuis 2001 (M. Haïdara, C.S.L.S., 01/2008)

Le pays possède beaucoup de centres de dépistages [1]. Le rôle curatif gratifiant des soignants tend à être supplanté par un rôle « d'accompagnement » des malades (Bouchon, 2006).

Le Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.) dirige désormais des patients vers les Unités de Soins, d'Accueil et de Conseils (U.S.A.C.) des différentes communes. Leur personnel a été formé au C.E.S.A.C. mais le personnel est moins payé... L'ensemble des communes seront couvertes car le C.E.S.A.C. est saturé. Il faut amener les soins aux habitants notamment dans les régions [35].

3.2.2. Les ruptures de fonds et les problèmes de décaissements

Le Mali est un pays où la moitié du budget de la santé n'est pas dépensée au cours de l'année ce qui paraît aberrant dans un pays aussi pauvre où les taux de mortalité sont si importants et la situation sanitaire si dégradée... (International Health Partnership, 2010).

²⁵⁴ 22 Septembre (12/10/2009), « Planification familiale au Mali : "Changer la méthode d'approche" » L'Essor (24/03/2011), « Mutilations génitales féminines : La lutte contre l'excision doit changer d'approche »

²⁵⁵ Afrik.com (01/12/2008), « Le Mali, premier pays en Afrique en terme de malades du SIDA sous ARV » Journal du Mali.com (01/12/2010), « Sida au Mali : 85% des malades connus ont accès au traitement »

Des retards de décaissements et ruptures de fonds sont présents [28] [34] (Soutoura-Unaid, 2008, Conférence VIH/SIDA de Bamako²⁵⁶ 2007). Malgré des financements importants et tant bien même que le financement est acquis, son versement peut prendre plus d'un an. L'argent du Multisectorial Approach Programs (M.A.P., Banque Mondiale) de 2004 n'a été versé qu'en 2006. Lorsque l'argent est versé, les organisations doivent souvent dépenser tout l'argent en une courte période [3] [35]. Cela pose des questions quant à l'adaptation des programmes (Bougoudogo, 2010).

Les O.N.G. maliennes composent avec des financements ponctuels octroyés à la réalisation de projets définis de l'extérieur (Keïta, 2005). Pourtant, la Fédération et Coordination des O.N.G. (FE.C.O.N.G.) reconnaît l'importance pérenniser les actions de développement (Chapitre IV, Article 18 in FE.C.O.N.G., 2005).

1. A-t-on établi si la réceptivité des groupes cibles à l'intervention est liée à certaines périodes de l'année ? 2. A-t-on établi si le moment choisi pour l'intervention coïncide bien avec les expériences individuelles des membres du groupe ? 3. A-t-on établi dans quelle mesure le moment choisi pour l'intervention coïncide avec l'âge ou le stade de développement des groupes cibles ? (Exemple : des programmes de prévention de la maltraitance des enfants, où les meilleurs résultats sont obtenus dans la tranche d'âge des 3-4 ans) 4. Si l'intervention doit être exécutée par des intervenants extérieurs : le calendrier des interventions a-t-il été adapté à ces intervenants?		
<i>Faible</i>	<i>Moyen</i>	<i>Fort</i>
21.9 %	12.5 %	65.6 %

Figure 96 : Outil Preffi : 6.2.b. Calendrier de l'intervention

3.2.3. Une question de visibilité

Un écart existe entre le fait d'avoir assisté à des campagnes de masse et l'appropriation de connaissances sur le VIH/SIDA (Banconi 29.4% ➔ 20.4%, Faladié 22.8% ➔ 18%).

Le nombre et l'ampleur des projets (spectacles) sont importants mais n'engendrent que peu de résultats. Ces projets ne sont pas construits dans une perspective d'objectifs mais de visibilité et de justification des fonds [16] [23]. Certains panneaux « placardent » le logo du financeur (Brauman, 1996) et brouille l'image même du message, à savoir l'éducation pour la santé (Chauvin P., 1996) (Fig. 97).



Figure 97: Exemples de panneaux de sensibilisations marquant une visibilité importante du bailleur ou de l'organisation²⁵⁷

²⁵⁶ M. Malick Sène, secrétaire exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA (H.C.N.L.S.)

Dr Aliou Sylla, responsable de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA au sein du Ministère de la Santé (C.S.L.S.)

²⁵⁷ Photo en bas au milieu : L'Essor, 29 décembre 2010, « Biennale 2010 : Les jeunes mobilisés contre le SIDA »

La visibilité des acteurs est variable. Elle peut être perçue comme un bienfait ou une entrave. Pour atteindre les enfants de la rue, différentes méthodes sont utilisées : la visibilité (Fig. 97, Samu Social) ou des sorties en moto plus discrètes [3].

3.2.4. La multiplication des projets, facteur de déstabilisation ?

Beaucoup de nouvelles initiatives et programmes sont mis en place au Mali comme l'initiative ASTII pour améliorer le système de statistique scientifique... S'il est important de proposer de nouvelles méthodes, le manque de continuité et de durée de ces programmes compliquent leur appropriation (acteurs et populations). Les formations proposées par Sanofi Aventis restent ponctuelles dans une optique commerciale incohérente avec la politique de médicaments essentiels génériques promue par le gouvernement (Martini, Fligg, 2011).

D'autre part, la crise de gouvernance actuelle au Mali est également due à une crise de cohérence dans la gestion des affaires publiques. Il y a un déficit d'engagement politique dans la durée et une non-maîtrise d'ouvrage ce qui ne favorise pas la pérennisation des interventions. Cela aboutit à une déterritorialisation de l'espace public du fait de projets limités dans le temps (8.3.3.a.; Bertrand, 1999b), peu ou mal coordonnées : « *l'addition de projets ne fait pas le territoire* » (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009).

3.2.5. Le temps, clé de réussite de l'implantation d'un programme ?

Les bailleurs de fonds ne laissent pas assez de temps à la réussite du programme [21] (Panos Institute, 2003). La pérennisation des actions est accessoire alors qu'elle est fondamentale pour les organisations et populations (Berche, 1996).

Quand est-il de la liberté des O.N.G. quand leur survie est conditionnée par le succès médiatique, seul garant de rentrées financières leur permettant d'agir (Debré, 1997) ? La création d'une O.N.G. est très souvent d'ordre pécuniaire (Raghavan, 1992). Les financements perçus sont la condition de leur survie ou mort, elles ont d'ailleurs souvent une durée de vie limitée (financements incertains, irréguliers ; Bertrand, 1999b; Raghavan, 1992). Tant que les actions évoluent via les financements externes, les projets perdurent (Baliq, 2000).

Peu d'organisations prennent le temps de construire leurs programmes (7.2.1.), de faire participer les populations (6.4.) pour mieux connaître les moments et acteurs clés de réussite (6.2.1.b.; Raffinot, 2002).

L'échec de l'initiative « *un cercle, une O.N.G.* » du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA de 2001 est représentatif. Cette initiative semblait intéressante car elle ajoutait une perspective géographique à l'élaboration des programmes. Le projet associait une O.N.G. à une commune dans la construction d'un programme de sensibilisation. Seulement, la durée (annuelle) était trop juste [8]. En effet, notre méthodologie l'a démontrée, une année ne permet d'effectuer que des repérages, des prises de contacts et d'identifier les acteurs locaux importants mais cela ne laisse, en aucun cas, le temps d'effectuer des actions.

Travailler à l'échelle locale avec les pairs éducateurs, les C.S.COM., les relais communautaires et les chefs de quartiers) permet de passer des messages dans un climat de confiance et de proximité. Si ces

acteurs sont bien formés et s'ils coordonnent leurs messages, cibles et actions sur le terrain, ils peuvent atteindre un maximum de personnes pour des coûts moindres. Ces acteurs sont d'ailleurs très recherchés (2.3.; 5.1.4.; 6.1.1.; 6.1.2.; 7.1.3.), il est donc impératif de les soutenir et former au mieux.

L'ensemble des résultats, données et témoignages montrent que des efforts d'adaptation temporelle et conceptuelle des programmes sont nécessaires même si beaucoup de travail est effectué en ce sens.

Une question essentielle se pose dans le tryptique « *émetteur-message-récepteur* ». Si des difficultés persistent dans l'élaboration et les conditions de réception (appropriation) des messages, il est également nécessaire de se poser la question de l'émetteur des messages, de sa légitimité, de sa relation avec les populations et de la qualité des messages délivrés.

7. LES CONDITIONS D'UNE APPROCHE CONTEXTUELLE DE LA PREVENTION

Dans ce chapitre, nous allons analyser les acteurs privilégiés par les populations pour transmettre de l'information en santé et VIH/SIDA. Nous nous attacherons à montrer les similitudes et distinctions spatiales pour démontrer la nécessité d'adapter les programmes aux lieux et populations.

Les agents de santé sont souvent privilégiés, nous étudierons donc la place qu'ils occupent dans la prévention des diverses pathologies (points forts et faibles) notamment en termes de formations.

D'autre part, si le communicant est important, le milieu de vie l'est tout autant.

Enfin, les populations doivent être de plus en plus intégrées au système de santé et aux programmes (approches communautaires, décentralisation).

1. Mieux adapter les canaux de sensibilisation sur le VIH/SIDA à l'échelle locale : l'importance des agents de santé

Le choix de l'émetteur, notamment son genre, est important pour la passation des messages de sensibilisation. L'accès aux soins à l'échelle locale (C.S.COM.) est aussi primordial mais dépend de multiples facteurs. La place des C.S.COM. est renforcée dans beaucoup de programmes sanitaires (dont le dépistage du VIH).

1.1. Une importance primordiale du choix du communicant

Le statut de l'émetteur des messages est très important dans le contexte malien (codes, normes, âge, sexe...). Les divers acteurs de la prévention (institutionnels, coutumiers, religieux ou associatifs) doivent être formés au mieux. Leurs messages doivent être coordonnés, homogènes et adaptés pour être efficaces.

1.1.1. Comment choisir les futurs communicants en santé ?

La « manière » de faire participer les populations joue un rôle décisif dans leur appropriation. Or, les modalités de leurs participations sont rarement explicitées. Elle varie selon les lieux, les institutions, les acteurs et les programmes. Le choix des volontaires (jeunes/vieux) est crucial. Ils doivent être choisis par la communauté et non par telle organisation. Si l'interlocuteur désigné ne le souhaite pas, il peut désigner un remplaçant [8] : « *il faut avoir recours à des personnes ressources crédibles (stratégie de petits pas), si possible via les relais et s'ils sont bien outillés pour le faire.* » [62]

Les O.N.G. rencontrées considèrent que les meilleurs émetteurs sont les pairs éducateurs, les religieux, les femmes, les jeunes, les personnes infectées par le VIH, les associations des personnes vivant avec le VIH, les leaders communautaires, les autorités, les agents de la santé, les troupes théâtrales, les étudiants, les enseignants, les structures étatiques socio-sanitaires, les relais villageois et « *toutes les bonnes volontés capables de transmettre un message* » [62].

Au Mali, la connaissance est sociale, elle est transmise à travers des situations sociales (Easton, Belloncle, 2000). Pour accéder ou transmettre ces connaissances, il est obligatoire de bien connaître les codes de conduite. Par exemple, les relations à plaisanterie engendrent la proximité. On peut ainsi appeler une autre personne « *mon petit frère* » ou « *jeune frère* » sans vexer son interlocuteur. Les

individus intègrent différents éléments de connaissance chez les différents canaux. Il est donc important de comprendre comment ils s'approprient ces messages (7.1.1.). Une question difficile se pose aux acteurs : comment regrouper le quartier pour parler du VIH ?

« *Il y a des besoins d'interventions pour toucher directement la population. Certains acteurs ont des doutes : est-ce que tout le monde est concerné ?* » [8]

La présence sur le long terme des organisations ainsi que la participation des villages eux-mêmes aux sensibilisations favorisent leur acceptation (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). La légitimité et proximité (géographique par exemple) sont essentielles (6.2.1.a.). Les groupements communautaires, associations de chefs de villages, associations de grins, leaders religieux sont des personnes fixes, discrètes et accessibles qui délivrent souvent des messages différents et auprès de populations différentes [46].

La modification de certaines pratiques et comportements comme l'excision ne peut intervenir que lorsqu'un consensus communautaire est présent. La décision d'abandon n'est presque jamais individuelle mais collective d'où l'intérêt des programmes participatifs [16] (6.4.). En plus des activités ciblées (populations, territoires), quelles activités peuvent intéresser l'ensemble de la population ? [7] Le choix des canaux de sensibilisation est important car les populations n'ont pas les mêmes centres d'intérêts ([51]; 5.1.1.a.). Les habitants de nos deux quartiers ne souhaitent pas recevoir de l'information sur la santé et le VIH/SIDA par les mêmes interlocuteurs d'où une nécessaire approche locale (Fig. 98).

	<i>Autorités</i>	<i>Médecins</i>	<i>Guérisseurs</i>	<i>Famille</i>	<i>Amis</i>	<i>Membres de la communauté</i>	<i>O.N.G.</i>	<i>Religieux</i>	<i>Médias</i>	<i>Pairs éducateurs</i>	<i>Autres</i>
<i>Banconi</i>	4%	91.3%	27.9%	41.5%	32.6%	4.2%	7.1%	17%	10.1%	17.6%	3.2%
<i>Faladié</i>	13.5%	92.9%	12.3%	33.1%	36.6%	11.3%	25.7%	15.4%	21%	26.5%	4.4%

Figure 98 : Lien entre le lieu d'habitation et le choix des intervenants en santé et VIH/SIDA

Autres que les médecins, les jeunes privilégient la famille, les amis et les pairs éducateurs tandis que les personnes plus âgées préfèrent les autorités. Pour 8 des 11 canaux, les habitants à haut niveau scolaire (secondaire et supérieur) ont un meilleur accès d'où l'intérêt d'accroître les sensibilisations pour les habitants non scolarisés. Les personnes qui possèdent les meilleures connaissances sont également celles qui sont les plus informées.

Les personnes qui lisent le français souhaitent des informations via les O.N.G. et pairs éducateurs. En revanche, les habitants qui ne parlent, ni français, ni bamanan, n'ont pas les mêmes souhaits. Ils privilégient les guérisseurs qui sont souvent consultés pour le SIDA pour interpréter la maladie (sa cause, son agent et son origine) (Fassin, 1990).

Les enquêtés qui participent à la vie communautaire sont intéressés pour échanger avec les médecins, les religieux ou les pairs éducateurs.

Les habitants qui connaissent peu le SIDA souhaitent recevoir plus d'informations via les guérisseurs, la famille ou les religieux) d'où leurs nécessaires formations et intégrations dans les sensibilisations. D'ailleurs, lorsque ces acteurs sont bien formés, les résultats sont concluants.

Les canaux souhaités par les hommes et femmes sont assez similaires : médecins (91.3%/93.2%), famille (38.2%/36.2%), O.N.G. (15.9%/17.1%), médias (16.6%/14.1%), pairs éducateurs (21.4%/23%). En revanche, les hommes ont des taux supérieurs pour : les autorités (10.6%/6.1%), les

guérisseurs (22.1%/17.4%), les amis (36.8%/ 31.9%), les membres de la communauté (9.1%/6.1%) et les religieux (20.2%/11%). Pour aucun des canaux proposés, les femmes possèdent un taux plus important.

1.1.2. La place des femmes

Les tabous (5.1.1.a) et codes de communication (3.3.3.; 6.3.1.a.) présents au Mali obligent à former plus de femmes pour communiquer²⁵⁸ sur le SIDA d'autant qu'elles sont les plus infectées (2.3.2.b.).

Car, si les femmes représentent 80% de la fréquentation des C.S.COM., elles restent sous-représentées dans les Associations de Santé Communautaires (A.SA.CO). Peu de réunions sont organisées aux heures ouvrables d'où une nécessaire adaptation temporelle (6.2.1.b.). Lors d'un projet de construction d'une maternité à Maasina, les femmes n'ont pas même été invitées (règle peul). Les questions de santé, mêmes féminines, n'y font donc pas exception (Le Marcis, 2003).

« Dans l'accès aux soins, la situation intellectuelle des femmes est essentielle. » [12]

Les femmes sont, pour nos deux espaces, peu adhérentes à une association (Banconi : H 45.8% F 32.1% / Faladié : H 56% F 40.4%). Les différences sont plus remarquables dans le choix du thème de l'association (hommes : sport et politique ; taux identiques : éducation et santé). Si les femmes sont très actives dans les Organisations de la Société Civile (O.S.C.), seuls des postes de second rôle leurs sont confiés (Réseau Aga Khan de Développement, 2008). Nos entretiens l'ont montré : président(e) (H 48.6% / F 18.9%), responsables de programmes (H 24.3% / F 8.2%). Les femmes n'ont pas « encore pris leur place » [10] même si certaines « *bolokoli-kêlaw* » ont été engagés par des O.N.G. pour lutter contre l'excision (Diallo, 2004b).

De manière générale, les femmes participent peu à la vie publique malgré des initiatives²⁵⁹ et la nomination de Mme Cissé Mariam Kaïdama Sidibé au poste de Premier Ministre en 2011. Leur représentation aux postes à responsabilités (partis politiques, institutions) a peu évolué entre 2007 et 2009 (11.2% des postes ministériels).

L'essentiel de la prise en charge des maladies se fait à l'échelle locale. Les médecins et structures communautaires doivent donc être intégrés dans la prévention.

1.2. La place des C.S.COM. et des médecins dans l'accès aux soins

L'intérêt des populations pour la prévention via les agents de santé pose certaines questions : sur le fonctionnement des C.S.COM., sur la répartition des médecins et sur leurs compétences en communication.

²⁵⁸ Armande (9/02/2011), « Des femmes engagées pour la promotion de la santé au Mali - d'observatrices passives à actrices éclairées »

²⁵⁹ La Révélation (13/05/2011), « Promotion du genre : Jusqu'où ira ATT dans son acharnement à faire la part belle aux femmes en les propulsant au sommet des différentes instances du gouvernement ? »
Bamako Hebdo (25/06/2011), « Femme à suivre : Mme Traoré Nana Sissako, présidente du Groupe Pivot/ Droits et citoyenneté des femmes " Les réformes constitutionnelles envisagées n'ont pas pris en compte le genre qui est une approche transversale " »

1.2.1. La situation des Centres de Santé Communautaire (C.S.COM.)

a) Un petit historique de l'établissement des C.S.COM.

L'accès aux C.S.COM. est évaluée en termes de distances (accès à moins de 5 et 15 kms) et non en termes de qualité ou recouvrements des soins. Le premier C.S.COM. construit au Mali a été celui de Banconi en 1989. S'en est suivi un développement très important dans les années 90 notamment entre 1995 et 1999 avec 388 créations. L'expérience des C.S.COM. est d'autant plus intéressante qu'elle n'a jamais été prévue dans les plans de développement socio-sanitaire. L'Etat malien n'a eu qu'à formaliser une initiative populaire. Ces structures doivent : être créées par la population, fonctionnées pour la population, être gérées par la population (Jaffré, 1999).

Dans les faits, la décentralisation ne doit pas délaissier les acteurs et nier les spécificités locales (Dab, 2005) : « beaucoup d'O.N.G. travaillent sur le SIDA notamment sur des aspects où l'Etat ne peut pas intervenir. » [7]

L'Etat ne doit pas se désengager de tout et les organisations communautaires ne doivent pas servir de palliatifs (Lachapelle, 2008) : « la population a pris son destin entre ses mains. Le gouvernement en a profité pour se décharger du problème de la santé publique » [11]. Le gouvernement cède progressivement l'éducation aux collectivités territoriales avec moins de succès (faibles taux de réussites, multiples grèves...; 3.2.3.; Cherry, Mundy, 2007).

Jusqu'à une date relativement récente, la société malienne attendait tout de l'Etat. L'évolution actuelle a poussée les différentes couches de la population à « se débrouiller » elles-mêmes (Togola, Gerber, 2007).

b) Une concentration sur la question de l'accessibilité

En 2008, 873 C.S.COM. étaient déjà construits sur les 1070 initialement prévus (taux variables suivant les régions). Ce développement a été sans précédent en Afrique sub-saharienne [12]. Aujourd'hui, les Partenaires Techniques et Financiers (P.T.F.) ralentissent ces constructions pour, d'une part, consolider ceux qui marchent et d'autre part, améliorer les autres : « l'Etat a voulu amener l'accès aux C.S.COM. mais n'a pas amené la qualité ou la logique. » [12]

De grandes variations qualitatives et financières existent entre C.S.COM.. Les structures nationales ont même des difficultés à les dénombrer: 51 à Bamako pour la Direction Nationale de la Santé (D.N.S.), 50 pour l'Annuaire Statistique de la Santé (S.L.I.S.)... Un recensement des C.S.COM. devait être effectué en février 2009 mais en novembre 2010, celui-ci n'était toujours pas réalisé... [11]

« Ce n'est pas du tout pareil pour les autres quartiers ou autres régions du Mali. Pour Faladié, par exemple, il y a plein de routes, de cliniques privées...Il ne faut pas créer pour créer... » [11]

Les premières A.SA.CO. se sont appuyées sur des initiatives communautaires et territoriales: « les associations de santé communautaires [...] ont été privilégiées pour une meilleure responsabilisation des populations dans la mise place et la gestion décentralisée des structures de santé. » (FE.N.AS.COM. in Lachapelle, 2008)

Améliorer l'accessibilité est louable mais très difficile, notamment pour l'intérieur du pays ([10]; Fig. 99). La couverture du Paquet Minimum d'Activités (P.M.A.) est inférieure pour Tombouctou (70%), Gao (75%), Koulikoro (75%) (Mali 88%, Bamako 103%). Pour Le Marcis (2003), créer un réseau d'aires de santé qui couvrent l'ensemble du territoire malien est, d'un point de vue strictement sanitaire, non pertinent.

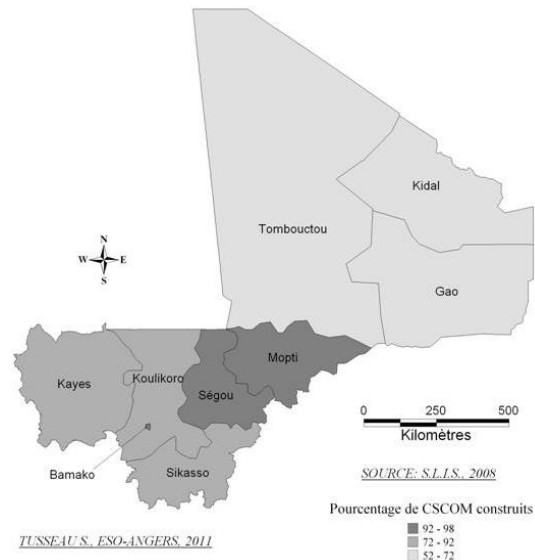


Figure 99 : Evolution de la construction des C.S.COM. prévus en 2008 par régions

La question de l'accessibilité géographique ne se pose pas à Bamako, tout du moins en termes de distances car chaque quartier est équipé. Seulement, si cette offre est complétée par les pharmacies, les médecins traditionnels, les Centres de Santé de Référence (C.S.R.), les hôpitaux et les cliniques privées, des disparités locales persistent (Fig. 100).

« L'Etat mise tout sur l'accessibilité (un C.S.COM. à moins de 5 ou 15 Kms) mais il ne faut pas qu'un C.S.COM. en tue un autre... Il y a un problème vis-vis de la prolifération de ces C.S.COM.... » [11]

La densité en structures sanitaires n'est pas liée à la densité démographique. Une grande concentration de structures est présente dans le centre ville.

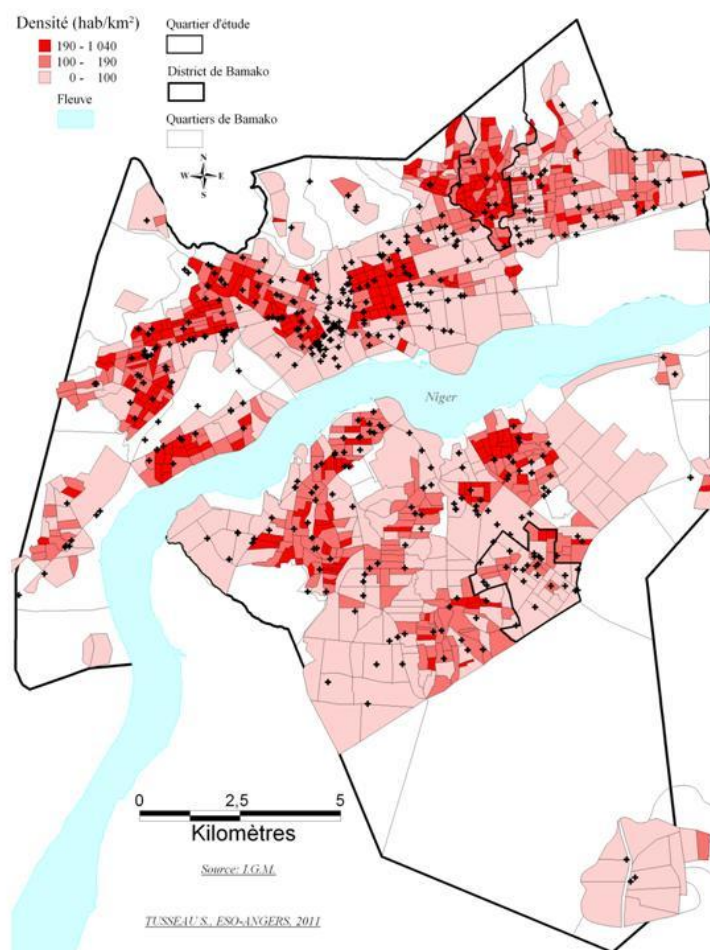


Figure 100 : Structures de santé et densité d'habitants par quartiers de Bamako en 2009

En revanche, la question de l'accessibilité géographique aux C.S.R. se pose car il n'en existe qu'un seul par commune. L'hôpital Gabriel Touré se trouve dans la ville « basse », dans le centre-ville, il est donc plus abordable géographiquement et financièrement (transport) mais il est sous-équipé en matériel et personnel (Bargès, 1997). Le plus moderne des hôpitaux, le Point G, est difficilement accessible pour les populations locales (sur la colline du même nom). La construction achevée du troisième hôpital à Yirimadio, en périphérie de la rive droite, dans une zone de fort accroissement démographique permettra peut-être d'équilibrer et d'améliorer l'accès aux soins même si certaines difficultés apparaissent²⁶⁰.

c) Des dysfonctionnements existants

« Does decentralization improve equity, efficiency, quality of services, health outcomes and democratic processes? » (Bossert, 1995 in Atkinson et al., 2000)

Quelques dysfonctionnements existent : insuffisance de la formation du personnel soignant, faible motivation, absence de responsabilité, d'autorité et de compétences au sein de l'A.SA.CO. et du C.S.COM. (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009; Brunet-Jailly, 1999; Jaffré, De Sardan, 2003; Balique, 1998).

²⁶⁰ Journal du Mali.com (23/09/2010), « Hôpital du Mali : « Il doit répondre aux attentes », dixit ATT » 22 Septembre (27/09/2010), « Inauguration de l'hôpital du Mali : Un établissement ultramoderne et beau » Bamanet (27/09/2010), « Hôpital du Mali : à la pointe des soins de santé » Le Matin (20/01/2011), « 11 mois après son inauguration : L'hôpital du Mali n'est pas encore fonctionnel »

De même, la création des A.SA.CO. a été difficile : difficultés administratives pour obtenir le récépissé nécessaire à la création de l'association et des difficultés avec les services techniques de la santé. Certains des services administratifs regardent les associations « *de haut* » [10]. Les politiques sont formalisées au sein des ministères même s'ils ne connaissent pas la réalité du terrain [11].

Les services techniques du C.S.COM. (médecins, infirmiers...) donnent leurs besoins au bureau de l'A.SA.CO. mais ils n'ont aucun pouvoir de décision. Malheureusement, les membres du bureau ne sont pas obligatoirement du milieu médical, ils ne conçoivent donc pas certaines demandes des personnels de santé ([10]; Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004) : « *L'Etat lègue la santé à des gens qui n'y connaissent rien. Est-ce que l'Etat laisserait la communauté gérer l'armée ?* » [11].

L'augmentation des compétences de santé aux mairies fait craindre de nouvelles difficultés entre les A.SA.CO. et les mairies (The Panos Institute of West Africa, 2004).

Douze centres existent sur la seule commune VI d'où des problèmes de viabilité et de recouvrements des coûts. Sur les 52 C.S.COM. de Bamako, à peine dix centres sont viables... [11]. Le financement des C.S.COM. par les communautés augmente les inégalités entre régions notamment parce que les mécanismes de correction de ces inégalités sont insuffisants (Van Dormael, 2006). Une mise en garde est apparue dès 2000 sur la contradiction entre multiplication des centres et viabilité financière (Balique, Ouattara, Ag Iknane, 2001). L'utilisation des centres de santé reste faible, ce système répond-t-il toujours aux attentes des habitants ? (Van Dormael, 2006)

En raison de lenteurs juridiques (conditions de création), le Mali a vu le nombre de centres non conformes se multiplier (I.H.C.O., 2007). Les recherches se concentrent plus sur les infrastructures que sur les conditions de vies, comportements et pratiques à l'intérieur et extérieur des centres (Simard, De Konick, 2001; Salem in Vigneron, 1995).

Au lieu de laisser les initiatives se poursuivre d'elles-mêmes, l'Etat et les organisations internationales se sont mobilisées pour que les communautés créent leurs C.S.COM. (Balique, 2001b). La dimension politique de la création d'un centre a pris le pas sur la dimension sanitaire. En conséquence, le terme communautaire de certains centres se trouve vide de sens (7.2.3.). Par exemple, le C.S.COM. de l'Hippodrome a été construit à côté de la maison du chef de quartier dans une zone isolée, sans population. Ce dernier et le maire voulaient avoir « *leur* » C.S.COM. pour des questions de « *légitimités envers leur populations* » [12]. Le déficit démocratique de certaines A.SA.CO. ne permet pas la prise en compte des préoccupations des individus et de la collectivité (Van Dormael, 2006).

d) Des disparités de répartition des médecins

Si l'accessibilité en termes de distance est importante (pays vaste, manque de structures de communications), il est important d'associer la construction d'une structure à la présence d'un personnel de santé qualifié.

Or, de fortes disparités en personnel en santé notamment en médecins, existent²⁶¹. Le ratio national moyen en personnel de santé est de 1/1588. L'autorité même de l'Etat est « *mise à mal* » quand tous les personnels principaux sont à Bamako. Les C.S.COM. de la capitale sont tous dirigés par des médecins ce

²⁶¹ Ratio moyen de médecins : 1/7256 (2009)

Kidal (3637), Gao (9144), Bamako (1603), Koulikoro (22045), Tombouctou (15997), Mopti (15854)

qui est loin d'être le cas partout au Mali (grande majorité d'infirmiers²⁶²). Certains Centres de Santé de Référence (C.S.R.) peuvent compter 20 sages-femmes, qu'en certains cercles n'en ont que deux... [10]. Si le nombre de médecins formés a considérablement augmenté (1998: 50 ➔ 2006: 350), leurs opportunités d'emplois²⁶³ restent peu nombreuses. Les recrutements dans le secteur public sont restreints et le secteur privé tend à se saturer à Bamako. D'autre part, les O.N.G. recrutent de préférence des médecins expérimentés (Van Dormael et al., 2008).

e) La privatisation de la santé

Le C.S.COM. reste le circuit thérapeutique préférentiel. Malgré cela, l'Etat s'est retiré de ce premier niveau en n'intervenant que sur l'appui à la réalisation d'infrastructures et sur les ressources humaines [13]. La Banque Mondiale a « dépatrimonialisé » et réduit l'autorité de l'Etat (libéralisation du marché, reconfiguration territoriale ; Hetland, 2008). Les ressources humaines sont limitées, les associations de patients et O.N.G. deviennent donc des partenaires obligés pour l'Etat (Martini, Fligg, à paraître 2011).

La gouvernance multiple (mairies, O.N.G., associations, bailleurs, populations...) réduit le pouvoir des acteurs locaux et nationaux ce qui conduit à une externalisation de fonctions de base (services urbains) aux associations (Lewandowski, 2007; Togola, Gerber, 2007) et à des privatisations ([35]; Bourdarias, 2003 ; Dubresson, Jaglin, 2002). Cette externalisation des secteurs sociaux réduit les possibilités de sanctions des populations par le vote. Les politiques ont de moins en moins en charge ces domaines d'intervention (Dubresson, Jaglin, 2002; Bertrand, 1999b) ce qui les déconnectent un peu plus des problèmes quotidiens des populations (C.E.M.AF., 2007).

Dans le contexte malien, le rôle politique est fondamental pour encadrer, décentraliser, pérenniser et coordonner les actions. Cette coordination est d'autant plus nécessaire que les actions réalisées par la société civile relèvent en théorie des compétences de l'Etat.

La décentralisation et la planification ont augmenté les responsabilités, tâches d'encadrement et exigences de supervision des C.S.COM. et de leurs personnels sans que leurs conditions de travail aient été substantiellement améliorées d'où une « fuite » du personnel vers les structures privées (7.1.2.c.; Fournier, Dufresne, Zunzunégui, Haddad, 2005). Auparavant, l'Etat ponctionnait le personnel technique formé. Les médecins ainsi formés se retrouvaient très souvent dans les bureaux au lieu d'être sur le terrain [10].

Le manque de ressources humaines s'atténue légèrement par l'amélioration de la formation (faculté de médecine, développement d'écoles de santé privées, I.F.S.S. Institut de Formation de Sciences de la Santé). De nombreuses critiques concernent ces écoles privées²⁶⁴. Les jeunes ont noté l'absence de

²⁶² En 2005, 40% des centres étaient dirigés par des infirmiers de premier cycle et 11% par des aides-soignants ou une matrone (Audibert, De Roodenbeke, 2005).

²⁶³ L'Impartial (04/02/2011), « Crie alarmant du jeune diplômé malien »

Le Prétoire (14/04/2011), « Et si on en parlait : Chômage à Bamako : Quand le quotidien des jeunes rime avec le thé ! »

Le Républicain (01/10/2010), « Education : Le cul-de-sac de l'Université malienne »

Le Républicain (16/08/2011), « Opinion / Concours de recrutement des professeurs d'universités : Détresse d'un malien de France titulaire de doctorat »

²⁶⁴ Le Caïman de l'Indé (13/10/2009), « Examen national de la santé : Ça sent la magouille à l'I.N.F.S.S. »

La Nouvelle Patrie (24/08/2010), « Descente aux enfers des lycées privés : Sankoré cherche preneur pour un milliard »

Ciwara Info (07/10/2010), « Ecoles privées au Mali : Une prolifération teintée de magouilles »

22 Septembre (18/04/2011), « Institut National de Formation en Sciences de la Santé I.N.F.S.S. : Grande discorde entre l'administration et les étudiants »

chômage dans le domaine de la santé. Beaucoup d'entre-eux se dirigent vers ce secteur de formation pour l'argent sans réelle volonté d'aider son prochain²⁶⁵ [11]. De plus, la qualité des diplômes est toujours et/ou suspectée d'être liée au capital social du candidat²⁶⁶. Enfin, l'augmentation du nombre de médecins formés ne permet pas de trouver un stage à l'ensemble des étudiants.

1.2.2. L'accès aux soins

a) L'accès aux soins sur nos espaces

Si l'accessibilité géographique des C.SCOM. s'est améliorée, leur fréquentation reste faible notamment à cause des difficultés financières [13]. La moyenne des nouveaux contacts par an à Bamako était de 0.27 pour le premier niveau et de 0.5 pour les structures tous niveaux en 2008. Les communes I et VI ont des taux inférieurs pour le premier niveau (0.24 / 0.21) et tous les niveaux (0.42 / 0.25). En revanche, l'A.SA.CO. de Banconi a un taux supérieur pour le premier niveau (0.32). La qualité des soins et le caractère historique du centre peuvent expliquer cette différence.

43.9% des habitants de Banconi et 28.1% de Faladié perçoivent leur accès aux soins comme insuffisant. Les deux populations ne privilégient pas les mêmes agents de santé. Peu de structures privées ou d'hôpitaux se trouvent à proximité de Banconi (C.S.R. I à environ 2-3 kms). Les groupes de discussion de Faladié confirment l'excellente accessibilité aux structures de santé [E] [F] [G] [H] [I] [J] [K] [L] [O] [P] [S] [T] [U] [V] [W].

« *Je ne me sens pas trop en bonne santé à cause des obstacles ou difficultés de l'accès aux soins.* » [Q]

Les habitants n'ont pas les mêmes capacités financières et de transports ce qui a des conséquences sur l'accès aux soins (accès insuffisant pour les propriétaires de deux-roues et utilisateurs de Sotrama²⁶⁷, Taxi ou bus).

b) Un recours thérapeutique multiple

La proximité d'un établissement de soins ne signifie pas que le malade s'y dirigera ou qu'il n'essaiera pas autre chose avant, pendant ou même après, en cas d'abandon (Berthé et al., 2009; Diallo et al., 2006; Jaffré, De Sardan, 2003; Bargès, 1996). Ces recours multiples sont dus au manque de ressources des patients et au manque de gestion des centres de santé (Huissoud, Cissé, Damiba, Koné, 2004). Le recours aux médecins traditionnels et à l'automédication sont toujours très importants même si, pour ce dernier, nos chiffres sont inférieurs à l'E.D.S.M. (Banconi 21.3%, Faladié 16.2%, E.D.S.M. 51%, Ministère de la Santé, 2006).

²⁶⁵ Le Potentiel (24/08/2010), « Cliniques privées : Le serment d'Hippocrate vire au serment d'Hypocrite »

Le Prétoire (08/08/2011), « Gestion calamiteuse des sites : Quand les jeunes pharmaciens se trompent de combat »

²⁶⁶ Le Challenger (23/10/2009), « L'école malienne dans tous ses états : Quand les autorités jettent les jalons de la république des « nuls » »

Le Scorpion (22/04/2010), « Fonction publique : Vrais contractuels, faux diplômés »

La Nouvelle Patrie (24/08/2010), « Falsification des diplômes : Les diplômés des facultés peu sécurisés »

A la Une (15/04/2011), « Education : La corruption « tue » l'école malienne »

Nouvelle Libération (21/04/2011), « Premiers pilotes maliens formés au bercaïl : Odeur de magouille »

Le Potentiel (10/05/2011), « Elaboration des mémoires de fin d'études : Le mauvais exemple des directeurs de l'ENSUP/FLASH »

La Révélation (19/05/2011), « Grèves dans les Universités : Les professeurs grévistes passent le relais aux étudiants »

L'Indépendant (13/06/2011), « L'école malienne face au phénomène de la corruption : D.E.F. 2011 : 150 000 F CFA pour l'ensemble des sujets, Bac 2011 : 300 000 F CFA pour tous les sujets et 5 000 F CFA par élève pour « l'achat » de surveillants »

²⁶⁷ Les Sotramas sont des fourgons (utilitaires) pouvant accueillir 20 personnes et utilisés comme transports en commun au Mali.

Les habitants les plus pauvres de Bamako sont trois fois plus nombreux à recourir à la médecine traditionnelle d'où une ruée vers les tradipraticiens (Coulibaly, Keïta, Kuepie, 2008). L'Institut National de Recherche en Santé Publique section médecine traditionnelle (I.N.R.S.P.) et la Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FE.M.A.T.H.) formalisent et recensent les médecins traditionnels. Les médecins traditionnels doivent, officiellement, posséder une carte de l'I.N.R.S.P. pour obtenir ce statut. Seulement, des problèmes dans l'attribution de ces cartes existent... [24] [53].

c) La qualité du service, quid de la réussite d'un C.S.COM. ?

Les ressources humaines sont au cœur de tout système de santé. La performance de celui-ci dépend en grande partie des connaissances, compétences, motivations, attitudes et efforts du personnel et de leurs relations avec les bénéficiaires (Fournier, Dufresne, Zunzunegui, Haddad, 2005, Jaffré, De Sardan, 2003). Le recouvrement des coûts montre que, sans visibles et immédiates améliorations de la qualité, une sous-utilisation des services se présente (Mariko, 2003). Les habitants jugent les centres de santé sur la base de l'expérience et sur plusieurs critères (conscience professionnelle, rapport coût-efficacité, renommée du centre; Coulibaly, Keïta, Kuepie, 2008; Van Dormael, 2006) : « *les populations ont besoin d'agents de santé qualifiés et d'un accès facile aux soins et ce à moindre coûts* » [E] [F].

Selon un médecin-chef de C.S.COM., des « *Etats Généraux* » des centres de santé communautaires sont à réaliser. Car, si ces derniers étaient nécessaires et fonctionnels dans les années 90, des questions se posent aujourd'hui... Peu d'évaluations et de « *regards dans le « rétroviseur* » existe sur leur fonctionnement [11].

Le C.S.COM. de Banconi est reconnu pour la qualité de ses soins :

« *C'est un bon centre de santé qui aide beaucoup les pauvres.* » [B]

« *C'est le meilleur centre de santé que j'ai fréquenté. Il aide beaucoup les pauvres. J'y vais parce qu'ils accueillent bien les patients et fait honneur à Banconi.* » [C]

« *Les médicaments sont moins chers et les médecins sont gentils avec moi. Ce que j'aime à l'A.SA.CO.BA., c'est l'absence de vigiles à la porte, l'accès est plus facile. Le problème est que l'on y soigne pas toutes les maladies notamment les dents et les yeux car j'ai souvent mal à ces niveaux.* » [D]

A l'inverse, le C.S.COM. de Faladié a connu un article dans le premier quotidien malien (Essor, 2009) nommé « *A.SA.CO. de Faladié : une prestation qui laisse à désirer* »... Certains témoignages (et nous aussi !) notaient que le patient est étouffé par la fumée de cigarette du médecin pendant que celui-ci rédige l'ordonnance du patient tout en étant au téléphone. Plus grave encore, certains médicaments prescrits ne répondent pas aux maux des patients ! Cet article est conforté par nos résultats (observations, entretiens dans la structure, enquête, entretiens de groupes). Même s'il reste le premier consultant, le C.S.COM. de Faladié est beaucoup moins fréquenté (44.4%, Banconi 79.6%). Si les participants ([E][F][G][H]) savent le situer, aucun d'entre-eux ne s'y rend. Pour d'autres ([I][J][K][L][M][N][O][P]), les soins ne sont pas « *à la hauteur* » ou « *en-dessous de la moyenne* ».

Certains se dirigent plutôt vers les cliniques privées car il y a « *plus de rigueur* » ([O] [P]) et ils ne sont pas obligés de verser un « *pot de vin* » ([Q] [R]).

	<i>Distance</i>	<i>Coût</i>	<i>Qualité du service</i>	<i>Appartient à ma communauté</i>	<i>Connaissance</i>	<i>Rumeur</i>	<i>Type de maladie</i>	<i>Autre</i>	<i>Ne souhaite pas répondre</i>
<i>Banconi</i>	44.5 %	53.8 %	49 %	15 %	12.3 %	17.2 %	15.4 %	4.3 %	5.7 %
<i>Faladié</i>	21.6 %	31.5 %	46.9 %	9.9 %	27.9 %	5.7 %	24.6 %	9.9 %	14.1 %

Figure 101 : Lien entre le lieu d'habitation et les critères de choix des consultants en santé

Pour nos populations, la qualité du service est la condition première du choix du praticien (Fig. 101). Le solde d'opinion entre les deux enquêtes Afrobaromètre montre que la qualité des services de santé à Bamako s'améliore (Razafindrakoto, Roubaud, 2004).

d) Le coût de la santé et ses conséquences sur l'accès aux soins

Plus de 30% des habitants de Faladié ont des revenus corrects (Banconi 14.8%) alors que 47% des habitants de Banconi ont des difficultés à subvenir à leurs besoins (Faladié 30.5%) : « *l'accès aux soins est facile du point de vue distance mais assez difficile du point de vue coût.* » [M] [N]

La population de Faladié, plus riche, privilégie les structures privées. Le coût des soins est un facteur plus important pour les habitants de Banconi (53.8% vs 31.5%). Car, même lorsque le traitement est rationnel et efficace, les coûts (directs et indirects) des soins restent élevés par rapport aux ressources (Van Dormael, 2006).

Un problème persiste. Les populations les plus pauvres susceptibles de devenir adhérentes (cartes) au C.S.COM. pour limiter leurs frais ne le font pas... (6.1.3.a.). Les moins fortunés se dirigent vers les C.S.COM. et les médecins traditionnels. Pour les C.S.COM., le prix des consultations et des médicaments (génériques) sont plus bas. Pour les médecins traditionnels, le paiement de la consultation peut se faire sous forme d'argent ou de paiement en nature.

Les habitants aux faibles revenus sont aussi plus nombreux à pratiquer l'automédication (22.6% contre 12.4% pour ceux qui ont des revenus corrects).

1.2.3. Le réseau social et le coût, clés de voûte de l'accessibilité ?

La réussite du C.S.COM. de Banconi vient de son côté populaire. Il est né d'une initiative communautaire et une bonne partie de son personnel actuel est originaire du quartier et de la création du centre. De nombreux chercheurs internationaux se dirigent vers ce C.S.COM. pour étudier la problématique des centres de santé communautaire au Mali [51]. Sa qualité est reconnue par les populations, même celles extérieures au quartier (commune I, district de Bamako, autres régions). En 2008, 20% des patients venaient de l'extérieur de l'aire et 15% des autres quartiers de la commune I. Une des raisons invoquée est que son plateau technique est très important de là à se demander s'il s'agit « *toujours* » d'un centre de santé communautaire [10] [51]. Depuis sa création, le C.S.COM. a toujours recouvert ses coûts (à part en 2006) et ce, même si l'aire sanitaire de Banconi a été découpée en deux (il n'y a pas eu de baisse de fréquentation).

Le réseau social, capital social entraînent une volonté plus grande de s'y rendre :

« Je vais à l'A.SA.CO.BA. parce que j'ai confiance envers les médecins, surtout depuis que le Docteur Coulibaly vient y faire des consultations. L'A.SA.CO.BA. donne une bonne image à mon quartier. Je souhaite qu'il devienne un hôpital comme les autres. » [X]

« Je vais fréquemment à l'A.SA.CO.BA. parce que mon médecin et ma sage-femme préférés y travaillent maintenant. Il s'agit du Docteur Coulibaly qui quitte l'hôpital Gabriel Touré pour l'A.SA.CO.BA. tous les lundis et Madame Assétou du C.S.R. de la commune I (Korofina) pour faire consulter aussi mon dernier enfant. » [D]

Le quartier de Banconi est ancien et les habitants y habitent depuis longtemps: 42.3% depuis plus de 10 ans (Faladié 32.1%) alors que 30.3% des habitants de Faladié y habitent depuis moins de 5 ans.

Le réseau social et la proximité sont importants pour que les organisations et messages soient acceptés. L'un des problèmes majeur des C.S.COM. est le turn-over important des professionnels de santé.

Les nouveaux médecins ont besoin de temps pour établir une relation avec la communauté et accroître leur « productivité » (Van Dormael et al., 2008). Le personnel médical local fait partie des leaders d'opinion du fait de son importance [16]. Seulement, ses capacités de dialogue avec les communautés locales varient beaucoup d'un lieu à un autre (Coulibaly, Desplat, Koné et al., 2007). Les médecins modernes sont souvent perçus comme étrangers aux populations [24]. Le milieu de vie doit être plus intégré tout comme la participation des populations. Une meilleure articulation entre soignants et agents communautaires est nécessaire. Pour preuve, une approche communautaire via des animateurs qui résidaient ou se rendaient dans les communautés pour distribuer des préservatifs a connue une réussite (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999).

L'instabilité du personnel médical existe notamment pour les chefs de structures qui perçoivent ce travail local comme peu valorisant (Conférence VIH/SIDA Bamako 2007; Van Dormael, 2006; Fournier, Dufresne, Zunzunégui, Haddad, 2005; Audibert, De Roodenbeke, 2005; Van Dormael, Dugas, 2000). Ces postes sont d'ailleurs le plus souvent des tremplins ou alternatives pour une embauche dans des structures privées.

Affiliation A.M.C.	Structures de travail	Satisfactions des conditions de travail				
		Très satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
Appartient à l'association des médecins de campagne	CSCOM	15.2	45.5	21.2	18.2	0
	Cabinet privé	37.5	37.5	25	0	0
	Centre de santé confessionnel	0	100	0	0	0
	Autre structure	100	0	0	0	0
	Total	18.6	44.2	20.9	16.3	0
N'appartient pas à l'association des médecins de campagne	CSCOM	0	16.7	50	25	8.3
	C.S.R.	0	66.7	0	33.3	0
	Centre de santé confessionnel	0	50	0	50	0
	Total	0	29.4	35.3	29.4	5.9
Ensemble	CSCOM	11.1	37.8	28.9	20	2.2
	C.S.R.	0	66.7	0	33.3	0
	Cabinet privé	37.5	37.5	25	0	0
	Centre de santé confessionnel	0	66.7	0	33.3	0
	Clinique	100	0	0	0	1.7
	Total	13.3	40	25	20	0

Figure 102 : Satisfaction des conditions de travail selon la structure de travail au Mali en 2010 (O.M.S.,

Les raisons invoquées sont : des revenus insuffisants²⁶⁸, du confort rudimentaire dans le milieu médical, peu de moyens, des équipements vétustes, l'absence de sécurité de l'emploi, peu de contrats, l'absence de perspectives de carrière ainsi que des relations conflictuelles entre les médecins et les membres de bureaux de l'A.SA.CO. (Fig. 102; [11]; Van Dormael, Dugas, 2000). Des grèves fréquentes sont organisées dans le milieu médical pour dénoncer ces problèmes divers problèmes (techniques, financiers, organisationnels²⁶⁹).

Les A.SA.CO. recrutent le personnel et peuvent le renvoyer sans motifs car aucun code de travail n'existe. La convention signée pour les salaires en 2006 entre le Ministère de la Santé et le syndicat des C.S.COM. n'a jamais été appliquée malgré une nouvelle rencontre en 2009 [11].

L'éloignement du C.S.COM. au lieu de résidence ajouté au mauvais état des « routes » rallonge la durée des trajets des médecins et des patients ce qui ne facilite pas l'installation à long terme du personnel médical notamment en zone rurale (Fig. 103; Van Dormael et al., 2008). Certaines organisations (Santé Sud) travaillent pour le maintien de ce personnel (maintien de 55 médecins sur 65, 2003-2007). Les médecins cherchent à proximité de leur dispensaire et de leur logement, des structures scolaires pour leurs enfants et un bassin d'emploi pour leur épouse.

	CSCOM		C.S.R.		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 1 an	7	24	14	34	24	29,6
1-2 ans	7	24	15	37	20	24,7
2-3 ans	6	21	7	17,5	14	17,3
Plus de 3 ans	9	31	5	12	23	28,4

Figure 103 : Ancienneté des médecins de campagnes hors Bamako en 2000 et ancienneté du personnel des CSCOM et des C.S.R. en 2000 au Mali (Population Council, 2000)

Si la mobilité ne facilite pas une bonne intégration dans la communauté et la création d'une confiance durable nécessaire pour échanger sur des sujets difficiles (sexualité, SIDA), une autre mobilité est observable, celle de l'absentéisme. Les services sanitaires représentent le quatrième lieu administratif où l'absentéisme est le plus fréquent.

Si les structures de santé locales sont de plus en plus importantes, il est donc nécessaire d'analyser la place des agents de santé dans les soins et la prévention.

1.3. La place du personnel de santé dans la prévention en santé

Les agents de santé sont les interlocuteurs les plus recherchés par les habitants pour accéder à de la prévention. Seulement, les conditions dans lesquelles les échanges peuvent se dérouler (individuels/groupe, lieux/temps) sont primordiales. Les personnels de santé doivent être correctement

²⁶⁸ En 2005, seulement 16% du personnel était satisfait de sa rémunération (Fournier, Dufresne, Zunzunégui, Haddad, 2005).

²⁶⁹ L'Indépendant (14/01/2011), « Grève du personnel médical du CHU Gabriel Touré : Les agents menacent d'enlever les blouses à partir du 27 janvier »

Le Matin (20/01/2011), « Hôpital Gabriel Touré : Le personnel menace d'aller en grève le 27 et 28 janvier »

Le Combat (26/01/2011), « Hôpital Gabriel Touré : Les travailleurs sur le pied de guerre »

L'indicateur Renouveau (02/02/2011), « Front social : Les travailleurs contractuels de la Santé en colère »

L'Essor (25/02/2010), « Grève à la santé : service minimum »

Le Républicain (28/02/2010), « Grève du secteur de la santé : Engagement ferme du gouvernement à satisfaire les points restants »

Le Guido (01/03/2011), « Lettre ouverte à Monsieur le ministre de la santé »

Le Combat (29/04/2011), « L'hôpital du point G : Les blouses blanches voient rouge »

formés pour communiquer sur la santé pour ne pas occasionner des échanges contre-productifs. Ils doivent également avoir du temps disponible pour divulguer des séances de sensibilisation.

1.3.1. Les agents de santé et la prévention

a) La volonté d'avoir plus recours aux agents de santé pour être informé

A la question « *de qui accepteriez-vous de recevoir des informations sur la santé ?* », plus de 90% des habitants de Banconi et Faladié optent pour les médecins, loin devant les autres acteurs (Fig 104). Ils sont par exemple les meilleurs interlocuteurs pour répondre à certaines questions : « *comment expliquer qu'une mère séropositive ait des enfants séronégatifs ?* » ou « *comment des personnes soi-disant atteintes de VIH peuvent-elles rester grosses ou grossir alors qu'elles devraient maigrir ?* » (Focus groups à Faladié, 2010).

Leurs sensibilisations sont bien accueillies et même lorsqu'ils viennent de Bamako pour effectuer de la sensibilisation en région [17] (missions sous conditions : logement gratuit, *per diem*).

	Autorités (nationales, municipales...)	Médecins	Guérisseurs	Famille	Amis	Membres de la communauté	O.N.G.	Religieux	Médias	Faïts éducateurs	Autre
Banconi	4 %	91,3 %	27,9 %	41,5 %	32,6 %	4,2 %	7,1 %	17 %	10,1 %	17,6 %	3,4 %
Faladié	13,5 %	92,9 %	12,3 %	33,1 %	36,6 %	11,3 %	25,7 %	15,4 %	21 %	26,5 %	4,4 %

Figure 104 : De qui accepteriez-vous de recevoir des informations sur la santé ?

Les acteurs suivants sont le réseau amical et familial. Un réseau amical important améliore la connaissance de l'un des slogans. Pour les patients diabétiques, la famille est la première source d'information devant les professionnels de santé, les autres patients et les « *grins* » (Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2008). Les acteurs locaux, notamment politiques, sont peu recherchés, une grande défiance existe envers ces acteurs (4.2.).

Les habitants de Banconi souhaitent également recevoir des informations par les guérisseurs. Les O.N.G. sont plus citées pour Faladié notamment parce que leur couverture géographique est plus importante (4.4.).

b) Une grande confiance dans les agents de santé et la perception des messages

Consulter un médecin « *moderne* » (notamment de C.S.COM.) améliore l'accès aux campagnes de prévention (80.6%; traditionnel 71.2%), la connaissance d'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA (40.4% vs 27.9%) et l'échange de connaissances (33.1%, traditionnel 23.1%, automédication 17.9%). Ces habitants connaissent mieux la mortalité du virus et l'assimilent moins au mensonge ou au paludisme aggravé. L'accessibilité aux soins est importante car l'automédication diminue les connaissances et augmente les opinions erronées (mensonge, non mortel).

Une meilleure formation des médecins traditionnels au VIH/SIDA est nécessaire car les patients qui les consultent sont moins nombreux à penser que le SIDA est mortel et plus nombreux à l'assimiler au paludisme. Si des formations leurs sont destinées (3.1.1.c.), il est donc important de les évaluer et de les approfondir.

Au Mali, la confiance est basée sur l'expérience (compétence). De nos jours, un déficit de confiance institutionnelle existe notamment envers le système de soins (Van Dormael, 2006) même si celle-ci est

élevée sur nos deux espaces (plus de 70%²⁷⁰). Une majorité des interactions sociales entre soignants et soignés oscille entre risque perçu et demande de « *protection rapprochée* » (Jaffré, 1999).

Une meilleure intégration des agents de santé aux campagnes de prévention est importante pour mieux accompagner sur le terrain les messages de prévention SIDA et de planification familiale. Celle-ci fait cruellement défaut au Mali avec des taux de fécondité élevés dans toutes les régions ([34] [44]; 8.2.1.c.).

Les Paquet Minimum d'Activités (P.M.A.) des C.S.COM. seraient à identifier selon les composantes et le potentiel local (Van Dormael, 2006).

La concentration de médecins dans les C.S.COM. de Bamako occasionne une concentration des actions curatives [11]. Car, si dans les textes, le P.M.A. comprend aussi bien des actions curatives que préventives, peu de mesures sont prises pour promouvoir la santé (I.H.C.O., 2007). Les médecins ont un investissement minimum (temps) dans leurs consultations. Pour le C.S.COM. de Banconi, 99% des activités sont curatives. Seules 1% des activités sont consacrées au planning familial, la santé de la reproduction, l'excision, au mariage précoce, à l'hygiène ou l'assainissement..., la sensibilisation se fait essentiellement par les relais communautaires [51]. En 2003, un peu plus de 30% des activités d'I.E.C. n'étaient pas délivrés à la population (Konaté, Kanté, Djénépo, 2003).

La circulation des informations entre patients, entre patients et médecins, est conditionnée par la configuration spatiale des centres de santé qui favorise ou non une proximité sociale ce qui est peu présent dans les hôpitaux. Poser des questions au médecin revient à prendre le risque de ne pas être écouté et d'apparaître inopportun : « *quand tu vas beaucoup expliquer, ils ne vont pas t'écouter parce qu'il y a trop de monde* » (Gobatto et al., 2010).

1.3.2. La formation des agents de santé à la communication

La formation des agents de santé sur l'excision augmente la confiance des habitants envers le corps médical. Les agents de santé sont préférés aux O.N.G./associations assimilées à des « *valets des Blancs* » et qui divulgent des messages allant dans le sens de la perte des valeurs culturelles.

« *On me pose parfois des questions compliquées. Par exemple, quand un enfant te demande à partir de quel âge il peut avoir des rapports sexuels, il est difficile de lui donner un âge. C'est la question qui revient fréquemment.* » [F2]

Le nombre de formation augmente mais il n'existe toujours pas de politique nationale de formation continue dans le secteur sanitaire. Cela permettrait d'harmoniser, d'assurer une cohérence dans le contenu des formations et des politiques sanitaires (Martini, Fligg, 2011). Relativement peu formés, les connaissances des médecins sont minimums notamment pour comprendre le sens exact de leurs propres actes thérapeutiques (Jaffré, 1999).

Si certains ont un talent naturel de communication, celle-ci n'est pas enseignée à l'Université de Bamako. Les savoirs techniques et cliniques devraient être complétés par des savoirs communicationnels et relationnels pour affronter la complexité et diversité des situations. Les enseignants ne peuvent dispenser l'intégralité de leur cours (par exemple sur le diabète) du fait du peu de nombres d'heures

²⁷⁰ Banconi : 73.3 % / Faladié : 72.3 %

allouées à ce cours. Le nombre d'heures est laissé à l'initiative des enseignants, notamment en fonction de leur intérêt pour la maladie. Le contenu des cours varie beaucoup entre enseignants qui les préparent eux-mêmes (anciens cours, Internet, livres plus récents). Seulement, faute de révisions régulières, le programme pédagogique ne s'adapte pas toujours au contexte national ni aux avancées scientifiques (Martini, Fligg, 2011). L'école de médecine et les écoles privées ont des difficultés pour améliorer la qualité des enseignements (moyens, personnels, temps). De nombreux cours sont interrompus (grèves d'étudiants: bourses d'études, enseignants : salaires et conditions de travail; [26]). D'autre part, les conditions de vie des étudiants en médecine sont déplorables (chambres surpeuplées, locaux insalubres, bibliothèque et salles de classe inadéquates, problèmes d'accès à l'eau, l'électricité...; Martini, Fligg, 2011)

Il persiste une certaine distance entre théorie et pratique. Au final, les médecins ne possèdent que la théorie (Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2009). La médecine universitaire apprend les règles en médecine mais les agents de santé doivent ensuite s'adapter à leurs conditions réelles d'exercice, toujours limitées (Bouchon, 2006). Le matériel pédagogique est quasi inexistant et peu de cas cliniques sont étudiés (diabète, Martini, Fligg, 2011). Entre 2001 et 2003, l'Unicef a « tenté » de former les personnels de mairies, sans succès, du fait de l'inadaptation des programmes [3]. Des formations régulières sont dispensées aux personnels et membres du bureau des C.SCOM. mais avec peu de restitution à l'ensemble du personnel (Van Dormael, 2006).

Si le choix du communicant est important, les populations qui vivent dans un milieu dégradé ont peu de connaissances sur le VIH/SIDA et sont peu intéressées pour aller chercher de l'information par elles-mêmes.

1.4. Dimension spatiale de la prévention : enjeux de proximité dans l'interaction et prise en compte de l'espace de vie

Pour les médecins, de nombreuses difficultés techniques existent pour échanger avec les populations (Van Dormael et al., 2008) :

- Outils et compétences pauvres dans le management d'un centre de santé, les programmes de santé communautaires, la communication et la gestion des conflits,
- Définir des outils spécifiques cliniques et des connaissances adaptées pour pratiquer,
- Socialiser le médecin au monde rural (normes, valeurs, pratiques).

Les médecins eux-mêmes reconnaissent leurs difficultés pour communiquer avec les patients notamment pour les maladies chroniques (observance; Tijou-Traoré, Gobatto et al., 2009; Gobatto, 1999; 8.4.1.c.). Le cancer n'est pratiquement jamais annoncé (Bouchon, 2006). Les médecins « improvisent » par rapport à la théorie et fabriquent leur rôle en fonction de leur interprétation (Gobatto et al., 2010). La population a rarement recours à l'étiologie biomédicale d'où des problèmes de communication avec les médecins (Berthé et al., 2009). Ce manque de communication est le résultat ou la cause de nombreuses conséquences (Jaffré, De Sardan, 2003) :

1. Une forte distance sociale entre soignants et soignés, critère exigé par la médecine universitaire à l'hôpital du Point G de Bamako (Bouchon, 2006).
2. Un accueil déplorable des malades,
3. Une importante rétention d'information sur la santé des patients,
4. De nombreuses négligences dans la qualité des soins fournies,
5. Du racket quotidien ainsi qu'une violence, verbale et même physique.

1.4.1. La perception du quartier par les habitants

« *Un mauvais voisin est une maladie sans remède.* » (Proverbe Bambara)

La bonne gouvernance et la légitimité des acteurs locaux résident dans les capacités et la volonté des politiques à offrir à leurs populations un accès correct aux services publics de base (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Les manques en termes d'infrastructures de base (eau, électricité) pour Banconi procurent un sentiment dégradé du quartier [Y] [Z]. Les avis des participants aux groupes de discussions sont très différents entre Banconi et Faladié.

Banconi :

« *Banconi est un quartier qui a une mauvaise réputation mais il est facile et bon à vivre. Les gens s'écoutent et s'entraident. J'ai beaucoup d'amis à Banconi et je considère que toute la population de Banconi est mon ami.* » [H2]

« *Je vis à Banconi malgré la difficulté d'y vivre. Tout le monde me regarde comme si j'étais la seule veuve du secteur.* » [D]

« *Je n'aime pas vivre à Banconi. Les gens ont des yeux sur tout ce que font les autres. J'y vis parce que mes parents m'y obligent. Je n'ai qu'une seule amie.* » [J2]

« *C'est mieux pour moi de vivre à Banconi Salembougou qu'en plein Banconi. C'est un quartier plein de hypocrites et d'égoïstes.* » [Z]

Faladié:

« *La qualité de vie est bonne. Il y a des espaces verts, des mosquées, des églises, des routes...* » [M] [N]

« *On ne se plaint pas de notre voisinage et notre milieu de vie est décent.* » [V] [W]

Même si dans l'ensemble, ce quartier est agréable [K][L][Q][R], certains bémols apparaissent notamment les bruits du voisinage [I][J][O][P][S][T][U] ou les nuisances dues à l'avenue de L'O.U.A (bruit et pollution) [E] [F]. Certains désagréments plus communs sont également présents même si le quartier est relativement bien équipé et plus récent.

« *Le voisinage est bon mais l'hygiène environnementale n'est pas à la hauteur.* » [M] [N]

« *Le quartier est bon même s'il y a de la poussière et des eaux stagnantes pendant la saison des pluies.* » [G] [H]

En milieu rural, si le milieu de vie a des conséquences sur l'utilisation des services de santé maternels, le voisinage est tout aussi important (Mariko, 2003). Les perceptions du milieu de vie et du voisinage sont très différentes entre nos deux espaces (3.4.2.).

	Air pollué	Trafic routier	Violences	Dépôts d'ordures	Bruit	Poussières	Prostitution	Vagabondage	Eau de mauvaise qualité	Coupures d'électricité	Autres	Aucune nuisance
Quartier bon	33.1 %	9.8 %	12 %	24.7 %	43.6 %	44.4 %	17.3 %	16 %	16 %	42.7 %	2.1 %	11.3 %
Quartier mauvais	38.8 %	24.1 %	29.5 %	41.8 %	59.5 %	43.5 %	21.9 %	32.9 %	27 %	27 %	0.4 %	3.4 %

Figure 105 : Lien entre la qualité ressentie du quartier d'habitation et la présence de nuisances

La qualité du quartier est liée à l'accès aux services essentiels (éducation, transports, santé). Les nuisances ont des conséquences sur l'opinion de la qualité du milieu de vie (Fig. 105). De même, vivre au sein d'un espace qui possède des zones de loisirs et espaces verts améliore la qualité perçue de ce même quartier.

1.4.2. L'influence des milieux de vie sur l'état de santé et les perceptions

La promiscuité concessionnelle (+ de 7 pers.) a des conséquences négatives sur la qualité du logement, l'état de santé ressenti²⁷¹ ou la santé des enfants (Taux de décès infantile) (Adams, Madhavan, Simon, 2002) : « de la promiscuité naît le manque d'égard » (Proverbe Bambara).

Le milieu professionnel a également de l'influence. Les mécaniciens (motos) rencontrés à Faladié lors d'un groupe de discussion se sentent en mauvaise santé du fait de, mal-manger, de travailler « dans la poussière et la fumée à longueur de journée ».

Le milieu de vie entraîne l'apparition de certaines pathologies, le trafic routier plus de difficultés respiratoires et l'eau de mauvaise qualité des maux de ventres. Les habitants qui ne perçoivent aucune nuisance se sentent en meilleur état de santé (82.1% contre 41.3%). En revanche, ceux qui vivent dans un milieu pollué (air), empreint de trafic routier, de dépôts d'ordures, de poussières ou d'eau de mauvaise qualité perçoivent plutôt leur santé comme moyen ou mauvais (53.6% contre 17.9%) et augmente le nombre de malades au sein des familles durant les trente jours qui précèdent l'enquête (Banconi 47.6%, Faladié 43.6%). Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'E.D.S.M. IV 2006 pour la ville de Bamako (23.4%).

Si les liens ne sont pas tous significatifs, des relations existent entre la présence de nuisances et l'apparition de pathologies notamment entre la présence d'eau de mauvaise qualité et l'apparition de maux de ventres ou du paludisme et pour Faladié, le taux d'habitants qui souffrent de diarrhées. Les difficultés respiratoires sont également plus présentes lorsque le trafic routier et la poussière sont identifiés comme nuisances.

« Il y a beaucoup de dépôts d'ordures et de moustiques. Ici, il n'y a ni électricité, ni l'eau du robinet sauf chez quelques-uns. » [D]

La présence d'ordures ou d'eau polluée à Samé (quartier de Bamako) sont perçues comme source potentielle de mauvaise santé par la prolifération de mouches et moustiques qui contaminent la nourriture et occasionne maladies, paludisme et diarrhées (Simard, De Koninck, 2001). Dans notre enquête, percevoir son quartier ou l'eau comme mauvais entraînent une hausse du nombre d'habitants qui assimilent le VIH/SIDA au paludisme.

²⁷¹ 49.9% pour les ménages de plus de sept personnes, 39.5% pour ceux de quatre à six personnes et 30.9% pour ceux de une à trois personnes

A Bamako, la rue et les collecteurs²⁷² sont devenus des dépotoirs publics où chacun déverse ses déchets au mépris des règles d'hygiène et du confort olfactif des voisins. Au-delà des questions environnementales, ces pratiques posent la question du citoyen et de l'espace public d'autant que des corrélations existent entre le taux de mortalité des enfants, l'utilisation de l'eau de puits et la saleté des latrines (Sangho et al., 2008).

« *Les lois coraniques insistent sur la propreté. Certains musulmans maintiennent leur cour, leur corps et leurs vêtements propres. Mais les devantures des concessions au-delà des caniveaux ne les concernent guère.* » (Millogo, 2002 in C.E.M.AF., 2007)

Les déchets organiques sont considérés comme « *plus sales* » que les « *nouveaux* » déchets (sacs). Cette distinction s'observe à l'échelle micro-locale de la concession où « *le sale et le désordonné* » des espaces féminins (activités domestiques) s'opposent au « *propre et ordonné* » de l'espace masculin (réception) (C.E.M.AF., 2007). Cette stigmatisation féminine s'ajoute à celle de la transmission du VIH/SIDA (5.1.3.b.).

Tout comme l'excision ou le SIDA, la notion de saleté montre qu'il est difficile de faire changer les comportements si les populations ne perçoivent pas leurs pratiques comme dangereuses ou sources de nuisance.

1.4.3. Le milieu de vie et ses conséquences sur les pratiques, les connaissances et Comportements

« *You can't clean out the inside of your stomach.* » (Simard, De Koninck, 2001)

a) La présence d'espaces verts présence d'espaces verts

« *Avoir des loisirs ne saurait signifier paresser.* » (Proverbe Bambara)

Au Mali, l'espace public est censé n'appartenir à personne, il est donc en libre d'accès, utilisable par toute personne ce qui pose des problèmes (déversement d'ordures, Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Peu d'espaces verts sont présents dans le district de Bamako (Les Ateliers, 2011). Ceux qui existent sont malheureusement tour à tour reconduits en programmes fonciers au grand dam des populations²⁷³ qui n'hésitent pas à manifester leur mécontentement²⁷⁴ (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009) notamment les jeunes. Les populations ont pris conscience que la santé est une question locale et créent pour cela, des associations de quartiers pour améliorer le cadre de vie (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Au Mali, l'espace public est censé n'appartenir à personne.

²⁷² Systèmes de drainage à ciel ouvert des eaux pluviales

²⁷³ L'Indépendant (03/03/2010), « Acte de vandalisme en commune VI : à propos d'un litige foncier Les jeunes vandales libérés grâce à l'implication du maire »

Le Républicain (27/04/2010), « Baco-Djicoroni-Extension : Tension autour d'un espace vert »

L'Indépendant (23/06/2010), « Spéculation foncière à Bamako : Les jeunes de Lafiabougou paient les frais »

L'Indépendant (06/09/2010), « Suite à la vente de l'aire de jeu et du bloc scientifique de l'école de Missira : Les jeunes assignent en justice la mairie de la C.II »

Le National (31/01/2011), « Usurpations foncières à Sébénikoro : Main basse sur la dernière place publique ? »

Inter De Bamako (24/08/2011), « Kalaban-Coura : Qui a vendu l'espace prévu pour la construction du foyer des jeunes ? »

L'indicateur Renouveau (06/09/2011), « Spéculations foncières sur des espaces verts à Faladié Sokoro : La mise en garde des jeunes du quartier aux maires »

²⁷⁴ Le Républicain (27/04/2010), « Baco-Djicoroni-Extension : Tension autour d'un espace vert »

L'Indépendant (23/06/2010), « Spéculation foncière à Bamako : Les jeunes de Lafiabougou paient les frais »

L'Indépendant (06/09/2010), « Suite à la vente de l'aire de jeu et du bloc scientifique de l'école de Missira : Les jeunes assignent en justice la mairie de la Commune II »

Le foncier est assurément le secteur qui connaît le plus de corruption et d'enjeux de pouvoirs. En témoignent, l'orientation des maires et politiques vers ce secteur (expropriations) au détriment des secteurs éducatifs et/ou sanitaires²⁷⁵. Nos deux communes et quartiers d'études n'en sont pas exempts²⁷⁶.

Certaines zones de maraîchage et d'élevage urbain provoquent des nuisances²⁷⁷ (pollutions chimiques, moustiques...). D'autres problèmes apparaissent à Bamako et aux alentours (Atkins International, 2006; Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement, 2007, 2005) comme les « *champs* » de sacs plastiques²⁷⁸, la déforestation²⁷⁹ (bois de chauffe, incendies...), la mauvaise gestion des pesticides²⁸⁰, la prospection minière²⁸¹ ainsi que les dépôts sauvages d'ordures...

²⁷⁵ L'indicateur Renouveau (14/04/2010), « Journée Mondiale des communes : La mauvaise gestion du foncier passée sous silence »

Le 26 Mars (01/06/2010), « Expropriation foncière : Le gouverneur impliqué ? »

L'Indépendant (15/09/2010), « Occupation anarchique de la place de Sikasso au marché de Médine : Les vendeuses de condiments occupent la voie publique et bloquent la circulation »

L'Indépendant (31/01/2011), « Accaparement des terres des populations rurales par les nouveaux riches de la République : Un ministre d'ATT s'octroie un domaine de 68 hectares à Sanankoroba »

Le 26 Mars (19/04/2011), « Expropriation foncière en commune V : Les maraîchers en ordre de bataille »

Le Républicain (29/04/2011), « Conflit foncier en Commune V : Le député Diaby Gassama au centre d'un scandale »

Le Matinal (26/07/2011), « Zone aéroportuaire : Le maire Adama Sangaré cité dans des malversations foncières »

Le Combat (03/08/2011), « Scandales fonciers à Bamako : Malick DIALLO, le maire du district Adama Sangaré et son secrétaire général épinglés »

Le Combat (26/08/2011), « Office malien de l'habitat : Un trou de 27,61 milliards FCFA dans la caisse. 21,47 millions pour la réparation d'un véhicule »

Le Républicain (17/08/2011), « Litiges fonciers : ATT face à la bombe du foncier »

²⁷⁶ Commune I / Banconi :

La Révélation (28/12/2009), « Mairie de la Commune I : Que sont devenues les servitudes ? »

Aurore (19/06/2010), « Expropriation foncière en bonne et due forme à Banconi : Le juge du Tribunal de la Commune I au centre de la controverse »

Le Potentiel (14/09/2010), « Commune I du District : Le Maire, au coeur d'un scandale foncier »

Le Potentiel (02/11/2010), « Spéculation foncière en commune I : Le Maire, la jeunesse et les 30 millions de Dramane Nimaga »

Le Combat (12/01/2011), « Commune I du District : La Maire au coeur d'un scandale foncier »

L'Union (21/04/2011), « Litige foncier à Banconi : Un chargé de mission de Koulouba accusé de confisquer la parcelle d'un jeune malien »

Commune VI / Faladié :

Le Combat (13/01/2011), « Commune VI: Le développement avance »

L'indicateur Renouveau (15/02/2010), « Spéculations foncières en Commune VI : Le Gouverneur Ibrahim Félé Koné et le Maire Dagnon sur la sellette »

L'Indépendant (03/03/2010), « Acte de vandalisme en commune VI : à propos d'un litige foncier Les jeunes vandales libérés grâce à l'implication du maire »

Le Guido (19/04/2011), « Spéculation foncière : Le cimetière de Missabougou en vente par le Maire Issa Traoré »

L'indicateur Renouveau (29/09/2010), « Spéculation foncière à Missabougou : Quand une simple prétention de propriété supprime des Titres fonciers »

L'indicateur Renouveau (01/10/2010), « Spéculation foncière à Missabougou : Le maire Souleymane Dagnon et des adjoints dans de sales draps »

Le Coq Cocorico (14/10/2010), « Développement : La mairie de la commune VI à pied d'oeuvre sur plusieurs chantiers pour rendre plus beau l'intérieur de la commune »

Le Guido (21/06/2011), « Pour morcellement et vente illicite de son domaine à Missabougou : L'épouse de GMT, Mariam Sissoko, prête à porter plainte contre Souleymane Dagnon. »

Le Guido (26/07/2011), « Affaire cimetière de Missabougou : Tidiane Diaff, un allié de Dagnon interpellé à la Bij pour avoir escroqué 18 millions CFA »

Le Guido (06/09/2011), « Pour avoir été acheté le cimetière de Missabougou sur du faux pari par Issa Traoré : Tidiane Daff recule face à la pression de l'Union des Jeunes Musulmans »

²⁷⁷ L'Essor (09/04/2010), « Urbanisation : quand la santé patit de l'essor des villes »

L'Indépendant (30/09/2010), « Bamako envahi par des champs de mil, maïs et gombo : Des repaires de bandits et des nids de reproduction de moustiques »

Le Républicain (05/03/2010), « Maraîchage à Bamako : Une activité en péril »

Le Quotidien de Bko (14/04/2010), « Ça nous regarde : Bamako la ville des grottes et des crottes ! »

Ciwara Info (04/08/2011), « Maraîchage dans le district de Bamako et environnants »

²⁷⁸ Bamanet (14/05/2010), « Interdiction des sachets plastiques au Mali : Vers l'élaboration d'un projet de loi à controverse »

Le Républicain (06/05/2010), « Environnement : Vers l'interdiction des sachets plastiques »

L'Essor (29/04/2010), « Domaine aéroportuaire : plastiques interdit, dépôts d'ordures aussi »

L'Essor (12/05/2011), « Zone aéroportuaire : planète noire »

²⁷⁹ Le Républicain (02/06/2011), « Quinzaine de l'Environnement : Les forêts se portent mal au Mali »

²⁸⁰ 22 Septembre (25/11/2010), « Gestion des pesticides obsolètes au Mali : Plus de 230 sites existent sur notre territoire »

L'absence de zones de loisirs, d'espaces verts ou sportifs est très prégnante à Banconi (43.7%, Faladié 10.1%). Les habitants qui ne sont pas entourés d'une de ces zones considèrent plutôt leur quartier comme mauvais (36.8% contre 11.7%). Leur manque est regrettable car leur présence augmente la pratique sportive, améliore l'état de santé et diminue l'apparition de maladies dans les familles dans les 30 jours précédents l'enquête.

b) La pratique sportive

Seuls 36.4% des enquêtés de Banconi pratiquent une activité sportive (Faladié 60.6%). L'écart, très important, peut s'expliquer par une présence plus importante de zones de loisirs et d'espaces verts à Faladié (85.9% contre 52.2%). De plus, vivre dans un bon quartier avec moins de nuisances augmente cette pratique. Les habitants qui ont une opinion négative de leur milieu sont 66.7% à ne pratiquer aucune activité. Ce lien est plus présent à Banconi même s'il est significatif pour nos deux quartiers.

Les hommes pratiquent plus le sport (70.1% contre 46.4%). Malgré une occidentalisation de la société malienne en particulier à Bamako, les femmes sont avant tout gestionnaires de la vie domestique (concession, cuisine, enfants...) et ont peu de temps libre pour pratiquer un sport. Un déclin progressif de la pratique sportive s'observe à partir de 25 ans.

Posséder des revenus corrects et subvenir facilement à ses besoins améliore les taux. D'autre part, les personnes qui ont une activité professionnelle difficile sont moins nombreuses à pratiquer une activité sportive.

Le développement du parc automobile et des deux-roues diminuent la pratique physique (Gobatto et al., 2010).

L'activité physique ne diminue en rien la baisse de consommation de tabac et d'alcool.

Pratiquer une activité sportive diminue la présence de pathologies et améliore grandement l'état de santé perçu (64.8% contre 33%). Seulement, une question se pose : les personnes sont-elles en bonne santé parce qu'elles pratiquent du sport ou pratiquent-elles le sport parce qu'elles sont en bonne santé ? 60.6% des personnes qui n'ont aucune pathologie pratiquent une activité sportive tandis que celles atteintes de fièvre et diarrhée n'en pratiquent aucune.

L'accès aux campagnes de prévention améliore sa pratique (52.4% contre 35%).

c) Le milieu de vie et les conséquences sur les connaissances et comportements

Les enquêtés qui vivent dans un quartier dégradé connaissent moins le VIH/SIDA, ont moins accès aux campagnes de prévention (84.1% contre 64.6%) et connaissent moins l'un des slogans (45.9% contre 21.9%).

Le Scorpion (25/11/2010), « Environnement : Halte aux produits obsolète et assimilés »

L Républicain (13/06/2010), « Utilisation des pesticides à Bamako et alentours : Pan-Mali signale un état des lieux grave »

Le 26 Mars (09/05/2011), « Vente d'intrants agricoles de mauvaise qualité à Koutiala : Le silence coupable des autorités »

L'indicateur Renouveau (22/06/2011), « Scandale environnemental : Une importante quantité de déchets toxiques déversés sème la panique à Kabala »

L'indicateur Renouveau (06/07/2011), « Scandale environnemental : L'importante quantité de déchets toxiques déversés à Kabala transportée vers une destination inconnue »

²⁸¹ Le Républicain (15/04/2011), « Affaire de l'uranium de Faléa : La vérité et les non-dits »

Le Républicain (20/04/2010), « Exploitation d'Uranium à Kéniéba en 2012 : Pour se protéger, la population prend des initiatives »

Ils se sentent moins vulnérables face au VIH et sont moins nombreux à s'être dépistés. Les habitants de Banconi sont beaucoup plus nombreux à sentir peu (32.6%, Faladié 20%) ou pas du tout vulnérables (21.1%, Faladié 19.4%). En revanche, ils sont plus nombreux à avoir déjà utilisé le préservatif et l'utilisent plus lorsqu'ils ont plusieurs partenaires.

Les citoyens se sentent peu responsables de la propreté des espaces collectifs et peu acceptent de prendre la responsabilité du management collectif des poubelles (Simard, De Koninck, 2001). Si vivre dans un milieu de vie difficile accentue les problèmes de santé, il apparaît primordial de travailler avec et auprès de ces populations pour déterminer quelles actions essentielles et urgentes ces derniers ont besoin et de quelle manière y répondre.

2. Etre à l'avant-garde des innovations en matière d'approche participative

Les personnes choisies pour communiquer sur la santé et le SIDA sont importantes. Dans le tryptique « émetteur-message-récepteur », un « feedback » des informations est nécessaire pour permettre aux populations de préciser quels sont les meilleurs messages, les meilleurs interlocuteurs et les méthodes les plus efficaces pour organiser de nouvelles sessions, formations et améliorer les programmes.

Les populations doivent plus participer à l'élaboration des programmes. De nombreux concepts existent : approche participative, communautaire, consultative... Seulement, les contextes politiques, sociaux dans lesquels ces concepts sont utilisés favorisent ou non leur effectivité.

2.1. S'appuyer sur le savoir endogène des communautés

« Les besoins des populations sont-ils réellement pris en compte ou correctement décelés ? »

(Bourdarias, 2003)

La concertation entre populations, instances politiques et traditionnelles locales est nécessaire pour assurer leur adhésion et participation. Certains entretiens [8] [15] montrent que l'adhésion des chefs traditionnels est dans beaucoup de programmes, l'un des points clés de leurs réussites.

Il ne s'agit plus simplement de délivrer de l'information aux populations mais de les faire prendre part aux débats et de leur faire exposer leurs besoins pour plus de résultats (Hess, McKinney, 2007; Zobel, 2004 ; Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). L'approche participative est au vu de nos entretiens et groupes de discussions, la meilleure méthode. Celle-ci est utilisée au Mali depuis deux ans avec l'utilisation d'outils spécifiques et une meilleure implication des communautés [19] comme dans le projet Foresa (Formation Recherche Action Santé) dans la lutte contre la tuberculose (Berthé et al., 2009).

Cependant, cette approche nécessite de nouveaux dispositifs pour mesurer les besoins réels des couches sociales (Dubresson, Jaglin, 2002). On ne peut pas faire de santé publique sans connaître les « publics » des actions de santé et sans comprendre et s'interroger sur leurs conduites et pratiques sanitaires (Jaffré, 2000 in Balique, 2000). Les acteurs de terrain ne sont pas sur un « terrain vierge », les

populations ont des informations même si certaines sont erronées... [5]. Il faut valider les informations avec les gens (parler, dessiner, travailler) pour les « *inonder* » d'informations [43].

Les problèmes d'échanges au niveau micro ne seraient dûs qu'à l'inadaptation des supports notamment pour les populations analphabètes [25]. Ces populations connaissent peu le SIDA, la planification familiale et ont de forts taux de grossesses non désirées [21]. Cette adaptation doit être sociale mais également géographique et temporelle (6.2.; 8.3.). Certaines organisations adaptent leurs programmes aux groupes ou grins rencontrés par des techniques d'approche participative non académique utilisant les langues locales [21].

2.2. Le contexte de l'approche communautaire ou participative

L'approche communautaire est très demandée par les bailleurs de fonds et les organisations internationales. Cette approche reste très souvent formelle et peu concrète sur le terrain.

2.2.1. L'influence et l'idéal de la participation pour les organisations internationales

Les bailleurs de fonds réclament et imposent la « *participation communautaire* » jusqu'à conditionner leurs financements (Banque Mondiale, Union Européenne; Le Marcis, 2003). Le créateur du C.S.COM. de Banconi, M. Lassana Siby, a d'ailleurs avoué avoir utilisé le « *mot communautaire* » pour le centre car « *il plaît aux bailleurs de fonds* » (Baliq, 2001b).

Face à l'échec des Plans d'Ajustement Structurel (P.A.S.), un consensus est apparu autour du concept de participation communautaire. Seulement, depuis quelques années, les institutions internationales conceptualisent cette notion sous différentes formes, conditions et termes: adhésion, participation des populations (Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008), « *communautaire* », « *démocratie locale* », « *associatif* » (Bourdarias, 2003) ou « *gouvernance démocratique des ressources locales* » (Janin, 2008).

Trois dynamiques en matière de relations Nord/Sud apparaissent, celle du développement local, de la démocratie locale et participative et la coopération décentralisée (Assogba et al., 2003).

L'approche « *Santé pour tous en l'an 2000* » a montré qu'un programme de grande envergure qui ne réside que sur la participation des populations ne peut réussir. L'approche doit être complétée (Baliq, 2000) car les populations sont plus préoccupées par leur quotidien que par des slogans « *soi-disant* » mobilisateurs (Réseau Aga Khan de Développement, 2008).

2.2.2. La participation communautaire sur nos deux espaces

18 O.N.G./associations étaient enregistrées à Banconi, 25 à Faladié (Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, 2009). Seulement, lors de nos prises de contacts, beaucoup d'adresses et téléphones ne correspondaient plus aux sièges des associations (disparition, déplacement...). Les associations en question n'en informent pas le Ministère qui n'actualise pas non plus son répertoire... Dès sa publication (édition 2009), peu d'organisations avaient des contacts fiables... Il est donc difficile pour les chercheurs, acteurs locaux, populations et institutions nationales de faire ainsi appel à la société civile.

39.7% des enquêtés de Banconi sont adhérents à une association, 49.7% à Faladié. Au Mali, le degré d'insertion dans les associations est généralement plus fort dans les ménages ruraux et chez les plus pauvres. A Bamako, 40% des individus déclaraient en 2001 n'appartenir à aucune association (31% rural). A contrario, 36.1% des ménages ruraux déclaraient faire partie de trois associations (12.1% à Bamako, 29% pour les autres villes, Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008). L'administration malienne d'avant la révolution de 1991 obligeait les populations à adhérer à des organisations et associations (parti unique, coopératives, associations de parents d'élèves...) et à payer des cotisations.... (Béridogo, 1997). Les habitants qui ont de meilleurs revenus et subviennent facilement à leurs besoins sont plus nombreux à être membre d'une association notamment à Faladié. Les habitants aux faibles revenus privilégient les associations sportives à Banconi. A contrario, les habitants de Faladié engagés dans les associations politiques ont de bons revenus. A l'échelle locale, les engagements et besoins ne sont pas les mêmes. Sur les 243 adhérents de Banconi, seuls 33 le sont dans une association de santé (Faladié: 49 sur 251). Nous l'avons vu, il existe un manque d'intérêt pour les programmes de santé (5.1.1.a., Fig. 106).

<i>Banconi</i>	<i>Faladié</i>
Associations politiques 34.8 %	Associations politiques 16 %
Associations sportives 22.9 %	Associations éducatives 14.2 %
Associations éducatives 17.9 %	Associations sportives 9.9 %
Associations de santé 16.4 %	Associations de santé 9.7 %
Autres 28.9 %	Autres 10.7 %

Figure 106 : Types d'associations choisis par les répondants étant adhérents d'une association sur Banconi et Faladié

A Banconi, subvenir facilement à ses besoins augmente le sentiment communautaire, ce qui n'est pas le cas pour Faladié. Pour nos deux espaces, avoir de bons revenus augmente la participation à la vie communautaire.

« *Nous participons à la vie du quartier même si nous ne sommes pas membres d'une association.* » [S] [T] [U]

Les enquêtés sont très nombreux à avouer participer à la vie de la communauté (Banconi 70.8%, Faladié 73.7%). A la question « *diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à la communauté est?* » : 77.3% des enquêtés de Banconi et 73.9% à Faladié le considèrent comme très fort/plutôt fort et seulement 12.7% et 14.3% comme faible/très faible.

2.3. Une évolution sociétale à contrario de l'approche communautaire ou participative

Le contexte social et politique local est primordial dans la prise en compte des capacités de participation des populations. Les institutions nationales/internationales/non-gouvernementales et acteurs de la prévention doivent recenser les populations susceptibles d'être intéressées et capables de participer à ces programmes.

2.3.1. Un manque de consultations des populations de la part des politiques

« *Les visiteurs ne viennent pas « qu'avec leurs pieds », ils viennent aussi « avec leurs mains.* »

(C.E.M.AF., 2007)

L'engagement des populations est, dans quelques lieux, seulement une voie pour s'assurer que celles-ci seront plus enclines à accepter les politiques prédéterminées. Les populations ne sont pas souvent consultées. Ces consultations sont temporaires (élections [M] [N]), peu fréquentes et elles utilisent des méthodes non adaptées voire malsaines [L] [Q] [R] [O] [P]. En effet, pendant les campagnes électorales, certains politiques confient aux jeunes de l'argent/gadgets/cadeaux pour « *flatter* » leurs cadets. Les politiques investissent ou réinvestissent l'espace social local (cérémonies) sans d'ailleurs y avoir été invité (C.E.M.A.F., 2007) : « *de la concertation, non ! Ils le font quand ils ont besoin de notre participation c'est-à-dire avant les élections...* » [K]

Lors de nos groupes de discussions, nous n'avons pas offert le thé ou tout autre présent car cet acte est assimilé au travail de terrain des organisations nationales et internationales. Ces enquêteurs sont rémunérés ce qui n'était pas notre cas.

32.5% des bamakois estiment ne pas être au courant des activités des mairies. Les sources d'informations sur le travail des mairies sont la radio, la télévision (39.3%), les journaux (27.8%) ainsi que les amis et familles (26.8%, Fouda Ongodo, Cissé, Capiez). Le moyen d'information le plus courant reste le « *bouche à oreille* » ainsi que les contacts personnels avec le maire, ses conseillers ou le personnel (capital social). La précipitation de la démocratisation et de la décentralisation n'a pas permis à la population d'être formée à ces processus²⁸². Les populations n'ont recours aux mairies que dans des cas très précis (état civil: certificats de naissance, de décès, mariages, Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). En principe, la décentralisation devait inciter les populations à passer d'une stratégie passive à une stratégie active (Félix, 1996) et devait favoriser l'émergence d'espaces de concertation entre élus locaux, élites administratives, responsables d'O.N.G... (Janin, 2008).

Le déficit de participation des populations s'observe aussi à l'échelle des villages (Zobel, 2004). Notre méthodologie de terrain montre à quel point l'approche de terrain est difficile, codée et longue (2.3.4.; 6.2.). Dans le cercle de Banamba, les acteurs d'une O.N.G. ont mis une semaine pour convaincre le chef de village. Seulement, son implication était essentielle car celui-ci est, et de loin, plus écouté que le maire [15]. Grâce à sa participation, les populations ont adopté le dépistage avant le lévirat.

Peu de structures et moments sont créés pour que les populations et les élus se rencontrent à part dans les Comités de Gestion (C.G.). L'essentiel des décisions se fait par le pouvoir communal ou national (Hetland, 2008).

Il est aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur les conditions d'une « *réelle* » démocratisation du pouvoir local. Les députés de l'Assemblée Nationale, élus sur une base géographique, n'ont pas pour habitude de communiquer les préoccupations de leurs concitoyens au gouvernement. Ils n'acheminent pas en retour les informations du gouvernement aux habitants (Magassa, Meyer, 2008). L'engagement des populations est une voie pour renforcer les capacités des résidents et des organisations sociales (Muller et al., 2002). Cependant, lors de la création de l'association « *Dougoulen ton* », des problèmes de regroupement de

²⁸² Le Challenger (10/06/2010), « Décentralisation et développement : Le budget ou le reflet des préoccupations de la population »
22 Septembre (23/08/2010), « Souleymane Dé, à propos de la décentralisation: « Les populations sont les plus oubliées »
Le Matin (02/09/2010), « Intime conviction : Où est notre conscience citoyenne ? »
Le Challenger (26/11/2010), « Connais-tu ma belle commune ? Elaboration de Budget : étapes et acteurs »
Ma Patrie (01/07/2011), « Le Maire du District, Adama Sangaré, à bâton rompu : « Il faut que les populations de Bamako comprennent que tout ce que nous faisons va en droite ligne de leur bien être » »

populations autochtones et notables de la commune I sont apparus. De nos jours, les recompositions territoriales, l'urbanisation, l'exode rural et les migrations nationales/internationales compliquent la définition de l'autochtone (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004) et de la « communauté » (8.3.2.).

Si les O.N.G. veulent, dans l'idéal, que toute la communauté participe (jeunes/vieux, hommes/femmes, riches/pauvres), les rapports inégalitaires compliquent cette tâche (Courade, 2006).

Comment, dans un contexte politique et sanitaire particulier se construit cette force critique des usagers et comment se crée un certain type d'opinion « publique » ? (Jaffré, 2007)

Pour favoriser ces échanges, des « lieux aérés » et des temps adaptés doivent être définis (6.2.). Or, dans les villes africaines, les réseaux sociaux ne se fondent pas dans la fréquentation d'un lieu institutionnel mais dans des situations d'interactions sociales spécifiques. Il existe, depuis longtemps, une désaffection et un refus des spécialisations fonctionnelles (places de marchés, trottoirs, voies de circulation, espaces verts... ; C.E.M.AF., 2007). Les urbanistes assimilent les équipements publics à des espaces de réunion et de production d'une sociabilité de quartier. Or, leurs faibles fréquentations (dysfonctionnements ou inexistences) nous incite à relativiser ce point de vue (Sinou, 1987 in Le Bris et al.)

2.3.2. Un manque de consultation des populations de la part des O.N.G. et associations

« Il faut consulter la communauté. [...] La communauté a décidé de... » (Baliq, 2001b)

Si à l'ébauche d'un programme d'une O.N.G. allemande à Samé, un « forum hybride » composé de différents acteurs locaux a été organisé, petit à petit la place de la population a décliné. L'association s'est mise de plus en plus à rendre des comptes à l'O.N.G. plutôt qu'à la population. Cette observation se retrouve également dans nos entretiens. Les acteurs préfèrent justifier leurs actions auprès des financeurs (nombre d'actions réalisées) plutôt qu'aux « soi-disant » bénéficiaires... Le dispositif participatif s'est vite converti en processus de légitimation de décisions prises en dehors de lui. Au final, l'assemblée communautaire a été destituée et le nouveau bureau était composé de personnes étrangères au quartier.... (Leclerc-Olive, Keïta, 2004)

L'appréhension de la population envers la prostitution est très forte. L'organisation Soutoura qui travaille auprès de ce groupe a pu s'implanter dans quatre sites grâce à un gros travail de proximité avec la communauté (Soutoura-Unaid, 2008). Nos résultats montrent que peu d'acteurs utilisent les groupes cibles pour construire et transmettre leurs programmes (Fig. 107).

1. Sait-on dans quelle mesure les groupes cibles sont conscients du problème ? 2. A-t-on identifié qui (individus, groupes, organisations et secteurs sociaux) est concerné par la résolution du problème ? 3. A-t-on défini dans quelle mesure ces acteurs approuvent les données de base et les causes du problème ? 4. A-t-on établi comment les principaux acteurs concernés perçoivent le problème ? 5. A-t-on vérifié si les acteurs politiques ou l'opinion publique manifestent un intérêt par rapport à ce problème ?		
<i>Faible</i> 43,7 %	<i>Modéré</i> 6,3 %	<i>Fort</i> 50 %

Figure 107: 2.3. Perception du problème par les acteurs (tous les individus ou groupes concernés directement par le problème et sa résolution)

Seules 50% des organisations possèdent une réelle perception du problème des populations sur lesquelles elles implantent leurs programmes. Pourtant, pour convaincre les individus et améliorer les échanges et résultats en termes d'indicateurs de santé, il faut aller vers eux ([15] [26]; 6.1.1., Sangho et al., 2010).

Les organisations ont quelques connaissances des populations pour : la taille du groupe (50%), l'âge (50%), le sexe (56.3%) et l'emplacement géographique (46.9%). En revanche, l'environnement culturel (appartenance ethnique 28.1%, milieu culturel 34.4%, appartenance religieuse 25%) et l'environnement social (statut socio-économique 37.5%, situation de famille 21.9%, de logement 25%, langues écrites et parlées 37.5%) sont faiblement décrits.

« Il faut toujours intensifier la sensibilisation et ce, à tous les niveaux et développer les actions locales contre le SIDA, pour la promotion du préservatif féminin et impliquer davantage les populations dans les actions. Tout ce que je viens de citer ne sont pas suffisamment pris en compte par la majorité des intervenants. » [59]

Une population concernée par un programme sanitaire sur la tuberculose méconnaissait l'ampleur de la maladie dans sa localité (Berthé et al., 2009). Peu de structures connaissent dans quelles mesures les groupes cibles sont conscients du problème (Fig. 108) et dans quelle mesure ils sont ouverts et motivés au changement... (68.8%).

1. Sait-on dans quelle mesure les groupes cibles de l'action sont ouverts et motivés au changement ? 2. Connaît-on les déterminants de leur adhésion à l'action ? (Ceux-ci peuvent comprendre leurs connaissances du problème, leurs attitudes, leurs compétences, les freins, etc.) 3. Concernant le projet, connaît-on les attitudes (souhaits, besoins, freins) ressenties et perçues par les groupes cibles par rapport au changement?		
<i>Faible</i> 28.1 %	<i>Modéré</i> 6.3 %	<i>Fort</i> 65.6 %
1. Dans le cas d'interventions élaborées par un tiers (par exemple au niveau national) : les groupes cibles ont-ils au minimum été consultés au moment de l'élaboration de l'intervention ? 2. Pour tout projet : les groupes cibles du présent projet (par exemple les résidents d'un quartier) ont-ils au minimum été consultés au moment de l'élaboration de l'intervention ou avant que le type d'intervention ait été défini ? 3. Pour tout projet : compte tenu de la nature du projet, les groupes cibles ont-ils suffisamment participé à l'élaboration ou au choix de l'intervention/des interventions ?		
<i>Faible</i> 31.3 %	<i>Modéré</i> 3.1 %	<i>Fort</i> 65.6 %

Figure 108 : 4.2. Motivations et aptitudes au changement des groupes cibles et 6.3.a. participation des groupes cibles

Les organisations connaissent peu les déterminants d'adhésion des populations notamment leurs souhaits en matière de communication. Le manque de participation des groupes concernés est une des raisons (Fig. 106). 25% des organisations n'identifient pas les acteurs locaux potentiellement concernés par la résolution du problème. Cela explique en partie l'inappropriation de la lutte contre le VIH/SIDA par les populations et les acteurs locaux. Les planificateurs doivent se poser la question suivante pour chaque projets: quels sont les messages que les populations veulent recevoir et par quels acteurs [23] ?

Sur les neuf priorités proposées pour les dix prochaines années lors de l'enquête E.L.I.M. 2006, « *faire plus participer les citoyens aux décisions* » n'est arrivé qu'en sixième position²⁸³ (Kuepie, Lavalée, Sougane, 2008). Pourtant, la décentralisation sanitaire doit amener un accroissement de l'autonomie locale dans la prise de décision pour améliorer les réponses locales en fonction des besoins définis par les populations (Atkinson et al., 2000) : « *le SIDA est là mais la manière de sensibiliser ne va pas avec notre éducation. On ne contacte pas les gens qu'il faut. On doit commencer à sensibiliser d'abord les gens instruits du quartier car ils sont très écoutés et un homme instruit sensibilisé peut sensibiliser deux ou trois grins ou groupe.* » [I2]

Une des conditions du bon fonctionnement des institutions est qu'elles doivent être légitimes, reconnues, acceptées par la population mais également efficaces (Thiriot, 2002).

2.3.3. Un manque de consultation des populations de la part des centres de santé communautaires

Le système de soin malien est centré sur les Soins de Santé Primaires (S.S.P.). En pratique, on accorde peu d'attention aux aspirations des acteurs du système (usagers et prestataires) (Van Dormael, 2006).

a) La participation des populations à la création d'un C.S.COM.

La Fédération Nationale des Associations Communautaire (FE.N.AS.COM.) regroupe l'ensemble des A.SA.CO. mais elle n'a pas de relations directes avec les populations. Cette mission est à la charge des Présidents d'A.SA.CO. [10]. La mobilisation des populations doit principalement se faire par le biais de l'A.SA.CO.. Dans les faits, les A.SA.CO. et la FE.N.AS.COM. constituent les acteurs majeurs dans la négociation d'une participation citoyenne (Konaré, Lachapelle, 2009). Les populations n'ont pas nécessairement intégrer le fonctionnement d'un centre de santé. Certaines confondent A.SA.CO. et C.S.COM. [10] d'où un manque d'appropriation de la politique de santé communautaire et de la nouvelle convention qui lie A.SA.CO. et usagers (Togola, Gerber, 2007).

Peu de distinctions claires existent entre employés (médecins, infirmiers) et les membres du Comité de Gestion.

b) La participation actuelle des populations au bon fonctionnement de ces centres : un intérêt financier ?

La valeur perçue des services délivrés par les collectivités territoriales (dont la santé) est la différence entre l'ensemble des bénéfices que le citoyen-consommateur peut recevoir et l'ensemble des sacrifices qu'il est prêt à concevoir pour en jouir (Lapierre, 2000 in Fouda Ongodo, Cissé, Capiez). Si la santé est un secteur où les habitants sont prêts à payer plus pour l'améliorer, cela ne se conclut pas par l'achat de cartes d'adhérents²⁸⁴ [13]. La somme que les habitants sont prêt à verser est supérieure pour la police/gendarmerie²⁸⁵ (Andersson, Massoud, 1995).

²⁸³ 1/ Sécurité alimentaire 2/ Maintenir l'ordre 3/ Combattre la hausse des prix 4/ Lutter contre la pauvreté 5/ Lutter contre le désenclavement du pays 6/ Faire plus participer les citoyens aux décisions 7/ Lutter contre les inégalités de sexe 8/ Respecter les droits humains 9/ Garantir la liberté d'expression

²⁸⁴ Santé 65 %, Administration générale 63 %, Police/Gendarmerie 50 %, Administration décentralisée 55 %, Education 64 %, Justice 48 % (Andersson, Massoud, 1995)

²⁸⁵ Santé : coût officiel 4900 Fcfa / supplément possible 569 Fcfa, Administration générale : 4800 / 643, Police : 3700 / 658, Administration : 3300 / 478

En termes de services publics, les populations sont exigeantes mais ne s'acquittent pas convenablement de leurs impôts²⁸⁶. La commune IV a créé un cadre multi-acteurs pour « tenter » de motiver les populations de régler leurs cotisations (Dakouo, Koné, Sanogo, 2009). D'autres font appel à des entreprises privées, sans plus de succès (Assises de la Coopération Angers-Bamako, 11/2009). La faible contribution des usagers et l'absence de planification annuelle budgétaire communale et ce, pour chaque secteur posent des problèmes (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). En 2009, 56958745 m³ d'eau ont été produit mais seuls 39996437 m³ ont été perçus. Ceci n'est pas spécifique à l'eau (électricité 541.1GWh perçus pour 720,8 GWh produits en 2004). Ces différences s'expliquent autant par les pertes techniques (fuites du système) que par les pertes non techniques (non paiement des abonnements).

Un cercle vicieux existe donc à l'échelle communale. Les populations ne paient pas les taxes (ramassage des ordures par les G.I.E.) et impôts à cause des politiques (corruption, clientélisme, non-prise en compte des besoins). En contrepartie, les maires et responsables locaux manquent cruellement de moyens. Or, les usagers attendent des acteurs et services publics, qu'ils apportent des améliorations des conditions de vie. Si la décentralisation n'agit pas suffisamment et positivement sur le cadre de vie des populations, celles-ci la juge inutile. Les concertations entre organisations et populations sont très rares [O] [P] [V] [W]. Même si les membres du bureau de l'A.SA.CO. appartiennent au quartier, les populations ne viennent pas au centre [10]. Pourtant, là où la fréquentation des C.S.COM. est faible, les communautés sont blâmées sans une réelle recherche des raisons sous-jacentes... (Van Dormael, 2006). Les changements sociaux ont des impacts sur le fonctionnement des C.S.COM. et les valeurs d'engagement (Lachapelle, 2008). Gagner sa vie au quotidien devient un impératif et fait reculer le bénévolat ([11]; Réseau Aga Khan de Développement, 2008). Les enquêtés membres d'une association et rémunérés sont plus nombreux à Faladié (7.7%, Banconi 3.4%). Les hommes sont plus rémunérés dans leur engagement associatif (58.9%, femmes 41.1%). Plus l'âge des enquêtés augmente, plus l'engagement rémunéré est grand. Ce constat s'observe aussi pour les enquêtés mariés qui doivent subvenir aux besoins de leur famille. Les habitants qui ont beaucoup d'enfants ou un réseau familial important sont plus nombreux à être rémunérés. Nous l'avons vu (4.3.3.c.), la question de la redistribution communautaire est importante dans la recherche de revenus complémentaires. Les adhérents d'une association sanitaire sont significativement plus rémunérés que les autres secteurs associatifs.

L'engagement rémunéré renforce les inégalités. Les habitants qui sont rémunérés sont ceux qui ont de bons revenus, un emploi ou un bon niveau scolaire. Les membres rémunérés consultent plus l'hôpital ou le cabinet privé, les non-rémunérés, le C.S.COM..

« C'est à titre bénévole, volontaire et humanitaire que je fais tout ce travail, dans une discrétion totale. [...] Comme je le fais, j'amènerai ces jeunes associations à s'investir bénévolement sans attendre de financement de qui ce soit. » [55]

²⁸⁶ L'Indépendant (22/10/2010), « Le chef de la cellule de planification et suivi de la DGI à propos des impôts : "De façon générale, les Maliens ne payent pas d'impôts" »

Après la proclamation de la 3ème République (1991), les politiques ont voulu recréer l'approche communautaire déjà présente de manière informelle. Seulement, aujourd'hui, cette approche a disparue, les habitants demandent dès le début « *tu me payes combien ?* » [10]. Un médecin-chef de C.S.COM. reconnaît gagner environ 150€ par mois quand le salaire moyen au Mali est de 50€ : « *bien sûr, je pourrais gagner plus dans le privé. Mais je travaille pour une noble cause. Malheureusement, je ne suis pas sûr que notre jeunesse se trouve des gens qui seront prêts à s'y sacrifier* » [12]. Nos résultats montrent que si les tranches d'âges les plus hautes sont celles qui sont les plus rémunérées pour leurs activités associatives, les jeunes générations sont également concernées à Banconi et Faladié.

Dans les villages, le contrôle social s'effrite et un risque de « *dégénération* » de la médecine traditionnelle est relaté. Avant de devenir médecin traditionnel, l'homme devait acquérir la sagesse et la maturité avant de pouvoir soigner. Pour cela, il devait rester pendant de très nombreuses années auprès du père. Aujourd'hui, les jeunes quittent rapidement leurs villages même si la formation n'est pas terminée car l'« *appât du gain* » est trop grand [24] : « *tout adulte bambara est guérisseur, car il apprend, depuis sa naissance, au moins une recette ou une formule capable de soulager un mal.* » (Brunet-Jailly, 1993)

Beaucoup de savoirs ont aujourd'hui disparu (Diarra). Les jeunes représentent l'ignorance et le non-respect des valeurs (Bargès, 1996) notamment des anciens. De nos jours, le statut social est plus le fait de l'accomplissement individuel. Dans l'idéal, l'intégration des diplômés dans les communautés devait contribuer au développement local (projets) et aux transferts de savoirs aux anciens (écriture, connaissances juridiques...; Bourdarias, 2003).

c) La participation actuelle des populations au bon fonctionnement de ces centres : un intérêt politique ?

Les habitants achètent ou renouvellent leurs cartes d'adhérents uniquement les années de renouvellement du bureau des A.S.A.CO.. Certains membres du bureau n'hésitent pas à envoyer des jeunes, leurs amis et familles voter pour eux... : « *le bureau s'élite « tout seul », ce n'est pas la population qui vote !* » [11].

« *La politique s'est intégrée au fonctionnement des C.S.COM., ce ne sont plus des votes, il y a un achat des votes.* » [10]

Ce manque de crédibilité dans le nombre d'achat de cartes perturbe l'évaluation des centres de santé. En effet, le nombre de cartes vendues est un des indicateurs de fréquentation pour les institutions nationales. Ce « *sursaut* » d'achats de cartes s'explique également par le besoin des populations d'avoir de l'influence sur le fonctionnement du centre les années qui suivent les élections [10].

De nos jours, « *ce n'est pas n'importe qui peut rentrer au bureau..., les politiques sont maintenant dans les bureaux des C.S.COM.* » [11]. Une concentration du pouvoir local existe même si l'expérience des C.S.COM. est valorisée à l'international (Bertrand, 1999b). Le secrétaire général du C.D.P. de Banconi était en 2004 responsable d'un parti politique, de deux associations de parents d'élèves, du comité de gestion des écoles communautaires, de l'association des caisses d'épargne et conseiller du chef de quartier.... L'expression « *baron du quartier* » lui a d'ailleurs été donné (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004).

Une des raisons de la volonté des individus d'intégrer les bureaux est l'argent. Or, aucun salaire ne leur est versé, certains postes sont ainsi laissés vacants par l'abandon de membres... [10]. La non-implication des populations dans les A.SA.CO. s'explique aussi par la volonté des membres de ne pas entendre d'éventuelles critiques (Lewandowski, 2007). Dans les faits, les « communautés » consistent en la réunion de quelques réseaux d'influence... (Jaffré, 1999).

Les C.S.COM. sont marqués par deux maux majeurs: le manque de vie démocratique et le manque de transparence de leur gestion (Balique, 2001b). Pour un responsable du C.S.COM. de Faladié, certains membres de l'A.SA.CO. sont des charretiers, taximans, jeunes drogués ou fils du chef de quartier qui ne connaissent rien en matière de santé... Un manque de compétences existe sans les A.SA.CO mais les médecins doivent accepter leurs recommandations... Ces difficultés sont contre-productives car des A.SA.CO. performantes sont le premier gage de l'efficacité des C.S.COM. (Diallo, 2006).

d) Un retour au fonctionnement réellement communautaire est-il possible?

Le manque de participation des populations peut s'expliquer par de multiples raisons (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009) :

1. le manque d'intérêt des populations elles-mêmes,
2. un manque de démarche de la part des institutions locales,
3. un déficit de capacités des associations locales de gérer ce statut.

L'implication des populations a lieu surtout lors des assemblées générales et les années de changements de bureaux (tous les 5 ans à l'A.SA.CO. de Banconi). Les populations donnent beaucoup de prérogatives sur leurs besoins avec relativement peu d'évolutions. Seulement, au final, 80% des initiatives reviennent aux membres du bureau.

Il faut être adhérent pour critiquer et proposer des choses même si tout usager peut critiquer la qualité des soins [51]. Les populations ne viennent pas de manière individuelle et préfèrent aller directement chez les membres de l'A.SA.CO. car tout le monde les connaît. Concrètement, de rares réunions sont organisées par l'A.SA.CO. et les sujets évoqués ne portent que sur des problèmes de gestion courante. Les décisions importantes sont prises par le bureau ou le président (Balique, 2001b). Dans certains lieux, une forte implication des mairies dans les A.SA.CO. existe notamment pour s'approprier ce domaine de compétence (Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2009). Malgré certaines nombreuses limites comme les « mensonges » politiques, la montée de l'individualisme et de la volonté de gain dans l'engagement [10], les associations maliennes de santé communautaires restent une réussite sur le plan de la mobilisation sociale (Lachapelle, 2008). Pour un des responsables de la FE.N.A.S.COM. « les Maliens disposent d'un élément fondamental, la solidarité sociale qui leur permet de vivre » (Lachapelle, 2008).

8. LA PLACE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION

Nous allons analyser la manière dont les acteurs, organisations et bailleurs choisissent les canaux de sensibilisation, les méthodes et outils de sensibilisation, les sites et populations sur lesquels les programmes sont établis.

Ainsi, nous expliquerons pourquoi, les campagnes actuelles ne sont pas toutes efficaces. Les programmes ne sont pas basés sur des travaux de recherche et ils restent sous-évalués. Ce manque de recherches en amont dans les programmes dit « *communautaires* » ne permet pas de cerner ce qu'est, en réalité, « *la communauté* » sur le territoire du programme.

Les politiques nationales et locales sont peu nombreuses à concevoir des programmes globaux qui prennent en compte les multiples facteurs en interrelation (eau, éducation, santé, assainissement...). Les acteurs de terrain (O.N.G., associations) sont rares à posséder les financements, la volonté et les compétences nécessaires.

1. Comment expliquer l'absence de résultats tangibles ?

Un décalage s'observe entre les discours et la réalité (Razafindrakoto, Roubaud, Wantchekon, 2006). Cela se remarque dans les articles de presse consacrés à la santé qui sont totalement « *décrochés* » des préoccupations locales. Ces articles sont des « *collages* » hétéroclites (informations, origines, langues, statuts) et mélangent, comptes rendus de manifestations, annonces « *scientifiques* », encarts publicitaires, entretiens de marabouts... (Jaffré, 2007).

Pour adapter leurs programmes aux populations, les acteurs doivent pour cela les connaître. Les projets doivent être spécifiques pour chaque village, chaque micro-espace tant les variations et compositions spatiales sont différentes. Quelques facteurs apparaissent comme des signes prédateurs d'appropriation des messages : le niveau de lecture du chef de famille, la taille du réseau familial, l'ethnie bambara, l'écoute d'un programme de sensibilisation sur le paludisme ou l'entretien avec un agent de santé (Rhee et al., 2005).

1.1. La place du chercheur en question ?

1.1.1. Le chercheur au Mali

a) Le chercheur dans l'histoire du Mali et la place de la critique et du débat dans la société malienne

Les chercheurs ont vécu, lors des deux derniers régimes politiques, un manque de liberté d'expression et de prise de décisions. Ces derniers devaient uniquement utiliser les données officielles sans émettre de critiques sur leur validité... : « *il est donc difficile de contredire la réponse et l'expertise politique mais les résultats sont « douteux »* » [29]

Dans ces conditions, les partis politiques et personnalités ne peuvent contester le gouvernement (Bergamaschi, 2007). Lors d'ateliers, les critiques ne sont pas interdites mais la société civile ne le fait pas (ignorance ou peur). Celle-ci dirige plus ses critiques vers les mairies. Les critiques sont d'autant plus difficiles que les universitaires sont très souvent entrelacés (Puchner, 2001) dans différentes fonctions :

parti politique, Ministères, organisations internationales, O.N.G.... La prolifération de la société civile et des partis politiques est, d'un côté intéressante, mais d'un autre, elle traduit un malaise institutionnel (Magassa, Meyer, 2008; Diallo, 2004). Si la politique de consensus de l'Etat a créé un climat politique pacifique, elle a en revanche mis sous silence les possibilités de critiques²⁸⁷.

Un chercheur qui émet des critiques devant des interlocuteurs plus âgés risque de se mettre en porte-à-faux. Aujourd'hui, il est toujours peu judicieux d'émettre l'expression d'une opposition, par exemple politique, de façon ouverte. Les critiques virulentes sur les relations entre le ROCARE et le Ministère de l'Éducation n'ont été possibles que lorsque son auteur est devenu coordinateur de la structure (Toukara, 2005). Ce climat général fait qu'aucun acteur ne prend le risque de critiquer certains programmes de prévention quelque soit son statut. Aucune remise en cause n'apparaît ce qui ne permet pas d'avancer et d'innover...

Les obstacles à la liberté de critique sont d'ordre culturel, le « *musalaha* » (« *ménager l'autre* ») et la hiérarchisation du droit à la parole. Le non-respect de ces principes peut entraîner une réprobation sociale (Réseau Aga Khan de Développement, 2008).

Les débats entre individus ne peuvent être séparés des identités communautaires. L'individu ne peut s'opposer au groupe sauf s'il représente une autorité sociale (Leimdorfer, Marie, 2003). Ce qui est dit est moins important que l'autorité qui le dit (Lewandowski, 2007). Si la parole du chef de village engage l'ensemble de la communauté, aucun membre ne peut la remettre en cause (Balique, 2001b).

La société malienne refuse les débats et autres lieux d'expression qui peuvent créer conflits et différends (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Aucune place n'est d'ailleurs prévue pour les discours divergents (Raffinot, 2002) mis à part l'arbre à palabre. L'espace public n'est pas un espace d'action, de contrôle, de débat et d'expression critique sur les questions politiques, sanitaires ou religieuses qui engagent l'ensemble de la collectivité (Leclerc-Olive, 2003). Sur le terrain, la notion de débat public s'oppose aux négociations cachées et arrangements discrets qui caractérisent la prise de décision politique au Mali (4.1.; 5.2.4.c.; C.E.M.AF., 2007).

b) Le chercheur dans le contexte actuel

Les « *élites* » intellectuelles sont sceptiques sur les capacités des populations, notamment analphabètes, à prendre leur destin en main et à participer aux programmes (Béridogo, 1997).

Un manque d'intérêt institutionnel existe pour les recherches sur la santé et le VIH/SIDA même si un forum mondial sur la recherche en santé a été organisé à Bamako en 2009. Pour preuve, un chercheur en médecine qui souhaitait travailler sur la problématique des enfants malades du VIH n'a pas reçu de réponse positive de la part du Haut Conseil sous le prétexte que « *trop peu* » d'enfants sont infectés... [48]. Cet exemple semble véridique et il a peut-être amené les acteurs à modifier leur vision²⁸⁸.

²⁸⁷ Le Combat (05/02/2011), « Gouvernance : Et si ATT avait violé les termes du « contrat » ? »

Le Républicain (15/08/2011), « Dombi Fakoly à propos du Mali : « Il n'y a rien de pire dans une démocratie que le consensus » »

²⁸⁸ Le Ségovien (01/05/2009), « Mali : lutte contre le Sida... Les médias oublient nos enfants »

Le Républicain (13/10/2009), « Arcad-Sida Mali : La prise en charge psychologique des enfants »

Irin (14/10/2009), « Mali : des enfants séropositifs "absents" du système de santé »

L'Essor (07/05/2010), « Lutte contre le Sida : un programme au bénéfice des enfants »

La recherche scientifique reste sous payée même si les *per diem* accordés procurent des revenus supplémentaires qui permettent une capacité de redistribution (Bourdarias, 2003; De Sardan 1995).

La recherche est essentiellement honorifique. Les chercheurs et professeurs sont très attachés à l'obtention de certificats de formations/participation car ils sont symboles de prestige. Ils n'ont aucune valeur économique (Berche, 1996). Ces certificats sont « placardés » dans les bureaux et les chercheurs/acteurs n'hésitent pas à commenter lors des entretiens ou cours leurs participations à ces formations/missions, notamment à l'étranger (Bourdarias, 2003).

c) Le manque de volonté de la part des chercheurs

Les universitaires s'intègrent peu aux processus de décisions (Bougoudogo, 2010). En 2008, l'Université était présente à seulement deux réunions sur les six organisées par le Fond Mondial (2 sur 7 en 2009, Fond Mondial, 2009).

Plusieurs raisons expliquent ce manque de motivation. Tout d'abord, les faibles financements incitent peu le maintien du personnel. Les infrastructures et laboratoires sont inadaptés et peu équipés. D'autre part, les chercheurs ont peu d'enthousiasme pour le travail de terrain. Le statut de chercheur est synonyme d'ascension sociale, il n'est pas compatible avec des séjours en brousse... (Doquet, 2007). De plus, les ressources humaines à haut niveau de qualification sont réduites et gaspillées du fait du *turn-over*, des hiérarchies rigides et de l'absence de délégation. Enfin, les bailleurs de fonds « atomisent » la fonction publique par la création de multiples structures autonomes (Raffinot, 2002).

Malgré ce contexte scientifique difficile, des chercheurs publient dans de grandes revues internationales en anglais ou en français avec Impact Facteur (Bougoudogo, 2010). Des institutions sont également à la pointe de la recherche mondiale (lutte contre le paludisme, Institut Africain de Formation en Pédagogie, Recherche et Évaluation en Sciences de la Santé I.A.F.P.R.E.S.S.). Si ces deux exemples sont de réelles réussites, ils restent isolés. D'ailleurs, certains chercheurs sont tentés de s'exiler et ce, malgré le programme TOKTEN qui essaie de retenir et de faire revenir les chercheurs après leurs formations à l'étranger.

d) Un manque de culture dans la volonté de résolution de problèmes

Si un intérêt récent se développe pour la recherche sur la sexualité notamment via des chercheurs étrangers (Diallo, 2004b), plusieurs acteurs notent un manque cruel de recherches scientifiques [23] [27] [42] [43]. Les déterminants profonds des comportements sont rarement étudiés. Pour Traoré M.N. (2006) de la Direction Nationale de la Santé, il n'existe pas de culture de « *résolution de problèmes* ».

Il manque un dispositif de collecte et d'analyse des données quantitatives pour certaines pathologies : « *the potential spread of the HIV epidemic is difficult to measure in Mali, because very few surveillance data are collected and analysed* » (Boileau, Rashed, Sylla, Zunzunégui, 2008).

1.1.2. La place de la société civile dans la recherche

La société civile peut avoir un rôle de plaidoyer, de prestataire de service, de partenaire ou de surveillant (Gouvernement du Mali, 2002, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.)). Ce dernier rôle

est peu présent au Mali dû fait de la fragmentation de la société civile et du manque de possibilité de critiques.

L'exemple des radios communautaires locales est à ce titre frappant. Les reporters ne peuvent émettre de critiques envers les politiciens locaux car les radios sont redevables de leurs existences aux instances locales (financement). De même, l'influence des *per diem* versés aux journalistes pour leurs participations aux formations sur le VIH/SIDA fait qu'ils se considèrent plus comme des « éducateurs » que des acteurs d'opinions critiques. Lors d'un atelier (2006), les journalistes ont clairement fait savoir que, sans frais de transports, ils ne se rendraient pas sur les lieux (Togola, Gerber, 2007). Le journal L'Essor est une publication officielle, il ne peut que communiquer des positions officielles. De ce fait, il existe plus de légitimités réciproques et de connivences que d'expression critique (Jaffré, 2007; Damone, 2007).

La société civile est largement financée par les partenaires extérieurs, il est donc difficile pour elle d'être critique et non influencée (Janin, 2008; Tounkara, 2005).

Un véritable fossé existe entre chercheurs et décideurs sur la perception du rôle de la recherche pour la planification/pilotage des programmes éducatifs (Tounkara, 2005) :

D'un côté, les décideurs reprochent aux chercheurs : **1/** de s'enfermer dans leur « tour d'ivoire », **2/** de ne pas se préoccuper des problèmes spécifiques auxquels le décideur est confronté, **3/** de faire des recommandations trop générales, **4/** de tenir peu compte des contraintes de temps qu'impose la durée du mandat du décideur, **5/** de sous-estimer la faisabilité politique de leurs recommandations, de cautionner les conditionnalités et les perceptions des bailleurs de fonds étrangers, **6/** de ne pas leur obéir au même titre que les autres cadres qui sont sous leur autorité, **7/** d'être trop indépendants d'esprit et même souvent subversifs.

De l'autre, les reproches des chercheurs envers les décideurs sont : **1/** une tendance à ignorer les avantages de la recherche sur leurs décisions, **2/** d'être plus intéressés par des recettes toutes faites, que par des résultats évoquant des incertitudes et des nuances, **3/** de confirmer leurs idées premières par les chercheurs plus qu'à s'ouvrir aux innovations, **4/** à faire assumer la responsabilité de leurs échecs par les chercheurs, **5/** à ne pas payer suffisamment les efforts des chercheurs, à ne viser que les actions à court et moyen termes, **6/** de ne pas tenir compte des contraintes méthodologiques de la recherche, **7/** de valoriser l'empirisme au détriment de la conceptualisation, de la modélisation et de la théorisation.

1.2. Une évaluation trop rare

L'efficacité de l'aide budgétaire est réduite à sa seule gestion et non en termes d'impact sur le développement ou la réduction des inégalités (Gindroz, Traoré, 2009). Pendant longtemps, aucune instance politique ne permettait d'apurer les comptes, de sanctionner les fraudes ou de renouveler le personnel politique (Marie, 2007). Aujourd'hui, le Bureau du Vérificateur Général (B.V.G.) contrôle les comptes publics même si son dernier rapport a été vivement critiqué²⁸⁹.

²⁸⁹ Le Prétoire (10/02/2011), « Lutte contre la corruption au Mali : Le Gouvernement conteste les chiffres du B.V.G. »

De même, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.) ne sert à rien s'il ne s'accompagne pas d'un système de suivi qui juge les résultats obtenus, analyse les moyens mis en œuvre et potentiellement modifiables. L'Observatoire du Développement Humain Durable (O.D.H.D.) qui devait coordonner le C.S.L.P. a disparu (Fritz, Lang, 2006). En conséquence, le second opus du C.S.L.P. (2006) n'a pas connu de changements. Celui-ci est un catalogue de propositions sans réelles priorités. Le premier document n'était pas terminé, ni évalué quand le second a été élaboré (Bergamaschi, 2007). Son élaboration n'a pas été logique tant du point de vue technique (pas d'évaluation) que politique (pas de passage devant l'Assemblée Nationale; Magassa, Meyer, 2008).

1.2.1. Une évaluation via l'E.D.S.M.

Si de nombreux acteurs [8] [15] [19] [20] [29] se félicitent de la baisse de la prévalence du VIH/SIDA, la majorité d'entre-eux se « *réfugie* » uniquement derrière les chiffres de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali de 2006 (E.D.S.M. IV) [8] [9] [20] [36] [49] : « *il n'existe que peu de données sur les chiffres réels concernant le VIH/SIDA, à part des informations données par les structures étatiques.* » [70]

« *Au niveau de la prévalence, nous attendons les résultats de l'E.D.S.M. IV. Mais si ça ne monte pas, cela ne va pas baisser.* » [32]

Dans notre méthodologie de terrain, nous avons rencontrés à plusieurs reprises les mêmes interlocuteurs pour avoir un suivi longitudinal. Entre nos entretiens de janvier-février 2006 et de janvier-février et septembre-octobre 2007, les opinions des acteurs ont changé sur l'évolution de la prévalence et des comportements. Si en 2006, beaucoup exprimaient des doutes, la diffusion partielle de l'E.D.S.M. IV mi-2006 qui a montré une diminution de la prévalence a engendré des changements de perceptions. Ceux-ci montrent que les organisations ne se fient qu'aux données générales et pas à leurs données propres.

De plus, les acteurs ne recherchent pas l'E.D.S.M. les résultats approfondis qui montrent par exemple que les méconnaissances perdurent: seulement 22% des hommes et 18% des femmes ont des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les idées fausses (Ministère de la Santé, 2006).

Malgré les efforts déployés par les divers acteurs (Etat, C.SCOM., O.N.G.), force est de constater que ces résultats montrent que les approches n'ont, jusqu'à présent, pas donné les résultats escomptés (Sidibé et al., 2006). Or, les « *juges* » finaux de la réussite/échec des programmes sont des administrateurs et politiques et non, des professionnels de la santé publique... (Berche, 1996). Les politiques sont d'ailleurs fiers de déclarer lors de séminaires nationaux/internationaux ou des déclarations à la presse que la prévalence a baissée au Mali.

Les discours qui clôturent les ateliers n'ont pas d'implications concrètes. Le fait que les organisations ne s'appuient que sur l'E.D.S.M. et non sur leurs données propres engendre l'illusion que leurs programmes

L'Indépendant (11/02/2011), « Lutte contre la corruption et la délinquance financière : Le Gouvernement bat en brèche les rapports du Végal »

Le Combat (20/02/2011), « Rapport 2010 du Végal : Des révélations très accablantes »

L'Indicateur du Renouveau (22/02/2011), « Polémique autour des chiffres de la corruption : Le Végal ripostera au gouvernement »

sont efficaces (Jaffré, 2007). Cette utilisation de données générales excessive, sans nuances ou remises en cause a déjà été remarquée pour la décentralisation (Bertrand, 1999).

Pour la construction et la passation d'enquêtes, il serait pertinent de mieux les introduire en expliquant aux populations à quoi servent ces recherches. Les enquêtes doivent montrer la photo d'une famille à un instant T car la « *famille représente la société* » [43]. Peu d'organisations pratiquent un test préalable avant la mise en place de leurs programmes (Fig. 109), Pour l'expliquer, certaines pointent le manque de moyens financiers, de capacités et de méthodologie.

1. Un test préalable de l'intervention a-t-il été réalisé ?		
2. Des conclusions ont-elles été tirées des résultats du test préalable et ces conclusions ont-elles été prises en compte ? En d'autres termes, l'intervention a-t-elle été réajustée ?		
<i>Faible</i>	<i>Moyen</i>	<i>Fort</i>
50 %	3.1 %	46.9 %

Figure 109 : Outil Preffi : 6.7. Test préalable

L'absence de ligne directrice pour le bon fonctionnement Système National d'Information Sanitaire (S.N.I.S.) ainsi que l'instabilité du personnel au niveau opérationnel sont des problèmes pour son développement.

<i>Source des données</i>	<i>Contenu</i>	<i>Capacité et pratiques</i>	<i>Diffusion</i>	<i>Intégration et utilisation</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Recensement</i>	Très satisfaisant (82 %)	Satisfaisant (71 %)	Satisfaisant (74 %)	Satisfaisant (63 %)	Satisfaisant (72 %)
<i>Statistiques de l'état civil</i>	Existe mais pas satisfaisant (30 %)	Existe mais pas satisfaisant (43 %)	Satisfaisant (50 %)	Pas du tout satisfaisant (17 %)	Existe mais pas satisfaisant (35 %)
<i>Enquêtes basées sur la population</i>	Très satisfaisant (85 %)	Très satisfaisant (84 %)	Satisfaisant (72 %)	Satisfaisant (72 %)	Très satisfaisant (78 %)
<i>Enregistrement des maladies</i>	Satisfaisant (68 %)	Satisfaisant (58 %)	Satisfaisant (52 %)	Satisfaisant (58 %)	Satisfaisant (59 %)
<i>Enregistrement des services de santé</i>	Satisfaisant (59 %)	Satisfaisant (65 %)	Très satisfaisant (75 %)	Satisfaisant (70 %)	Satisfaisant (67 %)
<i>Enregistrement des ressources</i>	Existe mais pas satisfaisant (47 %)	Satisfaisant (61 %)	Existe mais pas satisfaisant (49 %)	Existe mais pas satisfaisant (49 %)	Satisfaisant (52 %)
<i>TOTAL</i>					Satisfaisant (61 %)

Figure 110 : Résultat de l'évaluation des ressources du S.N.I.S. Système National d'Information Sanitaire au Mali en 2008 (Ministère de la Santé, 2008)

Les sources de données sont multiples: structures sanitaires, état civil, statistiques, recensements, enquêtes... Si dans l'ensemble, l'évaluation de ces sources est satisfaisante, les appréciations sont diverses en termes de qualité. D'autre part, il faut noter l'insuffisance du contenu et la faiblesse de leur diffusion et de leur utilisation (Fig. 110).

1.2.2. Une évaluation essentiellement quantitative et ciblée

En réalité, peu d'acteurs (institutionnels, non-gouvernementaux, associatifs...) évaluent leurs programmes (Fig. 111) même si la majorité d'entre eux notent tout son intérêt [9] [19] [42] [44].

1. L'évaluation du processus fournit-elle des informations sur le degré de mise en œuvre des actions conformément au projet prévisionnel ? 2. L'évaluation du processus fournit-elle des informations sur l'opinion des intervenants et des groupes cibles concernant les activités et les ressources ? 3. L'évaluation du processus fournit-elle des informations sur la population atteinte (quelle population a été touchée, à quel point est-elle représentative, qui a renoncé et pourquoi) ? 4. L'évaluation du processus fournit-elle des informations sur le degré d'atteinte des objectifs ? 5. L'évaluation du processus fournit-elle des informations sur d'éventuelles circonstances et effets secondaires imprévus ? 6. L'évaluation du processus révèle-t-elle les facteurs de réussite ?		
<i>Faible</i>	<i>Moyen</i>	<i>Fort</i>
28.1 %	3.1 %	68.8 %

Figure 111 : Outil Preffi : 8.2. Évaluation de processus

L'Etat malien ne se donne pas les moyens d'évaluer [7]. Le Code de Déontologie des O.N.G. au Mali comprend pourtant un paragraphe sur cette nécessité (chapitre 1, article 4, FE.C.O.N.G., 2005). En Afrique de l'Ouest, malgré la signature de grandes résolutions internationales, les résultats de certaines évaluations se font encore attendre... Beaucoup d'études sont essentiellement descriptives et pas assez rigoureuses (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces manques : la déconnexion des contextes sociaux, la persistance du paradigme pasteurien et un manque de réalisme face aux modèles d'organisations différents (Plassard, 2006). Les critères d'évaluation sont essentiellement financiers et relationnels (Berche, 1996) et pas d'ordres sociaux-sanitaires (Gindroz, Traoré, 2006). L'Etat malien possède un droit de regard sur les financements des associations mais pas sur leurs programmes.

Un audit du Fond Mondial de 2008 s'est concentré sur la prise en charge mais pas sur la prévention [19]. Il est pourtant nécessaire de renforcer la réponse locale via l'évaluation [41]. S'il existe quelques études évaluatives sur les populations à risques, il faut aujourd'hui dépasser ces populations pour aller vers les populations intermédiaires d'autant que des interrelations existent entre ces différents groupes [43].

« C'est une maladie qui existe vraiment mais qui tue moins que les campagnes contre le SIDA. Les messages sont très mal diffusés au point qu'on devrait interdire toutes les campagnes contre la maladie. Ils ne donnent aucun espoir aux séropositifs pour qu'ils puissent vivre avec la maladie. » [E2]

De même, aucune évaluation n'existe sur l'implication des médias et en particulier des *soap opera* sur la cohésion sociale au Mali (Schulz, 2007). Cette évaluation semble là aussi nécessaire car l'accès en milieu urbain aux films, séries, night clubs, cyber cafés constituent des outils d'informations sur la sexualité pour les jeunes (Diallo, 2004b).

L'enquête TRAC-M de P.S.I. pour évaluer les campagnes de masses utilise la technique d'« *échantillonnage d'assurance qualité par lot* » pour déterminer la taille de l'échantillon des personnes à interviewer. Pour le projet M.A.P., 19 zones géographiques ont été choisies. L'enquête TRAC-M de Bamako a interviewé 19 personnes sélectionnées au hasard sur la question de leur exposition aux campagnes. Pour cette étude, la taille de l'échantillon devait être de 114 personnes (6 communes*19 personnes) selon la technique L.Q.A.S. (= Lot Quality Assurance Sampling). Même si cet échantillonnage est scientifique, le nombre est faible au vu du nombre d'habitants de la capitale malienne.

Les données collectées ne témoignent pas de la qualité de la prévention. Peu d'études pré et post prévention sont effectuées. Les données évaluatives sont essentiellement composées de données

standardisées (Puchner, 2001) et quantitatives (nombre de séances de sensibilisations effectuées, de brochures distribuées, de préservatifs vendus ou distribués...). Le quantitatif est particulièrement demandé par les financeurs (Barker, 2003). L'un des indicateurs les plus utilisés quant à la mobilisation communautaire (bailleurs) est le nombre de villageois impliqués (Lewandowski, 2007). Peu de données qualitatives étudient les valeurs, croyances et pratiques qui expliquent les comportements [16] même si la tendance évolue doucement (Janin, 2008).

Les mauvais résultats de l'E.D.S.M. II (1995-96) ont montré que, malgré des dépenses importantes en matériaux d'Information-Education-Communication (I.E.C.), les résultats étaient minimes en termes de changements de comportements (Barker, 2003).

Permettre aux populations d'exprimer leur avis sur la qualité de la prise en charge sanitaire ne peut être que bénéfique et va de soi (Jaffré, 2007). D'ailleurs, la manière dont les services de santé sont utilisés et perçus conditionnent l'efficacité future des actions entreprises d'où l'intérêt d'évaluer les services et les structures (Diakitè, Diarra, Traoré, 1993).

2. Le manque d'approche globale de l'individu

La santé est multidimensionnelle et dépend de nombreux facteurs. Le VIH/SIDA n'échappe pas à ce constat. La scolarisation, la pauvreté ou l'accès à l'information jouent un rôle sur les connaissances et comportements des populations.

Pour répondre à un problème multidimensionnel, il est nécessaire de construire des programmes et politiques qui intègrent ce caractère plurifactoriel. Si dans les textes, une volonté existe pour aller vers l'approche globale, des difficultés persistent.

2.1. Une société civile consciente de ce besoin mais manquant de compétences

L'irrégularité et la faiblesse des financements fait que la société civile manque de réelles compétences pour mener à bien certaines expertises même si des formations sont organisées par l'Etat et les bailleurs de fonds. Malgré cela, la société civile a intégré l'idée que les programmes doivent comporter une approche globale.

2.1.1. Des initiatives intéressantes de prise en compte de la santé « globale »

« Ventre creux, point de réflexion. » [25]

Les vulnérabilités sont multiples et participent à un système dynamique d'interactions complexes qui interpellent tout à la fois, les acteurs, les échelles sociales et spatiales et font émerger un certain nombre d'enjeux (Ouallet, 2009). Les populations estiment souvent n'être que des « prête-noms » à des actions qui les survolent.

L'approche globale et la promotion de la santé nécessitent de s'attacher aux questions d'éducation, de santé et d'environnement (1.2.2.c.) car l'information seule ne sert à rien. Une vie saine nécessite un environnement sain, des conditions de travail adéquates et la satisfaction de besoins essentiels [21].

Les O.N.G. du Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.) sont nombreuses à déclarer intervenir dans plusieurs domaines autres que la santé. 77% des organisations déclarent travailler sur trois thématiques

ou plus, 21% sur plus de cinq thématiques. Seules 14% déclarent ne travailler que sur une thématique. 23% des organisations sanitaires travaillent également sur l'éducation, 17% sur la formation et 15% sur l'environnement. Ce constat est intéressant dans l'optique d'une approche globale des questions de santé. Cela s'observe également pour les 140 O.N.G. du Conseil de Concertation et d'Appui aux Organisations Non Gouvernementales (C.C.A.-O.N.G.)(De Bruijn, Sidibé, Van Dijk, 2001).

2.1.2. Un manque de compétences des organisations

Les associations/O.N.G. sont de tailles très petites et disposent de faibles capacités techniques (Raffinot, 2002). En conséquence, si beaucoup d'entre-elles postulent aux appels d'offres (4.3.3.d.), elles ne sont en réalité qu'une petite dizaine à pouvoir y répondre (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Beaucoup d'associations/O.N.G. sont désormais prestataires de services dans de nombreux domaines (Togola, Gerber, 2007) mais celles-ci restent peu formées et spécialisées dans ces domaines.

Les acteurs sont au fait de la pertinence de l'approche globale mais peu l'appliquent (8.2.). Les soins maternels sont par exemple trop souvent centrés sur l'individu (Gage, 2007). La principale cause d'échec de la lutte contre l'excision est le manque de stratégie des acteurs qui se focalisent essentiellement sur les paramètres sanitaires et non sur une stratégie plurisectorielle [16].

Il faut désormais prendre en compte d'autres acteurs et groupes cibles pour améliorer la prévention du VIH/SIDA [8]. Par ailleurs, le développement est souvent ignoré dans la lutte contre le SIDA [25]. La question économique est quelques fois prise en compte via les Activités Génératrices de Revenus (A.G.R.). Les adhérents à l'Association des Femmes d'Aide et de Soutien aux Veuves et Orphelins du VIH/SIDA et Association Malienne d'Aide et de Soutien aux personnes vivant avec le SIDA (A.F.A.S./A.M.A.S.) peuvent recevoir un peu d'argent (100000 Fcfa = 150 €) pour développer ces activités.

Les conseils divulgués au Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.) sont principalement thérapeutiques mais également sociaux. L'assistante sociale peut également donner quelques kilos de mil ou de riz et du lait pour les enfants pour favoriser l'alimentation des personnes vivant avec le VIH/SIDA [51].

Le budget moyen des O.N.G. qui œuvrent dans la prévention du SIDA est supérieur au budget moyen des programmes de santé (J.I.C.A., 2007). Pour obtenir un financement supérieur, les O.N.G. n'hésitent donc pas à insérer des thématiques VIH/SIDA dans leurs projets sans avoir nécessairement les compétences pour y répondre.

2.2. Quelle approche de santé publique ?

Les campagnes de prévention sur l'excision ou le VIH/SIDA et les travaux de recherches se consacrent uniquement sur un sujet précis et non sur une conception globale (Diallo, 2004b). A la question, « *les conséquences sociales sont-elles clairement décrites comme la mortalité, les maladies et troubles, les invalidités, les nuisances, les dépenses de santé, l'absentéisme...* ? », seules 53.1% des organisations possédaient ou recherchaient des données sur ces conséquences avant l'élaboration de leurs programmes.

Les postes de santé publique au Mali sont faibles (1621 postes) et disparates. Si les professionnels de santé publique jouent un rôle important pour influencer l'environnement en santé, ils ont besoin de données pour lier conditions environnementales et mise en place d'actions. Ces données doivent leur permettre d'identifier les acteurs susceptibles de prendre en main et coordonner ces actions (Commers, Gootlieb, Kok, 2006).

2.3. A contrario de l'approche globale : les groupes considérés comme à risques

De nombreux programmes sont dirigés vers les groupes considérés comme à risques avec pour conséquences la stigmatisation, un sentiment d'invulnérabilité et un manque de connaissances de la part de la population générale. Des acteurs critiquent ce ciblage car une « passerelle » entre ces groupes et la population générale existe [21] [26] [43] [46] : « *le Fond Mondial et le M.A.P. travaillent sur les groupes dits à risques, il y a seulement des sensibilisations timides pour la population générale.* » [8]

Si les taux de prévalence diminuent pour certains groupes et s'ils utilisent plus le préservatif, il est nécessaire d'aller au-delà de ces groupes. La décision des chercheurs, acteurs et institutions d'imputer à tel ou tel groupe social, un ensemble de pratiques et de représentations doit être fondé sur des données plausibles (De Sardan, 2010).

Seulement, peu d'organisations possèdent de telles données. Elles n'ont que très peu d'influence quant aux choix des populations et espaces à sensibiliser (6.1.2.b.; 6.2.2.c.; 8.2.4.; 8.3.3.). Pour obtenir un financement, les organisations se doivent d'intégrer des groupes « à risques » (8.2.4.) car les principaux bailleurs de fonds orientent leurs financements et appuis vers la prévention des groupes à risques (Ungass, 2008).

« *Pour la prévention, on ne peut cibler un seul groupe.* » [6]

Il est d'autant plus difficile de « *dire que les activités leurs sont adaptées* » [44] car les évaluations sont faibles²⁹⁰. Les notions (plaisir) ou lieux de prévention sont secondaires [16].

3. La place de la recherche et de l'innovation dans les programmes de prévention

Très peu d'organisations élaborent leurs programmes grâce à des travaux de recherches ou données sur les populations et les territoires sur lesquels ils sont dirigés.

3.1. Le manque de connaissances des territoires et populations d'interventions

« *Il existe un problème d'identification de la population de Banconi.* » [12]

Les acteurs locaux ont de plus en plus en charge la gestion des affaires sanitaires (décentralisation, coopération décentralisée...). Ce fonctionnement doit permettre d'amener de meilleures réponses locales, de réduire les coûts et le manque de connaissances des populations.

²⁹⁰ « *Il y a un audit du fond mondial sur la prise en charge mais pas sur la prévention. (Pas d'évaluation)* » [19]

Cependant, les inégalités territoriales font que ces programmes peuvent, au final, se révéler contre-productifs... Les organisations éprouvent des difficultés pour construire et rechercher ces données (compétences, financements). Lorsqu'elles existent, celles-ci ne sont pas nécessairement partagées et transmises entre acteurs (perte d'informations et de temps).

3.1.1. Le manque de connaissances de la structuration des populations et des déterminants sociaux de la santé

Certains programmes (tuberculose, diabète) s'initient à la recherche scientifique pré-programme (Gobatto et al., 2010; Berthé et al., 2009). Cela s'effectue via l'approche communautaire ou des monographies [46]. Aucune donnée sur les revenus, l'âge, le sexe sont demandées lors de l'inscription à une mutuelle ce qui ne renseigne pas beaucoup sur les populations à cibler pour étendre leur influence [13] (seules demandes: état civil).

Les messages de prévention ne tiennent pas toujours compte des spécificités des communautés. Les programmes sont directement appliqués en phase II, phase opérationnelle [23]. Les messages sont élaborés à l'avance, standardisés et appliqués sans aucun souci d'adaptation.

Deux questions se posent: comment un projet peut espérer communiquer avec les communautés, sans recherches préalables ? Comment promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé lorsque ces sujets (grossesses, SIDA, sexualité) suscitent le silence embarrassé et la honte?

Pour la lutte contre l'excision, le contenu du message s'attaque souvent à cette pratique même si elle n'existe pas au sein de la communauté sur lequel le programme est appliqué... [16].

Seule une étude préalable peut permettre de mesurer les connaissances, attitudes et pratiques des communautés afin de définir les meilleures stratégies d'interventions à adopter. Au niveau local, il est nécessaire de déterminer, qui vient, qui ne vient pas, l'âge des populations, leurs sexes, leurs perceptions des soins pour mieux définir les programmes [24].

Trop souvent, la communication se fait « *dans le vide* » sans consultations préalables [23]. Les organisations rencontrées possédaient très peu de données générales et démographiques des populations sur lesquelles leurs programmes sont délivrés (Fig. 112).

1. Dispose-t-on d'une description générale et démographique appropriée à ce projet ? Pour une réponse affirmative il faut au moins les cinq premières caractéristiques énumérées ci-dessous : taille du groupe / âge / sexe / statut socio-économique (niveau de formation, revenu, profession, situation professionnelle) / appartenance ethnique / milieu culturel / appartenance religieuse / situation de famille, situation de logement / taille de la famille / emplacement géographique / langue écrite et parlée, analphabétisme		
2. Des données quantitatives sur ces caractéristiques sont-elles disponibles ?		
<i>Faible</i> 43,7 %	<i>Modéré</i> 25 %	<i>Fort</i> 31,3 %

Figure 112 : 4.1. Caractéristiques générales et démographiques des groupes cibles

Une O.N.G. insiste sur le besoin de bien travailler les concepts/définitions avant toute ébauche de programme. Pour celle-ci, il est indispensable de bien distinguer les enfants « *dans* » la rue et les enfants « *de* » la rue [33].

Plus de 40% des organisations interviewées n'ont aucune information sur l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'environnement culturel ou les moments (saisons, jours de la semaine, heures de la journée..., 40.6%) des populations.

Pourtant, nos résultats montrent que ces adaptations sont nécessaires: le sexe (2.3.2.b.; 7.1.1.b.), l'âge (2.3.2.b.), le temps (6.2.). Seules 46.9%, 34.4% et 21.9% des organisations ont des connaissances sur ces trois facteurs. Elles ne sont que 37.5% à connaître l'environnement culturel et 40.6%, le milieu socio-économique. 59.4% des organisations savent si les déterminants s'appliquent clairement aux différents sous-groupes de population (âge, sexe, culture...).

1. Le problème est-il clairement décrit ? 2. Le problème est-il répandu dans le groupe ou dans la communauté ? La prévalence du problème (= nombre de cas existants) est-elle connue ? L'incidence du problème (= nombre de cas nouveaux par unité de temps) est-elle connue ? 3. Les déterminants sociaux sont-ils clairement décrits ? Il peut s'agir d'indicateurs tels que le chômage, le revenu, la peur de la criminalité, la discrimination raciale, la toxicomanie, le recours aux services sociaux ou la situation sur le plan du logement. 4. Les conséquences sociales sont-elles clairement décrites comme la mortalité (taux de mortalité, espérance de vie), les maladies et troubles, les handicaps légers, les invalidités, les nuisances, les dépenses de santé, l'absentéisme... ? 5. Les conséquences économiques telles que les coûts des équipements, les coûts des soins médicaux, les coûts des mesures, la perte de revenus due à la tentative de résolution ou de limitation du problème... sont-elles clairement décrites ?		
<i>Faible</i>	<i>Moyen</i>	<i>Fort</i>
40.6 %	21.9 %	37.5 %

Figure 113 : Outil Preffi : 2.1. Nature, gravité et étendue du problème

Les déterminants de la santé sont peu connus (Fig. 113): 68.8% pour les déterminants les plus importants, 62.5% pour les déterminants psychologiques, sociaux ou environnementaux. Si les organisations possèdent peu de ces informations, elles ne sont en plus que 56.3% à juger qu'elles sont fiables.

3.1.2. Le manque d'adaptation géographique

Les lieux d'intervention des O.N.G. sont très différents des lieux de leurs sièges (4.4.2.b.; 4.4.2.c.). Pourtant, les intervenants doivent adapter au mieux leurs programmes au milieu local. La confiance et proximité sont importants pour intégrer les messages et discuter de sexualité et de VIH/SIDA (2.3.2.; 7.1.1.; 7.1.3.).

Le programme de prévention SIDA de l'O.N.G. CARE possédait une base géographique (ligne ferroviaire Dakar-Bamako-Abidjan-Ouagadougou). Dans ce programme, des animateurs circulaient pour sensibiliser les vendeuses ambulantes, clients dans les gares-routières, *pousse-pousse* et cheminots. Des partenariats existaient entre l'entreprise ferroviaire, les O.N.G. et autorités locales [37].

Seules 50% des organisations connaissent la distribution géographique du problème à traiter à l'échelle de la région, de la ville ou du quartier concerné. Ce manque n'est pas spécifique à la prévention VIH. La lutte contre la pauvreté nie également les dimensions géographiques, sociales et politiques (Le Marcis, 2003). Pourtant, travailler dans les villes africaines exige de prêter attention aux pratiques spatiales ainsi qu'aux structures sociales spécifiques (modes de vie quotidiens, Marie, 1987).

Lorsque les données sociales, géographiques ou sanitaires existent, elles doivent être retravaillées. Par exemple, la Cour d'Appel de Bamako reçoit les dossiers de viol qui viennent de Bamako, Koulikoro,

Sikasso et Ségou mais sa zone de compétence territoriale ne tient pas de statistiques propres à chaque localité (Wildaf, 2006).

Malgré ces manques, des initiatives existent comme la volonté d'allouer plus de ressources financières dans le domaine de la santé aux zones les plus pauvres (Samaké, 2009).

Si le « *local* » est de plus en plus utilisé comme base d'expérimentation de stratégies, le manque de moyens financiers et humains ne permet pas, pour le moment, à l'ensemble des communes de gérer leurs différents domaines d'intervention (éducation, santé, sécurité alimentaire) (Janin, 2008).

De l'avis même des acteurs, les messages marchent différemment suivant les territoires. Le Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.) reconnaît que la Banque Mondiale ne laisse aucun pouvoir de décision quant aux choix des sites de sensibilisation [19] d'où une concentration des programmes dans les villes et une « *saturation de l'information* » [8]. Les spots de sensibilisation de P.S.I. Mali (préservatif Protector Plus) sont par exemple moins suivis par les bamakois (P.S.I., 2009). Il est pourtant reconnu et chiffré (E.D.S.M.) que les populations les moins informées et qui connaissent le moins le VIH/SIDA se situent en zone rurale notamment les femmes [17].

Cette adaptation locale est pourtant pertinente car des disparités dans les connaissances et la répartition géographique des projets s'observent à l'échelle des quartiers de Bamako [17]. De même, à l'échelle micro-locale de la commune VI, des distinctions dans les modes de vies et connaissances existent. Le quartier de Faladié Séma est populaire, peu « *curieux* », Faladié Sikoro, plutôt résidentiel et européen [8].

77.5% des habitants de Banconi et 81.6% de Faladié sont au fait des diverses campagnes de prévention en santé mais leur appropriation n'est pas la même (5.1.2.). Ils ne sont que 33.4% à Banconi à connaître l'un des slogans contre 46.9% à Faladié (Fig. 114).

	Banconi	Faladié
<i>Abstinence – Fidélité - Préservatif</i>	17,4 %	17,6 %
<i>Stop SIDA !</i>	4,3 %	10,3 %
<i>Ensemble, stoppons le SIDA !</i>	5,1 %	1,4 %
<i>SIDA, pensez-y !</i>	1,6 %	2,8 %
<i>Appel au leadership</i>	1,6 %	5,9 %
<i>Le SIDA tue !</i>	1,6 %	1,2 %
<i>Le SIDA tue, ensemble stoppons le SIDA !</i>	/	2 %
<i>Protégeons-nous contre le SIDA</i>	0,8 %	0,6 %
<i>Dépistage avant le premier rapport, confiance d'accord mais dépistage d'abord</i>	0,6 %	1,8 %
<i>Tenons nos promesses, accélérons la prévention</i>	/	3,8 %
<i>Autres (Roulez protéger !, tenons nos promesses, soyons fidèles)</i>	0,4 %	/
<i>Ne sait pas</i>	66,6 %	52,6 %

Figure 114: Quel est le slogan de lutte contre le VIH/SIDA au Mali ?

Les slogans retenus ne sont pas les mêmes entre nos deux espaces ce qui contredit l'étude de P.S.I. Mali réalisée à l'échelle des communes (P.S.I. Mali, 2009). En effet, l'organisation n'avait perçue aucune variation entre les six communes de Bamako. Seulement, les échantillons étaient faibles (19 personnes par communes).

« *Pour la mairie de Bamako, tout est fait en globalité pour la ville, il n'y a pas d'adaptation pour chaque commune* » [15].

Seuls 43.5% des habitants de Banconi et 56.4% de Faladié trouvent les messages adaptés au contexte malien. Malgré ces faibles chiffres, un intérêt certain existe pour les messages de prévention :

« *Les préventions sont bien en général. Elles donnent des informations nécessaires sur le SIDA comme il le faut.* » [I] [J]

« *Je trouve que les messages de prévention sont bien. Les méthodes de prévention préconisées sont bonnes et pures.* » [E] [F]

Si les messages sont plutôt positifs ([G] [H]), ils devraient être plus nombreux : « *les messages de prévention sont bien qu'ils fassent plus !* » [O] [P].

Pour certains participants, il persiste tout de même un grand nombre de personnes qui ne croient pas à l'existence du VIH/SIDA [V] [W]. Le monde contemporain au Mali (occidentalisation/modernisation) tend à développer des interventions et des savoirs standardisés sur les problèmes de santé (Gobatto et al., 2010).

Cette adaptation géographique est nécessaire d'autant que de nombreuses structures d'hébergements (« *chambres de passes* ») se développent dans tous les quartiers : « *le sexe n'est pas une chose qu'on expose. Les établissements chinois sont dans des quartiers populaires. Il faut que ce soit dans des endroits discrets pour ne pas choquer.* » (Député R.P.M. in Phan, 2009)

Cette augmentation impressionnante de structures peut engendrer de multiples pratiques à risques. En effet, en 1993, la proximité du camp militaire a favorisé le « *marché mondial* » (la prostitution en « *français-bamakois* »), ce qui montre que l'implantation de structures peut avoir de l'influence (Bargès, 1993).

La prévention du VIH est très active sur certains sites répertoriés²⁹¹. Des paires éducatrices (souvent d'anciennes prostituées), circulent dans les quartiers, bars ou domiciles des prostituées pour discuter avec elles, leurs clients et leur donner des préservatifs. La connaissance de ces sites est très utile pour cibler au mieux les actions même si le développement de la prostitution clandestine complique ces repérages...

Un autre exemple démontre cette nécessité d'adaptation géographique. Chez les jeunes, l'initiation à la consommation de drogues se développe souvent collectivement et dans des lieux spécifiques connus sous le terme de « *ghettos* » (Unesco). Certaines O.N.G. (Samu Social, Amifa) cartographient (sur papier) les sites sur lesquels ils travaillent et répertorient leurs groupes cibles (enfants des rues et prostituées).

3.1.3. Le retard dans la collecte et le partage des données sanitaires

La collecte d'informations sanitaires est difficile. Des fiches de collecte existent à la base (niveau cercle) mais leurs utilisations aux niveaux inférieurs et supérieurs ne sont pas satisfaisantes [43]. Des difficultés dans la compilation des données et la temporalité des envois persistent [24] même à l'échelle du district

²⁹¹ L'indicateur Renouveau (15/04/2011), « Mine d'or de Loulou : L'esclavage sexuel à ciel ouvert »
Le Guido (03/05/2011), « Parc national de Bamako: Bienvenue au paradis de la débauche »
Le Prétoire (20/06/2011), « Et si on en parlait : Parc national du Mali Un lieu de débauche par excellence ! »

de Bamako. Le taux de collecte (Fig. 115) est même inférieur à la moyenne nationale en comparaison d'autres régions éloignées et mal desservies comme Tombouctou (S.L.I.S. 2009).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Commune I</i>	86 %	88 %	94 %	100 %	100 %	100 %	100 %	110 %	81 %
<i>Commune VI</i>	97 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	79.5 %	65 %
<i>Total Bamako</i>	86 %	91 %	95 %	99 %	86 %	91 %	100 %	100 %	75 %
<i>Total Mali</i>	90 %	93 %	95 %	96 %	96.6 %	91 %	100 %	97.5 %	80 %

Figure 115 : Complétude des données pour les CSCOM pour les communes I et VI de Bamako et pour le Mali de 2000 à 2006 (S.L.I.S., 2000-2006)

Les données locales de prévalence/incidence du VIH ou d'autres maladies sont peu connues malgré l'existence de telles données dans les C.S.COM. et Centres de Santé de Référence (C.S.R.). Les modalités et logiciels pour la saisie informatique de ces données sanitaires sont en cours ce qui devrait améliorer la collecte. Pour le moment, les données sont uniquement compilées sur tableaux ou cahiers avant d'être transférées aux directions régionales puis nationales.

Les critères d'évaluation de la qualité de l'information sanitaire (indicateurs de morbidité et de mortalité, système de santé, facteurs de risque) restent tout de même satisfaisants (Fig. 116).

Critères d'évaluation de la qualité des indicateurs sélectionnés	Indicateurs de l'état de santé			Indicateurs du système de santé	Indicateurs des facteurs de risques	Total qualité de l'information sanitaire
	Mortalité	Morbidité	Dans l'ensemble			
<i>Méthode de collecte des données</i>	Présente mais inappropriée	Très appropriée	Appropriée	Appropriée	Présente mais inappropriée	Appropriée
<i>Ponctualité ou actualité ou délai</i>	Très appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Présente mais inappropriée	Appropriée
<i>Périodicité</i>	Très appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Présente mais inappropriée	Appropriée
<i>Cohérence</i>	Très appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Présente mais inappropriée	Appropriée
<i>Représentativité</i>	Appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Appropriée	Très appropriée
<i>Désagrégation</i>	Très appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Appropriée	Appropriée
<i>Méthodes d'estimation / Transparence</i>	Très appropriée		Très appropriée	Très appropriée		Très appropriée
<i>Evaluation générale des indicateurs</i>	Très appropriée	Très appropriée	Très appropriée	Appropriée	Présente mais inappropriée	Appropriée

Figure 116: Résultat des critères d'évaluation des indicateurs du S.N.I.S. au Mali en 2008 (Ministère de la Santé, 2008)

D'autres indicateurs sont, en revanche, de moindre qualité (évaluation de l'intégralité, cohérence et méthode de collecte des statistiques, périodicité de certains indicateurs). Pour les facteurs de risques, seuls les critères relatifs à la représentativité et à la désagrégation sont considérés comme appropriés, les autres sont présents mais inappropriés.

Si les organisations et centres de santé recherchent peu ces données de santé, lorsqu'elles le font, elles ne sont pas sûres de pouvoir y accéder (existence, disponibilité, formalités, temps...). Nos recherches de données sanitaires fiables (nationales ou locales) l'ont malheureusement confirmé... C'est notamment l'une des raisons pour lesquelles les acteurs n'utilisent que les données de l'E.D.S.M....

3.1.4. Une relative absence de partage des données et recherches

« Tu peux laisser ta main un mois dans l'eau, elle est mouillée, mais elle n'est pas propre. »
= « C'est en échangeant les idées que l'on peut apprendre certaines choses. »
(Proverbe Bambara)

L'accès aux données est difficile voir « verrouillé » (Fournier et al., 2006). Il est pourtant nécessaire de mieux les collecter et les utiliser notamment à l'échelle locale et ne pas les conserver à l'échelon national [24].

a) Un manque de capitalisation des données et recherches

La Conférence VIH/SIDA de Bamako est organisée pour combattre ce manque d'échanges et de connaissances entre structures. Si beaucoup de publications et séminaires évoquent la situation du VIH/SIDA au Mali, les acteurs se connaissent peu à l'intérieur du pays... (Dr Aliou Sylla, C.S.L.S., M. Malick Sène, H.C.N.L.S., 2007). Certaines institutions effectuent leur recherche et repartent avec, sans que le pays n'en soit informé (Fournier et al., 2006). Le taux de restitution des travaux aux populations et acteurs est faible (Berthé et al., 2009, Boileau, 2007, Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004). Il est donc difficile de capitaliser les efforts au Mali dans le domaine du VIH/SIDA [28].

« Merci pour vos vœux Seyba et qu'Allah le miséricordieux soit avec toi à chaque instant de ta vie. Vous êtes vraiment un vrai bambara qui tient aux personnes qu'il a connu et cela est rare avec les « Blancs » qui viennent juste pour leur besoin et repartent en oubliant tout le monde. » [26]

Nos entretiens montrent que peu d'organisations consultent les rapports d'évaluations, de recherches ou de travaux de littérature ou d'experts.

Les organisations fonctionnent peu en équipe, l'individualisme professionnel est omniprésent (De Sardan, 2010). Pour exemple, les responsables des Comité de Développement Participatifs (C.D.P.) n'effectuent jamais de restitution/réunions avec les populations.

b) L'inexistence de structures de capitalisation des données

Les activités d'I.E.C. sont peu coordonnées entre les différentes institutions (Barker, 2003). Car, si les données épidémiologiques, sociologiques... existent, elles proviennent de sources multiples. Aucun mécanisme de diffusion de l'information n'a été créé (Fournier et al., 2006) même si des tentatives ont eu lieu notamment à la Direction Nationale de la Population (D.N.P.) par l'équipe de Mme Sauvain-Dugerdil. Aucune base de données n'existe et ce, dans tous les domaines (Bougoudogo, 2010; Fournier et al., 2006).

La nouvelle politique nationale de recherche doit créer un Conseil de Coordination pour l'inventaire des différentes études et résultats. La Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA (C.S.L.S.) a commencé ces derniers temps à mieux organiser son centre de documentation. Il n'existe pas, comme en France, d'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.), une structure chargée de coordonner la recherche et d'assurer la diffusion des connaissances auprès des professionnels même si, à l'origine, le Centre National d'Information, d'Education, de Communication pour la Santé (C.N.I.E.C.S.)

était chargé de cette mission²⁹². Dès les années 95-96, le C.N.I.E.C.S. était trop faible et incapable de remplir ses missions à cause d'un « *chao vertical et horizontal* » (Barker, 2003). Un chao vertical par manque de leadership (confusion hiérarchique), de vision et de direction de l'instance d'où un manque de communication entre organisations. Un chao horizontal par manque de mécanisme de coordination et de communication des informations et ressources des différents acteurs.

« *Il est difficile de dire le nombre exact de C.S.COM.. Tous les jours des A.SA.CO. sont créés, la FE.N.AS.COM. n'est pas forcément au courant.* » [10]

Très peu de postes de documentalistes et d'archivistes sont présents : en 2008, un documentaliste à Koulikoro, un aide documentaliste à Sikasso et deux aides archivistes à Tombouctou (S.L.I.S., 2008). Cependant, il existe dans certaines structures (Ministères, écoles), des bibliothèques spécialisées (Faculté de Médecine, Ministère de la Promotion, de la Femme, de l'Enfant et de la Famille). Malheureusement, celles-ci sont sous-utilisées et souvent méconnues malgré le nombre importants d'ouvrages, travaux de recherches ou mémoires d'étudiants présents.

Cette fragmentation d'informations est déplorée par les professionnels. L'une des explications avancée par un acteur de terrain est le manque de volonté de partage des connaissances et contacts entre intellectuels [9]. Les organisations ne s'invitent pas de manière officielle mais via des amis communs et le réseau informel [8].

Presque tous les donateurs font défaut dans leurs stratégies de communication au grand public sur ce qu'ils font et combien ils dépensent (Magassa, Meyer, 2008). De même, peu d'O.N.G. déposent leurs rapports d'activités à la Cellule d'Appui et de Développement à la Base (C.A.D.B.) qui répertorie et gère les statuts des associations/O.N.G.. En règle générale, les collaborations entre O.N.G. et services techniques sont faibles (Ministère de l'Administration Territoriales et des Collectivités Locales, 2008).

c) De multiples possibilités de partage

En 2008, seul 5% du budget pour la lutte contre le VIH/SIDA était alloué à la recherche (2007 5,6%, Ungass, 2010). Si la recherche n'est pas la priorité pour l'État et si les institutions offrent peu de moyens de production et de diffusion du savoir, des efforts sont présents pour augmenter ce budget (1.4.3.) et les publications. Outre le manque de possibilités de publications locales, les chercheurs en sciences humaines disposent à Bamako de peu de lieux d'expression. Des revues scientifiques existent dans quelques structures de recherche²⁹³. Seulement, à l'exception de ces rares revues (*Etudes maliennes* à l'I.S.H., *Recherches africaine* à la F.L.A.S.H.), les possibilités sont inexistantes et les travaux d'expertises n'aboutissent qu'à des rapports destinés au seul commanditaire. Dans le domaine médical, la revue Mali Médical existe depuis 2003 mais ne comporte que trois numéros par an. La documentation scientifique

²⁹² 1/ Coordonner la production du matériel d'Information, d'Education et de Communication (I.E.C.) en matière de santé, 2/ Assurer des prestations de service d'I.E.C., 3/ Concevoir et réaliser des messages, 4/ Fournir un appui technique aux services en matière d'I.E.C., 5/ Contribuer à l'exécution des plans de campagne nationaux, 6/ Faire diffuser des thèmes d'éducation pour la promotion de la santé par les voies appropriées, 7/ Evaluer l'efficacité des activités d'I.E.C..

²⁹³ Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (C.N.R.S.T.), Faculté de Médecine Pharmacie d'Odoonto-Stamologie (F.M.P.O.S.), Faculté des Lettres, des Arts et des Sciences Humaines (F.L.A.S.H.), Institut des Sciences Humaines (I.S.H.), Institut d'Economie Rurale (I.E.R.)

reste insuffisante (Traoré, 2006) avec un taux de 0.375 publications par chercheurs de l'I.S.H. en 2000 (Doquet, 2007).

En revanche, beaucoup d'ateliers, séminaires, formations, conférences sont, notamment depuis 2006, organisés [16], ces derniers font d'ailleurs les gros titres de la presse. Si ces moments de partage sont répandus, plusieurs critiques apparaissent.

Tout d'abord, ces rencontres « *scientifiques* » sont liées aux versements de *per diem* (4.3.3.c.) d'où leurs intérêts et leurs multiplications.

La conférence VIH/SIDA de Bamako est plus perçue comme une rencontre politique que scientifique [7]. D'autre part, ces colloques sont marqués par des interventions de différents acteurs locaux et internationaux dans un climat teinté de condescendance et d'humiliation. La société civile est souvent « *frustrée* » par la nature du dialogue avec les bailleurs de fonds (pouvoir asymétrique (4.3.1.b.), impatience des donateurs (6.2.2.), conditionnalités (4.3.3.d.)).

L'ambiance de ces rencontres est concurrentielle notamment au sein de la société civile. Les organisations et acteurs tentent au maximum de se montrer.

Les ateliers sont organisés pour un cercle fermé d'acteurs et d'organisations. Ces rencontres ont souvent lieu à Bamako (jamais dans les régions), dans de grands hôtels (Hamdallaye-ACI 2000) où peu d'habitants résident : « *il y a bien des ateliers à l'hôtel El Farouk ou à l'hôtel Madison mais où est la population ? Ce sont pourtant les populations qui sont les plus touchées et les premières victimes* » [15]. De même, la journée de lancement du mois de lutte contre le SIDA de 2007 à Bamako s'est déroulé au Parc des Expositions, très loin des habitants... Cet éloignement était-il volontaire ? [3]

De plus, si ces ateliers sont pertinents pour échanger, ils devraient être plus nombreux, plus réguliers (tous les six mois), regroupés et thématiques par régions pour une approche plus correcte des territoires et populations.

Enfin, une scission existe entre les ateliers organisés au Groupe Pivot Santé Population (G.P./S.P.) (bénéficiaire principal Fond Mondial) et ceux organisés à Arcad Sida (bénéficiaire secondaire). Ce manque de relations est regrettable car le premier est consacré à la lutte institutionnelle et le second à la société civile. Sur le terrain, les deux approches doivent être coordonnées et cohérentes pour garantir leurs efficacités.

La Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FE.N.AS.COM.) organise tous les cinq ans un congrès regroupant deux membres de chaque A.SA.CO. ainsi que des membres de mutualités de santé. Le dernier a eu lieu en 2009 [10]. Malheureusement, les médecins ne sont pas vraiment conviés, le privilège revenant aux Présidents d'A.SA.CO. et membres du bureaux bien qu'ils ne maîtrisent pas le terrain et de compétences sanitaires... (6.1.2.a). Les « *politiques* » et « *corrompus* » s'y retrouvent [11]. Si toutes les A.SA.CO. sont membres de la FE.N.AS.COM. et s'il existe un conseil de concertation sur « *le papier* », une absence de synergie entre A.SA.CO. existe dans la mutualisation d'expériences, de matériel ou de moyens [10].

d) Une faible prise en compte des résultats

Peu de décisions politiques sont prises à la suite des ateliers et travaux de recherche [3]. Les rencontres entre les donateurs et le gouvernement sont essentiellement « *virtuelles* » (Jaffré, 2007). Une déconnexion s'observe entre les rapports produits à Bamako et la réalité du terrain. Certaines organisations préfèrent s'appuyer sur les données produites dans les « *douces* » conditions des bureaux de Bamako plutôt que sur des données issues de la dure réalité du terrain malien notamment rural²⁹⁴. En conséquence, celles-ci prennent peu le contexte d'étude en compte dans l'utilisation des données de l'E.D.S.M. [42].

Seules 62.5% des organisations utilisent des informations issues de la recherche pour élaborer leurs projets. Peu d'organisations travaillant sur la santé que nous avons rencontré possédaient l'E.D.S.M. IV alors que ce document est la référence au Mali car le document le plus connu et le plus complet (santé de la reproduction, excision, santé maternelle...) même s'il n'est pas parfait.

De même, la presse relaie l'organisation de ces divers événements sanitaires et leurs recommandations finales mais sans émettre d'opinions ou de prises de position (Damone, 2007). Il s'agit bien souvent d'une stricte description des faits. Malheureusement, ces recommandations finales sont souvent non respectées, générales voir irréalistes et ne débouchent sur aucune réalisation concrètes.

Le manque de recherches scientifiques, de données et de partage de résultats compliquent les efforts des organisations pour mettre en place leurs programmes et définir certains concepts comme celui de communauté.

3.2. Des difficultés de conceptualisation des programmes : l'exemple de la définition de « communauté »

Si les programmes se doivent, pour obtenir un financement, posséder une base « *communautaire* », peu d'acteurs connaissent les modalités qui décrivent ce concept.

3.2.1. Définir la communauté sous l'angle géographique

Le manque de participation des populations, la rapidité de mise en place des projets et le manque de recherches préalables apparaissent comme contre-productifs. L'échelle locale doit permettre d'identifier quel(s) est(sont) le(s) critère(s) clé(s) partagés par la population sur l'espace géographique du programme afin de pouvoir définir de manière précise le terme de communauté locale et de décrire le contexte local (Muller et al., 2007). L'utilisation de ce concept est fragile et délicat car il peut, d'un côté, représenter un puissant ressort identitaire, mais également, fragmenter la population.

Les recherches qui lient communauté et résultats de santé dans les pays en développement sont souvent examinées sous le seul angle démographique en négligeant certains facteurs connexes (géographie, qualité et accès aux soins..., Gage, 2007). La communauté peut être assimilée à des frontières géographiques, administratives ou sociales (Muller et al., 2002).

Les populations ne sont pas perçues sous un angle spatial. Les fondements sociaux (ethnie, lignages...) sont plus importants que le fait d'habiter un lieu identique (Bertrand, 1999b). De plus, le contexte urbain

²⁹⁴ L'Indépendant (11/02/2011), « Grogne à la Santé à cause des réunions interminables : Les méthodes du ministre Macalou décriées par des directeurs de service »

accentue l'individualisme (Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004) et la fragmentation du réseau familial (C.E.M.AF., 2007).

Au Mali, définir des groupes « *pertinents* » à l'échelle des individus est un challenge pour la conduite de recherches (analyses multi-niveaux). Les habitants qui considèrent leur voisinage et quartier comme bons ont un sentiment communautaire plus ancré.

La mobilité fait qu'il est aujourd'hui difficile de différencier les « *migrants* », des Bamakois d'origine (Ouédraogo, Piché, 1995). Les déplacements sont réguliers, nombreux et à toutes les échelles (dans la ville, hors de la ville, du pays...). La ville a tout de même gardé, dans son organisation spatiale et sociale, des marques mandingues (Bargès, 1997). Auparavant, les différents quartiers de Bamako abritaient des communautés de lignages distincts ce qui ne s'observe plus aujourd'hui. Cette hétérogénéité sociale des quartiers est un héritage du mode d'attribution des parcelles sous l'administration coloniale qui ne rendait pas un quartier plus attractif qu'un autre.

Certains quartiers reflètent tout de même une dominance ethnique particulière sous l'effet de processus migratoires (Sinou, 1986). Ainsi, Bozola regroupe aujourd'hui essentiellement une population de marchands (Diaz, Perrault et al., 2005).

Il est difficile de décrire l'existence d'une « *sociabilité de quartier* » à Bamako. Dans les quartiers anciens, les échanges et solidarités restent essentiellement intra-familiales tandis que dans les quartiers périphériques, la sociabilité extra-familiale est plus présente (amis, voisins, Vuarin, 1994). Quand les voisins n'appartiennent pas à la même communauté (sociale, ethnique, religieuse), les comportements diffèrent (par exemple la propreté de l'espace de vie) et sont immédiatement interprétés en termes d'habitus culturels différents (C.E.M.AF., 2007).

3.2.2. La définition et le sentiment communautaire sur nos deux espaces

Les acteurs ont du mal à définir le terme de communauté. Il en est de même pour les populations, nos groupes de discussions l'ont montré.

Le partage de valeurs et normes sont les plus cités [G] [H] [K] [L] [V] [W] : « *la communauté, c'est l'ensemble des individus qui partagent les mêmes normes et valeurs sociales ou qui vivent sous les mêmes règles* » [M] [N]. Lorsqu'il est demandé de préciser ces valeurs et normes, les participants donnent différents critères (langue, religion, race, constitution, idéologie, ethnie) ce qui complique d'autant plus la définition même de communauté à Bamako : « *la communauté, ce sont des gens qui partagent soit la même situation géographique, soit la même religion ou la même ethnie...* » [O] [P]

Le sentiment communautaire est élevé pour nos deux espaces (Banconi 77.5%, Faladié 73.7%). Il augmente significativement la participation à la vie de la communauté (83.3% contre 38.2%). Les membres associatifs sont plus nombreux à ressentir ce sentiment.

Si la dépendance n'est pas significative, les habitants étrangers et ceux qui voyagent beaucoup ont un sentiment plus faible d'appartenance communautaire.

Plus le réseau amical est important, plus ce sentiment augmente. L'importance communautaire augmente le recours des habitants aux autorités locales, chefs de quartiers, religieux, famille et aux voisins en cas de problèmes.

Le sentiment communautaire engendre un sentiment supérieur de méfiance envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.). Les enquêtés sont ainsi plus nombreux à vouloir éviter de côtoyer une personne infectée par le virus et à souhaiter qu'elles gardent son statut secret.

3.2.3. Une « *sur-communautarisation* » de la société malienne

Les préjugés occidentaux sur « l'Afrique » s'observent sur leurs conceptions des « *valeurs communautaires* », « *pesanteurs magico-religieuses* » ou de la « *disparition de l'individu derrière la famille* » (De Sardan, 2010; Courade, 2006; Dorier-Apprill, Jaglin, 2002). Ainsi, le mot communauté possède un contenu « *magique* », « *politiquement correct* » plus qu'une réalité (Balique, 2001b). Beaucoup de projets valorisent leurs espaces d'intervention sur des critères soi-disant « *homogènes* » d'un point de vue social, ce qui est loin d'être toujours le cas (Dubresson, Jaglin, 2002).

En conséquence, les programmes décrivent souvent les populations sous l'existence d'une « *pseudo-communauté* » et minimisent les questions d'inégalités, d'exploitation et de domination (Hetland, 2008). La connaissance partielle de la communauté à l'échelle locale entraîne une « *sur-communautarisation* » (Calvès, Marcoux, 2004) et rassemble l'identité africaine en fonction de certains facteurs (personnes, groupes, ethnie..., Canut, 2006). Une fracture existe entre la logique communautaire et celle des pouvoirs publics locaux. Cette fracture s'explique par l'absence de normes communes qui favorise le développement de conduites individualistes ou communautaires « *exagérées* » (ethniques notamment, Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004).

De nos jours, la solidarité communautaire est largement subie (Marie, 1997) et les jeunes cherchent à y échapper. Les enfants sont de plus en plus laissés à eux-mêmes ou confiés à des maîtres coraniques ce qui n'est pas sans conséquences (travail, vols, prostitution, vagabondage...) ²⁹⁵. Les stéréotypes sur le contrôle social omniprésent qui décourage les initiatives individuelles (Janin, 2006 in Courade, 2006) n'ont plus cours aujourd'hui sous l'effet de la modernisation, de la globalisation et des changements sociaux (C.E.M.AF. 2007; Bouju, Bocoum, Ouattara, Touré, 2004; Calvès, Marcoux, 2004; Marie, 1997). L'individualisation se développe même si l'individu est toujours lié à la communauté sous des formes différentes (De Sardan, 2010). S'il est nécessaire d'aller au-delà de la dichotomie, il est important de signifier que les processus d'individualisation ne sont pas poussés à l'extrême du monde occidental (Calvès, Marcoux, 2004).

²⁹⁵ L'Indicateur du Renouveau (06/05/2010), « Problématique des enfants vulnérables travailleurs : R.I.O.E.V. prône une réponse de proximité communautaire »

L'Essor (14/06/2010), « Lutte contre le travail des enfants : besoin d'un second souffle »

L'Essor (16/08/2010), « Petit commerce : la multiplication des vendeurs en culottes courtes »

Bamanet (17/08/2010), « Lutte contre l'exclusion des enfants : Une malienne de la diaspora dénonce la lourdeur administrative »

Avenue 223 (02/10/2010), « Petits commerces des enfants : l'argent et le risque ! »

Le Caïmain Indé (29/12/2010), « Samu Social Mali : Enfants et jeunes de la rue au cœur des débats »

Le Flambeau (23/02/2011), « Le travail des enfants : L'heure est au changement de mentalité et de comportement »

Fondation Orange (23/02/2011), « "Nous venons tous d'une maison", une étude réalisée par le Samu Social au Mali sur les enfants de la rue »

Le Caïmain Indé (02/03/2011), « Exploitation des enfants : Les jumeaux mendiants, un phénomène grandissant »

Le Flambeau (20/04/2011), « Campagne d'information et de sensibilisation sur la situation des enfants en conflit avec la loi : La DRPFEF et L'UNICEF montent au créneau »

3.2.4. Les programmes de santé communautaires : quelles implications pour quelles réussites ?

Des programmes communautaires ont connus des réussites au Mali comme dans la distribution communautaire de préservatifs (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999). Aujourd'hui, une grande majorité des programmes (éducation, santé ou autres) doivent impérativement (bailleurs de fonds), posséder une base communautaire ([35]; Castel, 2006; Le Marcis, 2003; Dubresson, Jaglin, 2002). Les « vertues » des communautés sont promues par toutes les institutions. Seulement, la participation des populations ou des O.N.G. locales ne signifie pas nécessairement que celles-ci sont représentatives des opinions des populations.

L'implication des communautés dans les programmes peut être très limitée (Diarra). Dans d'autres cas, les programmes sont laissés à la charge des communautés sans que celles-ci en aient été les initiatrices d'où un manque de continuité et de suivi de ces programmes d'autant que les populations, communautés et instances locales manquent très souvent de compétences pour cela. Ce transfert de tâches sans consultation ou formation s'est observé dans les difficultés d'un programme sanitaire dans la récolte de données précises sur le nombre de comprimés distribués, de personnes traitées, de personnes non-éligibles... (Etude multi-pays TDR/OCP/APOC, 1996).

Le manque de consultation des populations, de recherches et la dépendance extérieure créent une standardisation et uniformité des messages d'où un manque d'innovations.

3.3. Un manque d'innovations des programmes de sensibilisation

3.3.1. Les difficultés traditionnelles et actuelles pour innover

Ce manque d'innovations n'est pas spécifique aux programmes de santé. Les changements proposés pour modifier le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté C.S.L.P. se sont heurtés à de multiples résistances (gouvernement, société civile, partenaires bilatéraux et multilatéraux ; Raffinot, 2002).

Les communautés elles-mêmes sont réticentes à la nouveauté (Katz, West, Doumbia, Kané, 1999) même si « *les animations classiques ont montrés leurs limites* » [69].

La politique de consensus nationale favorise une conception attentiste et unanime de la vie publique. Elle limite toute volonté d'élaborer un projet politique alternatif.

D'autre part, les initiatives sont souvent étouffées par les modèles prédéterminés des organisations internationales (4.3.3.d.; 6.2.2.). Or, le contact entre acteurs maliens et acteurs internationaux ne devrait pas annihiler les spécificités maliennes mais, au contraire, permettre aux acteurs maliens de mieux saisir leur originalité²⁹⁶ et de générer des innovations (Proulx, Favreau, 2008).

²⁹⁶ L'indicateur Renouveau (13/01/2011), « Lutte contre le VIH/Sida : Le CNIIECS veut se doter d'un guide de message » Le Républicain (26/11/2010), « Dessins animés : «Musu Danbe», un outil pédagogique » Nouvelle Libération (10/03/2010), « Michel Sidibé, directeur exécutif de l'Onusida : « Les téléphones portables pourraient être l'arme ultime pour combattre le sida en Afrique » » L'indépendant (13/05/2008), « Introduction de l'enseignement du VIH/Sida à l'IGLAM : Préparer les futurs hommes de médias à mieux communiquer sur la pandémie »

Les initiatives internationales peuvent être dangereuses dans un pays aussi fragile institutionnellement. Le Mali fait, très souvent, office de pays pionnier (test) pour certains programmes (Déclaration de Paris 2005, santé maternelle et néonatale²⁹⁷).

Le département de la santé a souscrit à l'International Health Partnership (I.H.P.+ , 2008) qui doit permettre à l'ensemble des partenaires de posséder un cadre efficace de travail. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D.) accroît le besoin de ressources dans un contexte de multiplication d'initiatives pour la santé, d'où la nécessité de bien coordonner l'ensemble des programmes et initiatives.

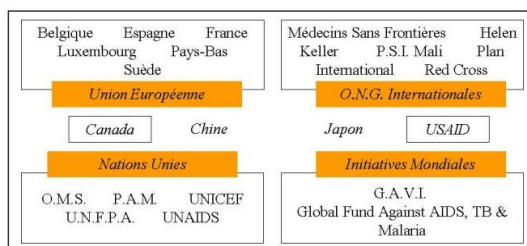


Figure 117 : Pourquoi le Compact ?

Le programme Compact (Fig. 117) doit permettre de mieux coordonner ces différentes initiatives (Déclaration de Paris, I.H.P., H.H.A., I.L.M....) mais également entre le plan sectoriel et les autres documents (O.M.D., C.S.L.P., C.D.M.T., Samaké, 2009).

3.3.2. De possibles innovations

Malgré tout, des stratégies innovantes existent comme la création d'expositions mobiles orientées sur la vie quotidienne et placées dans des quartiers, lieux (grins, lieux de tresses, gares routières, Fig. 118) et temps ciblés (et interactifs) [44].



Figure 118 : Café Santé créée par l'O.N.G. Jigi à la gare de Sogonikoro à Bamako le 3 janvier 2008

Beaucoup de femmes s'expriment sur le VIH/SIDA ou les violences par le dessin avec, dans certains cas, des affiches et supports de sensibilisation créés [17].

« Les campagnes contre la maladie au Maroc sont plus compréhensibles car elles montrent toujours ce que les séropositifs peuvent réaliser malgré leur maladie. Mais, ici au Mali, on nous fait croire que le SIDA est égal à la mort, la mort dans l'immédiat. » [E2]

²⁹⁷ 22 Septembre (08/11/2010), « Stratégie de santé maternelle et néonatale USA - OCI : Le Mali et le Bangladesh choisis pour le projet-pilote »

Le niveau faible de connaissances sur le virus donnent la volonté à certains acteurs, de créer eux-mêmes et avec les populations, du matériel de sensibilisation [7].



A gauche : Œuvre représentant la transmission mère-enfant, puis le changement de comportement, le soutien aux P.V.VIH., la diminution de la prévalence du VIH/SIDA au Mali, une fresque « STOP SIDA » en symboles dogon, enfin, M. Mohamed Sylla

Figure 119 : Œuvres sur le VIH/SIDA de M. Mohammed Sylla, artiste peintre de Bamako en janvier 2008

M. Sylla, artiste plasticien à Bamako a créé plusieurs œuvres sur la transmission mère-enfant, le changement de comportement ou les personnes vivant avec le VIH/SIDA (Fig. 119). Il a proposé à de multiples reprises au Haut Conseil (H.C.N.L.S.) de créer des affiches de sensibilisation adaptées au contexte national ou local mais n'a jamais reçu de réponses de leur part... Des artistes ont pourtant collaboré avec des chercheurs pour créer des supports notamment pour les populations analphabètes. Aujourd'hui, il apparaît nécessaire de varier les thèmes d'animation pour éviter la « *monotonie* » des programmes [19] d'autant que les populations ne les trouvent pas adaptés (6.1.1.). Le cadre stratégique national n'a pas réellement évolué d'un point de vue préventif et curatif mis à part par le basculement du « *tout préventif* » vers le « *tout curatif* » [35].

Certaines innovations connaissent des succès comme le bol « *Sada Diallo* » (patients diabétiques) qui permet de mesurer la bonne proportion d'aliments à consommer (Gobatto et al., 2010). Ces innovations nécessitent du temps mais malheureusement, les institutions n'en laissent pas beaucoup... (6.2.2.).



Figure 120 : Dessins de sensibilisation dans un C.S.COM. dans le cercle de Kadiolo

Les supports sont, dans quelques cas, présentés puis discutés avec les populations. Les acteurs cherchent à savoir ce que les populations voient par ces images (Diarra) comme les dessins réalisés dans l'enceinte de certains C.S.COM. pour prévenir la diarrhée chez l'enfant ou la nécessité de bien se savonner les mains avant de manger (Fig. 120).

CONCLUSION

Notre étude démontre combien la géographie de la santé est importante pour comprendre comment combattre une maladie et promouvoir la santé globale. Par son approche globale et son regard sur d'autres sciences sociales, elle étudie en profondeur, à toutes les échelles, l'influence des contextes sociaux sur la santé.

La géographie de la santé et les sciences humaines jouent un rôle critique fondamental pour expliquer les conditions de réussite/d'échec des programmes et pour proposer des pistes de réflexion. Nos résultats montrent que les critiques ne sont pas sans fondements et qu'elles peuvent être constructives pour l'élaboration des futurs programmes.

Notre recherche autour de l'organisation de la prévention via l'ensemble des acteurs, à toutes les échelles et dans des contextes différents insiste sur la contextualisation de la prévention. Notre méthodologie a permis d'étudier cette organisation en s'adaptant du mieux possible au terrain. Nous avons observé et analysé les programmes de prévention du format papier à la réalité du terrain, sur le long terme, via la connaissance d'un réseau variable d'acteurs de la prévention et une approche comparative micro-locale.

Si de nos jours, de nombreuses recherches se développent sur les nouvelles méthodes de prévention du VIH/SIDA (microbicides, traitements...), on ne peut pas occulter la communication en santé, sans quoi aucune sensibilisation ne peut marcher. L'adaptation de l'ensemble de ces méthodes de prévention est essentielle. De gros espoirs sont présents dans le monde et au Mali pour, dans un temps court, éradiquer le virus. Seulement, nos rencontres de terrain auprès des Personnes Vivant avec le VIH (P.V.VIH.) nous rappellent qu'il faut rester prudent. Les associations de malades sont très présentes au Mali. Elles sont intégrées aux différentes structures de santé et programmes de prévention. Celles-ci devraient prendre part aux recherches scientifiques car elles ont une très bonne connaissance des codes de communication et techniques d'approches.

Nos comparaisons avec d'autres pathologies (paludisme, diabète, tuberculose, lèpre...) montrent que le VIH/SIDA reste très spécifique... Les pratiques, perceptions et croyances qui lui sont liées ne sont pas identiques ce qui engendre une stigmatisation différente. Ces distinctions entre maladies sont très importantes à prendre en compte pour créer des campagnes de promotion de la santé efficaces qui prennent en compte l'ensemble des pathologies. Ces campagnes doivent pouvoir posséder une trame commune et ensuite se décliner dans des versions spécifiques pour chaque maladie.

Les questions de promotion de la santé sont réellement à prendre en considération car la population malienne a un faible accès aux besoins primaires et n'a que peu de ressources financières. Il est donc difficile de demander aux populations des efforts supplémentaires notamment l'achat de préservatifs...

L'utilisation future de traitements médicaux en termes d'outils de prévention (pré-exposition) paraît difficile voir impossible au Mali. Si le pays a un très bon accès aux A.R.V., des difficultés existent. Rajouter un dispositif médical supplémentaire pourrait engendrer des confusions (traitement pré-exposition / traitement A.R.V.), des manques de moyens (ruptures en traitements), de structures et de ressources humaines nécessaires à son bon fonctionnement. D'autre part, si l'Etat malien garantit l'accès

gratuit aux médicaments, il ne lui est pas possible de financer l'ensemble de ces programmes... (Les traitements A.R.V. sont d'ailleurs financés en grande partie par les programmes internationaux).

La recherche scientifique est sporadique et peu efficace au Mali. Même si des structures existent, peu de recherches, notamment en sciences humaines, sont effectuées. Pourtant, les besoins sont énormes dans une société malienne en plein bouleversement social (modernisation, mondialisation, migrations,...). Les programmes sanitaires sont trop souvent élaborés sans recherches et sans consultations des instances nationales, locales et populations. Si la journée A.N.R.S. a montré du « *doigt* » les petits projets, notre recherche et nos résultats montrent combien ces projets restent d'actualité et essentiels pour des approches locales de terrain et pour l'adaptation des messages.

Dans un contexte global de crise financière, de gouvernance et politique, le financement des programmes demeurent une question délicate... Tout programme doit aujourd'hui aborder les sciences politiques, les questions d'aide au développement, de décentralisation, de corruption et de clientélisme, ce que nous avons fait. Car, si les grands programmes sont mis en place, leurs appropriations locales par les acteurs et populations sont liées à ces contextes politiques.

La résurgence des approches biomédicales en terme de prévention (circoncision, Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP), microbicides...) grâce aux avancées technologiques ne doivent pas occulter l'importance des sciences humaines et sociales. Les programmes de recherches doivent permettre une meilleure élaboration des messages et donc occasionner une meilleure acceptation des mesures préventives.

Les repères et cadres théoriques varient suivant les pays. Ces derniers doivent être potentiellement assimilés par les acteurs nationaux et locaux ainsi que par les populations. La culture d'un pays ne doit pas être la seule cause évoquée de l'échec des projets. Les chercheurs et concepteurs de programmes ne doivent pas prétendre tout connaître. Ils doivent laisser du temps pour l'élaboration et la réussite des sensibilisations.

Si certains messages de prévention fonctionnent, les innovations dans les méthodes de passation ainsi que dans les programmes restent peu nombreuses ou mal acceptées (instances nationales et internationales).

La complexité bio-sociales et les co-facteurs sont peu connus. La société a de l'influence sur le VIH/SIDA qui a de l'influence sur la société... Les aspects sociaux et biologiques sont co-constitutifs par leur localisation et leur différenciation biosociale. Les variations remarquées dans les connaissances et comportements montrent combien le milieu de vie, la scolarisation et le gradient social peuvent jouer un rôle dans l'appropriation des messages.

L'internationalisation des stratégies de prévention montre certaines limites. Les questions liées à leurs adaptations et à leurs acceptations par les populations sont présentes. Les inégalités sociales très prégnantes dans la société démontrent que l'ensemble des programmes structurels et sanitaires doivent les prendre en compte.

Les populations ont une mémoire individuelle et collective pour l'ensemble des maladies. Il est donc primordial de les considérer et de considérer leurs expériences pour mieux prévenir les maladies. Le

contexte de l'arrivée du VIH/SIDA en Afrique dans les années 80 a occasionné et occasionne toujours des difficultés pour les actions de prévention d'où l'importance de très bien préparer les outils et modes de communication. Les erreurs de communication des premières années ne sont toujours pas résolues aujourd'hui... Notre connaissance du terrain sur le long terme et l'approche longitudinale (populations, acteurs, organisations) montrent que le SIDA doit être intégré dans une vision plus large qu'est la santé. De nombreuses pathologies (tuberculose, paludisme) sont aussi, voir plus importantes pour les populations, d'où l'intérêt d'avoir une approche globale des pathologies. Les politiques sanitaires doivent donc, tout aussi bien, étudier le problème de santé à l'échelle globale qu'à l'échelle locale (identité professionnelle des diffuseurs des messages). La place essentielle des agents de santé, chefs de quartiers, pairs éducateurs, relais communautaires, dans la prévention et leurs réussites appuient ce fait. Le temps est également une donnée non négligeable dans toute étude ou programme en Afrique. Cette donnée est liée à la mémoire des populations. Les changements sociaux font, qu'aujourd'hui, le contexte de l'entrée en sexualité et les parcours de vie sont à étudier pour travailler sur des programmes en promotion de la santé. Ce concept de promotion de la santé est intéressant à aborder au Mali tant la maladie et la santé sont liés à de nombreux facteurs et pas uniquement des facteurs sanitaires.

Nous l'avons évoqué dès notre introduction, plusieurs critères sont à considérer pour produire des données probantes. Notre étude a tenté de prendre en compte l'ensemble de ces critères pour produire une recherche innovante et utile aux acteurs maliens.

La multidisciplinarité de la géographie de la santé fait que nous nous sommes attachés à démontrer que LES contextes (sociaux, économiques...) ont des conséquences sur les comportements et l'accès aux connaissances.

Des initiatives personnelles ou organisationnelles existent au Mali pour la prévention via le dessin, les échanges, l'animation, les cafés-santé... Cependant, ces techniques de proximité restent peu ou sous-utilisées par les institutions nationales malgré leurs résultats pertinents. Seulement, ces techniques sont essentiellement locales et touchent une petite partie de la population. Elles ne sont donc pas assez visibles pour les diverses institutions en charge de la prévention.

La question de l'arrêt des programmes de recherche par certains chercheurs et donc du délaissement des sites pose question au Mali. En effet, peu de structures de recherches et de chercheurs sont présents à plein temps. La majorité sont occidentaux et n'effectuent des recherches que sur un temps très court sans former les personnels sur place. Notre travail sur le long terme, en partenariat avec l'Université de Bamako, en collaboration avec des étudiants, des doctorants, des structures de recherches et des O.N.G. a permis à ces acteurs de découvrir notre discipline. D'autre part, les outils utilisés (groupes de discussions, Preffi, Precede-Proceed, enquêtes C.A.C.P....), travaillés avec ces mêmes acteurs ont été jugés pertinents.

Notre travail n'a pas abordé la question de la prévention et de l'adaptation des programmes pour les seules populations. Il était important pour nous de travailler conjointement avec les populations et avec les acteurs pour déterminer les adéquations et inadéquations des programmes en cours.

Les trois pistes de réflexions essentielles pour la conduite des futurs programmes de prévention et de recherche émises lors de l'atelier A.N.R.S. ont été abordées dans notre étude (historisation des politiques de prévention, organisation de la prévention, interventions).

L'historisation des politiques de prévention a été étudiée de part l'évaluation des connaissances actuelles, de l'évaluation des anciens programmes, de la résurgence d'anciennes rumeurs qui ont démontré sur le terrain qu'il existait plusieurs générations de prévention et de réponses à la maladie.

Les deux facteurs de l'organisation de la prévention ont été pris en compte.

Tout d'abord, l'étude des réseaux d'acteurs impliqués dans les interventions a été largement vue, que cela soit du côté des bailleurs de fonds et organisations internationales, des institutions nationales (Ministère de la Santé, H.C.N.L.S., C.S.L.S., Mairies, chefs de quartiers...) ou du côté de la société civile via les associations et O.N.G.. Leurs relations (accords/désaccords) et la perception de la population de ces acteurs ont montré de nombreux résultats.

Le second facteur, l'étude des discours et des normes de prévention a montré tout l'intérêt et la nécessité de procéder à une étude multidisciplinaire (sociologie, anthropologie de la santé...). La recherche multi-échelle (internationale, nationale, locale, micro-locale) a posé de nombreuses questions et constats sur les transferts des interventions des organisations internationales et des financeurs.

Cette recherche en sciences humaines ne s'est pas contentée d'étudier les interventions, elle a largement travaillé la question de leurs appropriations. Si cette recherche ne peut pas être considérée comme totalement évaluative, l'ensemble des données récoltées a permis d'analyser en profondeur la qualité et l'adaptation des messages. Le contexte malien (faible prévalence, accès important aux traitements) fait que le VIH/SIDA n'est pas perçu comme une pathologie importante.

Cet état des lieux des comportements, des connaissances et de la qualité des messages était important avant la future arrivée de nouveaux paradigmes et de nouvelles stratégies préventives. Les futurs programmes devront travailler sur les inégalités sociales qui sont très présentes en matière de prévention.

Concernant nos hypothèses de recherches, une grande majorité d'entre-elles se sont vérifiées.

Les programmes tiennent peu compte des contextes dans lesquels ils sont mis en place. Les stratégies de communication employées sont principalement issues d'un modèle extérieur plutôt que de laisser l'expérience de terrain ébaucher son propre cadre. Les appels à projets sont composés de formulaires pré-remplis avec de très nombreux critères formatés. Ces appels ne permettent aucune innovation donc de réflexion active et de recul des organisations sur leurs programmes. Beaucoup d'organisations sont donc passives même si beaucoup le sont par manque de connaissances, de compétences ou de liberté. Les structures et acteurs ne s'appuient pas sur des travaux issues de recherches ou de données d'où, au final, de fortes inadéquations... Les structures de recherches ainsi que les chercheurs sont présents mais relativement peu intégrés aux programmes (*Hypothèse 1*).

Beaucoup de messages supposent sur une réflexion individuelle, rationnelle et volontaire de la prévention sans considération aucune pour le contexte dans lequel ces mêmes individus et les communautés vivent.

Les messages en faveur du port du préservatif insistent sur cette responsabilité individuelle et ce, quel que soit le groupe concerné par les messages (routiers, femmes, jeunes...). Or, ces groupes ne peuvent pas, dans la majorité des cas, échappés aux contraintes sociales en vigueur au Mali (tabou, influences des pairs, respect des traditions, des anciens, normes...). Si la prévalence est plus haute pour certains groupes à risques, il n'en reste pas moins que ces groupes sont en contact perpétuels avec la population générale ce qui démontre que les programmes ciblés ne sont pas suffisants et plutôt stigmatisants. La question du genre doit par exemple être incorporée dans tous les programmes qu'ils soient structurels ou sanitaires (*Hypothèse 2*).

La sensibilisation via les campagnes de masses est importante pour préserver un « *bruit de fond* ». Seulement, celle-ci doit être complétée par des approches de terrain pour évaluer leurs réussites et rétablir au plus vite les rumeurs et méconnaissances. Les acteurs de terrain ne sont pas assez conviés à l'élaboration des programmes alors qu'ils sont les premiers acteurs et les personnes qui déterminent au mieux les besoins éventuels... En conséquence, les messages sont majoritairement axés sur la seule information et non sur le changement de comportement (*Hypothèse 3*).

L'exemple de la promotion du préservatif sans prendre en compte le contexte social de sa possible utilisation est criant. Si les populations veulent l'utiliser, le tabou, le manque de moyens financiers, le refus de certains partenaires, la place de la religion... font qu'il est encore très difficile de le faire. Pour cela, les programmes doivent être mieux élaborés (*Hypothèse 4*).

Ce manque de préparation fait que les messages n'atteignent pas nécessairement les groupes cibles et les objectifs prévus. Ce manque d'adaptation n'est pas spécifique aux populations cibles car les populations locales ne souscrivent pas non plus complètement aux approches institutionnelles. Elles n'intègrent pas tous les messages I.E.C. à leurs propres modes de pensée et comportements. Or, les programmes doivent intégrer une dimension « *promotion de la santé* » pour que la prévention s'attache d'une part aux besoins quotidiens des populations en lien avec la santé. Le manque de recherches préalables fait que les programmes n'ont aucune spécificités temporelles, démographiques, économiques ou sociales (*Hypothèse 5*).

D'autre part, lorsque la recherche sur les comportements sexuels existe, elle reste mal utilisée. Les organisations ne partagent pas suffisamment leurs résultats d'études aux instances nationales et autres organisations. Il n'existe pas encore de structure chargée de collecter les recherches.

En conséquence, les acteurs ne se basent que sur l'E.D.S.M.... Seulement, les données restent essentiellement générales et non locales... Les chercheurs et instituts de recherche ont une place minime dans l'organigramme national et dans la lutte contre le VIH/SIDA d'où leur manque de motivation et de présence aux réunions (*Hypothèse 6*).

D'un point de vue général et pas uniquement sanitaire, les membres institutionnels et non-institutionnels coopèrent très peu. Les messages transmis sont donc hétérogènes et quelques fois contradictoires. Cela va à l'encontre des possibles économies d'échelles et mutualisation d'innovations.

Les politiques et la société civile ne sont pas réellement bien perçus par les populations. La corruption, le clientélisme, le favoritisme et les prises d'intérêt personnel font que les habitants n'ont qu'une faible

confiance dans ces acteurs. Or, ces derniers sont chargés de transmettre l'information sur le VIH/SIDA ce qui est contre-productif pour que les populations adhèrent aux programmes (*Hypothèse 7*).

Les approches stratégiques sont générales et suivent les recommandations internationales via les bailleurs ou les coopérations techniques (Onusida et les Best Practices). Malheureusement, si les institutions internationales sont assez mal perçues, elles sont très visibles (logos sur les panneaux, 4X4, spots télévisés...) ce qui ne facilite pas l'appropriation des messages de sensibilisation. La prévention devrait être pensée à une échelle plus fine, ce qui demanderait également des moyens parfois plus restreints. Les messages doivent faire l'objet de concertations et de recherches pour déterminer ce que les populations et les acteurs de terrain demandent. L'intégration de la promotion de la santé dans l'ensemble des programmes permettrait d'augmenter l'intérêt des populations pour le VIH/SIDA notamment en l'intégrant à la planification familiale ou à la santé maternelle (*Hypothèse 8*).

Pour faciliter l'ensemble de ces besoins (recherche, promotion de la santé, partage de données, évaluation...), les collaborations entre acteurs et entre structures sont nécessaires. Le Mali s'est engagé dans une démarche de décentralisation de la santé, les informations au niveau local doivent être complétées et transmises au niveau supérieur. Ces données doivent également, pour être pertinentes, être accompagnées de données complémentaires provenant d'autres domaines (promotion de la santé : logement, éducation, urbanisme, action sociale, vie associative...) (*Hypothèse 9*).

Les messages de sensibilisation doivent s'attacher à toucher les individus mais également le contexte dans lequel ils vivent. L'étude combinée permet de mieux interpréter les comportements à risques mais également les moyens de les prévenir (*Hypothèse 10*).

Il est nécessaire d'avoir une approche multi-scalaire (international, national, local) de la prévention mais également une approche multi-scalaire au sein du milieu de vie des populations (quartier, communauté, famille, école, cercle d'amis...) (*Hypothèse 11*).

Cette recherche s'est voulue innovante de part son approche méthodologique du terrain et par sa discipline propre. Notre étude a permis à de nombreuses structures, acteurs, institutions, étudiants et responsables locaux (maires, agents de santé, chefs de quartiers...) de connaître la géographie de la santé. Beaucoup d'entre-eux souhaitent poursuivre leur initiation.

L'ensemble de ces acteurs ont apprécié nos résultats, notamment leurs restitutions rapides et le partage des références bibliographiques et statistiques en notre possession. Nos données de terrain, variées, montrent à quel point l'approche locale reste essentielle pour lutter efficacement contre le VIH/SIDA via des messages de sensibilisation.

Les programmes de prévention doivent être cohérents à toutes les échelles et entre tous les acteurs impliqués. Leurs adaptations auX contextes doivent être travaillées en amont et en aval par des recherches scientifiques. Ces outils et données amélioreront les programmes dans un pays où les acteurs sont très impliqués et très mobilisés pour combattre ce fléau.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHESON D. (1998), *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, The Stationery Office
- ADAMS A.M., MADHAVAN S., SIMON D. (2002), *Women's social network and child survival in Mali*, *Social Science and Medicine*, Vol. 54, 165-178
- AFROBAROMETRE (2006), *Round 4 Afrobarometer: Enquête au Mali, a comparative series of national public attitude surveys on democracy, markets and civil society in Africa*, 65 pages
- AFROBAROMETRE (2001), *Popular perceptions of good governance in Mali*, 51 pages
- AÏACH P. (2008), *Questions au sujet de l'approche géographique des inégalités de santé*, Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé - Marseille, 16-17 octobre 2008, 5 pages
- AÏACH P., FASSIN D. (2004), *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*, *La revue du praticien*, N° 54, 2221-2227
- AIRHIHENUWA C.O., OBREGON R. (2000), *A critical assessment of Theories/Models used in Health communication for HIV/AIDS*, *Journal of Health Communication*, suppl. 5, 5-15
- AMAT-ROZE J.M. (1998), *Risques sanitaires et territoires à risque. Perception individuelle et perception collective, du groupe à l'État*, in *Le voyage inachevé... hommage à Joël Bonnemaison*, ORSTOM-PRODIG, 543-550
- AMAT-ROZE J.M. (1999), *Sexually transmitted diseases in nineteenth and twentieth century in Ivory Coast*, in *International comparative history of STDs and HIV/AIDS in the world, History of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in sub-saharian Africa*, Sydney : Dept of Public Health, Westport & London : Greenwood, 43-64
- AMAT-ROZE J.M. (2003), *La santé en Afrique, un continent, deux mondes*, in *L'Afrique. Vulnérabilité et défis*, Editions du Temps
- ANDERSSON N., MASSOUD N. (1995), *Service delivery survey (S.D.S.) in Mali*, C.I.E.T. International, 44 pages
- ANNUAIRE DE L'EDUCATION (2005-2006-2007-2008-2009), *Annuaire national des statistiques scolaires de l'enseignement fondamental*, Ministère de l'Éducation Nationale, 1042 pages
- ANNUAIRE STATISTIQUE DES TRANSPORTS (2009), *Rapport sur le secteur des transports au Mali*, Ministère de l'Équipement et des Transports, 66 pages
- A.N.R.S. (2007), *Les discours institutionnels sur la prévention du SIDA et leur impact sur la population cible Nord Cameroun*, A.N.R.S. 12172
- A.N.R.S. - ORSTOM (1997), *Le Sida en Afrique : recherches en sciences de l'homme et de la société*, A.N.R.S. - ORSTOM, 172 pages

- ANTONOWICZ L. (2010), La faite aux enfants en milieu scolaire au Mali, Education for Change Ltd., Save The Children, 61 pages
- ASSOGBA Y., KANE H., NDIAYE S., SANOGO Y., FAVREAU L. et al. (2003), Création de richesses en contexte de précarité : l'expérience de l'Afrique de l'Ouest, Université du Québec en Outaouais, 21 pages
- ATKINS INTERNATIONAL (2006), Profil Environnemental du Mali, Commission Européenne, 111 pages
- ATKINSON S. et al. (2000), Going down to the local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care, *Social Science and Medicine*, Vol. 51, 619-636
- AUDIBERT M., DE ROODENBEKE E. (2005), Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives, Banque Mondiale, 115 pages
- BAJOS N. (1998), La sexualité aux temps de Sida, P.U.F., 494 pages
- BALIQUE H., OUATTARA O., AG IKNANE A. (2001a), Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, Vol. 13, N° 1, 35-48
- BALIQUE H. (2001b), Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali, 276-283 in HOURS B. (2001), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Collection Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie, Karthala
- BALIQUE H. (2000), Les programmes de santé, *Adsp*, N° 30, 43-50
- BALIQUE H. (1998), Le Mali : un système de soins en pleine transformation, *Médecine Tropicale*, N° 58, 337-341
- BARA I., BERTHE I. (2008), Analyse du système de santé malien dans la perspective de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, Université Claude Bernard
- BARGES A. (1998), Lèpre et socio-anthropologie de la maladie en Afrique francophone, *Bulletin de l'Association des léprologues de langue française A.L.L.F.*, Vol. 1, 16-17
- BARGES A. (1997), Ville africaine, lèpre et institution coloniale : la maladie à la confluence de deux pensées, *Histoire et Anthropologie*, Vol. 15, 114-122
- BARGES A. (1996), Entre conformismes et changements: le monde de la lèpre au Mali, in J. Benoist, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala
- BARGES A. (1993), Environnement urbain africain et maladie : ségrégation anti lépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali), *Ecologie Humaine*, Vol. 11, N°2, 7-20
- BARKE A., Le « cousinage à plaisanterie » : la culture savante pour un éclairage fécond de la culture populaire, Université Abdou Moumouni Niamey Niger, 11 pages
- BARKER K. (2003), Order from Chaos: Organizational Aspects of Information, Education and Communication (A case study from Mali), *Journal of Health Communication*, Vol. 8, 383-394

- BARKER K. (2001), *Mother's perceptions of deadly childhood illness in Mali*, The 129th Annual Meeting of APHA
- BARNETT T., PARKHURST J. (2005), *HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change*, *The Lancet*, 5, 590-593
- BAVOUX J-J. (2002), *La géographie : objet, méthodes, débats*, Armand Colin, 239 pages
- BECKER C., DOZON J-P., OBBO C., TOURE M. (1998), *Vivre et penser le Sida*, Karthala, 712 pages
- BERCHE T. (1996), *Per diem et topping up. Enjeux de pouvoirs et stratégies dans un projet de santé au Mali*, *Bulletin de l'A.P.A.D.*, N° 11, 10 pages
- BERGAMASCHI I. (2009), *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, Aide budgétaire et dialogue politique au Mali*, Gret, *Collection débats et controverses*, N°2, 27-38
- BERGAMASCHI I. (2008), *Les trajectoires de l'« appropriation » et de la « lutte contre la pauvreté » au Mali : interprétations, pratiques et discours concurrents*, *Communication au colloque « les mots du développement »*, Université Paris-dauphine, 16 pages
- BERGAMASCHI I. (2007), *Mali: Patterns and Limits of Donor-Driven Ownership*, Paper presented at the annual meeting of the American Political Science Association, 28 pages
- BERIDOGO B. (2002), *Etude sur la violence faites aux femmes au Mali*
- BERIDOGO B. (1997), *Processus de décentralisation au Mali et couches sociales marginalisées*, *Bulletin de l'APAD*, Vol. 14, 10 pages
- BERKMAN, L.F. et al. (2000), *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*, *Social Science and Medicine*, Vol. 51, 843-857
- BERTHE A., MAGUIRAGA F., TRAORE L., MUGISHO E., DRABO M., TRAORE A.K., DUJARDIN B., HUYGENS P. (2009), *Approche socio anthropologique de la tuberculose à Mopti (Mali): représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose*, *Cahiers Santé*, Vol. 19, N°2, 87-93
- BERTOZZI S.M. et al. (2008), *Making HIV prevention programmes work*, *The Lancet*, 372, 831-844
- BERTRAND M., (1999a), *Transition malienne, décentralisation, gestion communale bamakoise*, CNRS-PRODIG, *Collection mémoires et documents de l'UMR PRODIG*, N°8
- BERTRAND M. (1999b), *Décentralisation et culture politique locale au Mali: de la réforme territoriale au cas de Bamako*, *Autrepart*, Vol. 10, 23-40
- BESANCON S., SIDIBE A.T., NIENTAO I. (2009), *Le diabète au Mali: aspects diététiques*, *Santé Diabète Mali*, 5 pages
- BEURET J-E., *La médiation au cœur de projets de coopération : Mobiliser des ressources locales de médiation ? Mais la médiation prend alors des formes qui différent de nos codes et pratiques....*, 4 pages

- BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A., MOISDON J-C., VERITE E. (2005), Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?, Société française de santé publique, Volume 4, Numéro 17, 569-582
- BOCQUIER P., DIARRA T. (1999), Population et société au Mali, L'Harmattan, 204 pages
- BOILEAU C., RASHED S., SYLLA M., ZUNZUNEGUI M.V. (2008), Monitoring HIV risk and evaluating interventions among young people in urban West Africa: development and validation of an instrument, AIDS Education and Prevention, Vol. 20, N°3, 203-219
- BOILEAU C. (2007), Atelier de restitution des résultats de l'enquête comportementale sur les jeunes de Bamako, Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.)
- BOLAND Reed, KATZIVE L. (2009), Évolution des législations relatives à l'IVG: 1998-2007, Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, N° spécial, 14-24
- BONNET D., JAFFRE Y. (2003), Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, Karthala, 510 pages
- BOUCHON M. (2006), Les soignants en souffrance : les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du Point G de Bamako (Mali), Revue Face à Face, N°9, 18-26
- BOUGOUDOGO F. (2010), Etat de la recherche en santé au Mali, Bamako C.N.O.P.
- BOUJU J. (2008), Violence sociale, anomie et discordance normative. La trajectoire migrante. Le cas des « 52 » de la région de Djenné (Mali), Bulletin de l'APAD, 27-28
- BOUJU J., DE BRUIJN M. (2008), Violences structurelles et violences systémiques. La violence ordinaire des rapports sociaux en Afrique, Bulletin de l'APAD, 27-28
- BOUJU J. (2006), Violences sociales ordinaires. Approche comparative et interdisciplinaire dans huit villes africaines, CEMAF-Aix, ANR-06-CONF-004, Violafrique
- BOUJU J. (2000), Clientélisme, corruption et gouvernance locale à Mopti (Mali), Autrepart, N°14, 143-163
- BOURDARIAS F. (2009), « Constructions religieuses du politique », *Civilisations*, Vol. 58, N°2, Mis en ligne le 30 décembre 2012
- BOURDARIAS F. (2003), O.N.G. et développement des élites, Journal des anthropologues, N°94-95, 17 pages
- BOURDIEU P. (1979), La distinction, Editions de Minuit, 244 pages
- BOURDILLON F., BRÜCKER G., TABUTEAU D. (2007), Traité de santé publique, Médecine-Sciences Flammarion, 737 pages
- BRAND S. (2000), Mediating means and fate: a socio-political analysis of fertility and demographic change in Bamako, Brill Academic Publishers

- BRAUMAN R. (1996), *Humanitaire, le dilemme*, Textuel, 106 pages
- BRITT L.H., MAÏGA M., MORRISON K., DAO T. (2009), *Scaling up approaches to promote constructive men's engagement in reproductive health*, 137th APHA Annual Meeting
- BROCKERHOFF M., HEWETT P. (2000), *Inégalités de la mortalité de l'enfant chez des groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne*, *Bulletin de l'O.M.S.*, Recueil d'articles Numéro 3, 29-40
- BRUNET-JAILLY J. (2000), *La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone*, *Afrique contemporaine*, N° 195, 191-203
- BRUNET-JAILLY J. (1999), *Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du 3ème millénaire ?* in *Citadins et ruraux en Afrique à l'aube du 3ème millénaire*, *Cahier de l'UCAC*, Vol. 4, 325-350
- BRUNET-JAILLY J. (1993), *Se soigner au Mali*, Karthala-Orstom, 342 pages
- BUTTIMER (1971), *Health and welfare: Whose responsibility?*, *Antipode*, Vol. 3, N°1, 31-45
- CALVES A., MARCOUX R. (2004), *Les processus d'individualisation « à l'africaine »*, *Sociologie et Sociétés*, Vol. XXXIX, N°2, 5-18
- CALVEZ M. (2004), *la prévention du sida : les sciences sociales et la définition des risques*, P.U.R., 189 pages
- CAMBON (2008), *Planification et évaluation en promotion de la santé : Des outils au service des acteurs : Catégorisation des résultats (Promosanté Suisse) (Preffi 2.0)*, C.R.S. Rhône-Alpes
- CAMBON L. (2008), *Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé*, *Société Française de Santé Publique*, Vol. 6, N° 20, 2 pages
- CAMPBELL C. (2003), *Letting them die: why HIV/AIDS prevention programmes fail*, *Health education research*, Vol. 20, N° 2, 2 pages
- CAMPBELL C., MACPHAIL C. (2002), *Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention*, *Social Science and Medicine*, Vol. 55, 331-345
- CANUT C., SMITH E. (2006), *Pactes, alliances et plaisanteries : pratiques locales, discours global*, *Cahiers d'Etudes Africaines*, Vol. 4, N°184
- CANUT C. (2006), *Construction des discours identitaires au Mali: ethnicisation et instrumentalisation des senankuya*, *Cahiers d'Etudes Africaines*, Vol. 4, N° 184, 967-986
- CANUT C. (2004), *« Sissao, Alain Joseph — Alliances et parentés à plaisanterie au Burkina Faso. Mécanisme de fonctionnement et avenir »*, *Cahiers d'études africaines*, Vol. 176, 978-980
- CARILLON S. (2010), *Approche anthropologique des ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH : L'exemple de Kayes (Mali)*, *Conférence Francophone sur le VIH/SIDA*, Casablanca, 29 mars 2010
- CASTEL O. (2006), *Bonne gouvernance versus démocratie : les rhétoriques de la Banque mondiale et des ONG du Nord face aux réalités*, *La démocratie au péril de l'économie*, 327-349

- CASTLE S. (2003), *Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali*, Oxford University press, 10 pages
- CASTLE S. (2001), "The tongue is venomous": perception, verbalisation and manipulation of mortality and fertility regimes in rural Mali, *Social Science and Medicine*, Vol. 52, 1827-1841
- CENTRE D'ETUDE DES MONDES AFRICAINS (C.E.M.AF.) (2007), *Société civile, pouvoirs locaux et développement durable en Afrique*, Ministère de la Recherche Action Concertée Incitative « Sociétés et cultures dans le développement durable » Axe de recherche n°1 du CEMAf, 264 pages
- CENTRE DJOLIBA (2004), *Lutte contre la pauvreté : Eclairage méthodologique et analytique à partir des résultats enquête 123*, CEA et Afrobaromètre, Séminaire international, Bamako, 12 juin 2004, 27 pages
- CHAUVIN F. (1996), *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*, CFES, 289 pages
- CHAZE S. (1993), *Pour organiser une action de prévention dans le domaine de l'infection à VIH. L'acteur et le terrain*. A.F.L.S., 155 pages
- CHERRY S., MUNDY K. (2007), *Civil society and the governance of basic education : Mali country field study*, Comparative and International Development Education Centre, 40 pages
- CHIVALLON C. (2003), *Une vision de la géographie sociale et culturelle en France*, *Annales de Géographie*, Tome 112, N°634, 646-657.
- CICOUREL A.V. (2008), *Micro-processus et macro-structures*, SociologieS
- CISSE, DIABATE, BALLO, BALTISSSEN, HEUS, HILHORST, *Soutenir la mise en œuvre de la décentralisation en milieu rural au Mali*, KIT Publishers, 65 pages
- CISSE H.B., MAÏGA S.I., BARTHOLOMEEUSSEN S. (1999), *Liens entre la décentralisation et la coopération décentralisée au Mali*, Document de réflexion ECDPM
- CLAVAL P. (1995), *La géographie culturelle*, Nathan université, 384 pages
- CLEMMONS L., COULIBALY Y. (1999), *Ressources culturelles et santé maternelle au Mali*, Notes CA, N° 12, 4 pages
- COATES T.J., RICHTER L., CACERES C. (2008), *Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better*, *The Lancet*, 372, 669-684
- COMMERS M.J., GOTTLIEB N., KOK G. (2006), *How to change environmental conditions for health*, *Health Promotion International*, Vol. 22, N° 1, 80-87
- CORDELLIER S. (2002) *Action humanitaire: Démystifier les O.N.G.*, *Alternatives Internationales*
- COULIBALY I., KEÏTA B., KUEPIE M. (2008), *Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique*, *Afrilux*, N°8, 16 pages
- COULIBALY A. (2008), *La planification familiale au Mali : étude anthropologique*, E.H.E.S.S.
- COURADE G. (2006), *L'Afrique des idées reçues*, Belin, 400 pages

- CUMMINS S., CURTIS S., DIEZ-ROUX A.V., MACINTYRE S. (2007), Understanding and representing place in health research: a relational approach, *Social Science and Medicine*, Volume 65, pages 1825-1838
- CONDROYER F. (2008), Rôles et limites de la communication en santé publique comme stratégie pour réduire les inégalités sociales de santé: le cas de la nutrition, *Journées annuelles de santé publique 2008*, 5 pages
- CONSEIL NATIONAL DE LA SOCIETE CIVILE (2006), Contribution de la société civile à la formulation du CSLP II : Rapport de synthèse des concertations régionales et communales
- COULIBALY S., DESPLAT D., KONE Y. et al. (2007), Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagne au Mali, *Education for health*, Vol. 20, Issue 2, 9 pages
- COULIBALY T., Marginalité et stratégie de survie en dehors de la famille. Cas des adolescents en décohobitation précoce à Bamako, *Institut des Sciences Humaines de Bamako (I.S.H.)*, 13 pages
- CUMMINS S., CURTIS S., DIEZ-ROUX A.V., MACINTYRE S. (2007), Understanding and representing place in health research: a relational approach, *Social Science and Medicine*, Vol. 65, 1825-1838
- CUMMINS S., MACINTYRE S., DAVIDSON S., ELLAWAY A. (2005), Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources, *Health and Place*, Vol. 11, 249-260
- CURTIS S., RIVA M. (2009), Health geographies I: complexity theory and human health, *Progress in Human Geography*, Vol. 33, N°3, 1-9
- CURTIS S. (2006), Evaluer les répercussions des politiques publiques sur la santé des populations : un défi pour les acteurs de la santé publique, *Symposium « les politiques publiques favorables à la santé : lorsque connaissances, politiques et valeurs sont en jeu »*, *Journées annuelles de santé publique*, 9 pages
- CURTIS S. (2004), *Health and Inequality: Geographical Perspectives*, Sage, 329 pages
- CUTLER F., AMADIGUE T., BOURRELY M. (2007), Pratiques homosexuelles et prévention du VIH/SIDA en Afrique : Actes de l'atelier de OUAGADOUGOU, 1 - 5 Octobre 2007, *Aides*, 37 pages
- DAB W. (2005), Réflexions sur les défis de la programmation en santé, *Promotion & Education*, Vol. 12, Suppl. 3, 74-77
- DAKOUO A., KONE Y., SANOGO I. (2009), La cohabitation des légitimités au niveau local, *Alliance malienne pour refonder la gouvernance en Afrique (ARGA/Mali)*, 28 pages
- DARMON L. (2005), La proximité pour compétence : médiateur en santé publique, *Journal du Sida de l'Arcat*, N° 180
- DAUPHINE A. (2003), Les théories de la complexité chez les géographes, *Economica*, 248 pages
- DAUVIN P., SIMEANT J. (2002), *Le travail humanitaire : les acteurs des O.N.G., du siège au terrain*, Presses de Sciences Po, 443 pages

- DEBRE B. (1997), *L'illusion humanitaire*, Plon, 287 pages
- DE BRUIJN M., SIDIBE K., VAN DIJK I.H. (2001), *Evaluation des appuis des OCF néerlandaises à la construction de la société civile au Mali: Rapport de synthèse*, Centre d'Etudes Africaines, Leiden, Pays Bas et Koni Expertise
- DEFOURNY J., DEVELTERE P. (1999), *Origines et contours de l'économie sociale au Nord et au Sud in L'économie sociale au Nord et au Sud*, J. Defourny, P. Develtere & B. Fonteneau (eds.), De Boeck, Bruxelles, 1999, 25-56.
- DE HARO S. (2003), *Le Sida en Afrique : des réponses associatives*, Les essentiels de Milan, 63 pages
- DE KONINCK M., PAMPALON R., PAQUET G. et al. (2008), *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Institut National de Santé Publique de Québec, 106 pages
- DE KONINCK M., FASSIN D. (2004), *Les inégalités sociales de santé, encore et toujours*, Santé, Société et Solidarité, N° 2, 5-12
- DE KONINCK M. et al. (2002), *La reproduction et les inégalités sociales de santé*, in Descarries F. et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, les éditions du Remue-ménage : 381-399
- DELAUNAY V., BLIBOLO A-D., CISSÉ-WONÉ K. (1998), « Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in DELER J-P. et al. (dir.), *ONG et développement*, Karthala, 115-142
- DE NIET E. (2007), *Enquête sur les salaires des principales ONG internationales au Mali*, CIFAM
- DE NORAY ML. (2000), *L'aide extérieure vue par agents de développements maliens*, Autrepart, N° 13, 109 - 125
- DIARRA K. (1991-1992), *Environnement, conditions de vies et systèmes de santé à Bamako : éléments d'une géographie de la santé en milieu urbain (3 tomes)*, Université de Bordeaux-Talence
- DOUGNON I., *Valeurs locales et Gouvernance Démocratique: une Analyse de la Construction de la Nation Malienne*, Université de Bamako
- DE RENZIO P., WHITFIELD L., BERGAMASCHI I. (2008), *Réformer les pratiques de l'aide publique au développement: comment les bailleurs de fonds peuvent comprendre l'appropriation et la soutenir*, Global Economic Governance Programme, 4 pages
- DE SARDAN O. (2010), « Le culturalisme traditionaliste africaniste », *Cahiers d'études africaines*, Vol. 2, N° 198-199-200, 419-453
- DE SARDAN O. (1996), « L'économie morale de la corruption », *Politique Africaine*, 63, p. 97-116.

- DE SARDAN O. (1995), *Anthropologie et Développement : Essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, collection Homme et Société : Changement social et développement, 221 pages
- DESCHAMPS J-P (2001), *Les sciences humaines, victimes de la trithérapie*, Santé Publique, Vol. 13, N° 3, 295-299
- DESCHAMPS J-P (1984), « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *Environnement et santé publique*, Vol. 34, N° 11, 18-24
- DIABATE M.B.C. (2007), *Le concept de communication traditionnelle*, 4 pages
- DIABATE DIALLO F.S., TRAORE M., DIAKITE S., PERROTIN F., DEMBELE F., DIARRA I., DOLO A. (2000), *Complications of illegal induced abortions at Bamako (Mali) between December 1997 and November 1998*, Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones en Santé, Vol. 10, N° 4, 243-247
- DIAKITE B.D., DIARRA T., TRAORE S. (1993), *Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni* » 155-175 in BRUNET-JAILLY J. (dir.), *Se soigner au Mali*, Karthala
- DIALLO D. (2010), *Etat de la recherche en médecine traditionnelle au Mali de 1960 à nos jours*, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Mali, Journées Pharmaceutiques du Cinquantenaire, 34 pages
- DIALLO H., AHMADOU A., KEÏTA M.K., SAUVAIN-DUGERDIL C., DIENG A.W. (2007), *Mobilité résidentielle durant l'enfance : facteur de vulnérabilité pour l'entrée dans la vie adulte ? Etude de cas à Bamako, Mali*, Symposium international, « Chaire Quetelet », 27-30 novembre, « Dynamiques de pauvretés et vulnérabilités, Mesures et processus explicatifs en démographie et en sciences sociales »
- DIALLO M. (2006), *Etude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts*, Rapport Provisoire de la FE.N.AS.COM., 32 pages
- DIALLO C.S. (2004), *Etat de la gouvernance au Mali*
- DIARRA T., *Codification du sens et grammaire des signes dans le savoir local*, Programme Spécial de Recherche et de Formation du P.N.U.D./Banque Mondiale/O.M.S. concernant les maladies tropicales (T.D.R.)
- DIAZ P., PERRAULT J-L. et al. (2005), *Ville de Bamako*, IEP Rennes, 63 pages
- DIEZ-ROUX A.V. (2002), *Invited commentary: places, people and health*, American Journal of Epidemiology, Vol. 155, N° 6, 4 pages
- DIEZ-ROUX A.V. (2001), *Investigating neighbourhood and area effects on health*, American Journal of Public Health, Vol. 91, N° 11, 1783-1789
- DIEZ-ROUX A. (1998), *Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis*, American Journal of Public Health, Vol. 88, N° 2, 216-222
- DI MEO G., BULEON P. (2005), *L'espace social : lecture géographique des sociétés*, Armand Colin, 297 pages
- DI MEO G. (1998), *Géographie sociale et territoires*, Nathan Université, 320 pages

- DI MEO G. (1991), *L'Homme, la Société, l'Espace*, Anthropos, 319 pages
- DOQUET A. (2007), *Des sciences humaines à l'islam: une voie de la recherche malienne*, Cahiers d'Etudes Africaines, Vol. XLVII, N°186, 371-389
- DORIER-APPRILL E., JAGLIN S. (2002), *Gérer la ville, Du local au mondial*, Autrepart, IRD-Editions de l'Aube, N°21
- DORIER APPRILL E., VAN DEN AVENNE C. (2001), *La connivence citadine et ses exclus : le cas de Mopti, ville moyenne du Mali*, Annales de la recherche urbaine, no 90, 117-125
- DOUVILLE O. (2007), *Incidence de la grande exclusion sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent*, Conférence faite le 11 janvier 2007 à l'invitation de l'Université de Ouagadougou, département de philosophie et de psychologie, 11 pages
- DOUVILLE O. (2004), *Enfants et adolescents en danger dans la rue à Bamako (Mali), questions cliniques et anthropologiques à partir d'une pratique*, Psychopathologie africaine, Volume 32, Numéro 1, 55-89
- DOUVILLE O., *Avec les enfants des rues à Bamako*, Ailleurs, 143-149
- DOUGNON I., *Valeurs locales et Gouvernance Démocratique: une Analyse de la Construction de la Nation Malienne*, Université de Bamako
- DOUMBIA T. (2002), *Les relations à plaisanterie dans les sociétés mandingues*, Recherches Africaines, Annales de la Faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines de Bamako, N° 00
- DOUYON D. (2006), *Le discours diplomatique et démagogique du cousin plaisant au Mali*, Cahiers d'études africaines, Vol. 4, n° 184, 883-906
- DOWD R.A., DRIESSEN M. (2008), *Ethnically dominated party system and the quality of democracy: evidence from sub-saharan Africa*, Afrobarometer Working Paper, N° 92, 29 pages
- DOZON J-P (1993), *Les sciences sociales face au Sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Orstom, 391 pages
- Direction Régionale des Transports Urbains D.R.C.T.U. (2006), *Données sur les accidents de la circulation à Bamako*
- DUBRESSON A., JAGLIN S. (2002), *La gouvernance urbaine en Afrique subsaharienne. Pour une géographie de la régulation*, Historiens et Géographes, N°379, 67-75
- DUMESTRE G. (1998), *Le bambara véhiculaire du Mali*, Faits de langues, N°11-12, 121-127
- DUMESTRE G et al. (1994), *Stratégies communicatives au Mali : langues régionales, bambara, français*, Didier Erudition, coll. Langues et Développement
- DUNN J.R., CUMMINS S. (2007), *Placing health in context*, Social Science and Medicine, Vol. 65, 1821-1824

- DUNNING T., HARRISON L. (2010), Cross-cutting cleavages and ethnic voting: an experimental study of cousinage in Mali, *American Political Science Review*, Vol. 104, N°1, 19 pages
- DURIE R., WYATT K. (2007), New communities, new relations: the impact of community organization on health outcomes, *Social Science and Medicine*, Vol. 65, 1928-1941
- DYCK I. (1999), Using qualitative methods in medical geography: deconstructive moments in a subdiscipline?, *Professional Geographer*, N° 51, 243-253
- EASTON P., BELLONCLE G. (2000), Mali : les savoirs locaux combiner l'ancien et le nouveau, *Notes sur les connaissances autochtones – Banque Mondiale*, N° 25, 4 pages
- ERNY P. (1987), *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*, L'Harmattan, 310 pages
- EVANS R.G. (2002), *Interpreting and addressing inequalities in health: from black to acheson to blair to...*, London: Office of Health Economics, 92 pages
- EYLES J., LITVA A., (1995), Coming out: Exposing social theory in medical geography. *Health and Place*, N° 1, 5-14
- FARMER P. (2006), *Fléaux contemporains : des infections et des inégalités*, Anthropos, 471 pages
- FASSIN D. (2000), Comment faire de la santé publique avec des mots : une rhétorique à l'œuvre, *Ruptures*, Vol. 7, N° 1, 58-78
- FASSIN D. sld. (1998), *Les figures urbaines de la santé publique*, La Découverte, 238 pages
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé*, P.U.F., 324 pages
- FASSIN D. (1990), *Sociétés, développement et santé*, Ellipses, 287 pages
- FAY C., KONE Y.F., QUIMINAL C. (2006), *Décentralisation et pouvoirs en Afrique : en contrepoint, modèles territoriaux français*, IRD
- FAY (2000), *La décentralisation dans un cercle (Tenenkou, Mali)*, Autrepart, Vol. 14, N°3, 121-142
- FAY C. (1999), *Risques, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le SIDA*, Autrepart, Vol. 12, 5-17
- FE.C.O.N.G. (2005), *Code de déontologie des O.N.G.s du Mali*, FE.C.O.N.G., 7 pages
- FELIX J. (1996), *L'élaboration de la politique de décentralisation au Mali : des logiques plurielles*, *Bulletin de l'APAD*, Vol. 11
- FLEURET S., SECHET R., (2002), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, P.U.R., 202 pages
- FLORIDI M., CORELLA B.S. (2004), *Mission d'identification des mesures d'accompagnement de la société civile au Mali*, STEM-VCR
- FOND-HARMANT L., DIA A.T. (2008b), *Les enjeux de la recherche francophone en promotion de la santé*, *Global Health Promotion*, Vol. 15, N° 6, 3 pages

- FORD R., Is African politics a "racial census?" Using new survey data to measure the ethnic political cleavage in new African democracies, CCSR, University of Manchester
- FOUUDA ONGODO M., CISSE B., CAPIEZ A., Gouvernance urbaine en Afrique : une étude comparative de la perception de la qualité du management urbain et de la performance des collectivités locales maliennes et camerounaises, Laboratoire LARGO, Faculté de Droit, Economie et Gestion, Angers, 20 pages
- FOUERE M-A. (2005), Les métamorphoses des « relations à plaisanteries » : un nouvel enjeu politique dans la construction des Etats-nations, Cahiers d'Etudes Africaines, N° 178, 32 pages
- FOURN GNANSOUNOU E. (2007), Santé, culture et urgence, Colloque sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé ; état de la connaissance et besoins de recherche Luxembourg
- FOURNIER P., OUATTARA O., DUNKLEY G., LAPLANTE O., NAMORY TRAORE M., CHARRON S., TOURIGNY C. (2006), Réunion – Equipe Canada-Mali, CCIH Ottawa
- FOURNIER P., DUFRESNE C. ZUNZUNEGUI M.V., HADDAD S. (2005), Réformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel : le cas du Mali, Agence Canadienne pour le Développement International, 19 pages
- FRITZ V., LANG F., (2006), Strengthening domestic accountability in Mali by integrating the poverty reduction strategy and the budget
- FROHLICH K.L., POTVIN L., CHABOT P., CORIN E. (2002), A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth, Social Science and Medicine, Vol. 54, 1401-1417
- GAGE A.J. (2007), Barriers to the utilisation of maternal health care in rural Mali, Social Science and Medicine, Vol. 65, 1666-1682
- GAKOU B., SAUVAIN-DUGERDIL C. et al., Initiation sexuelle en entrée dans la vie procréative des jeunes maliens : la transformation des comportements est-elle associée à des ressources humaines accrues ?, 16 pages
- GALSTER G. (2001), On the nature of neighbourhood, Urban Studies, Vol. 38, 2111-2124
- GAUVIN L., ROBITAILLE E., RIVA M. et al. (2007), Conceptualizing and operationalizing neighbourhoods, Revue Canadienne de Santé Publique, Vol. 98, Suppl. 1, 9 pages
- GAUVIN L., DASSA C. (2004), L'analyse multiniveaux : avancées récentes et retombées anticipées pour l'étude des inégalités sociales et de santé, Santé, Société et Solidarité, N°2, 187-198
- GERARD E. (1991), Deux associations malinké complémentaires: le ton et le grin, L'ethnographie, Vol. 86, N°2, 51-60
- GIGUERE K., DE KONINCK M. (2008), Gendered context and HIV/AIDS risk among Malian girls involved in commercial sex, Université de Laval, Québec, Abuja, Nigeria, Investing in Young People's Health and Development: Research That Improves Policies and Programs, The Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at the John Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA,

Institute of Public Health, Obafemi Awolowo University, Nigeria and Center for Population and Reproductive Health, University of Ibadan, Nigeria.

- GINDROZ A-S., TRAORE M. (2009), Appui budgétaire et gouvernance démocratique. Analyse critique des incidences de l'appui budgétaire sur la démocratie, les Droits de l'Homme, la corruption, illustrée par quelques exemples du Mali, Gret, Collection débats et controverses, N°2, 29-30
- GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY (2001), Enquête Mondiale sur le Tabac chez les Jeunes (G.Y.T.S.) : Résumé analytique, Global Youth Tobacco Survey (G.Y.T.S.), 1 page
- GOBATTO I., TIJOU-TRAORE A., BESSON R., BERNARD M. (2010), La « fabrique » locale de rôles professionnels et profanes dans le domaine de la santé. Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali, in Circulation des savoir-faire et démarches de localisation, Presses Universitaires de Provence, 1-13
- GRAHAM (2004), Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients, Journal of Social Policy, Vol. 33, 115-31
- GRANGE OMOKARO (2009), Féminités et masculinités bamakoises en temps de globalisation, Autrepart, Vol. 1, N° 49
- GRMECK D. (1989), Histoire du Sida, Médecine et société Payot
- GNINANFON A. (2008), Enquête Sur La Criminalité à Bamako, Human Security Initiative, 37 pages
- GOÏTA M. (2008), La corruption et les enjeux de développement au Mali : une note introductive aux débats, I.R.P.A.D. Institut de Recherche et de Promotion des Alternatives en Développement, 13 pages
- GREEN L.W., OTTOSON J.M. (2006), A framework for Planning and Evaluation: PRECEDE - PROCEED, 10 ans des journées de santé publique - Montréal, 18 pages
- GRODOS D., TONGLET R. (2002), Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve, Tropical Medicine & International Health, Vol. 7, N° 11, 977-992
- GUEYE M., CASTLE S., KONATE M.K. (2001), Moments des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implications pour la pratique contraceptive, *Perspectives Internationales pour le Planning Familial*, Numéro spécial, 2-8
- GUMUCHIAN H., MAROIS C. (2000), Initiation à la recherche en géographie, P.U.M., 425 pages
- GÜNTHER I., ALI MAROUANI M., RAFFINOT M. (2006), La croissance est-elle pro-pauvres au Mali?, DIAL, 69 pages
- GUTTMAN N. (2000), Public health communication interventions: values and ethical dilemmas, Sage Publication
- HABERMAS (1990), Ethics, Politics and History, from an interview conducted by Jean-Marc Ferry in Philosophy and Social Criticism, ed. D. Rasmussen, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

- HADJADJ D., GUEYE A., WOLKERS M. (2002), *Combattre la corruption : enjeux et perspectives*, Transparency international, 360 pages
- HAÏDARA M. (2007), *Système de recherche scientifique et technologique du Mali*, Atelier régional sur la révision des politiques des S.T.I., Bamako
- HARDON A. (2005), *La lutte contre l'épidémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne: les politiques à l'épreuve de la pratique*, *Revue internationale des sciences sociales*, Vol. 4, N° 186, 661-669
- HENRIET J-M. (2005), *L'Afrique et le Moyen-Orient en fiches*, Bréal, 221 pages
- HERAUD M. (2003), *Une approche anthropologique du diabète à Bamako, Mali: suivi du régime alimentaire, itinéraires thérapeutiques et relations soignants-soignés*, Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques, Université Libre de Bruxelles
- HERTRICH V. (2007a), *Le mariage, quelle affaire ! Encadrement social et privatisation de l'entrée en union en milieu rural malien*, *Sociologie et sociétés*, Vol. XXXIX, n°2, 119-150
- HERTRICH V. (2007b), *Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union, 1950-99* in LOCOH T. et al. (sld.), *Genre et société en Afrique*, Ined, 432 pages
- HERTRICH V. (1996), *Permanences et changements de l'Afrique rurale : dynamiques familiales chez les Bwa du Mali*, *Les Études du Ceped*, n°14, 548 pages
- HESS R.F., MCKINNEY D. (2010), *HIV/AIDS fatalism, beliefs and prevention indicators in Gabon: comparisons between Gabonese and Malians*, *African Journal of AIDS research*, Vol 9, N° 2, 125-133
- HESS R.F., MCKINNEY D. (2007), *Fatalism and HIV/Aids beliefs in rural Mali*, *Journal of nursing scholarship*, Vol. 39, N° 2, 113-118
- HETLAND O. (2008), *Decentralisation and territorial reorganisation in Mali: power and the institutionnalisation of local politics*, *Norwegian Journal of Geography*, Vol. 62, 23-35
- HILL A.G., RANDALL S. (1984), *Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali*, *Population*, Vol. 39, N°6, 921-946
- HOUETO D. (2008), *Le citoyen au centre de l'action comme gage de l'efficacité : exemple de la lutte contre le paludisme au Bénin*, Journée « de nouvelles méthodes et perspectives d'analyse de l'état de santé de la population : vers une surveillance plus analytique J.A.S.P. », 10 pages
- HOUETO D., D'HOORE W., OUENDO E.M., CHARLIER D., DECCACHE A. (2007), *Malaria control among children under five in Sub-Saharan Africa: the role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies*, *Rural and Remote Health*, Vol. 7, 10 pages
- HOUETO D., VALENTINI H., *La promotion de la santé se développe en Afrique francophone*, *La santé de l'homme*, N° 394, 9-10
- HUISSOUD T., CISSE H., DAMIBA C., KONE F. (2004), *Evaluation du programme PASS-MS*, Coopération Suisse

- I.H.C.O. (2007), Les coopératives de santé dans le monde : Mali, I.H.C.O., 6 pages
- INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP (2010), Rapport annuel de la performance 2010, International Health Partnership, 45 pages
- INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP (2008), Taking stock report, International Health Partnership, 14 pages
- JAFFRE Y. (2008), Approche lexicale du corps souffrant en langue bambara, 52 pages
- JAFFRE Y. (2007), Quand la santé fait l'article. Presse, connivences élitaires et globalisation sanitaire à Bamako (Mali), Bulletin de la Société de pathologie exotique, Vol. 100, N° 3, 32 pages
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J-P. (2003), Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, 464 pages
- JAFFRE Y. (2000), Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel, Adsp, N° 30, 2 pages
- JAFFRE Y. (1999), Les services de santé « pour de vrai ». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey), Bulletin de l'A.P.A.D., N° 17, 29 pages
- JAFFRE Y. (1999), « Pharmacies des villes, pharmacies «par terre», Bulletin de l'A.P.A.D., N° 17, 63-70
- JANIN P. (2008), « Le soleil des indépendances (alimentaires) » ou la mise en scène de la lutte contre la faim au Mali et au Sénégal, Hérodote, Vol. 4, N° 131, 92-117
- JANKOWIAK W.R., FISHER E.F. (1992), A cross-cultural perspective on romantic love, Ethnology, Vol. 31, 149-155
- JEMMOT J.B., JEMMOT L.S. (2000), HIV behavioral interventions for adolescents in community settings in J. Peterson & R. Diclemente (Eds.), Handbook of HIV Prevention (pp. 103-128)
- JESSEN A. (1992), la Shwo cwo: "la femme qui prend la grossesse": étude des accoucheuses traditionnelles sénoufo dans le système de santé du Mali, Thèse
- JUIN-RIALLAND C. (2003), Initiation à la géographie : devenir géographe, Vuibert, 119 pages
- KALIPENI E., GHOSH J. (2007), Concern and practice among men about HIV/AIDS in low socioeconomic income areas of Lilongwe, Malawi, Social Science & Medicine, Vol. 64, Issue 5, 11 pages
- KALIPENI E., CRADDOCK S., OPPONG J.R., GHOSH J. (2004), HIV/AIDS in Africa: beyond epidemiology, Blackwell publishing, 398 pages
- KATZ K.R., WEST C.G., DOUMBIA F., KANE F. (1999), Accroissement de l'accès aux services de planning familial dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire, Perspectives Internationales sur le Planning Familial, N° Spécial, 4-10
- KAWACHI I., BERKMAN L.F. (2003), Neighborhoods and Health, Oxford University Press, 320 p.
- KEÏTA N. (2005), La société civile africaine, Forum des Peuples, Fana

- KICKBUSCH I. (2007), Responding to the health society, *Health Promotion International*, Vol. 22, N° 2, 89-91
- KILROY A. (2008), How does the spatial configuration of a rapidly-growing city impact on urban insecurity? A case study of Bamako, Mali, Department of urban studies and planning Massachusetts Institute of Technology, 42 pages
- KONARE Y.Z., LACHAPELLE R. (2009), Les centres communautaires de santé : délestage ou alternative ?, Lux'09 Atelier 2, Economie sociale et services sociaux d'intérêt général 23 avril 2009, 8 pages
- KONATE M., KANTE B., DJENEPO F. (2003), Politique de santé communautaire et viabilité économique des Cescom au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural, RUIG Réseau Universitaire International de Genève, 36 pages
- KONATE D. (2002), Oralité et écriture dans la communication usuelle au Mali : entre traditions et modernité, *Histoire & Archéologie*, F.L.A.S.H., 10 pages
- KONATE D. (2001), Les fondements endogènes d'une culture de la paix au Mali : les mécanismes traditionnels de prévention et de résolution des conflits
- KONDJI KONDJI D. (2008), Améliorer l'accès aux soins et services de santé au Cameroun, Journées annuelles de santé publique 2008, 9 pages
- KONE M., GARBA CISSE H. (2007), Des témoignages au Mali sur l'existence du SIDA, *Sidanet*, Vol. 4, N° 9, 1050
- KRIEGER N. (2001), Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, 668-677
- KRIEGER N. (2000), Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century, *Epidemiologic Reviews*, Vol. 22, N° 1, 155-163
- KUEPIE M., LAVALEE E., SOUGANE A. (2008), Multiples dimensions de la pauvreté, gouvernance et démocratie : le point de vue de la population malienne. Enquête ELIM 2006, premiers résultats, DIAL/I.R.D./AF.D., Document de travail DIAL, 47 pages
- LACHAPELLE R. (2008), Organisation communautaire en CSSS-CLSC au Québec et associations de santé communautaires au Mali: une étude comparative en développement des communautés, ARUC-ISDC, RQIIAC, CECI-Uniterra, 22 pages
- LALONDE (1974), Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde) : 1973-1974
- LAW M., WILSON K., EYLES J., ELLIOTT S., JERRETT M., MOFFAT T., LUGINAAH I. (2005), Meeting health need, accessing health care: the role of neighbourhood, *Health and Place*, 10 pages
- LE BRIS E. (1998), Culture(s) de la gestion urbaine, universalisme ou métissage », in J.-P. Deler, É. Le Bris, G. Schneier, *Les Métropoles du Sud au risque de la culture planétaire*, Karthala, 253-258

- LECLERC-OLIVE M. (2008), L'aide non gouvernementale au développement : la sécurité économique contre la ... L'expérience malienne, Cahier du GEMDEV, N° 24, 116-126
- LECLERC-OLIVE M., KEÏTA A. (2004), Légitimité des collectivités territoriales et pouvoirs locaux. Questions de la démocratie locale, Gouverner les villes du Sud, Actes du colloque international du PRUD, 82-89
- LECLERC-OLIVE M. (2003), « Mondialisation et décentralisation: complémentarité ou alternative ? Eléments de réflexion pour une enquête au niveau local », 172-188 in OSMONT A., GOLDBLUM C., Villes et citoyens dans la mondialisation, Karthala-GEMDEV
- LEFEBVRE G. (2003), La ville africaine et ses immigrants. Les Guinéens au Sénégal et à Dakar
- LEIMDORFER F., MARIE. A. (2003), L'Afrique des citoyens. Société civile en chantier (Abidjan, Dakar), Karthala,
- LE MARCIS F. (2003), Le développement à l'épreuve des systèmes locaux de relation. Conflits et pouvoirs autour de la construction d'une maternité dans le Maasina (Mali), Cahiers d'études africaines, Vol. 3, N° 171, 629-656
- LE MEUR P-Y. (2003), Décentralisation et développement local. Espace public, légitimité et contrôle des ressources, GRET, Coopérer Aujourd'hui, N° 34, 22 pages
- LES ATELIERS (2011), Métropole de Bamako, Les nouvelles centralités : Document d'analyse, Atelier international de maîtrise d'œuvre urbaine, Bamako, 9-22 juillet 2011, 116 pages
- LESCLINGAND M., HERTRICH V. (2007), Quand la population change... Restitution d'une recherche au Mali, Ined, CD trilingue
- LESOURD M. (2003), L'Afrique : vulnérabilités et défis, Edition du Temps, 447 pages
- LEWANDOWSKI S. (2007), Les compromis d'une O.N.G. burkinabé entre politiques de « bonne gouvernance » et pouvoirs locaux, Afrique contemporaine, Numéro 221, 21 pages
- LEWIN K. (1965), Décision de groupe et changement social, in A. Lévy, Psychologie sociale, textes fondamentaux, II, Dunod, 498-519
- LITVA A., COAST J., DONOVAN J., EYLES J., SHEPERD M., TACCHI J., ABELSON J., MORGAN K. (2002), 'The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making, Social Science and Medicine, Vol. 54, 1825-1837
- LOW-BEER D., STONEBURNER R-L. (2004a), Behaviour and communication change in reducing HIV: is Uganda unique?, Centre for Aids Development Research and Evaluation, 14 pages
- LOW-BEER D., STONEBURNER R-L. (2004b), Social communications and Aids population behaviour changes in Uganda compared to other countries, Centre for Aids Development Research and Evaluation, 14 pages
- LOW-BEER D., STONEBURNER R. (2004c), Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda, Science 302, N° 30, 714-18

- LUGALLA J., EMMELIN M. et al. (2004), Social, cultural and sexual behavioural determinants of observed decline in HIV infection trends : lessons from the Kagera Region, Tanzania, *Social Science and Medicine*, Vol. 59, 185-198
- Mackenbach J. P. (2003), Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003, 57-162
- MACINTYRE S., ELLAWAY A. (2003),
- MACINTYRE S., ELLAWAY A., CUMMINS S. (2002), Place effects on health: how can we operationalise, conceptualise and measure them?, *Social Science and Medicine*, Vol. 55, 125-139
- MACINTYRE S., PETTICREW M., 2000, Good intentions and received wisdom are not enough, *Journal Epidemiology Community Health*, Vol. 54, N° 11, 802 - 803
- MAGASSA H., MEYER S. (2008), Le développement au Mali : des mondes séparés ? L'harmonisation des bailleurs de fonds : entre efficacité et démocratisation – étude de cas IV, Working Paper FRIDE, 50 pages
- MAÏGA M., DIARRA H.F.M. (2009), Helping Malian parliamentarians bridge the gap between legislation and implementation, International Conference on Family Planning: Research and Best Practices Kampala, Uganda
- MAÏGA B., SCHOLZE A. (2005), Analyse des données du réseau des centres « l'Eveil », P.S.I. Mali, 35 pages
- MARIE A. (2007), « Communauté, individualisme, communautarisme » : hypothèses anthropologiques sur quelques paradoxes africains », *Sociologie et Sociétés*, Vol. 39, N° 2, 173-198
- MARIE A. (1997), *L'Afrique des individus*, Karthala, 438 pages
- MARIKO M. (2003), Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific roles of structural, process, and outcome components, *Social Science and Medicine*, Vol. 56, 1183-1196
- MARMOT M., WILKINSON R.G. (2004), Les déterminants sociaux de la santé: les faits, O.M.S., 42 pages
- MARMOT M. (2001), Inequalities in health, *New England Journal of Medicine*, Vol. 345, N° 2
- MARMOT M., WILKINSON R.G. (2000), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press
- MARTINI J., FLIGG A. (à paraître 2011), L'émergence du diabète de type 2 en tant que problème de santé publique au Mali. Analyse des politiques nationales de santé et des formations des professionnels de santé, in Kerouedan D. (dir), *Santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po
- MASSE R. (1995), *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention*, Morin, 499 pages

- MBODJ-POUYE A., VAN DEN AVENNE C. (2007), « C'est bambara et français mélangés » : Analyser des écrits plurilingues à partir du cas de cahiers villageois recueillis au Mali, *Langage et société*, N° 120, 29 pages
- MCQUEEN D., ANDERSON L.M. (2004), Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé: quelques enjeux fondamentaux 1, *Promotion & Education*, Vol. 11, H.S. 1, 11-16
- MEDARD J-F. (1998), La crise de l'Etat néo-patrimonial et l'évolution de la corruption en Afrique subsaharienne, *Monde en Développement*, Vol. 26, N°102, 55-68
- MENARD B. (2002-2003), Questions de géographie de la santé, *Revue espace géographique*, tome 31, 12 pages
- MERSON M.H. et al. (2008), The history and challenge of HIV prevention, *The Lancet*, 372, 475-488
- MILDT (1999), Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), Paris
- MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES COLLECTIVITES LOCALES (2009), Répertoire des O.N.G. et associations signataires de l'accord-cadre avec l'Etat au 06/08/2009, Cellule d'Appui au Développement de la Base (C.A.D.B.), 108 pages
- MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES COLLECTIVITES LOCALES (2009), Répertoire des O.N.G. et associations non-signataires de l'accord-cadre avec l'Etat au 06/08/2009, Cellule d'Appui au Développement de la Base (C.A.D.B.), 230 pages
- MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES COLLECTIVITES LOCALES (2008), Rapport général de la 13ème réunion de concertation annuelle gouvernement / O.N.G.-associations signataires de l'Accord Cadre avec l'Etat, Cellule d'Appui au Développement de la Base, 9 pages
- MINISTERE DE L'ARTISANAT ET DU TOURISME (2008), Liste des établissements d'hébergements avec les capacités et les tarifs au Mali, Office Malien Du Tourisme et de l'Hôtellerie (O.MA.T.HO)
- MINISTERE DE L'ARTISANAT ET DU TOURISME (2007), Liste des établissements d'hébergements avec les capacités et les tarifs au Mali, Office Malien Du Tourisme et de l'Hôtellerie (O.MA.T.HO)
- MINISTERE DE LA SANTE (2010), Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre chez les enfants (EA&P) au Mali, 88 pages
- MINISTERE DE LA SANTE (2008), Problématique de la sécurité routière dans le district de Bamako et le cercle de Kati : impact des accidents de circulation, Comité National d'Organisation du Forum Ministériel Mondial sur la Recherche pour la Santé, Bamako novembre 2008, 56 pages
- MINISTERE DE LA SANTE (2008b), Rapport de l'enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire au Mali, Ministère de la Santé-O.M.S., 10 pages

- MINISTERE DE LA SANTE (2006), Enquête Démographique et de Santé du Mali IV, Ministère de la Santé, 535 pages
- MINISTERE DE LA SANTE (2001), Enquête Démographique et de Santé du Mali III, Ministère de la Santé, 333 pages
- MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ASSAINISSEMENT (2007), Rapport National sur l'Etat de l'Environnement 2007, Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement, 83 pages
- MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ASSAINISSEMENT (2005), Rapport National sur l'Etat de l'Environnement 2005, Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement, 60 pages
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT (2009), Forum multi-acteurs sur la gouvernance au Mali : séance 1 : l'accès aux services publics de base, Alliance pour refonder la gouvernance en Afrique (A.R.G.A.), 25 pages
- MOINE A. (2007), Territoire comment observer un système complexe, L'Harmattan, 178 pages
- MOLLEMAN G.R.M., PLOEG M.A., HOSMAN C.M.H., PETERS L. (2004), Preffi 2.0: un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé, *Global Health Promotion*, Vol. 11, N°22, 7 pages
- MOLLEMAN G.R.M., PETERS L., HOMMELS L., PLOEG M. (2003), Promotion de la santé : Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0, Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (N.I.G.Z.)
- MOLLEMAN G.R.M., Implementing the Preffi Health Promotion Effectiveness Fostering Instrument, *Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention*
- MOLLEMAN G.R.M., Greater effectiveness in Health Promotion The Dutch Method Lessons from the Preffi-case, N.I.G.Z. Centre for Knowledge and Quality Management
- MONNIER J., DESCHAMPS J.P., FABRY J., MANCIAUX M., 1980, Santé publique, santé de la communauté, Simep, 443 pages
- MORIN R. (2007), Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé, *Société française de santé publique*, Vol. 5, N° 19, 439-448
- MOUMEN-MARCOUX R. (1993), Migrants et perceptions du Sida, L'Harmattan, 143 pages
- MULLER M.S., IYER A., KEÏTA M., SACKO B., TRAORE D. (2002), Differing interpretations of community participation in waste management in Bamako and Bangalore: some methodological considerations, *Environment and urbanization*, Vol. 14, 241-258
- NAPON A. (2006), Aspects linguistiques et sociolinguistiques de l'alliance à plaisanterie entre quelques groupes ethniques en milieu urbain, *Recherches Africaines, Annales de la Faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines de Bamako*, N° 5
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (2003), Theory at glance: a guide for health promotion, National Cancer Institute, 60 pages

- NDIAYE C., TRAORE H., AG ABOUBACRINE S., MAÏGA M., SANOGO Z., ZUNZUNEGUI M.V., NGUYEN V.K., GOUPE ATARAO (2008), Description of the use of barrier and non-barrier contraceptive methods in a cohort of patients initiating art in Mali, *Atarao Symposium 2008*
- NIEWIADOMSKI C., AÏACH P., BATAILLE P., BRASSART J. (2008), Lutter contre les inégalités sociales de santé - Politiques publiques et pratiques professionnelles, *EHESP*, 281 pages
- NOIN, (1983), *Géographie sociale, Actes du Colloque de Lyon*
- NUTBEAM D., 1998, Glossaire de la promotion de la santé, *Gamburg : Editions promotion de la santé*, 25 pages (adapté de WHO .Glossary of Terms used in Health for All. Geneva, 1984. Series N° 9)
- NYAMBA A (2001), Les relations de plaisanterie au Burkina Faso: un code de communication pour la paix sociale, in *Cahiers du CERLESHS*, N° 18, Université de Ouagadougou, 57-83
- O'BANNON B.R. (2005), Speak no more of cousinage? Neoliberalism, conflict and the decline of joking relationships, *DePauw University, Occasional Paper No. 1*, 33 pages
- O.M.S. (2010), Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali, *O.M.S.*, 54 pages
- O.M.S. (2008), Global burden of disease in 2004: update 2008, *O.M.S.*, 160 pages
- O.M.S. (2002), Global burden of disease in 2002: data source, Methods and results, *O.M.S.*
- OUALLET A. (2009), Vulnérabilités et patrimonialisations dans les villes africaines: de la préservation à la marginalisation, *Cybergeo: European Journal of Geography*, 455, 15 pages
- OUEDRAOGO D., PICHE V. (1995), L'insertion urbaine à Bamako, *Karthala*, 206 pages
- PROGRAMME D'APPUI AUX COLLECTIVITÉS TERRITORIALES, Comment mieux gérer nos ressources naturelles : les conventions locales : guide méthodologique, P.A.C.T., 51 pages
- PAICHELER G. (2002), Prévention du Sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public, C.N.R.S., 284 pages
- PAMPALON R. (2008), Poser un diagnostic de santé à l'échelon local : Constats, Enjeux et Solutions dans la région de Québec, 3ème Colloque International des programmes locaux et régionaux de santé Mons, 13 pages
- PAMPALON R. (2002), Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998. Québec : *Institut national de santé publique du Québec*, 11 pages
- PAMPALON R., RAYMOND G. (2000), Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 21, N°3, 113-22
- PICHERAL H. (1984), La géographie de la santé, in Bailly A.S., *Concepts de la géographie*, Masson
- PIOT P., 2008, Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention, *The Lancet*, 372, 845-859

- PERETTI-WATEL P., OBADIA Y., ARWIDSON P., MOATTI J-P. (2008), Un risque, ça va! Trois risques, bonjour les dégâts ? Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples, *Promotion et éducation*, Vol. 15, 40-45
- PHAN K.L. (2009), La perception de la présence de la Chine au Mali, *Mémoire de stage GEMDEV, Programme Regards Croisés*, 112 pages
- PHILIPPE S. (2009), Une histoire de Bamako, *Grandvaux*, 263 pages
- PLASSARD A. (2006), Elaboration d'une grille d'évaluation de la qualité des soins pour les centres de santé au Mali, Thèse en médecine, Université de Montpellier 1, 181 pages
- PROLONGEAU H. (2006), Victoire sur l'excision : Pierre Foldes, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées, Albin Michel
- PROMOTION & EDUCATION (2005), La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone, *Promotion & Education*, Hors Série N°4, 76 pages
- PROULX N., FAVREAU L. (2008), Solidarité et coopération internationale de proximité : enjeux, initiatives, retombées, *Co-publication de l'ARUC-ISDC et du ROSI, Série Recherches*, N° 15, 20 pages
- P.S.I. (2009), Etude TRaC-M : Evaluation des campagnes de masses à Bamako, *P.S.I. Mali*, 14 pages
- P.S.I. (2002), Enquête d'impact média : la confiance au partenaire, *P.S.I. Mali*, 39 pages
- PUCHNER L. (2001), Researching womens literacy in Mali : a case study of dialogue among researchers, practitioners and policy maker, *Comparative Education Review*, Vol. 45, N°2, 242-256
- RAFFINOT M. (2002), Vite fait ou bien fait ? L'économie politique de la lutte contre la pauvreté au Mali, *DIAL*, 55-67
- RAGHAVAN N. (1992), Les O.N.G. au Mali, *Politique Africaine*, N° 47, 91-100
- RAPHAEL D., BRYANT T. (2002), The limitations of population health as a model for a new public health. *Health Promotion International*, Vol. 17, N° 2, 189-199.
- RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WANTCHEKON L. (2006), Introduction thématique. Gouvernance et démocratie en Afrique : la population a son mot à dire, *Afrique Contemporaine*, Vol 4, N° 220, 21-31
- RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F. (2006), Les déterminants du bien-être individuel en Afrique francophone : le poids des institutions, *Afrique Contemporaine*, Vol.4, N°220, 191-223
- RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F. (2004), Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté dans sept pays d'Afrique : une mise en perspective du cas du Mali à partir des *enquêtes 1-2-3* auprès des ménages, *DIAL/IRD, Centre Djoliba, Bamako, 12 juin 2004*, 28 pages
- RENAUD L., DE SOTELO C.R. (2007), Communication et santé : des paradigmes concurrents, *Société Française de Santé Publique*, Vol. 1, N° 19
- REPUBLIQUE DU MALI (2010), Situation des femmes au Mali quinze ans après la conférence mondiale de Beijing, *République du Mali*, 64 pages

- RESEAU AGA KHAN DE DEVELOPPEMENT (2008), Informations de base sur le secteur de la société civile au Mali, *A.K.D.N.*, 34 pages
- REY V., VAN DEN AVENNE C. (1998), Langue et identité en situation migratoire : identité ethnique, identité linguistique : « à chacun son bambara », *Clio en Afrique*, N° 4
- RHEE M., SISSOKO M., PERRY S., DICKO A., McFARLAND W., DOUMBO O. (2005), Malaria prevention practices in Mopti region, Mali, *East African Medical Journal*, Vol. 82, N°8, 396-402
- RIDDE V., BLANCHET K. (2009), Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique: « retour vers le futur »?, *Cahiers Santé*, Vol. 19, N° 2, 101-106
- RIDDE V. (2008), « The problem of the worst-off is dealt with after all other issues »: the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, Volume 66, 1368-1378
- RIDDE V., GUICHARD A., HOUETO D. (2007), Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity, *Promotion and Education*, Supplement 2, 12-16
- RIDDE V. (2004a), Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé, *Recherches Sociographiques*, Volume 45, Numéro 2, 343-364
- RIDDE V. (2004c), Agir contre les inégalités sociales de santé : tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise, *Canadian Journal of Public Health*, Volume 95, Numéro 3, 224-227
- RIDDE V. (2003), Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?, *Université Laval*, 35 pages
- RIMON J.G. (1999), La communication pour le changement de comportement et le VIH/Sida, *Global AIDS Program Newsletter*, 6 pages
- RMAP + (2009), Stigmatisation et Discrimination des PVVIH : Parlons-en, *Session du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA au Mali*
- ROBITAILLE E. (2006), La part de la géographie dans la recherche sur les effets de quartier, *Cahiers de géographie du Québec*, Vol. 50, N°141, 403-407
- RONDEAU C. (2000), L'appropriation foncière informelle à Bamako : une stratégie d'insertion urbaine pour les uns et d'accumulation foncière pour les autres, 34 pages
- RONDEAU C. (1994), Les paysans du Mali – espaces de libertés et changements, Karthala
- ROSE G. (1985), Sick individuals and sick populations, *International Journal of Epidemiology*, Volume 14, Numéro 1, 32-38
- ROSENMAYR L. (1998), Relations entre générations et changement social, *Université de Vienne, Institut Ludwig Boltzmann, "Gérontologie sociale et parcours de vie", Vienne, Autriche*

- ROUSSILLE B., BRIXI O., CHAUVIN F. (1998), Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, Comité français d'éducation pour la santé, Séminaire international du 16 et 17 décembre 96 (Broché), 289 pages
- ROY A. (2005), La société civile dans le débat politique au Mali, Cahiers d'Etudes Africaines, Vol. XLV, N° 178, 573-584
- SALEM G. (1998), Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest, Université de Montpellier (2 volumes)
- SALEM G. (1995), Géographie de la santé, santé de la géographie, in La géographie de la santé en question, Revue Espace, population et santé, N°1, 26-29
- SAMAKE S. (2009), Renforcement de l'approche sectorielle à travers le « COMPACT » : expérience du Mali : « accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue de l'atteinte des O.M.D. », *Dialogue de Haut niveau sur le Développement des Synergies Positives entre les Initiatives Mondiales et les Systèmes de Santé*, Venise, 22-23 juin 2009, 9 pages
- SANANKOUA B. (2007), Gouvernance, légitimité et légalité au Mali, *Colloque IRG/ARGA, Bamako*
- SANGHO H., DOUMBIA S., KEÏTA H.D., KEÏTA A.S., COULIBALY L., DIAKITE B., TEGUETE I., SYLLA M., KEÏTA M., SIDIBE T. (2010), Intervention communautaire pour réduire au Mali la mortalité néonatale due à l'asphyxie, *Santé Publique*, Vol. 22, N° 4, 471-479
- SANGHO H., SIDIBE T., KEÏTA H.D., MAÏGA I., DIAWARA A., BELEMOU B., KEÏTA A.S., COULIBALY I., TRAORE M., KEÏTA F.D. (2008), Mortalité infant-juvénile et facteurs de risque dans un quartier urbain de Bamako, Mali, *Médecine d'Afrique Noire*, 653-659
- SANOGO Y. (2004), Développement local et économie sociale au Mali, *Université du Québec en Outanouais*, 21 pages
- SARGENT C. (2009), The construction of "Cultural Difference" and its therapeutic significance in immigrant mental health services in France, *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 33, Issue 1
- SARGENT C. (2006), Reproductive strategies and islamic discourse, *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 20, Issue 1, 31-49
- SARGENT C.F., LARCHANCHE-KIM S. (2006), Liminal lives: immigration status, gender and the construction of identities among Malian migrants in Paris, *American Behavioral Scientist*, Vol. 50, N° 1, 9-26
- SARGENT C. (2005), Counseling contraception for Malian migrants in Paris: global state and personal politics, *Human Organization*, Vol. 64, N° 2, 147-156
- SARGENT C., CORDELL D. (2003), Polygamy, disrupted reproduction and the state : Malian migrants in Paris, France, *Social Science and Medicine*, Vol. 56, Issue 9, 1961-1972
- SAUVAGEAU C., GROULX S. et al. (2008), Les médecins discutent-ils des habitudes de vie avec leurs patients ?, *Canadian Journal of Public Health*, Volume 99, Numéro 1, 31-35

- SAUVAIN-DUGERDIL C., WAHAB DIENG A., Quels outils pour explorer la nouvelle culture-jeunes ? L'application des associations verbales à l'étude de la qualité de vie et du rôle des parents chez les jeunes maliens, 18 pages
- SCHULZ D.E. (2007), Drama, desire, and debate: mass-mediated subjectivities in urban Mali, *Visual Anthropology*, Vol. 20, 19-39
- SCHULZ D.E. (2003), "Political factions, ideological fictions: the controversy over family law in reform in democratic Mali", *Islamic Law and Society*, Vol. 10, N°1, 132-164
- SIDIBE A., BESANÇON S., BERAN D. (2007), « Le diabète : un nouvel enjeu de santé pour les pays en développement: l'exemple du Mali », *Médecine des maladies métaboliques*, Vol. 1, N° 1, 93-98
- SIDIBE T., SANGHO H., TRAORE M.S., CISSE M.B., DIALLO B., KEÏTA M.M., GENDREL D. (2006), Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST, *Mali Médical*, Vol. 21, N°1
- SIMARD P., DE KONINCK M. (2001), Environment, living spaces and health: compound organisation practices in a Bamako squatter settlement, Mali, *Gender and Development*, Vol. 9, No. 2, 11 pages
- SMITH D.J. (2003), Imagining HIV/AIDS: Morality and Perceptions of Personal Risk in Nigeria, *Medical Anthropology*, Vol. 22, N° 4, 343-372
- SINDZINGRE N. (sld) (1986), *Anthropologie, sociétés et santé*, Erès, 207 pages
- SINGY P. (2004), Le Sida au cabinet médical : les mots pour en parler, *Hygiène et Médecine*, 137 pages
- SINOU A. (1987), « Habiter à Bamako et à St-Louis du Sénégal », in LE BRIS E. (sld.), *Famille et résidence dans les villes africaines*, L'Harmattan, 71-114
- SISSAO A. (2002), *Alliances et parentés à plaisanterie au Burkina Faso. Mécanisme de fonctionnement et avenir*
- S.L.I.S. (2009), *Annuaire S.L.I.S. 2009*, Ministère de la Santé, 122 pages
- SMITH E. (2004), Les cousinages de plaisanterie en Afrique de l'Ouest, entre particularismes et universalismes, *Raisons Politiques*, N° 13, 157-169
- SMYTH F. (2008), Medical geography: understanding health inequalities, *Progress in Human Geography*, Volume 32, Numéro 1, 119-127
- SOLBECK D.E. (2010), « Love of the heart » : romantic love among young mothers in Mali, *Culture, Health and Sexuality*, Vol. 12, N° 4, 415-427
- SOUTOURA-UNAIDS (2008), Meilleure pratique au Mali : l'encadrement des travailleuses du sexe : le cas de Soutoura, *Rapport d'activité Soutoura*, 44 pages
- SYME S.L. (2004), Social determinants of health: the community as an empowered partner, *Preventing Chronic Disease: public health research, practice and policy*, Vol. 1, N° 1, 5 pages

- SYME L. S., FROHLICH K.L. (2002), The contribution of social epidemiology†: Ten new books, *Epidemiology*, Vol. 13, 110-112
- TABOT M. (2001), Outils de communication : la communication efficace... à votre service, *Santé Canada*, 42 pages
- TESSIER S. (2004), Santé publique, santé communautaire, Maloine, 341 pages
- THE PANOS INSTITUTE IN WEST AFRICA (2004), MALI : Appropriation des compétences transférées. Les soucis de santé de la mairie de Kalabancoro, Panos Infos, N°23, 3 pages
- THIRIOT C. (2002), Rôle de la société civile dans la transition et la consolidation démocratique en Afrique : éléments de réflexion à partir du cas du Mali, *Revue internationale de politique comparée*, Vol. 9, N° 2, 277-295
- THUMURELLE P-J. (2001), explications en géographie : démarches, stratégies et modèles, Sedes, 160 pages
- TIJOU-TRAORE A., GOBATTO I., BESSON R., BERNARD M. (2008), D'un savoir à l'autre. Les dynamiques familiales constitutives des savoirs sur une maladie chronique émergente : le diabète à Bamako (Mali), XVIIIème Congrès AISLF, Istanbul
- TOGOLA A., GERBER D. (2007), Une évaluation du rôle de la société civile dans la gouvernance au Mali, Open Society Institute, 10 pages
- TOUNKARA B. (2005), L'expérience de la collaboration entre les chercheurs du ROCARE et le Ministère de l'Education de base pour la réforme éducative au Mali, Atelier de réflexion et d'échanges sur la synergie entre chercheurs et décideurs dans le monde de l'éducation au Burkina Faso, Ouagadougou, 27 et 28 janvier 2005
- TRAORE Y., MOUNKORO N., TEGUETE I., DJIRE M.Y., DIALLO A., BAGAYOKO M, SISSOKO A., DOLO T., DOLO A. (2010), Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au C.H.U. Gabriel Touré, Mali Médical, Tome XXV, N°3, 27-30
- TRAORE M.N. (2006), La politique nationale de recherche en santé au Mali : processus de finalisation de la politique et de préparation d'un plan d'action, Conférence Canadienne sur la Santé Internationale, Ottawa
- TRAORE A.D. (1999), L'étau : l'Afrique dans un monde sans frontières, Actes Sud, 185 pages
- TOURE B. (1998), Actualisation des données dans la gestion des déchets dans le district de Bamako, *Urban Waste Expertise Program/Mali C.E.K*, 41 pages
- UNAIDS (2010), UNAIDS report on the global Aids epidemic, Unaid, 364 pages
- UNESCO (2002), Comprendre le rôle de l'impact de la culture en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA, Etudes et rapports, série spéciale, *Division des politiques culturelles*, N° 14, 206 pages
- UNESCO, Enfants de la rue, drogues, VIH/SIDA : les réponses de l'éducation préventive, *Unesco*, 37 pages

- UNGASS (2008), Rapport national Ungass Mali 2008, Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA H.C.N.L.S., 74 pages
- UNICEF (2009), Rapports de pays du Programme « Understanding Children's Work », *Unicef*, 129 pages
- UNICEF (2008), Pauvreté des enfants et inégalités au Mali, *Unicef*, 173 pages
- UNWOMEN (2003), Violence against Women in Mali: A Report to the Human Rights Committee, *Unwomen*, 28 pages
- URVOY Y. (1942), Les bassins du Niger, Mémoires de l'IFAN, Larose, détermine une dizaine de niveaux dans la stratigraphie du bassin
- VALLIN J. (sld) (1994), Populations africaines et Sida, La Découverte, 223 pages
- VAN DORMAEL M. (2006), Le système de santé de district et les SSP, Institut de Médecine Tropicale – Anvers, Atelier « Qualité du Système de Soins », Bamako 19-21 avril 2006, 27 pages
- VAN DORMAEL M., DUGAS S., KONE Y., COULIBALY S., SY M., MARCHAL B., DESPLATS D. (2008), Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali, *Human Resources for Health*, Vol. 6, N° 25, 8 pages
- VAN DORMAEL M., DUGAS S. (2000), Projet de recherche "médecine de première ligne dans les pays en voie de développement", étude de cas Mali, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, O.M.S., 53 pages
- VERGER C. (1997), Le Mali au quotidien: la force des faibles, L'Harmattan, 237pages
- VIDAL L. (1996), Le silence et le sens : essai d'anthropologie du SIDA en Afrique, *Anthropos*, 1996, 228 pages
- VIGNERON E. (sld.) (1994), La géographie de la santé en question, *C.N.R.S.*, 147 pages
- VISCUSI W. K. (1984), Regulating Uncertain Health Hazards When There Is Changing Risk Information, *Journal of Health Economics*, 3, 259-273
- VISCUSI W. K. (1990), « Do smokers underestimate risks? », *Journal of Political Economy*, 98, 1253-1269
- VUARIN R. (2000), Un système africain de protection sociale à l'ère de la mondialisation ou venez m'aider à tuer mon lion, *L'Harmattan*
- VUARIN R. (1994), L'argent et l'entregent, *Cahiers des Sciences humaines*, Vol. 30, N°1-2
- VUARIN R. (1991), Solidarité, parenté et urbanisation à Bamako: choix des unités d'enquêtes, *Etudes Maliennes*, N°45, 23-43 pages
- WAGBATSOMA VA., OKOJIE OH. (2006), Knowledge of HIV/AIDS and sexual practices among adolescents in Bénin city, Nigéria, *African journal of reproductive health*, Vol. 10, N° 3, 76 – 83

- WALDEN V.M., MWANGULUBE K., MAKHUMULA-NKHOMA P. (1999), Measuring the impact of a behaviour change intervention for commercial sex workers and their potential clients in Malawi, *Health education research*, Vol. 14, N° 4, 545-554
- WILDAF (2006), Rapport d'enquête sur le viol dans le district de Bamako, *Women In Law and Development in Africa*, 52 pages
- WILKINSON R.G. (1996) Unhealthy societies. The afflictions of Inequality, *Routledge*
- WILSON K., EYLES J., ELLIOTT S., KELLER-OLAMAN S (2007), Factors affecting change over time in self-reported health, *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 98, N° 2, 154-158
- WHITE H.L., KRISTENSEN S., COULIBALY D.M., SARRO Y.d.S., CHAMOT E., TOUNKARA A. (2009), Prevalence and predictors of HIV infection amongst Malian students, *AIDS Care*, Vol. 21, N. 6, 701-707
- WHITEHEAD M. (1995), Tackling inequalities: a review of policy initiatives, 22-52
- WORLD BANK (2005), Review on national HIV/AIDS strategies for countries participating in the World Bank's Africa multi-country AIDS program MAP, New York
- WORLD VALUES SURVEY (2007)
- YEBOAH I.E.A. (2007), HIV/AIDS and the construction of sub-saharan Africa: heuristic lessons from the social sciences for policy, *Social Science and Medicine*, Vol. 64, 1128-1150

SIGLES ET ABREVIATIONS

- A.B.G. : Aide Budgétaire Globale
- A.B.S. : Aide Budgétaire Sectorielle
- A.C.I. : Agence de Cession Immobilière
- A.F.A.S. / A.M.A.S. : Association des Femmes d'Aide et de Soutien aux Veuves et Orphelins du VIH/SIDA / Association Malienne d'Aide et de Soutien aux personnes vivant avec le SIDA
- A.F.P. : Agence Française de Presse
- A.G.R. : Activités Génératrices de Revenus
- A.M.A.P. : Agence Malienne de Presse et de Publicité
- A.M.C.H.U.D. : African Ministerial Conference on Housing and Urban Development
- A.M.P.R.I.T. : Association Malienne pour la Promotion de la Recherche de l'Invention et de l'Innovation Technologique
- A.P.D.F. : Association pour le Progrès et la Défense des droits des Femmes maliennes
- A.M.D.H. : Association Malienne des Droits de l'Homme
- A.M.M. : Association des Municipalités du Mali
- A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire
- A.M.P.P.F. : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
- A.N.S.S.A. : Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments
- A.P.I. : Agence de Promotion de l'Investissement au Mali
- A.R.V. : Anti Rétro Viraux
- AS.S.A.F.E. : Association du Sahel d'Aide à la Femme et l'Enfance
- A.T.T. : Amadou Toumani Touré
- B.A.D. : Banque Africaine de Développement
- B.M. : Banque Mondiale
- B.V.G. : Bureau de Vérification Général
- C.A.C.P. : Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques
- C.A.D.B. : Cellule d'Appui et de Développement à la Base
- C.A.F.O. : Coordination des Associations et O.N.G. Féminines
- C.A.N. : Coupe d'Afrique des Nations
- C.C.A.-O.N.G. : Conseil de Concertation et d'Appui aux Organisations Non Gouvernementales

- C.C.C. : Communication pour le Changement de comportement
- C.C.D.V. : Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire
- C.C.R.S. : Comité de Coordination de la Recherche en Santé
- C.D.C. : Centre Disease Control
- C.D.P. : Comités de Développement Participatifs
- C.E.S.A.C. : Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils
- C.G. : Comités de Gestion
- C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
- C.I.R.A.D. : Centre de coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement
- C.I.P. : Counseling Information Prevention
- C.N.A.M. : Centre National d'Appui à la lutte contre les Maladies
- C.N.E.S.S. : Comité National d'Ethique pour la Santé et les Services de la vie
- C.N.I.E.C.S. : Centre National d'Information, d'Education, de Communication pour la Santé
- C.N.R.S.T. : Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique
- C.N.T.S. : Centre National de Transfusion Sanguine
- C.P. : Comité de Pilotage
- C.P.N. : Consultation Pré Natale
- C.RE.DO.S. : Centre de Recherche sur la Documentation et la Survie de l'Enfant
- C.R.L.D. : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
- C.R.M.T. : Centre Régional de Médecine Traditionnelle
- C.N.P.A. : Centre National de Promotion de l'Artisanat
- C.S.A. : Centres de Santé Associatifs
- C.S.A.R. : Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés
- C.S.COM. : Centre de Santé Communautaire
- C.S.L.P. : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
- C.S.L.S. : Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA
- C.S.R. : Centre de Santé de Référence
- D.M.T. : Département de Médecine Traditionnelle
- D.N.E.S.R.S. : Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- D.N.P. : Direction Nationale de la Population

- D.N.S. : Direction Nationale de la Santé
- D.R.C.T.U. : Direction routière de la circulation et du transport urbain
- D.T.S. : Dépenses Totales de Santé
- E.A&P. : Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre chez les enfants au Mali
- E.D.S.M. : Enquête Démographique de Santé du Mali
- E.D.M. : Energie Du Mali
- E.I.D. : Espace d'Interpellation Démocratique
- E.L.I.M. : Enquête Légère Intégrée aux Ménages
- E.P.H. : Etablissements Publics Hospitaliers
- F.C.I. : Family Care International
- FE.C.O.N.G. : Fédération des Collectifs d'O.N.G. au Mali
- FE.L.A.S.COM. : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
- FE.M.A.T.H. : Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes
- FE.N.A.S.COM. : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
- F.L.A.S.H. : Faculté des Lettres, des Arts et des Sciences Humaines
- F.M.P.O.S. : Faculté de Médecine Pharmacie d'Odonto-Stamologie
- F.N.A.M. : *Fédération Nationale des Artisans du Mali*
- F.A.F.P.A. : *Fonds d'Appui à la Formation Professionnelle et l'Artisanat*
- G.I.E. : Groupement d'Intérêt Economique
- GP/SP : Groupe Pivot Santé Population
- G.RE.DE.F. : Groupe de Recherche sur l'Etat, la Décentralisation et le Foncier
- G.R.E.M. : Groupes d'Etudes et de Mobilisation de la Mission de décentralisation
- G.Y.T.S. : Global Youth Tobacco Survey
- H.C.I.M. : Haut Conseil Islamique Malien
- H.C.N.L.S. : Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA
- I.A.F.P.R.E.S.S. : Institut Africain de Formation en Pédagogie, Recherche et Évaluation en Sciences de la Santé
- I.B.W. : Institutions de Bretton Woods
- I.C.R.A.F. : International Centre of research on Agro-Forestry
- I.C.R.I.S.A.T. : International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics

- I.D.H. : Indice de Développement Humain
- I.E.C. : Information, Education, Communication
- I.E.R. : Institut d'Economie Rurale
- I.F.S.S. : Institut de Formation de Sciences de la Santé
- I.G.M. : Institut Géographique du Mali
- I.H.P.+: International Health Partnership
- I.N.E.R.G.G. : Institut National d'Etudes et Recherche en Géro-geriatrie
- I.N.P.E.S. : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- I.N.R.S.P. : Institut National de la Recherche en Santé Publique
- IN.SAH. : Institut du Sahel
- I.P.C. : Indice de Pauvreté Communal
- I.P.C. : Indice de Perception de la Corruption
- I.R.D.: Institut de Recherche et Développement
- I.S.B.S.: Integrated STI prevalence and Behaviour Surveys
- I.S.H.: Institut des Sciences Humaines
- J.I.C.A. : Agence Japonaise de Coopération Internationale
- L.N.S. : Laboratoire National de la Santé
- L.Q.A.S.: Lot Quality Assurance Sampling
- M.A.P. : Multisectorial Approach Program
- M.A.T.C.L. : Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales
- M.M.E.E. : Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau
- M.D.S.S.P.A. : Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées
- M.P.F.E.F. : Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
- N.I.G.Z.: National Instituut voor Gezondheidsbeoordering en Ziektepreventie
- O.C.D.E. : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- O.D.H.D. : Observatoire du Développement Humain Durable
- O.M.A.T.HO. : Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie
- O.M.D. : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- O.N.G. : Organisation Non Gouvernementale

- O.P.E.N. : Oui Pour une Enfance Noble
- O.R.T.M. : Office Radio Télévisé du Mali
- O.S.C. : Organisations de la Société Civile
- P.A.C.T. : Programme d'Appui aux Collectivités Territoriales
- P.A.F.O.C. : Projet de Gestion du Patrimoine Foncier Communal
- P.A.S. : Politiques d'Ajustement Structurel
- P.D.E.S. : Projet de Développement Economique et Social
- P.E.V. : Programme Elargi de Vaccination
- P.I.B. : Produit Intérieur Brut
- P.M.A. : Paquet Minimum d'Activités
- P.M.T. : Plans à Moyen Terme
- P.N.G. : Politique Nationale du Genre
- P.N.L.E. : Plan National de Lutte contre l'Excision
- P.N.L.S. : Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA
- P.N.U.D. : Programme des Nations Unies pour le Développement
- P.R.E.G. : Politically Relevant Ethnic Group
- PRO.DE.S.S. : Programme de Développement Sanitaire et Social
- P.S.I. : Population Services International
- P.T.F. : Partenaires Techniques et Financiers
- P.T.M.E. : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- P.V.VIH : Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
- R.A.C.E. : Recensement Administratif à Caractère Electoral
- R.A.V.E.C. : Recensement Administratif à Vocation d'Etat Civil
- RE.COM.SA. : Réseau National des Communicateurs en Santé
- R.G.P. : Recensement Général de la Population
- R.I.O.E.V. : Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et Enfants Vulnérables
- R.I.P.O.D. : Réseau Islam Population et Développement
- R.M.A.P.+ : Réseau Malien des Associations des Personnes vivant avec le VIH/ SIDA
- R.P.M. : Rassemblement pour le Mali
- R.O.C.A.R.E. : Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education

- R.S.F. : Reporters Sans Frontières
- SE.CO.-O.N.G. : Secrétariat de Concertation des ONG Maliennes
- S.I.D.A. : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
- S.L.I.S. : Système Local d'Information Sanitaire
- S.M.I.G. : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
- S.N.L. : Stratégie Nationale du Logement
- S.U.C. : Service des Urgences Chirurgicales
- T.M.E. : Transmission de la Mère à l'Enfant
- T.S.C. : Travailleuses du Sexe « *Clandestines* »
- T.S.O. : Travailleuses du Sexe « *Officielles* »
- U.S.A.C. : Unité de Soins, d'Accueil et de Conseils
- V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : <i>Evaluer les répercussions des politiques publiques sur la santé des populations : un défi pour les acteurs de la santé publique</i>	24
Figure 2 : <i>Neufs éléments qui permettent d'identifier ce passage de la prise de conscience aux actes</i>	26
Figure 3 : <i>Le schéma classique de la communication</i>	28
Figure 4 : <i>Les étapes d'une action de santé : « le parcours d'une action de prévention »</i>	38
Figure 5 : <i>Les structures universitaires engagées dans l'organisation de la recherche suivant leurs domaines d'action en 2010 au Mali</i>	42
Figure 6 : <i>Le modèle PRECEDE-PROCEED</i>	59
Figure 7 : <i>Organisations Non-Gouvernementales ayant participées à la récolte de données avec l'outil Preffi 2.0.</i>	62
Figure 8 : <i>Exemple de catégorie de question et de formulaire de notation de l'outil Preffi</i>	62
Figure 9 : <i>Présentation des résultats de l'outil Preffi</i>	62
Figure 10 : <i>Exemple d'un grin</i>	75
Figure 11 : <i>Les différentes formes de pouvoirs au Mali</i>	80
Figure 12 : <i>Récapitulatif du travail de terrain au Mali</i>	85
Figure 13 : <i>Représentation de l'échantillon pour nos deux espaces en fonction du sexe et de l'âge</i>	86
Figure 14 : <i>Fiche institutionnelle et organisationnelle d'entretien</i>	88
Figure 15 : <i>Récapitulatif d'entretiens</i>	89
Figure 16 : <i>Nombre de personnes rencontrées lors des groupes de discussions</i>	91
Figure 17 : <i>Région de Sikasso</i>	91
Figure 18 : <i>Pyramide sanitaire du Mali selon le plan sectoriel de santé de 1990</i>	94
Figure 19 : <i>Infrastructures sanitaires publiques et privées (hors C.S.COM.) en 2009</i>	96
Figure 20 : <i>Dépenses totales de santé (D.T.S.) en pourcentage du P.I.B. et ressources externes consacrées à la santé au Mali de 1995 à 2008</i>	97
Figure 21 : <i>Ecart dans la mesure de l'espérance de vie au Mali</i>	99
Figure 22 : <i>Population des hommes et femmes par régions et nombre de dépistages par sexe lors de l'E.D.S.M. IV</i>	102
Figure 23 : <i>Cas et décès dû au SIDA. Cas avérés et présumés en 2007, 2008, 2009 et 2010 pour le Mali</i>	103
Figure 24 : <i>Cas et décès dû au SIDA. Cas et décès présumés et avérés en 2007, 2008, 2009 et 2010 pour le Mali</i>	103
Figure 25 : <i>Prévalence du VIH/SIDA par régions au Mali en 2001 et 2006</i>	104
Figure 26 : <i>Prévalence du VIH/SIDA au Mali en 2001 et 2006 selon l'âge</i>	105
Figure 27 : <i>Pyramide des âges pour le District de Bamako en 2008</i>	106
Figure 28 : <i>Evolution de la population urbaine pour le Mali et pour Bamako</i>	107
Figure 29 : <i>Les ethnies au Mali</i>	108
Figure 30 : <i>Opposition Kappa score</i>	109
Figure 31 : <i>Taux de scolarisation des garçons et des filles par régions au Mali en 2008-2009</i>	110
Figure 32 : <i>Pauvreté des conditions de vie au Mali selon les milieux et régions en 2001 et 2006</i>	111

Figure 33 : Profil topographique de la ville de Bamako	115
Figure 34 : Expansion de Bamako entre 1986 et 1999	117
Figure 35 : Typologie des quartiers de la capitale malienne et données annexes.....	120
Figure 36 : Typologie des différents quartiers de la capitale malienne.....	121
Figure 37 : Secteurs du quartier de Banconi et densité d'habitants.....	123
Figure 38 : Quel est votre statut matrimonial ?	124
Figure 39 : De quelle ethnie êtes-vous ?.....	125
Figure 40 : A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?.....	126
Figure 41 : Quel(s) moyen(s) de locomotion utilisez-vous ?.....	126
Figure 42 : Indicateurs démographiques des communes I et VI, de Banconi et Faladié.....	128
Figure 43 : Densité d'habitants par quartiers de Bamako et pour Banconi et Faladié en 2009	129
Figure 44 : Quels sont les réseaux sociaux les plus importants ?.....	130
Figure 45 : Il y a-t-il des nuisances au sein de votre zone d'habitation ?.....	130
Figure 46 : Accès à l'eau par l'eau de surface, eau de puits, par robinet et par fontaine publique par quartiers à Bamako en 2009	131
Figure 47 : Accès à l'électricité et au gaz à Bamako par quartiers en 2009.....	132
Figure 48 : Principales structures de collecte des déchets sur Bamako	133
Figure 49 : Changements politiques au Mali entre 1960 et 2012	134
Figure 50 : Tableau de synthèse des principaux indicateurs au Mali et à Bamako (B)	139
Figure 51 : Organisations de la société civile au Mali.....	159
Figure 52 : Nombre d'O.N.G. par quartiers de Bamako en 2009	166
Figure 53 : Zones d'interventions des O.N.G. au Mali en 2009	168
Figure 54 : Prévalence du VIH/SIDA en 2006 et Zones d'interventions des O.N.G. spécialisées sur le VIH/SIDA au Mali en 2009 par régions au Mali	168
Figure 55 : Dans quelles mesures les contraintes institutionnelles, bureaucratiques et les politiques entravent-elles les efforts que vous faites pour que votre travail soit orienté, mis en œuvre et approprié par les communautés les plus touchées par le VIH/SIDA ?	173
Figure 56 : Lien entre lieu d'habitation et la volonté que les enfants reçoivent de l'éducation sexuelle à l'école et le fait d'accepter de parler du VIH/SIDA dans la vie de tous les jours	175
Figure 57 : Lien entre le lieu d'habitation et les canaux de connaissance du VIH/SIDA	175
Figure 58 : Avec qui discutez-vous de sexualité ?.....	177
Figure 59 : Lien entre le lieu d'habitation et les opinions envers le VIH/SIDA	181
Figure 60 : Lien entre l'accessibilité aux campagnes de prévention et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA au Mali pour les deux espaces d'étude	182
Figure 61 : Lien entre le niveau de scolarisation et l'accès aux campagnes de prévention et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA pour les deux quartiers.....	186
Figure 62 : Attitudes des femmes et des hommes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Mali en 2006	192
Figure 63 : Lien entre le lieu d'habitation et les méthodes de changements de comportements utilisées depuis la connaissance du VIH/SIDA	202

Figure 64 : <i>Lien entre le lieu d'habitation et les raisons invoquées pour le non-port du préservatif</i>	203
Figure 65 : <i>Panneau de prévention à la gare routière, marché de Médine à Bamako</i>	206
Figure 66 : <i>Répartition par quartiers des « points chauds », des établissements d'hébergements ainsi que des bars et restaurants par quartiers à Bamako en 2009</i>	211
Figure 67 : <i>Lien entre le lieu d'habitation et le fait de trouver correct d'utiliser un préservatif avec un partenaire régulier ainsi que d'accepter d'avoir une relation sexuelle avec une personne qui refuse le port du préservatif</i>	213
Figure 68 : <i>Panneaux de sensibilisation pour la promotion du dépistage volontaire</i>	213
Figure 69 : <i>Client et cliente type au dépistage en 2005</i>	216
Figure 70: <i>Among all sexually experienced adolescents, percentage giving selected reasons for first intercourse, by gender according to residence</i>	223
Figure 71 : <i>Hommes prenant les décisions sur leurs épouses pour aller consulter un centre de santé</i>	225
Figure 72 : <i>Prise de décision dans le ménage par les femmes concernant leur santé à Bamako, Banconi et Faladié en 2006 et 2009</i>	226
Figure 73 : <i>Panneau de sensibilisation pour la décision mutuelle du port du préservatif pris sur différents sites et boîtes à image symbolisant le refus d'une relation sexuelle contre argent de la part d'une femme et la proposition du port du préservatif</i>	226
Figure 74 : <i>Nombre de cas de violences déclarées selon le type de violence de 2002 à 2006</i>	227
Figure 75 : <i>Lien entre le lieu d'habitation, le sexe et les nuisances connues</i>	228
Figure 76 : <i>Exemples de panneaux de sensibilisation où l'homme propose le port du préservatif</i>	229
Figure 77 : <i>Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le refus d'avoir des relations sexuelles avec leur mari/partenaire en 2001 et 2006 au Mali et à Bamako</i>	230
Figure 78 : <i>Lien entre l'adaptation des programmes et les opinions envers le VIH/SIDA</i>	234
Figure 79 : <i>Exemples de panneaux de sensibilisation présents à la sortie de villes et villages</i>	235
Figure 80 : <i>Panneau de sensibilisation pour le préservatif féminin et contre le VIH/SIDA et panneau suscitant de l'interrogation</i>	236
Figure 81 : <i>Panneaux de sensibilisation dans les rues de Bamako et dans certaines régions du Mali</i>	236
Figure 82 : <i>Panneaux de sensibilisation d'origines différentes</i>	237
Figure 83 : <i>Panneaux de sensibilisation dans les gares routières de la capitale malienne</i>	237
Figure 84 : <i>Dégradation des panneaux de sensibilisation au Mali</i>	237
Figure 85 : <i>Brochures préventives sur le VIH/SIDA pour les religieux</i>	243
Figure 86 : <i>Exemples de jeu de dessins et de boîtes à images</i>	243
Figure 87 : <i>Degré d'appropriation des politiques des bailleurs de fonds par les gouvernements dans huit pays étudiés</i>	245
Figure 88 : <i>Exemples de brochure et de panneaux pour lutter contre l'excision</i>	249
Figure 89 : <i>Panneaux (route de Mopti 2004) et brochures de sensibilisation en français et bamanan</i>	252
Figure 90 : <i>Lien entre les langues lus et les canaux d'informations privilégiés pour recevoir de l'information sur le VIH/SIDA</i>	253
Figure 91 : <i>Lien entre les langues privilégiées et l'accès aux campagnes de prévention en santé</i>	253
Figure 92 : <i>Explications causales selon le type de maladies et des savoirs</i>	257

Figure 93 : Lien entre l'ethnie et la connaissance de l'un des slogans de lutte contre le VIH/SIDA pour Banconi et Faladié.....	259
Figure 94 : Evolution du nombre de clients reçus par mois en 2005 au Mali dans les centres de dépistages volontaires	263
Figure 95 : Nombre de patients initiés au traitement A.R.V. au Mali depuis 2001	265
Figure 96 : Outil Preffi : 6.2.b. Calendrier de l'intervention	268
Figure 97 : Exemples de panneaux de sensibilisations marquant une visibilité importante du bailleur ou de l'organisation	267
Figure 98 : Lien entre le lieu d'habitation et le choix des intervenants en santé et VIH/SIDA	270
Figure 99 : Evolution de la construction des C.S.COM. prévus en 2008 par régions	273
Figure 100 : Structures de santé et densité d'habitants par quartiers de Bamako en 2009.....	274
Figure 101 : Lien entre le lieu d'habitation et les critères de choix des consultants en santé	279
Figure 102 : Satisfaction des conditions de travail selon la structure de travail au Mali en 2010	280
Figure 103 : Ancienneté des médecins de campagnes hors Bamako en 2000 et ancienneté du personnel des C.S.COM. et des C.S.R. en 2000 au Mali	281
Figure 104 : De qui accepteriez-vous de recevoir des informations sur la santé ?	282
Figure 105 : Lien entre la qualité ressentie du quartier d'habitation et la présence de nuisances	286
Figure 106 : Types d'associations choisis par les répondants étant adhérents d'une association sur Banconi et Faladié.....	292
Figure 107 : 2.3. Perception du problème par les acteurs (tous les individus ou groupes concernés directement par le problème et sa résolution)	294
Figure 108 : 4.2. Motivations et aptitudes au changement des groupes cibles et 6.3.a. participation des groupes cibles.....	295
Figure 109 : Outil Preffi : 6.7. Test préalable	305
Figure 110 : Résultat de l'évaluation des ressources du S.N.I.S. Système National d'Information Sanitaire au Mali en 2008	305
Figure 111 : Outil Preffi : 8.2. Évaluation de processus	306
Figure 112 : 4.1. Caractéristiques générales et démographiques des groupes cibles	310
Figure 113 : Outil Preffi : 2.1. Nature, gravité et étendue du problème.....	311
Figure 114 : Quel est le slogan de lutte contre le VIH/SIDA au Mali ?	312
Figure 115 : Complétude des données pour les C.S.COM. pour les communes I et VI de Bamako et pour le Mali de 2000 à 2006	314
Figure 116 : Résultat des critères d'évaluation des indicateurs du S.N.I.S. au Mali en 2008	314
Figure 117 : Pourquoi le Compact ?	322
Figure 118 : Café Santé crée par l'O.N.G. Jigi à la gare de Sogonikoro à Bamako le 3 janvier 2008.....	322
Figure 119 : Œuvres sur le VIH/SIDA de M. Mohammed Sylla, artiste peintre de Bamako en janvier 2008Les différentes formes de pouvoirs au Mali	323
Figure 120 : Dessins de sensibilisation dans un C.S.COM. dans le cercle de Kadiolo	323

REMERCIEMENTS

« Aw bora aw ka so, aw nana aw ka so. »

= « Vous avez quitté chez vous pour venir chez vous. »

(Proverbe Malien)

Merci à mes **professeurs** : Merci tout particulièrement à M. Sébastien Fleuret, chargé de recherches C.N.R.S-Eso pour son aide si précieuse et si claire depuis toutes ces années. Son suivi régulier, son approche commune du terrain malien et l'ensemble de ces conseils ont été plus qu'utiles pour la construction de l'ensemble de mes travaux de recherche. « *I ni cé Seydou Dia* ». Comme le dit un proverbe bamanan : « *Dègèbàgà juman be mògo se ko la* » = « *Un bon pédagogue rend les gens compétents* » (= « *L'élève apprend vite avec un bon maître* »). Merci à M. Christian Pihet, professeur de géographie à l'Université d'Angers pour son soutien depuis la maîtrise.

Merci à **Angers Loire Métropole** pour le financement de cette thèse. L'amitié entre les deux villes existe depuis très longtemps et a été formalisée dès 1974 par la signature d'une convention de jumelage. De très nombreux échanges, partenariats et projets existent entre les deux villes, bravo aux deux villes engagées dans une réelle démarche de coopération empreinte d'amitié. Nous avons pu nous en rendre compte sur le terrain par l'accueil toujours très chaleureux de la part des habitants.

Depuis mes débuts de recherche sur cette thématique en maîtrise de géographie et tout au long de ce travail de recherche, il ne m'aurait pas été possible d'effectuer l'ensemble de ce travail de doctorat sans l'aide à toute épreuve de mon ami **Amadou Dia**. Son soutien, son approche du terrain, sa connaissance plus que parfaite de la ville de Bamako, son dévouement et son amitié ont été plus qu'important et essentiel au bon déroulement de mon travail de recherche. Son accompagnement lors des entretiens, la préparation de mes séjours, la récolte de documents ainsi que son accueil auprès de sa femme Elisa et de ses enfants Cha-Cha et Séba ont facilité grandement mes séjours et m'ont encore plus donné l'amour de ce beau pays et de ses habitants si chaleureux. « *I ni cé dogoni* »

Merci également à ma seconde famille pour son accueil au sein de la concession, son amour et son aide. Leur soutien a été très important au quotidien lors de l'ensemble de mes venues. I ni cé à Mamou Dia et toute la grande famille de Korofina (Aïchata, Amadou, Djina, Fifi, Gnia, Hamidou, Joli Papa, Lamine, Makadia, Safi, Maïmouna, Rokia...).

Un grand merci également à mon grand ami au cœur si grand et au sourire si réconfortant et si plein d'énergie. Merci pour son soutien, son dynamisme et temps de repos sur sa chère colline de Fadjiguila-Doumanzana, merci au « *rasta* » Drissa Konaté, artiste plasticien à Bamako.

Merci à Souleymane Dionkassi pour toute son aide au quotidien à Angers et à Bamako ainsi que pour cette volonté perpétuelle de se battre et croire en lui et aux autres. Merci à M. Bakary Dionkassi pour son amitié réelle et sa reconnaissance et merci à Mamadou Dionkassi pour son accueil et suivi.

Du côté des **amis et familles**, je tiens à remercier tout particulièrement :

la famille Théra de Faladié, Béa « *namassa* », M. Benjamin Guindo et toute sa famille à Bamako et Nombori, Philippe, M. Faffré Camara, Mme Mariam et M. Isidore Traoré, M. Nouhoum Bouaré, M. Pape N'Diaye, M. Papu, M. Oumar Sylla dit « *bandit* », M. Mahamadou Traoré Touré dit « *M.T.T.* »

Du côté de la **ville d'Angers**, je tiens à remercier tout particulièrement :

Mme Christine Farges, Dr Gérard Boussin, Mme Silvia Camara-Tombini, Mme Peggy Frouin

Du côté de la **maison du Partenariat Angers-Bamako (M.P.A.B.)**, je tiens à remercier tout particulièrement :

M. Philippe Renazé, M. André Van Hoorebeke, M. Jérémy Morfoisse, M. Seydou Coulibaly, Mlle Anna Bellan, Awa, Ousmane, Lassine ainsi que toute l'équipe de la maison.

Du côté de l'**Office de Coopération Internationale de la ville d'Angers (O.C.I.A.)**, je tiens à remercier tout particulièrement :

Mme Nicolette Dauver, M. Joël « *karamogo* » Brizard, Julien Cesbron, Ludovic De Gentile et tous les membres et associations cotoyant de près ou de loin l'association et qui m'ont soutenu depuis la maîtrise de géographie.

Du côté de l'**Université de Bamako et des étudiants**, je tiens à remercier tout particulièrement :

Professeur Abdul Salam Bah, Professeur Samba Diallo

Mlle Fatoumata Cissé, M. Modibo Diakité, Papu, M. Oumar Maïga, M. Souleymane Konaré, M. Mahamadou Traoré Touré

Du côté des **organisations internationales**, je tiens à remercier tout particulièrement :

la Banque Mondiale (M. Diadie, Mme Cristal, M. Moussa Diarra), la Banque Africaine de Développement (B.A.D. : Mr. Moulay Lahcen Ennahli), le Country Coordinating Mechanism (C.C.M.) du Fond Mondial (Dr. Christine Sow, M. Modibo Kané), le Center Disease Control and Prevention (C.D.C. : Dr Barry Alimou, M. Paul Sangala), la Coopération Suisse de Sikasso (D.D.C. : Dr Dicko), le Service Allemand de Développement (D.E.D. : Mme Annekatrin El Oumrany), le Fond Mondial (M. Daouda Kassoum Minta), l'Organisation Mondiale de la Santé au Mali (O.M.S. : Dr Ignace Ronce), l'Onusida (Dr Diouf Ousmane, Mme Yamina Chakkar, Mme Félicité Nsabimana, M. Jean-louis Iedecq), le Programme des Nations Unies pour le Développement (P.N.U.D. : M. Djeidi Sylla), l'UNESCO (M. Firmin Edouard Matoko, Shabani Juma), L'UNICEF (Dr Christine Sow, Dr Etienne Dembele), l'USAID (Dr Niambélé, M. Boubacar Guindo).

Du côté des **institutions nationales**, je tiens à remercier tout particulièrement :

L'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (A.N.I.C.T.), le Centre National d'Information, d'Éducation et de Communication (C.N.I.E.C.S.), la Cellule d'Appui et de Développement à la Base (C.A.D.B. : M. Modibo Cissé, M. Mariko), la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA (C.S.L.S. : Dr Aliou Sylla, M. Douada Diakité, M. Amadou Haïdara, Dr Gérald Viretto), la Cellule Technique d'Appui aux Communes du District de Bamako (C.T.A.C. : M. Oumar Konaté), la Direction Nationale de la Population (D.N.P. : M. Ishaga Coulibaly), la Direction Nationale de la Santé (D.N.S. : Dr Hamadoun Ba, M. Moctar Traoré), l'Énergie Du Mali (E.D.M. : M. Bakary Coulibaly), le Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA (H.C.N.L.S. : M. Malick Sène, Dr Youssouf Diallo, Dr Ousmane Diallo, Dr Aly dit Agali Wele, M. Adama dit Antoine Koïta), la mairie de la commune I du district de Bamako (M. Kouyaté), la mairie de la commune VI du district de Bamako (M. Sékou Sangaré, Mme Awa), la mairie de quartier de Banconi, la mairie du quartier de Faladié (M. Mustaph), le Ministère de la Santé (M. Sidi Yaya Cissé, Mme Adiawiakoye Ramatou Koné), le Ministère de la Communication et des

Technologies de l'Information (Mme Safiatou Koné), l'Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie (O.MA.T.HO. : M. Ismaël Soumaré, M. Aly Kassambara), le Programme National de Lutte contre l'Excision (P.N.L.E.: Dr Lamine Boubacar Traoré)

Du côté des **services de santé**, je tiens à remercier tout particulièrement :

ARCAD SIDA (Dr Bintou Keita-Dembele, Mme Ba Madina Koyaté, M. Togo Madingué), le Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accueil et de Conseils (C.E.S.A.C.: M. Mamadou Cissé, M. Ousmane Traoré, Mme Hawa Dicko), le Centre de Santé Communautaire de Banconi (C.S.COM.: M. Issa Traoré, Dr Maïga), le Centre de Santé Communautaire de Faladié (Dr Dembelé), la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (C.P.S./M.S.: M. Samba Keïta, Dr Mamadou Diop), l'Hôpital du Point G (Mme Lucienne Koumaré, Dr Baba Koumaré, Dr Daouda Minta), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P. : Dr Djibril Coulibaly, Dr Rokia Sanogo), la Mutualité Malienne (M. Cheickna Touré)

Du côté des **organisations Non-Gouvernementales (O.N.G.) et associations**, je tiens à remercier tout particulièrement :

Acalode, (M. Molobaly Samaké), Action Couverture et Développement (A.C.D. : M. Yacouba Sacko), Action Santé Commune I (M. Bassy Konaté, M. Amadou Diarra), A.D.A.C., Association des Femmes d'Aide et de Soutien aux Veuves et Orphelins du VIH/SIDA / Association Malienne d'Aide et de Soutien aux personnes vivant avec le SIDA (M. Modibo Kané, M. Oumou Diarra), la Fondation Aga Kahn pour le Développement (Dr Yacouba Kone), AGPM (M. Fodé Camara), l'Association pour le Développement Actif et Participatif (A.D.A.P.: M. Boureïma Guindo), Aide à la Sauvegarde de l'Enfance au Mali (A.S.E.: Bibi), Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle (A.I.D.E.M.E.T.: Dr Sergio Giani), Aide au Sahel et à l'Enfance Malienne (A.S.E.M.: Dr Issa Séni Traoré), Aide et Action (A.E.A.: M. Papa Amadou Kane Diallo), AJSD Mali (Dr Ali), AKAS, Alliances des Maires et des Responsables Municipaux vis-à-vis du VIH/SIDA (A.M.M. : Mme Drabo Niangadou, M. Modibo Traoré), Alliance des Religieux contre le VIH/SIDA (M. Thiam Thierno Hady), Alutas Mali (Mme Adama Diallo), AMADE (M. Mahamadou Abdou), AMADE PELCODE (M. Oumar Sango), Association Malienne pour l'Appui du Sahel (A.M.A.S. : M. Boubacar Traoré), AMIFA (M. Traoré), Association pour le Renforcement des Capacités des Communes (A.R.C.C.: Mme Fatoumata Tangana), ASDAP (Mme Traoré Fatoumata Touré, Habibatou Diallo), AMIDEP-ASEP (Dr Karifa Diawara, Dr Souleymane Coulibaly, M. Daouada Simpara, M. Idrissa Diawara, M. Mamby Traoré, Sacko Zakaria), l'Association de Développement de Quartier Club des Amis de Mékin-Sikoro (A.D.Q.-C.A.M.S.: M. Mahamane Maïga), Association Malienne de la Jeunesse Musulmane (M. Lassana Camara), l'Association Malienne de Promotion des Jeunes Filles (A.M.P.J.F.: Mme Souadou Diabaté), l'Association Malienne pour le Soutien aux Associations et Coopératives (A.M.A.C.: M. Tidiani Traoré), l'Association pour le Développement Actif et Participatif (A.D.A.P.: M. Guindo), l'Association des Jeunes pour la Lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (A.J.L.: Drissa Diarisso), l'Association Malienne de Suivi et d'Appui à la Femme et à l'Enfant (A.M.S.A.F.E.: Mme Safiatou Dombia Coulibaly), l'Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (A.M.S.O.P.T.), l'Association pour le Développement Endogène au Sahel (A.D.E.S.: Hassane Yalcoué), l'Association Subaahi Gumo (A.S.G.: M. Mahamane Boury), CAES (M. Abdoulaye Samoura), Carrefour et Développement (CAR.D.: M. Diabirou H.Maïga, M. Mahamadou Alassane), Care Mali (M. Boubacar Cissé),

Caritas Mali (M. Gaston Goro, Archbishop Jean Zerbo, Mr Theodore Togo, Félix Kangama, Emmanuel Eveché, Mama Keïta, Jacqueline de Gourgoing), Cefarad, Cerdepe (M. Mamadou Traoré), Cmdc Faso Gnet (M. Daouada Tabily), Collectif des Femmes du Mali (CO.FE.M., Mme Fanta Fomba), Coopérative des Femmes pour l'Éducation, la Santé Familiale et l'Assainissement (CO.F.E.S.F.A.: Mme Kadiatou Sanogo), Coordination des Associations et O.N.G. Féminines (C.A.F.O.: Mme Oumou Touré Traoré, Mme Goundo Sissoko, M. Abdoulaye Ahmadou Maïga, Mme Ballo Haoua Bouaré, Mme Fatoumata Touré), Danayaso (Mme Mariame Sidibé, Mme Cissé Haby Diop), Diakonia, Djekafo, Dounia (M. Issiaka Haidara), Enda Mali (Mme Sissoko, M. Mamadou Niambélé, Mme Diaminatou Ba), Family Care International (F.C.I.: Mme Fatimata Kané), Fédération Malienne des Tradithérapeutes (FE.MA.TH.: M. Mohammed Fall, M. Toumani Diakité, M. Oumar Maïga), Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires (FE.N.AS.COM. : M. Konaré, M. Tiémoko Malé), Femnet (Mme Mama Koité Doumbia), Association Femmes et Droits Humains (F&DH), Gnogondème (Mme N'Diaye Aïssé Keïta), Groupe Action pour le Développement des Initiatives Communautaires (G.A.D.I.C.: M. Bakary Ballo), Grade Banlieue (M. Souleymane Bocoum), Graf Mali (M. Badara Sacko), Groupe d'Action pour les Enfants de la Rue (M. Sory Keïta), Groupe Eurêka pour un Mali Jeune (M. Arouna Maïga), Groupement d'Intervention Malien pour la Promotion du Développement Socio-sanitaire (G.I.M.P.D.S.: Mme Halimatou Traoré, Mme Aïssatou Tinka Bah, M. Trahirou Keïta), Groupe Pivot Santé Population (GP/SP: M. Diola Keïta, M. Souleymane Dolo, Mme Traoré Nana Sissako), Guamina (M. Souleymane Dembélé), Hellen Keller International (Ms Marjon Tuinsma), Jeunesse et Développement (M. Soumaïla Moro, M. Tiédian Bougoudogo), Jigi (M. Sékou Barry), Kéné Dougou Solidarité (M. Mohammed Touré), Mali Enjeu (M. Amadou Tolo, M. Moussa Sissoko), Medes-Sapcom (M. Oumar Mariko), Muso Danbé (Dr Issa Konaté), Musowjigi (M. Sorry Traoré), Omadecos (M. Kalifa Traoré), Plan Mali (M. Bédou Traoré), Population Services International (P.S.I.: M. Mamadou Tiéman Doumbia, M. Souleymane Yaya Koné, Mme Annekatrin El Oumrany, M. Boureïma Maïga), Promodef (Mme Oumou Bolly Diallo), Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (R.I.O.E.V.: Mme Fatima), RMAP + (M. Modibo Kané), Rongas (M. Noumoussa Saganogo), Sahel 21 (Mme Lyne Caron), Samu Social Mali (Mme Laurence Cambianica, Mme Nadège Chassain), Santé Plus (M. Mahamadou Camara, Mlle Bintou Kanté, M. Mahamane Traoré, Mlle Fatimata Koné, M. Issa Samaké, M. Tiémoko Haïdara), Save the Children (M. Mahamane Sanogo), Sido Bgni (Mme Fanta Coulibaly), Soutoura (Mme Garangué Sidibé), Stop SIDA (M. Pathé Dicko), World Vision Mali (W.V.I.: M. Jean-Baptiste Kamaté, M. Scott Lout, Dr. Daouda Coulibaly)

Du côté des **chercheurs, doctorants et instituts de recherches**, je tiens à remercier tout particulièrement :

M. Hubert Balique, Mlle Catherine Boileau, M. Joseph Brunet-Jailly, Mlle Julie Castro, M. Abou Diallo, M. Barazi Dicko, Mme Isabelle Gobatto, Institut de Recherche et de Développement (I.R.D.: M. Gilles Fédière, M. Henri Guillaume, Mme Sitan Guindo), Mlle Carine Kouané, M. Joseph Larmarange, Mlle Cathy N'Diaye, Point Sud (Dr Sissoko), Mlle Joanne Veilleux

Et merci à toutes les personnes que je n'ai peut-être pas nommé ou oublier...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
1. CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE.....	13
1. Problématique	13
1.1. Contexte général	13
1.1.1. Données sur le VIH/SIDA au Mali.....	13
1.1.2. Santé publique et VIH/SIDA au Mali : l'enjeu des messages de prévention	14
1.2. Problème	15
2. Les concepts de recherche.....	16
2.1. La prévention	16
2.2. Un déplacement du concept de prévention vers l'idée de promotion de la santé	18
2.2.1. Définitions et promotion de la santé.....	18
2.2.2. L'importance de la participation des populations	19
a) La participation de la population, gage de réussite ?	19
b) L'émetteur, clé de voute de cette participation ?	19
2.2.3. Un concept relativement peu connu en Afrique	20
a) La promotion de la santé en Afrique.....	20
b) La promotion de la santé au Mali	20
2.3. Les déterminants de la santé et la perspective écologique.....	21
2.3.1. Pourquoi s'attacher à étudier les déterminants de la santé ?	21
2.3.2. Une perspective écologique.....	22
2.4. L'inadaptation des modèles de changement de comportement.....	23
2.5. Est-ce que la prévention est pensée en réponse à certaines inégalités/disparités ?	24
2.5.1. Des déterminants de la santé au concept d'inégalités de santé	24
2.5.2. Définir le concept d'inégalités de santé.....	24
2.5.3. Un renouveau des recherches sur les inégalités de santé	25
2.5.4. Sur quel public intervenir ?	26
2.5.5. Une question de justice sociale ?	26
2.6. La communication en santé / L'éducation en santé / Les modèles de communication en santé	27
2.6.1. Une diversité de discours et d'acteurs	27
2.6.2. Une question de légitimité chez l'intervenant	28
2.6.3. Qu'en est-il de la réception du message ?.....	28
3. Approche théorique en géographie de la santé	29
3.1. La géographie de la santé	29
3.2. Les effets de composition et de contexte	30
3.2.1. Présentation des effets de composition et de contexte	30
3.2.2. Un débat actuel	31
3.3. Avoir une approche territoriale de l'épidémie VIH/SIDA à Bamako	32
3.3.1. Le territoire	32
a) Territoire et santé	32
b) Un territoire spatial mais également social.....	33
c) Définir le territoire.....	33
3.3.2. Du global au local	34
3.3.3. L'échelle locale	36
4. Objectifs de la recherche	38
4.1. Un échec des programmes de prévention?.....	38
4.2. Une nécessaire d'évaluation	39
4.2.1. Pourquoi évaluer ?	39
4.2.2. Pourquoi ne pas évaluer... ?	40
4.2.3. Comment évaluer ?.....	40
4.3. La recherche en santé, priorité nationale	41
4.3.1. Un zoom sur la recherche en santé au Mali Du global au local	41
4.3.2. La complexité du paysage académique de la recherche.....	42
4.3.3. La place de la recherche au Mali	42
4.3.4. Le budget de la recherche sous « perfusion » internationale.....	43
4.3.5. Quelle implication de la recherche sur les actions menées ?	43
4.4. Contribuer à la connaissance du contexte de prévention à Bamako	44

5.	Hypothèses	45
5.1.	Les objectifs de la recherche	51
5.2.	Les hypothèses de recherche	53
5.3.	Les hypothèses opérationnelles et questions de recherche	53
2.	LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	55
1.	Une méthodologie actuelle en géographie de la santé	55
1.1.	Une méthodologie mixte, systémique et multidisciplinaire	55
1.1.1.	Une méthodologie mixte	55
1.1.2.	Une approche systémique	56
1.1.3.	Une nécessaire multidisciplinarité	57
1.2.	Le modèle PRECEDE-PROCEED	58
1.2.1.	Description du modèle	58
1.2.2.	Méthodologie et utilisation du modèle	58
1.2.3.	Pourquoi utiliser ce modèle ?	59
1.2.4.	Les différents diagnostics du modèle	59
1.3.	Une ébauche de l'outil de promotion de la santé Preffi 2.0	60
1.3.1.	Présentation de l'outil	60
1.3.2.	Organismes consultés et méthodologie de récolte	62
1.3.3.	Présentation des résultats	62
2.	Adapter la posture du chercheur au terrain d'étude	63
2.1.	Bien expliquer les objectifs de la recherche	63
2.2.	Garder une trame informelle	64
2.3.	Langue bamaman	64
2.3.1.	L'élaboration du questionnaire de l'enquête quantitative	64
2.3.2.	Adapter la méthodologie aux pratiques langagières locales	65
2.3.3.	L'utilisation de proverbes bamanans	67
2.4.	Le « senankuya »	67
2.4.1.	Définir le « senankuya »	67
2.4.2.	Pourquoi utiliser le « senankuya » ?	67
2.4.3.	Les règles du « senankuya »	69
2.4.4.	Une pratique commune aux territoires, aux populations et aux ethnies	69
2.4.5.	Exemple de « senankuya »	70
2.4.6.	Quelle place pour le « senankuya » aujourd'hui ?	71
2.5.	S'adapter aux lieux	72
2.5.1.	Présentation et constitution d'un « grin »	73
	a) Présentation du grin	73
	b) Constitution d'un grin	73
2.5.2.	Règles et lieux d'occupation des grins	74
	a) Règles au sein d'un grin	74
	b) Les lieux de localisation	74
2.5.3.	Les moments et occupations du grin	75
3.	Adapter les modalités à la méthode	76
3.1.	Les difficultés de rencontrer les gens	76
3.2.	S'assurer des « complicités »	78
3.2.1.	L'accord des chefs de villages, des médecins, des A.SA.CO.	78
3.2.2.	Le choix des volontaires (jeunes ou vieux) très important	80
3.2.3.	S'adapter à la culture locale	80
	a) Le respect, « l'hospitalité » (« fatiguiya »)	80
	b) S'adapter au genre et à l'âge de la personne rencontrée	82
3.3.	Aide d'un malien	83
3.4.	Patience	84
4.	Les compléments méthodologiques	86
4.1.	L'enquête quantitative	86
4.2.	Les entretiens	87
4.3.	Les Groupes de discussions (« Focus Groups »)	90
4.4.	Croisement des résultats	91
4.5.	La presse malienne	92

3. PRESENTATION DU CONTEXTE SANITAIRE ET DU CONTEXTE MALIEN ET BAMAKOIS.....	93
1. Le contexte sanitaire	93
1.1. Le système de santé au Mali	93
1.1.1. Le PRO.DE.S.S. : Programme de Développement Sanitaire et Social	93
1.1.2. La structure du système de santé malien	93
1.1.3. Place de la médecine traditionnelle	95
1.1.4. Les dépenses et budgets de la santé au Mali	97
a) Les dépenses totales en santé par l'Etat malien.....	97
b) Les dépenses totales en santé du secteur privé et public.....	97
c) Les dépenses totales en santé des habitants.....	97
1.1.5. La situation sanitaire au Mali.....	98
1.2. Le manque de données épidémiologiques	98
1.2.1. Le manque de données globales et fiables au Mali.....	98
a) La mise en place des programmes et le manques de données.....	98
b) Le manque de données sur la composition des populations	98
c) Le manque de données dans le domaine de la santé.....	99
d) La formation médicale et la problématique des symptômes de pathologies	100
e) Les pertes de vues	100
1.2.2. Malgré un développement d'un système de surveillance de la maladie, des difficultés présentes	101
a) Le panorama de la surveillance sanitaire	101
b) Des critiques sur l'Enquête Démographique de Santé au Mali (E.D.S.M.)	101
c) Une réelle baisse de la prévalence du VIH/SIDA ?	102
1.3. La lutte contre le SIDA au Mali	103
1.3.1. Historique	103
1.3.2. La situation épidémiologique du VIH/SIDA.....	104
2. Le contexte démographique, social et économique	105
2.1. Le contexte démographique	106
2.2. Le contexte ethnique.....	107
2.3. Le contexte éducatif.....	110
2.4. Le contexte économique	111
2.4.1. Le contexte économique au Mali	112
2.4.2. Le contexte économique à Bamako	113
a) Le secteur primaire	113
b) Le secteur secondaire	113
c) Le secteur tertiaire	114
3. Présentation de la ville de Bamako	114
3.1. Un petit historique	114
3.2. Le district de Bamako : sa croissance démographique et urbaine	115
3.2.1. Quelques chiffres de l'accroissement de la ville de Bamako	115
3.2.2. L'expansion géographique de Bamako.....	116
3.2.3. Une expansion géographique différenciée aujourd'hui	117
3.3. Les conséquences de cet accroissement démographique urbain	117
3.4. La typologie des différents quartiers de Bamako	120
4. Présentation des quartiers d'étude : Banconi et Faladié	124
4.1. La composition de la population.....	124
4.1.1. A l'échelle du ménage	124
a) Le célibat et le mariage	124
b) Les enfants.....	124
4.1.2. La composition ethnique, religieuse et langagière.....	124
a) La composition ethnique	124
b) La composition langagière.....	125
c) La composition religieuse	125
4.1.3. Le niveau de scolarisation et les conditions d'emplois	125
a) Le niveau et l'accès à la scolarisation	125
b) La typologie des emplois et leurs conditions.....	125
4.1.4. Les conditions de ressources	126
a) Les revenus.....	126
b) La mobilité des enquêtés	126

4.2.	La qualité du logement et de l'environnement de vie	128
4.2.1.	Les conditions de vie à l'échelle micro-locale (logement).....	128
	a) La qualité et le type de logement.....	128
	b) La promiscuité au sein du logement.....	128
	c) La criminalité et les violences.....	129
4.2.2.	Les conditions de vies à l'échelle locale (quartier et voisinage)	130
	a) Le réseau familial, amical et social.....	130
	b) La qualité du voisinage, du quartier et l'espace de vie.....	130
4.2.3.	L'accès aux services essentiels.....	131
4.	LE CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL MULTI-ECHELLE	134
1.	Le contexte politique et relationnel à l'échelle locale.....	134
1.1.	Le contexte historique et territorial	134
1.1.1.	Le contexte historique	135
1.1.2.	Le contexte territorial.....	135
1.2.	Le contexte de décentralisation politique	135
1.2.1.	Historique de la décentralisation au Mali.....	135
1.2.2.	Les limites de la décentralisation au Mali	136
1.2.3.	La difficile traduction et définition du concept de décentralisation	137
1.2.4.	Les difficultés de transferts de compétences	137
1.2.5.	La difficile participation des populations	138
1.2.6.	Le développement local et l'économie sociale au Mali	139
1.3.	Des problèmes de coordination à l'échelle locale	140
1.3.1.	Entre les mairies et les O.N.G.	140
	a) Des variations locales dans les collaborations.....	140
	b) L'exemple du programme Alliance.....	141
1.3.2.	Entre les C.S.COM. et les O.N.G.	142
1.3.3.	La création d'inégalités géographiques à l'échelle des communes.....	143
1.3.4.	Des difficultés relationnelles entre échelle locale et nationale	143
2.	Un contexte politique et sanitaire dégradé	144
2.1.	La vision de la classe politique au Mali	144
2.1.1.	Une défiance des populations envers les politiques	144
	a) La vision globale du politique.....	144
	b) La vision du politique sur nos deux espaces	145
	c) La confiance envers les politiques et l'appropriation du VIH/SIDA	146
2.1.2.	La corruption et le clientélisme	147
	a) Le développement de la corruption au Mali	147
	b) La place de la corruption dans la société malienne.....	148
	c) La corruption au quotidien	149
	d) Le clientélisme	149
2.2.	L'image des acteurs de la santé.....	150
2.2.1.	L'« exemplarité » d'un point de vue sanitaire	150
2.2.2.	La corruption dans le domaine sanitaire	151
	a) Les conséquences à l'échelle nationale	151
	b) Les conséquences à l'échelle locale	153
3.	Des difficultés relationnelles entre l'Etat et la société civile	154
3.1.	Le fonctionnement de la société civile au Mali	154
3.1.1.	Une frontière floue entre société civile et Etat	154
3.1.2.	Des collaborations difficiles entre société civile et Etat	155
3.2.	Une omniprésence de la société civile	157
3.2.1.	Des problèmes de catégorisation de la société civile	157
3.2.2.	Les conditions de création des O.N.G. et associations maliennes et étrangères.....	158
3.2.3.	L'organisation de la société civile malienne (O.S.C.)	158
3.3.	Une répartition des fonds et programmes douteuse	159
3.3.1.	La corruption dans la société civile.....	159
3.3.2.	Un intérêt financier et non sanitaire.....	160
3.3.3.	La question des per diem.....	161
	a) L'importance des per diem sur le fonctionnement des institutions	161
	b) Les conséquences des per diem sur le fonctionnement des institutions	162

3.3.4.	La société civile face aux appels d'offres en santé	163
4.	La problématique géographique de la société civile.....	164
4.1.	Un manque de synergies entre acteurs de la société civile	164
4.2.	Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : la concentration des sièges d'O.N.G. sur Bamako	165
4.3.	Une couverture inégale des O.N.G. sur le terrain : un écart entre les sièges des O.N.G. et leurs zones d'interventions	167
5.	Une lutte contre le VIH/SIDA dépassant le seul cadre national.....	170
5.1.	Le contexte international sur la mise en place d'un programme ou projet au Mali	170
5.2.	Exemples de l'aide publique développement et de la lutte contre la pauvreté au Mali	172
5.2.1.	Des mécanismes censés améliorer la gouvernance nationale	172
5.2.2.	De faibles changements opérés.....	173

5. ANALYSE ET PRESENTATION DES PRATIQUES LOCALES EN RAPPORT AVEC L'ACCES A LA PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA

1.	Analyse des pratiques locales par rapport aux connaissances	174
1.1.	Un tabou toujours présent	174
1.1.1.	Un tabou sur la sexualité toujours présent.....	174
	a) Des disparités dans l'accès aux canaux de communication	175
	b) Un manque d'intérêt pour s'informer sur la santé, la sexualité et le VIH/SIDA	176
	c) Des difficultés au sein du cercle familial.....	177
1.1.2.	Un manque de communication au sein du couple	179
1.2.	Un décalage entre le fait d'avoir entendu parler de VIH/SIDA et les connaissances réelles sur la maladie.....	180
1.2.1.	Une certaine prise de conscience de l'existence du virus	181
1.2.2.	Des connaissances nuancées sur le VIH/SIDA	182
	a) L'accès aux campagnes de prévention en santé.....	182
	b) Les connaissances de l'origine, des modes de transmission et de protection du virus	184
	c) Le VIH/SIDA dans un contexte multi-pathologique : le paludisme, la tuberculose.....	184
1.2.3.	Le niveau de scolarisation et la perception des messages.....	186
1.2.4.	De très nombreuses rumeurs entourent le VIH/SIDA	187
1.2.5.	Les problèmes d'accès à l'information et la fragilisation de la femme : exemples des aides familiales et domestiques	189
1.3.	Une stigmatisation en recul mais toujours sous-jacente	190
1.3.1.	La stigmatisation des P.V.VIH. Personnes Vivant avec le VIH/SIDA	190
	a) L'acceptation et la visibilité des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.).....	190
	b) Une stigmatisation médicale ?	192
	c) Une stigmatisation territoriale ?	193
	d) La lutte contre la stigmatisation.....	194
1.3.2.	La féminisation de la maladie : une stigmatisation de « genre » ?.....	194
	a) Les femmes et l'argent	195
	b) Le sexe en échange de cadeau(x) : de la prostitution ?.....	196
1.3.3.	La question de l'homosexualité.....	198
1.4.	Un exemple de prévention à l'échelle locale : l'utilisation des grins et de la paire éducation..	198
1.4.1.	Pourquoi privilégier les actions à l'échelle locale et/ou micro-locale ?	198
1.4.2.	Les difficultés liées à ce mode d'action	200
2.	Analyse des pratiques locales par rapport aux comportements	201
2.1.	Des comportements à risques toujours présents	201
2.1.1.	Une évolution et évaluation difficile des comportements	201
2.1.2.	Une plus grande précocité des rapports sexuels	203
	a) Une évolution sociale de l'entrée en sexualité	203
	b) La baisse de l'âge au premier rapport sexuel	204
2.1.3.	Un multipartenariat et une prostitution présente et le développement de structures à risques	205
	a) Les caractéristiques du multipartenariat	205
	b) Le voyage et la pratique du multipartenariat.....	205
	c) Le multipartenariat et ses composantes.....	207
2.1.4.	Des difficultés persistantes vis-à-vis du port du préservatif	211
	a) L'utilisation du préservatif dans nos deux espaces	211
	b) Les facteurs d'utilisation ou de non-utilisation	211

c)	L'accès à l'information et aux campagnes de sensibilisation : facteur clé de son utilisation .	213
2.2.	Une évolution positive vers le dépistage	213
2.2.1.	Développer les centres de dépistages et leur intégration aux C.S.COM.	213
2.2.2.	Quel recours au dépistage ?	214
2.2.3.	Les difficultés vis-à-vis du dépistage	215
2.2.4.	La nécessité de se faire dépister	216
3.	Le cadre législatif face au contexte social : la difficulté à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes à visée préventive	217
3.1.	L'influence du Code de la Famille	217
3.1.1.	L'historique du nouveau Code de la Famille au Mali	217
3.1.2.	Les réactions de son adoption et le « demi-tour »... ..	218
3.2.	Rapports de genre et VIH/SIDA : le cas du mariage précoce	219
3.3.	La santé de la reproduction : un défi pour le Mali ?.....	220
3.4.	L'avortement au Mali.....	222
4.	Un contexte actuel relationnel hommes-femmes en plein bouleversements	223
4.1.	Définir la relation amoureuse au Mali ?.....	223
4.2.	Un pouvoir omniprésent des hommes sur les femmes.....	224
4.2.1.	La prise de décision par les hommes	224
4.2.2.	Les inégalités sociales dans la société malienne	224
4.2.3.	Dans le domaine sanitaire	225
4.3.	Les violences sur les femmes	226
4.3.1.	Dans la vie quotidienne	226
4.3.2.	Les relations sexuelles forcées	228
4.3.3.	Pourquoi une telle présence ?.....	230
4.3.4.	Un manque de données et de recherches sur ce problème de société	231
6.	LES METHODES DE PREVENTION EN SANTE ET VIH/SIDA ET LEUR ADAPTATION AU CONTEXTE MALIEN.....	233
1.	Proposer de nouvelles méthodes	233
1.1.	Des critiques quant à la qualité des messages de prévention délivrés	233
1.1.1.	Des critiques générales sur les programmes de sensibilisation	233
1.1.2.	Les panneaux de sensibilisation	235
1.1.3.	La télévision et la radio.....	238
a)	Une omniprésence des campagnes de masses	238
b)	Une exposition variable des populations aux campagnes de masses	239
c)	Un lien fragile entre exposition et connaissances	239
d)	Les bouleversements sociaux par le développement de l'accès à la télévision : l'exemple des « soap opera »	240
e)	La visibilité des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (P.V.VIH.) à la télévision.....	241
1.1.4.	Les brochures, boîtes à images et Internet	242
a)	Les brochures	242
b)	Les boîtes à images	243
c)	Internet	243
1.2.	La question de l'« appropriation » des concepts et des programmes par les acteurs de terrain ...	244
1.2.1.	Quelle définition de l'« appropriation » ?	244
1.2.2.	Le contexte malien de la mise en place d'un programme ou projet : la « soumission » des politiques maliens	245
2.	Adapter les programmes à la culture malienne	246
2.1.	Quelle culture malienne et quels impacts sur les programmes en santé ?	247
2.2.	Exemple de l'excision	248
2.2.1.	Evolution de la pratique de l'excision au Mali	249
2.2.2.	Les raisons invoquées pour la poursuite de l'excision	250
2.2.3.	L'excision d'un point de vue géographique et politique	251
2.3.	Adapter la prévention aux langues locales	252
2.3.1.	La lecture et les connaissances sur le VIH/SIDA	252
2.3.2.	La langue et les connaissances sur le VIH/SIDA	253
2.4.	Définir la santé, le bien-être dans le contexte malien.....	254

2.4.1.	La santé au Mali vue en tant problématique globale.....	254
2.4.2.	La consommation de tabac et d'alcool	255
2.4.3.	La bonne santé, le bien-être : la nécessaire certification par un agent de santé.....	255
2.4.4.	Quelle représentation de la maladie dans le contexte malien ?	256
2.5.	Le fatalisme envers la maladie	257
2.5.1.	Le fatalisme	257
2.5.2.	La place de l'ethnie	258
2.5.3.	Une absence de « culture de la prévention ».....	259
2.5.4.	Les conséquences sanitaires du fatalisme	260
2.5.5.	La vulnérabilité envers le VIH/SIDA	260
3.	Renforcer les actions d'I.E.C. pour un changement de comportement : persévérer la sensibilisation sur le VIH/SIDA	261
3.1.	Un manque de fréquence et de durée dans les programmes : le concept de temps chez les populations	262
3.1.1.	Le temps dans la société malienne.....	262
3.1.2.	Le temps de la prévention du VIH/SIDA au Mali	263
3.2.	Un écart temporel entre décideurs et organisations de terrain	264
3.2.1.	Un arrêt de la prévention et la concentration sur les programmes médicaux	264
3.2.2.	Les ruptures de fonds et les problèmes de décaissements	266
3.2.3.	Une question de visibilité	266
3.2.4.	La multiplication des projets, facteur de déstabilisation ?	267
3.2.5.	Le temps, clé de réussite de l'implantation d'un programme ?	267
7.	LES CONDITIONS D'UNE APPROCHE CONTEXTUELLE DE LA PREVENTION	269
1.	Mieux adapter les canaux de sensibilisation sur le VIH/SIDA à l'échelle locale : l'importance des agents de santé	269
1.1.	Une importance primordiale du choix du communicant	269
1.1.1.	Comment choisir les futurs communicants en santé ?	269
1.1.2.	La place des femmes	271
1.2.	La place des C.S.COM. et des médecins dans l'accès aux soins	271
1.2.1.	La situation des Centres de Santé Communautaire (C.S.COM.)	272
	a) Un petit historique de l'établissement des C.S.COM.	272
	b) Une concentration sur la question de l'accessibilité	272
	c) Des dysfonctionnements existants	274
	d) Des disparités de répartition des médecins	275
	e) La privatisation de la santé	276
1.2.2.	L'accès aux soins	277
	a) L'accès aux soins sur nos espaces	277
	b) Un recours thérapeutique multiple	277
	c) La qualité du service, quid de la réussite d'un C.S.COM. ?	278
	d) Le coût de la santé et ses conséquences sur l'accès aux soins	279
1.2.3.	Le réseau social et le coût, clés de voûte de l'accessibilité ?	279
1.3.	La place du personnel de santé dans la prévention en santé.....	281
1.3.1.	Les agents de santé et la prévention	282
	a) La volonté d'avoir plus recours aux agents de santé pour être informé	282
	b) Une grande confiance dans les agents de santé et la perception des messages	282
1.3.2.	La formation des agents de santé à la communication	283
1.4.	Dimension spatiale de la prévention : enjeux de proximité dans l'interaction et prise en compte de l'espace de vie	284
1.4.1.	La perception du quartier par les habitants	285
1.4.2.	L'influence des milieux de vie sur l'état de santé et les perceptions	286
1.4.3.	Le milieu de vie et ses conséquences sur les pratiques, les connaissances et comportements	287
	a) La présence d'espaces verts	287
	b) La pratique sportive	289
	c) Le milieu de vie et les conséquences sur les connaissances et comportements	289
2.	Etre à l'avant-garde des innovations en matière d'approche participative	290
2.1.	S'appuyer sur le savoir endogène des communautés	290
2.2.	Le contexte de l'approche communautaire ou participative	291

2.2.1.	L'influence et l'idéal de la participation pour les organisations internationales	291
2.2.2.	La participation communautaire sur nos deux espaces	291
2.3.	Une évolution sociétale à contrario de l'approche communautaire ou participative	292
2.3.1.	Un manque de consultations des populations de la part des politiques.....	292
2.3.2.	Un manque de consultation des populations de la part des O.N.G. et associations	294
2.3.3.	Un manque de consultation des populations de la part des centres de santé communautaires	296
a)	La participation des populations à la création d'un C.S.COM.	296
b)	La participation actuelle des populations au bon fonctionnement de ces centres : un intérêt financier ?.....	296
c)	La participation actuelle des populations au bon fonctionnement de ces centres : un intérêt politique ?.....	298
d)	Un retour au fonctionnement réellement communautaire est-il possible?.....	299

8. LA PLACE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION..... 300

1.	Comment expliquer l'absence de résultats tangibles ?	300
1.1.	La place du chercheur en question ?	300
1.1.1.	Le chercheur au Mali	300
a)	Le chercheur dans l'histoire du Mali et la place de la critique et du débat dans la société malienne.....	300
b)	Le chercheur dans le contexte actuel.....	301
c)	Le manque de volonté de la part des chercheurs	302
d)	Un manque de culture dans la volonté de résolution de problèmes.....	302
1.1.2.	La place de la société civile dans la recherche	302
1.2.	Une évaluation trop rare	303
1.2.1.	Une évaluation via l'E.D.S.M.	304
1.2.2.	Une évaluation essentiellement quantitative et ciblée	305
2.	Le manque d'approche globale de l'individu.....	307
2.1.	Une société civile consciente de ce besoin mais manquant de compétences	307
2.1.1.	Des initiatives intéressantes de prise en compte de la santé « globale »	307
2.1.2.	Un manque de compétences des organisations	308
2.2.	Quelle approche de santé publique ?	308
2.3.	A contrario de l'approche globale : les groupes considérés comme à risques	309
3.	La place de la recherche et de l'innovation dans les programmes de prévention	309
3.1.	Le manque de connaissances des territoires et populations d'interventions	309
3.1.1.	Le manque de connaissances de la structuration des populations et des déterminants sociaux de la santé	310
3.1.2.	Le manque d'adaptation géographique	311
3.1.3.	Le retard dans la collecte et le partage des données sanitaires	313
3.1.4.	Une relative absence de partage des données et recherches	315
a)	Un manque de capitalisation des données et recherches	315
b)	L'inexistence de structures de capitalisation des données	315
c)	De multiples possibilités de partage	316
d)	Une faible prise en compte des résultats.....	317
3.2.	Des difficultés de conceptualisation des programmes : l'exemple de la définition de « communauté »	318
3.2.1.	Définir la communauté sous l'angle géographique	319
3.2.2.	La définition et le sentiment communautaire sur nos deux espaces	320
3.2.3.	Une « sur-communautarisation » de la société malienne.....	320
3.2.4.	Les programmes de santé communautaires : quelles implications pour quelles réussites ? ...	321
3.3.	Un manque d'innovations des programmes de sensibilisation	321
3.3.1.	Les difficultés traditionnelles et actuelles pour innover	321
3.3.2.	De possibles innovations.....	322

CONCLUSION..... 324

BIBLIOGRAPHIE..... 330

SIGLES ET ABREVIATIONS 358

TABLE DES ILLUSTRATIONS..... 364

REMERCIEMENTS 368
TABLE DES MATIERES 372

RESUME

La lutte contre le VIH/SIDA renvoie aujourd'hui à de nouveaux enjeux liés aux évolutions sociales et à une modification du paysage thérapeutique, préventif, et des systèmes de santé. La place des technologies biomédicales et des nouvelles stratégies dans la réponse à l'épidémie ne cessent de croître. Celles-ci ne peuvent être dissociées des contextes sociaux dans lesquelles elles sont pensées et mises en œuvre ce qui n'est pas sans poser des questions (efficacité, enjeux sociaux et éthiques de leur diffusion).

Les systèmes de santé au cœur de ces réponses obligent les chercheurs à s'interroger sur le rôle des acteurs impliqués dans le champ du VIH ainsi que sur les inégalités sociales. Si le Mali est un pays à faible prévalence et à épidémie concentrée, la problématique du SIDA n'en est pas moins cruciale et déborde largement les groupes dits « à risques » d'autant que Bamako, la capitale, notre espace d'étude a le taux de prévalence le plus important.

Cette recherche en sciences sociales souhaite préciser la nature des changements en cours, afin de définir et d'orienter de nouvelles questions et les futurs programmes. La géographie de la santé étudie les transformations sociales dont les épidémies sont le symptôme. Elle joue un rôle fondamental tant au niveau « pratique » (expliciter les conditions de réussite ou d'échec des préventions), qu'au niveau « critique », en proposant des voies de réflexion. Les contextes sociaux et territoriaux agissent différemment sur les représentations du VIH/SIDA, la réceptivité des messages de prévention et donc sur la vulnérabilité des populations concernées.

A la lecture de nos résultats sur deux espaces urbains de Bamako (enquête, entretiens, groupes de discussions), il apparaît nettement que l'influence du contexte est parfois en contradiction avec l'action de certains acteurs en charge de la lutte contre le SIDA.

Mots-clés : Mali – HIV/AIDS – Prévention – Contexte – Santé

ABSTRACT

Today's fight against HIV/AIDS faces new challenges related to social development and a modified landscape of treatment, prevention and health systems. The importance of biomedical technologies and new strategies to tackle the epidemic continues to grow. Such technologies and strategies cannot be considered in isolation of the social context in which they are conceived and delivered, which does not mean that they are immune to challenge (with regards to the effectiveness, social and ethical implications of their implementation).

The health systems affected by these interventions need researchers to question the role of those people working in the field of HIV, as well as to question social inequality.

Although Mali is a country with a low prevalence and a concentrated epidemic, the AIDS problem is no less critical here. The challenge goes well beyond the groups said to be 'at risk', especially as Bamako, the capital of Mali, has the highest rate of prevalence. Bamako is the area featured in our study.

This piece of social science research aims to clarify the nature of the changes underway in this field, in order to influence the definition and direction of new research and future programs. Health geography seeks to study social transformation that features epidemics as a symptom. This area plays a fundamental role at the 'practical level' (clarifying the conditions for success or failure of preventative measures) and also at the 'analytical level' (in proposing new ways of thinking). Social and territorial contexts have varying influences on the way HIV/AIDS is portrayed, on how messages about prevention are received, and therefore on the vulnerability of the people concerned.

According to our analysis, based on two urban areas of Bamako (using surveys, interviews, focus groups) it seems clear that the influence of 'context' is at times at odds with the courses of action taken by some responsible for the fight against AIDS

Keywords: Mali – HIV/AIDS – Prevention – Context – Health

Présidence de l'université
382 40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné M. TUSSEAU Sébastien
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 28 février 2013



**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes - BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

Thèse de Doctorat

Sébastien Tusseau

La prévention du VIH/SIDA au Mali : le travail des acteurs de terrain, l'expérience des facteurs de transmission du virus, et la construction de territoires sanitaires et sociaux.

Résumé

La lutte contre le VIH/SIDA renvoie aujourd'hui à de nouveaux enjeux liés aux évolutions sociales et à une modification du paysage thérapeutique, préventif, et des systèmes de santé. La place des technologies biomédicales et des nouvelles stratégies dans la réponse à l'épidémie ne cessent de croître. Celles-ci ne peuvent être dissociées des contextes sociaux dans lesquels elles sont pensées et mises en œuvre ce qui n'est pas sans poser des questions (efficacité, enjeux sociaux et éthiques de leur diffusion).

Les systèmes de santé au cœur de ces réponses obligent les chercheurs à s'interroger sur le rôle des acteurs impliqués dans le champ du VIH ainsi que sur les inégalités sociales.

Si le Mali est un pays à faible prévalence et à épidémie concentrée, la problématique du SIDA n'en est pas moins cruciale et déborde largement les groupes dits « à risques » d'autant que Bamako, la capitale, notre espace d'étude a le taux de prévalence le plus important.

Cette recherche en sciences sociales souhaite préciser la nature des changements en cours, afin de définir et d'orienter de nouvelles questions et les futurs programmes. La géographie de la santé étudie les transformations sociales dont les épidémies sont le symptôme. Elle joue un rôle fondamental tant au niveau « pratique » (explicitation des conditions de réussite ou d'échec des préventions), qu'au niveau « critique », en proposant des voies de réflexion. Les contextes sociaux et territoriaux agissent différemment sur les représentations du VIH/SIDA, la réceptivité des messages de prévention et donc sur la vulnérabilité des populations concernées.

A la lecture de nos résultats sur deux espaces urbains de Bamako (enquête, entretiens, groupes de discussions), il apparaît nettement que l'influence du contexte est parfois en contradiction avec l'action de certains acteurs en charge de la lutte contre le SIDA.

Mots clés

Mali – VIH/AIDS – Prévention – Contexte - Santé

Abstract

Today's fight against HIV/AIDS faces new challenges related to social development and a modified landscape of treatment, prevention and health systems. The importance of biomedical technologies and new strategies to tackle the epidemic continues to grow. Such technologies and strategies cannot be considered in isolation of the social context in which they are conceived and delivered, which does not mean that they are immune to challenge (with regards to the effectiveness, social and ethical implications of their implementation).

The health systems affected by these interventions need researchers to question the role of those people working in the field of HIV, as well as to question social inequality.

Although Mali is a country with a low prevalence and a concentrated epidemic, the AIDS problem is no less critical here. The challenge goes well beyond the groups said to be 'at risk', especially as Bamako, the capital of Mali, has the highest rate of prevalence. Bamako is the area featured in our study.

This piece of social science research aims to clarify the nature of the changes underway in this field, in order to influence the definition and direction of new research and future programs. Health geography seeks to study social transformation that features epidemics as a symptom. This area plays a fundamental role at the 'practical level' (clarifying the conditions for success or failure of preventative measures) and also at the 'analytical level' (in proposing new ways of thinking). Social and territorial contexts have varying influences on the way HIV/AIDS is portrayed, on how messages about prevention are received, and therefore on the vulnerability of the people concerned.

According to our analysis, based on two urban areas of Bamako (using surveys, interviews, focus groups) it seems clear that the influence of 'context' is at times at odds with the courses of action taken by some responsible for the fight against AIDS.

Key Words

Mali – HIV/AIDS – Prevention – Context - Health