

«MAIS NOUS AVONS FAIM!»
QUELQUES REMARQUES SUR LA PRÉVENTION DU
SIDA À BEIRA (MOZAMBIQUE)

Monika ŽATKULIAKOVÁ

Institute of Oriental and African Studies, Slovak Academy of Sciences,
Klemensova 19, 813 64 Bratislava, Slovakia

This paper aims at discussing certain problems related to the effectiveness of prevention campaigns as observed during the programme against HIV/AIDS which took place among impoverished populations in a peri-urban part of Beira in Mozambique. As far as the evaluation study of the programme has shown, the resistance to some messages diffused during the prevention campaigns cannot be explained only in terms of *vulnerability* of people concerned, nor as a problem of local culture. On the contrary, there should be more concern for complex solutions to the epidemic since it represents a *fait social total*.

*A nossa primeira tarefa foi de convencer a gente que o sida
não é um político, um negócio, uma brincadeira.¹
un homme séropositif, Quelimane, le 17/7/2002*

INTRODUCTION

L'épidémie du sida a cessé d'être considérée comme un problème purement médical. Pour la communauté internationale, elle représente une menace pour le développement social, économique et politique sur le continent africain avec des répercussions sur tous les domaines de la vie (UNAIDS 2002). A cause de sa gravité et de son amplitude, l'épidémie de cette maladie fatale attire l'attention de différents acteurs dans le secteur humanitaire et celui du développement au niveau national, régional et international. En Afrique subsaharienne, le combat contre le sida est poursuivi dans une grande mesure sur le champs de la prévention de la transmission par voies tenues pour les plus fréquentes: à travers les relations sexuelles entre l'homme et la femme et par voie verticale de la mère à son enfant.

Tandis que les conséquences du sida sont envisagées dans une perspective plus large, englobant les domaines de l'économie, de la politique et du social, les facteurs

¹ «Notre premier devoir, c'était de persuader les gens que le sida n'est pas une affaire politique, un commerce, une blague.»

contribuant à la diffusion de l'infection par le VIH restent souvent réduits au comportement individuel ainsi qu'aux normes et aux valeurs culturelles locales ou communautaires. Cette approche qui a marqué le début de l'épidémie du sida continue à être ancrée dans la majorité des campagnes de prévention d'aujourd'hui qui visent à encourager une attitude plus «responsable», «rationnelle» auprès de l'individu à l'égard de sa santé grâce à l'information acquise.

Si cette méthode ne marchait pas, c'était la culture locale (africaine) qui était attaquée au sujet de l'expansion remarquable du sida en Afrique subsaharienne. La pensée des Africains dépeinte comme immuable et incompatible avec «la nôtre», supposée rationnelle, représentait une barrière pour comprendre la nouvelle maladie et engendrait une «sous-réaction» à l'égard du sida (Caldwell et al. 1992). Or, cette conception était critiquée par plusieurs chercheurs actifs dans la prévention. D'un côté on a démontré la similitude de ces barrières et dénoncé leur caractère spécifiquement africain (Gausset 2001), d'un autre côté on a mis en cause «la culture de ceux qui communiquent sur la prévention» (Bazin 2000: 319). Le sida s'est montré comme *un fait social total*, y compris son expansion liée à de multiples facteurs non seulement biologiques, culturels et sociaux, mais aussi politiques et économiques.

Certains chercheurs anglophones regroupent tous ces facteurs sous la notion de «vulnérabilité».² Ce concept est appliqué tant aux femmes à cause de leur position sociale subordonnée qu'aux hommes soumis à leur masculinité laquelle a des effets destructifs, ainsi qu'aux populations appauvries ou aux Etats en transition. Pourtant, comme le démontre le cas du Mozambique, la conception de vulnérabilité n'est pas suffisante pour expliquer la complexité derrière l'épidémie du sida. Cherchant à supprimer la stigmatisation des personnes atteintes du sida, entraînée ou renforcée dans une certaine mesure par le discours sur les groupes à risque qui tendait à culpabiliser ceux-ci et leurs cultures respectives d'être la source de l'infection, la conception de vulnérabilité tend à les percevoir comme victimes de forces et d'idéologies qui n'arrivent pas à maîtriser leur santé, supposée incarner une valeur sociale suprême. Quoiqu'une telle argumentation puisse encourager à mobiliser une aide au développement pour les populations dans des situations exacerbées, sa contribution réelle quant à l'épidémie du sida peut être restreinte. Or, sans négliger la présence de multiples difficultés à prévenir l'infection posées par différents facteurs externes, la résistance aux messages communiqués au cours des campagnes de prévention peut par ailleurs être engendrée par d'autres motifs liés à des priorités et des conditions de vie différentes.

Le Mozambique représente incontestablement un cas significatif de vulnérabilité parmi les Etats de l'Afrique australe. Toutefois, plus d'une décennie après la fin de la guerre, sa prévalence demeure la plus basse dans la région.³ Au vu des

² Voir par exemple Barnett, Whiteside 1999, Kalipeni 2000, Walker, Gilbert 2001.

³ Les taux d'infection dans plusieurs pays qui entourent le Mozambique comptent parmi les premiers au monde. En 2001, le taux de prévalence chez les adultes a atteint un niveau de 13% au Mozambique, 7,8% en Tanzanie, 15% au Malawi, 21,5% en Zambie, 33,7% au Zimbabwe, 20,1% en Afrique du Sud et 33,4% au Swaziland (UNAIDS 2002).

données statistiques récentes du *Ministério da Saúde*, la situation épidémiologique au Mozambique est caractérisée par des différences régionales considérables. Au centre du pays et dans les endroits près de la frontière avec le Zimbabwe – les régions qui ont subi les combats les plus intenses au cours de la guerre civile – le nombre de personnes portant le virus du sida reste le plus élevé (Barreto et al. 2002: 9).⁴ A Beira, la plus grande ville de la région centrale, la prévalence s'y est accrue jusqu'à 28% en 2000 contre 13% dans la capitale de Maputo, légèrement plus haute que la valeur moyenne nationale de 12,2% (ibid.).

LA MÉTHODOLOGIE ET LE MILIEU

Cet article est basé sur une recherche d'évaluation du programme de prévention réalisée aux mois de juin et juillet 2002 dans un *bairro* de Beira. Le programme dont le but était d'améliorer la communication au sein des communautés en vue d'y prévenir l'infection par le VIH, adressait des aspects culturels du sida via des pièces de théâtre, des chansons, des jeux et des discussions. Selon la conception du programme, les hommes auraient dû participer au programme, mais le projet n'a réussi à mobiliser que des femmes et des jeunes. Outre des discussions informelles menées au cours du programme, une enquête CACP a été effectuée auprès de 79 personnes en maintenant le quota du sexe et celui de l'âge des participants au programme. Les questions semi-structurées portaient sur l'étiologie, les symptômes, la transmission, la protection et la cure des infections sexuellement transmissibles, y compris le sida, de même que sur la sexualité, la médecine traditionnelle et la biomédecine, ainsi que sur la satisfaction quant au programme et les demandes pour le suivant.

Le *bairro* où le programme a été exécuté est habité par des *deslocados* qui ont fui la violence dans les zones rurales du centre et du sud du Mozambique pendant la guerre civile. Très surpeuplé, le district possède toutes les caractéristiques d'un bidonville: son habitation est informelle, elle manque d'électricité, d'eau potable et de canalisation, sans parler de loisirs. Le taux de scolarisation et d'alphabétisation est moindre, la majorité des habitants survivent grâce au secteur informel. Les femmes cultivent des *machamba* et vendent des produits crus et cuits dans les rues. De nombreux hommes travaillent ailleurs – dans le corridor de Beira, voire à Maputo ou en Afrique du Sud.

La population fait face à des situations de vulnérabilité multiples et extrêmes. La guerre achevée en 1992 a laissé des empreintes profondes dans la société. La violence dirigée non seulement sur l'infrastructure sociale et économique, mais dans une grande mesure sur la population a pris différentes formes – y compris la violence sexuelle. La perte des proches, les recrutements, les enlèvements, les fuites, bref les déplacements plus ou moins forcés et la séparation consécutive de familles – temporaire, à long terme ou définitive – ont perturbé, voire brisé les

⁴ Dans trois provinces de la région centrale – Manica, Tete et Sofala – le taux de prévalence chez les adultes a atteint les niveaux respectifs de 21,1%, 19,8% et 18,7% en 2000.

liens sociaux, non seulement dans le cadre de la famille étendue, mais aussi au sein des relations parentales et celles entre les partenaires, accentuant ainsi la tendance des décennies précédentes.⁵

La fin de la guerre n'impliquait pas une restauration de ces liens. Au contraire, par suite de la violence vécue, de nombreux hommes, femmes et enfants étaient confrontés à une situation économique, sociale et psychique difficile. Comme l'explique T. Sideris (2003), la destruction de l'ordre social et moral, la violence et la dislocation territoriale et sociale ont engendré une perte de l'appartenance et des troubles de l'identité, voire une détérioration physique et psychique. C'est dans ces conditions-ci qu'une réintégration dans des réseaux sociaux devient extrêmement importante, à tel point qu'elle devance même les risques d'acquiescer une maladie mortelle à long terme. En trouvant refuge dans un quartier détruit à la périphérie de la ville de Beira, de nouveaux réseaux de soutien se sont formés – ceux du voisinage au sein des nouvelles habitations. Ces liens sociaux, avec ceux entre homme et femme plus individualisés, prenant des formes multiples jouent un rôle vital au cœur de la communauté ainsi que dans la réussite sociale et économique, voire la survie pour ses membres.

De nombreuses femmes ont perdu le soutien de réseaux de parenté, particulièrement celui de parents plus âgés, fournissant une protection et facilitant des négociations à l'égard de leurs relations avec des hommes, ce qui a aggravé leur vulnérabilité (Sideris 2003: 718). Les hommes n'étaient pas moins marqués que les femmes par les effets psychologiques, sociaux et économiques destructifs de la guerre. En outre, la condition d'après-guerre avec la démilitarisation n'offre pas assez d'opportunités à tous les hommes, pas seulement aux anciens combattants, pour qu'ils puissent jouer un rôle positif dans leurs communautés bien que leur situation économique soit considérée en général comme moins fragile que celle des femmes, ce qui est dû aussi à la politique de restauration menée au Mozambique dans les années d'après-guerre (Baden *et al.* 1997, UNDP 2002). Néanmoins, un nombre significatif de femmes réussissent à entretenir leurs plus proches en endossant même des rôles tenus pour masculins et atténuant ainsi la position d'hommes, d'où un besoin pour ces derniers de la reconstituer ou de la conforter.

DE «BONNES» FEMMES ET DE «VRAIS» HOMMES

Non seulement dans le discours laïque mais aussi dans celui des scientifiques, les idéologies de genre sont mises en cause quant à la propagation du sida car elles placent les femmes ainsi que les hommes dans des situations à risque élevé. Cette mise en jeu des genres n'est pas exempte de stéréotypes. La diffusion du sida est en fait attribué aux hommes ainsi qu'aux femmes de telle sorte que les deux sexes sont représentés en images figées comme des groupes homogènes de victimes et de coupables, ou plus précisément, en ce qui concerne le sexe féminin, en opposant

⁵ Pour l'histoire du Mozambique, notamment le conflit entre Frelimo et Renamo, voir par exemple Finnegan 1993, Hall, Young 1997.

deux ensembles – les femmes libres à celles sous la tutelle du mariage. Même les pièces de théâtre à fin éducative présentées au cours du programme comportaient un continuum de représentations stéréotypées significatives incarnant les vecteurs de transmission du virus avec un rapport d'agresseur et de victime au sein du couple: un soldat machiste – une prostituée – un mari infidèle – sa femme dévouée et leurs enfants.

Le sida, ainsi que d'autres maladies sexuellement transmissibles, est perçu comme une maladie de femmes, *a fortiori* celles des zones urbaines ou bien des prostituées. Cette perception est paradoxalement confortée par les données approximatives diffusées dans les médias qu'un nombre plus élevé de femmes que d'hommes est infecté par le virus du sida.⁶ Dans le discours des participantes au programme, ce sont en revanche leurs partenaires qui les mettent en danger. Par manque de pouvoir des femmes pour solliciter et adopter des mesures préventives au sein du couple ou bien pour s'abstenir de rapports sexuels, la mise en pratique des connaissances acquises pendant les sessions du programme se limite au point que celles-ci passent plutôt auprès de leurs enfants.

La polygynie, aujourd'hui non-officielle en forme de multipartenariat, demeure socialement acceptable et par conséquent tolérée chez l'homme, malgré le discours du régime précédent sur l'égalité des sexes et l'inacceptabilité de la polygamie (Arnfred 2001: 43). La plupart des personnes interrogées, notamment les femmes entre 25 et 40 ans, tiennent pour normal que l'homme ait plusieurs partenaires, ou déclarent une impuissance envers une telle réalité. Si elles sont plus ou moins forcées à l'accepter, elles demandent au moins que l'homme protège sa famille en utilisant un préservatif lors de ses relations sexuelles avec «ses autres femmes».

Il serait éronné d'occulter le multipartenariat *per se* pour entraîner l'expansion du sida. Ce sont plutôt les motifs conscients ou inconscients concernant la (non-)mise en œuvre des mesures préventives dans le cadre des relations conjugales ou relations considérées comme stables. Le multipartenariat de même que le courage et la vigueur incarnent des attributs masculins importants dans la mesure où d'autres qualités constituant la masculinité, telles que l'autorité, sont difficiles à accomplir ou passent à présent dans les mains de femmes. Il existe même des hommes qui démontrent leur virilité par des symptômes de maladies sexuellement transmissibles.⁷ Par contre, les femmes – même celles probablement infectées par leurs maris – ont peur d'en parler, même chez le médecin ou dans le cadre familial, car aborder un tel thème engendre un risque de subir des réprimandes et de l'humiliation, voire une violence de la part de leur partenaire ou de leurs parents.

Cette double mesure de tolérer ou d'exiger des comportements différents de la part des sexes, non sans répercussions dans la diffusion du sida, surgit même dans l'approche de personnes responsables de la prévention du sida. Paradoxalement, au cours d'un atelier au sein du projet, certains employés masculins ont déclaré

⁶ On estime qu'en 2000, 597 000 femmes contre 443 000 hommes portaient le virus du sida au Mozambique (Barreto et al. 2002).

⁷ Mais ce n'est pas le cas du sida bien que le VIH se propage par voie sexuelle.

qu'un préservatif auprès de leur partenaire aurait signifié la fin de la relation. Le préservatif reste ainsi dans une grande mesure une affaire masculine car c'est l'homme qui décide de son éventuelle utilisation, non seulement au sein du couple mais encore en cas de rapports sexuels commerciaux.

Si le multipartenariat chez les hommes reste relativement acceptable et par conséquent plus facile à discuter, les femmes sont obligées de contenir leurs rapports sexuels et une séropositivité éventuels. Or, c'est le plus souvent la peur d'aborder le sujet – tant auprès des femmes que des hommes – qui empêche les gens d'adopter des mesures préventives dans leur propre vie intime même s'il existe une volonté réciproque de maintenir la santé dans la famille. Au cours du programme, les participantes ont discuté des questions délicates ou tabouisées, pourtant seulement certaines d'entre elles ont réussi à les négocier avec leurs époux.

Des hommes comme des femmes renoncent à se servir du préservatif pendant les relations sexuelles, *à fortiori* celles qui sont regardées comme sérieuses. Car le préservatif appartient au cadre des rapports sexuels commerciaux, extraconjugaux, occasionnels avant qu'ils passent pour une relation plus sérieuse. Aborder le sujet du préservatif dans un contexte conjugal aurait risqué de transporter la signification de cette relation dans une autre direction ou de susciter des soupçons.

A mesure qu'il existe un souci d'éviter le sida, il existe une préoccupation de ne pas rester sans descendance. Si la majorité des participants désirent une progéniture, c'est dans le cadre du mariage. Néanmoins, il existe aujourd'hui de multiples formes de liaisons entre les partenaires qui, par faute de *lobolo* ou en raison d'autres contraintes, ne sont pas officielles et servent pour la procréation d'enfants. Celles-ci constituent et renforcent la position des individus non seulement dans le milieu familial, mais aussi dans la communauté. Par conséquent, des femmes comme des hommes évitent fréquemment la protection au moyen d'un préservatif à cause des croyances religieuses, en vue d'accomplir leur rôle dans la société, ou même pour stabiliser ou rendre la relation officielle. Bien que ce soit l'homme pour la plus grande part qui décide, c'est aussi la femme qui y est impliquée et qui, elle-même, s'incline à se décider en faveur des enfants malgré une éventuelle transmission du virus.

Sans avoir recours à des technologies sophistiquées qui permettent de concevoir un enfant et d'accoucher sans transmettre le VIH, la population fait face à un dilemme. De nombreuses femmes prennent en considération le risque de transmission et condamnent ceux qui procréent volontiers des enfants au risque de leur transmettre le virus. Néanmoins, il existe un consensus qu'une telle décision est compréhensible bien qu'elle soit regardée comme immorale et irresponsable. D'ailleurs, dans la plupart des cas, il ne s'agit même pas de «choix».

Tant dans les relations sexuelles commerciales que dans celles au sein d'une relation tenue pour stable, le sexe est considéré comme une part importante de la vie humaine dont le plaisir est un de ceux peu nombreux à la portée d'un homme et d'une femme dans une situation difficile – sans rien à manger ou même sans rien à faire. C'est un besoin qui, s'il n'est pas assouvi, peut résulter en troubles de santé dans la pensée des interrogés. De plus, les vraies relations sexuelles se produisent «carne à carne» ou «nyama kwa nyama», c'est-à-dire dépourvues de

protection en latex. Ainsi, chez de nombreux participants, il existe une forte méfiance envers la propagation du préservatif regardé comme un moyen de les priver d'une partie intégrale de la vie.

A cela s'ajoute une forte influence des valeurs consummatrices qui se reflètent dans la commercialisation du sexe ainsi que dans les rapports d'amitié. S'il existe des femmes et des jeunes filles qui utilisent le sexe comme une stratégie de survie, il y en a d'autres qui, en vue d'être «sexy» ou «in» et de se mettre en valeur, s'en servent comme un moyen d'acquiescer ce qui est à la mode de la part d'hommes généralement beaucoup plus âgés qui peuvent ainsi démontrer leur prestige et leur richesse.

De nombreuses femmes sont économiquement indépendantes, néanmoins elles déclarent avoir besoin des hommes comme soutien psychologique et social. Des foyers composés uniquement de femmes et d'enfants ne représentent pas des exceptions dans le district. L'homme y est présent comme un amant, mais le ménage est économiquement quasi indépendant. Ce sont plutôt les relations entre voisines ou les réseaux féminins qui deviennent importants et représentent une source de soutien financier même en cas d'infection.

Le sida est donc perçu à travers ces liens sociaux existants (à maintenir) ou potentiels (à développer). Bien qu'une personne veuille éviter une maladie, ses rapports avec d'autres membres de la communauté la placent sous la pression de plusieurs facteurs interdépendants avec des implications sociales considérables, s'imprimant dans la perception et le comportement liés au risque d'infection.

APPORTS DE LA PRÉVENTION

La précarité du status sérologique et l'absence d'une raison sont les causes les plus fréquemment évoquées à propos de la prise de sang pour le virus VIH. Le fait de savoir qu'on est contaminé par le VIH – donc de se rendre compte de sa future maladie – n'aurait pas conduit à une maîtrise de la santé et, pour les raisons mentionnées ci-dessus, n'aurait pas prévenu la diffusion ultérieure du virus. Au contraire, apprendre sa séropositivité aurait signifié des difficultés à trouver une personne à laquelle confier le résultat sans risquer le rejet, du stress lié à l'avenir de ses proches et de soi-même, la perspective d'une mort rapprochée sans avoir recours à la médication antirétrovirale, ni palliative.

Cela peut élucider le fait que parmi les habitants interrogés, nul n'est allé faire le test de son gré. Les seules personnes qui l'ont subi – sans en avoir conscience – étaient quelques femmes pendant leur grossesse dans le cadre de la surveillance; elles ont néanmoins appris le résultat négatif. Si les jeunes ont été plus prêts à se soumettre à cette épreuve, les femmes adultes ne la subissaient qu'en cas de symptômes qui ne s'atténuent pas – quand le sida est déjà développé.

Ayant vécu seulement dans le cadre de la guerre et la période d'après-guerre, les habitants font face à des conditions de vie difficiles où la survie n'est guère certaine sans apercevoir une action tangible de la part des autorités nationales et de la communauté internationale. Au contraire, ils trouvent difficile de comprendre le zèle d'emblée de nombreux travailleurs au développement qui arrivent pour

combattre une nouvelle maladie éphémère, voire la sexualité des habitants. Une attention considérable focalisée sur le sida en négligeant les autres problèmes graves, y compris de nombreuses maladies infectieuses fréquemment mortelles, engendre des soupçons: on y voit du politique, un «business» dont il faut profiter, néanmoins d'une façon différente de celle envisagée par les travailleurs du projet.

Si des participants s'étonnaient au sujet de l'énergie investie dans la prévention d'une unique maladie au sein du programme, pas tout à fait logique, ils ont envisagé cette «aide» comme une source de biens dont ils ont à leur avis *vraiment* besoin: des aliments. La nourriture fournie pendant le programme pour motiver les habitants à participer, était plus tard regardée par de nombreux participants – non seulement ceux responsables de l'alimentation de la famille – comme une compensation pour leur investissement de temps au programme. De plus, le programme a été instrumentalisé par certains participants d'une autre manière: par la vente de préservatifs distribués gratuitement au cours du programme.

D'une part, il se peut que les habitants arrivent à trouver leurs propres bénéfices en participant au programme, même inattendus de la part de ces créateurs, d'autre part il existe d'autres «malentendus» en ce qui concerne la prévention du sida. Bien que l'effet désiré et l'efficacité des campagnes de prévention puissent être contestés à cause des issues mentionnées ci-dessus, il s'agit en plus de leurs «effets secondaires» qui peuvent eux-mêmes contribuer à la diffusion du virus par des informations superficielles, stéréotypées et confuses.

Avoir abandonné dans une grande mesure la conception stigmatisant les goupes à risque, notamment les prostituées dans ce contexte,⁸ les messages divulgués par les médias et au cours de campagnes de prévention dépeignent la maladie comme omniprésente, l'infection comme impossible à éviter et suscitent une atmosphère de peur. Si le message "*sida mata todos*" avait dû mettre à l'écart l'approche discriminatoire envers les groupes à risque, il engendre en effet une impression que personne ne peut échapper à l'infection. De plus, l'infection par le virus du sida est souvent comparée au jeu de la roulette ou à une loterie; cette métaphore de hasard accentue l'impuissance à l'égard de la maladie. Ainsi, la majorité des interrogés surestiment le danger de l'infection et exagèrent les possibles voies de transmission.⁹

Une autre difficulté se pose par rapport aux campagnes du type ABC¹⁰ aux messages simples à mémoriser, mais très confus. En séparant la fidélité et le préservatif, les messages renforcent l'opinion que le préservatif est pour les infidèles, pour ceux qui maintiennent des affaires extraconjugales. En outre, le dévouement à un(e) partenaire ne fournit en soi aucune garantie contre l'infection

⁸ Comme s'exprime P. Ulin (1992: 66), le fait d'avoir attribué le virus aux prostituées pourrait encourager des hommes à chercher de nouvelles partenaires sexuelles – des filles assez jeunes pour ne pas être encore infectées par le VIH, et contribuer ainsi au phénomène de «*sugar daddies*».

⁹ La perception du risque est en fait très semblable à celle en France, comme l'a présentée par exemple G. Paicheler (1998).

¹⁰ ABC est l'acronyme de "ABSTE-TE, BASTA-TE AO TEU COMPANHEIRO, UTILISA A CAMISINHA" en portugais.

par le VIH car une fidélité mutuelle est nécessaire, ce qui difficile à assurer. De même pour l'utilisation du préservatif qui devrait être systématique et appropriée.

Des informations très superficielles, fréquemment en forme de slogans, sont fournies aux populations concernées, ce qui contribue à des idées fausses, des malentendus et des soupçons dont foisonne la perception du sida. Grâce aux technologies, la conception du sida et de l'infection par le VIH est devenue très sophistiquée. Simplifiée au maximum lors de sa diffusion, la connaissance reçue ne suffit pas à saisir le mécanisme de la maladie, de manière que les informations nécessaires mais absentes restent à être complétées à l'aide des connaissances et de l'expérience vécue. Quant à la transmission par voie sexuelle et verticale, il s'agit notamment des acquis en biologie, en santé reproductive, en mécanisme des médicaments qui font défaut auprès des populations dépourvues de toute éducation formelle.

CONCLUSION

Contrairement au discours médical sur l'exceptionnalité¹¹ de l'épidémie du sida et à celui des scientifiques préoccupés par ses effets négatifs graves pour le continent africain, la maladie peut être perçue par des gens «ordinaires» comme un problème parmi d'autres à affronter dont l'urgence arrive avec ses symptômes. La maladie représente une partie intégrale de la vie des habitants, dans laquelle d'autres maladies fatales exacerbées par la malnutrition et la violence vécue ne manquent pas. Bien que le sida apporte un nouvel accablement qui se manifeste dans tous les domaines de la vie, les ressources fournies pour le combattre dans le cadre de l'aide au développement ne sont pas toujours utilisées au profit de ceux qui en ont besoin.

En effet, les programmes et les campagnes de prévention n'adressent pas toujours les causes de l'épidémie. Non pas que les messages communiqués aux habitants n'aient pas de répercussions. Ce sont en particulier les messages des campagnes réalisées *en bloc* qui influencent profondément la perception du risque vis-à-vis du sida. Les interrogés se rappellent et suivent même des messages de campagnes précédentes que la science, les médias ou bien ceux qui communiquent sur la prévention veulent oublier car ils sont éronnés ou réducteurs. D'ailleurs, les informations fournies aux populations concernées manquent de précisions et omettent des aspects importants, elles *doivent* alors être remplacées et complétées par celles de la culture locale.

On devient ainsi témoin des répercussions du programme qui diffèrent dans une grande mesure des effets désirés, voire d'une re-direction des ressources qui avaient été investies dans la prévention du sida. Si ceux qui élaborent des projets d'aide au développement n'arrivent pas à saisir les besoins et à agir davantage dans l'intérêt des populations concernées, ces dernières le font à leur tour en s'appropriant le langage du domaine humanitaire et celui du développement (Chabal

¹¹ Voir Herzlich, Adam 1997.

1996: 46, Chabal & Daloz 1999: 23). Dans le contexte du programme contre le sida, on use du discours sur la «vulnérabilité» comme une excuse ou une justification pour ne pas avoir évité le risque ou bien comme une explication pour exiger et *aproveitar* de l'aide.

Après plusieurs années d'exposition aux campagnes de prévention, il existe un scepticisme auprès de la population à l'égard de ces nouveaux «missionnaires» avec un intérêt particulier pour le sida, qui apportent des Bibles au lieu d'aliments pour ceux qui souffrent de la faim. Les travailleurs au développement payés font ressortir la condition misérable de la population – sa vulnérabilité –, et la vilipendent tandis qu'ils contribuent à peine à ce qu'elle s'améliore. En effet, certains habitants essaient de défendre leur respectabilité et leur identité en réfutant la présence de la maladie et les messages qu'ils communiquent.

Or une sous-réaction présumée par rapport au sida résulte des contraintes de la vie quotidienne telles que la pauvreté extrême et la présence d'autres maladies graves, d'où une précarité de la condition de santé même en l'absence du sida. C'est dans ces circonstances que des liens sociaux deviennent importants et indispensables pour la survie et le bien-être, et surpassent même la gravité du sida. Par la suite, le risque n'est pas toujours prévenu et l'infection reste paradoxalement contenue pour garder le rang dans le cadre de la communauté, de la famille et du couple.

L'impact des programmes focalisés uniquement sur le changement de comportement sexuel peut être restreint à cause de plusieurs facteurs mentionnés ci-dessus, irréductibles au plan individuel ou même local. Comme l'épidémie de la maladie ne peut guère être détachée des autres aspects de la vie humaine, sa prévention dans le cadre de l'aide au développement devrait au moins être envisagée comme une partie intégrale des programmes plus complexes et non comme un problème à être combattu *per se* ou avec la culture locale.

BIBLIOGRAPHIE

- Arnfred, S. 2001. Family Forms and Gender Policy in Revolutionary Mozambique 1975-1985 (Travaux et Documents 68-69). Bordeaux: CEAN.
- Baden, S. et al. 1997. Post-Conflict Mozambique: Women's Special Situation, Population Issues and Gender Perspectives. Brighton: Institute of Development Studies, <http://www.ids.ac.uk/bridge/Reports/re44c.pdf>.
- Barnett, T. & Whiteside, A. 1999. HIV/AIDS and Development: Case Studies and a Conceptual Framework. <http://www.und.ac.za/und/heard/papers/1999/ejdr.pdf>.
- Barreto, A. et al. 2002. Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. http://www.policyproject.com/pubs/brochures/brochura_sida.pdf.
- Bazin, L. 2000. Sexualité et sida en Afrique: prévention et évolution des recherches. Entretien avec L. Vidal. *Journal des anthropologues* 82-83, pp. 309-323.
- Chabal, P. 1996. The African Crisis: Context and Interpretation. In: Werbner, R. & T. Ranger (dirs) *Postcolonial Identities in Africa*, pp. 29-54. London: Zed.
- Chabal, P. & Daloz, J.-P. 1999. *Africa Works: Disorder as Political Instrument*. London: James Currey.

- Finnegan, A. 1993. *A Complicated War. The Harrowing of Mozambique*. Berkeley: CUP.
- Gausset, Q. 2001. AIDS and Cultural Practices in Africa: the Case of the Tonga (Zambia). *Social Science & Medicine* 52, pp. 509-518.
- Hall, M. & Young, T. 1997. *Confronting Leviathan. Mozambique since Independence*. London: Hurst and Co.
- Herzlich, C. & Adam, P. 1997. Urgence sanitaire et liens sociaux: l'exceptionnalité du sida? *Cahiers internationaux de sociologie* 102 (janvier-juillet 1997), pp. 5-28.
- Kalipeni, E. 2000. Health and Disease in Southern Africa: A Comparative and Vulnerability Perspective. *Social Science & Medicine* 50, pp. 965-983.
- Paicheler, G. 1998. Risques de transmission du sida et perception de la contagion. *Communications* 66, pp. 87-107.
- Pfeiffer, J. 2003. International NGOs and Primary Health Care in Mozambique. *Social Science & Medicine* 56, pp. 725-738.
- Sideris, T. 2003. War, Gender and Culture: Mozambican Women Refugees. *Social Science & Medicine* 56, pp. 713-724.
- Ulin, P. 1992. African Women and AIDS: Negotiating Behavioral Change. *Social Science & Medicine* 34(1): 63-73.
- UNAIDS. 2002. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002. http://www.unaids.org/epidemic_update/report-july02/english/table.pdf.
- UNDP. 2002. Mozambique National Human Development Report 2001: Gender, Women and Human Development. http://www.undp.org/mz/articlefiles/15-english_final.pdf.
- Walker, L. & Gilbert, L. 2001. *Women at Risk: HIV/AIDS – A South African Case Study*. Johannesburg: AIDS in Context Conference, 4.-7.4.2001.