

CIRCULATION DE L'INFORMATION EN MATIÈRE DE VIH-SIDA AU SEIN DE LA POPULATION MALINKÉ EN HAUTE GUINÉE

Véronique PETIT*

Depuis 2001, le laboratoire en démographie *Populations et interdisciplinarité* (POPINTER, Université Paris 5) travaille en collaboration avec la Direction Nationale de la Statistique et l'Université de Conakry afin de développer des recherches sur la population guinéenne. Nous présenterons ici les premiers résultats d'une enquête réalisée en Guinée-Conakry, dans la région de la Haute Guinée portant sur les connaissances et les attitudes de la population face au VIH-SIDA.

Problématique

La Guinée est l'un des pays les plus pauvres du monde si l'on se réfère aux classements réalisés par le PNUD et la Banque Mondiale, alors qu'il dispose de richesses naturelles importantes (second producteur mondial de bauxite, or, diamants, fort potentiel agricole). Souffrant d'une profonde crise économique et politique depuis plusieurs années, ce pays est également affecté par la pandémie du VIH-SIDA. Jusqu'à lors peu d'enquêtes épidémiologiques, démographiques ou anthropologiques ont été conduites sur la prévalence du VIH-SIDA, sur les comportements et les attitudes des populations face à cette pathologie.

La dernière enquête sur la prévalence a été réalisée en 2001 et elle indiquait que 2.8% de la population est infectée (ESSAGAGUI, 2001), ce niveau variant selon le milieu (urbain/rural) et la région de résidence. Il peut atteindre 7% dans certaines zones. Certaines populations dites à risques ont des taux beaucoup plus élevés : les prosti-

* Membre du Programme d'Études africaines, Centre d'Études Avancées, Université Nationale de Córdoba (Argentine), maître de conférence à l'Université Paris 8 - Saint Denis, laboratoire POPINTER, Département de Sciences Sociales, Faculté de Sciences Humaines et Sociales, Université Paris 5 René Descartes.

tuées (42%), les tuberculeux (16.7%), les chauffeurs routiers (7.3%), les militaires (6.6%) et les mineurs (4.7%). Cependant il est important de souligner que des biais dans la mesure du niveau de prévalence entraîne une sous-estimation de celle-ci. Les premiers cas de VIH-SIDA ont été officiellement reconnus en 1987, ce qui a entraîné la mise en place d'un programme national de lutte contre le VIH-SIDA. Cependant, faute de réelle volonté politique, ce programme a été long à se mettre en place et ses premiers objectifs ont été limités à la sensibilisation et la prévention, en particulier en milieu urbain. Il faut attendre 2002, pour que l'Etat sous la pression des bailleurs de fonds renforce sa capacité institutionnelle, et favorise l'implication d'autres acteurs : ONG nationales et internationales, grandes entreprises en particulier dans le secteur minier en reliant la lutte contre le VIH-SIDA à celle contre la pauvreté. Notre objectif était d'évaluer les effets des actions de sensibilisation dans une région particulière, la Haute Guinée, dans la préfecture de Sigüiri.

Contexte

La zone de Sigüiri a été choisie car elle se caractérise par une exploitation aurifère traditionnelle (orpaillage) et industrielle (entreprise multinationale). Cette production d'or a différentes conséquences sociologiques et économiques : elle génère une circulation d'argent importante dans une zone d'extrême pauvreté, elle favorise l'émergence d'une nouvelle catégorie sociale (les salariés qualifiés liés à l'industrialisation) en milieu urbain, et enfin elle offre à la population rurale la possibilité de sortir d'une économie encore largement dominée par le secteur agricole (culture du mil, arachide, maïs). Alors que la Haute Guinée est la région la plus pauvre de la Guinée et qu'elle est une zone d'émigration, la ville de Sigüiri est devenue en raison de son dynamisme économique une zone attractive d'un point de vue migratoire, de jeunes hommes et ménages viennent y tenter leurs chances. D'un point de vue sanitaire, ces nouvelles ressources financières permettent aux populations d'avoir accès aux structures modernes de santé et par conséquent d'améliorer notamment le suivi génésique des femmes et les vaccinations des enfants. Par contre, la juxtaposition de facteurs comme la circulation monétaire accrue, l'immigration de travail et l'accentuation des différences socioéconomiques font que cette région est considérée par rapport au VIH-SIDA comme une zone à

risques. Ajoutons que cette région, frontalière du Mali, est peuplé à plus de 90% par les Malinké, et que les Peul qui y vivent ont adopté un mode de vie proche de l'ethnie dominante. Ces deux groupes sont largement islamisés, cependant les pratiques animistes restent très vivaces comme le recours à la sorcellerie.

Méthodologie : une approche interdisciplinaire

L'enquête a été conduite entre janvier et mars 2005 dans un quartier de la ville Siguiiri (Bolibana) et dans un village, Soumbarakoba, à quarante kilomètres de celle-ci. D'un point de vue sociodémographique, un recensement des ménages a été conduit auprès des chefs de famille, une enquête par questionnaires individuels sociodémographiques a été réalisée auprès des femmes et des hommes (le recensement servant notamment de base d'échantillonnage). Malgré la thématique sensible, celle du VIH-SIDA, seulement 1% des personnes a refusé de participer à l'enquête.

Tableau 1 : bilan de la collecte

	Siguiiri	Soumbarakoba	Ensemble
Fiches ménage + habitat	375	120	395
Personnes recensées	3333	2232	5565
Questionnaires hommes	200	200	400
Questionnaires femmes	200	200	400
Entretiens informateurs privilégiés	11	7	18
Entretiens population générale	30	31	61

Source : POPINTER/DNS, 2005.

D'un point de vue ethnologique, des observations et des entretiens semi directifs ont été menés auprès d'informateurs privilégiés et au sein de la population. Dix chercheurs français et guinéens ont participé à cette collecte sur le terrain, aidés d'interprètes.

Niveaux de connaissance du VIH-SIDA

Afin de répondre à notre objectif, nous sommes d'abord attachés à comprendre quelles étaient les sources d'information en ma-

tière de VIH-SIDA de cette population. Environ 99% des hommes quel que soit le milieu de résidence connaissent le VIH-SIDA, ainsi que les femmes en milieu urbain. Par contre, seulement 78% des femmes en milieu rural disent la connaître. Cette différence s'explique en partie par un phénomène de sous déclaration, mais également par le fait que ces femmes constituent le groupe le moins scolarisé, le plus refermé sur l'espace domestique et qu'il n'a pas fait l'objet de campagnes de sensibilisation ciblées.

Spontanément les hommes et les femmes ont principalement cité les rapports sexuels, le multipartenariat et les lames comme mode de transmission du VIH-SIDA. 58,8% des femmes et 69,8% des hommes ont répondu que le VIH-SIDA se transmettait par les rapports sexuels, 39,7% des femmes et 27,6% des hommes ont mentionné le multipartenariat et un tiers des femmes et 42,6% des hommes ont répondu spontanément que le VIH-SIDA se transmettait par les lames et autres objets tranchants (tableau 2). Les modes de transmission par voie sanguine sont quasiment autant cités par les hommes que par les femmes. Les politiques de prévention ont très largement insisté depuis 1987 sur le danger représenté par les lames souillées. On peut donc dire que les populations ont intégré cette dimension.

Tableau 2 : connaissance spontanée des différents modes de transmission selon le sexe (en %)

	Rapports sexuels	Ne pas utiliser de préservatif	Relations homosexuelles	Rapports sexuels avec multiples partenaires	Rapport sexuel avec des prostituées	Transfusion de sang	Injections	Lames	Sang	Mère à l'enfant	En embrassant	Par les piqûres de moustiques	Autre	Effectif
Hommes														
Réponse	69.8	12.1	2.1	27.0	13.	5.9	14.7	42.6	19.	3.6	1.0	4.4	5.2	387
Réponse suggérée	95.3	-	83.8	99.2	95.	-	-	91.7	-	81.	43.	81.	-	395
Femmes														
Réponse	58.8	6.4	3.0	39.7	18.	4.1	10.5	33.3	12.	2.6	3.0	6.4	10.	267
Réponse suggérée	90.7	-	70.2	95.3	89.	-	-	85.9	-	60.	59.	81.	-	349

Population de référence : personnes ayant entendu parler du VIH-SIDA.
Question à choix multiple.

Source : POPINTER/DNS, 2005.

La transmission par les relations sexuelles est le mode de transmission le plus cité de manière spontanée : 60% des femmes et 70% des hommes. 48,1% des femmes ont cité spontanément le multipartenariat comme vecteur de transmission du VIH-SIDA et elles sont 18,8% à citer les rapports sexuels avec les prostituées. De cette manière les femmes mettent en exergue les comportements des hommes, comportements sur lesquels elles n'ont pas d'emprise. Les femmes ont un jugement moral sur ces comportements qu'elles réprouvent, d'ailleurs elles citent plus spontanément que les hommes les rapports sexuels avec des prostituées comme étant une pratique à risque (18,8% contre 13,7%). Les femmes ont une vision plus moralisatrice et mettent en avant la contamination liée à des comportements déviants (infidélité, prostitution), dont elles s'estiment victimes.

Paradoxalement au vu du contexte social, les hommes associent peu (28,7%) le risque d'être contaminé par le VIH-SIDA au multipartenariat, preuve qu'ils sont dans une posture délicate vis-à-vis des enquêteurs. En effet, quand on leur suggère cette réponse, 99% d'entre eux déclarent qu'avoir plusieurs partenaires accroît le risque de contamination. Ce résultat est à mettre en relation avec le fait que ce sont le plus souvent les hommes qui pratiquent le *mana-mana*, expression locale qui désigne « le fait d'aller partout » c'est-à-dire le multi-partenariat et dans une certaine mesure l'infidélité. Peu d'hommes (12,1%) et encore moins de femmes (6,4%) ont cité le fait de ne pas utiliser le préservatif comme un risque de contamination. Ce pourcentage très faible prouve que le préservatif ne fait pas encore partie des habitudes. De plus le slogan « *abstinence, fidélité, préservatif* » très largement diffusé lors de la dernière campagne place l'utilisation du préservatif après les prescriptions sociales d'abstinence et de fidélité, ce qui ne favorise pas l'utilisation du préservatif. La sexualité est un acte contrôlé socialement. Elle est associée à la reproduction, une femme ménopausée n'est plus censée avoir des relations sexuelles. Le préservatif est en même temps un moyen de contraception et un mode de protection contre le VIH-SIDA, ce qui fait qu'il est difficilement acceptable par la population dans le cadre des relations sexuelles dans le mariage.

De manière marginale, peu d'hommes ou de femmes (respectivement 3,7% et 2,3%) citent spontanément la transmission de la mère à l'enfant. Une fois suggérée, 60,4% des femmes et 81,3% des hommes connaissent ce mode de transmission. Les populations sont peu sensibilisées à cette question car les campagnes d'information sur le VIH-

SIDA sont avant tout des campagnes de prévention. Elles indiquent aux populations ce qu'il faut faire pour éviter d'être contaminé. Très peu de personnes associent également le VIH-SIDA à l'homosexualité. Les populations ne reconnaissent pas l'existence de l'homosexualité dans la société guinéenne alors qu'il existe des lieux de rencontres homosexuels à Conakry. Cette pratique sexuelle remet en cause la fonction même de la sexualité qui est avant tout la reproduction. Pour la plupart des hommes comme des femmes parler de l'homosexualité est extrêmement choquant. Par contre, certaines femmes ignoraient réellement l'existence de cette pratique. Durant l'enquête, les traducteurs n'ont pas été en mesure de trouver un mot malinké pour traduire le mot celui d'*homosexualité*, et ils l'ont donc défini comme « *quand un homme va avec un homme ou quand une femme va avec une femme* ».

Dans l'ensemble, les hommes et les femmes connaissent les modes de transmission sexuels et sanguins. La transmission sexuelle est actuellement plus présente dans les esprits des populations ce qui s'explique par le contenu des campagnes de prévention. En effet, celles-ci développent leur argumentation autour des relations hommes/femmes, mais en évitant cependant d'aborder ouvertement la sexualité, le multipartenariat, la monétarisation des relations sexuelles.

Sources d'information

L'examen des sources d'information permet d'estimer l'impact des campagnes de sensibilisation en matière de lutte contre le VIH-SIDA auprès des populations. Selon l'EDS 1999, les deux principales sources d'information des hommes en Haute-Guinée sont la radio (70,8%) et les relations personnelles (40%). Pour les femmes les relations personnelles viennent en première position (62,5%) avant la radio (57%). En 2005, l'enquête POPINTER montre que les femmes et les hommes ont principalement entendu parler du VIH-SIDA à la radio (respectivement 67,6% et 81,5%). Les relations personnelles sont citées par 58,3% des femmes et 69% des hommes (tableau 3).

En Haute Guinée, selon l'EDS 1999, les hommes ont cité en moyenne une source d'information de moins que les femmes (respectivement 0,6 contre 1,7). Les données de 2005 donnent un résultat opposé, les hommes que nous avons interrogés ont cité en moyenne près d'une source d'information de plus que les femmes (respectivement 2,3 contre 1,6). Cette distinction est d'autant plus marquée lorsque l'on

regarde les nombres moyens de sources d'information des hommes et des femmes selon le milieu de résidence. Les hommes en milieu urbain ont 2,4 sources d'information en moyenne et les femmes du milieu rural en ont moitié moins (1,1 source). Les hommes en milieu urbain bénéficient d'une plus grande autonomie que les femmes en milieu rural, ils jouissent d'une plus grande ouverture sur l'extérieur. Le contrôle social est davantage exercé sur les femmes que sur les hommes quel que soit le milieu de résidence. Ceci se vérifie d'autant plus, en milieu rural où les ménages regroupent la plupart du temps trois générations et les activités des femmes se font dans un cadre presque exclusivement domestique. Les femmes en milieu rural se situent dans un cercle d'interactions sociales plus réduit, elles passent la majeure partie de leur temps dans leur ménage. Les hommes ne subissent pas le même contrôle que les femmes dans la mesure où ils sont plus libres de leurs mouvements, et qu'ils n'ont pas à justifier leurs déplacements. Cette plus grande liberté d'action fait qu'ils peuvent plus facilement accéder à l'information. Par exemple, en milieu urbain les hommes sont libres de fréquenter les bars, les vidéoclubs, où ils peuvent être touchés par les messages des campagnes de prévention diffusées à la télévision.

Tableau 3 : sources d'information sur le VIH-SIDA selon le sexe et le milieu de résidence (%)

Sources d'information	Haute-Guinée EDS- 1999		Haute-Guinée POPINTER	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Radio	70.8	57.0	81,5	67,6
Télévision	10.3	6.9	14,8	9.0
Presse	5.1	0.9	7,3	1.1
Personnel médical	4.3	6.6	19,8	11.5
Ecole	2.4	1.2	5.5	2.0
Relations personnelles	40.0	62.5	69,0	58,3
Effectifs	309	1038	400	355
Nombre moyen de sources	0.6	1.7	2.3	1,6

Question à choix multiple

Sources : EDS, 1999. POPINTER/DNS, 2005.

L'importance des relations personnelles dans la diffusion d'information sur le VIH-SIDA remet en cause l'idée commune selon

laquelle les individus ne parlent pas du VIH-SIDA entre eux. Ce sujet semble donc moins tabou qu'on ne l'imagine. Les relations personnelles constituent la première source d'information pour les deux tiers des hommes en milieu urbain (61,9%), pour huit hommes sur dix en milieu rural (76,8%) et pour un peu plus de la moitié des femmes en milieu urbain (53,7%). Paradoxalement alors que le sujet semble avoir été difficilement abordé d'un point de vue politique, il semble évident que le VIH-SIDA est un sujet de conversation, et les relations interpersonnelles constituent une source importante d'informations. En tant que sujet de conversation, le VIH-SIDA doit rester dans le domaine privé et il ne peut pas être exposé publiquement sans précaution. Les personnes qui en parlent doivent avoir une légitimité sociale, religieuse ou politique. On parle du VIH-SIDA, mais il est non moins évident que c'est de manière discrète, voire secrète, on en parle entre personne de même sexe et de même âge, on en parle avec ses amis, rarement au sein de sa famille.

Les relations personnelles (49,5%) avec la radio (47,5%) sont les deux principales sources d'information des femmes en milieu rural (tableau 4). Ces dernières ont cependant cité moins fréquemment que leurs homologues féminins résidant en ville ces deux sources d'information. Les femmes en milieu rural sont 64,8% à déclarer l'orpaillage comme activité principale. Cette activité artisanale est organisée en fonction de la division des tâches entre hommes et femmes. La femme travaille la plupart du temps avec son mari, ce qui permet au couple de s'associer pour obtenir les seaux les plus chargés d'or. Elle n'a donc pas la possibilité de parler librement avec d'autres femmes. De plus en milieu rural, la taille du ménage est de 18,3 individus contre 9,5 en milieu urbain et la cohabitation des générations favorise le contrôle des mouvements et des activités des femmes par leur belle-famille. Dans une société organisée selon un mode patriarcal, les femmes en union vivent avec les parents de leur mari et la belle-mère a pour rôle de veiller au « bon » comportement de l'épouse de son fils. De surcroît dans une communauté villageoise, l'ensemble des habitants se connaît, il est difficile d'échapper à l'emprise du contrôle social. Les seuls moments où les femmes vivant en zone rurale peuvent se retrouver au sein d'un même groupe d'âge sont les jours de marché, soit une fois par semaine et quotidiennement lors de la corvée d'eau. En milieu urbain, deux tiers des femmes pratiquent le commerce (65,2%). Cette activité économique se pratique le plus souvent à l'extérieur de leur logement et indépendamment de leur conjoint. Elles

passent alors presque quotidiennement une partie de leur temps hors de l'espace domestique (au sens géographique et social) et elles bénéficient par conséquent d'un peu de temps hors du contrôle de leur mari. Ceci est d'autant plus vrai pour les femmes qui font du commerce sur le marché dans la mesure où les hommes et les femmes n'exercent pas leurs activités commerciales dans un même lieu. Les femmes ont ainsi une plus grande marge de manœuvre pour parler de sujets qu'elles peuvent difficilement aborder avec leur conjoint (protection contre les IST-SIDA, planification familiale). Les relations personnelles sont cependant des sources de rumeurs ou de fausses croyances, telle que la transmission du virus par les piqûres de moustiques que l'on assimile aux modes de transmission sanguine.

Tableau 4 : sources d'information sur le VIH-SIDA selon le sexe et le milieu de résidence (%)

Sources d'information	Urbain		Rural	
	hommes	femmes	hommes	femmes
Radio guinéenne	59.9	67.2	87.4	47.5
Radio malienne	5.4	3.0	10.1	2.0
Télévision guinéenne	18.8	10.0	4.0	2.0
Télévision malienne	5.4	2.0	2.0	2.0
Presse	11.9	2.0	2.5	0.0
Affiches	18.8	1.5	4.0	0.0
Personnel médical	16.8	16.4	22.4	4.0
ONG	15.3	2.0	11.6	0.0
Tradipraticiens	1.0	1.5	0.0	1.0
Relations personnelles	61.9	53.7	76.8	49.5
Ecole	8.7	3.0	0.5	0.5
Autre	21.7	12.6	8.0	4.0
Total des sources	496	351	453	224
Nombre moyen de sources citées	2.4	1.7	2.2	1.1
Effectifs	200	199	198	157

Population de référence : personnes ayant entendu parler du VIH-SIDA.
Question à choix multiple
Source : POPINTER / DNS, 2005.

La radio est la première source d'information des femmes du milieu urbain (70,2%) et des hommes en milieu rural (97,5%). De nombreux ménages ruraux disposent d'une radio (67,2%). Des émissions sur le VIH-SIDA en langue nationale sont diffusées et donc accessi-

bles à ceux qui ne parlent pas français. La radio a un impact important dans une population largement non scolarisée et qui maîtrise peu le français. Elle est un vecteur d'information à privilégier dans les campagnes de sensibilisation car c'est un média très accessible culturellement - en raison de l'importance accordée à la culture orale - et économiquement - la majorité des ménages disposent d'un poste de radio. *Radio Kankan* diffuse régulièrement des programmes d'information en langues nationales et contrairement aux slogans des affiches ou des brochures, elle évoque sans ambiguïté le rôle des relations sexuelles dont la transmission du VIH-SIDA. Si l'on regroupe les programmes maliens et guinéens, la télévision a été citée comme source d'information par 24,2% des hommes, 12% des femmes en milieu urbain et par 6% des hommes et 2% des femmes en milieu rural. Avoir la possibilité de regarder la télévision dans le cadre privé ne concerne qu'un petit nombre de personnes vivant exclusivement en ville, 14,2%² des ménages en milieu urbain disposent d'une télévision. Si 24,2% des hommes vivant en milieu urbain ont cité la télévision comme source d'information c'est qu'ils se rendent régulièrement dans des espaces de loisir tels que les vidéoclubs afin de suivre des matchs de football, or, lors de la mi-temps, la télévision diffuse fréquemment des messages incitant à l'usage du préservatif. Les hommes en milieu urbain sont les plus touchés par les campagnes de prévention télévisuelle car ils ont plus accès à la télévision dans des lieux publics à la différence des femmes et des populations en milieu rural. Là, un seul ménage dispose d'une télévision que les hommes du village utilisent pour regarder les grands événements sportifs et des films enregistrés.

Le personnel médical n'est pas une source privilégiée d'information, en effet, cette catégorie d'acteurs est citée par moins d'un cinquième de la population urbaine et des hommes en milieu rural, et par seulement 4% des femmes en milieu rural. Quels facteurs expliquent la mauvaise performance du personnel médical alors que selon toute logique il devrait être cité en premier lieu. En milieu rural, l'unique poste de santé ne disposait ni d'affiches de sensibilisation sur le VIH-SIDA, ni de brochures. Les outils pédagogiques en matière d'information sur le VIH-SIDA étaient inexistantes. Dans les centres de santé en milieu urbain, des affiches et des brochures sur l'utilisation du préservatif sont mises en évidence. Cependant prendre une brochure n'est pas un acte socialement anodin. En effet, les brochures sont disposées dans la salle d'attente et se saisir d'un exemplaire peut signifier aux yeux de tous que l'on a des comportements déviants. De

plus, il faut savoir lire pour avoir accès à ce genre d'information, or seuls les hommes en milieu urbain sont une majorité à savoir lire, en effet seul un cinquième des femmes savent lire (tableau 5). On peut alors se demander si ce support d'information est adapté à une population peu instruite.

Tableau 5 : maîtrise de la lecture en langue française et nationale selon le sexe et le milieu de résidence (en %)

	Urbain		Rural	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sait lire	58.5	19.4	27.7	3.5
Ne sait pas lire	41.5	80.6	72.3	96.4
Effectifs	200	200	200	200

Source : POPINTER / DNS, 2005.

La transmission de l'information par le biais du personnel médical serait plus appropriée. Mais celui-ci est insuffisamment formé et/ou peu disposé à parler du VIH/SIDA. A cette formation insuffisante s'ajoute un problème culturel de pudeur. Parler du VIH/SIDA implique de parler de sexualité, et c'est un sujet que l'on ne peut pas évoquer librement en public puisque les relations sexuelles sont régies, codifiées socialement (refus de l'homosexualité, contrôle de la sexualité des femmes, des jeunes). Le personnel médical tout comme le personnel enseignant est contraint de réaliser des séances d'information auxquelles il est mal préparé et donc qu'il redoute. Cette catégorie d'individus ne constitue donc pas forcément la meilleure source d'information car elle est réticente à diffuser des informations qu'elle maîtrise plus ou moins bien d'un point de vue technique et qui la place socialement dans une position inconfortable. Le personnel médical et les enseignants ont également parfois des opinions personnelles qui les empêchent de communiquer l'information aux hommes comme aux femmes. Seule 4% des femmes en milieu rural ont été informées par une personne du secteur médical.

En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, neuf hommes sur dix en milieu urbain connaissent ce mode de transmission contre seulement sept sur dix en milieu rural. Les hommes sont donc bien informés sur ce mode de transmission. Les hommes quel-

que soit le milieu de résidence citent la transmission pendant la grossesse alors qu'il ne s'agit pas du moment le plus dangereux pour l'enfant (88,1% en milieu urbain et 82,5% en milieu rural). Les femmes du milieu rural sont moins nombreuses à connaître l'existence de la transmission mère/enfant que les femmes du milieu urbain (47,6% contre 70,9% tableau non reproduit). Elles ne sont que 45,9% à connaître le risque de transmission au moment de l'accouchement. En ce qui concerne l'allaitement, le fort pourcentage observé chez les femmes rurales s'explique par un effet statistique (faible effectif). Les femmes urbaines se rendent à de nombreuses et régulières visites prénatales et elles accouchent fréquemment au centre de santé. Il est donc vraisemblable qu'elles aient reçu à ces occasions des informations sur la transmission mère/enfant. Ce mode de transmission est le moins connu par les populations car il est peu présent dans les campagnes d'information, les mères n'ayant pas de moyens d'action pour éviter la contamination.

L'action des ONG ne touche que 15,3% de la population masculine en milieu urbain et 11,6% en rural. Seulement 2% des femmes et uniquement en milieu urbain mentionnent les ONG comme source d'information. Ce constat s'explique principalement par la place des femmes dans la société guinéenne. Les femmes sont moins impliquées dans la vie sociale (vie associative, vie publique, réseaux) que les hommes. Leurs relations avec l'extérieur de la sphère domestique sont médiatisées, et donc filtrées, par les hommes. En milieu rural l'information passe nécessairement par les hommes, et en premier lieu par les anciens. Lorsqu'une ONG ou une association se déplace au village afin de diffuser des informations, elle doit s'adresser aux Anciens qui vérifient que le contenu des informations peut être entendu par tout le monde. Dans le cas contraire le processus d'information est stoppé immédiatement. En milieu urbain, les seules associations auxquelles participent les femmes sont des associations de femmes. Il n'y a pas de mixité dans la vie sociale, et les associations qui ont une action dans le domaine de la santé ou du VIH-SIDA sont uniquement composées d'hommes. Ces hommes sont en général instruits, religieux (islam) et ils occupent souvent une position sociale respectée. Ces caractéristiques socioculturelles font qu'ils souhaitent donner une image socialement correcte d'eux-mêmes et ils sont par conséquent peu enclins à informer les femmes sur les modes de transmission du VIH-SIDA. Le représentant d'une ONG nous a déclaré « *si une jeune fille me demande de l'information, je lui dis de pratiquer l'abstinence. Si une femme*

mariée me demande de l'information, je lui dis d'être fidèle et si un jeune homme me pose la même question, je lui dis d'utiliser un préservatif ». Cette citation explique pourquoi les femmes ne se tournent pas vers les associations : elles savent pertinemment qu'elles n'obtiendront aucune information de la part de cet acteur. De plus, se pose le problème de la qualité de l'information diffusée par les ONG : les observations montrent que cette information est parcellaire, elle fait davantage référence aux normes sociales, par exemple une femme mariée doit être fidèle, qu'à la réalité des pratiques sexuelles, des relations de genre.

L'école n'est citée que par 8,7% des hommes et par 3% des femmes en milieu urbain comme source d'informations. L'école n'est pas citée par la population rurale. Ce résultat s'explique par le niveau scolaire de la population (tableau 6) et par le fait que l'école n'est chargée de mettre en œuvre une information relative au VIH-SIDA que depuis 2001. Avant cette date il fallait avoir été scolarisé dans le secondaire pour avoir atteint les cours de biologie où l'on traite de la santé de la reproduction : cela n'est le cas que de 39,6% des hommes et 12,6% des femmes en milieu urbain, de 4,1% des hommes en milieu rural.

Tableau 6 : niveau scolaire selon le sexe et le milieu de résidence (en %)

	Urbain		Rural	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Aucun	38,6	69,2	74,9	91,0
Primaire	21,8	18,2	21,0	8,5
Secondaire et plus	39,6	12,6	4,1	0,5
Effectifs	200	200	200	200

Source : POPINTER / DNS, 2005.

Conclusion : aller vers une compréhension de la circulation de l'information

Contrairement à ce qui est souvent dit, le VIH-SIDA n'est pas un sujet tabou dans la société malinké et guinéenne. Les individus en parlent dans leur groupe de pairs (classe d'âge) et à l'extérieur de la famille car une très grande majorité des individus interrogés déclaraient :

rent avoir peur de cette maladie dont ils savent qu'on ne guérit pas. Par contre, ce n'est pas un sujet que l'on aborde en public, et lorsque c'est le cas, individus et institutions le font avec beaucoup de précautions et de retenue. Ce qui va être dit en public doit respecter les prescriptions sociales et politiques ne doit pas remettre en cause l'ordre social (place des jeunes, des femmes). L'obligation de se plier au conformisme rend très difficile l'élaboration et la mise en œuvre des campagnes d'information en matière de VIH-SIDA car cette pathologie fait au contraire exploser les apparences et l'ordre social. Les campagnes d'information ont en premier lieu lourdement insisté sur les dangers représentés par les lames souillées et les injections (ce qui a trait au sang) alors qu'il est clair que le premier mode de contamination dans le contexte ouest africain est les relations sexuelles. Ce mode de contamination n'est abordé que de manière implicite puisque affiches et slogans parlent uniquement de fidélité et d'abstinence. Les acteurs des campagnes de prévention ainsi que la population sont conscients du profond décalage qu'il existe entre les discours socialement et religieusement corrects et les pratiques. Le fait que les autorités politiques ne brisent pas le silence concernant le multipartenariat et la monétarisation des relations sexuelles ne permet pas, en particulier aux agents du secteur de la santé, d'acquérir une légitimité afin de parler ouvertement de sexualité, de l'utilisation préservatif à l'intérieur et à l'extérieur du couple. Le contrôle de la parole par les hommes, les autorités politiques modernes et traditionnels, les aînés bloquent la circulation et la diffusion de l'information. Cette enquête permet d'approfondir la compréhension de ce qui est légitime, donc acceptable, d'un point de vue social en matière d'information sur le VIH-SIDA : quelle personne ou quel groupe peut être identifié comme une source, un vecteur d'information.

Elle permet également de constater que les populations sont demandeuses d'informations. Les adultes sont très majoritairement favorables à l'information des enfants en matière de VIH-SIDA. Cependant cet accord se fait avec des nuances : les hommes sont toujours plus favorables que les femmes à l'information, et les urbains le sont plus que les ruraux. De plus cette information est également mieux perçue si elle s'adresse aux élèves du niveau secondaire. Le VIH-SIDA est fréquemment associé à des comportements déviants, aussi parler de cette pathologie à des enfants peut être parfois ressenti par les femmes comme une incitation, une manière de mettre dans la tête des enfants des « mauvaises idées » en particulier en ce qui concerne les

plus jeunes. On peut penser aussi que les élèves du secondaire en raison de leur âge sont supposés être plus exposés au risque de contamination. L'information à destination des adultes est très bien perçue et elle peut être interprétée comme une demande d'informations en matière de VIH-SIDA. En effet, en milieu urbain la quasi-totalité des personnes interrogées répondent positivement si on leur demande si on doit informer les hommes et les femmes par rapport au VIH-SIDA. En milieu rural, la proportion est également élevée, elle est identique au milieu rural en ce qui concerne les hommes, par contre on constate un léger fléchissement de l'approbation des femmes. En effet, elles sont un peu moins de neuf femmes sur dix à approuver l'idée d'une information vers la population adulte. Le groupe des femmes rurales apparaît donc comme étant la fraction de la société guinéenne la moins bien informée et la moins disposée à aborder spontanément le sujet du VIH-SIDA.

Bibliographie

- AGIER M., (1997), «Espace et tension de l'anthropologie du travail» in *Salariés et entreprises dans les pays du sud*, Karthala, coll. Hommes et Société, Paris, p. 439-456.
- AGIER M., COPANS J. et MORICE A., (1986), *Classes ouvrière d'Afrique noire*, Paris, Karthala-ORSTOM, coll. Hommes et sociétés, Paris.
- BARBIERI M., CANTRELLE P., (1991), *Politique de santé et population*, Paris, Ed. Politique Africaine.
- BENOIT F. et LARMARANGE J., (2003), *Mesure de la prévalence du VIH-SIDA dans les pays en développement, synthèse bibliographique*. Paris, CEPED.
- DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET MACRO INTERNATIONAL, (1999), *Enquête démographique et de santé Guinée 1999*, Conakry.
- FASSIN D., (1996), *La santé et le politique*, PUF, Paris.
- INRAP, (2001), *Document de référence à destination des enseignants du primaire*, Conakry.
- MINISTERE DU PLAN, (2002), *Document de stratégie de la pauvreté en Guinée*, République de Guinée, janvier.

- _____, (2004), *Questionnaire sur les Indicateurs de base de Bien-être (QUIBB 2002)*, République de Guinée, janvier.
- ONUSIDA, (2004), *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH-SIDA. 4ème rapport mondial*, Genève.
- PAIRAULT C., (1993), *Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales: douze expériences de terrain*, Paris, Ed. Karthala, ORSTOM, Coll. Hommes et sociétés.
- PETIT Véronique (dir), (2005), *Population, pauvreté et VIH-SIDA en Haute Guinée, rapport à l'intention du PUND*, Conakry.
- SOMPARE A., (1999), *La mobilité et la reproduction sociales dans un milieu rural guinéen industrialisé. L'exemple de l'entreprise d'exploitation de l'alumine de Fria et la Compagnie des bauxites de Guinée (C.B.G)*, Mémoire de DEA sous la direction de J.Copans, EHESS, Paris.
- STAT-VIEW- Guinée, (2001), *Enquête de séroprévalence du SIDA en Guinée*, Conakry.