

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DES JEUNES AU MALAWI :
PARALYSIE ET POTENTIELS DE L'ÉDUCATION SEXUELLE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
ANAÏS BERTRAND-DANSEREAU

JANVIER 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement n°8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été rendue possible grâce à une bourse de maîtrise du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC). Le voyage de terrain a été financé en partie grâce aux dons généreux des familles Bertrand et Dansereau.

Zikomo kwambiri à toutes les personnes ayant généreusement partagé leur temps, leurs réflexions et leurs contacts pendant mon séjour au Malawi. Un merci tout particulier à Carmen Aspinall; Edward Chikhwana; Carrie Drake; Edward Kankhomba; Patricia Likongwe; Francis Mkandawire; Glory Mkandawire; Ndaona Muyaya; Robert Ngaiyaye; Benson Nkhoma Somba; Patricia Semphere; Joel Suzi; et la réceptionniste de la NAC.

Mille mercis à Geneviève Guernier pour tout son support personnel et intellectuel. L'UQAM devrait te donner une maîtrise honorifique pour toutes tes contributions à la mienne.

Merci à Marie-Nathalie LeBlanc pour ses critiques et ses encouragements, et l'équilibre parfait entre les deux.

Amies et famille, je vous aime et vous remercie de votre soutien sous toutes ses formes : Tomás, Chloé, Sarah-Claude, Anne-Marie, Gariépy, Pascale, Simon, Nathanaël, Suzanne et Tim, Jean-Pierre, Ana Maria et Jaime, Maki, Amrei, Jennifer, Marine, Laetitia, Titus et tous les autres que j'oublie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
À l'origine, la colère	1
Situer l'éducation sexuelle	3
Paralyse et potentiels : l'éducation sexuelle au Malawi	5
Une idée de ce qui suit	6
CHAPITRE I: QUESTIONS DE RECHERCHE, PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE	9
1.1 Objet de recherche et question générale	9
1.2 Problématique	10
1.2.1 Des maladies lourdes de sens	10
1.2.3 Deux approches distinctes	12
1.3 Cadre théorique	15
1.3.1 Études critiques du développement	15
1.3.2 Analyses du champ de la santé sexuelle et reproductive	17
1.3.3 Le modèle de la santé sexuelle	19
1.3.4 Discussion	22
1.4 Méthode	24
1.4.1 Séjour de recherches	24
1.4.2 Entretiens	25
1.4.3 Autres méthodes	26
1.4.5 Traitement et analyse des données	27
1.4.5 Questions d'éthique	27

CHAPITRE II: CONTEXTE DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES JEUNES AU MALAWI .	29
2.1 Le Malawi	29
2.2 L'épidémie de VIH/sida au Malawi	31
2.3 La santé sexuelle et reproductive des jeunes au Malawi.....	32
2.3.1 Début de la sexualité active, pratiques sexuelles et amoureuses des jeunes	33
2.3.2 ITS et grossesses non désirées : les conséquences tragiques de la sexualité des adolescent-es	34
2.4 Paysage politico-administratif	37
2.4.1 Structures reliées au VIH/sida	37
2.4.2 Structures reliées aux jeunes.....	40
CHAPITRE III: UNE CULTURE SEXUELLE DU SILENCE	43
3.1 Culture et sexualité.....	43
3.2 Considérations de genre	46
3.2.1 Une masculinité hypersexualisée	47
3.2.2 Chigololo ndi mwini thako : l'abstinence est une affaire de filles.....	50
3.3 La norme de la sexualité transactionnelle	54
3.5 Silences multiples : couple, famille, communautés.....	57
3.5.1 Within marriage, sex is like nsima	59
3.5.2 Tabous et impossibilité de la communication entre parents et enfants.....	61
3.5.3 Stigmates communautaires sur la sexualité adolescente.....	63
3.5.4 Espaces d'ouverture : radio, porno, amis.....	64
3.6 Petit moment de réflexivité.....	67
CHAPITRE IV: L'ÉDUCATION SEXUELLE SÉCULAIRE PARALYSÉE.....	70
4.1 <i>Life Skills Education</i> (LSE) dans les écoles publiques.....	70
4.1.1 Approche et contenu du curriculum	71
4.1.2 Limites du curriculum	72
4.1.3 Problèmes de mise en œuvre	75
4.2 Initiatives de la société civile.....	77
4.2.1 Société civile, donateurs et dépendance.....	78

4.2.2 Banja la Mtsogolo	80
4.2.2 YONECO.....	83
4.3 L'éducation sexuelle basée sur la peur.....	85
CHAPITRE V: L'ÉDUCATION SEXUELLE RELIGIEUSE : POTENTIELS ET LIMITES	90
5.1 Paysage religieux au Malawi	90
5.1.1 Quasi universalité de la croyance, principales églises	90
5.1.2 Milieu associatif religieux	93
5.1.3 Distinction entre religieux et laïque	94
5.2 <i>Sex is a gift from God</i> : l'éducation sexuelle religieuse	96
5.2.1 Breaking the silence : ouvrir la discussion sur la sexualité	96
5.2.2 Sex is a gift from God : une approche holistique et positive.....	98
5.2.3 L'abstinence, un idéal difficile à atteindre.....	100
5.2.4 Une information complète? Positions religieuses sur les condoms	102
5.3 Des limites sérieuses.....	105
5.3.1 Tout n'est pas rose : intolérance et bigoterie.....	105
5.3.2 Intentions vs mise en œuvre	107
5.3.3 L'irréconciliable	110
CONCLUSION	111
ANNEXE I	116
BIBLIOGRAPHIE.....	119

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1	Évolution de la prévalence du VIH au Malawi.....	32
Figure 2.2	Prévalence du VIH par tranche d'âge.....	37
Figure 2.3	Financement international lié au VIH/sida au Malawi.....	39

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ABC	« <i>Abstinence, Be faithful, Use condoms</i> », abstinence, fidélité mutuelle et utilisation du condom
BLM	<i>Banja la Mtsogolo</i> , organisation de santé sexuelle et reproductive
CBDA	<i>community-based distribution agents</i> , agents de distribution communautaire
DHS	<i>Demographic and Health Survey</i> , enquête démographique et de santé
DYO	<i>District Youth Officer</i> , Officier jeunesse de district
FBO	<i>Faith-based organization</i> , organisation religieuse
HBM	<i>Health belief model</i> , un cadre théorique utilisé en santé publique
IEC	information, éducation et communication
IGA	<i>income-generating activities</i> , activités génératrices de revenus
ITS	infection transmise sexuellement
LSE	<i>Life Skills Education</i> , formation personnelle et sociale qui inclut l'éducation sexuelle.
MIAA	<i>Malawi Interfaith AIDS Association</i> , Association interreligions du sida du Malawi
MIE	<i>Malawi Institute of Education</i> , Institut d'éducation du Malawi
MYDS	<i>Ministry of Youth Development and Sports</i> , Ministère du développement de la jeunesse et des sports
NAC	<i>National AIDS Commission</i> , Commission nationale du sida
NYCM	<i>National Youth Council of Malawi</i> , Conseil national des jeunes du Malawi
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non-gouvernementale

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief, programme de financement bilatéral étasunien de programmes liés au VIH/sida
SCOM	<i>Students Christian Organization of Malawi</i> , Organisation chrétienne des étudiants du Malawi
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> , Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> , Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> , agence bilatérale d'aide au développement des États-Unis
VIH	virus d'immunodéficience humaine
YFHS	<i>Youth-friendly health services</i> , services de santé conviviaux pour les jeunes
YONECO	<i>YouthNet and Counselling</i> , organisation dédiée aux jeunes

RÉSUMÉ

L'éducation sexuelle est une partie importante du travail de prévention auprès des jeunes qui est effectué dans les pays qui vivent une épidémie généralisée de VIH/sida. Ce mémoire se base sur les théories critiques du développement et le modèle de la santé sexuelle pour explorer les approches et les contenus de différents programmes d'éducation sexuelle au Malawi, un pays fortement dépendant de l'aide internationale. Les interventions laïques ont tendance à être paralysées par les tabous culturels et les convictions personnelles des intervenants. Basées sur la peur, elles donnent souvent une information incomplète ou fortement normative, et présentent l'abstinence comme la seule méthode de prévention appropriée pour les jeunes. Les préservatifs deviennent alors une solution de rechange pour ceux et celles ayant échoué. Au contraire, certaines interventions religieuses arrivent à combiner une approche positive à la sexualité et une information complète; elles utilisent leur autorité morale pour engager un dialogue honnête et respectueux avec les jeunes. Bien que ces interventions religieuses aient aussi leurs problèmes et leurs ambiguïtés, elles présentent un potentiel certain pour la prévention par l'éducation sexuelle.

INTRODUCTION

À l'origine, la colère

L'immense majorité des textes, articles et mémoire qui portent sur le VIH/sida commencent sur un même modèle : rappel des plus récents chiffres de l'ONUSIDA sur la situation mondiale, lamentations sur la position particulièrement désastreuse de l'Afrique subsaharienne, estimés économiques des conséquences de l'épidémie, évocation du sort tragique des millions d'orphelins, rappel du fait que les femmes sont les plus infectées puisque les plus vulnérables. Nous partons donc du présupposé que notre lecteur ou lectrice est déjà au fait que le sida en Afrique est une affaire déplorable qui amène à des millions de personnes une souffrance inutile et, en théorie, largement évitable.

Cette introduction présentera donc plutôt l'histoire de la rencontre d'une apprentie chercheuse avec son objet de recherche. Avec Bourdieu, nous pensons qu'à la base du travail scientifique se trouvent des émotions : « Le travail scientifique, cela ne se fait pas avec des bons sentiments. Ça se fait avec des passions ; après il faut les contrôler. [...] Pour travailler, il faut être en colère. Mais la colère ne suffit pas. Il faut aussi travailler pour contrôler la colère » (Mangeot, 2001, p. 52-53). Notre colère initiale, issue de quelques années d'implication dans le mouvement des femmes, portait sur le contrôle de la sexualité et de la reproduction à des fins idéologiques; une autre colère, plus théorique, portait sur l'hypocrisie des discours de l'aide internationale. Puis il y a eu l'éloquence de Stephen Lewis qui, à travers ses conférences et son livre sur l'épidémie de sida en Afrique, nous a transmis comme à des milliers de personnes sa propre colère et son impatience (Lewis, 2005); et finalement, la découverte de l'existence des programmes *abstinence-only* (basés exclusivement sur la promotion de l'abstinence sexuelle) promus par l'administration Bush à titre de politique internationale en 2004 dans le cadre du *President's Emergency Plan For AIDS Relief*, le PEPFAR. Cette politique d'aide, dont une grande proportion va au financement de la trithérapie pour les patients atteints du sida, réserve ses fonds de prévention auprès des jeunes à la promotion exclusive de l'abstinence sexuelle.

La colère ressentie par rapport à cette politique – la promotion d'une anti éducation sexuelle bourrée de mensonges, financée par les deniers publics, imposant des jugements moraux

conservateurs et empêchant l'accès à une information pouvant sauver des vies, le tout à des fins bassement électoralistes – semblait le carburant parfait pour alimenter deux années de maîtrise. Les politiques de la prévention du VIH auprès des jeunes et la question de l'abstinence devinrent donc mon objet de recherche. À ce carburant initial s'ajoutèrent un coup de cœur irrationnel pour le Malawi par le biais d'un documentaire au cinéma Beaubien, puis de longues heures passées dans des bibliothèques de Genève et Montréal à éplucher des articles scientifiques. Une levée de fonds familiale, un projet de mémoire, des tentatives frénétiques de contacter des gens par courriel et un long trajet d'avion aboutirent en août 2008 à la rencontre avec cet objet de recherche tant préparé et auquel pourtant peu de choses nous préparaient.

Prêtes à trouver des « méchants » Américains qui tenteraient d'imposer leur moralité néoconservatrice à des Africains révoltés mais pris à la gorge par la dépendance à l'aide internationale, nous fûmes quelque peu surpris par les premières entrevues. Les intervenants américains étaient peu nombreux, et si certains étaient peu loquaces et entourés d'un dispositif de sécurité impressionnant, d'autres étaient disponibles, humbles et semblaient réellement aider les jeunes malawites. Quant aux Malawites, la plupart semblaient ravis par les programmes mettant l'abstinence de l'avant et ils se plaignaient plutôt des donateurs qui imposaient la promotion des condoms, sans égards pour les pudeurs culturelles et les oppositions morales à ces petits bouts de latex. L'abstinence, semblait-il, faisait l'unanimité au Malawi et les États-Unis n'utilisaient pas la force coercitive de leur budget d'aide internationale pour l'imposer; notre objet de recherche semblait fondre un peu plus à chaque entretien.

Les entrevues se poursuivirent, au gré des recommandations et des contacts généreusement partagés par les personnes rencontrées. Du PEPFAR, notre intérêt se déplaça vers la manière dont la prévention destinée aux jeunes était pensée et mise en œuvre, plus généralement. Peu à peu, des constats primitifs se firent et des nouvelles questions de recherche se posèrent : pourquoi cet enthousiasme général pour l'abstinence? Comment les dilemmes moraux et religieux personnels influencent-ils le travail de prévention? Comment la dépendance financière est-elle vécue par les organismes locaux? Pourquoi les jeunes acceptent-ils de travailler pendant des années sans être payés? Quels sont les aspirations et les soucis des

jeunes Malawites? L'ouverture des questionnements dès le début des recherches a certainement contribué à la quantité faramineuse de données recueillies : 85 entretiens pour un terrain de 10 semaines, cela relève de la boulimie semie dirigée. Trois mémoires séparés ne se recoupant pas auraient facilement pu être écrits à partir de ces données, qui n'ont d'ailleurs pas encore été toutes compilées. Nous avons toutefois écouté notre instinct de chercheure et un certain espoir inspiré par une thématique, celle de l'éducation sexuelle religieuse, pour décider des sujets à traiter et de la manière d'arranger le texte qui suit.

Situer l'éducation sexuelle

La prévention du VIH destinée aux jeunes est une affaire délicate puisqu'elle implique nécessairement de parler de sexualité à des jeunes, donc de faire de l'éducation sexuelle à une échelle plus large que celle de la famille ou du village.

The period of adolescence generates considerable anxiety among adults as well as among adolescents themselves because of the challenges and risks that young people face as they experience sexual maturation and start interacting with the opposite sex. [...] Adults have to consider the most appropriate age to provide adolescents with information about sexual health, the most effective means of doing so, and how to deal with the challenges associated with adolescents' initiation of sexual behavior (Bankole *et al.*, 2007 37).

Nous parlerons ici de manière interchangeable d'éducation sexuelle et de « prévention », en faisant référence aux discours en santé sexuelle et reproductive qui visent à limiter les grossesses non désirées et les infections transmissibles sexuellement (ITS) en valorisant certains comportements et en décourageant certains autres. Depuis quelques années, ces messages sont souvent réduits par le milieu académique et par le milieu de l'intervention à l'acronyme ABC : abstinence, fidélité mutuelle (*be faithful*) et utilisation du condom (Alonso et de Iraia, 2004). La manière dont ces trois messages sont présentés et les rapports entre les trois sont l'objet de débats tumultueux, dont il sera question plus loin. Nous concevons les messages de prévention comme faisant partie d'un trio de systèmes qui influencent la sexualité des jeunes, les deux autres étant la culture sexuelle et les conditions structurelles.

Tout discours sur la sexualité qui vise un changement de normes apporte une foule de questions, dont un premier ordre porte sur le contenu des messages et la manière de les faire parvenir à l'auditoire visé. Parler de quoi? À partir de quel âge? De quelle manière? Au nom

de qui? Par la bouche de qui? Au-delà de l'efficacité (ou non) de la communication en santé publique, qu'est-ce que les représentants du monde adulte veulent communiquer aux jeunes sur la manière de vivre sa sexualité – sur ce qui est possible, obligatoire et interdit? Quelles normes médicales, sociales et morales veut-on inculquer à cette jeunesse – qui par ailleurs est loin d'être une page blanche, et qui possède déjà sur le sujet moult connaissances et opinions glanées par le contact continu avec les adultes et les autres jeunes? Quels sont les objectifs visés par ceux et celles qui pensent les programmes, qui les financent, qui les mettent en œuvre et qui les reçoivent? Comment les messages sont-ils diffusés - à l'école, à la radio, lors d'interventions communautaires? Quels sont les conflits et les synergies au sein même du dispositif qui diffuse des messages de prévention?

Dans un deuxième temps se pose la question du rapport de ces messages spécifiques aux normes plus larges (et à notre avis beaucoup plus puissantes) qui circulent à dans une société à propos de la sexualité – ce que nous définirons plus loin comme la culture sexuelle, en tentant de nous éloigner des thèses culturalistes d'explication de l'épidémie africaine de VIH. Comment les messages spécifiques d'éducation sexuelle et de prévention viennent-ils s'insérer dans les messages plus généraux qu'une société communique à ses jeunes membres, directement et indirectement, à propos de la sexualité? Les messages de prévention sont-ils en accord ou en conflit avec les normes d'une société sur le genre, le mariage, le plaisir sexuel, le fait d'avoir (ou pas) des enfants, le choix de partenaires, l'identité sexuelle ou l'identité de genre? Les personnes qui livrent aux jeunes des messages de prévention tiennent-ils par ailleurs des discours contradictoires à travers leurs actes ou leurs paroles? Quelle position sociale occupent les gens qui tiennent des discours d'éducation sexuelle? Sont-ils protégés par l'autorité médicale de leur sarrau blanc, ou au contraire sont-ils stigmatisés par leur association avec les préservatifs et les travailleuses du sexe?

Finalement, comment s'insèrent les messages de prévention dans les conditions structurelles dans lesquelles vivent les jeunes? Quel genre d'accès les jeunes ont-ils à l'éducation? Aux soins de santé? Quelles possibilités de revenus et d'emplois leur sont ouvertes? Existe-t-il des infrastructures sportives et récréatives où ils peuvent passer leurs moments de loisir? Existe-t-il des services d'aide lorsqu'ils font face à des difficultés personnelles ou familiales? Dans quelle mesure les normes, parfois contradictoires, que l'on tente d'inculquer sont-elles

possibles, probables, souhaitables et réalistes pour les jeunes? Comment la sexualité s'insère-t-elle, plus généralement, dans les rapports politiques, économiques et sociaux? Quelles contraintes et quelles possibilités « objectives » sont présentes dans la vie des jeunes? Comment ces conditions matérielles d'existence influencent-elles leur sexualité, et la manière de comprendre les messages de prévention?

Paralysie et potentiels : l'éducation sexuelle au Malawi

Pour des raisons d'intérêt et des contraintes de temps et d'espace, ce mémoire traitera surtout du rapport entre les messages de prévention et la culture sexuelle du Malawi; le rapport avec les conditions structurelles d'existence, également intéressant, mériterait plus d'espace et d'attention que nous sommes en mesure de lui apporter ici. Nous présentons ici les grandes lignes de notre propos; les références appropriées et les éléments empiriques se trouvent dans les chapitres qui suivent.

La culture sexuelle du Malawi est caractérisée par un silence épais autour de toutes choses sexuelles. On ne parle pas de « ces choses-là » en public, ni même souvent en privé, si ce n'est pour réitérer les idéaux collectifs de moralité sexuelle judéo-chrétienne : abstinence jusqu'au mariage, puis fidélité mutuelle jusqu'à la mort. Ce silence creuse un fossé énorme entre les discours et les pratiques, entre les idéaux et la réalité vécue par la plupart des gens. Les idéaux sexuels judéo-chrétiens sont toutefois en conflit direct avec les idéaux de genre associés à une masculinité hégémonique hypersexualisé, et à une féminité sexuelle conçue comme passive et vécue comme une médiation par rapport à autre chose : amour, argent, statut social. Difficile dans ce contexte de tenir les franches discussions nécessaires à l'acceptation de sa propre sexualité et à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.

Ce silence et les nombreux tabous qui touchent à la sexualité mènent à une paralysie de l'éducation sexuelle séculaire qui, par crainte de heurter les sensibilités culturelles des parents et des communautés, limite énormément l'information rendue disponible aux jeunes. Afin de respecter la culture sexuelle et ses tabous, et en raison des convictions personnelles des intervenants qui font le travail de prévention, les messages diffusés se limitent souvent aux éléments qui sont en accord avec les idéaux sexuels judéo-chrétiens – notamment l'abstinence et la fidélité. L'utilisation du préservatif est présenté comme une défaite,

personnelle ou collective selon l'interlocuteur, qu'il ne faut surtout pas promouvoir sous peine de promouvoir en même temps la « mauvaise » sexualité. Celle-ci regroupe tout ce qui est hors du mariage monogame hétérosexuel : rapports amoureux et sexuels pré-nuptiaux, extraconjugaux, transactionnels, et souvent même auto-érotiques. L'éducation sexuelle finit donc souvent par devenir un exercice d'épouvante qui vise à convaincre les jeunes de s'abstenir et de rester dans l'ignorance le plus longtemps possible. L'autorité médicale de la santé publique a permis d'ouvrir la discussion sur les risques sexuels, mais les discussions des plaisirs restent pratiquement impossibles.

Par contre un secteur de la société semble se libérer depuis quelques années de cette paralysie générale : les intervenants religieux. Même s'il existe chez les représentants religieux quantité de discours faisant preuve de conservatisme et de bigoterie, les discours les plus progressistes, holistiques et positifs sur la sexualité se retrouvaient tous parmi des intervenants du secteur religieux. Bien qu'ils dispensent avant tout des encouragements à l'abstinence, ces intervenants ancrent leur discours dans une vision positive de la sexualité comme cadeau divin, et comme source potentielle de joie, de plaisir et de bonheur. De plus, ils utilisent leur autorité morale pour ouvrir une brèche dans le silence qui entoure la sexualité, pour parler certes de risques mais aussi de plaisir. Fait surprenant, plusieurs intervenants religieux reconnaissent le droit des adolescents à une information complète et correcte; ils acceptent donc de donner l'information de base sur les préservatifs, et de référer les jeunes à des cliniques qui en font la distribution. Bien que l'éducation sexuelle religieuse présente plusieurs bémols, elle nous semble receler un grand potentiel pour l'amélioration de la santé sexuelle des jeunes du Malawi.

Une idée de ce qui suit

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Un premier chapitre expose la problématique, les questions de recherches et le cadre théorique, et termine avec les méthodes de recherches ayant été utilisées pour apporter des réponses aux questions posées. Suit ensuite un chapitre d'information générale qui permet de comprendre le contexte du Malawi : informations sur le pays, la situation nationale de l'épidémie et le paysage politico administratif dans lequel sont élaborées les mesures de prévention du VIH qui visent les jeunes.

Le troisième chapitre porte sur la culture sexuelle du Malawi. Bien que nous rejetions les explications purement culturalistes de l'épidémie généralisée africaine, la notion de culture sexuelle nous semble essentielle pour comprendre le contexte dans lequel les programmes de prévention opèrent. Il y sera question de ce qui est entendu par « culture sexuelle », des normes de genre dominantes et de leur influence sur la sexualité, de la sexualité transactionnelle et du silence qui entoure toutes choses sexuelles. Nous terminons ce chapitre avec une réflexion sur l'expérience personnelle que nous avons faite de cette culture sexuelle pendant le travail de terrain, et ses implications pour la recherche.

Le quatrième chapitre porte sur l'éducation sexuelle séculaire. Il y est d'abord question des cours de *Life Skills Education* (LSE) dispensés dans les écoles primaires et secondaires publiques du pays. Ce curriculum, élaboré dans un grand respect des normes morales sociales strictes et dans une certaine peur des réactions des parents, finit par omettre des informations importantes et par être très peu enseigné par les enseignants qui sont trop mal à l'aise avec les sujets abordés dans le cours. Nous verrons par la suite deux exemples de programmes laïques, donnés par des ONGs : l'une utilise l'approche sociale, l'autre l'approche médicale. Bien que ces programmes présentent un intérêt quant à leur ouverture aux réalités complexes des jeunes, ils font face, tout comme le programme de LSE, à des problèmes de mise en œuvre pouvant se résumer à l'écart entre les contenus officiels des programmes et les convictions personnelles des intervenants. Dans l'ensemble, les discours sur la prévention restent basés avant tout sur la peur. Le préservatif occupe dans ce discours un rôle de pis-aller : pour ceux et celles qui échouent, qui sont incapables de s'abstenir, il y a les condoms qui protègent des conséquences d'un mauvais comportement.

Le cinquième et dernier chapitre porte sur l'éducation sexuelle qui est dispensée par des organisations religieuses. Après une brève présentation du paysage religieux au Malawi, il est question des caractéristiques qui font que certaines interventions religieuses se démarquent : leur approche positive de la sexualité et leur volonté de parler franchement des sujets qui sont ailleurs passés sous silence. Bien que ces groupes fassent avant tout la promotion de l'abstinence, ils acceptent de donner une information de base sur les préservatifs. Il existe bien sûr plusieurs bémols : la présence de discours religieux conservateurs qui contribuent au silence autour de la sexualité; le problème de la mise en œuvre et de l'influence personnelle

de certains *leaders* progressistes, et finalement le fait que les organisations religieuses visent avant tout le salut de l'âme et non la promotion de la santé sexuelle. Malgré ces limites, l'éducation sexuelle religieuse nous semble avoir un potentiel intéressant si elle est intégrée avec les services de santé et les organisations dédiées aux jeunes.

CHAPITRE I

QUESTIONS DE RECHERCHE, PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE

Ce premier chapitre vise à situer le travail, les questions qu'il pose et les réponses qu'il tente d'y apporter. Nous y aborderons les questions de recherches, de la problématique dans laquelle elles se situent, du cadre théorique qui guide nos travaux ainsi que des méthodes d'enquêtes qui ont été utilisées.

1.1 Objet de recherche et question générale

L'objet de recherche visé par ce travail est la place de l'abstinence dans les programmes de prévention en santé sexuelle et reproductive, qui visent la prévention du VIH, des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et des grossesses non désirées chez les jeunes. On s'intéresse donc à l'approche, au contenu et au financement de tels programmes au Malawi, ainsi qu'aux personnes qui les conçoivent et qui les mettent en œuvre.

La question générale visait initialement à comprendre l'influence du PEPFAR sur les messages de prévention destinés aux jeunes, et portait donc sur la manière dont une normativité sexuelle venue de l'extérieur est reçue dans un contexte de dépendance financière et de conservatisme moral. Au cours des premières semaines de terrain, la recherche s'est déplacée vers la question plus large de la manière dont est déterminé le contenu des programmes de prévention en santé sexuelle et reproductive qui visent les jeunes.

Le Malawi a été choisi comme cas d'études pour différentes raisons. Pays de peu de ressources, le Malawi dépend de l'aide extérieure pour une partie importante de ses dépenses publiques en matière de santé. Avec l'arrivée des nouveaux modes de financement du VIH/sida au début des années 2000¹, cette dépendance a augmenté, passant de 47% en 2002-2003 à 61,5% en 2004-2005 (Malawi Ministry of Health, 2007, p. 32). Plus spécifiquement pour le VIH/sida, le financement provenant de dons extérieurs est passé de 46% en 2002-2003 à 73% en 2004-2005 (Malawi Ministry of Health 2007, 51). Dans les mots du Ministère de la santé, « *this has made the health system increasingly donor dependent, which*

¹ Le *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* a commencé ses activités en 2002, et le PEPFAR a été approuvé en 2003.

poses a major challenge for the sustainability of provision of health care in the event of the country disagreeing with donors over political and management issues. Furthermore, some donor funds come with 'complex conditionalities' which delay implementation of the planned activities » (Malawi Ministry of Health, 2007, p. 32). Le problème de la conditionnalité, qui était l'intérêt de recherche initial, était donc posé par le gouvernement lui-même.

Dans la région de l'Afrique australe, où sévit l'épidémie hautement généralisée² de VIH/sida, le Malawi était le seul pays à n'avoir pas été retenu comme « pays cible » par le PEPFAR, et recevait beaucoup moins de fonds américains que ses voisins. Il constituait donc en quelque sorte une situation pré-PEPFAR, à documenter puisque la nouvelle version du PEPFAR votée en juillet 2008 allait augmenter le financement accordé au Malawi de manière significative. De plus, contrairement à des pays comme l'Afrique du Sud ou l'Ouganda, il existe relativement peu de recherches disponibles sur le Malawi, ce qui rend la recherche pertinente. Finalement, c'est un pays sécuritaire³ où les crimes contre la personne durant la journée sont extrêmement rares, un facteur important pour cette recherche effectuée de manière autonome.

1.2 Problématique

1.2.1 Des maladies lourdes de sens

La problématique de cette recherche est celle de l'éducation sexuelle comme rencontre entre moralité et santé publique dans un contexte de forte dépendance à l'aide internationale. Les prises de position conservatrices du gouvernement étasunien dans ses politiques touchant à la SSR, notamment la politique de Mexico⁴ et le PEPFAR, ont été

² Une épidémie généralisée est caractérisée par une prévalence anténatale (chez les femmes enceintes) de plus de 1%, et ce chiffre monte à 5% dans le cas d'une épidémie hautement généralisée; ce type d'épidémie existe jusqu'à maintenant uniquement en Afrique de l'Est et Australe. Les pays d'Asie et des Caraïbes connaissent des épidémies concentrées, où la prévalence est élevée chez certaines sous-populations présentant des comportements à risque : utilisateurs de drogues intraveineuses, travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports homosexuels (Pisani *et al.*, 2003, p. S3).

³ Selon l'Institute for Economics and Peace, le Malawi est considéré comme le 2^e pays le plus sécuritaire d'Afrique, et arrive dans les 50 pays les plus sécuritaires au monde (Institute for Economics and Peace, 2009).

⁴ La politique de Mexico, qui interdit aux récipiendaires de l'aide des États-Unis d'offrir des services d'avortement ou de faire la promotion de l'avortement, avait été instaurée par l'administration Reagan en 1984; annulée par l'administration Clinton en 1993; réinstaurée par l'administration Bush en 2001; et annulée de nouveau par l'administration Obama en 2009 (Stein et Shear, 2009).

fortement critiquées en raison de leur teneur idéologique allant à l'encontre des recommandations de santé publique. Toutefois, elles ont le mérite d'avoir mis en relief le caractère profondément moral que revêtent ces questions. Les enjeux de santé sexuelle et reproductive ne peuvent être posés en dehors du cadre normatif et moral dans lequel une société ou une communauté conçoit la sexualité. Que l'on soit ou pas d'accord avec la moralité mise de l'avant par la droite évangéliste étatsunienne, il semble nécessaire de reconnaître le double enjeu, pour la santé et pour la moralité, que pose l'éducation sexuelle.

Le problème concret entre ces deux champs émerge quand les prescriptions de l'un sont en opposition directe avec celles de l'autre : lorsqu'une posture perçue comme étant moralement correcte est liée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité, ou au contraire lorsque les mesures qui gardent les gens en santé sont perçues comme étant immorales. C'est souvent le cas des mesures qui permettent d'éviter les conséquences négatives des rapports sexuels (ITS, grossesses non désirées). En effet, les catégories de « comportement à risque » de la santé publique et celles de « comportement immoral » de la moralité judéo chrétienne sont presque parfaitement superposées : la sexualité non monogame est aussi celle qui présente le plus de risque d'infection, et la monogamie parfaite (avec un seul partenaire à vie) protège virtuellement de toute infection.

Ainsi, les ITS, y compris le VIH/sida, font partie des maladies lourdes de sens, qui ne sont pas « seulement une maladie » mais bien une réflexion du caractère moral de la personne malade. Elles sont comprises à travers une notion prémoderne de la maladie comme punition de l'univers envers un individu ou une communauté (Douglas, 2001, p. 102). Cette interprétation l'emporte sur l'explication médicale moderne impliquant un virus et des fluides corporels, qui prévalait pourtant en Occident depuis le XXe siècle (Sontag, 2001, p. 133). Les personnes atteintes du VIH, comme toutes les personnes souffrant d'une maladie acquise sexuellement, oscillent entre le rôle social du malade et le rôle social du criminel, selon la manière dont la société juge leur niveau de responsabilité pour leur propre souffrance (Quam, 1990). Les maladies vénériennes créent donc deux catégories de victimes : les victimes innocentes, qui ne sont pas responsables de leur propre infection (enfants infectés par leur mère, épouses fidèles infectées par un mari

adultère), et qui sont souvent mises de l'avant dans les efforts de lutte au stigmat; et d'autre part les victimes coupables, dont le comportement a attiré sur eux une punition. L'histoire des réactions sociales aux ITS en est une de stigmat et d'ostracisme, précisément en raison de la causalité première de ces maladies dans une sexualité non monogame : « *the sick have often been subjected to society's scorn and fear, and prevention has often been neglected, on the principle that it was immoral to teach people how to avoid a disease transmitted by something they should not have been doing in the first place* » (Allen, 2002, p. xx). La prévention des ITS, salaires du péché, pose donc le problème suivant : doit-on permettre aux gens de commettre des actes immoraux sans conséquences?

1.2.3 Deux approches distinctes

Ce nœud gordien avaient été résolu en Occident par une démoralisation des normes sexuelles, mise de l'avant par le mouvement des femmes et par les avancées biomédicales (notamment la pilule contraceptive), ainsi que par la nécessité de rejoindre des populations marginalisées (hommes gais, travailleuses du sexe) avec des messages de prévention ne comportant pas de jugements normatifs sur leurs pratiques sexuelles. Cette approche réaliste exhorte à parler ouvertement des pratiques qui ont lieu et à prendre les mesures nécessaires pour en atténuer les conséquences (les rendre plus « sécuritaires »). Elle va à l'encontre de l'approche que l'on pourrait qualifier d'idéaliste, qui cherche à rendre les pratiques conformes à certains idéaux moraux – le plus souvent les normes sexuelles judéo-chrétiennes du mariage monogame. Les débats sur l'éducation sexuelle peuvent être compris comme une opposition entre l'approche de santé publique, qui se retrouve en général dans le milieu de la santé⁵, et l'approche idéaliste, mise de l'avant par des groupes ou des personnes religieuses. La différence entre les deux approches est la plus visible sur la question de l'utilisation du préservatif, qui rend sécuritaire pratiquement tout rapport sexuel, lorsqu'il est utilisé correctement et de manière consistante (World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS et United Nations Population Fund, 2004).

⁵ Par exemple dans les approches de l'OMS et de l'ONUSIDA mais aussi de la plupart des interventions occidentales auprès des jeunes.

L'approche favorisée par la santé publique suit le modèle de la croyance en la santé (*health belief model*, HBM) : les gens doivent avoir une information la plus complète possible sur les risques et sur les moyens de s'en protéger, pour ensuite être convaincus qu'ils sont en mesure de mettre ces moyens en action (University of Twente, 2004). Cette approche a été enrichie depuis les années 1990 par la perspective des droits humains (UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS Human Rights, 2004), qui reconnaît aux gens, et particulièrement aux jeunes, le droit à une information correcte et complète et aux moyens de protéger leur santé (Office of the High Commissioner for Human Rights, 1990). De plus, les approches ayant eu le plus de succès en Occident sont celles qui utilisent des matériels sexuellement explicites, qui invitent à un relativisme sexuel qui suspend le jugement sur les pratiques qui diffèrent de la monogamie hétérosexuelle, et qui mènent à une pleine acceptation de sa propre sexualité (Robinson *et al.*, 2002, p. 43-44). La santé publique présente donc le préservatif comme une protection très fiable contre les ITS et les grossesses, qui requiert une certaine technique d'utilisation pour atteindre sa pleine efficacité, et qui est à intégrer dans les habitudes sexuelles. La décision d'avoir ou pas des rapports sexuels pouvant être « à risque » est laissée à l'individu; la responsabilité morale est déplacée vers l'obligation de protéger les autres et soi-même des conséquences négatives d'un rapport sexuel.

Dans l'approche pouvant être qualifiée de « religieuse », ou idéaliste, il est préférable de renseigner les gens sur les comportements sexuels « moraux » (abstinence jusqu'au mariage, puis fidélité réciproque) et d'encourager ces comportements, plutôt que de donner les moyens de rester en bonne santé malgré des comportement immoraux⁶. Dans cette optique, le fait de donner de l'information sur les préservatifs, de faire des démonstrations sur leur utilisation ou, d'en faire la promotion et la distribution, revient à encourager, ou du moins à accepter, que les gens vont avoir des pratiques sexuelles sortant des normes du mariage monogame. Poussée à l'extrême, cette logique considère les préservatifs comme la cause de l'épidémie, puisqu'ils permettent une culture de promiscuité sexuelle sans conséquences néfastes. Les programmes de prévention

⁶ La description de cette approche ne fait pas référence à un cadre particulier, mais est tirée tant des données recueillies que d'une familiarité avec les débats étasuniens sur l'éducation sexuelle. Elle gagnerait évidemment à être étoffée par une analyse systématique de discours du mouvement « *abstinence-only* », mais cela dépasse le cadre de cette recherche.

promiscuité sexuelle sans conséquences néfastes. Les programmes de prévention *abstinence-only* s'inscrivent résolument dans cette approche, bien qu'ils prennent soin dans certains cas d'utiliser le langage de la santé publique. On affirmera par exemple que l'abstinence est la seule méthode « 100% efficace », et qu'elle est meilleure pour la santé physique, mentale et sexuelle – affirmations ayant été contredites par des analyses systématiques (Santelli *et al.*, 2006).

La véritable question dans les programmes de prévention n'est donc pas celle de l'abstinence mais bien du reste de l'information qui est (ou pas) dispensée : « *controversy arises when abstinence is provided to adolescents as a sole choice and where health information on other choices is restricted or misrepresented* » (Santelli *et al.*, 2006, p. 72). Si les programmes *abstinence-only* ont causé tant de débats publics, ce n'est pas à cause de la présence d'un focus sur l'abstinence, mais bien à cause de l'absence d'information correcte sur les préservatifs.

Devant ces approches conflictuelles, les responsables de la création et de la mise en œuvre de programmes de prévention en santé sexuelle et reproductive doivent trouver un terrain d'entente qui leur permette de transmettre leur message de prévention d'une manière qui soit culturellement appropriée. Cette adaptation est nécessaire, afin que les intervenants locaux (par exemple les instituteurs) soient en mesure de s'approprier les messages de prévention, et afin que les intervenants externes qui viennent de manière ponctuelle soient acceptés par les autorités locales. Certains éléments sont plus ou moins standards et suscitent peu de controverse : l'information biomédicale de base sur la transmission des virus, l'anatomie et la reproduction humaine; les informations de type psychologique sur les relations amoureuses, le développement personnel, l'atteinte des objectifs de vie; et finalement les questions de violence sexuelle et de sexualité transactionnelle et intergénérationnelle. Trop souvent, toutefois, le compromis semble avoir été de donner une information minimale et superficielle, au nom de l'efficacité communicationnelle (le fameux ABC) et de l'objectivité scientifique. On cherche généralement à éviter les sujets délicats tels que les préservatifs, mais aussi les questions entourant le désir et le plaisir sexuels, le désir d'intimité et d'amour, l'autoérotisme, les rapports de pouvoir genrés – des sujets qui pourtant sont au cœur des préoccupations des jeunes et de leur sexualité.

L'approche ABC devient en réalité l'approche AB(c) – dans laquelle les messages de prévention clament haut et fort les vertus de l'abstinence et de la fidélité, et ajoutent les préservatifs comme palliatif de mauvais goût.

Si le « prétexte » de la santé publique a pu entrouvrir la porte à une discussion sur la sexualité grâce au prestige du savoir biomédical, les taux d'infection soutenus semblent démontrer que cette approche a ses limites. De même, malgré des intentions louables et leur résonance morale en contexte africain, les approches basées exclusivement sur l'abstinence ont prouvé leur inefficacité, voire leur nocivité. Pendant que les savants débattent dans les journaux scientifiques, l'épidémie se stabilise à des taux élevés, et les jeunes sont saturés de messages de prévention souvent contradictoires, selon les organismes qui financent et les convictions personnelles des intervenants.

1.3 Cadre théorique

L'objet de recherche se situe à la croisée de plusieurs disciplines : sciences biomédicales, santé publique, anthropologie et sociologie du développement. Principalement, la problématique s'inscrit dans trois grandes préoccupations théoriques : les théories critiques du développement, qui servent de toile de fond à une lecture socioanthropologique des projets de développement reliés à la sexualité, et le modèle sexologique de la santé sexuelle.

1.3.1 Études critiques du développement

Malgré des décennies de critiques académiques et politiques, l'idéologie du développement demeure bien vivante et constitue toujours le point de référence, la « chose » à déconstruire et dépasser. Cette idéologie évolutionniste, qui poursuit l'idée de progrès chère aux Lumières, perçoit l'histoire des sociétés comme une évolution linéaire et inéluctable vers le modèle de société occidentale postindustrielle. Ce développement n'est possible qu'avec l'invention préalable des Autres, des sous-développés – le terme inventé par le président Truman en 1949 (Esteve, 1993 p. 6). Ces Autres, en général des sociétés ayant été colonisées, peuvent et doivent passer à travers les étapes qu'a connues l'Occident depuis des siècles : c'est l'idée même du développement. Cette idéologie est

illustrée de manière limpide dans l'œuvre de Rostow, qui détaillait les étapes du développement économique capitaliste, nécessaire pour contrer le communisme (Rostow, 1960). L'aide internationale et la coopération au développement servent de coup de pouce à ce développement qui a très peu changé en 50 ans, qu'on le qualifie comme économique, social, humain, durable ou par le bas.

Une première série de critiques du développement se trouve dans les théories de la dépendance, issus des courants marxistes dans les années 1950-1970. Ces premières théories critiques du développement ne remettaient pas en question l'objectif même du développement (la croissance économique et l'industrialisation) mais plutôt ses manières d'y arriver. On voulait un développement pour le Sud, par le Sud – d'où des prescriptions de déconnexion et de planification étatique (Amin, 1978 ; Frank, 1967 ; Prebisch, 1971). Ces analyses se basaient sur les rapports de pouvoir inégaux entre les pays « riches » du Nord, anciens maîtres coloniaux, et ceux qui formaient, pendant la guerre Froide, le Tiers-Monde ou les non-alignés. Bien que la situation mondiale ait changé depuis, leurs apports sur les rapports de pouvoir présentent toujours un intérêt certain pour l'analyse des programmes d'aide publique au développement. Toutefois, la plupart d'entre elles émanaient d'économistes et portaient avant tout sur les rapports de production et les termes des échanges commerciaux, ce qui en limite l'intérêt pour analyser des interventions en santé.

Depuis les années 1980 et surtout 1990, l'approche postdéveloppementaliste critique l'idée même de développement, l'idéologie développementaliste qui la sous-tend et les pratiques concrètes ayant lieu dans le cadre de projets et de programmes de développement (Escobar, 1994 ; Latouche, 2004 ; Rist, 1999). Si les postdéveloppementalistes se penchent avant tout sur les projets de développement économique, le secteur de la santé prête aussi le flan aux critiques d'ethnocentrisme occidental, d'évolutionnisme et d'ingérence de la part des pays donateurs (Perrot, Rist et Sabelli, 1992). Ces courants, qui s'inspirent beaucoup des écrits et concepts de Michel Foucault, ont remplacé les études macroéconomiques et le déterminisme des tiers-mondistes par des analyses des stratégies des acteurs et des micro pouvoirs qui ont cours dans le cadre des projets de développement. Ces analyses s'inscrivent le plus souvent dans

une critique assez large de l'ordre mondial néolibéral qui réduit les sociétés postcoloniales du « Sud global » à la dépendance à travers l'ajustement structurel et autres conditionnalités.

Dans le domaine de la santé, des recherches ont démontré comment l'augmentation de la pauvreté, combinée à l'effondrement des systèmes de santé suite aux programmes d'ajustement structurel, ont permis à l'épidémie de VIH de s'étendre comme une traînée de poudre – voire par exemple (Poku, 2004). D'autres mâchent encore moins leurs mots dans leur analyse des grands programmes de « lutte au VIH/sida » : « *the World Bank's response to AIDS fits firmly into the neoliberal canon, which valorizes the individual, privatization, neo-charity, and cost-recovery, all the while ignoring the social and political contexts fuelling the particular epidemics in Africa* » (O'Manique, 1996). Il s'agit donc de situer les phénomènes étudiés dans la déstructuration des États du Sud, leur contournement par des ONGs et autres organisations privées, la dépolitisation des enjeux liés à la pauvreté, la commercialisation des services publics (incluant les soins de santé) et l'envahissement de la logique capitaliste au sein des chaumières à travers l'idéologie du développement (Bornstein, 2005 ; Ferguson, 1994 ; Hufty, 1998). L'idée de dépendance est intéressante pour étudier une question de santé – secteur où les pays du Sud dépendent particulièrement de l'aide au développement et de la charité transnationale. Lorsqu'un pays tire la majorité de son budget de donateurs externes, il est difficile d'ignorer les rapports de pouvoir que ces transferts massifs, et le travail administratif qu'ils requièrent et créent au sein d'une société.

1.3.2 Analyses du champ de la santé sexuelle et reproductive

Plus près de notre objet d'étude, plusieurs anthropologues se sont penchés sur la question du sida en Afrique (Brummelhuis et Herdt, 1995 ; Fassin, 1994 ; Fassin et Memmi, 2004 ; Hours, 2001 ; Nguyen, 2005 ; Vidal, 2004) et sur les projets de développement ayant la sexualité comme objet – *planning* familial, prévention des ITS, éducation sexuelle, *marketing* social du préservatif, et autres « *attempts made to objectify sex and sexuality in the name of health and well-being* » (Pigg et Adams, 2005, p. 1). L'étude de la sexualité comme objet du développement se situe à la croisée entre les théories critiques du

développement déjà présentées, les analyses culturelles de la sexualité, et l'étude des sciences biomédicales.

Comme toutes les interventions de « développement », le domaine de la santé sexuelle et reproductive trouve ses racines dans les campagnes coloniales contre les maladies vénériennes qui décimaient la main-d'œuvre indigène (Comaroff, Lindenbaum et Lock, 1993 ; Vaughan, 1991). En plus de ces considérations économiques, l'idée de « civiliser » les mœurs sexuelles des Africains était chère au cœur des missionnaires chrétiens qui travaillaient de pair avec les administrateurs coloniaux. Plus tard, les efforts de développement et les paniques créées autour de la surpopulation encouragèrent des programmes parfois agressifs de contrôle des naissances (Halfon, 2006 ; Hartmann, 1995). L'essor des programmes de prévention du VIH dans les années 1990-2000 se place donc dans une histoire d'interventions et de discours occidentaux sur la sexualité.

La critique des programmes de développement en santé sexuelle est ancrée dans l'idée que la sexualité mise de l'avant par ceux-ci est historiquement et culturellement spécifique : « *the idea of sexuality as an autonomous, reified realm of human life emerged within the context of the restructuring of production and reproduction under capitalism and through the emergent medicalization of sexual practices* » (Pigg et Adams, 2005, p. 2). C'est ce construit social spécifique à l'Occident moderne (et post moderne, pourrait-on ajouter) qui est exporté, universalisé et normalisé à travers les discours et la mise en œuvre de projets de développement. Ainsi, malgré les prétentions à l'objectivité des interventions du développement, elles ne peuvent éviter de devenir des discours moraux : « *an implicit set of moral assumptions about the purpose of sexual relations and the nature of the person is concealed in rational projects of social and medical welfare that give the appearance of moral neutrality* » (Pigg et Adams, 2005, p. 1-2). Tout comme la dépolitisation est un acte politique (Ferguson, 1994), la démoralisation de la sexualité est profondément morale. L'aseptisation des questions sexuelles par la science ne fait pas qu'enlever une moralité sexuelle, elle la remplace par une autre. Bien que les discours du développement mettent l'accent sur des informations biomédicales, ils transmettent aussi la vision d'une sexualité individuelle, axée sur le plaisir et vécue par des choix rationnels pris en connaissance de cause sur les risques. Les questions morales liées à la sexualité sont reléguées au domaine

des choix personnels, et la spiritualité est généralement peu discutée dans les interventions en santé sexuelle. La sexualité « normale » mise de l'avant par l'appareil du développement devient un prisme à travers lequel les normativités des Autres sont lues et comprises, le plus souvent dans l'optique de les changer.

Par ailleurs, les discours publics sur la sexualité ont très tôt été divisés en deux composantes distinctes : les risques, objet de préoccupation étatique, et les plaisirs, objet de la libre entreprise. En étudiant le cas de l'Ouganda, Parikh décrit le processus conjoint de médicalisation du risque et de commercialisation du plaisir. Tandis que l'industrie du développement mettait en place des messages d'intérêt public, des curriculum de *Life skills* et des protocoles de counselling pour réduire les comportements à risque, « *there was no unified voice for discussing sexual pleasures; rather, a variety of local, national and global commercial cultural brokers produced erotic messages that were diverse, inconsistent, and misleading* » (Parikh, 2005, p. 128). Cette séparation entre deux aspects pourtant intimement liés de la sexualité est lourde de conséquences, puisque les liens entre les deux ne font surface nulle part : les programmes d'éducation sexuelle qui parlent de plaisir sont aussi rares que le matériel pornographique qui parle d'ITS. Ce processus s'inscrit parfaitement dans la dernière mouture de la mondialisation néolibérale qui laisse à l'État les « défaillances du marché », services nécessaires mais non rentables – tandis que l'entreprise privée s'arroe le reste du monde social.

1.3.3 *Le modèle de la santé sexuelle*

Un dernier élément de cadre théorique est nécessaire pour situer la perspective qui inspire ce mémoire. En effet, notre examen des différentes approches et discours sur l'éducation sexuelle ne prétend pas être fait dans une pure objectivité ; spécifiquement, nous nous positionnons en faveur d'une éducation sexuelle complète et positive, qui place l'épanouissement sexuel des jeunes au cœur du discours sur la sexualité. Complète au niveau de l'information qui y est donnée, incluant tous les éléments dont une personne peut avoir besoin pour faire des choix éclairés quant à sa sexualité ; et positive au niveau de l'approche, qui aide les jeunes à vivre leur sexualité de manière épanouie et responsable, sans honte ni culpabilité.

Cette position se retrouve dans l'approche sexologique et holistique du « Modèle de la santé sexuelle » (*the sexual health model*) développé par Robinson et ses collègues (Robinson *et al.*, 2002). Ce modèle est ancré dans le constat que les personnes ayant un rapport positif à leur sexualité ont tendance à mieux gérer les risques qui y sont associés; la honte, la culpabilité, le manque d'estime de soi, la gêne à parler de sexualité, le doute sur sa propre normalité et, plus simplement encore, *la non acceptation de sa propre sexualité* sont des obstacles énormes à une bonne santé sexuelle (Robinson *et al.*, 2002, p. 43). L'immense majorité des gens sont aux prises avec ces sentiments à un moment ou l'autre de leur adolescence; l'éducation sexuelle, au-delà de la transmission d'informations scientifiques, a donc aussi pour rôle de rassurer les jeunes et de les amener à une acceptation holistique de leur sexualité. En les amenant à être « *sexually literate, comfortable and competent* », l'éducation sexuelle leur donne les meilleures chances d'exercer un contrôle sur les situations sexuelles qui présentent des risques pour la santé (Robinson *et al.*, 2002, p. 44).

Le domaine de la santé sexuelle et reproductive, solidement institutionnalisé, n'est pas toujours explicité; il réfère généralement à l'ensemble des interventions qui visent à endiguer les « problèmes » des ITS et des grossesses non désirées. Robinson et ses collègues proposent une définition de leur modèle qui mérite d'être citée au long :

Sexual health is an approach to sexuality founded in accurate knowledge, personal awareness and self-acceptance, such that one's behavior, values and emotions are congruent and integrated within a person's wider personality structure and self-definition. Sexual health involves an ability to be intimate with a partner, to communicate explicitly about sexual needs and desires, to be sexually functional (to have desire, become aroused, and obtain sexual fulfillment), to act intentionally and responsibly, and to set appropriate sexual boundaries. Sexual health has a communal aspect, reflecting not only self-acceptance and respect, but also respect and appreciation for individual differences and diversity, as well as a feeling of belonging to and involvement in one's sexual culture(s). Sexual health includes a sense of self-esteem, personal attractiveness and competence, as well as freedom from sexual dysfunction, sexually transmitted diseases, and sexual assault and coercion. Sexual health affirms sexuality as a positive force, enhancing other dimensions of one's life (Robinson *et al.*, 2002, p. 45).

Sans analyser au long cette définition, nous soulignerons qu'elle ancre une sexualité en santé dans deux éléments principaux : une information correcte et l'acceptation de soi,

l'objectif étant que les différents éléments de la sexualité d'une personne (idéaux, sentiments, comportements, identité) soient cohérents entre eux et avec les autres sphères de sa vie individuelle et de la vie de sa communauté. L'approche prend en compte les conséquences négatives de la sexualité, mais ne s'y limite pas, et voit la sexualité généralement comme un élément positif et enrichissant de l'existence humaine.

Le modèle propose dix éléments essentiels de la sexualité, qui influencent la capacité des individus à éviter les comportements à risque, et sur lesquels peuvent porter des interventions : « *talking about sex, culture and sexual identity, sexual anatomy and functioning, sexual health care and safer sex, challenges to sexual health, body image, masturbation and fantasy, positive sexuality, intimacy and relationships, and spirituality* » (Robinson *et al.*, 2002, p. 43). La catégorie des « obstacles à la santé sexuelle » fait référence aux situations d'abus, de violence, de travail du sexe et autres événements passés ou présents pouvant traumatiser quelqu'un. Bien que ces dix éléments ne soient pas hiérarchisés, les auteurs placent la communication sur la sexualité à la base de toute intervention en santé sexuelle; comme il sera question plus tard, cet élément est particulièrement problématique dans le contexte du Malawi. Le septième élément, la sexualité positive, sert en fait de trame de fonds à tous les autres :

The importance of exploring and celebrating sexuality from a positive and self-affirming perspective is an essential feature of the Sexual Health Model. The model assumes that when people are comfortable with their sexuality—know and are able to ask for what is sexually pleasurable for them— they will be more able to set appropriate sexual boundaries essential for safer sex (Robinson *et al.*, 2002, p. 50).

Ce modèle lie explicitement le plaisir et le risque sexuel : les gens qui sont à l'aise avec leur propre plaisir sexuel ont plus tendance à adopter des comportements responsables et sécuritaires pour eux-mêmes et leurs partenaires.

La définition et les éléments proposés sont intéressants en ce qu'ils soulignent la complexité de la sexualité humaine et la manière dont elle est reliée aux autres sphères de la vie. Les interventions en contexte de développement se concentrent souvent sur l'anatomie, le *safer sex* et les rapports interpersonnels; bien que ces aspects soient importants, ils sont en eux-mêmes insuffisants pour amener à une prévention efficace. En fait, le modèle suggère que la prévention du VIH ne requiert pas seulement les trois

éléments du HBM (perception du risque, perception de la capacité de se protéger et disponibilité des moyens de protection) – elle requière que les gens aient rien de moins qu'une sexualité épanouie. Si cela met la barre très haute pour les programmes de prévention, cela explique aussi les résultats extrêmement limités de la prévention en Afrique sub-saharienne, qui se n'adresse pratiquement jamais certains des 10 éléments mentionnés, qui prend souvent une approche basée sur la peur, et qui dissocie plaisir et risque sexuel. Pas étonnant que l'adolescence, période d'anxiété et de malaise même dans les meilleures circonstances, présente un réel défi pour la prévention du VIH. Si les auteurs reconnaissent que ce modèle est difficilement applicable dans de pays très pauvres, le modèle présente un intérêt certain pour analyser le contenu et les approches des différents programmes de prévention auprès des jeunes.

1.3.4 Discussion

Les liens entre ces différents cadres théoriques se concrétisent, curieusement, si on les lie par une lecture inspirée de la théologie de la libération. En effet, nous pensons, avec le médecin et anthropologue Paul Farmer, que les personnes les plus pauvres devraient avoir droit aux meilleures traitements et aux meilleures interventions, et non à des succédanés bon marché à l'efficacité douteuse, mis en œuvre au nom de l'efficacité économique (Farmer, 2004, p. 124-125). Les personnes pauvres portent généralement la plus grande partie du fardeau de morbidité et de mortalité d'une population⁷; de plus, ce sont elles qui sont affectés en majorité par des maladies et des décès non nécessaires, pouvant (en théorie) facilement être évités (World Health Organization, 2008). Ce sont pourtant elles qui souvent n'ont pas droit aux soins, ou qui reçoivent des soins, des traitements, des interventions ou des médicaments de qualité inférieure à ceux dispensés aux personnes plus riches.

Les jeunes du Malawi sont parmi les personnes les plus vulnérables en matière de santé sexuelle et reproductive : le taux d'ITS, de grossesses adolescentes, de VIH, de complications liées à l'avortement et de mortalité maternelle y sont très élevés. Pourtant,

⁷ Le VIH/sida est une demie exception à cette règle : bien que ce soient les personnes plus riches qui soient le plus affectées au Malawi, globalement l'épidémie de VIH/sida affecte surtout des pays à faible ou moyen revenus.

comme on le verra, ils ont un accès des plus minime à des interventions de qualité en santé sexuelle : ils reçoivent peu ou pas d'information de la part de leurs parents; les cours d'éducation sexuelle dans les écoles publiques sont limités, et souvent ne sont même pas donnés par les enseignants; et la majorité rurale a très peu accès à des sources d'information comme des livres ou l'Internet. Trop souvent, les interventions reçues réitèrent une normativité sexuelle (abstinence et fidélité mutuelle) qui n'adresse pas les risques découlant des pratiques sexuelles.

Les différents éléments du cadre théorique éclairent différents aspects de cette problématique. Les théories critiques du développement éclairent les conditions structurelles qui construisent la vulnérabilité des jeunes : la pauvreté de leurs familles, l'engorgement des services publics en éducation et en santé, la difficulté pour les jeunes d'obtenir un emploi suite à leur scolarité. Elles aident aussi à comprendre les flux financiers, les priorités des différents acteurs impliqués et les rapports de pouvoir qui y ont cours. Les analyses du champ de la santé sexuelle et reproductive contribuent à situer les interventions financées de l'extérieur dans une société, la charge morale qu'elles portent, la manière dont les savoirs biomédicaux tentent de neutraliser les questions sexuelles. Finalement, le modèle de la santé sexuelle permet de comprendre les problèmes liés au contenu même des interventions en éducation sexuelle : l'information limitée qui y est donnée, l'ancrage dans la peur plutôt que dans une vision positive de la sexualité, la difficulté à ouvrir des discussions franches dans un contexte culturel de silence autour de la sexualité.

Évidemment toutes ces questions sont liées de près. Les interventions du type proposées par le modèle de la santé sexuelle sont peut-être dispendieuses, et demandent sûrement plus que ce que les budgets actuels en éducation sexuelle possèdent. Elles requièrent des formations approfondies pour les intervenants, et idéalement des interventions en petits groupes, à moyen ou long terme – et peuvent difficilement être réalisées dans des classes bondées, avec des enseignants surchargés, formés rapidement et peu motivés. Mais qui décide de la valeur relative accordée à l'éducation sexuelle dans un programme d'aide, dans un budget national, dans un plan d'action d'ONG locale? À quoi servent les budgets considérables dépensés en prévention si, après plus de vingt ans, les nouvelles infections

ne semblent pas diminuer d'année en année? Si l'on sait ce qui caractérise des interventions efficaces, comment se fait-il que l'on continue à mettre en œuvre des interventions qui fonctionnent peu ou pas? Quelle valeur l'industrie du développement accorde-t-elle à la provision d'une éducation sexuelle complète et positive aux jeunes des pays en développement? Et jusqu'où les intervenants en prévention sont-ils prêts à aller pour bousculer certaines normes sociales et culturelles qui empêchent des interventions de qualité? Bien que notre analyse s'appuie plus fortement sur le modèle de la santé sexuelle pour examiner les contenus des différents programmes étudiés, il est essentiel de situer ces programmes dans une compréhension plus large du champ du développement en santé sexuelle et reproductive.

1.4 Méthode

Avant de passer aux résultats, il sera question brièvement des méthodes d'enquête qui ont été utilisées lors du séjour de recherches au Malawi, et des questions d'éthique.

1.4.1 Séjour de recherches

Un séjour de recherches de 10 semaines a été effectué au Malawi pour recueillir des données, entre la mi-août et la fin octobre 2008. Durant cette période, 85 entretiens ont été réalisés avec une variété d'intervenants, qui ont été complétés avec des observations ciblées ainsi que moult conversations informelles de la vie quotidienne, notamment dans les transports en commun.

Le premier mois de recherche s'est déroulé principalement à Lilongwe, la capitale politique où se trouvent les bureaux du gouvernement national, les organisations onusiennes, les sièges des grandes ONGs transnationales, des ONGs nationales et des donateurs bilatéraux. Par la suite, des voyages de quelques jours étaient entrepris et au total neuf districts ont été visités : Kasungu, Salima, Lilongwe et Ntcheu dans le Centre, et Mangochi, Machinga, Zomba, Mulanje et Blantyre dans le Sud. La région du Nord n'a pas été visitée, pour des raisons pratiques liées aux déplacements et parce que la prévalence du VIH y est beaucoup plus faible et les réalités culturelles différentes. Pour des raisons de logistique encore, les visites se sont concentrées dans les grandes villes (Lilongwe,

Blantyre, Zomba) et dans les villes moyennes (Salima, Kasungu, Mangochi, Liwonde, Mulanje), à l'exception d'une immersion rurale de deux jours organisée avec une bénévole américaine des Peace Corps.

1.4.2 Entretiens

La méthode boule de neige a été utilisée pour contacter les informateurs et informatrices : avec au départ 5 courriels et un bottin téléphonique dysfonctionnel, une grande variété de répondants ont pu être rejoints. Différents secteurs ont été ciblés : les organisations onusiennes, d'abord, qui avaient accepté de nous rencontrer par courriel et qui constituaient une sorte de porte d'entrée. Vinrent ensuite les trois grands projets financés par USAID, dont certains sont devenus des collaborateurs-clés; par contre les représentants de USAID ou de l'ambassade étasunienne étaient difficiles à rejoindre ou extrêmement méfiants. Les grandes associations nationales liées au VIH/sida⁸ ont toutes été visitées, et certaines se sont aussi avérées des collaboratrices précieuses; il en fut de même avec certaines ONGs malawites reliées à la santé reproductive et aux jeunes⁹. Certaines organisations religieuses et églises furent visitées¹⁰, sans que l'échantillonnage ne soit complet; les grands groupes musulmans et l'église Catholique, notamment, n'ont pas été contactés. Des producteurs de radio du secteur privé dont les émissions sont financées par USAID ont aussi été rencontrés.

Du côté du secteur public, certains ministères ont été visités, ainsi que des organismes paragonnementaux liés à l'éducation et à la jeunesse¹¹. Certain représentants des

⁸ Ces grandes associations sont : le *Malawi Network of People living with HIV/AIDS* (MANET+), le *National Association of People Living with HIV and AIDS in Malawi* (NAPHAM), la *Malawi Network of AIDS Service Organizations* (MANASO), et la *Malawi Interfaith AIDS Association* (MIAA).

⁹ Nous avons visité *YouthNet and Counselling* (YONECO) et le *Creative Center for Community Mobilization* (CRECCOM) à Zomba; *Active Youth Initiative for Social Enhancement* (AYISE), *Matindi Youth Organization* et *Story Workshop* à Blantyre; YANDO à Ntcheu; *Salima AIDS Service Organization* (SASO) à Salima ; TIYO à Mangochi ; et *Banja La Mtsogolo* à différentes cliniques à travers le pays.

¹⁰ En plus de MIAA, déjà mentionnée, nous avons parlé avec des représentants de la *Christian Health Association of Malawi* (CHAM), de la *Evangelical Association of Malawi* (EAM), des *Seventh Day Adventists* (SDA), de la *Church of Central Africa Presbyterian* (CCAP), et de *World Alive Ministries*; ainsi qu'avec *Scripture Union* et la *Students' Christian Association of Malawi* (SCOM), et du programme *Why Wait?* de *Sub-Saharan Africa Family Enrichment* (SAFE).

¹¹ Le *National Youth Council of Malawi* (NYCM) et le *Malawi Institute of Education* (MIE).

gouvernement locaux au niveau des districts ont été interviewés de manière plus systématique vers la fin du terrain, notamment les *District youth officers*. C'est entre autres à travers ceux-ci que plusieurs clubs de jeunes ont été rencontrés.

Une grille d'entretien avait été préparée, qui a rapidement été modifiée au fur et à mesure que les questions de recherche évoluaient. Un entretien typique commençait par un historique et une description de l'organisation, suivi par des questions sur les programmes destinés aux jeunes et au VIH, puis plus spécifiquement sur les messages de prévention diffusés. Le financement de l'organisation était généralement abordé, ainsi que des questions plus personnelles sur les dimensions religieuses et morales du travail de prévention, ainsi que sur les opinions et convictions du répondant par rapport aux meilleures méthodes de prévention.

1.4.3 Autres méthodes

Quelques observations ont été faites : une conférence jeunesse religieuse sur l'abstinence, un atelier d'orientation de personnes séropositives qui tenaient un journal-radio, des « tournées guidées » de soir dans les quartiers populaires, une session de distribution de micro-crédit pour les personnes prenant soin des orphelins du sida dans un village. Il a toutefois été beaucoup plus difficile que prévu de faire des observations directement liées au sujet du mémoire, par exemple les interventions auprès des jeunes financées par USAID, les *radio listening clubs* dans lesquels les jeunes discutent des programmes de prévention entendus à la radio, ou encore les activités tenues par les groupes de jeunes ou les églises. Les visites à des groupes locaux étaient parfois rendues difficiles par l'association d'une peau pâle à l'argent d'un donateur et les attentes créées par ma présence. Si les Malawites étaient plus que généreux de leur temps pour des entretiens dans leur bureau, il était plus difficile d'organiser la participation à des activités.

Une quantité importante de matériels imprimés a été recueillie : journaux, manuels d'éducation sexuelle, magazines publiés par des organismes, rapports annuels, chartres associatives, rapports de recherches. En plus des entretiens, nous avons gardé un journal de bord aussi fidèlement que possible, et des cahiers de notes qui servaient d'agenda, de

carnet d'adresse et de pense-bête. La structure du mémoire a d'ailleurs pris forme en griffonnant dans les pages arrières d'un calepin, entre deux rendez-vous.

1.4.5 Traitement et analyse des données

Le travail de terrain a donné assez de données pour écrire au moins trois mémoires de maîtrise séparés ne se recoupant pas. Le problème de l'analyse en fut donc un de surabondance. Le premier problème qui s'est posé était celui du temps : avec plus de cinquante entretiens enregistrés, la simple réécoute et la transcription des entretiens ont demandé un temps fou. Une sélection initiale en fonction de la thématique choisie a écarté un nombre d'entretiens. Une partie des entretiens et presque l'entièreté des documents recueillis n'ont pas été utilisés dans le cadre de ce mémoire, faute de temps et d'espace. Ils seront conservés en vue de recherches doctorales sur des sujets connexes.

Les entretiens ont été divisés selon le type d'organisme : administration publique (surtout santé et éducation), « société civile » (ONGs, médias, associations) et secteur religieux. En fonction de ces catégories, les entretiens ont été découpés systématiquement par thèmes, notamment, mais pas seulement : l'abstinence, les condoms, les discriminations de genre, le financement, les éléments culturels « traditionnels », les églises et la foi. C'est à partir de ces thèmes que l'analyse a été faite, et les citations choisies. Le modèle de la santé sexuelle a permis d'analyser les discours reliés au contenu des programmes d'éducation sexuelle, tandis que les analyses critiques du développement ont éclairé les discours sur l'organisation et le fonctionnement de « l'industrie de l'aide » au Malawi.

1.4.5 Questions d'éthique

La recherche soulevait différentes questions d'éthique, mais a posé peu de problèmes véritables pendant le travail de terrain. Un certificat d'éthique avait été obtenu avant le départ, et un examen approfondi des questions éthiques avait été fait dans le projet de mémoire.

Des mesures ont été prises pour assurer l'anonymat des répondants. Un consentement informé pour l'entretien et pour l'enregistrement était obtenu de tous les répondants, qui

semblaient généralement assez peu préoccupés par la confidentialité. Des jeunes ont été interrogés dans le cadre de ce projet. Toutefois, les leaders des groupes de jeunes étaient presque toujours dans la jeune vingtaine et les problèmes liés aux mineurs ne se posaient donc pas. Les entretiens avaient lieu à la convenance des répondants, soit dans leur bureau ou dans un lieu neutre comme un restaurant. Certains ont préféré ne pas répondre à certaines questions, d'autres ont demandé de suspendre l'enregistrement lors de sujets sensibles, ou attendu des conversations informelles pour confier des informations délicates. Les noms ont tous été changés, et les informations pouvant identifier le répondant ont été modifiées. Afin de confirmer les informations recueillies, une fois les notes ou les enregistrements mis au propre, les transcriptions étaient envoyées aux répondants ayant fourni une adresse courriel; une partie d'entre eux ont répondu, très peu ont fait des commentaires ou apporté des corrections.

Les entretiens posaient peu de risques personnels pour les répondants. Les questions portaient sur le contenu des programmes, et se faisaient majoritairement auprès de professionnels qui représentaient une organisation. La question des rapports de pouvoir est abordée un peu plus loin. À quelques reprises, des répondants ont confié des événements traumatisants de leur passé, mais dans tous les cas c'était de leur plein gré, sans que nos questions ne cherchent spécifiquement ces confidences, et sans que ces confidences ne semblent provoquer de problème émotif.

CHAPITRE II

CONTEXTE DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES JEUNES AU MALAWI

Avant de parler des programmes de prévention destinés aux jeunes, nous décrivons le contexte dans lequel s'inscrivent ceux-ci au Malawi : après une brève présentation générale du pays, il sera question des données de base sur l'épidémie, de l'état des savoirs sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et de l'architecture administrative et financière qui entoure d'une part la prévention du VIH, et d'autre part la « jeunesse » comme catégorie sociale.

2.1 Le Malawi

Le Malawi est un petit pays d'Afrique australe, niché entre la Tanzanie, le Mozambique et la Zambie, sans accès à la mer mais bordé sur presque toute sa longueur par le lac Malawi. Sa population comprend plus de 13 millions d'habitants, dont l'âge médian est de 16 ans – en partie à cause de la natalité élevée (plus de 5 enfants par femme), et en partie à cause des nombreux décès d'adultes dus au sida. Pour les mêmes raisons, l'espérance de vie se situe à 46 ans, après avoir stagné sous la barre des 40 ans pendant les années 1990 et le début des années 2000. Plus de 80% de la population habite en milieu rural, et l'écart urbain-rural est marqué : les citadins ont tendance à être plus éduqués et plus riches que les paysans. Il existe aussi de fortes disparités de genre : par exemple, 51% des hommes qui habitent en ville ont complété leur secondaire, alors que c'est le cas de seulement 10% des femmes des milieux ruraux (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 28-29). Le niveau d'alphabétisation est relativement élevés(79% chez les hommes, 62% chez les femmes), et s'explique par la gratuité scolaire instaurée récemment durant les 8 années du niveau primaire. Ces chiffres cachent quelque peu le fait que les adultes sont très peu scolarisés; par exemple, les femmes âgées de plus de 30 ans sont, en majorité, incapables de lire.

La grande majorité de la population est chrétienne (80%), avec une minorité musulmane (12%) qui se retrouve souvent parmi la tribu des Yao, dont les membres vivent en majorité aux abords du Lac Malawi. Les pratiques culturelles traditionnelles, par exemple les

initiations des jeunes, varient d'une tribu à l'autre¹², et occupent souvent une place importante dans la vie sociale. S'il existe à la fois des lignages patrilinéaires et matrilinéaires, le pouvoir partout est dévolu aux hommes (maris, frères, oncles). Les femmes ont peu de droits à la propriété, ou même aux revenus de leur travail : 80% des femmes qui travaillent en agriculture ne reçoivent aucun salaire pour leur travail, alors que ce chiffre est de 49% chez les hommes (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 41).

Avec un PIB/capita de 667\$ en 2005, le Malawi se classait bon dernier parmi les 177 pays pour lesquels des données macroéconomiques sont disponibles, seul avec le Burundi à se trouver sous la barre des 700\$ (United Nations Development Program, 2008). En 2006, le Malawi a bénéficié de l'initiative de réduction de dette pour les pays pauvres très endettés, ce qui a permis de réduire sa dette extérieure de plus de 3 milliards à environ 1 milliard – ce qui reste lourd pour un pays avec un produit intérieur brut de 3,4 milliards par année (International Monetary Fund, 2006). Sans ressources minérales, et malgré un faible pourcentage de terre arable, l'agriculture occupe l'immense majorité des habitants (environ 90%). Le pays dépend principalement de deux monocultures : le maïs pour la nourriture (qui représente en moyenne 65% des calories consommées) et le tabac pour les exportations (Bryceson, Fonseca et Kadzandira, 2004, p. 7). Dans les deux cas, l'agriculture est parmi les moins productives de la région. Le pays a fait face à une famine en 2001-2002, qui a laissé plusieurs foyers ruraux dans un état de grande pauvreté. Les années suivantes ont été plus clémentes, et en 2005 le président Mutharika a réinstauré un programme de subventions agricoles venant en aide aux familles les plus démunies – et ce malgré l'opposition du Fond monétaire international – ce qui a rétabli des récoltes suffisantes.

Comme plusieurs pays africains, le Malawi est sorti dans les années 1990 d'une longue dictature. Hastings Kamuzu Banda a dirigé le pays depuis l'indépendance en 1963 jusqu'aux premières élections multipartites en 1993. Depuis, quelques grands partis se disputent le pouvoir à partir de bases électorales régionales. Bakili Muluzi a dirigé le pays de 1994 à 2004, et depuis c'est Bingu wa Mutharika qui est au pouvoir et qui a tout récemment remporté les élections de mai 2009. Le pays est considéré par les agences internationales et

¹² Nous utilisons ici le terme « tribu » puisque c'est celui qui est utilisé par les Malawites (*tribe* en anglais, *mtundu* en chichewa) pour désigner leurs groupes d'appartenance culturelle. L'ethnicité, bien qu'utilisée dans certains documents officiels comme le DHS, n'est pas un terme courant.

par certains analystes (Englund, 2002 ; VonDoepp, 2005) comme un succès de « transition démocratique » selon les critères habituels (élections libres et équitables, liberté d'expression, rôle de l'armée limité). Toutefois, le Malawi a été qualifié de « démocratie de caméléons » (Englund, 2002), et peut être perçu comme souffrant d'un « pluralisme inepte » dans lequel des politiciens de classe aisée luttent pour le pouvoir, sans qu'il n'y ait de différence idéologique entre les différents partis et sans que les intérêts de la majorité ne soient représentés (Carothers, 2002).

Le Malawi est une république; administrativement, elle comprend 3 régions, découpées en 28 districts, qui sont eux-mêmes subdivisés en autorités traditionnelles (*traditional authorities*) qui abritent plusieurs villages. Dans chaque village se trouvent un ou plusieurs chefs traditionnels, qui sont les hommes les plus âgés de certaines familles puissantes, et qui ont des rôles de leader moral et d'autorité lors de disputes entre villageois (Bryceson, Fonseca et Kadzandira, 2004, p. 8-9). Cette structure « traditionnelle » était rattachée à l'organe du parti unique sous la dictature de Banda, et depuis 1994 les chefs peuvent choisir de s'allier à un des partis politiques qui se disputent le pouvoir.

2.2 L'épidémie de VIH/sida au Malawi

Comme la plupart des pays d'Afrique australe, le Malawi connaît une épidémie généralisée de VIH/sida depuis les années 1980, dont la diffusion se fait principalement par contact hétérosexuel. Bien que les premiers cas d'infection au VIH remontent sans doute au début des années 1980, le premier diagnostic n'a été confirmé qu'en 1985. Par la suite, certaines études ont été effectuées, surtout en milieu urbain, pour tenter de mieux comprendre l'épidémie; toutefois, le leadership politique de H. K. Banda faisait preuve de très peu d'ouverture sur la question. Ce n'est qu'en 1994 qu'un mécanisme de surveillance des cliniques anténatales a été mis en place à travers le pays, donnant pour la première fois un portrait relativement complet de la situation – incluant l'immense majorité rurale. À partir des échantillons de sang des femmes enceintes pris dans une série de sites situés à travers le pays, des taux de prévalence sont estimés pour la population générale.

En 2007, la prévalence nationale pour les adultes (15-49 ans) était estimée à 12%, ce qui équivalait à presque 900 000 personnes atteintes du virus (National AIDS Commission, 2008,

p. 26). Les taux varient énormément selon la région : le Nord et le Centre du pays, qui comptent respectivement 13% et 41% de la population, ont environ 10% de prévalence. La région Sud, où vit environ 46% de la population, a une prévalence de 20.5% (National AIDS Commission, 2008 p. 21).

La prévalence nationale s'inscrit dans une baisse légère de la prévalence depuis 1999, qui reflète une baisse marquée chez la minorité urbaine et une stabilisation chez l'immense majorité rurale. Toujours en 2007, la prévalence était de 12.1% en milieu rural, et de 17.1% en milieu urbain.

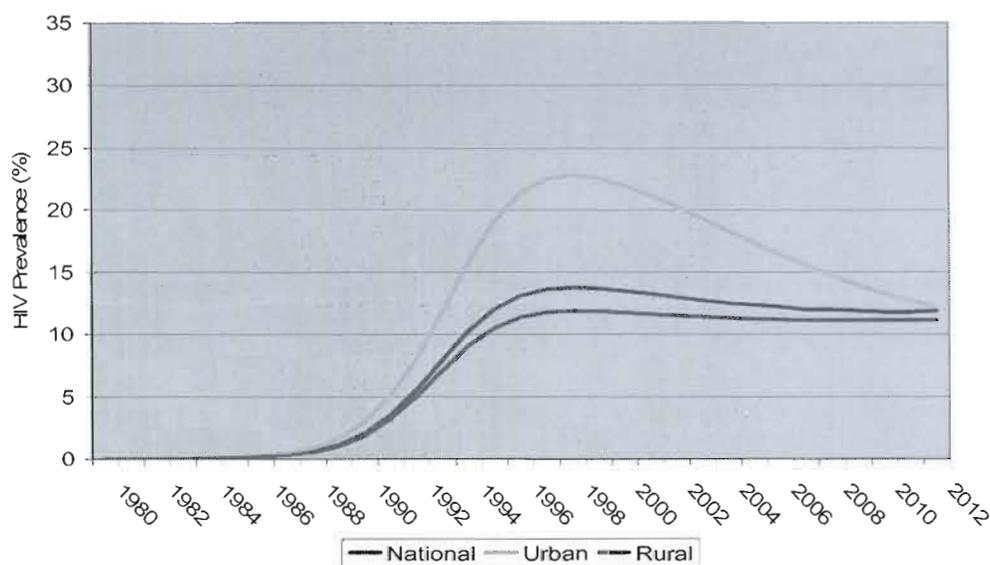


Figure 2.1 Évolution de la prévalence du VIH au Malawi. (National AIDS Commission, 2008, p. 26).

Toutefois, la baisse marquée par rapport au 14% de prévalence en 2006 s'expliquerait par un raffinement des instruments de mesure, et non par une baisse réelle de la proportion de personne vivant avec le VIH. Il semblerait malgré tout que les taux d'infection chez les jeunes de 15 à 24 ans aient réellement baissé entre 2003 et 2007.

2.3 La santé sexuelle et reproductive des jeunes au Malawi

Les activités et messages de prévention destinés aux jeunes composent avec la réalité, variée, complexe et pas toujours rose, de la sexualité des adolescents et des jeunes du Malawi. Chez les jeunes de moins de 14 ans, le mode d'infection principal est de la mère à son enfant; l'espérance de vie des bébés qui acquièrent le VIH de leur mère étant très basse, la grande majorité des enfants qui arrivent à l'adolescence sont séronégatifs. Prévenir les nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes adultes est donc une tâche cruciale pour endiguer l'épidémie. La sexualité des adolescents est objet de beaucoup de préjugés et de mythes; elle fait peur aux parents et aux adultes en général qui l'imaginent précoce, débridée et immorale. Les quelques données que nous avons à ce sujet peignent un portrait plus nuancé.

2.3.1 Début de la sexualité active, pratiques sexuelles et amoureuses des jeunes¹³

Il existe une certaine quantité de données sur la sexualité des jeunes Malawites, issues des grandes enquêtes nationales mais aussi d'une étude réalisée par l'Institut Guttmacher en 2006 (Wittenberg *et al.*, 2007). Une partie des adolescents sont sexuellement actifs : bien que l'âge au premier rapport sexuel soit en moyenne plus bas pour les jeunes filles, c'est 52% de tous les adolescents de 15-19 ans, garçons et filles, qui ont déjà eu des rapports sexuels. Les jeunes filles sont plus nombreuses (16%) à avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans que les garçons (9%). Toutefois, et malgré les rumeurs alarmistes qui circulent au Malawi, c'est une petite minorité qui entre dans une vie sexuelle active à un très jeune âge.

Les premiers rapports sexuels ont généralement lieu dans le cadre d'une relation amoureuse – c'est le cas de 70% des jeunes interrogés. En général, lors d'un mariage, l'homme est sensiblement plus âgé que la femme; il n'est donc pas étonnant que 25% des adolescentes de 15-19 ans aient déjà été mariées, et que plus de la moitié des jeunes femmes aient déjà été mariées à l'âge de 18 ans – alors que ce chiffre est sous la barre des 10% pour les jeunes hommes. La prévention qui vise les jeunes femmes doit donc tenir

¹³ Toutes les données de la section 2.3 sont tirées de (Wittenberg *et al.*, 2007); d'autres sources de données existent sur la santé sexuelle des jeunes de la région, mais comme nous nous intéressons avant tout aux discours de prévention, nous ne tenterons pas de dresser un portrait exhaustif de la situation.

compte de celles qui sont mariées – et qui font partie de la catégorie sociale des femmes adultes et non plus des jeunes.

Chez les adolescents des deux sexes, la majorité n'a eu qu'un seul partenaire sexuel dans la dernière année; des proportions relativement importantes des jeunes sexuellement actifs (23% des filles et des 35% des garçons) n'ont pas eu de rapports sexuels dans la dernière année. Ces données sont importantes en ce qu'elles indiquent que ces jeunes adolescents, bien qu'étant sexuellement actifs, ne s'adonnent pas à une sexualité débridée avec des partenaires multiples, mais plutôt en majorité à une exploration sexuelle dans le cadre de relations amoureuses, parfois dans le cadre d'un mariage.

Pour une partie importante des adolescentes, il semblerait que le premier rapport sexuel relève de la coercition de la part de leur partenaire. En effet, 38% des jeunes femmes et 7% des jeunes hommes ont dit n'avoir été pas du tout d'accord lors de leur premier rapport sexuel, tandis qu'environ 20% des jeunes des deux sexes étaient plus ou moins d'accord. Bien que ces chiffres soient alarmants, ils sont difficiles à interpréter puisque socialement, une jeune femme de bonnes mœurs ne peut pas exprimer de désir sexuel : *« because it is socially inappropriate for young women to express sexual interest or desire, respondents' narratives do not distinguish between sex that is truly unwanted and sex that is stigmatized but wanted »* (Wittenberg *et al.*, 2007, p. 12).

2.3.2 ITS et grossesses non désirées : les conséquences tragiques de la sexualité des adolescent-es

Ainsi, si la sexualité adolescente ne semble pas particulièrement débridée, elle est largement non protégée, ce qui laisse les jeunes vulnérables aux conséquences néfastes que peuvent avoir les rapports sexuels. Chez les jeunes de 15-19 ans ayant été sexuellement actifs au cours de la dernière année, ce sont 27% des jeunes femmes et 95% des jeunes hommes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels à risque au cours de la dernière année¹⁴; seulement 35% des jeunes de cet âge disent avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport à risque (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 200). Le

¹⁴ Ces chiffres soulèvent des problèmes méthodologiques familiers à toutes les recherches touchant à la sexualité. Avec qui ces garçons peuvent-ils bien coucher?

manque d'accès à des services de santé sexuelle et la gêne sont des facteurs déterminants dans le peu d'utilisation de contraception et de préservatifs (Biddlecom *et al.*, 2007).

La maternité arrive très tôt pour la plupart des femmes au Malawi, souvent sans avoir été planifiée ou désirée. Ainsi, 63% des femmes ont donné naissance au moins une fois avant leur 20^e anniversaire, et un tiers de ces naissances n'étaient pas désirées au moment où elles sont arrivées. L'avortement est illégal selon la loi malawite, et par conséquent très difficile à quantifier même s'il est présent. Environ 40% des adolescentes disent avoir une amie proche qui a tenté de mettre fin à une grossesse, le plus souvent à l'aide d'herbes médicinales ou de médicaments facilement disponibles (Wittenberg *et al.*, 2007, p. 14). Tous les hôpitaux de district ont une aile pour les soins post avortements, où les problèmes de santé liés aux avortements illégaux sont mitigés par des soins de santé modernes. Comme ailleurs, la criminalisation de l'avortement contribue à une partie importante de la mortalité maternelle (Ronsman et Graham, 2006, p. 1193).

Il est à noter qu'une grossesse a des conséquences particulièrement sérieuses pour les adolescentes : les écoles primaires et secondaires sont tenues par la loi d'expulser les jeunes femmes qui tombent enceintes. C'est sans doute un facteur important qui explique le fait qu'à tous les âges, les adolescentes sont plus à risque de décrochage scolaire que leurs collègues masculins (Biddlecom *et al.*, 2008). Depuis 2006, les mères adolescentes ont le droit de retourner à l'école une fois leur enfant né et sevré. C'est toutefois un phénomène qui reste rare, et en général une grossesse met fin pour de bon à l'éducation de la jeune femme, avec toutes les conséquences néfastes pour elle-même et son enfant. Selon la culture¹⁵, la communauté et la famille, une adolescente qui devient mère peut recevoir plus ou moins de soutien ou, au contraire, elle risque l'ostracisme.

Les ITS, incluant le VIH, sont une autre conséquence néfaste de la sexualité adolescente non protégée. Chez les adolescents de 15-19 ans, 7% des filles et 10% des garçons disent avoir déjà eu une ITS (Munthali *et al.*, 2006 p. 96). Chez les 20-24 ans, ce chiffres augmentent à 10.4% chez les jeunes femmes mais baissent à 5.6% chez les jeunes hommes (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 208). Ces chiffres, basés sur des

¹⁵ Les peuples du Nord du Malawi sont en général patrilinéaires (par exemple les Tumbuka), et ceux du Sud sont en général matrilinéaires (par exemple les Chewa et les Yao), ce qui influence la manière dont les famille et les communauté perçoivent le mariage et les naissances hors-mariage (Kaler, 2001).

réponses verbales, sont à prendre avec un grain de sel; par exemple, une autre étude effectuée auprès de femmes enceintes au Malawi avait révélé que si 11% d'entre elles avaient admis avoir déjà eu un ITS, des tests médicaux en avaient décelé chez 46% d'entre elles (Dallabetta *et al.*, 1995). De plus, le faible taux d'ITS chez les hommes peut provenir du fait que plusieurs ITS sont asymptomatiques chez les hommes, et par conséquent un homme peut être porteur et infecter sa partenaire sexuelle sans avoir conscience de sa propre infection. Il est donc fort probable qu'une proportion significative de jeunes Malawites soient porteurs d'ITS.

La présence d'une ITS non traitée est problématique en soi, et comprend des risques sérieux pour la santé et la fertilité; de plus, elle rend particulièrement vulnérable à l'infection au VIH. Or, chez les gens de tous âges ayant contracté une ITS au cours de la dernière année, 40% des femmes et 60% des hommes n'ont pas cherché à faire traiter leurs symptômes; il ne serait pas surprenant que cette proportion soit encore plus élevée chez les jeunes, pour qui l'accès aux soins de santé est toujours plus difficile (Wittenberg *et al.*, 2007, p. 25). En effet, au Malawi comme dans plusieurs pays, le personnel médical fait rarement preuve de délicatesse envers les jeunes patients, n'hésite pas à leur faire la morale s'ils ont des problèmes de santé liés à la sexualité, et ne respecte pas toujours la confidentialité médicale (Clarence, bénévole qui fait du dépistage du VIH).

Quant à l'infection au VIH, elle est assez faible chez les 15-19 ans, mais augmente de manière brusque en début de vingtaine, particulièrement chez les jeunes femmes. En effet, si 3.7% des jeunes femmes de 15-19 ans sont séropositives, cette proportion augmente à 13.2% chez les jeunes femmes de 20-24 ans et atteint un sommet à 18.1% chez les femmes de 30-34 ans. Chez les jeunes hommes, c'est la fin de la vingtaine et le début de la trentaine qui présente le plus de risques : de 3.9% chez les 20-24 ans, le taux d'infection passe à 9.8% chez les 25-29 ans, et plafonne à 20.4% chez les 30-34 ans.

Percentage HIV positive among women age 15-49 and men age 15-49 (54) by age, Malawi 2004

Age	Women		Men		Total	
	Percentage HIV positive	Number	Percentage HIV positive	Number	Percentage HIV positive	Number
15-19	3.7	500	0.4	467	2.1	967
20-24	13.2	661	3.9	442	9.5	1,103
25-29	15.5	477	9.8	509	12.6	986
30-34	18.1	382	20.4	397	19.2	779
35-39	17.0	257	18.4	262	17.7	520
40-44	17.9	235	16.5	242	17.2	477
45-49	13.3	173	9.5	146	11.6	319
Total age 15-24	9.1	1,161	2.1	910	6.0	2,071
Total age 15-49	13.3	2,686	10.2	2,465	11.8	5,150

Figure 2.2 Prévalence du VIH par tranche d'âge. (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 230).

Il semble donc que l'adolescence (15-19 ans) soit une période durant laquelle relativement peu d'adolescents deviennent séropositifs, mais où le risque est plus grand pour les jeunes filles – largement en raison de leurs rapports avec des hommes plus âgés. C'est chez les jeunes adultes âgés entre 20 et 34 ans que les taux d'infection sont les plus élevés. L'adolescence est donc un moment crucial pour transmettre aux jeunes l'information et les habiletés pour les protéger une fois qu'ils arrivent à la vingtaine.

2.4 Paysage politico-administratif

La prévention auprès des jeunes se trouve à la jonction entre les services gouvernementaux dédiés au VIH/sida, massifs, et ceux dédiés aux problèmes des jeunes, beaucoup plus modestes.

2.4.1 Structures reliées au VIH/sida¹⁶

Le secteur de la santé au Malawi, comme ailleurs en Afrique sub-saharienne, est massivement financé par des donateurs internationaux. Certaines maladies reçoivent la

¹⁶ Les informations contenues dans cette section ont été assemblées à partir de l'ensemble des entretiens réalisés pendant le séjour de recherches. Toutefois, certains informateurs nous ont fourni des renseignements particulièrement riches à ce sujet : Charlton (coordonnateur d'un regroupement d'associations liées aux VIH/sida), Lucius et Andrew (employés dans l'administration publique locale), James (agence bilatérale), Eleanor, Fatsani et Alexander (projets bilatéraux).

majorité du financement : sida, malaria et tuberculose, ce qui reflète la tendance mondiale à un financement axé sur certaines maladies, et non sur les systèmes de santé en général (Travis *et al.*, 2004).

Le financement des programmes liés aux VIH/sida forme une architecture complexe au centre de laquelle on trouve le mécanisme commun de financement (*pool funding*) et la Commission nationale du sida (*National AIDS Commission*, ou NAC). La majorité des donateurs internationaux¹⁷, y compris le *Global Fund*, mettent en commun les ressources destinées au VIH/sida dans ce mécanisme commun de financement, dont la gestion est confiée à la NAC. Celle-ci distribue ensuite les fonds selon deux systèmes : d'une part, l'argent va aux assemblées de district, de l'autre il est versé aux collectifs d'organisations (*umbrella organizations*). Les assemblées de district distribuent ensuite l'argent localement aux différentes institutions, publiques et associatives : gouvernement local, ONGs, associations et organisations communautaires (*community-based organizations*, CBOs) et organisations religieuses (*faith-based organizations*, FBOs). Quant aux collectifs d'organisations, elles distribuent l'argent à leurs membres, par exemple les organismes de personnes vivant avec le VIH, ou les groupes de services aux personnes vivant avec le sida (*AIDS service organizations*, ASOs).

Par ailleurs, il existe d'autres systèmes de financement : les donateurs bilatéraux, les ONGs internationales et les organisations onusiennes. Certains donateurs bilatéraux et multilatéraux sont présents au Malawi, et financent des projets ou des ONGs directement, sans passer par le mécanisme commun de financement. C'est le cas notamment des États-Unis, qui financent trois organisations dans des programmes liés directement au VIH/sida. Il faut noter toutefois que la majorité des donateurs bilatéraux participent au mécanisme commun de financement en plus de financer leurs propres projets.

Certaines ONGs internationales, comme Vision Mondiale, CARE ou Plan Malawi, sont présentes dans certaines parties du pays, ou financent des contreparties nationales ou locales. Finalement, certaines organisations onusiennes, notamment l'UNICEF, l'OMS, l'ONUSIDA et UNFPA, travaillent directement avec certains ministères sur des

¹⁷ La Grande-Bretagne, l'Union européenne, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, la Norvège et les États-Unis sont les plus importants donateurs au Malawi; les organisations onusiennes, l'Allemagne et le Japon sont aussi très présents (World Bank, 2009).

programmes liés à leur champ d'expertise. Par exemple, l'UNICEF travaille de près avec le ministère de l'Éducation tant au niveau primaire qu'au secondaire.

La figure 2.3 schématise cette architecture financière; les flèches représentent les flux monétaires, et non l'ensemble des décisions. Par exemple, les paliers de gouvernement national et local coordonnent le travail des différents organismes à travers des plans stratégiques; une ONG, même financée de l'extérieur, doit s'assurer auprès de l'Assemblée de district que son travail est pertinent et ne dédouble pas des efforts déjà présents. Il est à noter qu'à chacune des étapes de déboursement, le processus est compétitif : les organismes subventionnaire reçoivent des propositions de projets ou autres demandes de financement, et choisissent les bénéficiaires de leur aide selon leurs priorités et la qualité des propositions reçues. Les organisations locales, situées à l'extrême droite du schéma, ont donc accès à différents modes et sources de financement; toutefois, chacun de ces flux de financement a ses propres modalités de soumission, de rapports d'activités, de rapports financiers et d'évaluation.

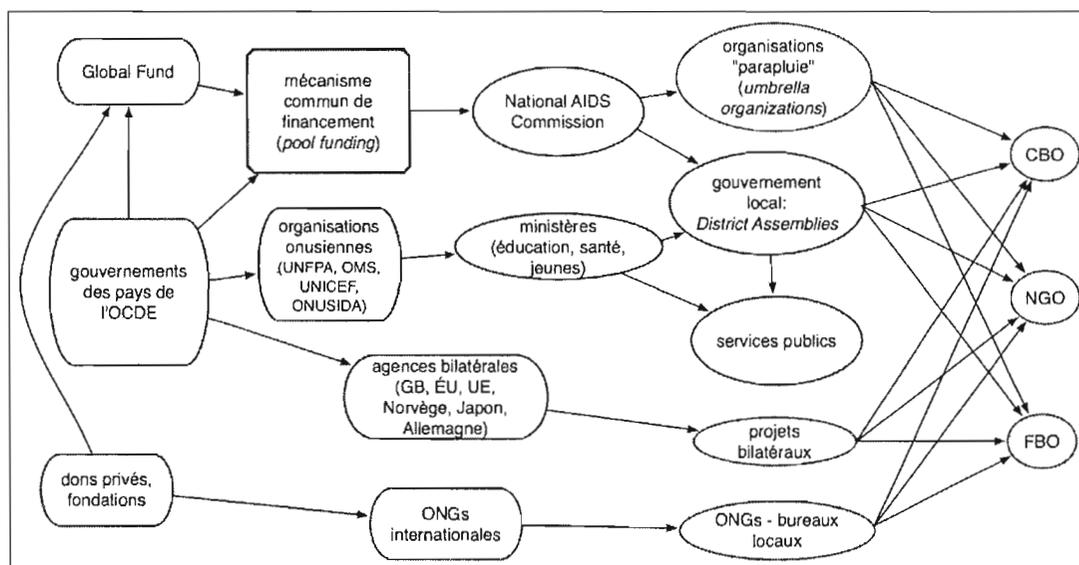


Figure 2.3 Financement international lié au VIH/sida au Malawi¹⁸.

2.4.2 Structures reliées aux jeunes¹⁹

¹⁸ Merci à Charlton (coordonnateur d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida) d'avoir validé ce schéma.

Les services destinés aux jeunes reçoivent une partie beaucoup moins importante de l'argent de l'aide internationale. Il faut d'abord mentionner qu'au Malawi, la catégorie des « jeunes » a été étirée jusqu'à l'âge de 29 ans par le gouvernement dans sa politique jeunesse; selon cette limite, c'est plus de la moitié de la population du pays qui fait partie de la « jeunesse » (Government of Malawi, 2007). Toutefois, culturellement et socialement, la catégorie s'applique aux individus célibataires et sans enfants – et ce malgré une politique officielle qui inclut explicitement tous les individus, peu importe leur état civil ou leur parentalité. Cet état de choses exclut *de facto* la majorité des jeunes femmes, quand on sait que 26% d'entre elles ont déjà été mariées et 60% d'entre elles ont donné naissance au moins une fois avant d'avoir 20 ans (Wittenberg *et al.*, 2007, p. 10-11). Considérées comme des femmes adultes, elles sont exclues plus ou moins formellement des services pour les jeunes. Quant aux jeunes hommes, leur statut d'adulte semble aussi être déterminé par le mariage et la parentalité, ainsi que par leur indépendance économique; celle-ci semble souvent prendre la forme d'un lopin de terre à son nom où faire pousser du maïs (*chimanga* en chichewa).

Le Ministère du développement de la jeunesse et des sports (*Ministry of Youth Development and Sports*, MYDS) existe sous sa forme actuelle depuis 2002 et gère les politiques nationales concernant les jeunes. Il vise tout particulièrement les jeunes qui ne sont pas à l'école, soit parce qu'ils ont terminé le secondaire; parce qu'ils n'ont pas réussi les examens finaux et n'ont donc pas obtenu leur diplôme secondaire; ou encore, et c'est la majorité, parce qu'ils n'ont pas poursuivi leur éducation après le primaire, faute de moyens. Le ministère de l'éducation s'occupe des programmes qui visent les jeunes qui sont sur les bancs d'école. La structure la plus importante après le MYDS est le Conseil national des jeunes du Malawi (*National Youth Council of Malawi*, NYCM), une corporation statutaire ayant été créée en 1996 par une loi parlementaire dans la foulée des premières élections multipartites en 1994. Le NYCM représente les organisations de jeunes et fait la promotion de la participation des jeunes dans la société.

¹⁹ Comme pour la section précédente, ces informations proviennent de l'ensemble des entretiens, mais plus particulièrement des renseignements fournis par Richard (chargé de projet dans l'administration publique nationale) et Andrew (employé dans l'administration publique locale dans la région Sud).

Au niveau local, le secteur des jeunes est représenté par les officiers jeunesse de district [*District Youth Officers*, DYOs], qui coordonnent l'ensemble des activités reliées aux jeunes pour leur district, que ces activités soient menés par le gouvernement ou par d'autres organisations. Les DYOs veillent à l'incorporation officielle des nouvelles organisations de jeunes, aident celles-ci à démarrer leurs activités, reçoivent et compilent les rapports d'activités des organisations de jeunes. Les DYOs ont parfois l'aide d'une secrétaire ou d'un assistant, et sont sinon les seuls responsables de l'encadrement de plusieurs douzaines d'organisations.

Le désœuvrement des jeunes qui ne sont plus à l'école, mais qui ne sont pas employés ou occupés dans l'agriculture, est perçu comme un problème assez grave.

Many young people finish school or drop out of secondary school and have nothing to do – they become a nuisance to the communities. They even become bad role models: if this is what happens to educated young people, why should we bother sending the kids to get educated? Those youth can contribute to the community (Maurice, coordonnateur d'une ONG).

Le chômage est peu documenté au Malawi; la majorité rurale travaille à l'agriculture de subsistance, et peu de recherches portent sur l'emploi. Toutefois, la population urbaine est en croissance rapide et les jeunes des villes sont particulièrement touchés par le chômage. Par exemple, chez les 15-24 ans, 10% des jeunes hommes et 15% des jeunes femmes ne sont pas actifs sur le marché du travail, par rapport à 5% et 10% respectivement chez la population générale (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 47). Par contre, chez les citadins, ces chiffres montent à 12% et 30% respectivement. Le dispositif dédié aux jeunes vise donc souvent à simplement garder les jeunes occupés par des activités comme les sports ou le théâtre.

Les organisations de jeunes se divisent en trois catégories : les clubs de jeunes, les ONGs de jeunes et les centres de jeunes (Andrew, employé dans l'administration publique locale). Les plus nombreux sont les clubs de jeunes, des groupes locaux de jeunes qui se réunissent et organisent des activités, souvent sportives ou artistiques, dans leur village ou dans leur quartier. Ces groupes locaux peuvent être indépendants, ou relever d'une église, d'une organisation communautaire plus générale, ou autre organisation mère. Les clubs de jeunes se retrouvent dans chaque village, et plusieurs organisations, incluant le

gouvernement, comptent sur eux pour la mise en oeuvre d'une multitude de projets et de programmes.

On trouve ensuite les ONGs de jeunes, qui ont en général un local permanent et ont obtenu du financement extérieur pour mettre en œuvre certains projets. Il s'agit généralement de clubs de jeunes où une personne particulièrement dévouée a réussi à faire grandir et à professionnaliser l'organisation. Cette croissance quantitative amène un changement qualitatif dans la manière dont l'organisation est gérée, puisqu'avec le financement viennent plusieurs tâches administratives qui requièrent une gestion semi professionnelle. Il peut y avoir deux ou trois ONGs de jeunes par district, et elles se trouvent généralement dans les villes de district, les *bomas*. Les plus grandes ont du personnel rémunéré, mais plusieurs fonctionnent entièrement avec du travail bénévole.

Finalement, il existe quelques rares centres de jeunes, qui sont des endroits avec des infrastructures de sports ou de loisir où les jeunes peuvent se réunir pour se divertir, et souvent pour avoir accès à des services de santé. Ces centres de jeunes sont reliés à une organisation; ceux qui ont été visités étaient liés par exemple à une ONG de jeunes ou encore à un hôpital chrétien.

CHAPITRE III
WE JUST DON'T TALK ABOUT THESE THINGS :
UNE CULTURE SEXUELLE DU SILENCE

Bien que de nombreux anthropologues se soient penchés sur la question du VIH et du sida, la « colonisation » de ce champ par la santé publique et l'épidémiologie fait en sorte que les facteurs culturels qui influencent les comportements de transmission sont souvent mentionnés, mais pas toujours approfondis. Une méfiance envers les explications culturalistes comme explication principale de la concentration de l'épidémie en Afrique australe²⁰ nous avait poussé pendant la préparation au terrain à négliger le concept de culture sexuelle en faveur d'une critique des pratiques de l'industrie du développement. Toutefois, une fois sur place, force fut de constater que la culture sexuelle jouait un rôle dans l'élaboration et la réception des programmes de prévention.

Nous poserons quelques jalons généraux sur le concept de culture sexuelle, puis nous nous pencherons sur des aspects clés de la culture sexuelle du Malawi : une masculinité hypersexualisée, une féminité qui porte le blâme, le caractère transactionnel de la majorité des rapports sexuels et le silence qui entoure la sexualité. Il sera question finalement de notre expérience personnelle de cette culture sexuelle.

3.1 Culture et sexualité

L'anthropologie s'intéresse depuis ses débuts aux aspects sexuels des cultures qu'elle étudie; frappant l'imaginaire occidental, souvent perçues comme primitives ou même barbares, les pratiques sexuelles des Autres symbolisent l'étendue des différences culturelles (Pigg et Adams, 2005). Il existe toutefois une certaine distance entre les travaux anthropologiques et les études liées de plus près à des programmes de santé : malgré d'excellents travaux en anthropologie médicale, les questions de santé restent dominées par le cadre d'analyse de santé publique, ancré dans un individualisme rationnel issu de l'économie. La grande question de la prévention du VIH devient alors l'absence de changement de comportement, même une fois l'information comprise, le risque perçu et les moyens de protection rendus disponibles.

Ever since we're at school, we're told "There's HIV, and to avoid it there's ABC". But if we are seeing more cases of HIV, it means people are not using condoms, are not being faithful, are not abstaining! So what are we doing wrong? How best can we do it? (Gabriel, coordonnateur d'un regroupement

²⁰ Voir par exemple (Caldwell, Caldwell et Quiggin, 1989).

d'associations liées au VIH/sida).

En d'autres mots, si les gens savent qu'ils sont à risque et savent quoi faire pour éviter le risque, pourquoi continuent-ils de prendre des risques?

Une partie de la réponse réside dans le fait que la culture et les normes qui prévalent dans une société ont une forte influence sur le comportement des gens, et que la sexualité n'est pas qu'une affaire de choix rationnels : « *sexuality is a socio-cultural construction with deeply imbued meanings and complex symbolic representations, whose combined influence can and does effectively override any 'rational' decision-making around sexual behaviour* » (Leclerc-Madlala, 2002, p. 25). Des chercheuses malawites ajoutent : « *The ways in which sex and sexuality are constructed cannot be tackled by behaviour change programmes alone, but by unpacking the various beliefs and meanings that people hold about sex and its implications* » (Kathewera-Banda *et al.*, 2005, p. 656). Il est donc certain que le modèle favorisé par la santé publique, basé sur la rationalité individuelle, n'explique que partiellement les comportements sexuels pouvant mener à l'infection au VIH.

Parker et ses collègues proposent une définition de la culture sexuelle ancrée dans plusieurs années de travail ethnographique :

the systems of meaning, of knowledge, beliefs and practices, that structure sexuality in different social contexts. This notion of sexual culture, by extension, raises the question of the relationship between sexuality and a range of other sociocultural systems such as religion, politics, and economy. Culture shapes individual sexuality through roles, norms, and attitudes in each of these institutions, while at the same time contributing to the reproduction of the collectivity (Parker, Herdt et Carballo, 1991, p. 79).

Selon eux, une culture sexuelle peut être appréhendée par l'analyse des catégories du langage et la linguistique; par les relations humaines autour de la sexualité; par les pratiques sexuelles; enfin par les pratiques et significations données à la contraception et aux ITS. La culture sexuelle est donc cette nébuleuse de normes et de significations associées aux éléments de la vie sociale touchant de près ou de loin à la sexualité.

Au Malawi l'idéal religieux d'une sexualité monogame hétérosexuelle vécue uniquement au sein du mariage est très fort; Kaler, par exemple, décrit la manière dont les Malawites de la région Sud déplorent l'état « actuel » du mariage en faisant référence à l'idéal de leur jeunesse dans lequel les rapports sexuels avaient lieu uniquement au sein d'un mariage stable

et sacré (Kaler, 2001). Dans un sondage de l'Association évangéliste du Malawi²¹, 100% des 900 jeunes interrogés ont affirmé que la sexualité pré-nuptiale était « mauvaise »; toutefois, aucun d'entre eux ne pensait pouvoir trouver dans leur communauté un mariage dans lequel les deux mariés étaient vierges (Evangelical Association of Malawi, 2008). Pendant les 10 semaines de séjour, nous n'avons entendu personne remettre en question ce modèle. Nos informateurs reconnaissent qu'il est rarement mis en pratique de manière parfaite (les naissances en dehors du mariage et les relations extra conjugales sont communes), mais avaient tendance à considérer ceci comme un fait déplorable. Cet idéal est toutefois appliqué fort différemment selon le genre : comme l'explique avec éloquence un informateur, « *I can date 3 or 4 girls just because I am working and I have money. Just because of the cultural elements – No one will question me. [...] But if you're a woman, it's something else* » (Moses, employé d'une ONG en médias de communication). Alors qu'une femme qui s'écarte de la norme de la sexualité chrétienne est jugée sévèrement, il est attendu d'un homme qu'il vive une partie de sa sexualité hors du mariage – sans quoi on l'accusera d'être moins qu'un homme.

Le sondage réalisé par l'Association évangéliste du Malawi auprès de ses fidèles illustre bien ce propos. Parmi les 900 adultes interrogés, 80% des hommes avaient déclaré avoir eu quatre partenaires sexuelles ou plus avant de se marier, tandis que ce chiffre était de 10% chez les femmes; aucune femme n'avait déclaré avoir eu plus de 5 partenaires sexuels, mais c'était le cas d'un homme sur trois (Evangelical Association of Malawi, 2008). La même enquête sonde les opinions sur la fidélité des autres : alors que 90% des répondants interrogés estiment que c'est 30% ou moins des femmes qui trompent leur mari, seulement 10% des répondants pensent que 30% ou moins des hommes trompent leur femme. Les personnes interrogées perçoivent donc les femmes comme généralement fidèles, et les hommes généralement infidèles. Ces chiffres indiquent que la sexualité en dehors du mariage est attendue d'un homme, pas d'une femme. Un des aspects centraux de cette culture sexuelle se

²¹ Les données méthodologiques disponibles sur ce sondage semblent en faire une source de données fiables : « *Spread across the country EAM identified 4 church service areas (CSAs) in the northern region of and 7 CSAs in each of the central and southern regions totalling to 18 CSAs where the survey was conducted. At each of these 18 CSAs the survey involved 25 girls, 25 boys, 25 men and 25 women giving a total 100 people from one church service, and 1,800 for the whole survey were involved. At each of these CSAs 8 to 15 various denominations participated in this survey which was done through a questionnaire* » (Evangelical Association of Malawi, 2008).

trouve donc dans les normes de genre qui conçoivent la sexualité comme étant foncièrement différente chez les hommes et chez les femmes.

3.2 Considérations de genre

Malgré la présence indéniable du genre comme *buzzword* dans l'industrie du développement (Smyth, 2007), les rapports sociaux de genre sont très peu remis en question par les programmes de prévention, qui semblent souvent les analyser pour mieux s'en accommoder. L'analyse de genre, qui présente pourtant un potentiel radical, est devenu un instrument gestionnaire de plus dans l'industrie du projet de développement (Cornwall, 1997, p. 9). Il y est rarement question des rapports de pouvoir inégalitaires à la base des différences de genre observées, qui sont pourtant cruciales pour les interventions en santé sexuelle et reproductive. Au contraire, la plupart des interventions de prévention « *are based on a "knowledge leads to action" model, and as such tend to render invisible the realities of power dynamics, not least of which are the gender inequities which structure heterosexual relations* » (Wood, Maforah et Jewkes, 1998, p. 235).

Le genre est un élément de toute culture qui est lié de près à la sexualité : les notions de masculinité et de féminité sont intimement impliquées dans les significations, les pratiques et les normativités sexuelles.

Gender is an example of a very fundamental cultural category that structures human sexuality. [...] Biological males and females must necessarily undergo a process of sexual socialization in which notions of masculinity and femininity are shaped across the life course and across cultures. Sexual socialization is the process whereby someone learns the sexual feelings, desires, roles, and practices typical of persons of their cohort in their society (Parker, Herdt et Carballo, 1991, p. 80).

Les normes de genre sont enseignées et contrôlées à travers toutes les institutions formelles et informelles d'une société. En ce sens le genre relève d'un régime obligatoire : tous les membres d'une société doivent appartenir à l'une ou l'autre des catégories de genre, et doivent se conformer à certains attributs qui sont jugés appropriés selon leur genre (Spade, 2006). Bien que les normes de masculinité et de féminité soient construites dans une dialectique permanente, elles seront présentées séparément pour plus de clarté.

3.2.1 *Une masculinité hypersexualisée*

Il sera d'abord question des notions qui entourent la masculinité, puisque celle-ci est au cœur de la sexualité, souvent conçue comme étant essentiellement un besoin masculin. Nous emprunterons ici le concept de la masculinité hégémonique – cet idéal masculin auquel tous les hommes sont comparés, et par rapport auquel les autres manières d'être sont catégorisées comme non masculines. La masculinité hégémonique est souvent le lot d'un petit nombre d'hommes, détenant le pouvoir et l'argent, qui sont au sommet de la hiérarchie sociale ; toutefois, la grande majorité des hommes contribuent à maintenir cette masculinité hégémonique, à travers laquelle leur domination sur les femmes est justifiée et institutionnalisée (Carrigan, Connell et Lee, 1985, p. 592). L'essence de la masculinité est donc, dans un système patriarcal, la domination sur les femmes et sur les autres hommes moins puissants. Il ne sera pas question ici d'une analyse historique détaillée des origines de cette masculinité, qui comme ailleurs en Afrique australe a été fortement influencée par le colonialisme (Morrell, 1998, 2002), mais bien de ses caractéristiques qui influencent la prévention en santé sexuelle et reproductive.

L'élément qui se démarque le plus de la masculinité hégémonique au Malawi est son caractère hypersexualisé, qui constitue de manière paradoxale une grande vulnérabilité de genre pour les hommes. La masculinité, contrairement à la féminité, est construite comme étant très fragile, toujours à risque d'être détruite par un comportement non masculin ; elle doit par conséquent être protégée et renforcée constamment, de manière visible.

Malawian young men are ultimately steered towards high risk sexual practices and partners by their anxieties about the potential humiliation, loss of reputation, and feeling of powerlessness that go with being refused sex and or engaging in sexual practices which offer them little or no control and power over women or which make them feel less than manly (Izugbara et Undie, 2008, p. 282).

La sexualité, et particulièrement les rapports sexuels non protégés, sont donc vus par les jeunes hommes comme étant l'essence de la masculinité, une manière d'affirmer leur pouvoir, leur maturité. Des jeunes hommes interrogés sur la possibilité d'être fidèle à une copine étaient ambivalents par rapport à ce moyen de protection :

Even if the young men agreed that faithfulness to one's partner is a good thing, they also admitted that some young men have many girlfriends. The reasons given were first peer pressure to prove one's masculinity, but also

curiosity and the desire to compare girls and have some variety (Finissants de l'école secondaire de Kichanga).

Les conquêtes sexuelles, contées publiquement et de manière répétée, sont la clé du respect parmi le groupe de pairs, la preuve de cette masculinité si fugace ; les preuves tangibles de cette puissance sexuelle, comme une partenaire qui tombe enceinte, sont source de fierté et de respect au sein des groupes de jeunes hommes (Izugbara et Undie, 2008, p. 285). De même, Kaler explique comment certains hommes se vantent d'être séropositifs, sans avoir passé de test de VIH, afin de souligner l'inévitabilité du diagnostique étant donné leur activité sexuelle effrénée (Kaler, 2003). Il n'y a pas de place, dans ces perceptions, pour les précautions prônées par les campagnes de santé publique :

sexual activity was also constructed as a trophy that was worth every risk. Danger was thus consistently viewed as very secondary to sexual pleasure. The participants valued sex pleasure above sexual risks and in many instances portrayed sexually transmitted infections as excusable and allowable (Izugbara et Undie, 2008, p. 286).

La prédominance de la sexualité dans les constructions de la masculinité s'explique en partie par les conditions structurelles dans lesquelles ces jeunes évoluent. Les autres attributs de la masculinité hégémonique et dominante, comme un emploi, de l'argent et les biens de consommation qui en découlent, sont largement hors de la portée des adolescents dont la majorité n'ont ni emploi, ni diplôme.

L'homme malawite est donc conçu comme un réservoir sans fin de désir hétérosexuel, désir devant être assouvi sur une base régulière. Par exemple, des jeunes hommes interrogés par Izugbara et Undie « *were immensely keen on sex and displayed a vast craving for it. Overall, they admitted to seeking sex at every possible opportunity and from a variety of women* » (Izugbara et Undie, 2008, p. 284). Nos propres informateurs étaient sensiblement d'accord :

In Malawi, love without sex, it's not love. The aim of proposing to a girl, of having a girlfriend, is to get sex and nothing else. You have to convince girls to do sex, otherwise it's not interesting to be in a relationship (Club de jeunes *Moving Forward*).

Le fait que des adolescents soient curieux et excités par la sexualité n'est pas unique au Malawi, évidemment ; toutefois, l'importance de la sexualité pour les jeunes hommes

semble y être particulièrement prononcée. Par exemple, dans une étude sur quatre pays africains, les garçons malawites étaient ceux qui avaient le plus tendance à se déclarer sexuellement actifs (Kabiru et Ezeh, 2007).

L'idée d'un désir, voire d'un besoin sexuel masculin biologiquement surpuissant, plus fort que la raison est partagée tant par les hommes que par les femmes. Swidler et Watkins trouvent deux justifications par lesquelles les hommes expliquent leurs partenaires multiples, malgré un idéal fort de fidélité mutuelle : un désir sexuel irrésistible, et un besoin impératif de variété (Swidler et Watkins, 2007). De même, lorsqu'ils étaient interrogés sur la manière de réduire l'incidence d'ITS qui mènent à des naissances prématurées, les participants d'une étude menée dans le sud du pays étaient tous d'accord pour dire que la fidélité mutuelle était la meilleure solution ; toutefois, « *men commonly said that they found it difficult to 'control themselves'* » (Tolhurst *et al.*, 2008, p. 91). Au-delà des aspects relationnels problématiques soulevés par l'utilisation des préservatifs, plusieurs jeunes hommes interrogés pendant le travail de terrain disent que même ceux qui ont l'intention de les utiliser en sont souvent « incapables », le désir s'emparant de toutes leurs facultés lorsqu'ils sont excités sexuellement. Des adolescents de la région centrale, interrogés sur les raisons pour lesquelles les jeunes ont des rapports sexuels non protégés même s'ils ont reçu beaucoup d'information sur le VIH, répondent : « *when you are chatting with a girl you like, or when you are aroused and about to have intercourse, you forget everything you know, including the dangers of unprotected sex. It just slips out of your mind* » (Finissants de l'école secondaire de Kichanga).

La masculinité hégémonique du Malawi exclut donc de facto les comportements qui diminuent les risques liés à la sexualité – fidélité mutuelle, préservatifs et abstinence = en même temps qu'elle encourage des pratiques sexuelles risquées – partenaires multiples, recours aux travailleuses du sexe. Il existe des masculinités marginales pouvant être socialement gratifiées, notamment au sein des églises ou de familles qui attachent une grande valeur à l'éducation. Toutefois, les jeunes hommes qui s'écartent du modèle hégémonique et n'affichent pas une sexualité à outrance sont la cible de moqueries. Ces constructions de genre, qui rendent les hommes vulnérables à l'infection au VIH, existent

en dialectique avec les constructions d'une féminité qui est vue comme à la fois passive mais responsable des conséquences de la sexualité.

3.2.2 *Chigololo ndi mwini thako : l'abstinence est une affaire de filles*

Dans la majorité des discours lus et entendus pendant le travail de terrain, les femmes malawites ont accès à trois rôles potentiels : la vierge, la mère de famille ou la prostituée²². La féminité respectable consiste à passer du statut de vierge à celui d'honnête épouse et mère de famille, dans le cadre d'une hétérosexualité monogame encadrée par l'église et la famille ; toute femme dont le comportement sexuel s'écarte de ce droit chemin risque de se faire étiqueter comme prostituée (*hule* en chichewa). Toutes les raisons sont bonnes pour traiter une femme de prostituée : si une jeune femme a plus qu'un copain (Lucy, employée dans une église) ; si une jeune femme demande des préservatifs au dispensaire de son village ou prend la pilule contraceptive (Finissantes de l'école secondaire de Kichanga) ; si une jeune femme pose une question sur les condoms lors d'un cours d'éducation sexuelle (Maurice, ONG prévention du VIH) ; si une jeune femme exprime un intérêt amoureux envers un jeune homme (Lucy, employée dans une église) ; si une femme mariée parle à son mari de plaisir sexuel (Herbert, FBO). Cette étiquette n'a donc rien à voir avec le fait de recevoir de l'argent en échange de faveurs sexuelles ; il sera question plus loin de la sexualité transactionnelle. Les campagnes de prévention du VIH qui utilisent une approche segmentée de l'ABC ne peuvent que renforcer cette trilogie en séparant l'abstinence pour les vierges, la fidélité mutuelle pour les honnêtes épouses et les condoms pour les prostituées. Ce ne sont plus trois stratégies parmi lesquelles toutes les femmes doivent choisir en fonction des circonstances, mais trois stratégies pour trois types de personnes entre lesquelles règne une forte hiérarchie normative.

La féminité sexuelle est en conséquent constituée de manière contradictoire, dans cette dichotomie de vierge/prostituée. D'une part, les femmes sont perçues comme des êtres plus ou moins asexués, dont la sexualité consiste à satisfaire passivement celle des hommes. Kaler, dans son analyse des conversations quotidiennes autour du sida, note que

²² Sur la dichotomie classique vierge/pute, voire par exemple (Gottschall *et al.*, 2006 ; Wolf, 1998).

les femmes ne parlent pas de leur propre sexualité, même en groupe non mixte : « *While both men and women talked extensively about AIDS-related matters in their casual conversation, only men talked about their own sexual behaviours and their implications for HIV* » (Kaler, 2004, p. 286). Les femmes semblent donc avoir une perception plus que limitée de leur propre agentivité sexuelle. Un intervenant explique que lors des sessions qui portent sur la sexualité, les adolescentes vont souvent feindre un désintérêt marqué et une désinformation totale : « *Young people [...] get a bit ashamed, especially when you teach them, when girls are there. Girls will pretend as if they're not interested in it* » (Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises). Pourquoi auraient-elles de telles informations puisque ce sont des jeunes filles pures, qui ne sont pas intéressées à ces choses ? Cette réserve féminine se traduit par un très petit nombre de jeunes femmes qui se procurent des préservatifs :

It's only boys who come for condoms, I've hardly seen a girl do it. Girls do not come – the issue of condoms is not gender-sensitive. We have promoted the male condom, the issue of female condoms is not being discussed much. Females are not open enough to come and get a condom (Blessings, coordonnateur d'une ONG de jeunes).

Le fait d'aller chercher un condom signifie qu'une personne prévoit peut-être avoir un rapport sexuel – ce qui est suffisant pour qu'une jeune femme se fasse catégoriser comme prostituée par sa communauté.

Les jeunes filles sont perçues comme étant avant tout en quête d'amour, un amour au nom duquel elles consentent des rapports sexuels :

Often when a boy proposes a girl, he will say I want you to be my PTM—promise to marry. The girl falls into that trap. But within a short time after that relationship starts, the boy will be demanding sex “If you love me, then you will sleep with me” and because this girl wants to make sure she keeps this relationship, she will do it. Boys will demand sex as a proof of love, and girls are giving themselves to sex just to make sure they can maintain that relationship (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

In many cases it's difficult for women and girls to discuss and negotiate for safer sex and the utilization of condoms. Boys have to decide to use a condom or not. The question they ask in most cases is, “What if my boyfriend says he will leave me, what should I do? What should I do if he wants sex and I don't? Should I maintain that relationship?” (David, responsable de la prévention dans une ONG de jeunes).

Si les filles sont prêtes à tout pour garder leur copain, c'est en partie à cause de l'idéologie de genre qui positionne les garçons et les hommes comme supérieurs ; comme le souligne un intervenant médiatique, « on apprend aux filles à vénérer les garçons et les hommes » (Moses, employé d'une ONG en médias de communication). C'est aussi en partie à cause de la pression des pairs au sein des groupes d'adolescentes, où le fait d'avoir un copain amène prestige puisque, comme il sera question plus tard, toute relation amoureuse implique des cadeaux pour la fille.

L'autre scénario acceptable pour la sexualité d'une jeune fille est celui de la victime dans lequel, poussée par la pauvreté et parfois par ses parents, elle consent à se prostituer ou à entrer dans une relation avec un *sugar daddy* – un homme plus âgé qui surviendra à certains de ses besoins en échange de rapports sexuels. Lorsque nous demandions pourquoi les jeunes femmes ont des rapports sexuels non protégés, la pauvreté était souvent citée en tête de liste :

La pauvreté est le principal problème pour les femmes : lorsqu'elles ont besoin de savon, de crème pour le corps ou d'huile de cuisson, souvent les femmes peuvent compter sur un *sugar daddy*. Lorsque les mères forcent leurs filles à prendre part à des rapports sexuels transactionnels, elles n'ont pas le choix de le faire pour aider leur famille (Angela, jeune mère célibataire).

Encore une fois, c'est pour avoir autre chose que l'adolescente vit sa sexualité, et non en fonction de ses propres envies ou désirs. Nous n'impliquons aucunement que la pauvreté n'est pas un problème réel pour les adolescentes, au contraire si cette réponse revient souvent elle indique un problème réel. Toutefois, nous soulignons que c'est une narration de la sexualité des adolescentes qui s'insère bien dans une vision de cette sexualité comme passive, comme une médiation pour obtenir autre chose.

D'autre part, les femmes portent le blâme, elles sont « responsables » de la sexualité, comme le souligne le proverbe « *chigololo ndi mwini thako* » dont la traduction littérale signifie « le sexe est avec le cul », « le cul » étant ici synonyme de « fille ». En d'autres mots, la décision d'avoir ou non un rapport sexuel relève de la fille, puisque l'homme assoiffé de sexe sera toujours là pour demander (Hazel, FBO). Un intervenant religieux explicite le proverbe :

That's a cultural belief that is held by many people, that usually the woman is the one that is mostly responsible for any sexual encounter. But in reality however, it's not true. We live in a culture that usually would want to pick on women, male dominance has been the order of the day for a long time. And so usually the blame goes on the woman because she did not dress modestly, or because she did not do this or that. Women are always picked on as a reason for immorality in society. [...] Many are the times when we, men, blame our weaknesses on women (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

Interrogés à ce sujet, un groupe de jeunes hommes ont expliqué que c'était vrai : « *You can't count on the boys to abstain. [...] Therefore, if girls start proposing, HIV will spread rapidly since boys are inapt at refusing; girls should keep refusing as they are good at it.* » (jeunes hommes du Club de jeunes *Five Stars*).

Les femmes ne sont pas seulement à blâmer pour l'initiation de l'activité sexuelle, mais aussi pour ses conséquences: ITS, VIH, grossesse non désirée ou, au contraire, infertilité chez les couples mariés. Par exemple, Tolhurst et al. ont trouvé que dans certains cas, l'épouse qui reçoit un diagnostic d'ITS est accusée même lorsque le mari sait qu'il l'a lui-même infectée:

[Participants] agreed that, when a woman is diagnosed with a sexually transmitted infection, this can result in quarrels, violence and even divorce as husbands often blame their wives for contracting the disease. Some men added that, even when they are aware that they themselves probably transmitted the disease to their wife, they accuse her of promiscuity (Tolhurst *et al.*, 2008, p. 91).

Les adolescentes, tout particulièrement, vivent cette dichotomie : elles sont perçues comme étant pures, mais à risque de basculer à tout moment dans la mauvaise catégorie durant leur transition vers le rôle de mère de famille. Elles font donc l'objet d'une forte surveillance parentale, et sont gardées à la maison où elles effectuent des tâches domestiques. Tous les intervenants interrogés ont souligné à quel point il est difficile de rejoindre les adolescentes en raison des soupçons parentaux : toute activité, que ce soit un spectacle, une partie de soccer ou une pièce de théâtre, est perçue comme un endroit où les jeunes vont s'adonner à des « comportements immoraux » - et donc gâcher la réputation des jeunes filles tout en faisant celle des garçons.

One of the challenges could be that it is difficult for girls to join groups where both sexes are represented. Whenever they do, parents will say "Why

are you in that group? You are there just because there are boys. Your interest is not in the group, you're there to attract boys". They are sometimes barred from joining at all. [...] Boys are free individuals, they can go wherever they want, they can do whatever they want, they are free individuals if you compare them to girls (Emmanuel, coordonnateur d'une ONG jeunes qui oeuvre auprès des jeunes).

Les garçons sont donc souvent les seuls à profiter des rares infrastructures destinées aux jeunes.

3.3 La norme de la sexualité transactionnelle

Une autre pratique généralisée, qui découle en partie des normes de genre expliquées précédemment, est l'échange de cadeaux contre des faveurs sexuelles. Cette pratique n'est pas unique au Malawi (voir par exemple Moore, Biddlecom et Zulu, 2007), mais elle y est très marquée. Dès le premier rapport sexuel, les filles et les femmes s'attendent à recevoir quelque chose lorsqu'elles ont un rapport sexuel avec un garçon : que ce soit un morceau de savon, un produit cosmétique, de la nourriture, un bijou ou de l'argent, le garçon doit montrer son appréciation de manière tangible. Ces cadeaux continuent tout au long de la relation et sont la norme :

Overall rural Malawians take for granted that a man's material support is directly linked to sexual access, so that a man's failure to provide support justifies his partner's infidelity, and a woman in need of support will seek a husband or sexual partner (Swidler et Watkins, 2007, p. 16).

En un sens, ce phénomène culmine dans le mariage, une institution au sein de laquelle l'homme s'engage à subvenir aux besoins de la famille, et la femme s'engage à avoir des rapports sexuels fréquents, à entretenir le foyer, à avoir des enfants et à les élever. Selon les districts, entre 4% et 27% des femmes estiment qu'un mari peut légitimement battre sa femme si elle lui refuse des rapports sexuels; ce chiffre varie entre 1% et 12% chez les hommes (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 49-50). Fait inquiétant, la proportion est beaucoup plus élevée chez les jeunes hommes âgés entre 15-24 (entre 9 et 11%) ans que chez les plus âgés (entre 4 et 6%). De même, plus de femmes (12%) que d'hommes (6%) estiment qu'il y a aucune bonne raison²³ pour une femme de refuser un rapport sexuel à son

²³ Les raisons possibles étant : si l'homme a une ITS, si l'homme a des rapports sexuels avec d'autres femmes, si la femme vient d'accoucher ou encore si la femme n'en a pas envie.

mari; encore une fois, ce sont les adolescentes de 15-19 ans (22%) chez qui cette idée est la plus répandue, alors qu'elle est moins fréquente chez les femmes de 20 ans ou plus (autour de 10%), chez les garçons de 15-19 ans (11%) et chez les hommes de 20 ans ou plus (entre 2 et 7%) (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 52-53). Ces chiffres semblent indiquer que chez les jeunes n'ayant pas encore fait l'expérience du mariage, et particulièrement chez les filles, l'idée que la sexualité est un devoir conjugal non négociable pour la femme est particulièrement forte.

Les interprétations du phénomène de la sexualité transactionnelle diffèrent, et reflètent des débats plus vastes sur l'agentivité des femmes dans le cadre de leur sexualité. Pour Poulin, qui a étudié les pratiques des adolescentes de la région Sud du Malawi, l'échange de cadeaux fait partie du rituel amoureux (*courtship*) et a des significations beaucoup plus larges que la simple subsistance de jeunes filles pauvres. Selon l'auteure, les jeunes filles connaissent très bien les règles du jeu, et n'hésitent pas à refuser les avances et les cadeaux des jeunes hommes si elles ne sont pas intéressées; ainsi lorsqu'elles acceptent, elles savent aussi qu'elles acceptent d'avoir des rapports sexuels dans les heures ou les jours qui suivent :

[T]he rules and norms surrounding exchange are intricate and even ambiguous. Yet transfers do have unequivocal connotations, and one persistency is this: a sexual relationship cannot exist without a male-to-female transfer of money or gift. [...] The first transfer of money and corresponding sexual act marks the beginning of the relationship, and, although over time the amount transferred may change, continued transfers sustain it (Poulin, 2007, p. 2386).

Ainsi les deux partis ont une responsabilité : le garçon doit subvenir à certains besoins matériels de sa copine, et la fille doit subvenir aux besoins sexuels de son copain. L'argent ou les cadeaux symbolisent la valeur qui est accordée à la relation avec la jeune fille, et dans un dynamique de don et de contre don, l'argent n'est pas nécessairement donné immédiatement avant ou après un rapport sexuel, et n'est pas demandé explicitement par la jeune fille. Pour Poulin, ces rapports transactionnels n'ont rien à voir avec la prostitution et sont une occasion pour les adolescentes d'exercer leur agentivité : « *Adolescent girls and young women have considerable decision-making control over the process of relationship formation and termination, and they use it to their advantage* » (Poulin, 2007, p. 2391).

Pour Swidler et Watkins, les rapports sexuels transactionnels qui dominent au Malawi s'inscrivent dans la sphère plus large des rapports entre patrons et clients, ou « rapports d'interdépendance personnelle inégale », qui dominent la vie sociale africaine :

In Malawi as elsewhere transactional sex is linked to the idea that women need money while men have it. [...] Malawians, however, frequently make a stronger claim, saying of a man with money that “the money was forcing him to have many partners.” [...] [Such statements] make sense if we understand transactional sex as part of a larger system of patron-client relations. Just as women need patrons to provide them with material benefits, men need clients who provide them with an outward display of power, prestige and social dominance and an inward sense of behaving morally (Swidler et Watkins, 2007, p. 6).

Ainsi de telles relations s'inscrivent dans une logique redistributive qui existe ailleurs dans la société, et qui comporte des impératifs moraux forts : un homme ayant des moyens financiers se doit d'aider ceux qui sont dans le besoin, mais ne peut pas le faire « sans rien recevoir en retour ». Ces auteures s'inscrivent aussi contre une analyse simpliste qui explique la sexualité transactionnelle par la pauvreté extrême qui ne laisserait aucun choix aux femmes – et qui pourrait donc être résolue à travers le microcrédit. Au contraire, les réseaux clientélistes sexuels sont profondément ancrés dans l'insécurité qui caractérise la vie des paysans malawites : des liens avec des partenaires multiples sont autant de promesses d'aide et de réciprocité en cas de périodes difficiles dans le futur. La sexualité transactionnelle serait donc beaucoup plus similaire à une police d'assurance qu'à de la prostitution (Swidler et Watkins, 2007, p. 18).

Une autre vision de la sexualité transactionnelle, plus radicale, est celle développée par des auteures qui ont analysé les transactions sexuelles autour de l'industrie de la pêche dans la région centrale du pays, dans une perspective des droits humains (Kathewera-Banda *et al.*, 2005). Cette industrie fonctionne avec l'échange monétaire mais aussi avec l'échange sexuel, passage obligé par lequel les femmes obtiennent le « privilège » de travailler pour un pêcheur ou d'acheter son poisson. Ces auteures campent leur analyse dans une économie politique profondément inégale à l'égard des femmes, dans laquelle les violences sexuelles font partie intégrante des violences structurelles (politiques, économiques, culturelles) qui maintiennent les inégalités de genre :

In this regard, a perpetrator of sexual violence is not necessarily the specific individual who directly undertakes a sexually violent act. Perpetrators of sexual violence can also include [...] actors that may be indirectly complicit in the creation and/or protection of social, legal, or political-economic systems that enable, and even encourage, the prevalence of sexual violence in society. These perpetrators can include institutions such as the family, workplaces, faith institutions, or public services (Kathewera-Banda *et al.*, 2005, p. 652).

Ainsi les rapports sexuels qui ont lieu entre les femmes et les pêcheurs, même s'ils semblent consensuels, relèvent de la violence sexuelle. Comme les hommes dominent le marché de la pêche, et que les femmes ne peuvent pas pêcher à cause de la division sexuelle du travail, ils peuvent décider que le poisson sera payé en argent mais aussi en rapports sexuels; ce sont eux qui dictent les termes de l'échange, et les femmes s'y plient (Kathewera-Banda *et al.*, 2005, p. 655). Ici la sexualité transactionnelle devient carrément une monnaie d'échange obligatoire sur un marché compétitif.

La sexualité transactionnelle peut donc être vue comme un continuum : entre les cadeaux échangés par les adolescents pendant leurs explorations sexuelles, jusqu'à une activité à haut risque nécessaire pour nourrir sa famille, en passant par la pression sociale en faveur de l'infidélité vécue par les hommes ayant certaines ressources financières. Différents niveaux de coercition et différents rapports de pouvoir existent dans chacune des situations. Surtout, cette revue sommaire et incomplète souligne l'omniprésence de la sexualité transactionnelle dans la culture sexuelle du Malawi.

3.5 Silences multiples : couple, famille, communautés

Une des clés de compréhension de l'épidémie de VIH au Malawi réside dans la culture du silence qui entoure la sphère de la sexualité, et qui crée un écart entre les discours et les pratiques. Cet écart n'est pas unique au Malawi, au contraire il est une partie intrinsèque de toute culture sexuelle qui fait cohabiter des idéaux et des réalités de manière plus ou moins harmonieuse :

The description of sexual culture, in turn, involves a set of basic distinctions between cultural ideals vs. actual practice, public vs. private conduct, and prescribed vs. voluntary behavior. While the stated norms of a society may ideally require one mode of behavior, in reality a wide range of different behaviors may actually be found in any given community. What people say

and do in public with regard to sexuality may differ greatly from and even contradict their private sexual behavior (Parker, Herdt et Carballo, 1991, p. 79-80).

Ainsi on trouve d'un côté des pratiques sexuelles variées, plus ou moins à risque; de l'autre un discours aseptisé et limité qui ne reconnaît que la sexualité monogame au sein du mariage, peu discutée et perçue comme allant de soi, et la présence de travailleuses du sexe. Entre ces deux extrêmes, rien ne semble exister. Entre le discours et les pratiques, un fossé de silence occulte la sexualité adolescente, les violences sexuelles, les rapports entre enseignants et élèves, l'infidélité conjugale, les *sugar daddies*²⁴ et différentes formes de transactions économique sexuelles parfois encouragées par les parents – qui sont pourtant tous des phénomènes relativement courants. « *We are doing things in the dark and don't want them to come in the light* », résume une jeune femme (Hazel, FBO). Ce silence n'a pas été brisé par 20 ans de campagnes de prévention, dont l'efficacité ne peut qu'être minime dans la mesure où elles se contentent souvent de répéter les mantras de l'AB(c) sans parler des pratiques réelles qui répandent l'infection. Le silence entourant la sexualité se retrouve tant au sein des couples, des familles que des communautés.

Un premier obstacle à la communication à propos de la sexualité est de nature linguistique. La langue la plus utilisée au Malawi, le chichewa, ne contient pas de mots neutres pour parler de sexualité; tout le champ lexical qui y est relié a des connotations extrêmement négatives.

Un intervenant religieux auprès des jeunes explique :

That was the major barrier, the language barrier. Some words that you have been mentioning are words that are not acceptable. There are no neutral words for sex in Chichewa, it's always... terrible. You'll find that even some human parts, in Chichewa, if you mention it people will say "Oh, this man is not a Christian". But if you mention it in English, people won't mind (Jacob, FBO).

Alors que le langage de la santé publique occidentale a aseptisé son vocabulaire pour qu'il comporte le moins de jugements de valeurs et le plus de précision scientifique, le chichewa n'a tout simplement pas les mots pour parler de sexualité de manière respectueuse.

Bien que les programmes de prévention contournent cette difficulté en utilisant des mots anglais lorsqu'ils parlent en chichewa, cette particularité linguistique n'est pas sans effets sur la culture sexuelle. D'abord elle exprime une prédisposition culturelle à limiter les discours sur

²⁴ Et, dans une moindre mesure, les *sugar mommies*.

la sexualité. Les mots chichewas ne peuvent être utilisés que dans le contexte d'un groupe de pairs au sein duquel une certaine complicité règne – un peu comme une « conversation de vestiaire » en contexte québécois. Ils ne peuvent certainement pas être utilisés en présence de personnes à qui l'on doit du respect (aînés, membres de l'autre sexe) ou de personnes supposées innocentes (enfants et adolescents).

3.5.1 *Within marriage, sex is like nsima*

Le silence entourant la sexualité commence au sein des couples mariés. La sexualité est, au Malawi comme ailleurs, un élément important de l'institution du mariage. Elle est liée de près à la fertilité, qui est primordiale, et idéalement relativement immédiate; une femme qui ne tombe pas enceinte dans les premiers mois suivant son mariage subit une pression sociale très forte, et l'infertilité est perçue comme une raison légitime de divorce (Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises). Les journaux du samedi sont remplis d'annonces de couples qui célèbrent leur premier anniversaire de mariage et qui remercient Dieu de leur premier né – souvent baptisé *Gift* ou *Blessings* (Cadeau ou Bénédiction). Avoir un enfant au premier anniversaire de mariage est souhaitable – et comme plusieurs mariages sont précipités par une grossesse, c'est un objectif qui est facilement atteint pour plusieurs.

La sexualité n'est toutefois pas seulement liée à la reproduction, et concerne aussi la satisfaction sexuelle des deux époux. La masculinité malawite étant construite en partie autour d'une activité sexuelle régulière, le mariage est perçu comme la manière appropriée pour les hommes d'avoir des rapports sexuels quotidiens. Il est toutefois relativement rare, selon nos informateurs, que les couples communiquent à propos de leur sexualité, si régulière et importante soit-elle. C'est pourquoi la sexualité des couples mariés est souvent comparée à la *nsima*, cette polenta non-assaisonnée mangée matin, midi et soir par la majorité des Malawites.

[A colleague and I were talking about] couple communication, it brings a lot of HIV/AIDS in the families. Because when you're in a family people take each other for granted. Sex becomes a routinal check of love, or an obligation. [...] People are going out with prostitutes because they can have that kind of "customer service", all those sexual fantasies that they realize.

But that can be worked out if these people talk to each other (Fatsani, chargé de projet dans un projet bilatéral).

So the talking is not there even amongst married people. They will do it, but they will not talk about it. [...] If I'm married and I'm not satisfied sexually by my husband, normally I will not speak to him about it. [...] I will keep quiet, we'll keep doing it and I'll keep having children. [...] So the challenge has been to help couples in the church, tell them it's ok to talk about sex in the context of marriage. It's not sin, you can talk to your husband! (Lucy, employée dans une église).

Bien que la communication au sein des couples relève de la prévention auprès des gens mariés, elle est importante pour les jeunes puisque c'est le premier lieu de silence sur la sexualité, et un de ceux qui semble le plus difficile à comprendre. Par exemple, les participantes d'une étude portant sur les naissances prématurées soulignent que souvent un mari atteint d'une ITS va se faire traiter secrètement, et que la femme doit deviner ce qu'il fait pour elle aussi aller se faire traiter en même temps et éviter la réinfection (Tolhurst *et al.*, 2008, p. 91). Évidemment le problème du vocabulaire, déjà souligné, n'y est pas étranger. On peut aussi y lire une réticence à discuter de sexualité avec une personne de l'autre genre, même lorsque celle-ci est son mari ou sa femme.

Surtout, on y voit les contradictions qui entourent la sexualité : celle-ci est importante et valorisée, toutefois elle est vue comme quelque chose qui est toujours un peu péché. Une femme peut difficilement parler à son mari de leurs pratiques sexuelles, sous peine de se faire accuser d'être une prostituée et de manquer de respect – comment pourrait-elle savoir qu'il existe d'autres pratiques sexuelles que celles de son mari? Quant aux hommes, ils gardent généralement leurs fantasmes pour les travailleuses du sexe, pour ne pas insulter leurs épouses avec des demandes « exotiques » - le rôle de mère de famille évoqué plus haut étant largement dissocié du plaisir sexuel.

So because we are not talking, people will go out, find better satisfaction outside. [] They may not talk, but you go to a professional prostitute. This professional prostitute will talk, she wants to entice this man to stay with her. She will do things that the wife at home is not doing. In the end the man will keep going. So for this woman, whether this man talks to her or not, she doesn't care because she's in business, she's making money (Lucy, employée dans une église).

L'épidémie est donc alimentée par une infidélité qui est la norme plutôt que l'exception, et qui est socialement acceptée chez les hommes.

3.5.2 *Tabous et impossibilité de la communication entre parents et enfants*

Si les parents se parlent peu de sexualité entre eux, le silence règne de manière quasiment absolue entre parents et enfants. Traditionnellement, c'étaient les oncles et les tantes qui étaient responsables de l'éducation au mariage, incluant l'éducation sexuelle – comme d'ailleurs dans plusieurs cultures d'Afrique australe (Parikh, 2005). Toutefois, plusieurs facteurs ont contribué à réduire cette pratique, qui est perçue par nos répondants comme étant devenue rare. Même si le Malawi est un pays à forte majorité rurale, il connaît depuis les années 1980 une augmentation de la population urbaine qui est passé de 850,000 en 1987 à environ 1.4 million en 1998, une croissance urbaine de presque 5% par année alors que la population générale augmentait de 2% par année (National Statistical Office of Malawi, 2000, p. 10). D'autres facteurs pouvant avoir contribué à l'érosion des pratiques familiales traditionnelles incluent la mort de plusieurs adultes des suites du sida, les migrations internes et internationales liées au travail, et un désintérêt générationnel pour les pratiques dites « culturelles ».

Si toutefois la transmission se fait de moins en moins par les tantes et les oncles, le tabou de la communication entre parents et enfant reste très fort : toutes les personnes interrogées à ce sujet ont souligné à quel point il est difficile, voire impossible, pour un parent de parler de sexualité à son enfant. Une intervenante explique :

The fears of the parents were that they will embarrass themselves if they talk about sex to their own child, it's like they're undressing. That's the word they use in Chichewa. "It's like I'm undressing in front of my daughter. How can I talk of sleeping with a man to my own daughter? She will know that me and her dad we sleep together". [...] The other fear is that they will be going against tradition. Traditionally, if I'm reaching maturity, it should be my aunt coming to speak about my menstrual period, how I should handle it – not my mother. It's a taboo for a mother to speak to her daughter about sex. [People say:] "This thing, talking about sex, comes from the *azungus*, those are the people who do that. But we Africans, we respect sex, it's sacred so we must safeguard it. The moment we begin to talk about it with our own children, we are taking the curtain out of the bedroom" (Lucy, employée dans une église).

Les parents évitent donc de parler de sexualité à leurs enfants pour éviter de risquer de perdre le respect de leurs enfants et parce que « ça ne se fait pas », tout simplement.

Lorsqu'ils abordent le sujet des rapports amoureux et sexuels, ils le font de manière indirecte, explique la même intervenante :

Even when they're talking, there's a limit to how far they can go. Usually they'll speak in riddles, indirectly "Don't play with boys because you're a girl" – and the child will want to know why? But it means more than just playing with boys, it means don't sleep with boys. (Lucy, employée dans une église)

The only time parents would talk is when they see you standing next to a woman, then they'd say "you need to work hard in school, don't just stand on the side of the road". It's indirect, a cautionary message but often [...] at the time that cautionary message comes it's too late, so many things have happened. (Cassius, coordonnateur d'une entreprise médiatique).

Pour remédier à cette impasse, certains organismes organisent des ateliers de « dialogue intergénérationnel » dans lesquels ils amènent des parents et des jeunes à discuter de sexualité avec l'aide d'intervenants. Alors que les parents se montrent réticents, les jeunes expriment généralement leur désir d'entendre le point de vue de leurs parents, qui sont une des sources d'information en laquelle ils ont confiance. Quant aux parents, une fois qu'ils sont confrontés à ce que les jeunes connaissent déjà sur la sexualité, ils sont souvent poussés à amorcer un dialogue avec leurs propres enfants. Un intervenant chrétien ayant organisé de tels forums explique :

The whole idea of such forum is to promote the discussion about sex and sexuality between parents and their children. If a parent cannot say anything about sex to the child, someone else is going to tell them [...]. They may not tell them what the parent want them to know, or in the same way the parent would have said it. [...] Whenever we have been able to go, at the end of that week, parents get out completely confused, but also transformed (Jacob, FBO jeunes).

Il semble donc possible d'ouvrir la discussion entre parents et enfants, mais à l'exception d'une poignée d'organisations qui tiennent ce genre d'événements, les interventions qui visent ce problème particulier sont rares. À l'échelle mondiale, les programmes qui visent les parents d'adolescents sont peu nombreux, difficiles à évaluer, et ne semblent pas être une priorité dans les pays en développement (World Health Organization, 2007). Pour plusieurs personnes interrogées, la communication entre parents et enfants est une clé de compréhension et d'intervention des infections auprès des jeunes : une des informatrices va jusqu'à dire « *The parents' silence is what is killing the children* » (Hazel, FBO).

3.5.3 Stigmates communautaires sur la sexualité adolescente

Il est logique, si la sexualité ne peut pas être discutée en contexte familial, qu'elle ne soit pas non plus acceptable au niveau des communautés. Suivant les mêmes règles qui prévalent au sein de la famille, la sexualité ne doit pas être discutée entre les genres ni entre les générations. Dans les initiations et enseignements traditionnels, les enseignements se faisaient en tête à tête, et étaient strictement séparés selon le genre : les jeunes hommes ne savaient pas ce qui est appris aux jeunes filles, et vice-versa. Les lieux publics et communautaires où il est acceptable de discuter de sexualité restent donc très peu nombreux. Plusieurs intervenants estiment que c'est la clé du rejet massif des condoms dans les milieux ruraux : les premières campagnes de santé publique impliquant des condoms auraient organisé des distribution massives dans les villages, sans prendre le temps de séparer les hommes et les femmes, les jeunes et les aînés :

“The traditional teachings are done in secrecy. Now the “new” teaching is done in the open. So people are with their daughter in a public meeting and are faced with a condom demonstration. It's embarrassing. The problem is that it's in public” (Maurice, ONG)

Le même informateur explique que cette approche était due en partie au fait que l'évaluation des programmes de promotion de condoms était quantitative : on mesurait le nombre de préservatifs distribués, sans égard à la manière dont ils étaient utilisés. Les erreurs faites lors des premières campagne de promotion des condoms auraient, selon plusieurs informateurs, touché un nerf si sensible que même 15 ans plus tard, les effets s'en font encore sentir dans la méfiance qu'entretiennent les communautés envers les programmes de VIH/sida, perçus comme faisant la promotion de la promiscuité sexuelle.

De manière plus générale, c'est toute la sexualité des adolescents et des jeunes adultes célibataires qui est problématique. Reconnaître son existence même va au-delà de ce qui est acceptable pour bien des adultes, puisqu'une telle sexualité *n'est pas supposée exister*. Dans la normativité sexuelle dominante, la sexualité commence le soir de la nuit de noces, à l'initiation du nouveau marié qui sait spontanément accomplir le devoir conjugal. Parler des rapports sexuels hors du mariage, particulièrement ceux des jeunes, est compris comme un geste normatif qui rend acceptable cette sexualité, voire qui l'encourage en

brisant l'innocence présumée des jeunes. Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, que seuls les messages A et B de la prévention soient relayés largement, puisqu'ils vont dans le même sens que les discours dominants qui suivent à la lettre les normes judéo chrétiennes.

3.5.4 Espaces d'ouverture : radio, porno, amis

Si le silence règne dans plusieurs milieux, il existe un nombre limité d'espaces d'ouverture dans lesquels les jeunes peuvent discuter de sexualité. Les sources d'information préférées des jeunes Occidentaux, soit l'internet, les magazines et les livres, sont hors de portée de l'immense majorité des jeunes du Malawi. Ceux-ci ont accès à une information plus libre auprès de leurs amis, de certains programmes de radio et du matériel pornographique.

Tout d'abord les amis : au Malawi comme partout ailleurs dans le monde, les jeunes font confiance aux membres de leur groupe de pairs – d'autres jeunes du même sexe, avec tout au plus quelques années de différence d'âge. Les jeunes échangent des informations sur la sexualité, glanées de différentes sources, évaluent ces informations, se racontent leurs expériences. Toutefois, l'information qui circule au sein des réseaux sociaux de jeunes n'est pas toujours la « bonne » – c'est sans doute la plus grande source de mythes et d'idées fausses, dont la quantité n'a d'égale que la variété. Des adolescents mentionnent souvent ces mythes²⁵ pour justifier de ne pas utiliser de préservatifs – et disent les avoir entendus au sein de leur groupe d'amis (Finissants de l'école secondaire de Kichanga). Souvent les adolescents plus âgés vont « renseigner » leurs pairs plus jeunes sur la manière d'agir dans les relations amoureuses, et en même temps inculquer des normes de masculinité et de féminité évoquées plus haut. Les recherches effectuées auprès des adolescents malawites révèlent à quel point la sexualité est un élément de conversation omniprésent parmi les groupes de jeunes hommes (Izugbara et Undie, 2008). Toutefois, cette information n'est pas nécessairement claire ni complète : chez les filles en particulier, la « pudeur féminine » empêche souvent celles qui sont sexuellement actives de décrire ce en quoi consiste un rapport sexuel, laissant leurs amies découvrir ce dont il

²⁵ Les plus communs étant : l'existence des trous dans les condoms, le VIH étant propagé dans le lubrifiant, le danger que poseraient les condoms pour la fertilité féminine.

s'agit par elles-mêmes (Wood, Maforah et Jewkes, 1998, p. 236). Plusieurs jeunes Malawites ont affirmé en entrevue que le groupe d'amis peut être un facteur puissant de pression à être sexuellement actif, chez les jeunes des deux sexes, en partie à travers l'exclusion de ceux et celles qui ne sont pas sexuellement actifs. « *Some groups of people do bad things and try to get other people to join them. Company matters in what you do, it's hard to say no when a group exerts pressure on an individual to do something* » (jeunes hommes et jeunes femmes du club de jeunes *Moving Forward*). Comme les amis sont la principale source d'information de la majorité des jeunes, presque tous les programmes de prévention tentent d'utiliser ces réseaux pour diffuser une information juste, à travers des programmes d'éducation par les pairs (*peer education*).

Un autre espace de liberté se trouve dans certains médias, notamment la radio, qui est très utilisée par les programmes de développement en tous genres puisqu'elle rejoint la majorité de la population pour qui les journaux, la télévision et internet²⁶ sont inaccessibles. Selon la source de financement et les objectifs du programme, une émission de radio peut devenir un espace dans lequel les jeunes discutent librement de sujets qui sont autrement très peu abordés. Les programmes de radio qui visent les jeunes ont souvent deux sections : d'abord un radiroman, où l'audience peut suivre les péripéties d'un groupe fictif de jeunes qui font face, à chaque épisode, à différentes problématiques. Par exemple, les programmes *Tisankhenji*, qui fait partie d'une série « standardisée » dans d'autres pays d'Afrique visant les filles de 10 à 14 ans, suit les aventures d'une jeune adolescente, de ses amis, de sa famille et de son village (Nanzikambe Theatre Arts, 2007). Cette partie est suivie par une discussion des thèmes qui y sont soulevés, par des entrevues avec des vrais jeunes qui ont vécu la situation et qui en témoignent, ou par des voxpop qui sont réalisés avec des jeunes à travers le pays. La liberté qui y est offerte doit toutefois rester dans les limites de ce qui est considéré comme acceptable par le pouvoir; par exemple, une émission ayant consacré un épisode à la consommation de pornographie par les jeunes s'est fait couper son financement parce que la pornographie est illégale au Malawi. L'émission se contentait pourtant de raconter l'histoire d'un jeune homme qui, après avoir écouté de la pornographie, avait eu des rapports sexuels à risque et avait attrapé une ITS. Le silence

²⁶ Il serait toutefois intéressant d'étudier l'utilisation que font les jeunes Malawites urbains des technologies de l'information et de la communication (TIC), un espace anonyme qui est peu ou pas maîtrisé par leurs aînés.

entre les discours et les pratiques a toutefois été imposé par la censure – générant du même coup une publicité considérable pour l'émission.

Hors des médias financés par des programmes de développement, les médias commerciaux offrent aux jeunes et aux moins jeunes d'autres discours sur la sexualité, notamment à travers la pornographie. Nous n'avons pas étudié de manière détaillée l'influence de la pornographie sur les imaginaires et les pratiques des jeunes, toutefois la présence de la porno est indéniable dans les *videoshows*²⁷, les téléphones cellulaires et les cafés internet dans les villes. Une auteure ayant étudié l'utilisation des nouvelles technologies par les jeunes analphabètes au Malawi parle des *videoshows* que l'on retrouve un peu partout au pays:

[T]he content of what is being shown is reason for concern, particularly because this is usually the only exposure to the world outside the area they live in. Generally what is being shown is action or pornographic movies and as long as people pay the entrance fee they will not be denied access regardless of their age. This is resulting in probably a majority of the youth being exposed to pornographic material before the age of 15 (Geldof, 2008).

L'auteure ajoute que ces films sont choisis parce qu'ils ne requièrent pas de sous-titre ni de traduction pour être compris par les spectateurs dont la maîtrise de l'anglais est limitée. L'audience est (évidemment) entièrement masculine. La pornographie se retrouve aussi sur les téléphones mobiles, qui comme partout en Afrique sont extrêmement répandus. Globalement, les matériaux pornographiques occupent une place de choix comme source d'information sur la sexualité pour les jeunes garçons (Izugbara et Undie, 2008, p. 283).

Ces médias offrent, en un sens, un discours « moderne », venu de l'extérieur, qui porte principalement sur le plaisir sexuel. Toutefois, comme le souligne Geldof, ces fictions ne sont pas la meilleure manière d'apprendre à connaître le monde extérieur, et donnent à des jeunes peu habitués aux codes médiatiques une idée sévèrement déformée de la réalité. Si ces jeunes n'ont pas accès à une éducation sexuelle à l'école, dans leur famille ou ailleurs,

²⁷ Les cinémas Rambo sont des constructions d'une seule pièce, en briques, qui sont équipées d'un projecteur et qui diffusent des films d'action et des films pornographiques. Ils sont reconnaissables aux héros des films d'action américains qui ornent leur devanture.

ces films peuvent être leur principale forme d'éducation sexuelle²⁸. De plus, la pornographie commerciale est connue pour son traitement stéréotypé des rapports sexuels, et pour des pratiques qui sont souvent dégradantes envers les femmes – ce qui vient s'ajouter à la culture sexuelle déjà profondément inégalitaire du Malawi.

3.6 Petit moment de réflexivité

Les informations portant sur la culture sexuelle ont bien sûr été recueillies lors d'entretiens et d'observations, et appuyées par le contenu d'articles scientifiques et de rapports de recherches. Le travail de terrain a toutefois ajouté une couche de connaissances vécues à la première personne, qui mérite quelques lignes et l'utilisation du « je ». En effet, le fait d'être une jeune femme blanche au Malawi donne une expérience frappante de la culture sexuelle malawite. « *In Malawi, a real man must propose women* », m'avait dit une informatrice (Mercy, employée du secteur public dans le domaine du VIH/sida) durant les premières semaines de séjour, et je n'ai pas du attendre longtemps pour le constater.

Ces rapports de séduction se retrouvaient dans mes rapports avec des parfaits étrangers pendant les déplacements de tous les jours, dans le transport en commun, sur la rue, dans les commerces – des conversations cordiales aux demandes explicites de rapports sexuels, la séduction était constante dans mes rapports avec les hommes et les garçons. De manière un peu plus troublante, les rapports de séduction avaient aussi lieu pendant les entretiens, et après ceux-ci dans le cadre de conversations informelles, lorsque je me faisais raccompagner en voiture, ou dans des courriels échangés après l'entretien pour valider les informations recueillies. Plus que toute autre chose, c'est le caractère constant et inexorable des avances masculines qui m'a frappé. Ces avances relevaient très rarement du harcèlement, et étaient faites dans une cordialité et une politesse toute malawite. Toutefois, elles étaient devenue tellement habituelles que je me suis surprise à être très étonnée lorsqu'un informateur ne m'a pas draguée pendant ni après l'entretien.

²⁸ Un phénomène qui par ailleurs ne se limite pas au Malawi ni aux pays en développement; voire par exemple (Bécar et Ader, 2002 ; Measor, 2004 ; Wallmyr et Welin, 2006) sur l'importance de la pornographie comme source d'information sexuelle en France, en Angleterre et en Suède.

Évidemment, les rapports de séduction que j'ai rencontrés étaient ancrés dans des dynamiques non seulement de genre, mais de couleur, de nationalité et de classe sociale. Comme toutes les jeunes femmes, je représentais d'abord une partenaire sexuelle potentielle. En tant que Blanche, je représentais à la fois l'argent, le prestige et la libération sexuelle; en effet pour beaucoup de Malawites les *azungus* représentent une certaine décadence morale, ou du moins une normativité sexuelle moins stricte qui fait des femmes blanches des « femmes faciles » aux mœurs légères. Cette image est entretenue par la réalité et par la fiction; comme on l'a vu, beaucoup de jeunes hommes ruraux voient les femmes blanches dans des films d'action et de pornographie. Quant aux informateurs, dont la plupart sont habitués à côtoyer des étrangères, leurs impressions sont informées en partie par la réalité. En effet, nombreuses sont les jeunes coopérantes et les bénévoles qui demeurent au Malawi pour plusieurs mois, et qui s'y font des copains plus ou moins sérieux. Il n'est pas rare qu'elles se marient sur place, et s'installent ou repartent avec leur époux dans leur pays d'origine.

Les relations de pouvoir au sein de ces rapports de séduction étaient complexes mais en venaient souvent à un drôle d'équilibre. La majorité de mes répondants étaient des hommes, dont plusieurs dans la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine, alors que j'étais une femme plus jeune (et paraissant encore plus jeune que mes 24 ans); ils étaient des professionnels alors que j'étais étudiante; j'étais blanche alors qu'ils étaient noirs; j'avais un passeport canadien alors qu'ils avaient (je présume) un passeport malawite; j'avais l'argent pour m'être rendue au Malawi, mais plusieurs d'entre eux avaient voyagé ou habité à l'étranger; ils parlaient la langue locale et possédaient des réseaux sociaux, moi non. La balance du pouvoir ne penchait nettement ni d'un côté, ni de l'autre.

Au-delà de l'anecdote, quelle influence ce climat de séduction constante a-t-il eu sur mes recherches? D'une part, mon expérience m'a donné une idée de la pression que vivent les jeunes femmes et n'a fait qu'augmenter ma frustration envers les programmes qui font la promotion de l'abstinence pour les filles, sans critiquer en contrepartie les avances compulsives de la gent masculine. J'ai rapidement dû revenir sur mon jugement catégorique contre les explications culturalistes pour incorporer cette drague incessante que je vivais, et qui semblait faire partie de la vie sociale locale.

D'autre part, cette séduction constante m'a forcée à penser au rapport de séduction qui se trouve à la base de toute recherche qualitative : si eux voulaient quelque chose de moi, je cherchais aussi à tirer profit d'eux en quelque sorte. Le but de l'entretien semi dirigé, après tout, est d'inspirer assez confiance à quelqu'un pour que cette personne nous livre le fond de sa pensée, le tout pendant une rencontre qui dure généralement entre trente minutes et deux heures. Il y a donc, de la part de la chercheuse, un désir de plaire dès les premiers contacts, désir qui se concrétise en gentillesse calculée, en remerciements et en banalités sur la beauté du pays. À ces stratégies plus ou moins conscientes s'ajoute la socialisation féminine occidentale, faite de sourires, de voix douce et d'empathie envers l'autre. Dans une culture où les rapports entre les hommes et les femmes sont chargés de séduction, ces signes peuvent être lus comme des avances, ou du moins comme une réceptivité à être séduite. Et au contraire du contexte québécois, dans lequel les informateurs ont tendance à en rester à leur rôle professionnel, les informateurs malawites ont eu tendance à répliquer à ma « séduction de recherche » initiale avec une séduction plus ou moins explicitement sexuelle.

Finalement, mon expérience de séduction en contexte de recherche m'a forcé à poser des limites personnelles, professionnelles et éthiques : au point de vue personnel, dans quelle mesure voulais-je poursuivre ces relations d'amitié plus ou moins chargée de séduction? N'oublions pas que j'étais seule dans un pays inconnu, et que si la communauté des azungus est facile à intégrer, elle est aussi coupée des réalités de la vie malawite que je cherchais à comprendre. Au niveau de l'éthique personnelle, jusqu'où étais-je prête à m'avancer pour avoir ces précieuses conversations informelles qui permettent de sortir des discours préformatés trop fréquents lors de premiers entretiens? Comme le souligne Jill Dubisch, tout rapport entre un chercheur et son informateur est fait d'intimité et d'exploitation – les relations empreintes de séduction seraient-elles vraiment pires que les autres (Dubisch, 1995)? Dans tous les cas, elles donnent une perspective particulière sur la sexualité comme objet d'étude, et offrent un rapport beaucoup plus personnel à la connaissance acquise lors du travail de terrain.

CHAPITRE IV L'ÉDUCATION SEXUELLE SÉCULAIRE PARALYSÉE

L'éducation sexuelle séculaire se divise en deux grands types : celle dispensée par le système d'éducation public, aux niveaux primaire et secondaire, et celle dispensée par une variété d'ONGs, de projets et d'organismes. Si certaines ONGs offrent une éducation sexuelle relativement complète, en général l'éducation sexuelle séculaire est marquée par une forte tendance moralisatrice envers les jeunes, et par une intention d'inspirer chez eux la peur des conséquences de la sexualité. Plusieurs éléments du modèle de la santé sexuelle en sont systématiquement absents. L'accent est mis sur l'information anatomique, les relations interpersonnelles et la protection contre les ITS et les grossesses – mais même ces éléments sont rarement couverts de manière exhaustive.

4.1 *Life Skills Education* (LSE) dans les écoles publiques²⁹

Comme plusieurs autres pays, le Malawi offre un programme d'éducation sexuelle dans ses écoles publiques, connu sous le nom de *Life Skills Education*³⁰ (LSE). L'éducation primaire, gratuite pour tous depuis 1994, dure huit ans, de *Standard* 1 à 8. Par la suite, l'éducation secondaire dure quatre ans, de *Form* 1 à 4. Toutefois, le niveau secondaire est payant et c'est donc une faible proportion de jeunes qui obtient son diplôme secondaire, condition *sine qua non* à la plupart des emplois du secteur formel. Le niveau postsecondaire se divise parmi plusieurs collèges techniques (surtout en enseignement et en agriculture), Chancellor College à Zomba, l'Université de Mzuzu dans le Nord et la Polytechnique à Blantyre.

La gratuité scolaire a été positive en ce qu'elle a permis aux plus pauvres d'avoir accès à l'école; toutefois, le processus ne s'est pas fait sans heurts et la gratuité a créé de nouveaux problèmes :

²⁹ Les informations de cette section, à moins d'indication contraire, proviennent des entretiens avec Takondwa, Stephen et Gerald qui travaillent tous dans le secteur public, en éducation.

³⁰ L'expression « *life skills* », en vogue dans le monde anglophone depuis les années 1970, se traduit mal en français par « habiletés pour la vie ». Elle fait référence aux habiletés psychosociales nécessaires pour utiliser une information, et est donc très répandue pour qualifier les cours qui abordent la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Le concept est promu, notamment, par les organisations onusiennes – voir par exemple (UNICEF, 2004).

The introduction of free primary school education in 1994 created chaotic scenes throughout the country as the number of teachers did not match the spiralling number of pupils, with unqualified teachers and a lack of teaching materials making quality education a distant dream in most schools at both primary and secondary levels (Englund, 2004, p. 10).

De plus, les enfants issus des familles les plus pauvres finissent moins le primaire, la qualité de l'éducation n'a pas réussi à suivre l'augmentation massive du nombre d'élèves – avec comme conséquence un taux de décrochage élevé, et un taux de diplomation bas (Al-Samarrai et Zaman, 2007 ; Chimombo, 2009). Même dans le cas de l'école primaire, certains frais comme l'achat d'un uniforme peuvent s'avérer trop coûteux pour certaines familles – surtout dans le cas des filles, dont l'éducation est rarement une priorité pour leur famille.

L'éducation sexuelle dispensée dans les écoles africaines fait l'objet de relativement peu d'évaluations rigoureuses; une revue des études disponible révèle que ce type d'éducation a généralement un effet sur les attitudes et les connaissances, mais n'influence que peu les comportements concrets des adolescents (Paul-Ebhohimhen, Poobalan et van Teijlingen, 2008).

4.1.1 Approche et contenu du curriculum

Le programme de LSE a été instauré en 1997 – soit plus de dix ans après les débuts de l'épidémie, et trois ans après les premières élections multipartites. Auparavant, certains sujets liés à la sexualité étaient abordés dans d'autres matières : par exemple le système reproductif était étudié en biologie, les questions morales étaient abordées dans les cours de religion (*bible studies*). Toutefois, ces cours donnaient l'information de manière superficielle, d'autant plus que la mention de sexualité a tendance à rendre les élèves très excités, et les enseignants très mal à l'aise.

D'abord un projet pilote implanté en 4^e année du primaire, le programme de LSE fut éventuellement appliqué à toutes les années du primaire. La quatrième année fut choisie en premier lieu parce que le curriculum des quatre premières années du primaire n'adressait nulle part les questions liées à la sexualité. Par ailleurs, avant l'introduction de la gratuité scolaire au primaire, la majorité des élèves cessaient de fréquenter l'école

vers la 4^e année. C'était donc une année cruciale pour rejoindre un nombre significatif de jeunes avec des informations liées à la santé sexuelle et reproductive.

Le curriculum de LSE est inspiré de celui développé par plusieurs autres pays africains, et se fonde sur le développement d'habiletés psychosociales par les élèves (*skills-based learning*), en opposition à une approche basée sur l'assimilation d'informations. Différents thèmes ont été identifiés comme étant reliés, directement ou indirectement, à la transmission du VIH : le développement des adolescents, l'abus de drogues et d'alcool, les violences faites aux femmes et aux enfants, ou encore les pratiques culturelles néfastes. Ces thèmes ont été classés par ordre de priorité. Par ailleurs, seize habiletés psychosociales ont été identifiées : par exemple la prise de décision, la résolution de problèmes, la communication interpersonnelle, l'affirmation ou encore l'estime de soi. Dans les cours, chacun des thèmes est exploré, et met en exergue les différentes habiletés dont les jeunes ont besoin pour faire face aux problèmes qui se posent à eux au fur et à mesure qu'ils grandissent. L'information évolue selon l'année d'enseignement, en particulier l'information reliée à la sexualité.

4.1.2 Limites du curriculum

En accord avec la politique du Ministère de l'éducation, les cours de LSE font la promotion de l'abstinence jusqu'au mariage comme méthode de prévention du VIH chez les jeunes, tant au primaire qu'au secondaire.

With regards to HIV prevention, abstinence is the first choice that is stressed throughout the curriculum. This is in large part out of a cultural concern, since in Malawian cultures premarital abstinence is a very important moral issue and teenage sexuality remains a sensitive topic. [...] In schools, it is accepted to discuss condoms as one possible way to prevent HIV, but never as a preferred way or as a 100% safe prevention. Teachers and schools cannot deny children and youths access to information. However abstinence has to clearly be the first choice that is imparted to learners in primary and secondary schools. If pupils want more information in condom use, or want to access free condoms, they can do this in clinics and hospitals. There is no demonstration or distribution of condoms in schools. (Gerald, chargé de projet dans l'administration publique nationale).

Si un élève pose une question sur les préservatifs, l'enseignant peut répondre qu'il s'agit d'un moyen possible de se protéger, qui n'est toutefois pas 100% efficace et qui n'est pas préférable pour les jeunes qui sont à l'école. Il n'y a donc pas de promotion, de démonstration ni de distribution de condoms dans les écoles publiques; les enseignants ont la consigne de référer les jeunes aux dispensaires et aux cliniques pour avoir plus de renseignements ou pour se procurer des condoms.

Cette politique vient des consultations qui ont été faites par le Ministère de l'éducation auprès de parents et de communautés à travers le pays avant l'introduction des cours de LSE. Les parents, lorsqu'on leur demandait s'ils étaient ouverts à ce que leurs enfants reçoivent une éducation sexuelle à l'école, se disaient majoritairement en faveur de l'initiative. Les communautés constataient que leurs enfants adultes, supposés pourvoir aux besoins de leurs parents âgés, revenaient de la ville pour mourir au village; que leurs adolescents ne leur parlaient pas de sexualité; et que des nouveaux médias facilitaient l'accès à différents matériels pornographiques. Les parents étaient en général soulagés de savoir qu'une source fiable comme l'école publique allait transmettre des informations à leurs enfants.

Leur approbation s'arrêtait toutefois au sujet des condoms; une des personnes ayant participé aux consultations décrit la réaction des parents comme suit : « *We feel that the schools are the right place for our children to learn about HIV and AIDS. But we don't want you or the schools to teach about condoms. Teach them about the facts, teach them about abstinence, but we don't want condoms* » (Takondwa, employée dans l'administration publique nationale en éducation). Un intervenant d'une ONG qui fait des interventions dans les écoles corrobore cette information :

Experience has shown that parents, teachers are not flexible to talk about condom issues with young people. If you go in the peer groups, you find that these are issues that are talked about and actually the information that is circulating among them is wrong information. So we need to emphasize abstinence but condom use should not be left out, it's an important part of information that should be given to young people. But we meet challenges with condom use. Parents, teachers do not want us to teach children about use of condoms. Especially in lower primary school classes. They don't want – maybe I should say in primary school they don't want, even in secondary school they don't want (Charlton, coordonnateur d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

Cette réaction illustre la perception générale de parents malawites, selon laquelle ce sont les condoms qui encouragent la promiscuité sexuelle, et le fait d'interdire les condoms aide à préserver l'ordre moral. Les personnes ayant conçu le curriculum sont conscientes de la faiblesse de ce raisonnement, qui ne reflète pas nécessairement leurs propres connaissances ou convictions :

The problem is that we think if we give them correct information, they will be able to use it and make informed decisions - that's what we think. But the community doesn't think like that. The churches don't think like that. Because the Ministry of Education is trying to go along with what the community wants, that's why there is that policy: in primary and secondary school, no teaching the condoms (Takondwa, employée dans l'administration publique nationale en éducation).

La politique du gouvernement est toutefois populaire auprès de la population, et il ne semble y avoir aucun signe de changement à ce niveau.

De manière fondamentale, les tabous culturels limitent l'information « objective » qui est dispensée. Par exemple, les cours de LSE, pourtant conçus comme des cours de santé sexuelle et reproductive, n'incluent pas d'explication de ce en quoi consiste un rapport sexuel.

Going back to the reactions following the introduction of LSE; some people thought we were going to be teaching the children about sexual intercourse. Because of that, some of them started resisting, including some teachers (Gerald, chargé de projet dans l'administration publique nationale)

[do you teach about sexual intercourse per se?] No, we teach about sex and sexuality, and explain about the physical development in boys and girls, the changes which are taking place and how it affects their behaviour, so they'll know what is happening. Then, explain to them that as human being we are sexual, and it is normal that boys and girls should be attracted to each other. That's where they need these skills to control themselves, they have to know it's not their time. We tell them that sexual intercourse is part of sexuality. We don't teach them "This is how you do sexual intercourse", but we teach them that it's part of being human, it's an act that you have to do, but at the right time, not as students. Because you have a goal that you want to achieve (Takondwa, employée dans l'administration publique nationale en éducation).

Une telle information, semble-t-il, serait perçue par « l'opinion publique », en fonction de laquelle le Ministère de l'éducation élabore ses politiques, comme un encouragement à avoir des rapports sexuels et non comme une information factuelle concernant un

comportement humain. L'éducation sexuelle consiste donc majoritairement à une série de mises en garde contre les conséquences néfastes de la sexualité pré-nuptiale, et à l'impartition d'habiletés qui servent à « dire non » - sans que ne soit expliqué exactement ce à quoi on doit dire non.

Ces limites sont d'autant plus inquiétantes si l'on considère les âges des élèves du primaire et du secondaire. Il semble que la promotion de l'abstinence se fait plus facilement auprès des jeunes n'ayant jamais été sexuellement actifs, tandis que la promotion de l'utilisation des préservatifs fonctionne mieux avec les jeunes ayant déjà été sexuellement actifs (Paul-Ebhohimhen, Poobalan et van Teijlingen, 2008) – il serait donc plus ou moins utile de parler d'abstinence à des jeunes sexuellement actifs. Or le cycle primaire, qui commence à 6 ans, dure au moins 8 ans, et inclut donc les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans. Souvent, les jeunes des milieux ruraux vont commencer l'école plus tard, rater ou recommencer une année, et il n'est pas rare de voir des élèves terminer leur primaire à 16 ou 17 ans. Le cycle secondaire regroupe des adolescents âgés entre 14 et 20 ans, parfois mais rarement jusqu'à 22 ou 23 ans. Toutefois, la proportion de jeunes qui vont au secondaire est trop petite pour que les cours qui y sont dispensés soient considérés comme touchant la majorité des jeunes du pays. C'est l'école primaire qui constitue le meilleur moyen de rejoindre les jeunes adolescents avant et pendant qu'ils commencent à être sexuellement actifs.

4.1.3 Problèmes de mise en œuvre

Au-delà des limites inhérentes aux cours de LSE, un sérieux problème de mise en œuvre se pose : le ministère de l'éducation a rencontré une forte résistance de la part des enseignants, et l'enseignement des cours de LSE varie énormément selon les écoles et même selon les enseignants.

Une première raison, qui était présente particulièrement au début de l'implantation du programme, est le malaise qu'on plusieurs enseignants à devoir parler de sujets reliés à la sexualité avec les élèves. Plusieurs ne sont pas à l'aise avec les sujets abordés, et surtout avec les questions que ce cours suscite auprès des élèves – et qui souvent dépassent le contenu du curriculum. Les tabous culturels autour de la sexualité, et la conviction qu'il

devrait suffire de dire aux jeunes de s'abstenir, mènent chez plusieurs enseignants à un rejet de la matière.

Les enseignants du primaire et du secondaire ont été formés différemment à enseigner le LSE : ceux du primaire, très nombreux, sont formés par des responsables de districts, qui eux-mêmes ont reçu une formation donnée par des experts du Malawi Institute of Education (MIE). La formation initiale, de deux jours, s'est avérée insuffisante pour rendre les enseignants confortables avec la matière et motivés à l'enseigner; MIE prévoyait en octobre 2008 une série de nouvelles formations pour compléter celle ayant déjà été reçue. Les enseignants du secondaire, moins nombreux, reçoivent directement la formation de MIE, d'une durée de cinq jours.

L'autre problème majeur pour l'enseignement des cours de LSE en est un de charge de travail. Le problème se pose différemment selon le cycle d'enseignement. Au primaire, avec la gratuité scolaire, les classes sont surpeuplées et les enseignants surchargés. De plus, le corps enseignant, comme l'ensemble de la classe des professionnels, est particulièrement touché par l'épidémie de sida³¹, et plusieurs postes restes vacants suite à un décès. Dans ce contexte difficile, plusieurs ont vu l'arrivée d'une nouvelle matière à enseigner comme un fardeau supplémentaire dont ils n'avaient pas besoin.

À cette surcharge de travail s'ajoute la pression d'enseigner les sujets qui sont matière à examen. À la fin de la 8^e année du primaire, les élèves passent un examen qui comprend la matière depuis la 5^e année, et qui leur donne leur certificat d'école primaire. De même, à la fin de la 4^e année du secondaire, les élèves passent un examen qui couvre les quatre années du secondaire. Pour les enseignants, les sujets qui sont matière à examen sont prioritaires, puisque leur objectif est que le plus grand nombre d'élèves réussissent les épreuves finales. Les habiletés psychosociales se font donc souvent reléguer aux oubliettes devant l'urgence d'enseigner les matières jugées plus importantes. Étant donné la difficulté d'évaluer l'acquisition d'habiletés psychosociales, le ministère avait estimé que l'importance cruciale des LS pour la vie des jeunes serait une assez grande motivation

³¹ Au Malawi comme ailleurs dans la région, ce sont les gens les mieux éduqués et les plus riches qui sont le plus touchés par l'épidémie. Par exemple la prévalence du VIH dans le quintile de revenu le plus élevé était de 16%, alors qu'elle n'était que de 8% dans le quintile le plus bas (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 232).

pour leurs enseignants. Toutefois, devant l'ampleur du phénomène de non enseignement des cours de LSE, le ministère considère désormais la possibilité d'inclure le LSE dans les examens finaux, tant au primaire qu'au secondaire.

4.2 Initiatives de la société civile

L'éducation sexuelle séculaire dispensée par les écoles publiques est celle qui, en théorie, rejoint le plus d'enfants et d'adolescents. Toutefois, la « société civile », avec sa myriade d'ONGs, de projets, d'organismes communautaires et d'associations, est aussi impliquée dans la production de différents programmes de *Life skills* (LS). Sans tenter d'en faire un inventaire complet, deux exemples seront présentés : Banja La Mtsogolo, l'ONG de santé sexuelle et reproductive la plus connue et la mieux implantée à travers le pays, dont l'approche est assez médicale; et YouthNet and Counselling (YONECO), une ONG de jeunes caractérisée par une approche sociale.

Avant de passer aux études de cas, il faut souligner que les organisations qui oeuvrent dans la prévention n'ont pas la liberté d'élaborer eux-mêmes leurs propres messages. La NAC coordonne l'ensemble des interventions liées au VIH, divisées en quatre grands secteurs : secteur public, secteur privé, société civile et secteur religieux. C'est aussi la NAC qui établit quels messages de prévention peuvent être utilisés dans les matériaux d'information, d'éducation et de communication (*IEC materials*) :

In terms of messages, NAC is charged with that responsibility. Every year, they produce a guide of messages. They have a team of maybe 50 planners, and they meet for maybe a week or two to decide on messages targeting different audiences, including young people. After the design phase, there's a committee that meets to look over the materials. There's hundreds of messages, so the screening process is less than perfect. Experience has shown that whatever messages are put forward, they are usually adopted wholesale. After that, whomever wants to use the messages, they can get that compendium and pick the messages that fit best their purpose – be it posters, radio ads, etc. [...] When you repeat something too many times, the words lose their meaning. That's a challenge. We've been recycling the very same messages for a long time. [...] The channels are ok, in Malawi we use the radio, t-shirts, skirts, to a lesser extent the TV. But we've been producing the very same messages, just recycling the same messages (Gabriel, coordonnateur régional d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

Cette centralisation fait sens dans la mesure où les différentes campagnes de prévention doivent faire partie d'une action nationale cohérente. Toutefois, cet intervenant laisse entendre que les messages proposés par la NAC sont répétitifs, et n'ont pas été modifiés ou mis à jour beaucoup au cours des années. De plus, ces messages doivent être acceptables pour l'ensemble de la population malawite; il est dès lors difficile d'y inclure des messages spécifiques visant un groupe particulier – que ce soit un groupe d'âge, un groupe régional ou un groupe culturel – ou encore des messages plus avant-gardistes, plus choquants, pouvant percer la fatigue liée aux messages déjà entendus d'innombrables fois au cours des années.

4.2.1 *Société civile, donateurs et dépendance*

Le concept de société civile est le *buzzword* par excellence dans le champ du développement international, une expression à utiliser sans restriction, qui signifie à la fois tout et rien en particulier :

civil society, as the antonym of authoritarianism, is on everyone's lips – government officials, journalists, funding agencies, writers, and academics, not to mention the millions of people across the globe who find it an inspiration in their struggles for a better world. Cited as a solution to social, economic, and political dilemmas by politicians and thinkers from left, right, and all perspectives in between, civil society is claimed by every part of the ideological spectrum as its own (Chandhoke, 2007, p. 608)

Le concept, théorisé d'abord par Hegel, Marx et Gramsci, avait été mis de côté par les sciences sociales jusqu'aux années 1980, lorsqu'il fut ramené pour expliquer l'opposition aux régimes autoritaires d'Europe de l'Est et d'Amérique latine (Chandhoke, 2007, p. 610). Plus gestionnaire et moins contestataire que les mouvements sociaux, mais perçue comme plus démocratique et moins corrompue que les grands syndicats et les partis politiques, la société civile est encore souvent présentée comme l'alternative humaine, indépendante, entrepreneuriale et solidaire à l'État et au marché. Au Malawi, les associations en tout genre ont pris leur essor suite aux premières élections multipartites de 1994; avant cette date, les regroupements citoyens étaient fortement découragés par le régime Banda. Nous utiliserons ici l'expression « société civile » pour désigner la vie associative riche et diversifiée qui existe au Malawi: associations féminines de

microcrédits, clubs de jeunes, jardins communautaires, ONGs locales, cliniques indépendantes du système de santé public, pour ne nommer que ces exemples.

En contexte de forte dépendance à l'aide internationale, la société civile se transforme en quelque sorte dans un bras de mise en œuvre de l'industrie du développement, qui encore aujourd'hui permet de contourner en partie l'État³². Les associations, ONGs et regroupements d'organismes rencontrés dans le cadre de cette recherche organisent souvent leur travail autour des demandes administratives des différents donateurs mentionnés précédemment (section 2.4), et doivent constamment trouver moyen de faire se rencontrer les besoins de leurs membres et les priorités des donateurs. Un intervenant va plus loin dans sa critique de la dépendance financière à laquelle les organisations malawites font face :

Instead of looking at our priority as a nation, we say "Oh but the Global Fund will not accept that" – it's the problem of the Global Fund? It's our own problem! The priorities are being set in Geneva, yet we have our own issues here. What are the priorities in Africa? [...] Our priorities are being set over there, and we're just being told what to do. For example, you want to fund my organization; you'll tell me your priority areas, the thematic areas that you are into. You'll say " [...]Here's \$25000, go back and review your strategic plan so that it includes these things". I hastily go back to review my strategic plan, present it to you and you'll say "Oh! This is just what we have been looking for!". You pump millions of kwachas into my programme and say things are working, but in the first place, as a case worker on the ground, I had my own priorities. But you've dangled a juicy carrot before me, and I couldn't miss the call (Gabriel, coordonateur régional d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

Un autre intervenant parle de l'influence des donateurs sur les messages diffusés par des programmes de prévention à la radio :

The influence comes in terms of donor support. because they will influence the projects and programmes you're running. Our colleagues there [in another NGO], I could listen to their program, they would do exactly what I used to do on my programme, but now they've changed their approach and give a lot of emphasis on abstinence. And then I think their funding has come from the US. [...] The source of your funding will determine the contents of the messages you're disseminating. So as a third world country

³² Le phénomène, caractéristique du néolibéralisme, n'est d'ailleurs pas unique aux pays du Sud; sur le « complexe industriel sans but lucratif » aux États-Unis, voir (Incite! Women of Color Against Violence, 2009).

we are having a challenge, we want to eradicate or to minimize the impact of HIV, but then that will be influenced by the donors (Moses, employé d'une ONG en medias de communication).

Si une des organisations rencontrées réussissait à atteindre 20% d'autofinancement dans le cadre d'activités génératrices de revenus³³, les autres organisations interrogées à ce sujet citaient entre 1% et 5% d'autofinancement (Blessings, coordonnateur d'une ONG de jeunes; Emmanuel, coordonnateur d'une ONG qui œuvre auprès des jeunes; Jimmy, coordonnateur d'une ONG liée au VIH/sida dans la région Centrale). La dépendance financière est donc une réalité particulièrement vive pour la société civile.

4.2.2 Banja la Mtsogolo

Banja La Mtsogolo³⁴ (BLM) est la principale ONG de planning familial au Malawi, dont le nom est passé dans le langage courant à travers le pays. BLM a comme vision « *to see a Malawi where sexual and reproductive health, choice and well-being is attainable by all* » (Banja la Mtsogolo, 2008). L'organisme travaille principalement à travers ses 30 cliniques situées à travers le pays, où des services de planning familial sont fournis. Les personnes intéressées peuvent accéder à des méthodes de contraception temporaires (condoms, pilule contraceptive), à moyen terme (Depo-Provera en injections, stérilets) ou permanentes (ligature des trompes, vasectomie). BLM offre aussi des services anténataux, des services de laboratoire biomédical ainsi qu'une ligne téléphonique d'informations ouverte une journée par semaine, qui vise à répondre aux questions et à diriger les clients vers la clinique la plus proche. Ces services sont payants (sauf l'infoligne), mais à des prix subventionnés par les donateurs. Les cliniques sont situées dans la plupart des centres urbains régionaux du pays, généralement près du terminus de minibus.

BLM vise les jeunes à travers différents programmes et interventions. L'organisme fait la promotion des soins de santé conviviaux pour les jeunes (*youth-friendly health services*,

³³ Ces *income-generating activities*, connues sous l'acronyme de IGAs, sont mises de l'avant par plusieurs donateurs comme une manière de promouvoir l'autonomie financière et de réduire la dépendance. L'organisation en question avait un moulin à maïs, une boulangerie et un élevage de poussins, qui lui permettait de continuer ses activités même lorsque les subventions mettaient plusieurs mois à arriver.

³⁴ Banja la Mtsogolo signifie « une famille dans l'avenir » en chichewa.

YFHS) auprès des travailleurs et travailleuses de la santé. Dans le cadre du programme de promotion des YFHS du Ministère de la santé, BLM anime des séances auprès du personnel de santé des établissements publics et privés afin de les sensibiliser à l'importance d'offrir aux jeunes de tous les âges un service amical et dénué de jugement moral.

Aussi dans l'idée d'offrir aux jeunes des services de santé de qualité, BLM a établi cinq centres ouverts aux jeunes sans rendez-vous préalable (*youth drop-in centres*), qui sont situés à travers le pays. Ces centres sont presque tous situés à côté d'une clinique BLM régulière, et accueillent les jeunes avec des services de santé mais aussi des activités sportives et récréatives, notamment des jeux d'intérieur, du soccer, du théâtre. Le but de ces centres est d'offrir un espace accueillant pour que les jeunes soient plus nombreux à accéder à l'information et aux services dont ils ont besoin. L'ouverture aux jeunes et le travail de sensibilisation semblent porter leurs fruits : en 2007, BLM était cité comme la source de services contraceptifs préférée de 20% des jeunes hommes et 17% des jeunes femmes (Wittenberg *et al.*, 2007, p. 24).

Comme les jeunes qui habitent en milieu rural peuvent difficilement avoir accès aux cliniques ou aux centres pour jeunes, BLM a mis sur pied un service d'éducation et de distribution par les pairs. Plus de 450 jeunes agents de distribution communautaire (*community-based distribution agents*, CBDAs) représentent BLM dans les régions rurales, et distribuent de l'information, des condoms et des pilules contraceptives aux jeunes de leur communauté. Ces jeunes ont reçu une formation d'environ un mois sur la santé sexuelle et reproductive, les différentes méthodes de contraception et les techniques de *counselling*; ils sont bénévoles, mais reçoivent une minuscule allocation mensuelle et parfois un vélo pour leurs déplacements. Recrutés pour une période de deux à trois ans, certains continuent le travail de CBDA pendant beaucoup plus longtemps – pour garder l'allocation et le vélo, tous deux précieux en milieu rural, mais aussi parce que très peu d'autres opportunités d'occupation s'offrent à eux.

Comme la plupart des organisations laïques, BLM utilise l'approche ABC. Le cœur de l'activité de BLM est la distribution de moyens de contraception, incluant les préservatifs.

Les responsables nationaux prônent une approche sans jugement moral, centrée autour de l'expérience des jeunes clients :

The provider has to ask, "Can I help you? What do you want me to do for you?". If somebody hasn't come for a lecture, why do you force your lecture on them? They will tell you exactly what they want – they want an oral contraceptive pill. Some questions should come because we need to understand them – do you have health problems? which type do you use? But if someone asks for pills and you tell them "Sit down. Let me tell you about abstinence", that's not fair (Esther, chargée de projet dans une ONG qui oeuvre en santé).

En principe, BLM s'appuie sur l'approche des YFHS pour offrir aux jeunes des services de qualité, et travaille activement à faire reconnaître le droit des jeunes à des services de santé de qualité, peu importe leur état civil ou la nature de leurs besoins :

We are trying to make the service providers be more friendly to these young people, to provide the services as if they were providing them to an adult. They don't have to judge anybody. If a young person says "I want a condom", regardless of their age, they have to get that condom, without being asked questions. This is how we have already lost a lot of young people. Once a 14 year-old comes to say "I want a condom", it's a clear indication that this girl or boy is sexually active. The moment you start judging them, they'll do it anyway and they'll end up getting a lot of problems (Esther, chargée de projet dans une ONG qui oeuvre en santé).

Il y a donc, en principe, une approche de démoralisation de la sexualité des adolescents au nom de leur bien-être physique, accompagné du discours des droits humains.

Toutefois, le son de cloche peut être assez différent dans les cliniques elles-mêmes, comme le montre cet extrait d'entrevue avec le responsable d'un centre de jeunes :

There are some [young people] who come here accessing the condoms simply because they don't know how to abstain, so we normally stress abstinence, how they can abstain, those particular techniques [like reading a book about mathematics or taking a cold shower]. Simply because abstinence is the very effective way of preventing these STIs and HIV/AIDS. [...] They come in here accessing condoms, but they may not know there are other ways how they can prevent it, or that they can run away from sex. So we give them counselling on abstinence and faithfulness. And still, if they really insist, we give them with counselling, to say how you have to use a condom effectively, following the procedures, the steps (Arnold, employé d'une clinique pour jeunes).

Il semble donc que la mise en œuvre d'une approche sans jugement moral soit plus facile à dire qu'à faire. Cette réponse doit être nuancée : d'une part, et c'est important à considérer, les informateurs moulent parfois leurs réponses sur ce qu'ils pensent qui est désirée par la chercheuse. Ayant compris que nous nous intéressions particulièrement à la question de l'abstinence, cet intervenant a pu mettre de l'avant la promotion de l'abstinence dans le but de donner la réponse qu'il percevait être attendue. Par ailleurs une maîtrise imparfaite de l'anglais laisse place à certaines maladresses de langage, et peut-être les termes anglais utilisés sont-ils plus forts que ne l'aurait été les termes en chichewa.

Toutefois, cette réponse semble révéler un phénomène de fond : peu importe la politique annoncée par une organisation, ses employés restent des personnes dotées de valeurs et de normes qui sont reflétées dans leurs interventions. Dans ce cas-ci, qui n'était pas isolé, on voit l'approche AB(c) à l'œuvre : les éléments A et B sont présentés aux jeunes comme étant plus efficaces et plus souhaitables pour eux que l'élément C. Un jeune doit donc être déterminé à repartir avec des condoms dès son arrivée à la clinique – et par conséquent avoir obtenu ailleurs l'information initiale sur les condoms. Cet intervenant fait des démonstrations de condoms dans le cadre de son travail, et distribue gratuitement des condoms aux jeunes qui en font la demande, mais pas sans avoir précisé que c'est une solution de deuxième choix.

4.2.2 YONECO

Si BLM est au centre du secteur de la santé sexuelle et reproductive au Malawi, plusieurs organisations font de la prévention en utilisant une approche plus sociale que médicale. YouthNet and Counselling (YONECO) est une des plus anciennes ONG dédiées à la jeunesse au Malawi. Fondée en 1997 dans la ville de Zomba, dans le Sud du pays, « *YONECO is an NGO that is committed to empowering youth, women and children, preventing HIV, mitigating the impact of AIDS and promoting democracy and human rights for social economic development* » (YouthNet and Counselling, 2008). L'organisation a un bureau central à Zomba, et met ses programmes en œuvre à partir de six bureaux de district. Un de leurs quatre programmes vise spécifiquement le

développement des jeunes; les autres portent sur les femmes et les enfants; les soins et le soutien aux personnes affectés par le sida; et les droits humains et la démocratie.

Le programme de développement des jeunes comporte plusieurs éléments, et vise différents groupes de jeunes. L'ONG travaille avec des clubs de jeunes, en contexte scolaire et communautaire. Dans les deux cas, les intervenants forment les membres du club à faire de l'éducation par les pairs (*peer education*) en utilisant le théâtre et les activités sportives pour transmettre des messages reliés à la prévention du VIH. Pour les jeunes qui ne sont pas à l'école, les interventions incluent aussi le développement de moyens de subsistance, par exemple en offrant des prêts et des formations en gestion des affaires pour aider les jeunes à démarrer une micro entreprise. L'organisme vise aussi des clientèles marginalisées plus difficiles à rejoindre : mères adolescentes, travailleuses du sexe et travailleuses domestiques. L'objectif des interventions est de transmettre des informations pour prévenir le VIH et d'encourager les jeunes à terminer leur parcours scolaire.

L'organisme offre différents types de counselling. Les gens peuvent rencontrer des conseillers en personne dans l'une des permanences ouvertes au public sans rendez-vous préalable (*drop-in centers*). Ce sont surtout les femmes mariées qui utilisent ce service, le plus souvent pour rapporter une situation de violence conjugale; le personnel peut ensuite les référer à la police ou aux services sociaux. Par ailleurs, YONECO a mis sur pied en 2006 la première et la seule ligne téléphonique d'aide (*helpline*) au pays. Il s'agit d'un numéro sans frais, disponible 12h par jour, et qui sert à fournir des informations, à recueillir les témoignages d'abus et à offrir du soutien aux jeunes qui vivent des situations difficiles. Des tels services sont disponibles pour une variété de sujets dans la plupart des pays industrialisés, et ont eu un succès certain ailleurs en Afrique ou en Asie (Chandiramani, 1998 ; Stadler et Hlongwa, 2002). Le service de YONECO reçoit environ 20 appels par jour, majoritairement de garçons, qui appellent souvent pour vérifier une information entendue ailleurs – est-il possible pour une fille de tomber enceinte au premier rapport sexuel? le VIH peut-il être transmis si on a un rapport sexuel debout? Les conseillers passent donc beaucoup de leur temps à rectifier certains des mythes qui circulent auprès des jeunes. Il semblerait que de telles lignes téléphoniques, gratuites et

anonymes, soient souvent le premier recours de jeunes en situation difficile, et permette d'éviter des expériences malheureuses aux jeunes en les référant directement à des services spécialisés pour les jeunes – si de tels services sont accessibles, évidemment (Stadler et Hlongwa, 2002, p. 371).

L'approche utilisée par YONECO dans ses interventions auprès des jeunes est complète : tous les éléments de l'ABC de la prévention sont présentés aux jeunes, que ce soit dans les sessions de LS faites dans les écoles, dans les clubs de jeunes, ou auprès des jeunes qui appellent la ligne d'aide. En milieu scolaire, l'abstinence est mise de l'avant comme le comportement le plus approprié pour les jeunes – en partie à cause de la politique officielle du ministère de l'éducation qui interdit la promotion des condoms dans les écoles. C'est aussi l'abstinence secondaire qui est recommandée aux mères adolescentes, qui sont encouragées à retourner à l'école. L'utilisation des condoms y est mentionnée, mais sans que ce soit le focus de l'intervention.

En dehors des écoles, l'organisme présente systématiquement l'ensemble des options qui permettent de se protéger. Une caractéristique de YONECO est sa reconnaissance de l'hétérogénéité que recèle la catégorie des « jeunes » : certains sont mariés, certains sont parents, plusieurs sont dans des relations amoureuses, certains ont recours à la prostitution de manière occasionnelle ou régulière. *« As an institution, we've always said that we can't run the risk of emphasizing only one thing to young people. We should provide them with what is the reality on the ground, talk to them about the ABC approach »*, explique un membre du personnel (Churchill, coordonnateur d'une ONG qui œuvre auprès des jeunes). Pour lui, l'abstinence et l'utilisation du condom ne sont pas, à la base, des messages contradictoires, mais ils sont parfois présentés comme tels. Le problème vient essentiellement des valeurs religieuses : la majorité des jeunes se considèrent très croyants, et se font dire au sein de leur communauté religieuse que l'abstinence est la seule manière de se protéger. En dehors du milieu religieux, d'autres organismes leur présentent des alternatives également valables pour se protéger du VIH.

4.3 L'éducation sexuelle basée sur la peur

L'éducation sexuelle laïque peut-elle être cet idéal d'une approche compréhensive, dénuée de jugements de valeur et respectant le droit des adolescents à une information complète et correcte? Au Malawi, il semble que non. Malgré des intentions louables et des programmes parfois intéressants sur papier, l'éducation sexuelle opère systématiquement une hiérarchisation des ABC qui limite l'information disponible pour les jeunes, et qui finit par être une approche AB(c).

Systématiquement, les sessions de LS et le *counselling* qui visent les jeunes « ordinaires », et non les travailleuses du sexe ou un autre groupe à risque, mettent de l'avant la supériorité de l'abstinence. C'est la politique officielle du ministère de l'Éducation dans les écoles, et c'est l'approche qui était favorisée par les intervenants rencontrés. Les exemples suivants illustrent le discours qui nous semble typique des intervenants en prévention que nous avons rencontrés :

If you can abstain, it's better to abstain until you are married. As young people you are future leaders so when you are young and productive you should abstain. But sometimes you feel you cannot abstain, then you should use a condom (Dorothy, chargée de projet dans un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

You'll see an organization implementing activities related to abstinence, encouraging people to abstain from sex. But they know for sure that not the majority abstains from sex, so they say "Ok, abstinence is good because it's 100% sure, if you abstain from sex there's no way you'll get HIV/AIDS. But if you cannot, then use condoms" (Arthur, chargé de projet dans l'administration publique nationale).

Sex workers would be targeted with message of condom use. Young people should get messages of abstinence, but again some young people may not really abstain so they should use a condom. For families, you can use faithfulness (Jonas, chargé de projet d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

The primary message that we give to young people, especially those in school, is abstinence. It is the primary message that we give young people. Of course we also give them the messages to do with maybe condom use. But the primary message for the in-school young people is abstinence. And in the [training tool] that we use for life skills, there are good sections that actually assist young people to abstain. [...] But for out-of-school youth we give them all this information: abstinence, mutual faithfulness and condom use (Charlton, coordonnateur d'un regroupement d'associations liées au VIH/sida).

Condom is the last thing, really to be given. Abstinence, you have to be faithful (Arnold, employé d'une clinique pour les jeunes).

So for young people, we mean “be faithful to yourself”, you should abstain. Then later you move forward. And if you happen to be different, and that’s your choice, now we can talk about condoms. [...] We say “You as young people, the best option for you is abstinence – because even with condoms, you can’t use them consistently and correctly all the time” (Gabriel, coordonnateur d’un regroupement d’associations liées au VIH/sida).

Le message est clair : idéalement, les jeunes doivent s’abstenir de tout rapport sexuel avant de se marier. Étant donné le lien étroit entre l’établissement d’une relation amoureuse et le début des rapports sexuels, les intervenants à qui nous avons parlé recommandent généralement aux adolescents et aux jeunes adultes d’éviter les relations amoureuses jusqu’à ce qu’ils aient « atteint leur but » - le plus souvent, jusqu’à la fin des études primaires ou secondaires.

You must have a goal, otherwise you can think “intercourse is amusing, let’s go for it”. As a young person, your first goal is usually to complete your education. How is that done? By studying very hard and postponing sexual intercourse, postponing relationships with boys until you complete your university education. You set yourself a goal and you work towards it (Mercy, secteur public en santé).

L’efficacité de tels messages, qui vont à l’encontre des idéaux de genre des jeunes pour qui il est bien vu d’avoir un copain ou une copine, est questionnable.

D’autre part, dans cet esprit, l’utilisation du condom est présentée comme une solution de 2^e choix. Le vocabulaire utilisé est révélateur : le condom est nécessaire pour ceux et celles qui « n’arrivent pas à se contrôler », qui « se livrent à la promiscuité », qui « cèdent à la tentation ». Même les approches les plus complètes, qui posent le moins de jugements sur les pratiques sexuelles des jeunes, utilisent un discours du condom comme défaite – les italiques sont de nous.

We need to face facts here, abstinence might not work for everybody. It’s natural in a human being, even if you are told of abstinence, you still want to have sex. That’s why we say that *for those who are not able to abstain*, let’s tell them that there are alternatives that they can use to prevent HIV (Churchill, coordonnateur d’une ONG qui œuvre auprès des jeunes).

Sometimes we just give the information, as a bunch – this is the list of ways of how best you can make a good future for yourself. Go for condoms, for abstinence – you point how every method has its advantages and disadvantages. We have talks and we give them choice. *To those who feel they are not able to control themselves*, to abstain, then a condom can be used (Blessings, coordonnateur d’une ONG de jeunes).

Comme le souligne un intervenant en santé qui travaille dans une organisation religieuse, le fait de présenter le condom comme une défaite pose un obstacle à son utilisation : « *If they use a condom, they feel that they have failed, and so maybe they stop using it* » (Baldwin, chargé de projet, organisation chrétienne qui oeuvre en santé). Le condom n'est pas un choix parmi d'autres; c'est une solution de rechange pour ceux et celles qui ont échoué.

Les intervenants rencontrés parlent rarement des jeunes qui « choisissent » d'avoir des rapports sexuels, plutôt de ceux et celles qui « ne peuvent s'en empêcher », mus par une force extérieure à leur volonté. Ce discours fait partie d'une tendance lourde dans le monde de l'éducation sexuelle séculaire, celle d'accepter les termes de l'approche moraliste et de présenter la sexualité comme une substance contaminante, et comme une force extérieure et hostile (Real Reason, 2008, p. 12). Pour les jeunes, l'utilisation du préservatif est donc présentée comme un échec de volonté, de caractère moral, d'affirmation de soi – dans tous les cas, un échec profond et individuel.

Chez les adultes, la situation est différente. Les condoms sont neutralisés moralement lorsqu'ils sont utilisés par des couples mariés à des fins de contraception, et pour les couples sérodiscordants – on retrouve ici la catégorie des victimes innocentes, époux et épouses fidèles devant être protégés dans l'accomplissement du devoir conjugal.

The issue of discordant couples has brought new levels of acceptance for condoms, even among churches that used to reject them altogether. The acceptance is still very limited, only for discordant married couples, but it is a step forward from previous stigma (Martin, employé dans l'administration publique locale dans la région centrale).

Les préservatifs sont aussi vus comme nécessaires pour les travailleuses du sexe, en attendant qu'elles décident d'arrêter la prostitution pour gagner leur vie autrement.

La constante, à travers l'éducation sexuelle laïque, est son recours à la peur des conséquences de la sexualité pour convaincre les jeunes de s'abstenir ou, « s'ils en sont incapables », d'utiliser un préservatif. Il est certain que les rapports sexuels non protégés peuvent avoir des conséquences particulièrement désastreuses. Toutefois, il n'y a pas que des conséquences négatives à la sexualité, et les rapports sexuels consentants et protégés ne posent pas de risques pour la santé des jeunes (Santelli *et al.*, 2006, p. 74). Ce message, qui va dans le sens contraire de l'idéal sexuel dominant, n'a pas été mentionné par les intervenants rencontrés, et

ne semble pas faire partie des curriculums de LS qu'ils utilisent. C'est peut-être parce que pour la santé publique en général, les rapports sexuels sont avant tout des facteurs de risques à éviter; il y a donc bien peu de cette vision positive de la sexualité qui est au cœur du modèle de la santé sexuelle. Bien que les directeurs de programmes reconnaissent la nécessité de parler des condoms, très peu semblent oser défier l'idée que de présenter la sexualité comme pouvant être acceptable et vécue de manière saine revient à encourager la jeunesse à vivre dans une immoralité totale. En conséquent, les initiatives laïques n'arrivent pas à briser la perception négative et le silence qui entoure toute forme de sexualité adolescente.

CHAPITRE V

L'ÉDUCATION SEXUELLE RELIGIEUSE : POTENTIELS ET LIMITES

C'est dans un milieu quelque peu inattendu qu'on trouve une alternative à l'éducation sexuelle paralysée du milieu séculaire : c'est en effet au sein des églises et des organisations confessionnelles (*faith-based organizations*, FBOs) que les discours sur l'éducation sexuelle nous ont semblé les plus ouverts. Le champ des interventions religieuses en prévention du VIH est très diversifié, et inclut tout un continuum d'attitudes, de messages et d'approches souvent contradictoires. C'est toutefois au sein de ce milieu que se trouvent des interventions qui utilisent une approche réellement positive à la sexualité, approche qui fait si cruellement défaut au milieu séculaire. Nous dresserons d'abord un bref portrait du paysage religieux au Malawi, avant de présenter les potentiels et les limites de l'éducation sexuelle religieuse.

5.1 Paysage religieux au Malawi

La religion est un élément incontournable de la vie sociale au Malawi. Contrairement à la réserve occidentale qui la considère comme une affaire privée, voire intime, au Malawi la religion figure presque toujours dans les trois premières questions posées à une étrangère : « D'où venez-vous? Êtes-vous mariée? Quelle église fréquentez-vous? ». La possibilité de l'athéisme semblait difficile à comprendre pour les Malawites « ordinaires », rencontrés dans la rue ou les transports en communs, et restait étrange pour les Malawites habitués à côtoyer des *azungus*. Comprendre l'importance de la religion dans la société malawite constitue une première étape pour situer le potentiel des interventions religieuses en éducation sexuelle.

5.1.1 Quasi universalité de la croyance, principales églises

La croyance religieuse est un phénomène qui est à la fois vaste et profond au Malawi : l'immense majorité des gens sont croyants, et cette croyance occupe une place centrale dans la vie de tous les jours. Un pasteur évangéliste résume la situation :

In Malawi, wherever you go you'll find a church and people worshipping God. There's a high consciousness of God. This is different from the West. Over 80% of Malawians identify as Christian, then there are 15% Muslims, and 5% who don't have a God. Actually, you won't really find people who don't believe in God; and if you tell them you don't believe in God, they will tell you: "You are stupid". [...] So the remaining 5% would be believers

in traditional cultural religions, in the spirits of the ancestors (Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises)

La majorité de la population est donc chrétienne, avec une importante minorité musulmane, et la présence de différentes croyances, spiritualités et « sociétés secrètes » traditionnelles selon la région du pays. Les communautés musulmanes sont concentrées autour du lac Malawi, et correspondent à l'aire culturelle des tribus Yao. Dans le recensement de 1998, 3.1% des répondants ont déclaré avoir une « autre » religion, et 4.3% des répondants ont déclaré n'avoir pas de religion (National Statistical Office of Malawi, 2000, p. 40). Ces « athées » étaient géographiquement concentrés dans certaines zones de l'extrême sud et le centre du pays, ce qui semble indiquer qu'il s'agirait plutôt d'adeptes de spiritualités traditionnelles pour qui le mot « religion » réfère spécifiquement à l'islam ou au christianisme (Benson *et al.*, 2002, p. 63).

La majorité chrétienne est répartie en une variété de dénominations, et aucune église ne forme une majorité convaincante. Les chiffres les plus récents datent de la *Demographic and Health Survey* (DHS) de 2004, dans lequel les Catholiques représentaient environ 22% des répondants et les musulmans 12% (National Statistical Office of Malawi, 2005, p. 26). Les églises protestantes sont divisées en deux catégories : d'une part les églises protestantes historiques (*mainline churches*), établies de longue date par des missionnaires et institutionnalisées dans des réseaux et des structures nationales et internationales; et d'autre part les églises évangélistes, d'origine plus récente, en pleine croissance. La plus importante dénomination protestante historique est la *Church of Central Africa Presbyterian* (CCAP), qui compte pour presque 19% des croyants et dont les représentants ont joué un rôle important et généralement progressiste dans l'histoire coloniale du pays (Thompson, 2005). Les autres Chrétiens sont répartis dans une variété de dénominations : Anglicans, Luthériens, Adventistes du Septième Jour, Témoins de Jéhovah et une foule de dénominations baptistes et pentecôtistes, d'origine occidentale (*Assemblies of God*, du Kansas aux États-Unis), africaine (*Winner's Chapel*, du Nigéria) ou locale (*Word Alive Ministries*, de Blantyre au Malawi). De plus en plus, chaque église ou dénomination a développé une structure, parfois incorporée en ONG, qui s'occupe de projets de développement; voir par exemple (Word Alive Ministries International, 2009).

Comme ailleurs en Afrique et dans les pays postcoloniaux, les églises évangélistes dites charismatiques sont en forte croissance au Malawi depuis les années 1980, et particulièrement depuis les années 1990 (Daneel, 2004 ; Freston, 2001 ; Gifford, 2004 ; Ranger, 2008 ; Robbins, 2004). Gifford explique leur montée dans les années 1980 par des facteurs à la fois spirituels et socio économiques : comme les religions africaines précoloniales, ces versions du christianisme mettent l'accent sur la vie matérielle et promettent des solutions immédiates aux problèmes des croyants – le tout dans un contexte d'appauvrissement, de marginalisation politique et d'aspiration de la jeunesse africaine au mode de vie américain (Gifford, 2004). De plus, avec le chômage et le sous emploi massif qui touchent la majorité des sociétés africaines, ces nouvelles églises constituent une source de revenus pour leurs leaders, qui se donnent en exemple de la prospérité qui arrive naturellement aux « bons » chrétiens. Les fidèles des églises *mainline*, et tout particulièrement les catholiques, sont la première cible de recrutement des églises charismatiques. Ainsi la plupart de nos répondants qui se disaient évangélistes s'étaient convertis une fois adultes.

Si la religion est centrale dans la vie de la majorité des gens au Malawi, elle est vécue avec une assez grande fluidité. Les conversions et changements de dénomination sont chose courante, et ont lieu pour une variété de raisons. Il est fréquent que les femmes se convertissent à la religion de leur époux, même si cela implique de passer de l'islam au christianisme et vice-versa. D'autres raisons m'ont été expliquées pour justifier un changement de dénomination : l'envie de prendre une part plus active dans la vie religieuse³⁵, la rencontre avec un pasteur charismatique, ou encore le rejet par une église conservatrice à cause d'une apparence jugée inappropriée. Cette fluidité n'est pas chose nouvelle : il n'est pas rare que trois générations d'une même famille appartiennent à trois dénominations différentes.

³⁵ Contrairement aux églises catholiques et *mainline*, où il existe une distinction claire entre le clergé et les fidèles, les églises évangélistes permettent aux croyants de prêcher et d'exercer un certain leadership au sein de l'église.

5.1.2 Milieu associatif religieux³⁶

Les églises et les mosquées ne font pas que des services religieux les dimanches et les vendredis, elles sont au cœur d'une vie associative foisonnante. La plupart des congrégations offrent l'école du dimanche pour les enfants, ainsi que des groupes pour les jeunes et les femmes, parfois pour les hommes aussi. Ces groupes sont dédiés principalement à l'étude de la Bible ou du Coran, à des rencontres de prière et à des œuvres caritatives telles que les soins aux personnes malades ou aux orphelins. Les jeunes participent aussi souvent aux chorales de leur église, avec lesquelles ils ont la possibilité de voyager pour faire des concerts. Selon les intérêts du groupe et l'ouverture des dirigeants de la congrégation, les groupes de jeunes seront aussi des lieux où des sessions d'information ou des discussions sur le VIH/sida peuvent avoir lieu.

Par ailleurs, il existe des organisations chrétiennes pour les jeunes, *Scripture Union Malawi* et *Students Christian Organization of Malawi* (SCOM), qui sont dédiées respectivement aux jeunes du primaire et aux adolescents. Les deux font partie de réseaux internationaux et sont implantées au Malawi depuis les années 1960. *Scripture Union* anime des clubs dans les écoles primaires publiques et privées, et est parfois mis en charge de donner les leçons du programme public de *Life Skills* dont le contenu lié à la sexualité met les enseignants tellement mal à l'aise. SCOM vise les étudiants au secondaire et dans les institutions postsecondaires, dont l'Université du Malawi mais aussi la multitude de collèges techniques et de collèges pour la formation des enseignants. Leurs objectifs sont d'évangéliser et de porter témoignage (*discipleship*), c'est à dire, respectivement, de convertir les non chrétiens et d'approfondir la foi des chrétiens. Les activités liées au VIH font partie du deuxième objectif, puisqu'elles visent à améliorer la vie des jeunes chrétiens. Ces organisations sont « chrétiennes », et ne sont pas liées à une église ou une autre.

³⁶ Les informations de cette section proviennent d'entrevues avec des intervenants issus de différentes églises et organisations religieuses : Clifford, coordonnateur d'un regroupement d'églises; Baldwin, chargé de projet au sein d'un organisme religieux qui œuvre en santé; l'Association Naseeha, qui regroupe des jeunes musulmans dans la région centrale; Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises; Joshua, chargé de projet pour un regroupement d'églises; Penny, employée d'une église chrétienne; Jacob, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes; Hazel, responsable des droits humains pour un organisme religieux; Herbert, responsable du VIH/sida pour une église chrétienne; Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes; et Lucy, intervenante auprès des jeunes pour une église chrétienne.

Les activités des clubs de jeunes sont variées; elles visent en général à stimuler l'échange entre les membres (*inreach*) et à faire le bien auprès des jeunes de l'église et de la communauté environnante qui ne font pas partie du club (*outreach*). Certains clubs de jeunes, au sein d'églises et d'écoles, suivent un véritable curriculum d'éducation sexuelle, animés par des jeunes leaders ayant été formés comme éducateurs pairs. D'autres clubs tiennent des discussions hebdomadaires variées, parmi lesquelles certaines portent sur le VIH/sida; ils invitent parfois des intervenants du milieu de la santé à leur donner une présentation sur les données de base sur le virus, après quoi les jeunes membres discutent librement. Ces clubs confessionnels organisent aussi parfois, à l'instar de leurs contreparties laïques, des événements spéciaux comme des festivals (*open days*), des pièces de théâtre ou des concerts durant lesquels ils diffusent des messages pour la prévention et contre la discrimination. La plupart des clubs vont, à l'occasion, faire des visites de charité aux malades et aux orphelins de leur communauté.

Ces lieux sont d'importants espaces de socialisation et de liberté pour les jeunes; la respectabilité présumée de l'église lève en partie les soupçons d'immoralité qui pèsent habituellement sur tout regroupement de jeunes. Les activités religieuses sont notamment des lieux propices aux rencontres amoureuses pour les jeunes croyants. Par exemple, un intervenant a rapporté que les jeunes filles membres de son groupe de prière ont curieusement délaissé le groupe après qu'il se soit fait une copine (Vincent, chargé de projet dans une ONG oeuvrant auprès des jeunes). En 2008 la *Malawi Interfaith AIDS Association* (MIAA) a publié des affiches de sensibilisation qui portaient le message : « N'utilisez pas les voyages de la chorale pour avoir des comportements immoraux! » après avoir constaté que plusieurs jeunes profitaient des voyages pour avoir des rapports sexuels entre eux (Ken, employé dans un regroupement d'églises).

5.1.3 Distinction entre religieux et laïque

Étant donné l'importance de la religion dans la vie sociale, la pertinence de la distinction entre le religieux et le laïque dans la société malawite pose problème. La forte religiosité de la plupart des intervenants rencontrés, et la professionnalisation de l'intervention, brouillent les limites entre le religieux et le laïque. Bien sûr, certains discours proviennent

explicitement d'institutions religieuses et d'autres, non; toutefois, nous avons entendu très peu de discours, même en milieu laïques, qui n'étaient pas marqués par des références religieuses. Les professionnels du développement passent, au gré des contrats, de la promotion des condoms au sein d'organisations laïques à l'incitation à l'abstinence et à la fidélité dans une organisation chrétienne. Lorsqu'un grand hôpital public cherchait des bénévoles à former pour assurer les services de dépistage du VIH, l'administration s'est tournée vers une église évangéliste qui visitait régulièrement les malades (Lucy, employée dans une église). Lorsque les écoles ne veulent pas donner elles-mêmes les cours d'éducation sexuelle, elles font appel à Scripture Union qui est en charge de cette matière dans plusieurs écoles publiques (qui enseignent toutes, par ailleurs, une matière intitulée *Bible Studies*). Comme il a été démontré précédemment, même les programmes les moins moralisateurs et les plus laïques sont parfois mis en œuvre par des personnes profondément religieuses, avec des résultats problématiques, notamment au niveau de la hiérarchisation des messages de prévention.

Si ce phénomène a des implications pour la mise en œuvre de programmes, il en a aussi pour la vie spirituelle des principaux intéressés. Du coordonnateur de réseau d'ONG qui s'est fait convoquer par l'évêque catholique pour expliquer son travail de promotion des condoms, aux tiraillements intérieurs d'un fonctionnaire onusien de longue date qui réconcilie mal sa foi et ses connaissances en santé publique, tous les intervenants rencontrés avaient quelque chose à dire sur le sujet. Pour expliquer la pertinence de leur travail en milieu laïque, plusieurs se contentent d'un « Si je ne le fais pas, qui s'en occupera? », tandis que d'autres opèrent une séparation entre leur vie professionnelle et leur vie spirituelle. Certaines personnes se basent sur des citations bibliques pour justifier l'importance de leur travail de promotion des préservatifs : « My people are destroyed for lack of knowledge » (Osée 4 :6), cite un producteur de radio, tandis que d'autres me rappellent doucement que Jésus a dit « Que celui d'entre vous qui est sans péché lui jette le premier une pierre » (Jean 8 :7). Les intervenants qui travaillaient en milieu religieux se disaient généralement heureux et soulagés de pouvoir concilier leur emploi et leur foi; toutefois, étant donné la situation de l'emploi formel, il est peu probable qu'une personne refuse un contrat parce qu'il va à l'encontre de ses valeurs. D'une manière ou d'une autre,

le travail en milieu laïc provoque chez l'ensemble des répondants des questionnements spirituels auxquels ils apportent différentes réponses.

5.2 *Sex is a gift from God* : l'éducation sexuelle religieuse

L'éducation sexuelle religieuse, organisée par des églises ou des regroupements religieux, nous a surpris par son dynamisme, son aspect holistique et positif, et son potentiel général de leadership en matière d'éducation sexuelle. Bien que les approches et les discours soient extrêmement variables, certains programmes vont dans le sens de l'idéal du modèle de santé sexuelle : spécifiquement, ils ont une approche positive de la sexualité et ils encouragent les jeunes et leurs parents à parler librement de sexualité. De tous les programmes, ce sont de loin ceux qui semblent les mieux positionnés pour amener les jeunes à une acceptation de leur sexualité. Les discours présentés ici ne faisaient pas l'unanimité, et ne peuvent pas être considérés comme représentatifs du milieu chrétien. Toutefois, ils proviennent d'une variété d'intervenants et de dénominations chrétiennes, incluant des églises *mainline* et des églises évangéliques.

5.2.1 Breaking the silence : ouvrir la discussion sur la sexualité

Le premier apport des initiatives religieuses d'éducation sexuelle réside dans le fait même qu'elles existent, et qu'elles soient en pleine expansion. Jusqu'à la fin des années 1990, les églises étaient au mieux silencieuses sur la question du VIH/sida, au pire des bastions d'intolérance et de stigmatisation. Les prêtres et les pasteurs relayaient la vision largement partagée par leurs fidèles selon laquelle le sida était une juste rétribution divine pour les pécheurs, qui ne faisaient que récolter ce qu'ils avaient semé (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes). Le stigmatisation lié au sida, fort dans la société malawite en général, était encore plus marqué au sein des églises; parler de sida revenait à parler d'immoralité, et tous cherchaient à se dissocier de cette maladie honteuse (Joshua, chargé de projet pour un regroupement d'églises). La situation se mit à changer vers la fin des années 1990, lorsque toutes les églises durent faire face au fait que plusieurs de leurs leaders, souvent ceux-là même qui dénonçaient l'immoralité, succombaient au sida (Clifford, FBO). C'est vers ce moment que les églises se mirent à reconnaître que le sida

n'était pas que l'affaire du monde séculaire et des impies, mais faisait des ravages en leur sein même.

Les églises protestantes historiques, tout comme les Catholiques, gèrent des écoles et des hôpitaux; elles étaient donc depuis le début aux premières lignes des soins médicaux et des soins aux orphelins. Quant aux églises évangélistes, elles étaient axées sur le religieux plutôt que sur les services sociaux. Avec d'une part un nombre de morts et de malades en augmentation, et d'autre part dans les années 2000 une explosion des fonds internationaux dédiés à la lutte au VIH en Afrique subsaharienne, un nombre croissant d'églises et d'organisations religieuses mirent sur pied différents projets et programmes visant la prévention auprès des jeunes.

L'implication des églises dans les questions de prévention de VIH ne se fit pas sans heurts. Certains membres, y compris des jeunes, réagirent mal à l'introduction des premiers programmes sur le VIH :

Some still felt that if we just go out and preach the gospel, and preach it well, it will take care of HIV/AIDS. Being an organization struggling for resources, some people felt it was a waste of resources by channelling part of them into paying salaries to an HIV/AIDS coordinator. [...] In one of the early interventions, with students from colleges, we talked about the need for us to know our [sero]status. Students challenged that, said "You are losing direction. All you need is to spread Holy Guidance and these things will take care of themselves" (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

Malgré cette opposition, la plupart des églises et des organisations religieuses en vinrent à aborder des questions reliées au VIH/sida. Les premiers efforts visaient le stigmatisme qu'entretenaient beaucoup de fidèles par rapport aux gens vivant avec le VIH; une sensibilisation fut faite, appelant à la charité chrétienne envers les malades, et envers les victimes innocentes que sont les membres de leur famille. Vint ensuite de la part des églises l'encouragement au dépistage : surtout depuis que la trithérapie est disponible, le test de dépistage est mis de l'avant comme la porte d'entrée tant du traitement que de la prévention. Finalement vinrent les programmes de prévention destinés aux jeunes et aux adultes, qui requièrent inévitablement de franches discussions autour de la sexualité. Celles-ci ont généralement lieu dans les clubs de jeunes, de femmes ou d'hommes qui regroupent des pairs, rendant la discussion plus facile.

Local congregations are doing youth activities, and HIV/AIDS activities are mainstreamed in most of them. For example, the youth section of a congregation will be devoted mainly to spiritual development, but will include discussions of HIV/AIDS. It's the same for Sunday schools, which include Life Skills Education and HIV/AIDS topics. [...] This mainstreaming is not limited to youth groups, as women's guilds also hold monthly meetings where H/A issues sometimes come up, and cover both prevention, care and support. The idea is to empower congregations to take action by themselves to deal with the issues affecting them. The church organises trainings of trainers so that some women are trained in basic information and prevention, and can become resources for other women and other groups. (Herbert, responsable du VIH/sida pour une église chrétienne).

We have different programmes: food security, H/A, advocacy, good governance, missions and evangelism and discipleship, leadership development. We work through a number of groups: church leaders, pastors' wives, women's groups, youth groups, we also want to begin to work through children, traditional leaders (chiefs and their wives) – we take messages on H/A, the gospel, good governance, to these groups (Edwin, coordonateur d'un regroupement d'églises).

Certaines personnes qui sont impliquées dans les églises font aussi, à titre personnel ou associatif, du mentorat pour les jeunes fidèles.

5.2.2 Sex is a gift from God : *une approche holistique et positive*

Ce qui démarque certaines interventions religieuses d'éducation sexuelle, c'est la grande ouverture et l'empathie avec laquelle elles abordent la sexualité des jeunes, et l'approche positive qu'elles prennent. Dans le modèle de la santé sexuelle, ces deux éléments sous-tendent toute intervention de prévention du VIH : les gens qui ont du mal à parler de sexualité, et qui acceptent mal leur propre sexualité, ont tendance à avoir plus de comportements à risques. L'approche positive et l'ouverture de certains intervenants nous semble propice à faire des jeunes malawites des personnes « sexually literate, comfortable and competent », qui seront moins à risque de contracter le VIH au cours de leur adolescence et de leur vie (Robinson *et al.*, 2002, p. 44).

Un premier élément fondamental qui démarque certaines interventions religieuses, c'est leur approche positive à la sexualité, résumée dans la phrase « *Sex is a gift from God* ». Cette petite phrase, que plusieurs intervenants religieux rencontrés ont utilisée, est souvent celle qui commence les cours d'éducation sexuelle, et elle sous-tend toute l'approche

chrétienne *sex-positive*. Celle-ci commence généralement par expliquer que la sexualité est un cadeau que Dieu a fait à chacun et à chacune, que c'est une chose normale et belle, qui fait partie de chaque être humain. Cette perspective est souvent nouvelle pour les jeunes croyants :

Many young people see some of the teachings from the Bible where sexual desires are looked at as sinful, so they think anyone who has sexual desire must be thinking evil thoughts. But that's not what the Bible says! God created us sexual beings with sexual desires, it's a gift from Him. So if I acknowledge that my sexuality is a gift from God, then I'm not going to see it with negative feelings. I'm going to cherish it, to value it because God gave me that gift for a purpose (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

I say "It's ok to have sexual feelings! If you have them you are a normal person. If you don't have them you have a problem, I must pray for you". It's like you take them out of their cocoon and they begin to realize it's normal. [...] So we have to bring them to a level when they know it is normal to have sexual feelings, that's how God created us (Lucy, employée dans une église).

Ainsi, alors que l'immense majorité des messages séculaires sur la sexualité ont pour but d'inspirer chez les jeunes la peur des conséquences de la sexualité, les messages chrétiens commencent par leur inspirer un respect pour leur propre sexualité. Les programmes séculaires expliquent la sexualité comme quelque chose de normal, certes, qui accompagne inévitablement le développement biologique de l'être humain. C'est, en quelque sorte, une force extérieure qui amène à des comportements à risque. Les évangélistes la voient, au contraire, comme une force positive donnée par Dieu pour amener plaisir et bonheur aux êtres humains. Il nous semble difficile de souligner assez l'importance que cette distinction peut jouer dans un processus d'acceptation de sa propre sexualité.

Le fait d'ancrer la sexualité non seulement dans ce qui est normal, mais dans ce qui est divin, permet d'ouvrir la discussion et d'atténuer le malaise qui entourent ce domaine qui est pour les jeunes à la fois gênant et excitant. Ainsi, c'est un deuxième élément crucial du modèle de la santé sexuelle qui est atteint par les interventions religieuses, la capacité de parler confortablement et de manière explicite à propos de la sexualité.

I think the Church has realized that we need to be open with young people. In most of these [community mobilization projects run by evangelical

churches] there's that openness. It's open to talk of issues of condoms, their struggle with abstinence, it helps to equip them with all the information which they need (Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises).

Les intervenants parviennent, grâce à l'autorité morale de la religion, à dépasser les tabous culturels autour de la sexualité, à nommer le désir, les sentiments amoureux et les pulsions sexuelles qui sont normales à l'adolescence. Les jeunes sont invités à parler des choses qu'ils vivent, et l'écart entre les discours et les pratiques s'en trouve considérablement réduit.

Pour les garçons, qui comme on se le rappelle semblent souvent obsédés par les rapports sexuels (Izugbara et Undie, 2008), cette approche peut rendre la chose moins taboue et par le fait même un peu moins excitante : le fait d'avoir un pasteur ou un animateur parler de sexualité enlève certainement un peu d'interdit. Pour les jeunes filles, l'impact de ce discours peut être plus profond; alors qu'elles ont généralement du mal à reconnaître l'existence même de leur sexualité propre (par rapport aux pratiques qu'elles peuvent avoir pour « satisfaire » un garçon ou un homme), ce discours rend normal des sentiments et des sensations qu'elles ont sans jamais les voir validées dans le monde social, sans jamais pouvoir en parler véritablement – puisque comme on l'a vu, le désir féminin reste tabou, même dans les groupes non mixtes.

5.2.3 L'abstinence, un idéal difficile à atteindre

Les interventions religieuses, évidemment, font avant tout la promotion de l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage comme la meilleure manière d'éviter les conséquences négatives de la sexualité. L'abstinence est toujours mise de l'avant, et c'est en partie à cause de cela que ces programmes ont généralement un soutien communautaire fort.

My approach as an advisor to religious leaders is to say that “We want to promote A and B to the extent that the need to have condom use is no longer there. This is our goal. We want to promote these so that the use of condom doesn't exist anymore. If somebody is abstaining and is faithful, there will be no need for condom use and this is what we want” (Clifford, FBO).

En effet, l'approche « sex is a gift from God » comporte une deuxième partie : la sexualité est un cadeau qui doit être utilisé au bon moment, sans quoi il risque d'apporter des problèmes. Si le cadeau est déballé avant le bon moment, il peut apporter malheur et briser

des vies, par les grossesses adolescentes, les ITS qui mènent parfois à la stérilité, et le VIH bien sûr. « *They must understand that if I'm not careful with this gift, it can lead me to self-destruction. If I contract STIs, the same gift that was supposed to be celebrated, to bring me enjoyment, can bring me destruction in my life* » (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes). Le cadeau vient donc avec la responsabilité d'attendre jusqu'au mariage.

Toutefois, et c'est là que l'honnêteté et l'ouverture cultivées paraissent le plus, les intervenants religieux sont les premiers à admettre que l'abstinence n'est pas chose facile, et que la difficulté réside principalement dans le désir sexuel – et non dans des facteurs extérieurs comme la pauvreté, la pression des amis ou la violence. Les discussions sur l'abstinence portent donc autant, sinon plus, sur le désir – ce grand tabou de la prévention du VIH.

I'm also saying young people must admit that they're having sexual struggles, desires, pressure. [...] Young people must acknowledge the fact that they're sexual beings, with sexual desires. Because when I acknowledge that I'm vulnerable, it's easy for me to take precautions. If young people acknowledge that they're vulnerable to premarital sex, then they will be careful how they live. [...] But if I say "No I'm not, I don't have sexual desires" – many find themselves in doom because they ignore the warning signals until it is too late (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

[Girls are shy about acknowledging desire] because of the background, the culture. The moment you say "I feel like sleeping with a man" they'll say how on earth can you think like that? But I tell them it's normal. The moment you feel you want to sleep with someone, that's the most dangerous time. Watch what you do, the activities you do (Lucy, employée dans une église).

L'abstinence n'est donc pas représentée comme le chemin évident et facile duquel s'écartent quelques brebis égarées n'ayant pas eu la force de résister. Elle est plutôt présentée comme un défi énorme, qui confronte la foi et la détermination contre la puissance du désir sexuel – qui est normal et beau, mais qui ne doit pas être assouvi avant le mariage pour des raisons d'abord morales.

Par ailleurs, la majorité des intervenants religieux déplorent à quel point la méthode de l'abstinence est peu sophistiquée en comparaison des condoms. La reconnaissance de la

difficulté de l'abstinence appelle à des stratégies plus raffinées, plus concrètes pour aider les jeunes à s'abstenir :

That's what I tell young people: abstinence is not easy but it's worth the sacrifice. The moment you tell them that, when the going gets tough they know! But when we just say "Abstain! Pray to God to help you". I pray so much, but it's not enough to tell a young person to pray, there's certain measures they need to put in place for abstinence to work (Lucy, employée dans une église).

You can't just tell young people to abstain, abstain and not tell them how to do it! Colleagues on the other side have come up with safer sex negotiation skills, skills on how to use a condom, the same needs to be done for abstinence. It's not useful to just tell young people to abstain if there are no steps to do that (Clifford, FBO).

Les étapes concrètes suggérées sont d'abord et avant tout de ne jamais se retrouver seul avec son copain ou sa copine dans un lieu isolé; aussi de prendre des douches froides, de lire sur un autre sujet, d'aller prendre une marche, entre autres exemples. La représentation de l'abstinence est donc vastement différente de celle mentionnée ailleurs dans la société : l'abstinence est présentée ici comme un effort constant, et non simplement comme la passivité, l'absence d'acte immoral. Les intervenants religieux sont les premiers à admettre que leurs convictions morale vont contre ce qui semble « naturel » au corps humain normalement constitué. Pour avoir une franche discussion sur l'abstinence, les interventions en éducation sexuelle doivent d'abord avoir une franche discussion sur le désir – et ça ne semblait possible en 2008 que parmi certains intervenants religieux.

5.2.4 Une information complète? Positions religieuses sur les condoms

Les interventions religieuses sont mises à l'épreuve devant la question des préservatifs. En effet, les intervenants sont conscients que plusieurs jeunes fidèles ont des rapports sexuels avant le mariage, et qu'il est préférable que ceux-ci soient protégés. En même temps, en tant que chrétiens, ils ne peuvent se résoudre à promouvoir l'utilisation des préservatifs – ce qui ne veut pas dire non plus qu'ils désirent voir leurs jeunes fidèles être infectés au VIH. La citation suivante est un bon exemple de la situation délicate vécue par les chrétiens qui travaillent auprès des jeunes depuis un certain temps :

And we know that a number of our members are sexually active. And many of them use condoms because they have that information. But it's not what we promote. We wish it was otherwise. But we also realize that we are living in a world where the pressure is so much, and it requires a lot of determination, commitment, for someone to remain sexually pure. So we don't want to be naïve, but at the same time we don't want to take the word of God for granted (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

Reconnaître la réalité tout en vivant pour un idéal, accepter les jeunes tout en leur faisant comprendre que leur comportement n'est pas acceptable – voilà les dilemmes qui se posent aux intervenants religieux. Pour l'une d'entre elles, ce dilemme se résout en « détestant le péché tout en aimant le pécheur », en désapprouvant un mauvais comportement sans pour autant décréter que la personne l'ayant commis soit aussi mauvaise (Lucy, employée dans une église). La majorité opèrent d'une manière ou d'une autre cette séparation entre l'information sur les préservatifs et les choix moraux qui y sont liés.

Les activités reliées aux condoms peuvent être placées sur un continuum « d'encouragement » : l'information, la promotion, la démonstration et la distribution. Les organismes religieux semblent généralement prêts à donner l'information, et ce même s'il faut le faire discrètement pour ne pas fâcher les parents. Les trois autres types d'activités sont toutefois perçus comme étant entièrement inacceptables puisqu'ils tombent dans la catégorie non plus d'informer, mais d'encourager. En général, la question des condoms est réglée en invoquant le droit des jeunes à une information complète et correcte pour protéger leur santé, contenue dans la Convention sur les droits de l'enfant (Office of the High Commissioner for Human Rights, 1990). Les échanges se font souvent directement entre les organisateurs d'un programme d'éducation sexuelle et les jeunes, sans passer par les parents ou même par les responsables locaux d'une congrégation.

We even train [our young peer educators] on issues of condoms, but we make sure the church leaders don't see us do that. What we are saying is, give young people choices. We train them, we don't encourage them to use condoms because we feel abstinence is the issue and we promote abstinence. But at the same time, I think we'd be silly and ... and not helpful to our young people if we don't train them, if we don't teach them about condoms. They need to know and it's up to them to choose (Edwin, coordonnateur d'un regroupement d'églises).

We talk of condoms [to kids in primary school], but not very strongly. We normally say that for that one, they can get better advice from people like Banja la Mtsogolo and other experts in that area. We do that because one, we think they're very young because for a condom you really have to demonstrate if they are to get it. Two, the policy of the ministry of education is that we advance and promote abstinence and not the use of condoms. Three, we are a church organization and at the moment, the church is not promoting the use of condoms among children and young people (Jacob, FBO jeunes)

As a secretariat we are in a delicate situation. We do not encourage or discourage condom use, but we provide them if the youth ask for them (Baldwin, employé au sein d'un organisme religieux qui œuvre en santé)

Tout comme les groupes séculaires, les groupes religieux font souvent appel au personnel médical d'une clinique voisine pour parler des condoms. Ceux-ci sont mis dans le domaine médical, et deviennent une « information objective » à partir de laquelle les jeunes doivent faire des choix moraux.

Many are the times when we talk about general information; our approach has always been to bring a medical person to our meetings. We let the medical people talk about their profession, and then we handle the moral and spiritual issues (Samson, coordonnateur d'un organisme religieux pour les jeunes).

Les organisations religieuses préfèrent donc présenter les données médicales « objectives » et se concentrer sur les aspects spirituels, qui sont leur spécialité à eux – et un élément à part entière de la santé sexuelle (Robinson *et al.*, 2002, p. 50). Si les jeunes posent des questions plus poussées en l'absence d'une professionnelle de la santé, les organisations religieuses pourront généralement les référer à un dispensaire ou à une ONG qui offre des services de santé sexuelle et reproductive plus poussés :

If people still don't want to listen and misbehave I tell them "There are certain groups that are talking about condoms. If you think you need it go to them". But me I will not talk about condoms to young people, but to the married couples yes. But I will give them option if they still think "What you are saying is too difficult, me I just want to sleep" – then go get counsel from those people. I don't want to be part of that, but if others can take the load, I will not stop the young people, I will say go to them (Lucy, employée dans une église).

Ce genre d'attitude permet donc aux jeunes d'avoir une information relativement complète; si les groupes religieux ne font pas (et ne feront sans doute jamais) la promotion ou la distribution des préservatifs, ils n'hésitent pas à indiquer aux jeunes lorsque d'autres

ressources existent qui sont dédiées explicitement à cela. L'exception à cette tendance se trouve dans les hôpitaux religieux, qui se placent plus du côté médical et distribuent donc des préservatifs à tous ceux et celles qui en demandent, peu importe leur âge (Baldwin, chargé de projet, organisation chrétienne qui oeuvre en santé).

Ainsi, en général au sein des groupements religieux, les jeunes ont l'information de base sur les condoms, suivi d'une discussion portant sur les implications spirituelles et morales des différentes méthodes de prévention. Bien que cette discussion risque « d'invalider » l'information reçue sur les condoms en les décourageant au profit de l'abstinence, le fait même que les condoms soient traités en milieu religieux comme un élément médical et neutre est significatif. Le fait de présenter la chose en deux temps – d'abord de manière objective les options de prévention, ensuite les questionnements moraux attenants – permet aux jeunes d'opérer la même séparation mentale entre les options disponibles et les choix qu'ils doivent faire. L'église ne tente pas de limiter l'information, et par ce fait même montre aux jeunes qu'ils sont dignes de confiance, et que les décisions leurs reviennent entièrement. Quant aux leaders religieux, ils concilient à la fois leur devoir éthique de donner l'information et leur devoir moral religieux de ne pas encourager la sexualité en dehors du mariage.

5.3 Des limites sérieuses

L'éducation sexuelle menée en contexte religieux est donc en mesure d'adresser plusieurs éléments de santé sexuelle qui sont extrêmement rares en milieu séculaire : une approche positive, la capacité de parler ouvertement de sexualité, les aspects spirituels de la sexualité. Cela ne veut pas pour autant dire que l'éducation sexuelle confessionnelle est la panacée qui viendra régler la prévention du VIH auprès des jeunes; en effet, elle présente de sérieux bémols.

5.3.1 Tout n'est pas rose : intolérance et bigoterie

Malgré l'ouverture remarquable et les approches positives ayant été décrites ci-haut, toute l'éducation sexuelle religieuse n'est pas pur bonheur. On retrouve encore des discours

intolérants, irréalistes, qui veulent limiter l'information rendue disponible envers les jeunes. Par exemple, une intervenante religieuse m'a expliqué qu'il n'est jamais question de préservatifs dans leurs programmes qui touchent au VIH, puisque ceux-ci ont été envoyés par le diable pour promouvoir la promiscuité sexuelle (Penny, employée dans une église). Parmi les jeunes participants d'une conférence œcuménique sur l'abstinence tenue en septembre, plusieurs suggérèrent que le meilleur « outil concret » pour s'abstenir était d'augmenter la peur de Dieu chez les jeunes, puisque les gens qui craignent Dieu n'osent pas défier ses commandements (*Youth conference on abstinence*³⁷). Même les intervenants religieux qui acceptent la nécessité de l'information sur les condoms rêvent du jour où tous seront abstinents et fidèles, et les condoms deviendront inutiles.

Le rapport des organisations religieuses au monde séculaire est quelque peu ambigu. D'une part, certains tiennent un discours sur la décadence du monde et le manque de religiosité : par exemple, un groupe de jeunes musulmans expliquaient que le VIH était en partie causé par « les temps modernes » et les « modes » qui poussent les gens à copier les occidentaux (Association *Naseeha*, club de jeunes musulmans). Un intervenant évangéliste nous avait aussi expliqué que le niveau de religiosité qui diminue semble indiquer l'approche du retour de Jésus et des calamités qui précéderont ce retour. Plusieurs intervenants religieux ont déploré la décadence de la famille, les divorces et les parents qui montrent le mauvais exemple, et lié ceci à l'époque contemporaine. Or, ce discours de l'âge d'or de l'unité familiale n'est pas nouveau : Kaler a retracé sensiblement les mêmes plaintes sur les mœurs modernes au Malawi dans les années 1940, et associe plutôt le taux de divorce aux structures matrilineaires des cultures de la région du Sud (Kaler, 2001). Le discours sur le déclin de la famille fait toutefois partie de l'arsenal conservateur contemporain (Stacey, 2004, p. 133) et les évangélistes malawites y participent pleinement en suggérant le renforcement des familles comme solution aux problèmes sociaux vastes qui touchent le pays.

Par ailleurs, le monde séculaire sert aussi de bouc émissaire pour justifier de donner certaines informations aux jeunes. Ainsi un intervenant justifie l'information sur les

³⁷ Cette conférence, tenue les 26 et 27 août 2008 à Lilongwe, était organisée par la Malawi Interfaith AIDS Association (MIAA). Elle regroupait des jeunes de différentes dénominations chrétiennes et musulmanes.

préservatifs en disant que les organisations séculaires ont déjà pollué l'esprit des jeunes avec les préservatifs, et qu'il est préférable que les chrétiens en parlent aussi afin de donner l'information juste, accompagnée de conseils moraux :

We [tell the parents] “Look here, we don't want to teach them everything, but we need to teach them some basics about issues of condoms because if we don't, the world out there will take advantage of them and spoil them. They need to have information. We don't promote condoms! But we need to teach them what the world teaches” (Clifford, FBO).

Les organisations religieuses qui reçoivent de l'argent de donateurs séculaires peuvent aussi justifier « l'obligation » de donner l'information sur les préservatifs à cause des conditions des donateurs – mais n'hésitent pas à refuser un financement qui obligerait à la distribution de préservatifs.

Enfin, au Malawi, les organisations religieuses ne parlent pas de diversité sexuelle, ni en bien ni en mal. Dans une optique des droits humains, l'absence de messages destinées aux jeunes non hétérosexuels constitue une limitation sérieuse qui exclut et stigmatise les adolescents ayant une identité sexuelle ou une identité de genre qui ne correspond pas aux normes judéo-chrétiennes. Bien que ce problème soit réel, l'homosexualité commence à peine à exister socialement au Malawi; elle demeure illégale et extrêmement mal perçue du grand public (Muula, 2007). Les recherches qui existent sur les hommes ayant des pratiques homosexuelles soulignent à quel point ces pratiques sont secrètes : ainsi au Malawi, la majorité des participants à une étude sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne se considéraient pas homosexuels, et n'avaient parlé de leurs pratiques à personne autour d'eux (Baral *et al.*, 2009). Quant aux lesbiennes, elles ne semblent pas exister, tout simplement. Sans vouloir minimiser le problème, il nous semble qu'il est secondaire pour le moment, et que d'autres secteurs de la société doivent faire avancer la question de la diversité sexuelle avant qu'il y ait un espoir quelconque de voir la chose reconnue par le secteur religieux.

5.3.2 *Intentions vs mise en œuvre*

Même parmi les initiatives qui semblent les plus ouvertes, le problème du fossé entre les intentions et la mise en œuvre demeure. Plus spécifiquement, chez les églises évangélistes,

ce problème se situe dans les visions différentes, voire conflictuelles, entre les discours du *leadership* national ou régional, et les convictions des pasteurs locaux.

Comme le travail de terrain n'était pas dédié exclusivement aux organisations religieuses, nous avons rencontré uniquement des représentants nationaux et régionaux, qui travaillent au sein de regroupements d'églises, ou alors d'églises urbaines. Ces leaders ont généralement des études universitaires, plusieurs ont voyagé ou même habité quelques années en Occident, et ce sont eux qui établissent et entretiennent les liens avec les donateurs. Ils maîtrisent le langage du développement international et de ses *buzzwords*, et tout en étant profondément croyants, ils tiennent sur la sexualité un discours qui démontre des contacts avec le relativisme moral occidental :

We [in Malawi] have linked the HIV infection to immorality and therefore, because we've linked it to immorality, the issue that comes out is not the virus but immorality. People will say "No, we won't take part in the HIV infection prevention because those that are taking [the condom as a prevention method] are taking it because of being immoral". They turn their focus from the critical issue of people being infected by the virus to the issue of people not behaving well. And that's not the issue. The issue is that the virus is being transmitted (Joshua, chargé de projet pour un regroupement d'églises).

Tout en désirant faire la promotion de l'abstinence, ils reconnaissent le droit des jeunes à l'information; tout en condamnant la sexualité en dehors du mariage qui mène à l'infection au VIH, ils sont capables d'isoler les questions médicales des questions morales.

Ces leaders parlent toutefois au nom de centaines de congrégations qui ne partagent pas nécessairement leur point de vue nuancé. Si les églises catholiques et protestantes historiques ont certains standards de formation théologique pour leurs prêtres et leurs pasteurs, il en est tout autrement pour les églises évangélistes – qui sont en pleine croissance. Celles-ci sont indépendantes et si elles sont regroupées en association, elles ne suivent pas de politiques communes; toute personne qui sent une vocation est libre de fonder une église, et c'est la popularité plus que la formation théologique qui détermine la légitimité d'un pasteur – d'où l'appellation d'église « charismatique » (Gifford, 2004, p. 169).

Plusieurs des pasteurs ont un niveau de scolarité limité, avec tout au plus un certificat d'école primaire, et il est difficile pour les leaders nationaux de dialoguer avec eux sur les sujets les plus délicats – tout particulièrement les préservatifs.

One of the major problems that we have is that most of our pastors are not literate. [...] Possibly they can read, but they are not well-educated. They just manage to read their Bibles, and that is all. Their ability to articulate some issues is limited, some issues are just above their capacity to engage in a conversation. I'm able to engage with you because of your education and your exposure. But if you were a Malawian pastor coming from a rural area, with a Standard 5 education, you may not be able to engage with me at that level. So issues like condoms, it's a bit of a problem for them to engage constructively and expect them to be able to contribute meaningfully to that (Clifford, FBO).

Certains programmes se retrouvent donc à devoir présenter des demi vérités aux congrégations locales, qui n'accepteraient pas les « concessions » des leaders. Par exemple, un programme chrétien d'éducation par les pairs donne à ses jeunes intervenants une formation assez complète sur les condoms pendant leur formation de deux semaines. Toutefois, cet aspect de la formation est plus ou moins caché à la congrégation d'où proviennent les jeunes; sans leur mentir explicitement, les responsables de la formation évitent soigneusement d'en parler, sans quoi les jeunes n'auraient sûrement pas la permission de participer. Contrairement à un programme séculaire, qui se ferait immédiatement associer aux condoms, ce programme religieux est l'objet de relativement peu de soupçons et arrive sans trop de problème à garder un équilibre délicat entre l'information destinée aux jeunes et celles qui parvient jusqu'à leurs aînés.

L'autre problème lié à la différence entre les responsables centraux et les pasteurs locaux réside dans le manque de contrôle sur l'uniformité de l'information. Ainsi, même si le leadership national tient un discours progressiste, holistique et lucide face aux connaissances en santé publique, il n'est pas certain que ce discours se rende aux jeunes fidèles. Les pasteurs locaux ont tendance à suivre les opinions de certains pasteurs charismatiques influents, mais sont libres de déclarer ce qu'ils veulent à leurs fidèles. Étant donnée la grande autonomie des églises, il n'existe pas vraiment de politiques centrales : ce qui est dit dans les églises évangélistes dépend beaucoup de réseaux et d'influence personnelle. Si les leaders progressistes que nous avons rencontrés en 2008 sont remplacés par des personnes qui s'inspirent des courants ultraconservateurs présents

notamment chez les Pentecôtistes, le potentiel décrit ci-haut pourrait être coupé court. Le potentiel évangéliste semble donc assez fragile de par sa dépendance sur les convictions personnelles, l'esprit stratégique et l'influence d'une poignée d'individus.

5.3.3 *L'irréconciliable*

Un dernier bémol à ajouter à ce bref portrait provient des confidences d'un informateur particulier, et réside dans l'irréconciliable importance accordée par les personnes profondément religieuses à l'au-delà, relativement au monde matériel dans lequel ils évoluent. Simplement, la vie matérielle représente bien peu de choses par rapport à la vie éternelle qui suit, et ultimement les efforts des églises doivent être dédiés à assurer à leurs fidèles la vie éternelle plutôt que le confort de la vie actuelle – incluant la santé.

We look at life in two forms: life here, and life hereafter. We tend to value so much life hereafter, because according to our belief system, that life is eternal. This life, whether with HIV or not, this life is temporary. Whether playing it safe or not, some day, this life is going to come to an end. But life hereafter, which is eternal according to our teaching, has 2 destinations and we want and we'd love to see people young and old, experiencing life hereafter rejoicing and not weeping. The weeping because of HIV is very temporary, and when you have HIV/AIDS in this life you're not going to be HIV+ in the life hereafter (Jacob, FBO).

Cette observation, même si elle n'a pas été partagée par plus d'informateurs, nous semble poser la limite inhérente aux interventions religieuses. En effet, les églises sont dédiées avant tout à la vie spirituelle de leurs membres. Lorsque ces membres vivent des problèmes graves et que l'argent du développement est présent, elles sont bien placées pour entreprendre des projets qui touchent la vie des fidèles « dans ce monde ». Toutefois, ces derniers restent secondaires à la mission principale de sauver des âmes, et les tourments d'une maladie mortelle sont bien peu de choses en comparaison des tourments de la damnation éternelle. Sur un sujet comme les préservatifs, où la réalité demande de faire des concessions aux idéaux, la position religieuse atteint ses limites.

CONCLUSION

Nous espérons avoir pu présenter, dans ce mémoire, les observations les plus marquantes issues de nos recherches au Malawi. Prête à pourfendre la conditionnalité des donateurs et l'impérialisme moral des États-Unis, nous avons trouvé une conditionnalité « par le bas » plus diffuse, plus complexe et plus difficile à dénoncer. Entre les discours sur la culture comme goulot d'étranglement qui empêche le développement et le relativisme culturel absolu qui, lui, refuse toute critique des « traditions », nous avons tenté de penser le rapport des messages de prévention du VIH au contexte culturel dans lequel ils sont élaborés, mis en œuvre et reçus.

C'est en nous inspirant des théories critiques du développement et du modèle de la santé sexuelle que nous avons étudié différents programmes d'éducation sexuelle au Malawi. Les premières aident à situer les programmes de prévention dans une certaine économie politique de l'aide, où différents acteurs (donateurs, secteur public, société civile, secteur religieux) tentent d'arriver à des objectifs dont certains sont communs, mais d'autres conflictuels. La dépendance à l'aide internationale se fait sentir dans tous les discours sur le VIH au Malawi – dont plusieurs sont remarquablement similaires et font valser les acronymes en tout genre, reflétant les expressions consacrées par les donateurs. Les priorités et l'organisation du travail, en particulier dans la société civile, découlent directement des flux financiers et administratifs de l'aide internationale.

Par ailleurs, le modèle de la santé sexuelle, issue d'études sexologiques occidentales, nous a permis de mieux comprendre les limites de la majorité des initiatives laïques en éducation sexuelle, et le potentiel de certaines interventions religieuses. Ce modèle, intégré après le travail de terrain, a permis surtout de confirmer certaines impressions avec des explications plus spécifiques que celles que l'on retrouve dans les théories sociologiques et anthropologiques. La combinaison de ces deux modèles pose la question des priorités : en effet, malgré une connaissance assez approfondie des éléments qui font qu'une intervention en santé sexuelle atteint ses objectifs, les interventions dispensées dans les pays en développement semblent fonctionner selon une logique autre. Au nom de l'efficacité

budgétaire³⁸ et du respect des tabous traditionnels, les jeunes du Malawi se retrouvent avec des interventions d'une qualité moins qu'optimale – alors qu'ils sont parmi les personnes les plus vulnérables au monde en matière de santé sexuelle et reproductive.

Cette vulnérabilité vient en partie de la culture sexuelle du Malawi, qui présente une opposition marquée entre les idéaux et les pratiques – ce en quoi elle est semblable à toutes les cultures sexuelles. Les idéaux sexuels eux-mêmes sont contradictoires, avec d'un côté la normativité sexuelle judéo-chrétienne, clamée haut et fort, à partir de laquelle les comportements sexuels des femmes sont jugés; et de l'autre une masculinité hégémonique hypersexualisée, moins visible dans les discours officiels, qui encourage les pratiques sexuelles risquées, et par laquelle les pratiques des hommes sont jugées. Les rapports amoureux et sexuels sont liés de très près : les uns vont rarement sans les autres. Ils sont généralement marqués par un aspect transactionnel qui pourtant relève assez rarement de la prostitution (bien que celle-ci soit présente): dès l'adolescence, les hommes et les garçons offrent des cadeaux en retour de rapports sexuels. Une dernière caractéristique, qui est problématique pour la prévention, est le silence qui entoure la sexualité à tous les niveaux de la vie sociale: couples, familles et communautés abordent peu ou pas de questions de sexualité.

Dans ce contexte, la plupart des initiatives d'éducation sexuelle laïques se trouvent paralysées. Par peur des réactions communautaires, surtout celles des parents, les programmes de *Life Skills Education* dispensés dans les écoles offrent une information extrêmement limitée. De plus, l'inconfort ressenti par les enseignants et le manque de ressources dans les écoles font en sorte que cette matière est très peu enseignée. Du côté de la société civile, tant les initiatives qui prennent une approche médicale que celles qui prennent une approche sociale tiennent un discours qui hiérarchise les options de prévention et les comportements sexuels. Bien que l'information sur les préservatifs soit généralement présentée aux jeunes, elle est presque systématiquement enseignée comme un pis-aller, une solution de deuxième ordre pour ceux ayant échoué à s'abstenir. L'éducation sexuelle laïque est souvent basée sur un désir d'inspirer aux jeunes la peur des conséquences de la sexualité.

³⁸ On se rappelle que les processus de subvention sont compétitifs, et c'est donc l'organisation avec le meilleur « rapport qualité-prix » qui aura l'argent de l'aide.

Par ailleurs, certaines organisations religieuses semblent offrir une éducation sexuelle qui recèle un potentiel surprenant. En effet, elles ancrent leurs discours dans le respect d'une sexualité qui est présentée comme un cadeau divin, à chérir – mais auquel il faut faire attention. Ces organisations font la promotion de l'abstinence comme étant le meilleur moyen de prévention pour les jeunes, mais en la présentant comme une épreuve, une lutte entre la volonté et un désir sexuel normal et sain. Malgré leur croyance religieuse, les intervenants rencontrés ne refusaient pas l'information sur les préservatifs; sans en faire la promotion, ils donnaient les informations de base et référaient les jeunes au milieu de la santé (dispensaires, hôpitaux). Cette ouverture remarquable n'était pas universelle chez les intervenants religieux rencontrés, dont certains étaient très conservateurs. Elle n'était pas non plus sans ses contradictions ou ses ambiguïtés, particulièrement sur la question des condoms; de plus, elle semblait reposer en partie sur l'influence d'individus progressistes en position de leadership au moment de la recherche.

Plusieurs autres sujets n'ont pas pu être abordés ou approfondis dans ces pages : le financement extérieur et les rapports de pouvoir qui en découlent, l'omniprésence du travail bénévole des jeunes, les conditions structurelles d'existence des jeunes, la colonisation des imaginaires par les *buzzwords* du développement, pour ne nommer que ceux-là. Si nous avons préféré nous concentrer sur la question de l'éducation sexuelle religieuse, c'est avant tout parce que c'est là que nous semblait résider une note d'espoir. Que l'on adhère ou pas avec le discours religieux, voire évangéliste, qui l'accompagne, cette approche à la sexualité nous a semblé appropriée pour accompagner des jeunes qui, comme tous les jeunes dans le monde, vivent une foule d'insécurités et de questionnements au cours de leur passage à l'âge adulte. Elle fait confiance aux jeunes – parfois même plus qu'à leurs parents – et leur présente l'information sur les options disponibles pour ensuite les orienter dans leurs questionnements moraux. Elle est, dans un sens, l'opposé polaire de l'approche religieuse que l'on retrouve aux États-Unis et qui cherche à limiter l'information rendue disponible aux jeunes.

C'est pourquoi – pour en revenir à nos questionnements initiaux – nous ne savons que penser de l'augmentation des fonds du PEPFAR au Malawi. Les règles de dépense du PEPFAR ont été modifiées dans sa nouvelle version, votée en juillet 2008, et l'administration Obama s'est

engagée à limiter l'influence de l'idéologie dans les politiques de santé sexuelle et reproductive. Toutefois, les positions qui rendent possible l'éducation sexuelle religieuse holistique, positive et complète nous semblent délicates, et sont maintenues dans un équilibre délicat, voire précaire, par certains leaders religieux. Nous voyons mal comment ces positions nuancées pourraient être reproduites par le rouleau compresseur des appels d'offres et du monitoring qui accompagnent le financement du développement.

Ainsi, même si toute recherche liée au développement semble devoir passer par les traditionnelles recommandations de politiques, nous nous contenterons de souligner le travail admirable effectué par certaines personnes de foi au Malawi. Une meilleure intégration des milieux religieux, de santé et de jeunes semble souhaitable, et permettrait sans doute une synergie dans l'accompagnement offert aux jeunes par différents intervenants. Toutefois, même une recommandation aussi abstraite pourrait être difficile à mettre en œuvre : une église évangéliste pourrait-elle ouvertement s'associer à BLM pour que ses jeunes fidèles aient accès à des démonstrations de condoms? Un centre de jeunes pourrait-il facilement favoriser les interventions d'un pasteur d'une dénomination particulière, alors que sa clientèle est issue d'une multiplicité d'églises? Possiblement, mais c'est loin d'être certain. Ces liens devraient, de toute façon, être cimentés dans les rapports interpersonnels entre les différents intervenants auprès des jeunes d'une localité. Nous connaissons trop peu ce terrain pour nous y avancer.

De manière plus personnelle, le problème fondamental de la prévention nous semble résider dans les normes de genre qui mènent chez les garçons à une agressivité sexuelle, et chez les filles à une acceptation de cette domination masculine très marquée. La valorisation de l'éducation des filles est un premier pas, mais quels bénéfices peut-elle avoir lorsque les écoles sont l'un des sites où sévit une violence de genre constante? L'*empowerment* des filles et l'impartition d'habiletés psychosociales est entièrement louable, mais sont-elles suffisantes si ces jeunes filles font face à un harcèlement sexuel masculin perpétuel que pratiquement personne ne questionne? Tant et aussi longtemps que l'abstinence repose sur les épaules des filles, que celles-ci apprennent à se soumettre aux hommes, et que les garçons sentent le besoin de prouver leur masculinité par des rapports sexuels multiples et non protégés, tous les discours de prévention, qu'ils parlent d'abstinence ou de condoms, auront du mal à parler aux

réalités des jeunes et à amener les changements de comportements nécessaires pour faire diminuer les taux d'infection.

Ces critiques sont évidemment contraires à la réserve de la chercheuse, et sont politiquement très délicates – en quoi une étudiante de maîtrise québécoise se permet-elle de juger les normes de genre d'une société africaine où elle a séjourné moins que trois mois? La violence marque toutefois la limite de notre propre relativisme culturel, et nous estimons que c'est bien de violence dont il s'agit – violence symbolique surtout, psychologique, sexuelle et physique parfois. Cependant, si des changements fondamentaux aux normes de genre doivent arriver, ils ne peuvent venir que de l'intérieur de la société malawite, et comme tout changement social ne peuvent se faire sans qu'il y ait résistance considérable. Les mouvements des femmes en Occident démontrent depuis maintenant plus de 40 ans qu'on ne s'attaque pas au privilège dans le consensus et la bonne humeur. Nous nous contenterons donc de partager nos observations, en espérant qu'elles inspirent des réflexions, des débats et des discussions parmi nos lectrices et nos lecteurs.

ANNEXE I

RÉPONDANTS MENTIONNÉS DANS LE TEXTE.

Nous avons classé les informateurs selon quatre types d'occupation :

- les coordonnateurs gèrent une organisation, la branche régionale ou locale d'une organisation, ou une série de programmes;
- les chargés de projets gèrent un programme ou un projet particulier, et supervisent des employés ou des bénévoles; cette catégorie regroupe des appellations d'emplois différentes selon les organisations;
- les employés effectuent un travail rémunéré, avec peu ou pas de supervision d'autres personnes; c'est aussi la catégorie que nous avons utilisé lorsque l'appellation d'emploi permettrait d'identifier trop facilement un informateur;
- les bénévoles travaillent sans être rémunérés.

Nom	Sexe	Date de l'entretien	Occupation	Secteur/Organisation
Alexander	M	29-août-08	Coordonnateur	Projet bilatéral
Andrew	M	25-sept-08	Employé	Administration publique locale
Angela	F	11-oct-08	jeune mère célibataire	Aucun secteur particulier
Arnold	M	28-août-08	Employé	Santé -- clinique pour les jeunes
Arthur	M	21-août-08	Chargé de projet	Administration publique nationale
Association <i>Naseeha</i>	F/M	05-sept-08	Bénévoles (7 jeunes, âgés de 16-25 ans)	FBO – club de jeunes musulmans
Baldwin	M	05-sept-08	Chargé de projet	FBO - santé
Blessings	M	22-oct-08	Coordonnateur	ONG - jeunes
Cassius	M	11-sept-08	Coordonnateur	secteur privé - médias
Charlton	M	05-sept-08	Coordonnateur	ONG - HIV/AIDS
Churchill	M	26-sept-08	Coordonnateur	ONG - jeunes

Clarence	M	21-oct-08	Bénévole	Santé – dépistage du VIH
Clifford	M	21-août-08	Coordonnateur	FBO - regroupement d'églises
Club de jeunes <i>Five Stars</i>	F/M	21-oct-08	Bénévoles: 5 garçons, 4 filles	association
Club de jeunes <i>Moving forward</i>	M	16-oct-08	Bénévoles: 7 garçons	association
Conférence jeunesse sur l'abstinence	F/M	26-août-08	Employés, bénévoles	FBO - jeunes
David	M	24-oct-08	Chargé de projet	ONG - jeunes
Dorothy	F	20-août-08	Chargée de projet	ONG - HIV/AIDS
Edwin	M	18-sept-08	Coordonnateur	FBO – regroupement d'églises
Eleanor	F	22-août-08	Coordonnatrice	Projet bilatéral
Emmanuel	M	24-oct-08	Coordonnateur	ONG - jeunes
Esther	F	02-oct-08	Chargé de projet	ONG - santé
Fatsani	M	22-août-08	Chargé de projet	Projet bilatéral
Finissantes de l'école secondaire de Kichanga	F	11-oct-08	Élèves	jeunesse - 4 filles
Finissants de l'école secondaire de Kichanga	M	11-oct-08	Élèves	jeunesse - 8 garçons
Gabriel	M	02-oct-08	Coordonnateur	ONG - regroupement d'associations liées au VIH/sida
Gerald	M	15-sept-08	Chargé de projet	Administration publique nationale - Éducation
Hazel	F	30-sept-08	Chargé de projet	FBO - human rights
Herbert	M	02-oct-08	Coordonnateur	FBO - VIH/sida

Jacob	M	30-sept-08	Coordonnateur	FBO - jeunes
James	M	25-août-08	Chargé de projet	Agence bilatérale
Jimmy	M	08-oct-08	Coordonnateur	ONG - VIH/sida
Jonas	M	04-sept-08	Chargé de projet	ONG - regroupement d'associations liées au VIH/sida
Joshua	M	19-sept-08	Chargé de projet	FBO - regroupement d'églises
Ken	M	21-août-08	Employé	FBO - regroupement d'églises
Lucius	M	25-sept-08	Employé	Administration publique locale, région Sud
Lucy	F	14-oct-08	Employée	FBO - église
Martin	M	08-oct-08	Employé	Administration publique locale, région centrale
Maurice	M	26-sept-08	Coordonnateur	ONG
Mercy	F	09-sept-08	Coordonnatrice	Administration publique nationale
Moses	M	02-oct-08	Employé	ONG – médias de communication
Penny	F	22-sept-08	Employée	FBO - église
Richard	M	29-sept-08	Chargé de projet	Administration publique nationale
Samson	M	07-oct-08	Coordonnateur	FBO – organisme religieux pour les jeunes
Stephen	M	12-sept-08	Employé	Administration publique nationale en éducation
Takondwa	F	12-sept-08	Employée	Administration publique nationale en éducation
Vincent	M	03-oct-08	Chargé de projet	ONG - jeunes
Yolanda	F	20-oct-08	Coordonnatrice régionale	ONG - jeunes

BIBLIOGRAPHIE

- Al-Samarrai, Samer, et Hassan Zaman. 2007. «Abolishing School Fees in Malawi: The Impact on Education Access and Equity». *Education Economics*. vol. 15, no 3, p. 359.
- Allen, Peter Lewis. 2002. *The Wages of Sin: Sex and Disease, Past and Present*. Chicago: University Of Chicago Press.
- Alonso, Alvaro, et Jokin de Iraia. 2004. «Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach». *The Lancet*. vol. 364, no 9539, p. 1033.
- Amin, Samir. 1978. *Le Développement inégal*. Paris: Minuit.
- Banja la Mtsogolo. 2008. «Banja la Mtsogolo. Providing Choices in Reproductive Healthcare Countrywide». Banja la Mtsogolo. En ligne. <<http://www.banja.org.mw/profile.htm>>. Consulté le 30 juin 2009.
- Bankole, Akinrinola, Ann E. Biddlecom, Georges Guiella, Susheela Singh et Eliya Zulu. 2007. «Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four Sub-Saharan African countries». *African Journal of Reproductive Health*. vol. 11, no 3, p. 28.
- Baral, Stefan, Gift Trapence, Felistus Motimedi, Eric Umar, Scholastika Ipinge, Friedel Dausab et Chris Beyrer. 2009. «HIV Prevalence, Risks for HIV Infection, and Human Rights among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana». *PLoS ONE*. vol. 4, no 3, p. e4997.
- Bécar, Florence, et Marie-Noëlle Ader. 2002. «L'éducation sexuelle au collège et ses paradoxes». *Dialogue*. vol. 1, no 155, p. 105-115.
- Benson, Todd, James Kaphuka, Shelton Kanyanda et Richmond Chinula. 2002. *Malawi. An Atlas of Social Statistics*. Zomba, Malawi: National Statistical Office of Malawi.
- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd et Barbara S. Mensch. 2008. «Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African countries». *Studies in Family Planning*. vol. 39, no 4, p. 337-350.
- Biddlecom, Ann E., Alister Munthali, Susheela Singh et Vanessa Woog. 2007. «Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda». *African Journal of Reproductive Health*. vol. 11, no 3, p. 99.

- Bornstein, Erica. 2005. *The Spirit of Development: Protestant NGOs, Morality, and Economics in Zimbabwe*: University of Chicago Press.
- Brummelhuis, Han ten, et Gilbert H. Herdt. 1995. *Culture and sexual risk. Anthropological perspectives on AIDS*. Amsterdam: Gordon and Breach.
- Bryceson, Deborah F., Jodie Fonseca et John Kadzandira. 2004. *Social Pathways from the HIV/AIDS Deadlock of Disease, Denial and Desperation in Rural Malawi*. Lilongwe, Malawi: CARE Malawi.
- Caldwell, John C., Pat Caldwell et Pat Quiggin. 1989. «The Social Context of AIDS in sub-Saharan Africa». *Population and Development Review*. vol. 15, no 2, p. 185-234.
- Carothers, Thomas. 2002. «The End of the Transition Paradigm». *Journal of Democracy*. vol. 13, no 1, p. 5-21.
- Carrigan, Tim, Bob Connell et John Lee. 1985. «Toward a new sociology of masculinity». *Theory and Society*. vol. 14, no 5, p. 551-604.
- Chandhoke, Neera. 2007. «Civil Society». *Development in Practice*. vol. 17, no 4-5, p. 607-614.
- Chandiramani, Radhika. 1998. *Talking About Reproductive and Sexual Health Issues with youth: a telephone helpline. Tarshi, India*. Washington, DC: Pathfinder International.
- Chimombo, Joseph. 2009. «Changing patterns of access to basic education in Malawi: a story of a mixed bag?». *Comparative Education*. vol. 45, no 2, p. 297-312.
- Comaroff, Jean, Shirley Lindenbaum et Margaret Lock. 1993. «The diseased heart of Africa: medicine, colonialism, and the black body». In *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Shirley Lindenbaum et Margaret Lock, p. 305-329. Berkeley, CA: University of California Press.
- Cornwall, Andrea. 1997. «Men, masculinity and 'gender in development'». *Gender & Development*. vol. 5, no 2, p. 8-13.
- Dallabetta, Gina, Paolo G. Miotti, John D. Chipangwi, George Liomba, Joseph K. Canner et Alfred J. Saah. 1995. «Traditional vaginal agents: use and association with HIV infection in Malawian women». *AIDS*. vol. 9, no 3, p. 293-297.
- Daneel, Marthinus L. 2004. «African Initiated Churches in Southern Africa: Protest Movements or Mission Churches?». In *Christianity Reborn. The Global Expansion of Evangelicalism in the Twentieth Century*, Donald M. Lewis, p. 181-218. Grand Rapids, MI: Eerdmans Publishing.

- Douglas, Mary. 2001. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: Édition La Découverte et Syros.
- Dubisch, Jill. 1995. «Lovers in the field: sex, dominance, and the female anthropologist». In *Taboo: sex, identity, and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, Don Kulick et Margaret Wilson, p. 29–50. New York: Routledge.
- Englund, Harri. 2002. *A Democracy of Chameleons: Politics and Culture in the New Malawi*. Uppsala, Sweden: Nordic Africa Institute.
- , 2004. *Transnational Governance and the Pacification of Youth: The Contribution of Civic Education to Disempowerment in Malawi*. Durban, South Africa: Centre for Civil Society, University of KwaZulu-Natal.
- Escobar, Arturo. 1994. *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Esteva, Gustavo. 1993. «Development». In *The Development Dictionary*, p. 306. London: Zed Books.
- Evangelical Association of Malawi. 2008. *Survey on HIV Infection and AIDS Knowledge, Attitudes and Practices in the Church in Malawi*. Lilongwe, Malawi: Evangelical Association of Malawi.
- Farmer, Paul. 2004. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Fassin, Didier. 1994. «Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. vol. 49, no 4, p. 745-776.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi. 2004. «Le gouvernement de la vie, mode d'emploi». In *Le gouvernement des corps*, Didier Fassin et Dominique Memmi, p. 9-33. Paris: Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Ferguson, James. 1994. *Anti-Politics Machine: "Development," Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*: University of Minnesota Press.
- Frank, Andre Gunder. 1967. *Capitalism and Underdevelopment in Latin America*. New York, NY: Monthly Review Press.
- Freston, Paul. 2001. *Evangelicals and Politics in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Geldof, Marie (2008). Low-literate youth and ICT in Ethiopia and Malawi. Atlanta, GA, Georgia Institute of Technology:
<http://www.cc.gatech.edu/~mikeb/HCI4CID/Geldof.pdf> p

- Gifford, Paul. 2004. «Persistence and Change in Contemporary African Religion». *Social Compass*. vol. 51, no 2, p. 169-176.
- Gottschall, Jonathan, Elizabeth Allison, Jay De Rosa et Kaia Klockeman. 2006. «Can Literary Study Be Scientific?: Results of an Empirical Search for the Virgin/Whore Dichotomy». *Interdisciplinary Literary Studies*. vol. 7, no 2, p. 1.
- Government of Malawi. 2007. *National Youth Policy. Youth: The Nation Today and Tomorrow*. Lilongwe, Malawi: Ministry of Youth Development and Sports.
- Halfon, Saul E. 2006. *The Cairo consensus: demographic surveys, women's empowerment, and regime change in population policy*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Hartmann, Betsy. 1995. *Reproductive rights and wrongs*. Cambridge, MA: South End Press.
- Hours, Bernard. 2001. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala.
- Hufty, Marc. 1998. «Aux racines de la pensée comptable». In *La pensée comptable. État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, Marc Hufty, p. 15-40. Paris: Presses universitaires de France.
- Incite! Women of Color Against Violence. 2009. *The Revolution Will Not Be Funded: Beyond the Non-Profit Industrial Complex*. Cambridge (MA): South End Press.
- Institute for Economics and Peace. 2009. *2009 Results, Methodology and Findings*. St-Leonard, NSW - Australia: Institute for Economics and Peace.
- International Monetary Fund. 2006. *Malawi: Debt Relief at the Heavily Indebted Poor Countries Initiative Completion Point and Under the Multilateral Debt Relief Initiative*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Izugbara, Chimaraoke O., et Chi-Chi Undie. 2008. «Masculinity Scripts and the Sexual Vulnerability of Male Youth in Malawi». *International Journal of Sexual Health*. vol. 20, no 4, p. 281-294.
- Kabiru, Caroline W., et Alex Ezeh. 2007. «Factors associated with sexual abstinence among adolescents in four Sub-Saharan African countries». *African Journal of Reproductive Health*. vol. 11, no 3, p. 111.
- Kaler, Amy. 2001. «"Many Divorces and Many Spinsters": Marriage as an Invented Tradition in Southern Malawi, 1946-1999». *Journal of Family History*. vol. 26, no 4, p. 529-556.

- 2003. «My girlfriends could fill a yanu-yanu bus”: Rural Malawian men’s claims about their own serostatus». *Demographic Research*. vol. Special Collection 1, p. S1-S11.
- 2004. «AIDS-talk in everyday life: the presence of HIV/AIDS in men's informal conversation in Southern Malawi». *Social Science & Medicine*. vol. 59, no 2, p. 285-297.
- Kathewera-Banda, Maggie, Flossie Gomile-Chidyaonga, Sarah Hendriks, Tinyade Kachika, Zunzo Mitole et Seodi White. 2005. «Sexual violence and women's vulnerability to HIV transmission in Malawi: a rights issue». *International Social Science Journal*. vol. 57, no 186, p. 649-660.
- Latouche, Serge. 2004. *Survivre au développement*. Paris: Mille et une nuits.
- Leclerc-Madlala, Suzanne. 2002. «Youth, HIV/AIDS and the importance of sexual culture and context». *Social Dynamics*. vol. 28, no 1, p. 20-41.
- Lewis, Stephen. 2005. *Race Against Time*. Toronto, ON: House of Anansi/Groundwood Books.
- Malawi Ministry of Health. 2007. *Malawi National Health Accounts (NHA) 2002-2004 with Subaccounts for HIV and AIDS*. Lilongwe, Malawi: Department of health planning and policy.
- Mangeot, Philippe. 2001. «À contre-pente: Entretien avec Pierre Bourdieu». *Vacarme*. En ligne. <<http://www.vacarme.org/article224.html>>. Consulté le 30 juin 2009.
- Measor, Lynda. 2004. «Young people's views of sex education: gender, information and knowledge». *Sex Education*. vol. 4, no 2, p. 153-166.
- Moore, Ann M., Ann E. Biddlecom et Eliya M. Zulu. 2007. «Prevalence and meanings of exchange of money or gifts for sex in unmarried adolescent sexual relationships in sub-Saharan Africa». *African Journal of Reproductive Health*. vol. 11, no 3, p. 44.
- Morrell, Robert. 1998. «Of boys and men: masculinity and gender in Southern African studies». *Journal of Southern African Studies*. vol. 24, no 4, p. 605-630.
- 2002. «Men, movements, and gender transformation in South Africa». *The Journal of Men's Studies*. vol. 10, no 3, p. 309-327.
- Munthali, Alister, Eliya M. Zulu, Nyovani Madise, Ann M. Moore, Sidon Konyani, James Kaphuka et Dixie Maluwa-Banda. 2006. *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Malawi: Results from the 2004 National Survey of Adolescents*. New York: Guttmacher Institute.

- Muula, Adamson S. 2007. «Perceptions about Men Having Sex with Men in Southern African Country: Case Study of Print Media in Malawi». *Croatian medical journal*. vol. 48, no 3, p. 398–404.
- Nanzikambe Theatre Arts. 2007. «Interaction radio for HIV/AIDS Education: Tisankhenji - The Choice is Mine». Nanzikambe Theatre Arts. En ligne. <<http://www.nanzikambe.org/Tisankhenji.html>>. Consulté le 30 juin 2009.
- National AIDS Commission. 2008. *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence and AIDS Estimates. Report for 2007*. Lilongwe, Malawi: The Republic of Malawi. Ministry of Health.
- National Statistical Office of Malawi. 2000. *1998 Population and Housing Census Analytical Report*. Zomba, Malawi: National Statistical Office of Malawi.
- . 2005. *Integrated Household Survey 2004-05*. Zomba, Malawi: National Statistical Office of Malawi.
- . 2005. *Malawi Demographic and Health Survey (DHS)*. Zomba, Malawi: Government of Malawi.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2005. «Uses and Pleasures: Sexual Modernity, HIV/AIDS, and Confessional Technologies in a West African Metropolis». In *Sex in Development. Science, sexuality and morality in global perspective*, Stacy Leigh Pigg et Vincanne Adams, p. 245-267. Durham, NC: Duke University Press.
- O'Manique, Colleen. 1996. «Liberalizing AIDS in Africa: The World Bank role». *Southern Africa Report Archive*. vol. 11, no 4, p. 21.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 1990. «Convention on the Rights of the Child: General Assembly resolution 44/25». Office of the High Commissioner for Human Rights. En ligne. <<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>>. Consulté le 30 juin 2009.
- Parikh, Shanti A. 2005. «From Auntie to Disco: The Bifurcation of Risk and pleasure in Sex Education in Uganda». In *Sex in Development. Science, sexuality and morality in global perspective*, Stacy Leigh Pigg et Vincanne Adams, p. 125-161. Durham, NC: Duke University Press.
- Parker, Richard G., Gilbert Herdt et Manuel Carballo. 1991. «Sexual Culture, HIV Transmission, and AIDS Research». *The Journal of Sex Research*. vol. 28, no 1, p. 77-98.
- Paul-Ebhohimhen, Virginia A., Amudha Poobalan et Edwin R. van Teijlingen. 2008. «A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa». *BMC Public Health*. vol. 8, no 4, p. 1471-2458.

- Perrot, Marie-Dominique, Gilbert Rist et Fabrizio Sabelli. 1992. *La mythologie programmée: l'économie des croyances dans la société moderne*: Presses universitaires de France.
- Pigg, Stacy Leigh, et Vincanne Adams. 2005. «Introduction: The Moral Object of Sex». In *Sex in Development. Science, sexuality and morality in global perspective*, Stacy Leigh Pigg et Vincanne Adams, p. 1-38. Durham, NC: Duke University Press.
- Pisani, Elizabeth, Stefano Lazzari, Neff Walker et Bernhard Schwartländer. 2003. «HIV surveillance: a global perspective». *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. vol. 32, no Supplement 1, p. S3-S11.
- Poku, Nana K. 2004. «Confronting AIDS with debt: Africa's silent crisis». In *The Political Economy of AIDS in Africa*, Nana K. Poku et Alan Whiteside, p. 33-49. Aldershot, England: Ashgate.
- Poulin, Michelle. 2007. «Sex, money, and premarital partnerships in southern Malawi». *Social Science & Medicine*. vol. 65, no 11, p. 2383-2393.
- Prebisch, Raul. 1971. *Change and Development: Latin America's Great Task*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishers Inc.
- Quam, Michael. 1990. «The Sick Role, Stigma and Pollution : The Case of AIDS». In *Culture and AIDS*, Douglas Feldman, p. 29-44. New York: Praeger Publishers.
- Ranger, Terence O. 2008. «Introduction: Evangelical Christianity and Democracy in Africa». In *Evangelical Christianity and Democracy in Africa*, p. 3-35. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Real Reason. 2008. *Situation Assessment Brief: Sexuality Education*. Oakland, CA: Real Reason.
- Rist, Gilbert. 1999. *The History of Development: From Western Origins to Global Faith*. Cape Town, South Africa: University of Cape Town Press.
- Robbins, Joel. 2004. «The Globalization of Pentecostal and Charismatic Christianity». *Annual Review of Anthropology*. vol. 33, p. 117-143.
- Robinson, Beatrice E., Walter O. Bockting, Simon B. R. Rosser, Michael Miner et Eli Coleman. 2002. «The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention». *Health Education Research*. vol. 17, no 1, p. 43-57.
- Ronsman, Carine, et Wendy Graham. 2006. «Maternal mortality: who, when, where, and why». *The Lancet*. vol. 368, no 9542, p. 1189-1200.

- Rostow, Walt Whitman. 1960. *The stages of economic growth*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Santelli, John, Mary A. Ott, Maureen Lyon, Jennifer Rogers, Daniel Summers et Rebecca Schleifer. 2006. «Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs». *Journal of Adolescent Health*. vol. 38, no 1, p. 72-81.
- Smyth, Ines. 2007. «Talking of gender: words and meanings in development organisations». *Development in Practice*. vol. 17, no 4, p. 582.
- Sontag, Susan. 2001. *Illness as Metaphor and Aids and Its Metaphor*. New York: Picador US.
- Spade, Dean. 2006. «Compliance is gendered: Struggling for self-determination in a hostile economy». In *Transgender Rights*, Paisley Currah, Richard Juang et Shannon P. Minter, p. 217-241. Minneapolis, MI: University of Minnesota Press.
- Stacey, Judith. 2004. «Marital suitors court social science spin-sters: The unwittingly conservative effects of public sociology». *Social Problems*. vol. 51, no 1, p. 131-145.
- Stadler, Jonathan, et Lindiwe Hlongwa. 2002. «Monitoring and evaluation of loveLife's AIDS prevention and advocacy activities in South Africa, 1999-2001». *Evaluation and Program Planning*. vol. 25, no 4, p. 365-376.
- Stein, Rob, et Michael Shear. 2009. «Funding restored to groups that perform abortions, other care». *The Washington Post*. En ligne. <<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/01/23/AR2009012302814.html>>. Consulté le 30 juin 2009.
- Swidler, Ann, et Susan A. Watkins. 2007. «Ties of Dependence: AIDS and Transactional Sex in Rural Malawi». *Studies in Family Planning*. vol. 38, no 3, p. 147-162.
- Thompson, T. Jack. 2005. «Presbyterians and politics in Malawi: A century of interaction». *The Round Table*. vol. 94, no 382, p. 575-587.
- Tolhurst, Rachel, Sally Theobald, Edith Kayira, Chikondi Ntonya, George Kafulafula, Jim Nielson et Nynke van den Broek. 2008. «"I don't want all my babies to go to the grave": perceptions of preterm birth in Southern Malawi». *Midwifery*. vol. 24, no 1, p. 83-98.
- Travis, Phyllida, Sara Bennett, Andy Haines, Tikki Pang, Zulfiqar Bhutta, Adnan A. Hyder, Nancy R. Pielemeier, Anne Mills et Timothy Evans. 2004. «Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals». *The Lancet*. vol. 364, no 9437, p. 900-906.
- UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS Human Rights. 2004. «Issue Paper: What Constitutes a Rights-based Approach? Definitions, Methods, and Practices».

- UNAIDS. En ligne.
<http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc>. Consulté le 30 juin 2009.
- UNICEF. 2004. «Life Skills - The big picture». UNICEF. En ligne.
<http://www.unicef.org/lifeskills/index_bigpicture.html>. Consulté le 30 juin 2009.
- United Nations Development Program. 2008. «Human Development Report 2007/2008 - Malawi». UNDP. En ligne.
<http://hdrstats.undp.org/countries/data_sheets/cty_ds_MWI.html>. Consulté le 30 juin 2009.
- University of Twente. 2004. «Health Belief Model». University of Twente, Theory Clusters - Health Communications. En ligne.
<http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc>. Consulté le 30 juin 2009.
- Vaughan, Megan. 1991. *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Vidal, Laurent. 2004. *Ritualites, sante et sida en afrique: pour anthrop. singulier*. Paris: Karthala.
- VonDoepp, Peter. 2005. «Institutions, Resources and Elite Strategies. Making Sense of Malawi's Democratic Trajectory». In *The fate of Africa's democratic experiments*, Leonardo Alfonso Villalón et Peter VonDoepp, p. 175-198. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Wallmyr, Gudrun, et Catharina Welin. 2006. «Young People, Pornography, And Sexuality: Sources And Attitudes». *The Journal of School Nursing*. vol. 22, no 5, p. 290-295.
- Wittenberg, Jonathan, Alice Munthali, Ann Moore, Eliya Zulu, Nyovani Madise, MacBain Mkandawire, Felix Limbani, Leila Darabi et Sidon Konyani. 2007. *Protecting the Next Generation in Malawi: New Evidence on Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs*. New York: Guttmacher Institute.
- Wolf, Naomi. 1998. *Promiscuities: The Secret Struggle For Womanhood*. Toronto: Vintage Canada.
- Wood, Katharine, Fidelia Maforah et Rachel Jewkes. 1998. «"He forced me to love him": putting violence on adolescent sexual health agendas». *Social Science & Medicine*. vol. 47, no 2, p. 233-242.
- Word Alive Ministries International. 2009. «Word Alive Commission for Relief and Development (WACRAD)». Word Alive Ministries International. En ligne.
<<http://www.wordalive.mw/worksofmercy.html>>. Consulté le 30 juin 2009.

- World Bank. 2009. «Malawi Country Brief». The World Bank. En ligne. <<http://go.worldbank.org/PH14P64710>>. Consulté le 30 juin 2008.
- World Health Organization. 2007. *Helping parents in developing countries improve adolescents' health*. Geneva: World Health Organization.
- , 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 256 p.
- World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS et United Nations Population Fund. 2004. «Position statement on condoms and HIV prevention.». World Health Organization. En ligne. <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/343_filename_Condom_statement.pdf>. Consulté le 30 juin 2009.
- YouthNet and Counselling. 2008. «YONECO! Helping and empowering the youth country wide». YONECO. En ligne. <<http://www.yoncco.org.mw>>. Consulté le 30 juin 2009.