

IRD (Institut de Recherche pour le Développement)  
Programme « Sida en milieu tropical »  
213 rue La Fayette  
75480 PARIS cedex 10

**ORGANISER LA LUTTE CONTRE LE SIDA.**

**Une étude comparative sur les rapports  
État / société civile en Afrique**  
(Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)

**sous la direction de**  
Marc-Éric GRUÉNAIS

**avec la participation de**

Auguste Didier Blibolo  
Katy Cissé-Wone  
Karine Delaunay  
Jean Pierre Dozon  
Fred Éboko  
Éric Gauvrit  
Jocelyne Quinio  
Carolyne Wanja Njue

Recherche financée par  
**L'AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA**  
Décision n° 97019  
Appel d'offres 1997

Paris, mars 1999



**AUTEURS**

- Auguste Didier BLIBOLO** Sociologue, IRD - GIDIS, Abidjan
- Kathy CISSÉ-WONE** Sociologue, CNLS, Dakar
- Karine DELAUNAY** Historienne, boursière ANRS, associée au Centre d'Études Africaines, Paris
- Jean Pierre DOZON** Anthropologue, Directeur de recherche IRD et Directeur d'études EHESS, Centre d'Études Africaines, Paris
- Fred ÉBOKO** Sociologue, Doctorant, allocataire ANRS, IRD-CEAN, Bordeaux
- Éric GAUVRIT** Politologue, Doctorant, allocataire CNRS, IRD-CEAN, Bordeaux
- Marc-Éric GRUÉNAIS** Anthropologue, Directeur de recherche IRD, Shadyc, Marseille
- Jocelyne QUINIO** Psychologue, CEGID, Dakar
- Carolyné WANJA-NJUE** Anthropologue, allocataire IRD, Institute of Population Studies, Université de Nairobi



## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avertissement</b> .....	p.7
<b>Introduction</b> .....	p.9
<b>I. “ La lutte contre le sida ” : des réponses institutionnelles à la question des politiques publiques</b>	
<i>1. Configurations et interrelations entre niveaux international, national et local</i>	
K. DELAUNAY, Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines. Discours sur une pandémie .....	p.23
M.-É. GRUÉNAIS, Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation .....	p.37
J.-P. DOZON, Une nécessaire politisation du sida en Afrique .....	p.51
C. WANJA NJUE, Activities of the National bodies and other gap-brindging initiatives (Kenya) .....	p.57
K. DELAUNAY, A. D. BLIBOLO et K. CISSÉ-WONE, Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais .....	p.69
<i>2. Des PNLs pris entre exigences des bailleurs de fonds et contraintes contextuelles</i>	
É. GAUVRIT, Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au Congo entre intégration, décentralisation et coopération .....	p.91
K. DELAUNAY, Le Programme National de Lutte contre le Sida au Sénégal entre prévention et normalisation sociale .....	p.101
K. DELAUNAY, Réflexion sur les dynamiques socio-politiques de la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire .....	p.113
<i>3. Le pouvoir d'État à l'épreuve du sida</i>	
É. GAUVRIT, La gestion du sida est-elle un risque pour l'État ? .....	p.119
F. ÉBOKO, Risque-sida, sexualité et pouvoirs. La puissance de l'État en question au Cameroun .....	p.123

## II. L'implication de “ la société civile ” : identité des acteurs et mobilisation

### 1. Un milieu aux contours flous : les ONG

- A. D. BLIBOLO, Le mouvement associatif face à la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire. Deux études de cas ..... p.143
- K. DELAUNAY ET A. D. BLIBOLO, Les ONG impliquées dans la lutte contre le sida dans une ville ivoirienne de l'intérieur, Bouaké ..... p.171
- K. DELAUNAY ET J. QUINIO, Les acteurs non gouvernementaux au Sénégal. Une présence massive mais une intervention difficile à évaluer ..... p.187
- C. WANJA NJUE, Women and AIDS : Risk of STDs & HIV/AIDS infection and implications of Women NGOs in Kisumu, Nyanza province, Kenya ..... p.205
- K. DELAUNAY, De la volonté officielle d'impliquer la “ société civile ” dans les programmes de lutte contre le sida (Cas ivoirien et sénégalais) .... p.221

### 2. Un mouvement encore en cours de construction :

#### *les associations de personnes vivant avec le VIH*

- K. Cissé-WONE, Associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal : diagnostic et perspectives ..... p.227
- F. ÉBOKO, Vivre avec le VIH au Cameroun. A partir de l'exemple de l'Association des Frères et Sœurs Unis ..... p.235

### 3. Des acteurs ambigus : religieux et tradipraticiens

- K. DELAUNAY, Quelles “ communautés ” et quels “ leaders ” pour la lutte contre le sida ? Réflexions à partir des cas ivoirien et sénégalais sur l'implication des instances religieuses ..... p.249
- J.-P. DOZON, Des guérisseurs ivoiriens au risque du sida ..... p.255

**Conclusion** ..... p.261

## AVERTISSEMENT

Nous avons rassemblé ici des textes de différente nature. Quelques uns ont déjà été publiés ou sont actuellement sous presse ; d'autres sont des communications à des colloques ; enfin, certains sont des textes originaux. A chaque fois, nous avons indiqué l'origine du texte en note en bas de page ; en l'absence de toute mention, il s'agit alors de textes qui n'ont fait pour l'heure l'objet d'aucune diffusion. Ces textes de différents statuts sont tous issus de travaux de terrain qui ont pu être réalisés en partie ou en totalité grâce au soutien financier de l'ANRS, et ont été produits grâce à la réflexion engagée à partir du projet initial dont les principaux termes sont rappelés en introduction.

Le travail entrepris au Congo, pays qui entre dans le champ de la comparaison, a été brutalement interrompu en juin 1997 à la suite de la guerre civile qui s'y est déclenchée et qui perdure encore en ce début d'année 1999. Au moment où nous achevons ce rapport, l'état du pays et la situation sanitaire est catastrophique, et nous ignorons tout du devenir de nombre de nos interlocuteurs. La guerre a détruit aussi les institutions et la lutte contre le sida est devenue un enjeu très secondaire. Les informations contenues dans ce rapport et ayant trait au Congo se rapportent alors bien évidemment à la situation d'avant la guerre de 1997, à une époque où il existait encore un programme national.

Nos remerciements vont en tout premier lieu à l'ANRS dont le soutien a permis la réalisation de ce travail tant par l'appui financier direct aux opérations de recherche que par les bourses dont on pu bénéficier quelques jeunes chercheurs de l'équipe. Nos remerciements vont aussi à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD, ex-ORSTOM), qui a accueilli les chercheurs de l'équipe dans ses implantations et surtout qui, fidèle à sa mission, a soutenu directement de jeunes chercheurs africains en leur octroyant des allocations.

Dans les pays où les membres de l'équipe ont travaillé, nous sommes particulièrement redevables à différentes institutions et à leur responsable. Nous tenons tout particulièrement à remercier :

- Au Sénégal : le Dr Ibra Ndoye, responsable du CNLS  
le centre ORSTOM de Dakar
- En Côte d'Ivoire : le Dr Malick Coulibaly, responsable du PNLs/MST/TB  
le centre OSTOM de Petit Bassam à Abidjan  
le Centre d'Information et de Prévention du Sida, à Abidjan
- Au Congo : le Programme National de Lutte contre le Sida  
le Centre Inter États d'Enseignement Supérieur de Santé Publique en Afrique Centrale (CIESPAC)
- Au Kenya : L'Institut Français de Recherche en Afrique (IFRA), à Nairobi
- Au Cameroun : Le projet PRESICA

Enfin, et même si la formule semble toujours avoir un caractère un peu convenu, nos remerciements s'adressent à tous les membres des ONG et des associations ainsi qu'à tous nos interlocuteurs dans les différents pays qui ont toujours manifesté une grande ouverture et une grande disponibilité à l'égard des chercheurs de l'équipe.





## INTRODUCTION

Marc-Éric GRUÉNAIS

Aujourd'hui, au Nord comme au Sud, la santé est estimée coûter trop cher, et chacun (les États, les organisations internationales, les collectivités locales, les associations) de s'employer à trouver les moyens de "rationaliser" les coûts et les systèmes de santé. Le continent africain échappe d'autant moins à cette réflexion que les États sont confrontés à une crise toujours plus prononcée des finances publiques et que des systèmes tels que l'assurance-maladie qui contribuent largement au financement de la santé dans les pays du Nord sont quasiment inexistantes dans les pays au sud du Sahara. Ainsi, nombre de solutions ont été envisagées au Sud pour favoriser l'autofinancement des structures de soins publiques par le recouvrement des coûts – conformément à "l'initiative de Bamako" –, pour rechercher un meilleur rapport coût-efficacité des actes médicaux, pour accroître l'autonomie des structures de soins par des mesures de décentralisation et de renforcement du pouvoir des collectivités locales, voire pour soutenir un secteur concurrentiel par l'appui financier à un secteur privé, comme le suggère la Banque Mondiale<sup>1</sup>.

Or la rationalisation des systèmes de santé doit être mise en œuvre dans des États africains "en crise", qui doivent faire face à une baisse de leur PNB et du niveau de vie, qui sont tenus de faire des économies (par des privatisations et des licenciements dans la fonction publique et les entreprises d'État) et de respecter des mesures d'ajustement structurel qui conditionnent l'octroi de nouveaux prêts. Alors que nombre d'États considéraient encore dans la décennie 1980 qu'il était de leur devoir de soigner gratuitement leurs citoyens, la crise des finances publiques a largement entravé les possibilités d'un fonctionnement convenable de structures de soins à l'efficacité déclinante (pharmacies non approvisionnées, absentéisme de personnels payés irrégulièrement, dégradation des locaux, manque de produits de première nécessité, etc.). La santé et l'éducation ont été deux secteurs particulièrement touchés par les mesures d'ajustement structurel. Idéologie néo-libérale aidant, les États ne sont plus désormais censés être les acteurs incontournables des systèmes de santé, ni les seuls interlocuteurs des bailleurs de fonds. Face à des États à la solvabilité incertaine et dont certains représentants ont une crédibilité réduite, les subventions des États du Nord ou des organisations internationales aux ONG ont pu être envisagées comme un moyen pour les bailleurs de fonds de ne pas négocier certaines aides avec les autorités des pays africains (cf. Berche, 1985).

1 « On pourrait aussi subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de première nécessité aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé. Au Bangladesh, au Kenya, en Thaïlande et dans d'autres pays encore, l'État assisté par les bailleurs de fonds, soutient le travail des accoucheuses traditionnelles auprès des femmes enceintes... ; il le fait aussi pour celui des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée et le SIDA » (Banque Mondiale, 1993).

Fonds Documentaire IRD



010033373

Fonds Documentaire IRD

Cote : A \* 33372 Ex :

Cependant, citoyens, cadres, techniciens des pays africains ont été soumis, au moins depuis les Indépendances, à des régimes centralisés à l'extrême et n'ont parfois acquis le droit (limité) d'énoncer publiquement une parole distincte de celle des gouvernants que depuis les années 1990 grâce aux processus dits de "démocratisation". Par ailleurs, à bien des égards, pour la population, la santé reste une affaire de l'État ; dispensaires et hôpitaux publics sont toujours des recours privilégiés en dépit de la dégradation des prestations offertes<sup>1</sup>. De plus, même si l'État en Afrique n'est plus l'acteur principal, dans un certain nombre de domaines, sa fonction de réglementation est toujours requise ; ainsi, par exemple, le démarrage d'une opération spécifique, alors même que les crédits sont disponibles et le projet déjà négocié et adopté par les bailleurs et les techniciens, pourra être singulièrement retardé en l'absence d'un vote au Parlement<sup>2</sup>. En dépit du dysfonctionnement des appareils d'État et de propensions à vouloir développer une santé sans État, celui-ci finit toujours par réapparaître et assurer, plus ou moins bien, une fonction minimale de régulation et de reconnaissance des initiatives, fonction qu'il peut assumer sans doute d'autant plus facilement que l'idéologie centralisatrice et étatiste est encore bien ancrée dans les esprits.

Les dispositifs de lutte contre le sida, et en particulier les programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS)<sup>3</sup> mis en place à partir de 1985 sur le continent africain, sont au cœur de cette dynamique. Structures verticales, étroitement liées aux plus hautes instances de l'État, largement soutenues par les agences de coopération bilatérales et multilatérales, elles avaient pour tâche de coordonner l'ensemble des activités dans le domaine de la lutte contre le sida. En raison notamment de l'accent mis sur la prévention qui requiert des "actions de proximité" auprès des "communautés", les PNLS ont dû dès le début composer avec des "relais" de nature diverse (associations de jeunes, de quartier, de femmes, leaders de groupes religieux, tradipraticiens, *etc.*). Dès leurs premières années d'activité, les PNLS ont donc eu à se positionner par rapport à l'État, aux agences de coopération, et aux dynamiques associatives ; c'est l'étude de ces positionnements et repositionnements de ces différents types d'acteurs qui est au centre des études menées dans cinq sites en Afrique.

### **Les cinq sites d'observation**

Nous avons voulu analyser la dynamique entre le centre et la périphérie, les interactions entre les niveaux locaux, nationaux et internationaux, à partir d'observations menées dans cinq pays différents : la Côte-d'Ivoire, le Congo, le Sénégal, le Cameroun, et le Kenya. Le travail entrepris a d'abord concerné le Sénégal, la Côte-d'Ivoire et le Congo ; au cours de l'étude, la

1 C'est du moins ce que révèle une étude sur le recours aux soins des habitants d'un quartier de Brazzaville particulièrement sous-équipé et difficile d'accès ; cf. Gruénais, 1996.

2 Nous pensons, par exemple, à l'appui au fonctionnement de la banque du sang de Pointe Noire au Congo décidé par l'Union Européenne dans le but d'améliorer la sécurité transfusionnelle ; la mise en œuvre de ce projet avait été rendue impossible car l'Assemblée nationale ne se décidait guère à voter la loi sur les centres régionaux de transfusion sanguine qui permettait de donner un cadre juridique à l'action de l'Union Européenne.

3 Dans la suite du texte, par souci de simplification, nous emploierons l'appellation consacrée de "PNLS" (Programme national de lutte contre le sida) pour désigner tous les dispositifs officiels de lutte contre le sida ; soulignons cependant qu'aujourd'hui les appellations varient selon pays : PNLS au Congo, CNLS/MST (Comité national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles) au Sénégal, PNLS/MST/TUB (Programme national de lutte contre le sida, les maladies sexuellement transmissibles, et la tuberculose) en Côte-d'Ivoire, NACP (National AIDS Control Programme) au Kenya, *etc.*

réflexion s'est enrichie de l'apport de travaux sur le Cameroun et le Kenya. Ceci explique un certain déséquilibre dans les contributions présentées ici entre celles concernant les trois premiers pays, et celles consacrées au Cameroun et au Kenya, la réflexion sur les premiers étant engagée depuis plus longtemps que celle sur les seconds.

Pourquoi avoir d'abord choisi les trois sites d'Abidjan, Brazzaville, Dakar ? L'expérience des chercheurs initialement impliqués sur les trois pays a bien évidemment guidé le choix. Un autre élément est entré en ligne de compte : Abidjan, Dakar, et au début de notre étude en 1996, Brazzaville<sup>1</sup>, étaient aussi les trois sites pilotes de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et du ministère français de la Coopération pour les projets de lutte contre le sida en Afrique. Mais au-delà de ces éléments conjoncturels, la comparaison entre les situations observées dans les trois pays pouvait se révéler particulièrement riche d'enseignements eu égard, non seulement aux différences de prévalence de l'épidémie, mais aussi, étant donné notre problématique, aux différences que représentent les trois États en terme de " modèle de développement "

Après le " miracle ivoirien ", puis la crise qui ne l'a pas épargnée, la Côte-d'Ivoire semble attirer de nouveau les investisseurs grâce à une dévaluation du franc CFA apparemment " réussi " et à sa stabilité. Une des raisons de la réussite fut incontestablement l'accueil de nombreux migrants. La question de l'Étranger parcourt la vie sociale et politique de la Côte-d'Ivoire (*cf.* Dozon, 1997) et n'épargne pas le domaine de la lutte contre le sida comme on le verra ici. Le Sénégal, fut pendant longtemps une " vitrine " de la démocratie en Afrique alors que tous les autres pays étaient sous la férule de partis uniques incontournables ; ceci ne l'empêcha pas, à l'instar d'autres États, de s'engager également dans un processus de transition démocratique tout en étant soumis à un ajustement structurel et en ayant eu à faire face à une nette dégradation des conditions de vie de sa population au cours de ces dernières années, notamment en ville. Le Sénégal, se caractérise aussi par une politique ancienne d'accueil d'ONG et d'associations qui participent au " développement " d'un pays dont la population est à très forte majorité musulmane ; d'ailleurs, certains sont parfois tentés d'associer la faible prévalence de l'infection par le VIH à l'islamisation du pays. Le Congo, pour sa part, fut pendant longtemps considéré comme " pays à revenu intermédiaire " grâce aux revenus de la rente pétrolière<sup>2</sup>. Après vingt-sept ans de régime de parti unique calqué sur le régime soviétique, et donc une centralisation poussée à l'extrême des différents organes de l'appareil d'État, le " vent de la démocratisation ", qui a, dans un premier temps, amené toutes les initiatives à se libérer, dessina progressivement le contexte d'une crise politique endémique, sur fond de crise économique grave, et qui a conduit le pays par deux fois à la guerre civile (en 1993-1994, et en 1997). Ces trois pays renvoient donc à trois figures distinctes de développement économique et politique.

Du point de vue de l'épidémie de VIH/sida, ces trois pays offrent également des situations contrastées. La Côte-d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché<sup>3</sup>, et le sida

1 La guerre survenue au Congo de juin à octobre 1997 a mis un point final à l'expérience du site de Brazzaville qui avait cependant déjà cessé, avant la guerre, d'être considéré comme site privilégié.

2 Il faisait également figure de pays le plus endetté par tête d'habitant en Afrique.

3 Les taux de prévalence pour la population adulte pour les cinq pays concernés par le projet sont les suivants (source : UNAIDS/WHO, Epidemiological Fact Sheet, juin 1998) :

Sénégal : 1,77 % ; Cameroun : 4,89 % ; Congo : 7,78 % ; Côte-d'Ivoire : 10,06 % ; Kenya : 11,64 %.

apparaît désormais comme la première cause de mortalité des adultes dans l'agglomération abidjanaise. A l'inverse, le Sénégal est un des pays africains les moins touchés. Ces caractéristiques épidémiologiques ne semblent guère avoir eu d'influences significatives sur la chronologie de la "révélation" du sida au sein de ces deux pays (les premières campagnes d'information sont entreprises dans les deux cas en 1988 après une phase de déni). Cependant, cette révélation n'a pas pris les mêmes formes, et a influé en particulier sur le positionnement de ces deux États sur la scène internationale de la lutte contre le sida : alors que le Sénégal s'est affirmé comme le pays de la découverte du VIH2, la Côte-d'Ivoire a tout particulièrement attiré l'attention des agences de coopération bilatérale et internationale, pour aboutir à la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique tenue à Abidjan en décembre 1997 et qui a officialisé l'engagement de l'ONUSIDA et de la France notamment en faveur de l'utilisation des antirétroviraux sur le continent africain. Le Congo, en revanche, fut un des premiers pays africains à reconnaître l'existence de cas de sida sur son territoire (dès 1983) ; il s'est engagé officiellement relativement tôt dans la lutte contre la maladie, et, dans le monde francophone, fut un des premiers pays, sinon le premier, à être doté d'un service d'hôpital de jour spécialisé. Ces positionnements distincts ne sont sans doute pas sans lien avec les formes prises par les recherches et les initiatives dans ces pays : du fait de l'ampleur du problème de prise en charge et de son impact sur les structures sanitaires en Côte-d'Ivoire, il y a pu avoir un suivi plus serré de l'évolution de l'épidémie qu'au Sénégal, repérable notamment par l'importance accordée aux sciences sociales sur des thèmes tels que les itinéraires thérapeutiques, les connaissances et représentations de la maladie, à partir d'enquêtes CACP ou d'investigations plus qualitatives. Le Sénégal, en revanche, semble avoir davantage brillé par la qualité des travaux virologiques. Cependant qu'au Congo, en dépit de la précocité de la reconnaissance de l'épidémie, et de l'engagement à organiser une prise en charge spécifique, la lutte contre le sida fut toujours très médicalisée, très orientée sur le curatif, au détriment parfois d'une approche de santé publique.

Au cours de nos travaux, il est apparu intéressant d'élargir, sinon la comparaison, du moins les études de cas au Cameroun et au Kenya. Si sur le plan économique, le Cameroun comme le Kenya ont subi des déboires analogues aux trois pays précédents (crise, appauvrissement de la population, ajustement structurel, *etc.*), cependant, en dépit de l'organisation d'élections, ces deux pays semblent avoir moins évoluer politiquement que les précédents. Pour être très schématique, disons que l'amorce d'une démocratisation de la vie politique y est très peu visible. Quant à l'organisation de la lutte contre le sida, le Cameroun, qui a longtemps fait figure de pays africain épargné par l'épidémie, a pris un retard important par rapport aux autres pays ; les effets de l'épidémie, qui se situe à un niveau encore relativement faible par rapport à la Côte-d'Ivoire et au Congo, se font aujourd'hui d'autant plus sentir que la progression de l'épidémie est loin de se stabiliser, contrairement aux situations enregistrées dans d'autres États. Le Kenya, pour sa part, appartient à la "AIDS belt" de l'Afrique de l'Est, avec des taux particulièrement élevés, en particulier à Nairobi, sur la côte Atlantique ou encore dans la région du Lac Victoria. Il fait l'objet depuis longtemps de très nombreuses initiatives émanant du Nord, et en particulier d'institutions nord-américaines, dans le domaine de l'épidémiologie<sup>1</sup>. Il nous est apparu alors intéressant d'apporter un "contrepoint" anglophone aux études entreprises, la mise en relation des situations francophones et

<sup>1</sup> Rappelons, à cet égard, que P. Piot, actuel directeur exécutif d'ONUSIDA, s'est en particulier rendu célèbre dans le domaine du sida par les études qu'il a menées au Kenya.

anglophones étant à notre sens insuffisamment pratiquée. De notre point de vue, l'intérêt résidait notamment dans le fait que la tradition associative et la déconcentration des pouvoirs (à défaut de décentralisation) sont en général beaucoup plus développées qu'en pays francophone.

### **Les programmes nationaux de lutte contre le sida**

C'est à partir de 1985, dans la plupart des pays africains, que des programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) ont été créés. Les modalités d'organisation de la lutte contre le sida, et en particulier les programmes d'activités des PNLS ont été élaborés à partir d'un modèle unique conçu notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dont les activités dans le domaine du sida étaient placées sous l'égide du *Global Programme on AIDS (GPA)*. La création de ces organes de l'appareil d'État spécifiquement orientés vers la lutte contre l'épidémie s'est faite parallèlement aux systèmes de santé nationaux. Véritables "organisations"<sup>1</sup>, leur développement fut relativement homogène jusqu'en 1992, quels que soient le pays et la situation épidémiologique. Ces programmes se caractérisaient par leur verticalité, parfois accentuée du fait de leur rattachement direct aux ministres de la santé des pays, et ont ainsi pu faire figure de programmes d'exception, puisque non intégrés à l'organigramme des directions de la santé, disposant alors d'une certaine autonomie de décision, particulièrement bien dotés, mais très dépendants de l'extérieur, et notamment de l'OMS qui était leur principal bailleur de fonds<sup>2</sup>.

En fait, c'est véritablement à partir de 1988, du moins au Congo et en Côte-d'Ivoire que sont lancés et financés des programmes spécifiques couvrant plusieurs années. Chaque bailleur de fonds (Union Européenne, coopérations française, allemande, canadienne, *etc.*) choisit un des axes de ce programme (sécurité transfusionnelle, IEC, lutte contre les MST, *etc.*) et, selon les termes d'un responsable de PNLS, l'OMS, dans ce dispositif, "bouche les trous". Dès cette année 1988, l'OMS crée un fonds spécifique dans le cadre du *Global Programme on AIDS* pour le financement des activités de lutte contre le sida menées par les ONG, fonds destiné à soutenir les ONG dans les activités qu'elles ont décidé d'entreprendre dans le cadre des plans nationaux à moyen terme mis en œuvre par les PNLS (*cf.* OMS, 1991).

A partir de 1992, les choses vont commencer à changer : certains budgets nationaux ouvrent une ligne budgétaire spécifiquement destinée à la lutte contre le sida (jusqu'alors les PNLS étaient entièrement dépendants des financements extérieurs) ; le thème de la journée mondiale du sida du 1<sup>er</sup> décembre est "Les communautés s'engagent", soulignant ainsi l'importance croissante des initiatives locales (émanant des ONG et associations) pour lutter plus efficacement contre le sida. Autre témoignage de l'importance accordée aux initiatives locales : c'est aussi en 1992, notamment à l'occasion de la conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique qui se tient alors à Yaoundé, qu'il est instamment demandé aux PNLS de reverser une partie de leur budget (15%) aux ONG ; cette disposition pourra être dans certains cas source de tension entre les associations et les programmes nationaux. C'est aussi

1 Au sens de la sociologie des organisations.

2 Un administrateur de l'OMS était d'ailleurs souvent détaché auprès des PNLS pour la gestion des fonds.

à partir de la même année que l'accent sera notamment mis sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Puis l'aide de l'OMS commencera à se raréfier pour les PNLS ; l'OMS sera de plus en plus réticente à jouer les "bouche trous" et à appuyer le fonctionnement courant des programmes<sup>1</sup> ; corollairement, la lutte contre le sida s'organisera toujours davantage, pour les bailleurs de fonds, autour de projets spécifiques. En 1994, les chefs de gouvernement et représentants de 42 pays, à l'occasion du sommet de Paris, s'engagent notamment à apporter leur soutien à la future agence ONUSIDA, qui regroupe six institutions dont cinq relèvent du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, PNUD, UNESCO, FNUAP ; la Banque Mondiale est le seul partenaire d'ONUSIDA à ne pas dépendre des Nations Unies). ONUSIDA verra officiellement le jour au début de l'année 1996.

Alors que le sida se "banalisait" en quelque sorte, considéré de plus en plus à la fois comme maladie chronique et comme endémie<sup>2</sup>, étant donné la saturation de certains services hospitaliers due aux malades du sida, aux perspectives alors encore très incertaines de réponses thérapeutiques satisfaisantes, et aux capacités réduites des dispositifs de prise en charge existants, la demande d'interventions "de proximité" pour développer la prévention et pour aider l'action des services de santé s'accroissait, et la pertinence d'une action menée au niveau central diminuait. Dès 1991, le regretté J. Mann, fondateur du *Global Programme on AIDS* de l'OMS, déclarait « Le niveau national n'est pas complètement dépassé, mais il est évident qu'il est moins important dans le vécu des gens par rapport à l'action communautaire... »<sup>3</sup>. L'efficacité des mesures de lutte contre le sida devait donc passer pour l'essentiel par leur mise en œuvre par des ONG, des associations, des "relais" de toute sorte identifiés par les instigateurs des campagnes d'IEC, et que les bailleurs de fonds pouvaient envisager de soutenir (financièrement) directement. Décentralisation et prise en charge communautaire, appui aux initiatives locales aussi ponctuelles soient-elles, financement par projets limités dans le temps et dans l'espace sont devenus désormais les maîtres mots des actions de santé, en général, et de la lutte contre le sida, en particulier. Une des questions que nous nous sommes posées au début du projet était alors de savoir comment la tendance centrifuge exprimée par le développement des actions de proximité parviendrait à s'accorder au seuil du troisième millénaire avec la verticalité institutionnelle des programmes nationaux qui avait permis de constituer les PNLS en référence unique de la lutte contre la maladie. Le corollaire de cette interrogation était d'appréhender la mesure dans laquelle la lutte contre le sida pouvait faire l'objet d'une appropriation spécifique par les instances périphériques (associations, ONG, leaders des communautés, *etc.*) dissociée ou dissociable des orientations imprimées par l'appareil d'État. L'analyse de l'évolution des PNLS dans leurs relations avec les orientations gouvernementales, devait également permettre d'aborder la question de l'intégration des PNLS dans les systèmes de santé et des différences selon les choix politiques des pays.

1 Les administrateurs et/ou techniciens détachés par l'OMS auprès des programmes nationaux seront progressivement rappelés.

2 Déclaration de P. Piot au *Monde*, 7-8 août 1994.

3 *Le Nouvel Afrique-Asie*, n° 27, décembre 1991 : 40-41.

## **Le développement de la société civile et la lutte contre le sida**

Le “ retour au local ” illustré par les aides directes accordées par les bailleurs du Nord aux ONG nationales s’accomplissait alors que les espoirs d’une démocratisation de la vie publique avait été suscités notamment par les conférences nationales du début des années 1990. En effet, l’ouverture démocratique fut accompagnée par la création d’un nombre très important de groupes et d’associations de toute nature et par le renforcement de l’autorité et du pouvoir de leaders locaux (*cf.* coll., 1995). L’enjeu était alors aussi celui de la modification du rapport du citoyen à l’État, rapport qui devenait de plus en plus médiatisé par des associations et des ONG constitutives d’une société civile élargie, et dans une certaine mesure renouvelée, qui adhère plus ou moins aux options des régimes en place. Il pouvait alors devenir envisageable que des groupes se créent et se développent sans se constituer *a priori* aussi en caisses de résonance d’un parti unique.

### *État et société civile*

Si le processus de “ transition démocratique ” rendait désormais possible la prise de parole de tout un chacun et devait faciliter les initiatives locales, cette dynamique se confortait dans un paysage multiforme. Certaines ONG impliquées dans la lutte contre le sida en Afrique ont une assise internationale : il peut s’agir alors d’institutions ayant leur(s) siège(s) au Nord et parfois nommées OING (I pour “ International ”) pour les distinguer des ONG de dimension nationale (MSF, CARE, PSI, CARITAS, *etc.*), mais aussi d’ONG ou réseaux panafricains (RAP<sup>+</sup> – Réseau africains des personnes vivant avec le VIH/sida ; SWAA – Society for Women and AIDS in Africa). Certaines ONG nationales, quant à elles, sont parfois intégralement soutenues par des bailleurs du Nord, soit par des les ONG internationales soit directement par les agences de coopération. En effet, les bailleurs, en raison à la fois de leur politique de soutien au développement d’associations nationales et d’une impossibilité logistique à mettre en œuvre eux-mêmes les programmes qu’ils financent sont amenés à sous-traiter certaines activités auprès d’ONG nationales (nous pensons par exemple aux avatars nationaux de PSI International, ONG essentiellement soutenue par l’USAID spécialisée dans le marketing social du préservatif). D’autres ONG nationales sont nées au moment de l’ouverture démocratique, et se sont parfois constituées autour de personnalités politiques soucieuses à la fois d’action humanitaire et de constitution d’une clientèle : ainsi par exemple, au Congo, presque toutes les épouses des principaux personnages de la vie publique (Président de la république, présidents des assemblées, ministres, responsables de partis politiques, *etc.*) étaient à la tête d’une association caritative, et il était d’ailleurs souvent de bon ton d’inclure la lutte contre le sida parmi les activités. A un niveau encore plus local il faut aussi compter avec les associations de quartier et de village qui sont parfois utilisées comme relais pour des campagnes d’IEC, ou encore des associations recrutant au sein de corporations particulières (vendeuses de marché, syndicat de transporteurs, *etc.*) ou de groupes particuliers (scolaires), qui ont pu parfois se constituer autour de l’objet spécifique de la lutte contre le sida. Des distinctions terminologiques, qui peuvent parfois donner lieu à des débats et controverses, sont d’ailleurs souvent établies pour distinguer ces “ petites associations ” agissant à un niveau très localisé, des “ grandes associations ” à rayonnement national : les anglo-saxons les qualifient de *Community Based Organizations* (CBO) qu’ils distinguent des secondes auxquelles on confère

exclusivement le sigle “NGOs”. Dans le monde francophone, les premières sont plutôt qualifiées “d’associations” que d’ONG, ce qui, par exemple, pour des représentants d’associations de personnes vivant avec le VIH/sida, peut-être interprété comme une volonté des ONG, désignation qui appelle davantage de respect et de reconnaissance, d’être les premiers interlocuteurs des bailleurs de fonds pour capter les ressources. Évoquons enfin les “leaders de la communauté”, pour reprendre l’expression consacrée, au premier rang desquels figurent les religieux et les tradipraticiens, qui font souvent figure d’alliés privilégiés des programmes de lutte contre le sida, qui agissent alors moins en tant que représentants d’un groupe qu’en tant qu’individualités de la communauté. Le phénomène associatif a pris une telle ampleur qu’il semble bien qu’aujourd’hui être membre d’une association devienne un élément constitutif de l’identité du citoyen et de l’individu moderne en Afrique.

L’espace public ouvert à la société civile dans le domaine de la lutte contre le sida pouvait sans doute être d’autant plus grand que les responsables politiques ont été très circonspects lorsqu’il s’est agi de faire émerger la question du sida comme “problème de société”, ou du moins comme problème de santé publique dans leur pays. On se souviendra que nombre d’États ont tu pendant un certain temps la réalité de l’existence du sida (cf. Dozon & Fassin, 1988 ; Fassin & Dozon, 1989). Dès lors, l’appareil d’État, représenté ici par le PNLs, ne risquait-il pas de faire figure de niveau intermédiaire entre le niveau international et la société civile multiforme, avec une marge de manœuvre qui irait en se réduisant à mesure que les financements internationaux, notamment dans le domaine du soutien institutionnel, s’amenuisaient ? Dans ces conditions, dans quelle mesure le sida pouvait-il devenir ou se maintenir comme un objet du politique et un “problème de société” ? La lutte contre le sida, qui devait être largement relayée par les acteurs locaux, pouvait-elle alors témoigner d’une “prise d’initiative”<sup>1</sup> d’une “société civile” en plein essor ?

La question de l’appropriation de la lutte contre le sida par les acteurs locaux apparaissait d’autant plus pertinente que les bailleurs de fonds ont contribué à faire du sida une ressource particulièrement disputée<sup>2</sup> entre représentants de la société civile. En effet, dans des contextes africains placés sous le double signe de la transition démocratique et de l’affaiblissement de l’État soumis à ajustement structurel, la lutte contre l’épidémie s’est constituée en une “arène de confrontation” (Bierchenk, 1988) parmi d’autres, c’est-à-dire en un espace que les acteurs engagés dans la lutte contre le sida participent à délimiter, par leurs discours et leurs actions, en même temps qu’ils se le disputent. Dans cet espace se créent des conflits, mais aussi des alliances, en fonction à la fois des réseaux mobilisés pour acquérir une légitimité d’intervention et des enjeux liés à la lutte contre l’épidémie. Par la constitution, dès leur origine, des PNLs en organisations spécifiques, et par le soutien privilégié aux actions de proximité, la lutte contre le sida n’a-t-elle pas eu tendance à s’individualiser en tant que “marché”, le champ du sida étant constitué en lieu de captation d’une ressource et de définition de nouvelles légitimités ? Des stratégies collectives ont pu s’élaborer pour que des ONG de développement, qui prennent appui sur leurs réseaux de relations avec les bailleurs de fonds et avec les communautés locales, apparaissent comme des acteurs incontournables de la lutte contre le sida. Mais la lutte contre le sida pouvait aussi devenir le lieu de l’expression de

<sup>1</sup> Expression chère à G. Balandier qu’il employait pour caractériser les réactions de la “société colonisée” face à la “société coloniale” (Cf. notamment, Balandier, 1971).

<sup>2</sup> Cf. les éléments fournis par Decosas et Finlay, 1993.



stratégies individuelles : parfois l'adhésion à une ONG de lutte contre le sida n'était-elle pas aussi (surtout ?) motivée par la perspective d'acquisition d'un statut et d'une rémunération dans une Afrique en crise ?

D'une manière générale, favoriser des initiatives locales, identifier des acteurs de la communauté comme relais potentiels des campagnes d'IEC, aider des associations et ONG peuvent aussi conduire à soutenir des représentants de groupes et des corporations qui ont des objectifs, des revendications, et des fonctions spécifiques qui sont parfois en décalage par rapport aux mesures souhaitées par les acteurs étatiques et/ou internationaux. On peut citer, à cet égard, l'exemple "classique" de groupes religieux, constitués en "leaders d'opinion" par les PNLS pour la diffusion de l'information sur la maladie, et qui combattront l'utilisation des préservatifs, allant ainsi à l'encontre de messages de prévention. La lutte contre le sida doit donc aussi être envisagée comme une arène de confrontations et de négociations pour capter la ressource, pour asseoir de nouvelles légitimités, mais aussi pour affirmer une identité qui manifeste parfois un écart important avec les objectifs initiaux de santé publique.

### *Les associations*

Afin d'analyser les modalités des dynamiques associatives autour de la lutte contre le sida, d'illustrer les négociations qui se développent autour de l'affirmation d'une identité, de la recherche de statut et de nouvelles légitimités, ainsi que les manières dont s'expriment les rapports avec les PNLS et l'appareil d'État en général, nous avons choisi de mettre l'accent sur quelques types d'associations et d'individualités de la communauté agissant au niveau le plus localisé : les associations de jeunes et de femmes, les associations de personnes vivant avec le VIH, les religieux et les tradipraticiens.

#### *Les associations de jeunes et de femmes*

Le choix des jeunes et des femmes s'explique ici, en premier lieu, parce qu'ils constituent le public des groupes cibles pour les actions d'IEC notamment. Faire en sorte que les jeunes, **dès leur entrée dans leur vie sexuelle**, adoptent *a priori* des comportements - c'est-à-dire avant que la question de la prévention se pose en termes de **changement de comportement** - qui réduisent l'exposition au risque est un objectif prioritaire des campagnes de prévention ; réduire les risques de mortalité précoce en est un autre. Les femmes, pour leur part, en tant que population particulièrement susceptible de se trouver en situation de vulnérabilité (du fait de la domination masculine, de l'inégalité d'accès à l'école, aux revenus, *etc.*) constituent un autre groupe prioritaire ; des raisons épidémiologiques (transmission de la mère à l'enfant, incidence de la maladie parfois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, population faisant l'objet d'un meilleur suivi médical que les hommes) viennent aussi justifier l'attention particulière dont elles font l'objet. Pour notre propos, les jeunes et les femmes constituent deux "populations" que nous avons privilégiées parce qu'elles sont en situation de "dominées" et, à ce titre, sont particulièrement affectées par les questions d'affirmation identitaire et statutaire.

### *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida*

Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida ont aussi retenu notre attention. Le développement des associations de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique pouvait faire figure d'événement dans l'organisation de la lutte contre le sida. Même si ces associations sont de création récente et sont encore peu nombreuses, elles attestent sans doute d'une évolution de l'opinion vers une meilleure acceptation de personnes qui souffrent d'une maladie qui reste très stigmatisante. On pouvait également penser qu'elles amèneraient à des réaménagements dans les dispositifs nationaux. Certains observateurs se sont déjà interrogés sur la capacité de ces associations à modifier le contexte de la lutte contre le sida : « La plupart de ces groupes – à l'exception notable de la Côte-d'Ivoire – n'ont guère de reconnaissance officielle, et entretiennent des relations plutôt conflictuelles avec les responsables des plans nationaux de lutte contre le sida. Le manque de moyens financiers n'est pas la seule entrave à leur action : il est encore pratiquement impossible de rompre l'anonymat autour de sa séropositivité en Afrique sous peine d'être rejeté... » (Lamien, 1995). Dans les pays du Nord, on sait combien les associations de malades ont pu se constituer en groupes de pression auprès des décideurs (autorités politiques et responsables de santé publique). Il convenait alors d'étudier le positionnement de ces associations de malades dans leurs relations aux autres intervenants afin d'apporter des éléments de compréhension quant au fonctionnement de la lutte contre le sida en terme de marché : leur profil particulier pose en effet avec acuité le problème des registres de légitimité sur lesquels s'appuient les interventions comme celui des procédures et instances de légitimation<sup>1</sup>.

### *Religieux et tradipraticiens*

Enfin, pour apprécier comment se conjuguent mise en œuvre de directives nationales, appui à des initiatives locales, et stratégies des acteurs locaux, nous avons également accordé une importance particulière aux réponses des religieux et des tradipraticiens dans la lutte contre le sida. L'implication des congrégations religieuses dans le développement économique, social et sanitaire est un phénomène bien connu ; rappelons, par exemple, le rôle des Églises chrétiennes en faveur de la scolarisation et de la santé pendant la période coloniale. Or, le « développement » n'est pas, bien évidemment, l'apanage des seules congrégations religieuses du Nord : le poids économique – mais aussi politique – des confréries musulmanes au Sénégal est particulièrement important<sup>2</sup>, et les « religions africaines » s'inspirant du christianisme, tel le kimbanguisme dans le bassin du Congo<sup>3</sup>, s'adonnent parfois à des activités de développement agricole de grande ampleur. L'entreprise religieuse est aussi bien souvent une

<sup>1</sup> Lorsque nous avons commencé le travail sur le Kenya, il était prévu initialement de procéder à une comparaison entre Afrique francophone et Afrique anglophone où les associations de personnes vivant avec le VIH sont plus développées et depuis plus longtemps. Malheureusement, la guerre survenue au Congo en juin 1997, qui a obligé à un arrêt brutal du projet dans ce pays, et notamment au départ précipité de M.É. Gruénais qui n'a pu alors emporter la documentation qu'il avait commencé à rassembler à partir de Brazzaville sur les associations de personnes vivant avec le VIH/sida au Kenya. De plus cette guerre a modifié considérablement le calendrier des opérations de recherche, notamment celles que M. É. Gruénais avaient prévu de poursuivre à Nairobi. Nous ne disposons donc plus de l'information qui aurait pu permettre de procéder à cette comparaison, qui reste, à notre sens, un sujet important à explorer pour mieux comprendre les stratégies d'acteur autour de la lutte contre la maladie.

<sup>2</sup> Cf. par exemple J. Copans, 1980

<sup>3</sup> Cf. Asch, 1983.

entreprise économique. Cependant, c'est certainement moins en raison de leur implication dans l'entreprise de développement économique qu'en raison de leur capacité de mobilisation et des valeurs qu'elles défendent à propos des conditions souhaitables de la reproduction (partenaire unique, fidélité) que les religions font souvent figure de relais privilégiés de l'IEC. Églises, confréries, leaders religieux de toute sorte ne trouvent-ils pas alors dans le domaine du sida, grâce aux relations avec les instances laïques (nationales et internationales) de lutte contre le sida, un nouveau terrain où leur intervention se trouve favorisée par la " dette de sens " créée par une épidémie survenue dans un contexte de crises majeures, face à laquelle une médecine alors triomphante<sup>1</sup> était mise en échec, et les systèmes sanitaires, soumis à rude épreuve<sup>2</sup>.

Précisons ici que, à l'instar des ONG, ce que nous appelons les congrégations religieuses renvoient à des réalités très diverses qui ressortissent à des niveaux d'implication dans la société nationale très différenciés. Citons, pour les zones à majorité chrétienne, les activités menées par des représentants des Églises du Nord (catholiques et protestantes) qui s'impliquent souvent très directement dans des structures sanitaires sans faire particulièrement œuvre prosélyte. Or les représentants en Afrique de ces Églises du Nord ont parfois des positions qui tranchent avec leurs filiales africaines (par exemple, les discours sur la sexualité émanant des missionnaires protestants suédois au Congo divergent radicalement de celui des pasteurs protestants africains). Il existe aussi de grandes Églises africaines (par exemple, le Harrisme en Côte-d'Ivoire, le Kimbanguisme, au Congo et dans l'ex-Zaïre) qu'il convient de distinguer de mouvements de moindre envergure qui puisent largement dans les systèmes symboliques traditionnels et sont parfois à caractère prophétique ou messianique. Certaines ont pignon sur rue et sont officiellement reconnues, d'autres ont plutôt la réputation d'être des " sectes " ; Il faut enfin compter avec des leaders religieux qui ne représentent aucune église, si l'on peut dire, et exercent surtout en tant qu'individualité, dans l'Afrique chrétienne comme dans l'Afrique islamisée. Toutes les Églises, et en particulier toutes les " sectes ", tous les leaders religieux sont aussi des recours thérapeutiques privilégiés des citoyens et offrent des réponses à l'infortune et aux maux de la " modernité " <sup>3</sup>, dont le sida.

Parmi les leaders de la communauté volontiers associés aux activités de lutte contre le sida figurent aussi les tradipraticiens, davantage pour leur qualité de spécialistes de la maladie en général que pour leur rôle potentiel de leader d'opinion. Susceptibles de se livrer à des pratiques dangereuses favorisant la transmission par l'utilisation d'un même instrument en contact avec du sang pour plusieurs clients, mais aussi de délivrer des messages d'espoir de guérison de la maladie, les tradipraticiens devaient alors être " éduqués ". Mais les décideurs en santé faisaient aussi volontiers le pari que les tradipraticiens disposaient de remèdes (traditionnels) pouvant minimiser les effets des infections opportunistes, à ce titre, ils devenaient alors presque des " confrères " des médecins. Alors que la question de la " valorisation de la médecine traditionnelle " <sup>4</sup> marquait le pas, le sida semblait pouvoir relancer le débat de la collaboration entre les deux " médecines ". Aussi, les médecins (du

1 Rappelons-nous le slogan pour le moins optimiste de l'OMS dans les années 1980 qui s'était fixée pour objectif " La santé pour tous en l'an 2000 ".

2 Sur le phénomène prophétique et religieux en Afrique, Cf. notamment, J.P. Dozon, 1995.

3 Cf. par exemple, pour la Côte-d'Ivoire, C. Piault, 1975 ; pour le Congo, J. Tonda, 1990.

4 Cette question était devenue d'actualité à partir de la fin des années 1970, notamment dans les milieux de l'OMS dans le cadre des soins de santé primaires : cf. par exemple OMS, 1983.

Nord comme du Sud) ont-ils pu souhaiter une participation des tradipraticiens à la lutte contre le sida, comme en témoigne la rencontre “ Médecine traditionnelle et sida ” de Bamako en 1994 organisée sous l'égide de l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) <sup>1</sup>.

Comment tradipraticiens et religieux se sont-ils appropriés le sida ? Y a-t-il solution de continuité entre Églises (du Nord) reconnues officiellement dans les pays africains, groupes religieux qualifiés de “ sectes ”, leaders charismatiques et tradipraticiens ? Si la lutte contre le sida représente un enjeu pour ces leaders de la communauté, quel est-il ? L'écart entre les objectifs et les fonctions des professionnels de la santé et ces individualités est *a priori* maximal ; en faire parfois des alliés privilégiés dans la communauté pour favoriser la lutte contre le sida permet-il de réduire cet écart, et dans quelle mesure la caution ainsi apportée par les professionnels de santé à ces individualités ne vient-elle pas renforcer leur légitimité ? On verra que les leaders religieux et les tradipraticiens ne s'emparent pas du sida de la même manière, et dans la dialectique de la guérison et de la prévention le sida représente aujourd'hui sans doute davantage un marché pour les religieux que pour les tradipraticiens.

### *Une société civile réformatrice ?*

Étant donné la problématique générale du projet, et l'approche monographique bien souvent privilégiée, deux thèmes pourront apparaître insuffisamment traités comme sujets spécifiques : l'aide et les agences de coopération bilatérales, et les ONG de dimensions nationales et internationales. Des représentants de ces institutions ont été bien évidemment rencontrés au cours des enquêtes. Cependant, outre le fait qu'il pourrait s'agir là de deux thèmes d'étude spécifique, précisons que les interlocuteurs ne sont pas toujours très loquaces sur un certain nombre de sujets. Néanmoins, on se rendra compte à la lecture des études présentées ici que si ces institutions n'ont pas été envisagées comme thèmes spécifiques, elles sont omniprésentes dans les propos de nos interlocuteurs qui se sont exprimés au niveau national ou local. Ils apparaissent ici davantage comme promoteurs dans la construction de l'arène, voire comme acteurs mais conservant, et cela est bien compréhensible, une certaine extériorité dans la négociation.

Notre interrogation centrale, rappelons-le, est de savoir dans quelle mesure la reconnaissance publique que peut conférer certaines collaborations et certains appuis financiers contribue à la construction de nouvelles légitimités identitaires ou au renforcement de légitimités anciennes, y compris de l'État. Ces légitimités et identités, construites, reconstruites, recomposées à partir de la lutte contre le sida sont-elles aussi la promesse d'une société civile réformatrice, pour le plus grand bénéfice des personnes atteintes et de la prévention ? D. Fassin soulignait en 1994 : « Affaire de pouvoir, le sida peut devenir une affaire politique. [...] L'émergence d'associations et d'organisations non gouvernementales, même si elle doit être considérée avec circonspection dans le contexte des stratégies internationales pour affaiblir les États en soutenant les initiatives privées, correspond à un renforcement effectif des capacités d'intervention de la société civile sur la scène politique » (Fassin, 1994). Doit-on ou non aujourd'hui être encore plus circonspect, alors que l'on assiste à un processus de restauration autoritaire sur le continent africain ? L'inertie verticale imprimée aux dispositifs nationaux

---

1 Cf. à ce sujet Bourdarias & Le Palec, 1995.

depuis leur création permet-elle toujours de formuler une telle attente dans les mêmes termes ?

### Références bibliographiques

ASCH S.

1993 *L'Église du prophète Kimbangu*, Paris, Karthala.

BALANDIER G.

1971 *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, Paris, PUF (1<sup>ère</sup> ed. 1955).

Banque Mondiale

1993 *Rapport sur le développement dans le monde 1993, Investir dans la santé*, Washington, Banque Mondiale.

BERCHE T.

1985 " À propos d'une ONG de développement sanitaire : l'Église catholique en Afrique et les soins de santé primaires ", *Sciences Sociales et Santé*, III(3-4) : 85-103.

BIERCHENK T.

1988 " Development projects as arenas of negotiation for strategic groups. A case study from Benin ", *Sociologia Ruralis*, 28(2-3) : 146-160.

BOURDARIAS F. & A. LE PALEC

1995 " Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies. À propos du colloque *Médecine traditionnelle et sida* ", *Journal des anthropologues*, 60 : 51-61.

Collectif

1995 "La démocratie déclinée", *Cahiers d'Études Africaines*, 137, XXXV(1).

COPANS J.

1980 *Les marabouts de l'arachide : la confrérie mouride et les paysans du Sénégal*, Paris, Le Sycomore.

DECOSAS J. & FINLAY

1993 " International AIDS aid : the response of development aid agencies to HIV/AIDS pandemic ", *AIDS*, 7 (suppl.1) : S281-S286.

DOZON J.-P.

1995 *La cause des prophètes*, Paris, Seuil.

1997 " L'étranger et l'allochtone en Côte-d'Ivoire ", dans B. Contamin & H. Mémél-Fotê (ed), *Le modèle ivoirien en question. Crises, ajustements, recompositions*, Paris, Karthala-ORSTOM : 779-798.

DOZON J.-P. & FASSIN D.

1989 "Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique", *Sciences sociales et santé*, 7 (1) : 21-36.

FASSIN D.

1994 " L'espace privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo", *Annales Histoire, Sciences sociales*, 4 : 745-775.

D. FASSIN D. & DOZON J.-P.

1988 "Les États africains à l'épreuve du sida", *Politique Africaine*, 32 : 79-85.

GRUÉNAIS M.-É.

1996 "A quoi sert l'hôpital africain ?", *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 73 : 119-128.

LAMIEN É.

1995 "Le combat contre l'autre apartheid", *Sidafrrique*, 4 : 2-3.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

1983 *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS.

1991 *Infection à VIH/sida. Étude de six programmes de soins à domicile en Ouganda et en Zambie*; Programme mondial de lutte contre le sida, Genève, OMS.

PIAULT C. (ed.)

1975 *Prophétisme et thérapeutique*, Paris, Hermann.

TONDA J.

1990 "Les églises comme recours thérapeutique", dans D. Fassin & Y. Jaffré (ed.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf : 200-210.

## DES GROUPES À RISQUE À LA VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS AFRICAINES. DISCOURS SUR UNE PANDÉMIE \*

Karine DELAUNAY

### Des « groupes à risque » à la « vulnérabilité » : une succession de notions

On peut considérer, schématiquement, que trois grandes notions se sont succédées depuis les débuts de la pandémie de sida pour rendre compte de la diffusion de l'infection à VIH et orienter les politiques de prévention : à l'identification de « groupes à risque » a succédé une approche en terme de « comportements à risque » qui, elle-même, tend aujourd'hui à céder la place à une analyse mettant au premier plan la « vulnérabilité » individuelle et collective. Je voudrais d'abord tenter de replacer ces différentes notions dans le contexte du « discours médico-préventif » (Fabre, 1993) dominant<sup>1</sup>.

Les procédures d'identification du sida en tant que maladie nouvelle, dont les premiers cas furent signalés en 1981, passaient par la construction d'une pathologie homogène au-delà de la diversité des symptômes observés chez les malades<sup>2</sup>, construction ayant conduit, en l'absence d'un modèle étiologique établi, à rechercher ce que ces malades avaient en commun, partant à les constituer en groupes (cf. Péchu, 1992 : 44). En l'occurrence, la maladie, qui était alors mortelle à très brève échéance, fut d'abord observée dans des villes de la côte ouest des États Unis d'Amérique, chez de jeunes hommes, dont les médecins relevèrent qu'ils étaient homosexuels, qu'ils avaient des rapports sexuels fréquents et des partenaires multiples, et qu'ils étaient généralement usagers de drogues euphorisantes. Ainsi, les premiers énoncés sur le sida, en 1981, firent-ils référence à l'hypothèse d'un « style de vie homosexuel » prédisposant à un dysfonctionnement immunitaire, énoncés procédant par généralisation à partir de l'observation d'un nombre réduit de cas (cf. Oppenheimer, 1988 : 271). Tandis que le repérage de nouveaux cas renforçait la thèse d'un agent infectieux transmissible, sans pour autant disqualifier la mise en cause d'un « environnement social », leur enregistrement reposa sur la définition de « groupes à risque ». Notion *a priori* neutre en ce qu'elle entend rendre compte de la fréquence statistique de la maladie à un moment et dans un contexte d'observation donnés, sa mise en œuvre se fondait, en la circonstance, sur « des

\* Texte à paraître dans *Autrepart* (moyennant quelques modifications mineures).

1 L'ensemble de la réflexion proposée ici a été initiée dans le cadre de ma participation au projet de recherche "Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique" financé par l'ANRS et coordonné par M.-É. Gruénais (IRD).

2 En effet, ce qui a été identifié comme un "syndrome d'immunodéficience acquise" (donnant naissance au sigle AIDS, SIDA en français qui lui-même a pris ensuite la forme de l'acronyme actuel, sida) se manifeste cliniquement par des affections diverses : si le sarcome de Kaposi (affection maligne de la peau) et une forme particulière de pneumonie furent les premiers "marqueurs" dans l'identification des cas, celle-ci révéla l'existence d'autres affections opportunistes également associées à un déficit immunitaire.



facteurs hypothétiques de risque » et opérait là encore « par isolement des caractéristiques communes » aux cas observés (Pollack, 1988 : 129) ; surtout, par généralisation à partir de ces cas, elle produisit des effets de désignation et de stigmatisation de « communautés » tant sociales que nationales.

1985 marquait l'entrée de « l'épidémie de sida [...] dans une phase nouvelle » (Gmerk, 1990 : 149). D'une part, la découverte du virus du sida puis l'identification de ses différents modes de transmission (sexuel, sanguin, materno-fœtal), entre 1983 et 1985, avait permis la construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis qui « désenclavait » le sida de l'hypothèse du style de vie (selon l'expression de A. Giami, 1996 : 280). D'autre part, l'épidémie tendait non seulement à s'étendre en dehors des « groupes à risque » antérieurement identifiés mais aussi à se « mondialiser », conduisant à la création d'un Programme mondial sur le sida par l'OMS (le GPA, *Global Programme on AIDS*) ; la situation en Afrique apparaissait particulièrement préoccupante, attestant du même coup d'une propagation active du virus par voie hétérosexuelle qui avait été largement ignorée ou niée (cf. Gmerk, 1990 : 73-78, 157). Enfin, la mise à disposition de tests de dépistage, à partir de 1985, faisait apparaître l'existence d'une population séropositive, porteuse du virus et donc potentiellement contaminante, mais n'ayant pas développé la maladie et dont on ne savait prédire avec certitude dans quelle proportion et à quelle échéance elle la développerait effectivement, posant de nombreux problèmes éthiques et sociaux ; en rendant ainsi « objective une réalité invisible » (Setbon, 1993 : 23), la possibilité de dépister l'infection tendait à généraliser le risque et contribuait à transformer le sida en problème public. Dès lors, la question du sida ne pouvait plus être énoncée seulement selon une procédure descriptive « assignant » le risque à certaines catégories de personnes ; elle ouvrait le problème de la gestion de ce risque, gestion collective mais aussi individuelle. Dans un contexte où disparaissaient assez vite les espoirs de découverte rapide d'un vaccin et de mise au point d'un traitement curatif, la prévention était appelée à jouer un rôle de premier plan. Outre l'implication directe des pouvoirs publics et de l'OMS en matière de dépistage des dons de sang en prévention du risque collectif associé à la transfusion sanguine, celle-ci, selon les recommandations de l'OMS, a reposé, pour l'essentiel, sur la « responsabilisation individuelle » qui mettait au premier plan la notion de « comportements » (et/ou de « pratiques »), notamment ceux relevant du plus intime de la vie de chaque individu, les comportements sexuels. Aussi bien au Nord qu'en Afrique, tandis que les messages préventifs s'attachaient à faire à la fois du sida une menace potentielle pour chacun et une maladie évitable par chacun, dès lors qu'il adopte des comportements réduisant le risque d'infection (réduction du nombre de partenaires, puis, dès que son efficacité a été prouvée, en 1986, utilisation du préservatif), étaient lancées, en amont, de grandes enquêtes sur les comportements sexuels, d'abord à l'initiative de l'OMS<sup>1</sup>.

Dans les années quatre-vingt-dix, l'épidémie s'affirme comme pandémie : elle affecte sévèrement l'Asie puis s'étend en Europe de l'est tandis qu'elle progresse dans les différentes régions de l'Afrique sub-saharienne, continent le plus touché dans le monde. Dans ce contexte, l'OMS appelle à la mobilisation « communautaire », comme en témoigne le mot

<sup>1</sup> Les enquêtes CACP/CAP (« Connaissances, Attitudes, (Croyances,) Pratiques ») et RP (« Relations entre Partenaires »).



d'ordre donné à la journée mondiale du sida en 1992 : « les communautés s'engagent » ; aux côtés des autorités politiques, les différentes composantes de la " société civile " doivent contribuer à faire face à la menace du sida sous ses différents aspects (infection, maladie et conséquences de celle-ci, y compris dans les attitudes face aux personnes atteintes). Parallèlement, les études comportementales sont infléchies dans le sens d'une « plus juste prise en compte de la dimension relationnelle », cherchant « moins à expliquer intégralement les comportements selon un schéma de causalité linéaire et davantage à " rendre compte " de ce qui se joue dans les diverses situations étudiées » (Campenhoudt, 1998 : 78). La question du sida tend ainsi à être contextualisée et, face à l'évolution de la prévalence, s'impose l'idée que le sida suit les lignes de fracture sociale, que celles-ci soient appréhendées en terme de précarité au Nord ou de pauvreté au Sud. Dans ce cadre, la notion de « comportements à risque » tend à être reformulée en référence à des « situations » et une notion va tendre à devenir incontournable, la « vulnérabilité ». Renvoyant à l'existence, antérieurement identifiée, de certains " co-facteurs " biologiques augmentant le risque d'infection par le VIH chez certains individus, notamment le fait d'avoir antérieurement contracté une MST, elle s'est aussi appliquée à la gestion du risque ; dans ce cadre, elle est entendue comme « la résultante de facteurs personnels, sociaux ou en rapport avec des institutions ou des services qui vont déterminer l'adoption de comportements ou la survenue de situations qui peuvent aboutir à l'infection par le VIH » (Tarantola, 1997 : 25) ; le recours à la notion de vulnérabilité s'exerçant plus particulièrement à l'endroit de catégories dominées ou marginalisées, elle tend à faire du sida un risque passif pour celles-ci : « être vulnérable au VIH/SIDA » signifie alors « être pratiquement ou complètement désarmé face au risque d'infection par le VIH » (ONUSIDA, 1995 : 6)<sup>1</sup>. Élaborée au début des années quatre-vingt-dix par une équipe démissionnaire de l'OMS, cette notion est devenue aujourd'hui l'un des arguments de la « réponse élargie » prônée par le Programme des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA) qui a succédé en 1996 au Programme mondial sur le sida de l'OMS. Dans un contexte où « l'écart » Nord-Sud s'impose avec évidence en référence à un inégal accès aux traitements qui, depuis quelques années, ont fait naître « l'espoir »<sup>2</sup>, la vulnérabilité en est venue à rendre compte de situations globales prévalant au Sud, secondairement en Europe de l'est, et elle est invoquée de manière récurrente au sujet de l'Afrique.

A passer en revue les principales notions utilisées pour rendre compte de l'infection à VIH, on fait apparaître une évolution qui, en première lecture, va dans le sens d'une meilleure appréhension de la complexité des facteurs intervenant dans la gestion du risque. On assiste en effet à un réaménagement du système de causalités mis en œuvre par le raisonnement probabiliste légitimant le concept de risque, réaménagement qui s'accompagne d'un infléchissement du contenu opératoire de ce concept dans le discours préventif selon que les préoccupations sanitaires se développent sur un axe sécuritaire ou sur axe humanitaire. Dans ce cadre, on a bien affaire à une succession de notions : la désignation de groupes à risque

1 Plus exactement, les modalités de qualification du risque ont évolué. Comme l'indique M. Seibon (1993 : 67-68) à propos de la France, au milieu des années quatre-vingts, une distinction actif/passif a bien été *de facto* opérée mais en considération des modes de contamination (sexualité/transfusion), la responsabilité politique étant restreinte aux « conséquences moralement insupportables » de l'infection à VIH.

2 Je reprends là le thème de la Journée mondiale du sida de 1996, « Unis dans l'espoir », qui faisait référence à l'émergence des trithérapies au Nord (les résultats d'essais thérapeutiques rendus publics la même année ayant montré qu'elles pouvaient restaurer significativement le système immunitaire des personnes infectées par le VIH) et le thème de la Conférence internationale sur le sida tenue en 1998 à Genève, « Réduire l'écart ».

n'est guère compatible avec les messages de responsabilisation individuelle, lesquels n'ont plus guère de sens face à un risque déterminé par des situations socio-économiques. Or, force est de constater aussi que le processus de généralisation faisant de plus en plus du sida un risque passif, s'accompagne d'une particularisation du Sud, notamment de l'Afrique. Et, de ce point de vue, l'idée, prédominante aujourd'hui, d'une Afrique « vulnérable » à l'infection par le VIH n'est pas sans faire écho à celle d'une Afrique « berceau du sida » qui, comme on va le voir, prévalait dans la première moitié des années quatre-vingts. C'est sur cette construction que je voudrais maintenant revenir.

### **D'une Afrique « berceau du sida » à une Afrique « vulnérable » à l'infection à VIH : une construction à la croisée de différentes logiques**

Les différentes notions que l'on vient de voir fonctionner ne se sont en fait jamais totalement substituées l'une à l'autre ; ainsi, la succession évoquée n'exclue-t-elle pas certaines formes de superposition, à la croisée de différentes logiques, souvent récurrentes, diversement infléchies selon les périodes et les contextes. Ce qui est ici en jeu ne relève pas seulement du dispositif de lutte contre sida en lui-même mais aussi des représentations du monde social construites et véhiculées par cette lutte, représentations pouvant être travaillées par des tensions entre « discours concurrents » (pour reprendre l'expression de G. Seidel, 1993).

#### ***Logique de classement et imputation***

Dans la première moitié des années quatre-vingts, a prévalu une logique de classement conduisant à regrouper les cas recensés selon des facteurs de risque qui demeurèrent étroitement associés, dans les représentations du sida, aux « styles de vie » de groupes minoritaires, généralement caractérisés, selon le vocabulaire du moment, par la « promiscuité » (sexuelle). Le décalage entre les effets de désignation des cibles privilégiées de la maladie et l'incertitude médicale quant aux modalités réelles de leur exposition au risque, donnant lieu à de multiples interprétations, a pu faire naître « chez beaucoup d'homosexuels le sentiment qu'ils étaient dénoncés moins pour ce qu'ils faisaient que pour ce qu'ils étaient » (Pollack, 1988 : 12). La logique épidémiologique de classement ouvrait ainsi la voie à une logique plus large de stigmatisation de l'Autre en tant que porteur potentiel et transmetteur de la maladie ; elle trouva d'autant mieux à se déployer dans l'opinion publique que les centres de surveillance épidémiologique américains en venaient eux-mêmes à construire, en 1983, un groupe à risque « Haïtien » après que des cas de sida aient été repérés chez des immigrants d'origine haïtienne dont le mode de contamination était alors déclaré inexplicable et mystérieux, voire inexplicable (cf. Farmer, 1996 : 299-302). En poussant ainsi à son extrême une procédure d'"essentialisation" du risque qui désignait une population comme « vecteur du sida » en soi, la stigmatisation s'infléchissait en imputation. De la sorte, bien que les cas de sida aient d'abord été identifiés au Nord, l'hypothèse selon laquelle les origines du virus devaient être recherchées au Sud, chez un Autre lointain et étranger, a rapidement prévalu. En l'occurrence, « ceux-là mêmes qui venaient d'établir l'entité et l'étiologie biomédicale du sida (et tout particulièrement le célèbre Pr. Robert Gallo) énoncèrent un récit de l'épidémie dont les diverses versions proposaient toutes l'Afrique comme sa terre d'origine ou d'élection » (Dozon, 1991 : 148), réactivant au passage nombre

de stéréotypes de l'exotisme (dont cette sorte de "proximité" particulière à la nature et la pratique de rituels liés au sang, mises en exergue dans les diverses spéculations sur une éventuelle transmission d'un virus mutant du singe à l'homme). L'hypothèse de l'origine africaine du virus du sida fut largement relayée par les médias et est demeurée prégnante dans l'opinion, y compris après que les débats scientifiques eurent montré qu'elle était sans véritable fondement. A la mobilisation, au Nord, des organisations homosexuelles et à celle des représentants de la communauté haïtienne immigrée aux États Unis contre les préjugés véhiculés à leur endroit, firent pendant, en Afrique, le silence et le déni, la non-déclaration des cas à l'OMS et le boycott du premier Symposium sur le sida en Afrique tenu à Bruxelles en 1985. Plus largement, prirent corps, en Afrique comme en Haïti, toute une série de rumeurs retournant à l'envoyeur la question des origines.

### *Logique de classification et discours " médico-moral "*

La construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis, dans les années 1983-85, a permis au discours médical de renforcer son pouvoir de référence. Ce phénomène allait faciliter la création, au Nord, des premières associations de prévention et de soutien aux malades, précédant parfois l'engagement des pouvoirs publics ; en Afrique, le développement de l'épidémie et la création d'un Programme spécifique au sein de l'OMS (susceptible de drainer des aides internationales) allaient conduire les différents États à procéder, dans les années 1986/88, à la mise en place de Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) et à établir ainsi une collaboration étroite avec l'OMS. Du point de vue épidémiologique, la construction d'une étiologie s'est accompagnée d'une recomposition de la logique de classement en une logique de classification fondée sur les modes de transmission du virus. Dans un contexte où le sida tendait à émerger comme problème public, cette classification ouvrait elle-même la voie à la mise en œuvre d'une logique de distribution de valeurs (ou de valorisation) prenant pour base l'évaluation du risque de transmission ; celle-ci opéra notamment à l'endroit des pratiques sexuelles, au centre de la prévention du risque individuel, et qui, dès lors qu'elles étaient entendues comme « type de contact sexuel susceptible de transmettre l'infection à VIH », pouvaient être analysées à l'aune d'une opposition entre « le " bon " et le " mauvais " sexe », procédant elle-même d'une « opposition morale entre le " bien " et le " mal " » (Giami, 1995 : 19, 22).

La mise en œuvre de ces logiques tendit à renforcer encore cette sorte de " spécificité " de l'Afrique que la quête des origines du virus avait mise en exergue. L'opération de classification fit d'emblée du mode de transmission hétérosexuel la principale caractéristique du " sida africain " et l'associa à l'expansion rapide de l'épidémie dans cette région du monde ; c'est ce qu'entérinait la typologie des profils épidémiologiques élaborée par l'OMS en 1986/7 en distinguant les pays d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest, représentatifs d'un type I à transmission homo- et bisexuelle dominante, des pays d'Afrique sub-saharienne, regroupés dans un type II (incluant aussi les Caraïbes) caractérisé par une transmission hétérosexuelle, à laquelle furent attribués 80 à 90% des cas de contamination<sup>1</sup>. Dès lors, par

<sup>1</sup> Rappelons simplement que, dans des contextes africains où la prescription de transfusion était relativement fréquente, les dispositifs de sécurité transfusionnelle furent initiés lors de la mise en place des PNLS, concernant d'abord le dépistage des poches de sang centralisées dans les banques de sang, et que subsistent encore aujourd'hui des risques importants de transmission lors de transfusions effectuées dans les structures périphériques de divers pays, (cf. Kérourédan et al., 1994 ; Emmanuel, 1996) : une classification des cas selon

glissement entre transmission hétérosexuelle et population générale, s'imposait l'idée, pour reprendre une formulation journalistique, que « en Afrique, il n'y a pas de groupes à risque mais des peuples entiers » (*Africa International*, juin 1989 : 53), donnant naissance à des scénarios catastrophes quant au dépeuplement possible de certaines régions. Sans nier l'importance des taux de prévalence alors relevés au sein de la population sexuellement active dans certaines régions d'Afrique, force est néanmoins de relever que ce que A. Giami (1996) a appelé « la théorie sexuelle du sida », qui, dans les représentations, fait de la sexualité, et particulièrement du « sexe des autres », la « cause » essentielle du déclenchement et du développement de l'épidémie, a été prégnante vis-à-vis de l'Afrique. En effet, comme l'ont montré Packard et Epstein (1991), la transmission hétérosexuelle du virus constitua, vis-à-vis de l'Afrique, le paradigme à partir duquel furent construites et exploitées les enquêtes épidémiologiques, conduisant à minimiser ou écarter d'autres modalités d'exposition au risque d'infection ; l'analyse allait ainsi se focaliser sur « l'activité sexuelle » que les enquêtes quantitatives élaborées par l'OMS allaient s'attacher à « mesurer »<sup>1</sup>. Cette focalisation infléchit notablement la mise en œuvre de la logique de valorisation en ce que celle-ci ne s'exerça pas tant sur des « pratiques sexuelles » mais réactiva bien davantage une interprétation en terme de « style de vie » en opérant la distinction entre « bon » et « mauvais » sexe en référence à la « promiscuité », favorisant ainsi la mise en œuvre d'un discours médico-moral. L'opposition première « multipartenariat vs fidélité » avait rapidement donné lieu, au sein des différents États africains, à l'identification d'un groupe transmetteur du virus, mettant en cause une nouvelle minorité, cette fois féminine : les « prostituées », auxquelles on associa les « femmes libres », tendant à assimiler *de facto* sexualité féminine « non contrôlée » maritalement et multipartenariat et à regrouper des situations diverses sous le label « sexe commercial »<sup>2</sup>. Poussant plus loin, ce premier binôme a pu donner lieu à l'opposition « vagabondage sexuel vs union stable » à laquelle se surimposa celle de « culture polygame vs culture monogame ». Par généralisation, l'argumentaire comportemental tendit ainsi à être reformulé en argumentaire culturel, ouvrant la voie à une interprétation strictement culturaliste. On put ainsi s'attacher à distinguer un « modèle africain de sexualité », caractérisé notamment par sa « permissivité » vue comme partie intégrante de la culture, d'un « modèle eurasiatique » ; ce schéma relevant d'une publication de sciences sociales qui entendait jeter les bases d'une « *good and culturally sensitive social research* » (Caldwell et al., 1989 : 225), a coexisté avec la version médiatique d'une « boulimie » sexuelle qui, pensée comme « déviante », n'en était pas moins rapportée à une « culture africaine », comme avec une version purement raciologique d'une « sexualité négroïde » génétiquement déterminée<sup>3</sup>. Jouant parallèlement de contre-appositions entre ville et campagne comme entre « tradition » et « procès de civilisation », cet argumentaire a pu être diversement infléchi, donnant lieu à l'émission de diverses hypothèses quant aux « chemins de dissémination » du virus qui impliquèrent rapidement les camionneurs comme clients de prostituées puis tendirent à substituer à une

---

une transmission directement et indirectement imputable à la transfusion n'est, il est vrai, pas plus opérée en Afrique qu'en France.

1 Je reprends par ces termes l'intitulé d'une présentation de M. Caraël (1995) des enquêtes CACP dans les pays en développement.

2 Sur les premières notations assimilant prostitution et célibat, voir Packard et Epstein (1991 : 774) ; sur la notion de sexe commercial dans les enquêtes de l'OMS voir Caraël (1995 : 61) et sur sa critique voir Vidal (1995 : 15-16).

3 Sur ces différents aspects, voir les analyses de Bibeau (1991 : 133-143), Dozon & Fassin (1989 : 24-25) et Packard & Epstein (1991 : 773-776).

focalisation initiale sur les élites la mise en cause du rôle des travailleurs migrants. Parallèlement, les PNLS y trouvèrent d'une certaine façon l'opportunité de recentrer leurs propres énoncés sur les "inconduites" d'une jeunesse urbaine cherchant à s'émanciper du contrôle social des aînés.

Ce type d'analyse trouvait d'autant mieux à se déployer que le dispositif préventif mis en place en Afrique favorisait lui-même une approche non strictement médicale. En particulier, si l'accès au test de dépistage a été partie prenante des politiques publiques développées au Nord (bien qu'il y ait été diversement orienté selon les pays), ce ne fut pas le cas en Afrique où la possibilité du dépistage fut essentiellement exercée en liaison avec le dispositif de sécurité transfusionnelle : malgré une phase où des sessions de formation au "dépistage-conseil" furent organisées, au tournant des années quatre-vingts, l'OMS décida, sous la pression de la coopération américaine, que l'accès au dépistage volontaire n'était pas une priorité en terme de coût/efficacité, au vu des ressources en infrastructures et en personnels des systèmes de santé existant au Sud (cf. Lavollay, 1996). Dès lors, le sida demeura très officiellement défini en Afrique selon les critères de Bangui (1987), fondés sur la description symptomatologique de la maladie, puis sur les critères d'Abidjan (1992) qui n'incluaient le test de dépistage qu'en confirmation d'un diagnostic clinique ; aucune de ces définitions ne prenait donc en considération la phase de séropositivité asymptomatique<sup>1</sup>, contribuant à façonner les représentations de la maladie (cf. Vidal, 1996 : 180-185) et à exacerber l'impuissance biomédicale des acteurs de santé du Sud, partant le désarroi des malades, de leurs proches et des personnels soignants (auquel tenteront de faire face diverses initiatives locales)<sup>2</sup>. Encore aujourd'hui bien peu de centres de dépistage anonyme et gratuit existent en Afrique. L'action des PNLS s'est trouvée ainsi très étroitement orientée vers la prévention qui, reposant comme partout sur la « responsabilisation individuelle » et la promotion du préservatif, ne pouvait guère se réaliser, dans ces circonstances, qu'à travers un message du Bien et du Mal, ayant pour sanction la mort. Cette situation n'est sans doute pas indifférente à la forte implication des milieux religieux dans différents pays, à la fois dans l'élaboration d'un message préventif (faisant du préservatif un ultime recours après l'abstinence et la fidélité) et dans l'accompagnement des malades.

### *La vulnérabilité comme produit d'une logique de catégorisation*

En dissociant de la sorte prévention et prise en charge médicale et psychosociale, les directives données par l'OMS contribuèrent à créer un clivage entre Nord et Sud dans les politiques de lutte contre le sida et à orienter les actions conduites en Afrique vers les contextes sociaux ou plutôt vers la modification de cet « environnement à risque » qu'évoquait le responsable du Programme sida de l'OMS, M. Merson, à la VII<sup>e</sup> Conférence sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. C'est précisément ce qui va marquer les années quatre-vingt-dix. Cette dernière période est caractérisée par la diversification des acteurs

1 L'élaboration, au Nord, de critères plus fins, à la fois cliniques biologiques, pour décrire l'évolution conduisant de l'infection à la maladie (distinguant plusieurs stades au sein de la phase asymptomatique) est à relier aux essais thérapeutiques qui y ont eu lieu en vue de retarder l'apparition des maladies opportunistes et de ralentir, sinon d'empêcher, la répllication du virus (préconisant un traitement de plus en plus précoce).

2 Au sujet des problèmes rencontrés face à l'annonce de la séropositivité mais aussi de la pratique de dépistage à l'insu des patients de la part des médecins, soit dans le cadre de leur activité de cliniciens soit dans le cadre du suivi sentinelle de la séroprévalence, voir Collignon *et al.* (1994).

intervenant dans la lutte contre le sida : la crise institutionnelle interne que connaît le Programme sida de l'OMS, conduisant à la démission, en 1990, de celui qui en avait jusqu'alors été le responsable, J. Mann, s'accompagne du développement de programmes bilatéraux au détriment du rôle joué précisément par l'OMS dans l'acheminement des aides et la définition d'une politique internationale ; parallèlement, les relais de prévention se multiplient avec l'intervention d'un nombre croissant d'ONG et d'associations tant du Nord que d'Afrique, intervention encouragée par les organismes internationaux qui se montrent de plus en plus critiques envers les PNLS, auxquels est notamment reprochée la trop grande verticalité de leur structure qui était pourtant partie intégrante des directives internationales ayant présidé à leur naissance (cf. Fassin, 1994). Les registres d'analyse tendent alors à être réaménagés : en particulier, la problématique du développement devient un argument d'intervention plus directe pour des organismes tels que la Banque Mondiale, le PNUD ou la Banque Africaine de Développement ; plus largement, cette problématique tend à infléchir la mise en perspective contextuelle du sida, faisant apparaître l'épidémie comme une menace majeure vis-à-vis des " efforts de développement " consentis jusqu'alors mais aussi comme une " maladie de la pauvreté " dans des contextes africains où les mesures d'ajustements structurels imposés aux États ont affecté les conditions de vie des ménages. Dans ce contexte, des « voix dissidentes » (Seidel, 1993 : 175) se font davantage entendre, notamment en ce qu'elles prennent appui sur les expériences d'ONG et/ou la conduite de recherches-action. Prennent ainsi forme des « discours concurrents » vis-à-vis du schéma précédemment mis en œuvre, à savoir, pour simplifier : un discours des droits de l'homme et de l'éthique contre les discriminations (que J. Mann avait d'abord tenté de défendre à la tête du Programme sida de l'OMS) ; un discours d'inspiration féministe qui s'oppose notamment au discours médico-moral ; lui-même relayé par une approche que l'on peut qualifier de " matérialiste " qui vise plus particulièrement à déconstruire les interprétations culturalistes.

Les logiques préexistantes trouvent alors de nouveaux axes d'articulation. Les enquêtes quantitatives du type CACP ayant elles-mêmes " mesuré " combien il était délicat de parler " d'une " sexualité africaine et le décalage existant entre connaissance et comportements, ces logiques ne s'exercent plus tant à l'endroit de l'activité sexuelle que de situations et de pratiques ; en " désenclavant " les discours sur le sida d'une approche en terme de « promiscuité », elles se recentrent ainsi sur les facteurs de risque ; dès lors tend à être opérée une classification fondée sur des critères relevant de la distribution de valeurs ; en d'autres termes, tout se passe comme si le produit de la logique de valorisation constituait désormais le prédicat à partir duquel sont classés les risques, conduisant simultanément à appréhender ceux-ci à partir de différents registres. L'un de ces registres concerne les facteurs d'expansion du sida dans un contexte où, depuis la seconde moitié des années quatre-vingts, est posé le problème de l'inégale répartition géographique de la prévalence en Afrique et de son évolution. Puisant une nouvelle fois dans une interprétation strictement culturaliste de la réalité, sont alors identifiées des pratiques " positives " et " négatives " <sup>1</sup> que certains vont entreprendre de cartographier. Au titre des premières, est particulièrement mise en avant la circoncision ; vue comme une " protection " contre l'infection à VIH, elle est dès lors déconnectée de l'ensemble des mutilations sexuelles que des ONG et certains gouvernements (avec l'appui d'organisations internationales) s'attachent par ailleurs à condamner comme « pratiques traditionnelles néfastes » à l'encontre des femmes. A l'inverse le lévirat (désignant

1 Sur ces aspects, voir l'analyse de Vidal (1996 : 156-169).

le fait qu'une veuve soit "remariée" à un frère du défunt) a été stigmatisé comme une « coutume » négative ; vue comme favorisant la diffusion de la maladie, elle est alors déconnectée des considérations ayant précédemment fait de l'instabilité des unions un élément de la dynamique de l'épidémie et de ce corpus de représentations occidentales faisant de la « solidarité africaine », notamment de la solidarité familiale, une réponse mécanique aux conséquences du mal<sup>1</sup>. Un autre registre concerne les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH dans un contexte où l'évolution des sex-ratios de prévalence semble particulièrement préoccupante, montrant l'infection d'un nombre croissant de femmes jeunes. Les situations de transmission sont alors divisées en actives et passives. Les prostituées, dont les représentations persistent à faire des "vecteurs du sida", mais au sujet desquelles diverses études ont montré qu'elles étaient en mesure d'adopter des comportements à moindre risque (du moins celles exerçant une prostitution de métier), coexistent désormais avec les femmes mariées comme "victimes" du comportement de leur mari à l'extérieur du foyer. Si cette dernière figure n'est pas infondée, elle n'en devient pas moins problématique dès lors qu'elle est prise comme emblématique d'un statut spécifique de "la femme africaine" ; elle l'est tout autant que celle où "l'Africain" est vu comme opposé à l'utilisation du préservatif, tendant l'une et l'autre à placer les populations africaines « dans la situation de bouc-émissaires d'une épidémie abusivement imputée à des cultures défailtantes ou inadaptées » (Vidal, 1996 : 162).

Les énoncés produits procèdent ainsi par réduction : entre la circoncision et la réduction éventuelle du risque d'infection au VIH, il y a probablement la réduction du risque de contracter une MST ; entre le lévirat et le risque de diffusion de l'infection, il y a le problème de l'accès à l'information et au conseil ; entre tout individu et l'exposition au risque de transmission sexuelle du virus, il y a, entre autre, la difficile question de la négociation du préservatif, particulièrement dans le cadre conjugal, surtout quand son utilisation a été associée à la fréquentation des prostituées. Ces mêmes énoncés opèrent aussi par généralisation : à partir de l'observation de certaines situations et pratiques sont mis en cause des statuts et des normes culturelles vus comme immobiles. En sorte qu'ils relèvent globalement d'une logique de catégorisation qui conduit à distinguer des dominants et des dominés, des libres et des dépendants, des actifs et des passifs, des transmetteurs et des victimes, *etc.* Or les "voix dissidentes" évoquées plus haut ont pu elles-mêmes se trouver prises dans cette logique. D'une part, le discours d'inspiration féministe, centré sur le concept de genre, a perdu une partie de sa pertinence par l'infléchissement de son analyse en terme de relations de pouvoir en une approche tendant à faire du pouvoir un attribut discriminant. D'autre part, le discours "matérialiste" qui tentait de montrer l'intrication complexe entre le sida et les systèmes de positions socio-économiques considérés dans leur dynamique historique a tendu à être réduit à une évaluation des déterminants structurels de la pandémie. Enfin, le discours des droits s'est vu progressivement reformuler en un discours des besoins. Dans ces circonstances, les énoncés se sont certes complexifiés. Ainsi, dans les "chemins" de transmission du virus, les travailleurs migrants, toujours vus comme "disséminateurs" potentiels, sont-ils également considérés comme "victimes" de la pauvreté qui détermine leur migration et les place dans des situations qui les exposent au risque d'infection aussi bien

<sup>1</sup> Comme l'a souligné A. Le Palec (dans Collignon et *al.* 1994), le lévirat pourrait tout aussi bien être considéré comme un mode de prise en charge des veuves et de leurs enfants : s'il y a un risque de transmission du VIH, il ne tient pas au lévirat en lui-même mais à l'accès des femmes au dépistage et à la connaissance de leur statut sérologique.

en les éloignant de leurs foyers qu'en rendant plus difficile leur accès à l'information et aux soins. De même, la réalité s'est-elle, d'une certaine façon, chargée de rappeler que s'il n'y a pas de lien mécanique entre connaissance et comportement, l'analyse des pratiques et des représentations qui leur sont liées ne pouvait être totalement dissociée des messages de prévention qui contribuent à leur donner forme et sens, qu'il s'agisse de rendre compte des pratiques et représentations populaires ou de celles du corps médical. Reste que ces approches ont elles-mêmes donné lieu à certaines globalisations, affectant du même coup la portée analytique de certains concepts nés de l'observation de contextes précis. Les emplois de la notion de « situations à risque » sont, de ce point de vue, éclairants : posée comme alternative à la notion de « comportements à risque », elle a d'abord été utilisée chaque fois que l'exposition au risque était liée à l'exercice d'une violence, individuelle (viol) ou collective (guerre, déplacements forcés) ; elle s'est progressivement élargie pour rendre compte du quotidien de personnes appartenant à des catégories dont la désocialisation (travailleurs migrants) ou la domination (femmes) ou encore, de manière plus extensive, la pauvreté définissent des « situations de vie » exposant au risque ; par superposition, les situations de vie qui avaient été initialement entendues comme relevant d'un quotidien tel qu'il est géré par les individus ont tendu à être appréhendées sous l'angle des situations à risque, c'est-à-dire conditionnées par des contraintes d'ordre structurel sur lesquelles la gestion individuelle n'a aucune prise. Un glissement de même ordre semble avoir été opéré dans l'appréhension de la « mobilité » et des « besoins des populations mobiles » dès lors que sont mis sur le même plan « les difficultés économiques et la situation de l'emploi, les conflits armés ouverts, les dégâts causés à l'environnement, les catastrophes naturelles et les guerres larvées » en ce qu'elles « provoquent des mouvements de populations et le déplacement de millions de personnes en Afrique »<sup>1</sup> ; on peut alors lire que « les situations de conflits et les déplacements de populations qui en résultent exacerbent la vulnérabilité préalable des populations africaines vis-à-vis du sida » (Tarantola, 1997 : 23).

De fait, l'emploi actuel de la notion de « vulnérabilité » tend précisément à pousser à son extrême la logique de catégorisation par effet de globalisation<sup>2</sup>. En particulier, il conduit à surimposer aux catégories préexistantes une catégorisation hommes/femmes. Prenant pour fondement premier des caractéristiques physiologiques exposant davantage les femmes que les hommes au risque d'infection lors de pénétrations vaginales non protégées, elle y associe la considération selon laquelle, en raison de « leur statut socio-économique », les femmes sont « interdites d'autonomie » et n'ont dès lors « guère, voire absolument pas le pouvoir de choisir les conditions ni le moment du rapport sexuel » (ONUSIDA, s.d. : 2). Soit une catégorisation qui, certes, inverse les présupposés du discours médico-moral prévalant lors des premières campagnes de prévention qui faisaient des femmes des vecteurs de la propagation du sida. Mais une catégorisation qui fait désormais d'elles, globalement, l'un des « groupes de population particulièrement à risque » (ONUSIDA, 1996 : 1) en lui attribuant une

<sup>1</sup> Rapport final de l'Atelier sur la situation et les tendances des épidémies de VIH/SIDA en Afrique, 1995, cité dans Tarantola (1997).

<sup>2</sup> En particulier, telle qu'elle est employée dans les documents d'ONUSIDA, elle tend à superposer différents niveaux identifiés dans *AIDS in the World* (Mann et al., 1992) : celui des individus, celui des programmes et celui des sociétés. Plus exactement, elle entérine une évolution, sensible dans la deuxième édition de cet ouvrage (Mann et Tarantola, 1996), consistant à faire de la « vulnérabilité sociale » la principale entrée d'une « analyse contextuelle » considérant à la fois les aspects gouvernementaux, socio-culturels et économiques : évolution qui conduit, parallèlement, à identifier une « vulnérabilité communautaire » (Tarantola, 1994).



nouvelle fois, en référence à un " statut " qui les définirait toutes, une sexualité particulière, vue comme " passive ". Elle tend ainsi à occulter l'ensemble des dynamiques sociales à l'œuvre en Afrique et qui, face au sida, de négociations individuelles en " initiatives communautaires ", soulignent « le potentiel de ressources des femmes elles-mêmes » (Seidel, 1996 : 35). Or comment prétendre renforcer la capacité des femmes à gérer leur vie si cette capacité leur est, au départ, déniée et donc si l'on se refuse à prendre en considération l'ensemble des espaces relationnels au sein desquels elles évoluent et ont à affronter de multiples contraintes (il ne s'agit pas de le nier) mais à partir desquels elles sont aussi en mesure de préserver certaines marges de manœuvre ?

Parallèlement, l'emploi de la notion de vulnérabilité tend à entériner l'écart Nord-Sud en faisant de la poursuite de la propagation du sida au Sud tout à la fois la conséquence d'un " mal développement " et la cause d'un nouveau " sous-développement " ; il est significatif à cet égard que le terme de Tiers Monde soit aujourd'hui régulièrement repris pour parler du sida au Sud, non seulement dans les médias, mais dans les discours des représentants des agences internationales, comme s'il y avait bien là une nouvelle inversion des imputations qui, dans les années quatre-vingts, faisaient de l'Afrique un continent potentiellement " contaminant " du fait de son " étrangeté ". Peut-être n'est-il pas indifférent, dans ce cadre, que le Plan stratégique d'ONUSIDA (1995 : 15) prône, aux côtés de la poursuite de la prévention telle qu'elle est entendue depuis le début des années quatre-vingt-dix (information, promotion du préservatif, éducation sexuelle pour la santé, diagnostic et traitement des MST) en vue de réduire le risque de transmission du virus, « le changement des normes culturelles et sociales afin de favoriser des comportements moins à risque » dans le cadre de la réduction de la vulnérabilité. Certes, la « réponse élargie » d'ONUSIDA ne se limite pas à ces quelques aspects ; elle insiste en particulier sur l'articulation nécessaire entre prévention et prise en charge et sur un meilleur accès aux traitements de l'infection à VIH, affirmant ainsi une volonté politique à l'encontre de ce qui avait précisément contribué à faire émerger un " sida du Sud " ; cela dans des contextes africains où, de fait, la question de la prise en charge des malades ne peut plus être éludée. Reste que cette question de l'accès aux traitements favorise désormais un discours humanitaire dont le Président français, J. Chirac, et le secrétaire d'État à la Santé, B. Kouchner, se sont faits les principaux promoteurs lors de la dernière Conférence sur le sida en Afrique, tenue à Abidjan en décembre 1997, en lançant l'idée d'un fonds d'aide thérapeutique. Dès lors, tout en entendant placer la question du sida dans une analyse relevant de l'économie politique au sens large, cette approche ne s'inscrit-elle pas dans un vaste courant de disqualification des États africains ? Dans le même temps, sachant que le discours des agences internationales tend à s'imposer comme cadre de légitimation de toute action, quelle opportunité laisse-t-elle à la " société civile " de s'emparer politiquement du problème du sida ? En particulier, les associations africaines de personnes vivant avec le VIH, constituées en réseau depuis 1994, qui luttent pour l'accès aux soins et contre les discriminations sociales et économiques, seront-elles en mesure de donner naissance à un véritable mouvement social ?

## Références bibliographiques

Bibeau G.

1991 " L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes ", *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3) : 125-147.

Caldwell J. C., Caldwell P. & Quiggin P.

1989 " The social context of AIDS in sub-saharan Africa ", *Population and Development Review*, 15(2) : 185-234.

Campehouth L. van

1998 " Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH ", dans *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris, ANRS : 71-80.

Caraël M.

1995 " La mesure de l'activité sexuelle dans les pays en développement ", dans N. Bajos et al. (coord.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS : 57-80.

Collignon R., Gruénais M.-É. et Vidal L. (dir.)

1994 *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, numéro spécial de *Psychopathologie africaine*, XXVI(2).

Dozon J.-P.

1991 " D'un tombeau l'autre ", *Cahiers d'Études Africaines*, 121-122 : 135-157.

Dozon J.-P. et Fassin D.

1989 " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique ", *Sciences Sociales et Santé*, VII(1) : 21-36.

Emmanuel J.

1996 " Sécurité transfusionnelle : beaucoup reste à faire (entretien) ", *Le Journal du Sida*, 86-87 : 87-89.

Fabre G.

1993 " La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales ", *Sciences Sociales et Santé*, XI(1) : 5-32.

Farmer P.

1996 *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala (trad. fr. de *AIDS and accusation : Haïti and the geography of blame*, 1992).

Fassin D.

1994 " La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique ", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5 : 2-3.

Giami A.

1995 " Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida ", dans N. Bajos et al. (coord.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS : 15-38.

1996 " Représentations du sida : une théorie sexuelle ", dans S. Hefez (dir.), *Sida et vie psychique*, Paris, La Découverte : 275-290.

Gmerk M. D.

1990 *Histoire du sida*, Paris, Payot (2ème ed.).

Kérouédan D et al.

1994 " Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire ", *Cahiers Santé*, 4 : 37-42.

Lavollay M.

1996 " Quand USAID et GPA s'opposaient au dépistage-conseil... ", *Journal du Sida*, 86-87 : 61-62.

Mann J., Tarantola D. et Netter T.

1992 *AIDS in the world*, Harvard University Press.

Mann J. et Tarantola D.

1996 *AIDS in the world II*, Oxford University Press.

Oppenheimer G.

1988 " In the eye of the storm : the epidemiological construction of AIDS ", dans E. Fee et D. Fox (dir.), *AIDS : The burden of history*, Berkeley, University of California Press : 267-300.

ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)

s.d. *Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH*, Genève.

1995 *Plan stratégique 1996-2000*, Genève (multigr.).

1996 *VIH/SIDA : faits et tendances*, Genève.

Packard R. M. et Epstein P.

1991 " Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa ", *Social Science and Medicine*, 33(7) : 771-794.

Péchu C.

1992 " Tenir le politique à l'écart. Jeux et enjeux du travail médical ", dans P. Favre (dir.), *Sida et politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan : 41-59.

Pollack M.

1988 *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Ed. Métailié.

Seidel G.

1993 " The competing discourses of HIV/AIDS in subsaharan Africa : discourses of right and empowerment vs discourses of control and exclusion ", *Social Science and Medicine*, 36(3) : 175-194.

1996 " Le deuxième sexe de la prévention ", *Le Journal du Sida*, 86-87 : 32-35.

Setbon M.

1993 *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage*, Paris, Seuil.

Tarantola D.

1994 " Vulnérabilité communautaire face au sida ", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 3 : 4-5.

1997 " Effets des conflits sur le risque et la vulnérabilité vis-à-vis du VIH/SIDA en l'Afrique. Ébauche d'une méthode analytique ", dans A. Desclaux et C. Raynaud (ed.), *Urgence, précarité et lutte contre le VIH sida en Afrique*, Réseau Sociétés d'Afrique et Sida - L'Harmattan : 19-34.

Vidal L.

1995 " L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre ", *Sciences Sociales et Santé*, 13(2) : 5-27.

1996 *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.

## LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LE SIDA À L'HEURE D'ONUSIDA ET DE LA DÉMOCRATISATION \*

Marc-Éric GRUÉNAIS

Le 1er janvier 1996 naissait officiellement la nouvelle agence des Nations Unies vouée à la lutte contre le sida, ONUSIDA, ce qui ponctuait par là même des changements importants – déjà engagés mais surtout à venir – des dispositifs internationaux et nationaux de lutte contre la maladie. La création d'ONUSIDA intervient<sup>1</sup> dans un contexte politique et économique en Afrique où l'émergence de la démocratie<sup>2</sup> est censée rimer avec la privatisation d'entreprises publiques et la libéralisation des marchés, la décentralisation, le développement de la société civile, en résumé, avec un État prié de se faire moins présent. La morphologie actuelle des systèmes de santé, en général, et des dispositifs de lutte contre le sida, en particulier, sont pris dans cette dynamique dessinée tant par les nouveaux contextes politiques nationaux que par les nouvelles règles de l'économie politique internationale. Or, toute modification importante – toute “ accélération de l'histoire ” – suscite interrogations et inquiétudes, réveille de “ vieux démons ” et/ou raffermit des identités parfois incertaines. Bien que les nouveaux dispositifs de lutte contre le sida n'aient évidemment pas eu le temps de faire leur preuve, je vais ici, de manière qui sera sans doute jugée prématurée, me faire l'écho de certaines interrogations que le nouveau contexte suscite déjà<sup>3</sup>.

---

\* Texte tiré d'une communication présentée au Colloque de Saly Portudal (4-8 novembre 1996), à paraître dans Ch. Becker et al. (ed.). *Les Sciences sociales face au sida en Afrique. Bilan et perspectives*, Dakar-Paris, CODESRIA-ORSTOM.

1 Il convient sans doute de considérer cette modification dans l'organisation du système des Nations Unies autant comme “ un signe des temps ” que comme une initiative spécifique. Aussi, pourrions-nous dire qu'une telle modification accompagne, ou participe d'une dynamique globale qui tend vers un libéralisme politique et économique à l'échelle mondiale.

2 A propos de l'Afrique, on parle en générale plutôt de “ démocratisation ” que de “ démocratie ”, sans doute pour signifier combien le processus n'est pas achevé, comme en témoigne le récent discours du Président du Congo, Pascal Lissouba, devant plusieurs chefs d'État africains lors du 36ème anniversaire de l'Indépendance du pays le 15 août 1996 : « Il est clair que nous nous trouvons à mi-chemin entre ce qui n'existe plus, à savoir le totalitarisme monopartite, et ce qui n'existe pas encore, le pluralisme démocratique » (*Jeune Afrique Économie*, n° 224, 2 septembre 1996 : 93).

3 Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du projet de recherche “ Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative sur les rapports État/société civile ” soutenu par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS). Ce texte a été écrit en 1996 alors qu'ONUSIDA venait d'être créé et que le Congo, dont le cas est ici largement évoqué, était encore un pays en paix. Depuis, ONUSIDA a pris toute sa place dans l'espace des agences d'aide multilatérales, et le Congo, avec la guerre civile de 1997 qui aurait fait 10 000 morts, doit surtout faire face à l'urgence humanitaire. Cependant, même si certaines données peuvent paraître un peu datées de ce fait, la réflexion proposée à partir des thèmes de la décentralisation et des inégalités Nord-Sud garde toute sa pertinence comme a pu en témoigner la question de l'accessibilité aux antirétroviraux à l'occasion de la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique qui s'est tenue à Abidjan en décembre 1997.

Fonds Documentaire IRD



010033375

Fonds Documentaire IRD

Cote : A \* 33372 Ex :

## Des systèmes de santé en cours de rénovation

A la suite des différents plans d'ajustement structurel (PAS), dans les pays en développement, entre 1980 et 1985, les dépenses de santé et d'éducation ont été réduites de 26% ; entre 1972 et 1988, pour les " pays les moins avancés ", les budgets d'éducation sont passés de 21% à 9%, et les budgets alloués à la santé dans les budgets nationaux ont chuté de 5,5 à 2,8% pour la même période. Les mesures prises depuis lors en faveur du paiement des actes médicaux, et la détérioration de l'accès aux soins qui ont suivi les réductions budgétaires auraient contribué à une augmentation de la morbidité (Lurie, Hintzen et Lowe, 1995)<sup>1</sup>. La santé et l'éducation ont donc subi des réductions budgétaires drastiques au point que dans certains pays, hormis quelques structures de soins dont le fonctionnement est soutenu par des " projets ", le système de santé n'est plus guère financé par les États.

Dans les nouveaux schémas préconisés, le recul de la participation de l'État dans le financement du système de santé devrait être compensé par un développement des structures privées et des initiatives locales. Ainsi, dans un rapport de la Banque Mondiale (1993 : 13), on peut lire : « On pourrait aussi subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de première nécessité aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé. Au Bangladesh, au Kenya, en Thaïlande et dans d'autres pays encore, l'État assisté par les bailleurs de fonds, soutient le travail des accoucheuses traditionnelles auprès des femmes enceintes... ; il le fait aussi pour celui des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée et le SIDA ».

Les structures publiques, pour leur part, doivent tendre vers une plus grande autonomie de gestion et un autofinancement, du moins partiel en appliquant les principes de l'initiative de Bamako : « L'initiative de Bamako, lancée en 1988, a pour principal objectif de revitaliser le système de soins de santé du secteur public en renforçant la gestion au niveau du district et en drainant une partie des ressources que la population elle-même consacre à la santé... Dans le cadre de cette initiative, la population locale accepte de payer un prix modique pour les soins ambulatoires et les médicaments dispensés dans les centres de santé et les pharmacies. Les centres de santé gardent par-devers eux les recettes ainsi obtenues, qui sont gérées par des comités d'élus locaux, lesquels utilisent les fonds pour acheter d'autres médicaments (au moyen d'un fonds renouvelable), pour verser des primes aux agents de santé méritants et pour financer d'autres améliorations » (Banque Mondiale, 1993 : 166).

Si l'on considère l'exemple du Congo, cela se traduit, dans les faits, de la manière suivante. Des mesures de libéralisation de l'exercice de la médecine ont été prises à partir de 1988. Dans un premier temps on a assisté à une multiplication du nombre des pharmacies, puis de cabinets médicaux où exercent à titre privé des médecins de la fonction publique, mais aussi à

---

<sup>1</sup> Cet article est particulièrement critique et fait porter la responsabilité de la progression de l'épidémie de sida, entre autres, aux mesures imposées par le FMI et la Banque mondiale. Le lien établi par ces auteurs entre expansion de l'épidémie de l'infection à VIH et mise en place des PAS est peut-être un peu rapide ; nous retiendrons surtout les chiffres sur les réductions budgétaires.

une prolifération de petits centres privés dans les quartiers périphériques des grandes villes créés par des infirmiers ou des assistants sanitaires qui n'ont pas été recrutés par l'État.

Depuis 1992, le système de santé national fait l'objet d'une réforme qui s'inscrit dans un projet politique global de réorganisation administrative et territoriale du pays censé accorder une plus grande autonomie aux régions. Cette réforme<sup>1</sup>, très schématiquement, consiste à réorganiser la pyramide sanitaire en rendant opérationnel ses trois niveaux constitutifs : hôpital de référence, dispensaires aux compétences accrues (baptisés "centres de santé intégrés"), postes de santé. Les structures de santé redéfinies et renovées, notamment au niveau périphérique, sont censées être gérées par des comités de santé et doivent se conformer à une politique de recouvrement des coûts. Cette réforme devrait favoriser une dynamique de référence-contre référence qui "retiendra" les patients atteints de maux facilement curables dans les structures périphériques, pour tenter ainsi de briser le réflexe souvent immédiat de s'adresser directement à l'hôpital central quelle que soit la nature du mal, et qui pourrait organiser un suivi au niveau local.

Dans les faits, on se trouve désormais face à une situation où les structures telles qu'elles sont envisagées par la réforme ne sont pas encore opérationnelles ou, plus simplement, n'existent pas encore. Les "anciennes structures" (dispensaire, centre SMI, centre médical, *etc.*), donc toujours en place, n'ont plus guère de budget depuis 1992. Les personnels de santé, comme tous les agents de l'État, ont vu leur salaire – versé irrégulièrement – baisser de 30% en 1994, après la dévaluation du franc CFA, et ne savent plus très bien quelle est leur place dans le système de santé. Aujourd'hui, fort des principes de Bamako, dans des structures sans budget (puisqu'elles doivent s'autofinancer par le recouvrement des coûts), les personnels de santé réclament une prime dès qu'il s'agit d'entreprendre une action spécifique leur demandant une collaboration.

## **La réorganisation des dispositifs de lutte contre le sida**

### *Premières questions à propos d'ONUSIDA*

C'est dans ce contexte général d'autonomisation des structures de soins et de retrait de l'État censé redynamiser des systèmes de santé fort mal en point qu'intervient la mise en place d'ONUSIDA. L'ambition de ce nouvel élément du système des Nations Unies est affichée d'emblée : « ... le nouveau Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (l'Onusida) va pouvoir dépasser l'aspect purement sanitaire en aidant les pays à mettre en œuvre des approches et des interventions multisectorielles qui touchent toutes les ramifications de la pandémie » (Piot & Cherney, 1995 : 272). ONUSIDA a été notamment créé pour assurer une meilleure coordination des actions de la coopération multilatérale et en particulier des agences des Nations Unies. Comme le précise son directeur, P. Piot, dont on connaît les convictions quant à une large approche de santé publique du problème, ONUSIDA ne devra négliger aucun aspect de l'approche médicale du problème, et aura à accorder toute l'attention nécessaire à la prise en compte de la pandémie par toutes les institutions et groupes nationaux, régionaux et locaux. Dans la perspective adoptée, le rôle des personnes vivant avec le VIH/sida est présenté comme essentiel : « Central to any effective response to the epidemic,

<sup>1</sup> Qui a pour nom "Plan national de développement sanitaire" (PNDS).

said Dr. Piot, are two core elements. One is a legal and ethical environment which protects and supports the rights of people living with HIV and AIDS. The second is a commitment to involving people living with HIV and AIDS in raising awareness, in policy discussions, and in lobbying for their rights » (Novicki, 1996).

Cependant, quelques inquiétudes se sont déjà fait entendre à propos de ce nouveau programme. ONUSIDA regroupe l'OMS, l'UNICEF, le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, et la Banque mondiale. Or la Banque mondiale ne fait pas partie du système des Nations Unies, alors que le BIT, qui lui, en est membre, n'y est pas intégré. Le fait que la Banque mondiale, non-membre du système des Nations Unies, soit partie prenante d'ONUSIDA ouvre-t-il un risque qu'elle puisse faire " cavalier seul " avec la légitimité conférée par son appartenance à un programme pourtant créé pour une meilleure coordination de l'aide internationale ? Quel rôle la Banque mondiale pourra-t-elle réellement jouer sachant qu'elle ne prête qu'aux États et non aux structures (Diallo, 1995), à l'heure où l'accent est mis sur les actions de proximité ? La non adhésion du BIT au Programme peut également surprendre lorsque l'on sait que le sida touche surtout la population active, que le coût économique de la maladie, notamment pour des entreprises qui doivent faire face aux dépenses de santé et doivent composer avec l'absentéisme de leurs employés malades, est devenu une des principales préoccupations, et surtout que les personnes vivant avec le VIH encourent un risque réel d'être exclues du monde du travail, et en particulier du monde du travail salarié.

Des questions ont également été posées au sujet du fonctionnement de la nouvelle agence. Ce programme, dit-on, ne sera ni une agence de financement, ni une agence d'exécution. Dès lors, comment les Programmes nationaux de lutte contre le sida seront désormais financés, sachant que jusqu'alors ils étaient soutenus par le Programme global sur le sida de l'OMS, aujourd'hui disparu ? En l'absence de possibilités d'intervention directe dans des programmes de lutte contre le sida, quelle pourra être l'influence réelle d'ONUSIDA sur les politiques nationales ? Enfin, l'ONUSIDA s'est déclaré en faveur d'une large ouverture vers les milieux associatifs qui devraient jouer un rôle plus important dans les programmes de lutte contre le sida. Aussi, des ONG ont obtenu le statut d'observateurs aux réunions du Conseil de coordination des programmes d'ONUSIDA. Cependant, ces mêmes ONG n'y ont pas le droit de vote, réduisant ainsi leur possibilité de prendre une part active dans les engagements internationaux.

Il est sans doute beaucoup trop tôt pour apprécier la mesure dans laquelle les points évoqués ci-dessus constitueront des limites au fonctionnement du nouveau programme. Cependant, au-delà des réformes ayant trait au fonctionnement des agences de coopération internationale dans le domaine de la lutte contre le sida, la globalité du contexte politique et économique ne laisse pas de susciter des interrogations quant au devenir des programmes existant dans les différents pays.

#### *La fin des PNLS ?*

La disparition du GPA (*Global Programme on AIDS*) de l'OMS marque la fin du soutien *a priori* des programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) mis en place sous son égide dans les années 1980. Cette décision institutionnelle est parfaitement cohérente avec les dispositions générales relatives à l'aide aux pays en développement rappelées ci-dessus, à savoir, moins



d'État et davantage d'autonomie accordée aux initiatives régionales et locales. Aussi est-ce la verticalité des PNLS, sans doute nécessaire au début de leur fonctionnement pour impulser une véritable politique nationale du sida dans les pays, qui est remise en cause aujourd'hui, ainsi que leur faible intégration dans les systèmes de santé nationaux<sup>1</sup>.

En théorie, on peut se satisfaire de la remise en cause de la “ toute puissance ” des PNLS qui étaient jusqu'alors les seuls à drainer les fonds en faveur de la lutte contre le sida et à réaliser les programmes. Désormais, les PNLS retrouveront leur rôle de conseil, d'appui, de formation, d'orientation des politiques nationales et régionales, tout en laissant une liberté d'action accrue, notamment pour la gestion et l'exécution de programmes, aux “ communautés ” représentées par les ONG et associations, ainsi qu'aux structures de soins à l'autonomie recouvrée. En pratique, étant donné l'empressement de certains États à financer leurs propres structures de soins compte tenu de la baisse des budgets déjà signalée, il est probable que les PNLS ne disposeront plus guère de budget de fonctionnement. Or certaines tâches ne peuvent être assurées que par une structure nationale : veiller au respect des règles d'éthique internationalement reconnues, veiller au vote de lois nécessaires au démarrage de certaines opérations (par exemple, les lois sur la transfusion sanguine), fixer les normes en matière de dépistage, diffuser l'information sur les nouveaux algorithmes, arrêter une politique dans le domaine du marketing social du préservatif, édicter des normes quant aux procédures à suivre au sujet des risques de transmission materno-fœtale (rappelons, par exemple, que de nombreux États africains interdisent encore l'interruption volontaire de grossesse, voire la contraception), constituer la structure de référence pour la surveillance épidémiologique et la déclaration des cas de sida. Bien plus, pour que certaines dispositions soient effectives au niveau local, aujourd'hui tant courtisé, la structure nationale doit avoir des relais dans les régions. Or si les programmes nationaux ne sont plus financés, les chances d'un soutien aux programmes régionaux sont encore plus réduites.

Dans la configuration actuelle, les politiques nationales de lutte contre le sida pourraient alors tendre à se réduire à mettre à disposition des projets locaux des personnels de la fonction publique qui, conformément à l'initiative de Bamako, n'accepteront de collaborer à un projet de lutte contre le sida qu'en contrepartie d'une prime pour la surcharge de travail occasionnée par cette participation et/ou pour compenser les “ risques ” encourus à côtoyer des personnes infectées par le VIH (en les touchant, en faisant des prélèvements, *etc.*).

#### *Au niveau local, une dynamique de projets*

Au niveau local, la dynamique de projet qui s'installe comme seul salut tant pour les personnels de santé, que pour les structures ou les bailleurs de fonds. Au-delà des incertitudes quant à la pérennité des activités d'une structure financée essentiellement par des fonds extérieurs, cette dynamique de projet peut introduire des dysfonctionnements et des conflits si l'on n'y prend garde.

Dans des contextes nationaux de transition du “ tout État ” vers une autonomie accrue des structures locales, les ajustements institutionnels sont loin d'être encore achevés. Les

---

<sup>1</sup> Ainsi, par exemple, au Congo, le PNLS était jusqu'à une date récente directement rattaché au cabinet du ministre de la Santé : aujourd'hui, il est devenu un des départements de la Direction générale de la santé au même titre que la médecine préventive, la direction de la planification, *etc.*

anciennes structures à vocation nationale gardent encore une légitimité certaine alors même que les structures régionales et locales ne sont pas encore tout à fait en place. Les personnels des structures étatiques nationales peuvent vouloir continuer de jouer un rôle important, et leur engagement ou leur participation à la mise en place de nouveaux dispositifs locaux peuvent être particulièrement mesurés. Aussi, une décentralisation mal comprise peut-elle conduire à des conflits de tutelle dans la gestion des projets au point, parfois, de provoquer l'arrêt des activités. Nous avons pu le constater à propos du fonctionnement de banques de sang dont les activités se sont arrêtées faute de savoir, notamment, si elles devaient être gérées par le niveau national, régional ou local.

Par ailleurs, dans la situation de "déréglementation" qui prévaut, la mise en place de nouvelles initiatives pose le problème du statut à accorder aux structures et aux personnels. Afin d'éviter les difficultés inhérentes à la gestion de fonds par une structure nationale, les bailleurs tendent à privilégier le financement direct des maîtres d'œuvre du projet. Mais comment alors financer les structures ? Doit-on envisager des associations qui seront les "doubles" non institutionnels des structures étatiques ? Les associations permettent en effet des financements directs et une plus grande souplesse de gestion. Mais devra-t-on créer autant d'associations que de projets ? De plus, l'exécution de projets peut demander le recrutement de personnels ; des personnels non statutaires côtoieront des personnels de la fonction publique. Pour peu que l'État tarde à verser les salaires de ses agents comme c'est le cas dans plusieurs pays africains, et que les non statutaires soient payés régulièrement parce qu'ils ne dépendent pas de la fonction publique mais du projet, les fonctionnaires risqueront de réclamer un statut particulier pour être aussi bien "traités" que leurs collègues non fonctionnaires. Ou encore, indépendamment de la question du salaire, parce qu'ils travaillent dans le cadre d'un projet et sont employés à des tâches considérées comme étant très spécifiques, comme dans le cas du sida, des agents de la fonction publique peuvent réclamer un statut particulier au sein de leur corps d'origine et qui les distinguera de leurs homologues. Nous avons pu enregistrer une telle revendication pour des travailleurs sociaux collaborant à un projet sur le sida et qui réclamaient un statut particulier qui puisse les distinguer des travailleurs sociaux affectés dans les quartiers.

Par ailleurs, étant donné l'état des finances publiques dans certains pays, les structures bénéficiant d'un projet sont les mieux nanties. Le déséquilibre alors créé entre les structures soutenues par un projet et les autres, peut rendre délicate les relations entre les deux "types" de structures. Dans le domaine du sida, ce déséquilibre peut conduire certains à considérer que le sida est uniquement l'affaire de la structure financée, auquel cas les personnels des structures non financées se désintéressent totalement de la question. Ou encore, les personnels qui s'adonnent malgré tout à des activités dans le domaine du sida dans les structures non financées, éviteront soigneusement de collaborer avec la structure financée. Il est bien évident que de telles situations ne sont guère favorables à l'approche multi-sectorielle que l'ONUSIDA appelle de ses vœux.

Relevons enfin les difficultés qui surviendront pour la mise en place d'une politique de recouvrement des coûts. Si l'on en accepte le principe, il est cependant peu envisageable que certaines prestations soient totalement couvertes par la participation financière des populations. Dans le domaine du sida, je pense en particulier aux tests de dépistage du VIH. Alors même que l'on s'oriente dans certains pays vers la promotion des dépistages volontaires,

va-t-on faire payer les tests aux volontaires (tandis que l'on pratique les tests gratuits dans les pays du Nord) ? Dans l'affirmative, quel sera le prix à payer par le volontaire ? Plus précisément, dans certains lieux, l'activité de dépistage ne sera pas suffisamment importante pour utiliser des chaînes Elisa, et l'on sera contraint de recourir aux tests rapides qui coûtent beaucoup plus chers à l'unité que les tests Elisa. Dès lors, même si les tests (rapides) sont payants, la somme demandée aux volontaires ne permettra guère de couvrir le prix de revient du test. Dès lors, les unités pratiquant le dépistage devront nécessairement être subventionnées. Mais qui subventionnera ? Afin d'assurer la pérennité d'une activité comme celle-ci, et l'on sait combien dans le domaine du sida il faut envisager des actions à moyen ou à long terme, faut-il prévoir (au niveau local ? régional ?) des personnels spécialisés dans la recherche de fonds<sup>1</sup> pour pallier les insuffisances de l'État, et veillant à enchaîner les projets les uns derrière les autres pour éviter l'arrêt des activités ?

### **Les acteurs des actions de proximité**

Le processus de démocratisation a été accompagné par un développement sans précédent en Afrique de ce qu'il est convenu d'appeler la " société civile ". Comme on peut le lire dans un rapport du PNUD consacré au sida, « En Afrique, une retombée de la libéralisation politique enregistrée ces dernières années est le décollage d'une vie associative : le développement d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations de base et communautaires qui traitent de questions de développement au quotidien et sont à ce titre un complément indispensable des pouvoirs publics qui sont dépassés par la situation » (1995 : 19). Grâce à la souplesse de gestion des projets qu'elles offrent, à leur capacité d'intervenir localement et à mener des actions dont on suppose qu'elles profiteront directement aux populations visées, les ONG et associations sont devenues aujourd'hui des relais essentiels de l'aide au développement. Dans le domaine de la lutte contre le sida, les ONG et associations semblent particulièrement adaptées parce qu'elles peuvent entreprendre des actions de proximité (prise en charge d'orphelins dans un quartier, organisation de visites à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/sida, organisation de séances d'IEC en différents types de lieu, *etc.*).

#### *Les différents types d'ONG et associations*

Je classe ces ONG et associations en cinq grands types :

- les ONG de dimension internationale ;
- les ONG de développement local ;
- les ONG œuvrant en faveur des femmes et des jeunes ;
- les congrégations religieuses et les tradipraticiens ;
- les associations de personnes vivant avec le VIH/sida.

Les ONG de dimension internationale, encore appelées aujourd'hui les " OING " (Organisations internationales non gouvernementales) semblent plutôt intervenir, dans le domaine du sida, en appui à des initiatives locales, en fournissant, par exemple, des médicaments à telle structure, des préservatifs ou encore des supports d'IEC, voire des fonds. Elles ne sont pas nécessairement très visibles sur le terrain, bien qu'ayant souvent des représentants dans les

<sup>1</sup> Précisons qu'il s'agit là d'une profession qui existe, par exemple, aux États Unis.

pays, et fournissent des aides souvent importantes. De par leur assise internationale et leur " surface " financière, elles ont sans doute potentiellement une capacité à se constituer en *lobby*, dont elles ne profitent peut-être pas toujours suffisamment, pour influencer par exemple sur les politiques de prévention.

Les ONG de développement local se consacrent en général à des activités de production (menuiserie, mécanique, *etc.*, dans les villes ; pisciculture, agriculture, *etc.*, en milieu rural). Ces ONG sont parfois associées à des programmes sur le sida pour accueillir des " orphelins du sida " ou des personnes atteintes pour éviter leur marginalisation en leur donnant une petite formation et en les faisant participer à la production. Ou encore, ces ONG se donnent pour mission de constituer un fonds de soutien aux personnes vivant avec le VIH grâce à la vente de leur production<sup>1</sup>. La question qui se pose immédiatement à ces associations qui ne sont pas spécifiquement vouées à la prise en charge des sidéens ou des " orphelins du sida " est de savoir comment elles parviennent effectivement à intégrer le sida dans leurs activités. Plus précisément, les animateurs de ces ONG et associations, afin de pouvoir justifier leur intervention dans le domaine du sida, sont-ils les destinataires de l'information sur la maladie ou la séropositivité de telle ou telle personne susceptible d'être accueillie, et de qui tiennent-ils alors l'information ? Ne serait-il pas préférable qu'elles se préoccupent des orphelins ou des malades en général ?

Les associations œuvrant en faveur des femmes et des jeunes sont regroupées ici dans la mesure où elles ont en commun, d'une part, de s'adresser à des groupes " vulnérables ", et d'autre part, de s'adonner essentiellement à des activités d'IEC à destination de leurs publics respectifs en utilisant des boîtes à image, en faisant des démonstrations d'utilisation du préservatif, en organisant des débats sur la maladie. Les activités menées par ces groupes sont sans doute aussi utiles que difficiles à évaluer. Dans le domaine de la lutte contre le sida il est toujours utile de diffuser en permanence des informations sur la maladie. Mais les messages parfois très standardisés et systématiquement délivrés quel que soit le public ne conviennent pas toujours à tous les groupes ; de plus, en fonction des convictions – notamment religieuses – des animateurs, l'ensemble du message requis à propos des mesures de prévention, par exemple, n'est pas toujours proposé.

Religieux et tradipraticiens sont ici aussi mis ensemble car, pour les animateurs de campagne de lutte contre le sida, ils sont considérés surtout comme des relais particulièrement efficaces pour l'information sur la maladie tant ils sont " bien insérés dans la communauté ". Mais aussi, tradipraticiens comme religieux s'adonnent tous, peu ou prou, à des pratiques de " guérison ". Sans vouloir revenir en détail ici sur les enjeux, les incompréhensions et les quiproquos liés au recours aux religieux et aux tradipraticiens dans le domaine de la lutte contre le sida<sup>2</sup>, rappelons que le sida est venu relancer une approche normative à propos des

---

<sup>1</sup> Des exemples de ce type d'initiative sont notamment présentés dans la brochure du PNUD (1995) ; de telles expériences sont menées notamment en Zambie, au Zimbabwe, au Congo.

<sup>2</sup> A ce propos, nous nous permettons de renvoyer notamment aux communications présentées au Colloque *Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives* (Saly Portudal, 4-8 novembre 1996) par J. Tonda. " Les spécialistes non médicaux et le problème de la connaissance scientifique du Sida ", et moi-même, " La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH " ; on peut se reporter également à mon article, " Qui informer ? Médecins, familles, tradipraticiens et religieux au Congo ", *Psychopathologie africaine*, XXVI (2), 1994 : 189-209.

bons et des mauvais tradipraticiens avec lesquels il convient de collaborer<sup>1</sup>, et que l'on oublie trop souvent, dans la collaboration avec les Églises, que " rien n'est impossible à Dieu ", y compris la guérison du sida ou encore que Dieu protège de tout, y compris des risques d'infection par le VIH !

Je terminerai par les associations de personnes vivant avec le VIH/sida. La première de ces associations a vu le jour en Ouganda, en 1989, avec la Philly Lutaaya Initiative (PLI)/People with AIDS (PNUD, 1995 : 25) ; l'Ouganda, un des pays les plus touchés par la pandémie est aussi, en Afrique, le plus actif dans ce domaine, notamment avec l'organisation TASO. Avec un peu de retard sur leurs voisins anglophones, les pays francophones ont également vu naître de telles associations. S'il reste encore particulièrement difficile de se déclarer publiquement atteint, tant les craintes de stigmatisation sont grandes, notamment en milieu rural, ces associations ont joué et ont encore à jouer un rôle très important en faveur du respect du droit des malades. Ces associations, d'après les propos de P. Piot rapportés plus haut, devraient être des partenaires privilégiés des actions entreprises sous l'égide d'ONUSIDA. Mais quelle place sont-elles prêtes à prendre, et quel rôle le dispositif, notamment médical, de lutte contre le sida dans les pays est-il prêt à leur accorder ?

Si l'on prend l'exemple de l'association " Lumière Action " de Côte-d'Ivoire, les objectifs fixés sont de quatre types : « combattre les idées fausses ; contribuer à l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH et leurs familles ; prendre part à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; prendre part à la réalisation des activités d'éducation et d'information pour le grand public » (Williams et *al.*, 1995 : 28). Peu ou prou, toutes les associations, à notre connaissance, se livrent à ces activités – essentielles – d'information et de soutien psychosocial aux malades. Mais peuvent-elles faire davantage ? On sait le rôle essentiel qu'ont pu jouer, au Nord, certaines associations de ce type pour l'amélioration des conditions de prise en charge des malades, y compris médicale, en interpellant, parfois de manière violente, les milieux des professionnels de la santé et les milieux politiques. Il semble qu'en Afrique, certaines associations soient déjà prêtes à jouer à la fois un rôle de structure de prise en charge complète, mais aussi de défense active des personnes atteintes.

J'évoquerai ici rapidement l'exemple de la Kenya AIDS Society (KAS), dont le personnel est composé à part sensiblement égale de personnes atteintes et non atteintes. La KAS regroupe des conseillers professionnels, des psychologues, des médecins, des travailleurs sociaux, mais aussi des avocats. Elle travaille en liaison étroite avec un des grands hôpitaux de Nairobi, reçoit les malades, procède à l'annonce de la séropositivité, effectue des visites à domicile, des thérapies de groupe et individuelles. Bien plus, cette association n'a pas hésité à s'impliquer dans un débat devenu politique à propos d'un médicament miracle. Le Professeur Obel – professeur de médecine – est bien connu au Kenya pour avoir inventé il y a quelques années le médicament pour " guérir " du sida (le Kemron). En 1996, il récidive avec Pearl Omega, médicament " contre le sida " commercialisé dans les pharmacies à grand renfort de publicité,

---

<sup>1</sup> Ainsi, par exemple, dans un compte rendu d'une expérience de formation destinée à des tradipraticiens en Ouganda, on peut lire qu'un des critères de choix de la personne à former était : « être un thérapeute véritable (c'est-à-dire reconnu par la communauté, fréquenté par des clients et utiliser la pharmacopée)... » (souligné par moi : Hoinzy et King, 1996 : 2).

notamment grâce à des appuis venant du plus haut niveau de l'appareil d'État, selon certains journaux de la place. La KAS a intenté un procès contre le Professeur Obel<sup>1</sup>.

Si ces associations se donnent d'autres missions que l'information et le soutien psychosocial aux personnes atteintes, on peut s'attendre à ce qu'elles aient parfois un point de vue critique sur les politiques de santé et certaines pratiques médicales. Sans doute, le processus de démocratisation en cours en Afrique, ainsi que les mesures prises en faveur de la décentralisation dans certains pays et qui autorisent alors des mises en œuvre de politiques moins verticales et moins monolithiques, permettront-ils à ces associations de trouver une place réelle dans les dispositifs nationaux de lutte contre le sida, à l'instar de leurs homologues du Nord.

### *Des ONG politico-religieuses*

Il ne faut cependant pas se cacher, face au foisonnement d'associations, combien aujourd'hui il est “ politiquement correct ” pour tout un chacun, et en particulier pour des membres éminents de l'entourage des élites politiques, de disposer de “ son ” association. Plus précisément, alors que les appareils d'État sont décrédibilisés et que se développe l'idéologie philanthropique de “ l'humanitaire ”, sont privilégiées des aides ciblées dont l'efficacité est censée être d'autant plus grande qu'elles transiteront par une association. Il est alors de bonne guerre – et cela n'est évidemment aucunement spécifique à l'Afrique – que la classe politique, surtout dans une période où la légitimité passe désormais par la voie des urnes, utilise également cette dynamique des ONG et associations. Dans ce contexte, le sida est un élément constitutif de ce “ marché ” politico-financier de l'aide aux ONG et associations. Cette réalité est un état de fait, et la décrier *a priori* n'a guère de sens. Même si une initiative prise par une association dirigée par un membre éminent de la classe politique a aussi des visées électoralistes, pourquoi ne pas l'accepter comme faisant partie de la règle du jeu pour autant qu'une action soit réellement menée en faveur de la prévention, des personnes atteintes, *etc.* Cependant, il serait dommageable que, dans le contexte actuel, des associations inscrivent l'intitulé “ sida ” dans leur programme d'activités pour être visibles et/ou pour drainer des fonds mais finalement pour des actions imperceptibles en faveur du sida. Il serait tout aussi dommageable que dans le marché politico-financier qui se dessine parfois autour du sida et des associations, des groupes, dont les membres auraient pourtant été formés à mener par exemple des campagnes d'IEC, ne soient pas associés aux activités actuelles sous prétexte qu'ils ont été constitués à l'époque du régime politique antérieur.

Par ailleurs, nombre d'associations et d'ONG qui œuvrent dans le domaine de la santé ou en faveur des groupes vulnérables, tout particulièrement parmi celles qui ont pignon sur rue, ont parfois une idéologie religieuse très marquée, même si elles se présentent comme des groupes laïques. Aussi ne sont-elles pas toujours prêtes à délivrer l'ensemble du message sur la prévention, ce qui peut se traduire par le refus de promouvoir l'utilisation du préservatif alors

---

<sup>1</sup> Le procès devait débiter en juillet 1996. A ce jour, je n'ai pas été informé de la suite qui a été donnée à cette affaire. Précisons également que le NGO's Consortium on AIDS, structure d'information et d'appui aux associations œuvrant dans le domaine du sida, a par ailleurs organisé une conférence de presse et adressé aux journaux et personnalités des mises en garde contre le professeur Obel et sa “ découverte ”.

même qu'elles disposent de stocks ou encore, par exemple, à exhorter les jeunes femmes séropositives à accoucher en dépit des risques. Les plus radicales de ces associations "laïques" peuvent aller jusqu'à refuser toute action en faveur de personnes favorables à l'utilisation du préservatif ou de femmes ayant avorté.

Dans le contexte de démocratisation en Afrique où une "société civile" est en voie de constitution, l'émergence de groupes totalement laïques, tant du point de vue religieux que politique, n'est pas encore totalement achevée. Encore une fois, mener des actions dans le domaine de la lutte contre le sida sous une bannière religieuse ou politique n'est pas, en soi, un problème. Néanmoins, ce que j'appelle des "groupes totalement laïques" est peut-être parfois une meilleure garantie d'initiatives qui ne se fixent qu'un minimum de limites *a priori*. Il est certes très difficile, voire impossible – et sans doute peu souhaitable – d'évaluer ou de contrôler les activités de tous les groupes qui œuvrent dans le domaine du sida dans un pays. Cependant, on pourrait considérer qu'il serait de la compétence des PNLs, par exemple, de se préoccuper que le "label sida", affiché par les associations, se traduisent effectivement par des initiatives dans le domaine, et que leurs activités n'aillent pas à l'encontre des règles internationalement reconnues.

### **Vers une accentuation des différences Nord-Sud ?**

La lutte contre le sida en Afrique concerne aujourd'hui de plus en plus les personnes atteintes ou les personnes exposées : mise en place d'unités de prise en charge et d'unités de dépistage volontaire, action en faveur des personnes vivant avec le VIH/sida pour éviter leur marginalisation. Cependant, les traitements de fonds, les anti-rétroviraux, sont pour l'heure inaccessibles en Afrique en raison de leur coût trop élevé, alors que les traitements se médicalisent de plus en plus au Nord. Cette situation est dénoncée par certains sur le continent africain<sup>1</sup>. L'inégalité devant les traitements risque en effet de s'accroître. D'une part, la tentation est grande de procéder, en Afrique notamment, à des essais thérapeutiques dont le rapport coût-efficacité s'améliore lorsqu'ils sont réalisés dans des zones de forte prévalence<sup>2</sup>. Or, à moyen terme, les résultats bénéficieront plutôt aux pays du Nord tant les coûts des traitements ainsi mis au point seront élevés. D'autre part, actuellement, de grands espoirs se fondent sur le succès de traitements très élaborés tels que les tri-thérapies ou l'utilisation des antiprotéases<sup>3</sup>, et dont on peut supposer aisément, non seulement que les coûts seront encore plus élevés que les traitements précédents, mais encore qu'ils exigeront une surveillance attentive, un dépistage précoce, une thérapie longue, un suivi minutieux, *etc.*, soit tout un

<sup>1</sup> Cf., par exemple, les propos du Professeur A. Kadio, de Côte-d'Ivoire, rapporté dans *Sidafrigue*, n°8-9, mai 1996 : 12.

<sup>2</sup> L'ampleur de l'endémie fait de l'Afrique un laboratoire idéal, autorisant sans doute un meilleur rapport coût-efficacité pour les essais thérapeutiques : « ... avec un virus entraînant un taux de contamination relativement faible, ces essais ne sont pratiquement pas réalisables en Europe ou aux États Unis et devraient pour l'essentiel être menés dans les pays du tiers monde » ("Les problèmes éthiques posés par le Sida". Séminaire Biomédecine, Psychopathologie, psychanalyse, Paris, Association Descartes et MIRE, séance du jeudi 5 mai 1994).

<sup>3</sup> A ce sujet on pourra se reporter, par exemple, à "L'espoir des trithérapies". *Impact médecin hebdo*, n°330, 5 juillet 1996 : 6-7.

“ contexte thérapeutique ” dont les conditions seront très difficilement réunies en Afrique d'ici peu de temps<sup>1</sup>.

Au Sud, si des travaux s'accroissent pour la mise au point de nouveaux protocoles thérapeutiques, ceux-ci, contrairement à ce que l'on observe au Nord, n'incluent guère, en général, l'utilisation d'anti-rétroviraux. Certaines substances qui permettent d'endiguer ou de retarder l'apparition d'infections opportunistes en viennent même à être considérées comme des traitements de fonds. Ainsi en témoigne l'appellation d'“ AZT africain ” donné à l'INH (isoniazid) qui permet de réduire le risque de tuberculose à court terme chez les personnes infectées par le VIH (Kaleeba et Kalibala, 1996). On comprend certes l'enthousiasme lié à cette découverte et qui peut être à l'origine d'une appellation maladroite ; mais cet exemple, un peu caricatural, ne vient-il pas témoigner précisément qu'au Nord et au Sud les préoccupations thérapeutiques se situent définitivement à des niveaux différents ? D'ailleurs, alors que les débats sur la protection de l'individu face au progrès des recherches médicales en Europe se développent, que des controverses apparaissent au sujet de l'utilisation de tel ou tel nouveau traitement de l'infection par le VIH, il semble que pour l'Afrique, on cherche à éviter les sujets jugés dérangeants, comme en témoigne cette déclaration d'un observateur de la dernière conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique à Kampala : « L'aspect éthique des interventions, des études et des priorités est resté dans l'ombre lors de la Conférence, sans doute parce que cela risquait de faire apparaître des divergences fondamentales dans le monde et par conséquent de provoquer un débat politisé » (Fransen, 1996).

Alors, face au progrès des recherches thérapeutiques au Nord qui tendent à médicaliser de plus en plus les traitements des personnes infectées, on pourrait assister à une “ démedicalisation ” relative des dispositions envisagées pour le Sud. Attesterait de cette “ démedicalisation ” relative le souci de développer en Afrique les actions de proximité pour assurer le confort psychologique nécessaire aux personnes atteintes et qui permettrait de compenser l'impossibilité d'utiliser des traitements de fonds. Or, si l'on en juge par tous les *community based programs* mis en œuvre par des ONG, par les efforts déployés en direction des tradipraticiens et des religieux, on peut avoir parfois le sentiment que les dispositions envisagées pour le continent africain se fondent notamment sur l'image d'Épinal d'une Afrique composée de communautés, qui ne demandent qu'à être solidaires, et qui sont encore tout entière investies par des religions et des traditions qu'il convient d'orienter dans le “ bon sens ” pour contribuer à la lutte contre le sida. La science, au Nord, les communautés, au Sud !

Cependant, au-delà de la polémique que mes propos risquent d'alimenter, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui la question de l'efficacité des actions de proximité mises en œuvre par des ONG et associations pour la prise en charge des personnes atteintes est posée par une

---

<sup>1</sup> Sans même songer à l'utilisation des dernières avancées thérapeutiques, on peut par exemple évoquer l'efficacité aujourd'hui reconnue de l'utilisation de l'AZT pour limiter la transmission materno-fœtale. Or, il n'est guère imaginable de vulgariser en Afrique un tel protocole, non seulement en raison du coût du traitement lui-même pour les individus, mais tout autant, sans doute, en raison des conditions de son administration : dépistage précoce des femmes enceintes au cours des consultations prénatales, approvisionnement régulier en réactifs pour le dépistage, disponibilité permanente des anti-rétroviraux, alors même qu'il ne s'agirait au mieux que de réduire le taux de transmission, alors que les structures sanitaires sont dépourvues de médicaments de base pour des pathologies curables ; cela supposerait également que les personnels de santé acceptent de procéder au dépistage après consentement, que soit mise en place une procédure de suivi, etc., soit un dispositif complexe et coûteux pour un gain qui peut sembler minime en terme de santé publique.



récente étude menée aux États-Unis. Cette étude, fondée sur une enquête rétrospective sur dix ans (1984-1994), relève une diminution globale du risque de mortalité de 31% pour les patients pris en charge par les praticiens les plus expérimentés (Kitahato et *al.*, in Chahine, 1996). En d'autres termes, plus les patients sont suivis par des services hospitaliers spécialisés, plus leur chance de survie augmenterait. Certes, une multitude de facteurs interviennent très certainement pour expliquer ces résultats, et, comme le font remarquer justement Morin, Obadia et Moatti (1996 : 12) à propos de cette étude, il faut éviter toute généralisation abusive tant les systèmes de santé diffèrent selon les pays. Cette étude pose cependant la question du nécessaire recentrage — partiel — sur l'hôpital et les services spécialisés, et *a contrario*, de l'efficacité de la dilution des dispositifs de prise en charge dans “ la communauté ”. Pour l'Afrique, que les traitements de fonds de l'infection par le VIH soient disponibles ou non, une telle étude n'invite-t-elle pas à envisager la multiplication des unités spécialisées dans la prise en charge des sidéens<sup>1</sup> ?

## Conclusion

Les processus de libéralisation— politique, économique, *etc.* — dans lequel se sont engagés les États africains, ainsi que les réformes en profondeur du dispositif des Nations Unies pour faire face à la pandémie du VIH/sida, ont introduit, et introduiront, des modifications importantes quant aux modalités d'organisation de lutte contre le sida. Sans compter que, fort heureusement, la situation de la pandémie et la réflexion sur les manières de la combattre évoluent (stabilisation de l'épidémie dans certains pays, vente accrue de préservatifs, connaissance de plus en plus fine de la maladie par les populations, accent mis sur les personnes atteintes, amélioration des protocoles thérapeutiques, *etc.*). La particularité de cette épidémie, qui renvoie au sexe, à la procréation, aux limites de la science, et bien souvent aux fondements des idéologies religieuses, politiques et médicales, contraignent à des remises en cause fréquentes et importantes.

Incontestablement, il faudra prévoir des ajustements, parfois importants, pour éviter ou du moins limiter, les télescopages entre les différents niveaux d'intervention des acteurs de la lutte contre le sida. Ceux-ci, bien évidemment, formulent parfois de manière très différente des objectifs semblables. Or les différends qui naissent alors, en particulier du fait de l'imprécision quant à la sphère de compétence de chacun des acteurs susceptibles de s'engager ou qui sont déjà engagés dans la lutte contre le sida, devraient être bien compris pour limiter la paralysie toujours possible des dispositifs de lutte contre le sida. Le pire serait sans doute que l'on assiste à un développement de l'épidémie dans certains pays faute de possibilité d'action. Il y a encore peu de temps, on se demandait pourquoi certains pays connaissaient une flambée de l'épidémie alors que d'autres n'étaient presque pas touchés. Aujourd'hui, alors que tous les pays sont touchés, il faudra se demander pourquoi l'épidémie se stabilise dans certains endroits alors qu'elle progresse dans d'autres, comme dans le cas du Congo pour lequel le Président de la République lui-même a déclaré : « La situation a empiré. A Brazzaville, il y avait 6% à 7% de séropositifs. Aujourd'hui, la proportion est de 18%. A Pointe Noire qui est ouverte à tous les virus, nous étions à 10% contre 20% à l'heure actuelle. Sur le plan national,

---

<sup>1</sup> Telles que le Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, ou l'Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) d'Abidjan.

il est difficile de [...] donner des statistiques, mais ces deux villes rassemblent la moitié de la population. Il y a une prévalence qui avoisine 15% à 20% »<sup>1</sup>. Fort heureusement, le pire n'est jamais certain !

### Références bibliographiques

Banque Mondiale

1993 *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, Banque Mondiale.

CHAHINE N.

1996 " Médecins : l'implacable logique de la spécialisation ", *Le Journal du sida*, 85 : 10-12.

DIALLO M.

1995 " Réunion consultative ONUSIDA ", *SidAlerte*, 44, juin 1995 : 6-7.

FRANSEN L.

1996 " La perspective européenne ", *SidAfrique*, numéro spécial Kampala, n° 8-9 : 11.

HOMSY J., KING R.

1996 " Le rôle des thérapeutes traditionnels dans le conseil en matière de VIH/sida à Kampala, Ouganda ", *Sociétés d'Afrique et sida*, 13 : 2-4.

KALEEBA K., KALIBALA S.

1996 " L'Afrique, source d'inspiration pour une réponse globale ", *SidAfrique*, numéro spécial Kampala, n°8-9 : 15-17.

LURIE P., HINTZEN P., LOWE R.A.

1995 " Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries : the roles of the International Monetary Fund and the World Bank ", *AIDS* : 539-546.

MORIN M., OBADIA Y., MOATTI J.-P.

1996 " Attention aux généralisations abusives ", *Le Journal du sida*, 85 : 12.

NOVICKI M.A.

1996 " Africa moves to slow the spread of AIDS. New UN body to support Africa's community-based efforts to battle HIV ", *Africa Recovery*, may 1996 : 22-23.

PIOT P., CHERNEY S.

1995 " La lutte contre le VIH/Sida : élargir le champ d'action ", *Cahiers Santé*, 5 : 271-273.

PNUD

1995 *Le sida et l'Afrique : un défi au développement humain*, New York, PNUD, 36 p.

WILLIAMS G., BLIBOLO A. D., KEROUEDAN D.

1995 *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du SIDA en Côte d'Ivoire*, Londres - Abidjan, Actionaid - CNLS(Côte-d'Ivoire), 61 p.

---

<sup>1</sup> Interview de Pascal Lissouba : " Oui, le Congo va décoller ! ", propos recueillis à Brazzaville par Mamadou Alpha Barry, *Jeune Afrique Économie*, n°224, 2 septembre 1996 : 55.

## UNE NÉCESSAIRE POLITISATION DU SIDA EN AFRIQUE \*

Jean Pierre DOZON

Livrer ses impressions, donner quelques points de vue globaux sur la dernière Conférence internationale sur le " sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique " (CISMA) qui s'est tenue à l'Hôtel Ivoire d'Abidjan en décembre 1997, comporte à l'évidence le risque d'une partialité abusive et malvenue, d'autant qu'outre l'impossibilité d'assister à toutes les sessions, il m'est souvent arrivé, comme beaucoup de participants, de déambuler dans les couloirs du prestigieux hôtel et d'y bavarder longuement. Sans doute, ne devrais-je pas avouer cela comme s'il s'agissait d'un manquement, puisqu'aussi bien, à l'instar de n'importe quel congrès international, sur le sida ou sur tout autre sujet, il était parfaitement de mise que l'intérêt, voire le plaisir, pris par chacun à en être, résidait au moins autant dans l'écoute studieuse des communications que dans les rencontres et conversations impromptues hors du programme officiel. Toutefois, cet aveu, manifestement hors de propos, en appelle un autre assurément plus problématique. Non sans laisser pointer l'attitude quelque peu paradoxale et ambiguë de quelqu'un qui déclare volontiers s'intéresser, sur le plan sociologique et anthropologique, au problème du sida en Afrique, il consiste en effet à dire que ce genre de Conférence, rituellement organisée depuis plus de dix ans (d'abord chaque année, ensuite tous les deux ans), m'inspire un certain malaise et que si celle-ci ne s'était pas déroulée en Côte-d'Ivoire, pays que je fréquente depuis deux bonnes décennies et où je mène notamment des recherches sur la façon dont certains mouvements religieux et tradithérapeutes s'approprient l'infection par le VIH, je n'y aurais certainement pas assisté. Bien sûr, je conviens aisément de la nécessité de faire régulièrement se rencontrer tous ceux qui, au titre de chercheurs ou d'acteurs de la prévention et de la prise en charge, travaillent dans le domaine du sida en Afrique. Il s'agit là d'une pratique scientifique et professionnelle normale, de surcroît ouverte à la presse et à l'information du grand public, dont il serait assez incongru de contester l'intérêt et la légitimité. Pourtant le malaise est là, et je ne crois pas être le seul à l'éprouver.

En expliciter brièvement les motifs revient d'abord à souligner le décalage entre un événement devenu somme toute assez routinier (certains participants se sont probablement quittés en se disant " à dans deux ans, en Afrique du Sud ", pays qui accueillera la XI<sup>e</sup> Conférence) et un " phénomène sida " qui, selon les avis les plus autorisés (ONUSIDA notamment), croît sur le continent africain en pandémies de plus en plus inquiétantes et en appelle du même coup à d'autres sortes d'événements que celui-là : quelque chose comme une mobilisation générale qui concernerait aussi bien les pays africains que la communauté internationale. C'est par conséquent l'absence persistante de ce que ce genre de conférence devrait faire naître qui, me semble-t-il, est source de malaise. Comment se fait-il, par exemple, que la Côte-d'Ivoire, qui

\* Texte paru dans *Le Journal du Sida*.



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A \* 33372 Ex :

accueillait, non sans arrière-pensée politique (son Président actuel, Henri Konan Bédié, passant volontiers pour un " champion " de la lutte " anti-sidéenne ") et qui est particulièrement touchée par l'épidémie (un million, suivant les estimations, de personnes atteintes sur près de quinze millions d'habitants), ait maintenu cette X<sup>e</sup> Conférence dans une certaine extériorité, c'est-à-dire n'ait pas profité de son rôle de pays organisateur pour informer plus précisément et plus solennellement, avant ou après la Conférence, la population de l'état de la situation ? En la circonstance, elle n'a fait que répéter ce que d'autres pays africains, organisateurs des congrès précédents, auraient certainement dû faire et n'ont point fait, comme si ces événements, pilotés financièrement par l'OMS et l'ONUSIDA, n'engageaient que leur rapport à ces instances internationales et que leur responsabilité d'y inviter et d'y accueillir au mieux tous ceux qui, à des titres divers, ont à dire ou à s'informer sur le problème du sida en Afrique. Il s'agit là d'une configuration, que je qualifierais très littéralement de mondaine, qui tranche pour le coup avec les déclarations catastrophistes de ces mêmes instances internationales suivant lesquelles le sida ne ferait qu'empirer en Afrique et provoquerait déjà ici et là un début de dépopulation.

Ce qui amène assez bien à expliciter un second motif ; en l'occurrence à dire que le " phénomène sida " peut apparaître sous cet aspect mondain dans la mesure où il a engendré tout un ensemble d'institutions, d'enjeux et de ressources (même si celles-ci sont nettement insuffisantes) qui, pour être nécessaire à la recherche et à la lutte contre l'infection par le VIH, n'en est pas moins devenu un monde d'intérêts et d'accommodements spécifiques, susceptible en effet de produire un hiatus entre lui-même et ce pour quoi il est censé exister. Ce tour particulier, grâce auquel un problème, une souffrance, un drame collectif deviennent créateurs de " mondes " qui tentent d'y remédier tout en y puisant les ressorts de leur reproduction, n'a, en soi-même, rien d'extraordinaire. La liste est longue des pathologies, des misères et autres problèmes de sous-développement qui sont pris dans ce type de fonctionnement, ce qui n'ôte bien sûr rien à la masse de compassion, de solidarité et de bienfaits qu'ils peuvent par ailleurs susciter. Mais avec le sida, tel qu'il est dit se répandre en Afrique, il est patent que le monde, qui s'est constitué à travers lui et qui se réunit rituellement pour en débattre sur le plan scientifique et pratique, est comme débordé par son objet et se rend du même coup suspect de ne pas en dire et en faire assez. A tout le moins ne semble-t-il pas à la hauteur des désastres que ses meilleurs spécialistes annoncent et paraît bien plutôt engoncé dans un mode de fonctionnement qui ne parvient guère à provoquer la mobilisation dont ce " monde du sida " est pourtant virtuellement porteur.

Ces préliminaires en forme d'explicitation d'un certain malaise, appellent cependant quelques corrections, car la Conférence d'Abidjan ne fut pas exactement comme les précédentes. Bruissant en effet, plus que d'habitude, de *dissensus*, dont les corridors de l'Hôtel Ivoire se firent tout particulièrement l'écho, elle fut enfin le théâtre d'un tournant politique qui avait précisément un certain air de mobilisation. Et ce tournant eut lieu alors même que la Conférence manquait quelque peu de communications indiquant des avancées scientifiques majeures ; bien plutôt y parla-t-on notamment des insuffisantes connaissances épidémiologiques (c'est-à-dire de facteurs proprement explicatifs) du sida en Afrique ou encore des progrès très modestes de la recherche vaccinale. Seule nouveauté peut-être, la présence plus marquée qu'auparavant des sciences sociales dont les recherches se sont tout particulièrement investies dans les problèmes de prise en charge, d'éthique et d'exclusion. Une

présence, qu'en tant qu'anthropologue je ne peux que saluer, mais qui invite malgré tout à se demander si elle est la manifestation d'une interdisciplinarité cherchant à être à la hauteur des multiples aspects, y compris politiques, de la pandémie du sida en Afrique ou, simplement, l'envers compensatoire des piétinements de la recherche biomédicale et de la mobilisation publique. Il y a, me semble-t-il, pour les sciences sociales elles-mêmes, à s'interroger sur une légitimité scientifique apparemment de plus en plus acquise, mais qui s'est forgée dans un contexte où l'épidémie de sida n'a cessé de croître en Afrique (même si, en de rares endroits, elle se stabilise) alors que les moyens mis en œuvre pour la juguler et traiter ses victimes sont restés assez minces.

En fait, le véritable événement survint non point du milieu scientifique proprement dit (encore que l'anthropologue ivoirien, H. Memel Foté, lors de la première séance plénière, ait exprimé très sereinement que la lutte contre le sida requérait une culture de la controverse), mais d'une délégation française, emmenée par Jacques Chirac, bien décidée à ne pas se contenter d'inaugurer la X<sup>e</sup> CISMA. C'était en effet la première fois qu'un Chef de l'État non-africain se rendait à pareil rassemblement, mais en la personne du Président français, un tel déplacement dépassait à l'évidence le cadre de la Conférence, aussi importante fut-elle. Jacques Chirac allait dans " un pays ami " qui était en train de célébrer le quatrième anniversaire de la mort du Président Houphouët Boigny, lequel avait régné pendant plus de trente ans sur la Côte-d'Ivoire et avait été un acteur de tout premier plan des relations franco-africaines. La coïncidence de cette célébration et de la conférence fut à peine fortuite et, bien sûr, Jacques Chirac, en s'adressant à son homologue ivoirien, Henri Konan Bédié, ne manqua pas de saluer la mémoire du grand disparu.

Le ton était donc donné. Avec le sida, il y allait peu ou prou des relations franco-africaines et, très précisément, de leur rôle crucial dans la façon dont la France, depuis les années 60, était parvenue à se maintenir comme grande puissance sur la scène internationale. Et bien que ces relations n'eussent plus aujourd'hui leur lustre d'antan, à cause notamment des politiques d'ajustement du FMI et de la Banque Mondiale, de la construction européenne, de la dévaluation du F CFA ou encore des freins drastiques à l'immigration africaine, l'histoire d'une longue et singulière fréquentation de la France avec l'Afrique, débordant ses clivages " gauche-droite ", semblait toujours l'autoriser à se prononcer sur une aussi grave affaire que celle du sida et à faire valoir ses " droits " à prendre quelque impérieuse initiative. En tout état de cause, nombre de participants anglophones, ont pu, quant à eux, prendre la mesure, non sans étonnement et agacement, de la tonalité des relations franco-africaines, se sentant presque par instant de trop, tellement cette présence française paraissait comme aller de soi et trouver en terre ivoirienne l'aisance pour faire entendre ses positions politiques en matière de lutte contre le sida. Jacques Chirac, mais aussi Bernard Kouchner, parfaitement en phase avec le Président, ainsi que Marc Gentilini (beaucoup moins Professeur de médecine en la circonstance que militant aux accents quasi-révolutionnaires) affirmèrent tous trois avec force que la France ne saurait accepter que se mette en place un " sida à deux vitesses " ou ce que j'appelle pour ma part, deux types de sida ; l'un qui concernerait les pays riches du Nord où tout à la fois l'épidémie tend à se stabiliser, voire à décliner, et où les personnes atteintes, grâce aux nouvelles thérapies, sont, en général, de mieux en mieux prises en charge et peuvent vivre leur " mal " autrement que comme l'injonction d'une sentence mortelle ; l'autre qui toucherait les pays du Sud, particulièrement l'Afrique, où l'épidémie ne cesse de s'amplifier, mais où les traitements de pointe, pour divers motifs, semblent non-transférables

et où le sida, par conséquent, s'identifie de plus en plus à un désastre humanitaire. Marc Gentilini alla même jusqu'à parler, pour les régions d'Afrique les plus touchées, de génocide, comme si cette singulière situation, qui excluait de fait les deux tiers des personnes atteintes dans le monde des progrès pharmacologiques, était commandée par une malveillance coupable. Et pour bien indiquer qu'une telle exclusion ne pouvait qu'être jugée inacceptable, qu'en l'occurrence la trithérapie devait être transférée en Afrique, le Président français proposa la création d'un " Fonds d'aide thérapeutique " et fut relayé par son homologue ivoirien avec l'annonce de la mise en place d'un " Fonds africain du sida ". Bref, les autorités françaises, en cette tribune ivoirienne éminemment francophone, parlèrent au nom d'un certain universalisme, plus précisément elles réaffirmèrent sans ambages la vocation d'une France républicaine à rappeler au monde l'ordre des " grands principes ". Et, par cette rhétorique quasi-révolutionnaire, elles semblèrent balayer d'un geste les arguments de tous ceux qui considèrent que la lutte contre le sida en Afrique ne peut qu'obéir, sinon à un certain réalisme, du moins à des stratégies particulières qui tiennent nécessairement compte des contextes économiques, socioculturels et sanitaires du continent africain.

En fait, si elles reçurent l'assentiment d'une partie du public (notamment africain), les propositions françaises et, accessoirement, ivoiriennes provoquèrent un certain émoi parmi les spécialistes du sida en Afrique, généralement du Nord, notamment parmi les spécialistes français. Loin de se sentir vibrer au rappel des grands principes, ils n'y virent au contraire que propos irréalistes, présomptueux et démagogiques (mais cela essentiellement hors des salles de la Conférence). Comment en effet oser annoncer à grands fracas l'accès de l'Afrique aux antirétroviraux alors que le coût d'un tel transfert dépasserait à l'évidence les moyens, même améliorés par des fonds de solidarités, des États africains et de la communauté internationale ? Comment oser dire, comme l'a fait Marc Gentilini, que " la meilleure des préventions, c'est le traitement " alors même que l'annonce de l'arrivée massive de ces nouveaux médicaments pourrait passer pour une panacée et compromettre des campagnes de prévention qui, au contraire, ont bien besoin d'être renforcées et mieux ciblées ? Comment la France peut-elle se targuer de généraliser la trithérapie alors qu'elle n'a inventé aucune molécule et qu'elle dépend elle-même des grands laboratoires pharmaceutiques américains ? Comment peut-on vouloir introduire massivement des traitements, qui exigent une excellente " compliance ", dans un contexte africain où les systèmes de santé sont de plus en plus déficients et où l'effort porté sur la prise en charge du sida risque fort d'aggraver leurs dysfonctionnements alors qu'il s'agirait au contraire de les réformer pour répondre à bien d'autres problèmes de santé publique ?

La liste est longue des arguments qu'ont pu utiliser tous ceux qui étaient en profond désaccord avec l'initiative prise par les autorités françaises. Pour ma modeste part, je me contenterai des remarques suivantes.

D'abord, il faut regretter que, puisqu'il fut l'enjeu principal de ce X<sup>e</sup> CISMA, ce transfert de la trithérapie n'ait pas donné lieu à un véritable débat public, en l'occurrence que les désaccords et les dénonciations se soient bien davantage exprimés en coulisse qu'au cours des échanges officiels. Mais j'ajouterai tout de suite qu'au moins sur la forme, l'initiative française eut le très grand mérite de faire événement et de susciter la controverse, mieux encore de se situer, quoi qu'on pût penser de ses présomptions, sur un plan politique, c'est-à-dire de poser en d'autres termes que scientifiques ou techniques le problème du sida en Afrique. Car affirmer enfin

qu'il existe un " sida à deux vitesses " et, très précisément, que le plus grand nombre des personnes atteintes sont largement exclues des progrès scientifiques revient à énoncer une vérité toute politique, que la mondialisation, dont on parle tant, vaut pour certains domaines et pas pour d'autres. La chose du reste ne date pas d'aujourd'hui, c'est-à-dire des espoirs nés de la trithérapie. Elle a commencé voici déjà pas mal de temps, dès qu'un médicament comme l'AZT fut considéré lui aussi comme non-transférable massivement en Afrique, mais dont il faut bien admettre qu'il peut désormais, à lui seul, réduire sensiblement la transmission du VIH en Afrique, c'est-à-dire celle de la mère à l'enfant. Et que dire de ce qui adviendra demain, quand de nouvelles molécules produites au Nord, plus performantes que les antirétroviraux actuels, mais aussi bien plus chères, poseront à nouveau le problème de leur possible ou, plutôt, de leur impossible transfert. A force d'arguments prétendument réalistes relatifs aux spécificités du contexte africain, ne cesse-t-on pas de creuser un peu plus le fossé entre les " deux sida ", c'est-à-dire de créer une situation où, *in fine*, seule l'action humanitaire prévaudra pour tenter de juguler les dégâts du sida.

Autrement dit, même si je crois mesurer assez bien la part de présomption des autorités françaises (et qu'il faut je crois inscrire au titre des relations franco-africaines éminemment critiquables par leur opacité, par leur ambiguïté, voire par leurs méfaits, mais qui, par leur longue histoire place toujours la France en position d'avocate de l'Afrique vis à vis des instances internationales), je me range volontiers du côté de leurs propositions, à tout le moins du côté de la réaffirmation des grands principes. La question du sida, comme tant d'autres, ne saurait supporter à mon sens un relativisme de mauvais aloi, mais exige au contraire, ne serait-ce que parce qu'il a, de fait, une dimension planétaire, un parti pris résolument universaliste. Que le transfert de la trithérapie, même subventionné, entraînera de nombreuses et nouvelles difficultés, ne fait aucun doute. On imagine assez bien, par exemple, les problèmes que posera le suivi des personnes atteintes ou, plus aigus encore, ceux qui naîtront des inégalités créées entre bénéficiaires et non-bénéficiaires. Mais outre que la bithérapie, par une légère " dose " de réalisme, peut certainement en diminuer le coût économique et social ou encore qu'il faille peut-être prioritairement introduire massivement de l'AZT en direction des femmes enceintes ou allaitantes contaminées, l'essentiel n'est-il pas d'affronter le sida en Afrique avec tous les moyens disponibles. Pour tout dire, ce qui me paraît se jouer autour dudit transfert, quelles qu'en soient les modalités ou les priorités, et qui s'est esquissé à Abidjan, c'est une politisation du sida, à savoir une façon d'en appeler à une nécessaire mobilisation publique. On peut sans doute s'interroger sur le fait que cette politisation soit venue en quelque sorte d'en haut, c'est-à-dire des plus hautes sphères de l'État français, et non de ceux qui s'en déclarent peu ou prou les spécialistes (encore qu'une opportune manifestation d'associations de personnes vivant avec le VIH, venant interrompre la communication du Pr. Kadio, président de la Conférence, pour exiger d'être un peu mieux considérées, ait apporté, pour la première fois au cours d'une CISMA, un supplément de politisation d'en bas). En tout état de cause, l'on doit gager que cette politisation ou que cette mobilisation concernera non point uniquement la communauté internationale mais également les États africains. C'est aussi peut-être cela l'intérêt de transférer les avancées scientifiques sur le sida en Afrique, en l'occurrence celui de les amener à s'approprier l'épidémie en en parlant d'autant plus publiquement qu'ils pourront disposer d'une plus large gamme de moyens pour la prendre en charge.





## AIDS PREVENTION AND CONTROL IN KENYA : ACTIVITIES OF THE NATIONAL BODIES AND OTHER GAP-BRIDGING INITIATIVES

Carolyn WANJA NJUE

In Kenya, AIDS was first recognized in 1984. The number of new AIDS cases reported in one year has been on average 12,000 since 1990. However, due to under-reporting, missed diagnosis and delays in reporting, these figures are not accurate. The epidemic is more advanced in Nyanza, Western and parts of Rift Valley provinces where HIV prevalence rates among pregnant women are 15% to 30%. Sexual contact accounts for up to 90% of AIDS cases in Kenya and heterosexual contact is the main mode of transmission. Mother to child transmission together with exposure to infected blood accounts for about 10-20% of AIDS cases in Kenya<sup>1</sup>.

HIV prevalence in adults increased from less than 1% in 1984, to 3% in 1990, 5% in 1992, and about 7% in 1995. By June, 1997, there were over 75,000 reported cases, and over 200,000 estimated actual cases with 100,000 deaths leaving behind many infected and uninfected orphans. The number of persons in Kenya infected with HIV/AIDS is currently estimated to be 1.2 million and is expected to reach 1.7 million in the next four years; according to the National AIDS Control Programme Statistics (1997). Although remarkable efforts have been made in Kenya to control the spread of HIV and to reduce the impact of AIDS on individuals, families, communities and the nation as a whole, the epidemic remains powerful and dynamic, evolving with changing and unpredictable patterns in different communities<sup>2</sup>.

### HIV/AIDS prevention and control activities

#### *Activities of the National bodies*

A multitude of organized prevention and control efforts have been planned and implemented at the national, district and local community level in Kenya ever since the HIV/AIDS epidemic became evident. These efforts and the development of an infrastructure for HIV/AIDS prevention and control (HAPAC), has only to a limited extent been effective at the local community level in terms of changing attitudes and behavioral modes of members of the general population. A gap can now be documented between the national structure for HAPAC, and the real problems, facing the most vulnerable groups of the population. An improvement is needed in the current situation

<sup>1</sup> *AIDS in Kenya, Background projections and impact interventions*. National AIDS and STDs Control Programme. Ministry of Health. 1996.

<sup>2</sup> *Sessional Paper No. 4 of 1997 on AIDS in Kenya*. Government Printer. Nairobi. 1997.



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33 372 Ex :

of the local community's own initiatives and efforts, to address the existing gaps in AIDS programme implementation in Kenya.

In order to overcome the AIDS challenge, the government of Kenya has taken urgent steps to reduce the rate of spread of the AIDS virus. The Ministry of Health established the National AIDS Committee in 1985 to advise the Government on all matters related to the prevention and control of AIDS. The role of the donor agencies focuses on supporting the World Health Organisation (WHO), and through it supporting the development of national programs especially with funds, medical facilities and expertise. In this case, the WHO was invited to provide technical assistance and mobilize funds from donors and international organizations and the AIDS Programme Secretariat (APS) was established in the Office of the Director of Medical Services to co-ordinate programme activities.

This culminated in the establishment of Kenya National AIDS Control Programme in April, 1987. This was created as a government institution under the auspices of the Ministry of Health. It assumed a role of national super-structure for a number of vital elements in prevention and control. It was established to contain the situation through a series of activities, aimed at halting the spread of HIV and mitigating the impact of AIDS. NACP set up the AIDS programme secretariat, with several sub-committees addressing various components of AIDS control namely: Information, Education and Communication (IEC) sub-committee; Scientific Steering sub-committee; Laboratory & Blood Safety sub-committee; Epidemiology sub-committee and Clinical & Patient Care sub-committee. Its areas of concern include public awareness campaigns, co-ordination of HIV prevention and AIDS care activities and implementation programs, capacity building, promotion of broad-based political and social mobilization and advocacy for greater political commitment in allocating adequate resources.

This was then followed by the development of a five year strategic plan, Medium Term Plan (MTP) (1987-91). This plan focused on developing a national public awareness campaign on AIDS, published guidelines on testing and counselling, blood safety, clinical management of AIDS, opportunistic infections and capacity building for management of AIDS control programme at national level. The main strategies pursued were the prevention of sexual transmission, prevention of transmission through blood, prevention of mother to child transmission and disease surveillance.

A Second Medium Term Plan (1992-96) was developed following external review of the first one, to pursue the same strategies but in addition emphasized the need to involve all sectors in HIV prevention in order to mobilize broader National response against the epidemic. IEC activities carried out during the first MTP revealed that about 80% of people in Kenya knew something about AIDS and therefore concentrated on controlling the sexual transmission of HIV. The new plan also emphasized the need to provide care and social support to people infected with HIV, their families and community; the need to reduce the social and economic consequences of HIV/AIDS and the strengthening of national and district capacity to respond to the epidemic.

The major challenges facing the second MTP were identified to include the need to promote changes in sexual behavior to reduce the spread of HIV, mitigation of socio-economic impact of AIDS as a consequence to a large number of Kenyans dying from AIDS, and financial resources to

support proposed activities. Recognition that STDs facilitated the spread of HIV led to integration of STD control into AIDS Control thus establishing the National STDs and AIDS Control programme (NASCOP) in 1992. NASCOP is a division within the department of prevention and promotion of health services in the Ministry of Health, dealing with STI, epidemiology and research, IEC, financial administration and clinical services. To achieve all this the government needed to mobilize resources and it has received considerable support from multilateral and bilateral donors in the financing of STDs/AIDS control activities, although this support is rapidly declining.

Because of the severe impact of AIDS on the economy, the government in 1993, during the mid-term review of Population III and IV credits, requested IDA (International Development Association) that US \$15 million be reprogrammed from civil works to STD drug procurement and IEC activities on AIDS/STDs. In August, 1993, IDA jointly with ODA (Overseas Development Agency), led a mission to review the AIDS situation in Kenya and to work with the Government on developing a national response to the epidemic. An STI project was undertaken in June, 1994. AIDS was now recognized as a development issue and a whole chapter in the Seventh National Development Plan and the Fifth District Development Plans was devoted to it.

The STI project involved strengthening of institutional capacity at the national and district levels to design, implement, monitor and evaluate interventions ; promotion of preventive measures to reduce the risks of spread of STIs ; to enhance both health sector and community provision of physical and psychological care and develop strategies to mitigate socio-economic consequences of AIDS. The implementing agencies were the Ministry of Health, NGOs, CBOs, while the beneficiaries were men and women at risk of STI in their reproductive age groups and their dependents (approx. 5 million people) through a program of targeted interventions.

The need for a multi-sectoral strategy had been foreseen at the inception of the NACP in 1987. However, appropriate framework for full realization of this strategy has been lacking. Lengthy and complicated bureaucratic procedures at the Ministry of Health headquarters inhibit the smooth flow of funds for initiatives at the provincial and district levels. Effective district inter-sectoral AIDS committees are few and where they exist lack capacity to implement an effective HIV prevention programme. NASCOP cannot receive donor funds directly and has to rely on the slow disbursement of funds through the Ministry of Health. For example, under the STI project, NASCOP has a provincial, a district liaison officer and NGO liaison officer WHO liaise with the PMO's and District Ministry of health's offices. The role of these offices is mainly co-ordination, supervision, mobilization, management and distribution of resources, interpretation of policies, monitoring and evaluation, training and to ensure standards are kept in the province/district.

According to the Sessional Paper No. 4 of 1997, the establishment of a National AIDS council, based in the Ministry of Health is vital to enable the Government to overcome most of these constraints. The creation of the National AIDS Council (NAC), expedited HIV prevention and controlled activities through formulation of appropriate policies ; and establishment of appropriate institutional framework for a multi-sectoral AIDS control programme ; strengthening of institutional capacity at all levels ; leadership in resource mobilization for AIDS control including care of people affected and co-ordination of all actors which include Government departments, NGOs, CBOs, Religious organizations, private sector, and donors among others. NAC operates within a reasonable degree of autonomy, receives and accounts for funds from the

Government, private sector, and international donor agencies. The Chairman is appointed by the President of the Republic of Kenya, and the Council served by a full time secretariat headed by a Director (who is a medical doctor with postgraduate training), and assisted by two deputy Directors. The Secretariat carries out the day to day activities of NAC, provides administrative support, and liaisons with other agencies and organizations.

Among the most notable achievements of the national bodies since HIV was recognized are : infrastructure for screening of blood for HIV has been established in most district, provincial, mission and private hospitals. This includes supply of HIV testing reagents, maintenance of HIV screening machines, training of laboratory personnel and education of blood donors. This has ensured that 98% of blood for transfusion is screened for HIV in Kenya. They carry out national surveys ; for instance, in 1993 it revealed that 90% of women and men (15-49) years, were aware of sexual transmission of AIDS irrespective of urban-rural residence, level of education or provinces of residence. However, misconceptions about the modes of transmission of HIV was very high (50%).

The National AIDS programme have been instrumental in advocacy on critical issues pertaining to law, ethics, culture, vulnerability of women, and youth among others. The programs have developed partnerships with NGOs, Community Based Organizations (CBOs) and international agencies working in the area of AIDS, human rights and development. It has established surveillance systems for monitoring the trend of HIV/AIDS cases. The HIV/AIDS case sentinel surveillance programme and epidemiological database on AIDS are reliable for the whole country. District Capacity to implement HIV prevention has been realized through the establishment of District Inter-sectoral AIDS coordinating Committees which bring together representatives of Government departments, NGOs and CBOs. The Ministry of Health has since 1995 decentralized AIDS activities to the districts by issuing authority to incur expenditure to District Medical Officers for AIDS control. These activities include IEC programme, training of traditional birth attendants (TBAs), traditional practitioners and health care staff at health centres and dispensaries. It recently began focusing on an integrated community response, initiatives related to the development of national structures for appropriate home-based care systems.

Looking at examples from Kisumu, it is easy to see government involvement in the area through several district initiatives. The District AIDS Planning Committee (DAPC), has brought together various agencies in 'AIDS control efforts' within the district. Over 50 organizations and individuals are involved in seven commissions that cover the following aspects: education, counselling, care, ethics, research, condoms distribution, and traditional healers. Under this, there is also the District Information Education and Communication (DIEC) sub-committee in which NGOs and several governmental ministries meet monthly. The forum is used to share experiences and to monitor AIDS/STDs activities within the district. It has a co-ordination committee which facilitates the 'zoning' of operation areas within the district to avoid the problem of duplication and has a directory to help utilize skills within the district effectively.

Secondly, the District AIDS Surveillance Control (DASCO), is the district branch of the National AIDS Control Programme (NACP), and promotes the involvement not only of the mass media, but also of interpersonal means of communication – such as women's movements, religious organizations and social support groups – in educating the public about AIDS. It also provides an opportunity to look beyond the narrow confines of the fragmented health system and is an

attempt to develop a comprehensive approach to dealing with the HIV epidemic in a manner that encourages "grassroots" ownership and builds on the collective expertise within the District.

DASCO concentrates more on epidemiological surveillance, providing hospitals with equipment for blood screening, and health education and training of home-based care counsellors, and provision of home kits. Although not many activities are carried out at this level. It also exercises a supervisory role over the AIDS-related activities of other governmental and non-governmental organizations. It gives update/feedback on the status of HIV/AIDS epidemic and organizations have to liaise with DASCO. Unfortunately, external assistance for AIDS control and prevention is dwindling, and local organizations have to come up with ways to generate income to support their groups. Apart from the committee, DASCO has a clinical officer and a nurse in the STD clinic, a nurse in Maternal and Child Health clinic (MCH/FP) and a laboratory technologist. These are the people who choose the 1000 cases of Antenatal clinic (ANC) and STD clients under a study done at the Nyanza Provincial General Hospital.

Another district initiative, is the HIV/AIDS Prevention and Control (HAPAC), a project within NASCOP, managed by the Futures Group International U.K. Its goal is to decrease the risk of HIV transmission in the project areas on a sustainable basis by improving access to high quality, cost effective STI services. It also provides a forum for the stakeholders (NGOs, CBOs, private sector organizations or PSOs and religious organizations) at the district level to express their needs and concerns about STI/HIV/AIDS issues within their communities. HAPAC implementation mechanism includes organizations with an already established track record or already undertaking donor, funded grassroots projects and a few other organizations with weaker institutional capacity. to analyze existing interventions and to determine activities which represent priorities for the district within Nyanza province. This strategy guides and unifies the implementation activities designed to achieve the projects output : to increase capacity within the Government to manage all HIV/AIDS services and donor projects, to increase and improve NGO and private sector provision of STI services, to provide safer sexual and treatment seeking behavior promoted and re-enforced among selected target group, and to provide effective and efficient services, aimed at supporting and assisting people living with HIV/AIDS.

Fourth, is the Home-Based Care Unit (HBC) under the Ministry of Health which evolved as an effective strategy for involving and empowering the family and community to care for and cope with persons having AIDS and HIV infection. It is also a response to the problem of how to manage the increasing number of patients and maintain routine hospital services at the same time. The family is said to provide the greatest strength and support and many patients prefer to die at home. There are community health workers (CHWs) from different organizations and hospitals who go to visit the patients at homes and also educate the family members on how to accept the patients and take care of them at home.

Organizationally, the programme is run by a multi-disciplinary home care team made up of personnel from the medical, nursing, education, counselling, pastoral care and the AIDS prevention and control units of the hospitals. The home care support network is in charge of assessing the needs of seriously ill and dying patients in their homes and providing for their needs where possible ; assessing educational impact both in the hospital and between successive visits to the home ; and contact tracing (although there is a problem of coverage of all patients).

And as part of efforts to control the HIV epidemic in Kisumu, the Ministry of Health has also created AIDS training and information centres in conjunction with other NGOs. These centres have trained many volunteer AIDS educators and lay counsellors. School education programs have been launched ; for example drama is being used to educate the youth in schools and out-of-schools. Promotion through pictures, posters such as "Stop AIDS" "Do not be fooled- AIDS is not witch craft," "Be faithful to your partner," and other AIDS-related signboards in Kiswahili, English and dholuo, the local language, can be seen everywhere to supplement advertisements in the radio, newspapers and television.

The Ministry of Health offers MCH/FP services to members in all clinics. This includes routine examinations, tests, diagnosis, treatment, management of factors which pose a risk to women clients, conduct blood tests, serological tests, annual pap-smear tests for a nominal fee and free provision of contraceptives to acceptors. The integration of HIV/AIDS campaign into Primary Health Care has proved to be an effective way to target women. Lastly, the Social Welfare Department, the district office of the Ministry of Social Services is also very involved in child survival and development. It supervises and admits a small number of children to their orphanages and refers the others to other volunteer homes. This is done through the District Children's Advisory Committee (DCAC). Workshops continuously held have brought together government bodies, NGOs, private sector, donor and beneficiary representations of STI/AIDS management, Home-Based Care and Information, Education and Communication (IEC) projects. Trained workers are able to provide technical and management skills necessary for management of a comprehensive AIDS and STDs programme ; to do rapid appraisal participatory researches to enable them to undertake a situation analysis of STI/IEC in their districts and to co-ordinate these activities at district level.

However, major constraints exist in AIDS control including the slow pace of change of sexual behavior, resource limitations, poverty, harsh effects of structural adjustment programs on vulnerable groups, rapid increase in the number of people developing AIDS and needing medical care and social support, officials lack of credibility, and a lack of a clear policy framework to guide implementing agencies.

### **Role of NGOs and CBOS**

Kenya is still heavily dependent on the contributions of NGOs to its health sector. Currently, most of these NGOs are involved in HIV prevention and care activities. There is a consortium of NGOs working in HIV prevention and care. The Kenya AIDS NGOs consortium (KANCO) was established in 1990 with the goal of strengthening the HIV/AIDS prevention and care initiatives of its members. Some, but not all NGOs are affiliated with KANCO, the AIDS umbrella organization which aims at coordinating, networking, improving collaboration, and facilitating the work of the individual groups ; for instance, in avoiding duplication of efforts.

KANCO is made up of a group of NGOs, religious organizations, government agencies and individuals working in AIDS related activities and has more than 300 active members. Many of these groups are involved in direct activities, others are involved indirectly. In addition, there are other organizations and loosely structured associations not registered with KANCO, but have projects running at the regional, district or local community level. The Government and external

donors closely control the activities of these organizations, in order to mobilize and strengthen their capability for active involvement.

The NGOs are very visible in the delivery of health care in Kenya. At district or community level, Community-based organizations (CBOs) are commonly found, and these projects are usually funded by the local or international NGOs and could be said to be championing this HAPAC effort. These Non-governmental, CBOs are very active and contribute greatly in the delivery of basic and appropriate services to the general population, targeting the vulnerable groups especially in relation to HIV/AIDS. Some of them work as an extension of already on-going health related work, and are often integrated into family planning programs to assist the marginalized and the underprivileged populations in Kenya. However, other CBOs have been formed in direct response to the HIV/AIDS epidemic to serve the local communities. These CBOs are firmly rooted in the local community and are closest to the people. They have developed sustainable, culturally and socially appropriate strategies for small-scale interventions, which try to involve the vulnerable members of the community. In Kisumu such involvement was targeted at women with no formal education, or means of supporting themselves, unemployed youth and marginalized population groups (e.g. street children, orphans and teenage mothers among others), as members of these groups were categorized as potentially at risk in relation to HIV/AIDS.

A wide range of inter-personal communication approaches including drama, puppetry, songs and poems have been used by these CBOs to achieve a high level of HIV/AIDS awareness and peer education through locally acceptable channels of communication. This has been achieved through mobilizing community groups in churches, social welfare association, chiefs barazas and institutions of learning. Their staff are particularly better placed and have a potential to deal with sensitive issues of HIV/AIDS prevention and control. However, despite the good work being done by these organizations, majority of their activities lack long term planning and clear objectives, are sometimes, developed in isolation and lacking in monitoring and evaluation criteria. While some of them deliver high quality services when and where they are needed, others, particularly the newly emerging CBOs suffer from administrative, lack of infrastructure, technical skills and experience to sustain their efforts independently. This hampers potential donors from offering assistance; especially in regard to accountability and sustainability.

There are also no major variations in most of their community activities. Most of these CBOs seem to carry out similar activities. They mainly concentrate their activities around IEC, support services, training, clinical services and condom distribution. From study findings, research, surveillance, logistic support and data collection were said to be a major constraint for most organizations. They were non-existent in some or ranked last in their activities listing. In addition, the organizations lack in-built monitoring and evaluation mechanisms. Nevertheless, NGOs/CBOs have a better placed staff and a potential to deal with sensitive issues of HAPAC activities, as their range of experience and skills is wide. Conclusively, the NGO/CBOs key priority areas, visions and planned activities include IEC, networking, capacity building, logistical support, sustainability, monitoring and evaluation, care, support and data collection, to deal with the HIV epidemic in Kenya more effectively.

## Role of Community Initiatives

Other important small grassroots groups with significant contribution to the national struggle against HIV/AIDS are the formal and informal women groups/associations. In Kenya there are a substantial number of NGOs, CBOs, a few advocacy and civic bodies, and many loosely structured women's associations ; all active at the local level. These groups have greatly contributed in AIDS fight through mobilizing community support for, and involving themselves in HAPAC initiatives such as IEC, social support, counselling, gender relations etc. For instance, women have joined together in groups, to be able to communicate with each other, to support each other in daily life and to contribute to community development at village level ; under the spirit of *harambee*. All these associations are highly committed to their goals and have started income generating activities, revolving funds, they contribute in health education, IEC campaigns, caring of orphans, caring for persons with HIV/AIDS, and vocational skills.

Many of these women associations act on their own initiatives. Others have joined together to receive support from the government, NGOs or are on volunteer basis and are non-profit making. Many NGOs/CBOs have already realized their hidden potential and are giving them funds, basic training in peer education, home based care, supportive activities, and to some, counseling skills. However these women groups experience constraints such as limitations of continuous financial support, cultural and technical skills (e.g. training, supervision, capacity building) which prevents them from realizing their full potential in HAPAC programs.

From their income generating activities, credit facilities or revolving funds, these groups can only manage small initiatives such as assisting affected families with basic necessities like clothing, food, shelter, soap, blankets and in some cases, fees for the orphans. Some of these groups are engaged in activities concerning education of adolescents and youth within and outside of school, training of skills for income generation, orphaned children, caring, giving social support and providing informal education to orphaned children and PLWAs. Other organizations deal with rehabilitation programs of children from commercial sexual exploitation, teenage mothers and girls, street children, and provide them with income generating activities (e.g. selling vegetables, jua kali goods, collecting garbage and scrap metal) and offer vocational training skills such as tailoring, handicrafts and carpentry, among others ; with the aim to make them economically independent, thereby reducing their risks of being HIV infected, and if already infected, to avoid further re-infection and spreading of the virus.

Although these grassroots level initiatives generally have limited coverage and are encumbered with numerous limitations, they to some extent, have an effect in the prevention of further spread of HIV. If these are promoted, mobilized and sustainability of projects ensured, they can act as a missing link between local community and the government initiatives in HAPAC activities, which the primary health care sector and NGOs alone can not effectively do. We can understand better the importance of these grassroots initiatives and their diffusion effect, by looking briefly at an example of a community initiative, whose members joined together to support each other and fight against AIDS. Women fighting AIDS in Kenya (WOFAK), began as a small-scale initiative and now has similar associations in different parts of the country.



In August 1993, this group of women who were HIV+ came together informally to give support to one another. They all had common psycho-social problems due to their HIV status. At this time HIV was a highly stigmatized social problem and no one talked openly about it. These women had come to know one another through participation in KEMRI research projects and through being members of the Kenya AIDS Society (KAS). It was soon realized that there was a need for a more formal organization which could reach further to other women who were experiencing the same problems and could not be reached by this informal group nor by support groups that targeted mixed populations.

They realized that women were more vulnerable than men and that they needed a different and special approach because of the different socio-cultural and biological factors that make women more vulnerable to HIV infection. The Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK) organization was therefore borne. The view of WOFAK at this time was that it would provide a platform where women could address issues of women's vulnerability to HIV/AIDS and for those who were HIV+ or affected, to be able to find psycho-social support within support groups. Since then, WOFAK has evolved into a dynamic organization registered under the NGO Coordination Bureau and mandated to operate fully as a women's support organization. It has branches in all the most affected districts especially in Nairobi, Nyanza and Mombasa.

In view of the spirit of utilizing the experiences of HIV+ women who are living positively with the virus, some of the counsellors are themselves HIV+. This not only gives them an economic base from which to earn a living, but also to gain support themselves by knowing that they can help someone else who is experiencing the same problems as themselves. Clients get counselling from trained and experienced counsellors who can empathize with the situation that the clients faces. They are trained and have had experience in the field of counselling of PWHIV/AIDS.

For instance, when WOFAK first went to Homa-Bay in Nyanza province, people with HIV/AIDS\* were being abandoned by their families. The programme started by first training 35 community leaders (all women) in HIV/AIDS education. The trained women, then went out and educated other people within their locations in churches, schools, and during social and political functions. By late 1996, the women had sensitized their communities enough that WOFAK went a step further to train them in home-based care. They trained them on care of HIV/AIDS patients, including basic counselling, nutrition, basic nursing care (especially for opportunistic infections), counselling for the dying and skills to train community members in home care. This was greatly in need as the hospitals had limited in-patient facilities and as a result the patients were discharged within a few days of diagnosis or admission. When they were discharged, there was no plan to care for their needs - either physically or psychologically. Through the multiplier effect, these women have now trained more women, and more people with HIV/AIDS are now being accepted and cared for.

WOFAK continues to reach out to other women, families, schools, the general population, health workers, private sectors in Kenya as a whole. Their outreach efforts have since expanded to include training on income generating activities, pre, post and continuous counselling, home-based care, supporting affected/infected people, training implementers, primary health care, ethics, laws and human rights, advocacy, networking, AIDS in the work place and IEC. Their overall goal is to educate the public at large on matters relating to HIV/AIDS, and to encourage the already affected persons to live positively with the disease.

However, they encounter numerous constraints which they continue to fight even today such as negative cultural beliefs and practices, inability of patients to access drugs for opportunistic infections, lack of support or role modelling from opinion or political leader, stigmatization of people with AIDS and traditional and religious ways of treating the sick people ; delaying or denying them the opportunity to seek proper medical services.

With the support of Norwegian Church Aid, WOFAK has continued to work with the communities in various districts. Other CBOS/NGOS/PSOs and NASCOP provide counselling services, referral testing, distribution of IEC materials and supply of condoms. WOFAK has opened several offices to better serve the communities. Because of their efforts to change community attitudes and to improve the health of HIV/AIDS patients through HBC, the situation of people with HIV/AIDS in their programme areas is no longer so dire.

From this example, we agree that because women are responsible for most of the care for HIV/AIDS patients at home or institutions, they are a good target group for such an initiative, being in close contact all the time. The demand for care in these communities means that the project was of interest to and eventually owned by the communities, and therefore likely to be sustainable.

## **Conclusion**

From the above example, we can see the potential role of community initiatives in health related and community support activities. However, not all cases, have been as effective as the above example, there are still gaps existing between the national programs and the reality at the grassroots level in most local communities. The CBOS efforts are sometimes not well implemented and to some degree still fail to reach the local community. For instance, some efforts in Kenya are not sufficiently culture-specific and appropriate to effect a behavioral change.

Perhaps most important is that there is minimal evidence that agencies – whether governmental or NGO/CBOS – make serious effort to evaluate the services and programs they offer. Most appear to be stuck in the rut, and either ignore the fact that they are getting nowhere or assume that clientele turnover or even increases in numbers are indicative of success. On the other hand, the government agencies are authoritarian in approach, have become disinterested and apathetic and most of the time they ignore the grassroots woman's problems. Whatever input, effort or contribution they could make towards solving their own problem is either lost altogether or else is severely under-exploited.

For these organizations to realize their potential and to be more successful in their activities, they need to have key priority areas which they can target and realize their fulfillment rather than taking a big loadful of activities out of which most are not actually realized. Organizations need to network and not compete or duplicate efforts. Under these priority activity themes (IEC, support services, clinical services, surveillance, data collection, research, logistics, training, and distribution of condoms), each organization should only deal with what they know they can manage to sustain and bring forth a positive output in HIV/AIDS prevention and control of the target areas.

However, CBOs that include women, men and the youth, act as a good point in bridging this gap. With a positive attitude and recognition by the government of their many contributions ; these initiatives could act as potentially powerful groups in the local community. If the national government and international organizations could delegate more problem solving approaches to these local community organizations, who are willing to take action to alleviate the huge burdens put on themselves by the HIV/AIDS epidemic, could prove to be very rewarding, as these groups are dedicated to community oriented development work<sup>1</sup>.

At the same time, these organizations should recognize the call for empowerment of women in the context of the general situation prevailing in the area. While the case for women empowerment will be argued on its own merit, it is also true that the increasing inability of government to finance welfare programs gives added impetus to the search for (as well as the stated willingness to accept) alternative solutions. Activities such as income generating, revolving loans, cost-sharing should be encouraged at this point for these community initiatives to remain sustainable.

Generally, most of these official and non-official bodies are doing a remarkable job in HAPAC activities. However, those dealing with community-based health care (CBHC), in collaboration with health care sector should help initiate and widen the scope of the grassroots programs. For instance, Bamako Initiatives on essential drugs, care and treatment in AIDS control, is an area that should now be emphasized by these organizations. Adequate and maintained drugs and supplies on a community based initiating system will among others, curb STI and eventually the AIDS epidemic. This is because Bamako Initiatives are mutually beneficial initiatives through cost sharing, is a way to increase the community's resources at a low cost and ensures continuity for sustainability of the activities.

Finally, for all the NGOs, CBOs and community initiatives to meet the challenges and grasp the opportunities for constructive intervention and social support, this will require the involvement of everyone in the communities, from elders, parents, men, youth, women, health care professionals, affected/infected persons and leaders among others. In addition, organized efforts by government, national and international organizations are needed to strengthen the capacity and capability of these groups.

---

<sup>1</sup> Krantz G. & F. Staugard, " Identifying the Missing Links in HIV/AIDS Prevention and Control ", in C. Cabrera, D. Pitt and F. Staugard (eds.), *AIDS and the Grassroots : Problems, Challenges and Opportunities*, Nairobi, 1996.



## DES ONG ET DES ASSOCIATIONS : CONCURRENCES ET DÉPENDANCES SUR UN " MARCHÉ DU SIDA " ÉMERGENT (cas ivoirien et sénégalais) \*

Karine DELAUNAY avec la collaboration de A. Didier BLIBOLO et Katy CISSÉ-WONE

Les organisations non gouvernementales (toutes formes juridiques confondues) sont aujourd'hui massivement engagées dans les actions entreprises face à la pandémie de sida : en Côte-d'Ivoire, au milieu des années quatre-vingt-dix, une soixantaine d'entre elles étaient dénombrées comme ayant quelque activité en la matière ; au Sénégal, elles sont environ 150. La présence de ces organisations s'impose désormais avec évidence, celles-ci étant reconnues comme ayant plein droit de cité au sein des dispositifs de lutte contre le sida. Cependant, une telle implication des acteurs non gouvernementaux, loin d'être univoque, ne va pas nécessairement de soi ; du moins est-il délicat de se contenter de ce seul constat en ignorant les processus qu'il recouvre.

Aussi, plutôt que de proposer une typologie des organisations en présence, voudrions-nous tenter d'avancer quelques hypothèses quant aux dynamiques repérables dans les cas ivoirien et sénégalais<sup>1</sup>. L'axe d'analyse concernera plus particulièrement les tensions et mouvements sociaux dont les ONG et associations s'occupant du sida sont l'expression, notamment au travers des légitimités revendiquées et des légitimations en œuvre dans leurs rapports aux organes institutionnels de régulation. Cette question est d'autant plus importante que le problème du sida ouvre la voie à l'intervention d'une multiplicité d'acteurs dont les actions débordent largement le registre médical et mettent en évidence la construction de réseaux à l'interface du local et de l'international. De plus, les situations ivoirienne et sénégalaise offrent d'incontestables contrastes quant à la place acquise par les mouvements associatifs antérieurement au développement de la pandémie, soulignant l'importance des contextes dans les dynamiques participant à la mobilisation des différents acteurs sociaux. Enfin, la distinction terminologique entre ONG et associations se trouve affirmée dans l'organisation de la lutte contre le sida, et ce sans nécessairement correspondre aux distinctions juridiques en vigueur dans les pays concernés.

\* Texte paru dans J.-P. Deler et al. (dir.), *ONG et développement. Société, économie, politique*, 1998, Paris, Karthala, pp.115-141

<sup>1</sup> Hypothèses issues d'un travail (en cours) conduit dans le cadre d'un programme de recherche intitulé « Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports Etat - société civile en Afrique (Abidjan, Brazzaville, Dakar) », coordonné par M. É. Grégnais (ORSTOM) et financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS).



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

## L'émergence d'un " marché du sida "

L'impuissance durable de la bio-médecine face à l'éradication d'une maladie infectieuse transmissible, voilà qui, incontestablement, constitue un fait marquant à la fin XX<sup>e</sup> siècle. Ses conséquences concernent, en premier lieu, l'approche développée face à la pandémie : en l'absence de traitements curatifs, les actions sanitaires entreprises ont mis l'accent sur la prévention de la transmission sanguine et sexuelle du VIH, en particulier par la sensibilisation des populations en vue de promouvoir des changements de comportements individuels. Cet aspect est particulièrement prégnant en Afrique où l'accès aux médicaments de base est souvent lui-même problématique et où, en tout état de cause, le sida est loin d'être en voie de devenir une maladie « presque ordinaire » (Nau, 1997) ; de plus, contrairement à la situation prévalant au Nord, c'est la transmission hétérosexuelle qui, dès les débuts de la pandémie, a été désignée comme le principal mode de propagation du virus. La " sensibilisation " évoquée a ainsi été rapidement appelée à devenir " éducation ", sous la formule de l'IEC (Information, Éducation, Communication) dont la mise en œuvre a été précédée par la conduite des non moins standardisées enquêtes CACP (Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques). Balançant ainsi entre universalisme et culturalisme (*cf.* Dozon, 1997), discours et actions relatifs au sida ont pris une tournure particulièrement normative qui frappe tout autant par son moralisme que par son ethnocentrisme. On comprend de la sorte que la question du sida tende à réactiver l'approche développementaliste dominant les relations Nord-Sud ; elle met d'ailleurs au premier plan le rôle de la coopération internationale et de ses financements (*cf.* Fassin, 1994b), dans des contextes africains fragilisés par les mesures d'ajustement structurel affectant notamment l'organisation du secteur sanitaire et les budgets alloués à la santé publique. Arguant de l'urgence, n'est-ce pas sous la pression et selon les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *via* son Global Programme on AIDS (GPA), qu'ont été créés, dans la seconde moitié des années quatre-vingt, les Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) ? Ces organes institutionnels ont eu pour fonction la programmation et la coordination des actions au niveau des États, constituant, parallèlement, les relais officiellement obligés d'acheminement et de répartition de l'aide internationale consacrée à la lutte contre le sida. Et si de telles structures sont devenues progressivement l'un des éléments de cette « mise en scène du pouvoir politique face au sida » évoquée par F. Éboko (1996, à propos du Cameroun), leur existence n'en a pas moins contribué à enfermer la question du sida dans des considérations d'ordre technique, participant ainsi au processus plus général de neutralisation des débats qui auraient permis de faire de cette question un objet proprement politique (*cf.* Fassin, 1994a). Face à la mondialisation de la pandémie, la boucle est donc bouclée qui fait se rencontrer les idéologies de l'humanitaire et du développement.

Dans le même temps, telle qu'elle vient d'être présentée, l'approche prônée face à la pandémie de sida ne peut qu'affecter le fonctionnement du champ thérapeutique proprement dit. Sans être spécifique au continent, cette dynamique n'en prend pas moins des configurations particulières en Afrique, sachant qu'elle s'inscrit dans des contextes où, comme l'a montré D. Fassin (1992) à partir du cas sénégalais, le champ médical est en cours de structuration et encore instable. Ses incidences sont manifestes dans la pluralité des recours mobilisés par les malades infectés par le VIH (*cf.* Vidal, 1992 et 1997 dans le cas d'Abidjan) : la quête de soins s'articule étroitement à une quête de sens. Se trouvent dès lors réunies les conditions

d'émergence d'un " marché du sida " qui, ayant pris forme au sein du « marché de la santé » tel qu'il a été défini par D. Fassin (1992, pp.339-342) à propos du Sénégal, tend néanmoins à acquérir une certaine autonomie vis-à-vis de ce dernier : d'une part, la création du GPA, comme celle des PNLS, font bien de " la lutte contre le sida " une entité, malgré la " multisectorialité " aujourd'hui affirmée *via* la création d'une nouvelle structure internationale, ONUSIDA (regroupant cinq agences de l'ONU et la Banque Mondiale), dont l'intitulé traduit néanmoins la spécialisation ; d'autre part, les expressions " maladie de la pauvreté " ou " du développement " utilisées pour désigner la pandémie soulignent assez que les réponses strictement médicales sont loin d'être en mesure de s'imposer comme seules légitimes en matière de sida. Enfin, ce marché en émergence fonctionne bien comme un espace de confrontation entre acteurs, dont les PNLS apparaissent comme la pierre angulaire : gérant pour l'essentiel des ressources internationales émanant d'institutions qui sont dès lors en mesure d'orienter nettement la configuration des dispositifs de lutte contre le sida, ils n'en sont pas moins des organes nationaux placés sous la tutelle d'États pour qui la pandémie constitue « incontestablement une épreuve politique » (Dozon et Fassin, 1989, p.34) ; de plus, ils doivent tenir compte du local, là où, précisément, certaines opportunités d'intervention ont été saisies par diverses organisations non gouvernementales.

### **La prévention, nouvel espace d'intervention pour les acteurs non gouvernementaux**

L'existence des PNLS montre l'insuffisance d'une interprétation qui ferait des acteurs non gouvernementaux des intervenants venant occuper un espace laissé vacant par l'État. Néanmoins, les orientations données à ces organes institutionnels ont elles-mêmes participé à diversifier les profils des acteurs pouvant prétendre à quelque compétence d'intervention face à la pandémie, contribuant ainsi à l'émergence d'un " marché du sida ". En effet, conformément à la conception de la situation africaine prévalant au niveau international, les Programmes nationaux, créés en 1986 au Sénégal et en 1987 en Côte-d'Ivoire, se sont vus attribuer comme principale fonction la coordination des activités de prévention ; or, dans le même temps, ces organes techniques se caractérisaient non seulement par leur centralisation, mais aussi par la médicalisation de leur approche. Il est dès lors permis de penser que les PNLS, agissant en dépositaires du pouvoir médical (à défaut de disposer d'une marge de manœuvre proprement politique), n'en ont que davantage favorisé la manifestation d'acteurs dont l'extériorité institutionnelle se doublait d'une extériorité des " pouvoirs de faire " en matière de compétences médicales.

De fait, l'approche développée par les PNLS conduisait à positionner les acteurs non gouvernementaux en " relais " pour la diffusion des messages de prévention, « relais » dont la légitimité reposait sur la " proximité " dont ils pouvaient se prévaloir vis-à-vis des populations visées par lesdits messages. Dès lors, la conduite d'activités d'IEC en matière de sida a pu prendre appui sur un savoir-faire antérieurement acquis, que ce soit en matière d'éducation ou que ce soit, plus largement, dans le domaine de l'encadrement des " réponses communautaires " à divers problèmes environnementaux, économiques ou sociaux ; elle pouvait concurremment valoriser une assise locale spécifique, qu'il s'agisse de l'implantation dans certains quartiers urbains, villes secondaires ou régions particulières ou de l'insertion privilégiée dans certains groupes sociaux. Significativement, les premiers acteurs non

gouvernementaux à se manifester ont été, au Sénégal, une ONG de développement qui, établie de longue date dans ce pays, était connue pour la mise en œuvre de divers projets ayant pour credo la participation populaire<sup>2</sup>, et, en Côte-d'Ivoire, des représentants des Églises protestante et catholique, soit, à eux deux, une singulière mise en acte de cette rencontre entre idéologies développementaliste et humanitaire en temps de sida : actions de développement et œuvres caritatives trouvaient là de nouveaux ordres de légitimation, du fait même des expériences de proximité déjà capitalisées, et ce, particulièrement, avec des populations dont la marginalisation sociale et/ou économique était appréhendée comme un obstacle à une sensibilisation par les canaux institutionnels.

Pour autant, la relation faisant des acteurs non gouvernementaux des " relais " des PNLS n'est pas aussi immédiate que le laisse entendre la complémentarité affichée, ne serait-ce qu'en la replaçant dans la durée. Tout d'abord, bien qu'ils soient apparus d'emblée utiles aux PNLS par les moyens logistiques de communication dont ils disposaient, les premiers acteurs à se manifester sur la scène du sida se sont bien davantage imposés qu'ils n'ont été " identifiés ". Au Sénégal, la première ONG à avoir constitué en son sein une équipe santé/sida a été aussi l'une des toutes premières voix à évoquer publiquement la réalité de la pandémie en un temps où les autorités sanitaires et politiques s'y refusaient. En Côte-d'Ivoire, c'est en constituant un Comité Chrétien de Lutte contre le Sida quelques mois seulement après la création officielle du Comité National (CNLS, organe consultatif associé au PNLS) que les représentants des Églises protestante et catholique se sont imposés comme incontournables ; à tel point que ce Comité Chrétien s'est rapidement vu contraint, sur décision du ministère de la Santé, d'intégrer le CNLS, sous la forme d'un Sous-Comité qui ne subsistera d'ailleurs que quelques années. Le fait que la présidence de ce dernier ait été en même temps retirée au pasteur initiateur du projet (au reste directeur du Centre des médias baptistes) pour être remise à un médecin membre du bureau de la Croix Rouge de Côte-d'Ivoire est significatif : l'IEC se devait de relever, au niveau central, du pouvoir médical à partir duquel le PNLS était en mesure de s'ériger en instance de légitimation ; quant à la reconnaissance de « relais » extérieurs, elle aura prioritairement recours à la médiation d'acteurs constitués en ONG, lesquelles sont appelées à fournir au PNLS un cadre à la " formation de formateurs ".

En fait, c'est essentiellement à compter du début des années quatre-vingt-dix que la « mobilisation sociale » sera officiellement prônée comme stratégique : en témoigne le slogan « Les Communautés s'engagent » donné par l'OMS à la Journée Mondiale du Sida de 1992. Cet appel s'inscrit dans un contexte où différents facteurs interagissent (*cf.* Tarantola, 1996). La progression de la pandémie, qui s'étend très nettement en Afrique de l'Ouest (avec pour épice la Côte-d'Ivoire), met en évidence les limites des premières campagnes de sensibilisation faites au niveau national par les équipes mêmes des PNLS. Les critiques relatives à la trop grande verticalité des Programmes nationaux trouvent ainsi une base objective ; les plans qui sont alors élaborés visent donc à la décentralisation et à la concertation interministérielle dans l'élaboration et la conduite des actions. Quant aux différentes agences de

2 Ici comme dans la suite du texte nous avons choisi de ne pas donner les noms des ONG considérées, ce qui contraint à certaines lourdeurs de style mais permet de ne pas singulariser outre mesure les cas cités en rappelant chaque fois leur option générale : plutôt que d'en faire des agents personnalisés, nous avons voulu insister sur leur positionnement au sein d'un « marché » et leur rôle de médiation vis-à-vis des acteurs sociaux concernés.



coopération, elles tendent à établir leurs propres stratégies et priorités de financements face à une pandémie dont est désormais mis en avant l'impact économique ; or, tandis que les canaux d'acheminement de l'aide se diversifient au détriment du rôle joué jusque là par l'OMS, le volume de cette aide amorce une stagnation qui n'est pas sans lien avec le renforcement de la place de la Banque Mondiale dans la réalisation des Programmes de lutte contre le sida. Cette mise en contexte de l'appel à la " mobilisation sociale " traduit les ambiguïtés qui l'entourent : ne remettant pas en question la priorité donnée à la prévention tout en discutant davantage sa médicalisation, il laisse ouvert le problème des " communautés " en cause ; outre qu'y répondra l'engagement officiel des dirigeants des États africains, notamment sénégalais et ivoirien (lequel n'ira pas sans une mise sous tutelle gouvernementale plus directe du PNLS, dans le dernier cas au moins), il offre incontestablement de nouvelles opportunités de positionnement aux ONG.

### **Stratégies de médiation des ONG à l'interface du local et de l'international**

La décennie quatre-vingt-dix a effectivement été marquée par la multiplication des organisations non gouvernementales recensées comme menant quelque action face au sida par le biais d'interventions ponctuelles ou la constitution de programmes et d'équipes permanents. La dynamique qui s'est ainsi développée a consisté soit en des mutations ou extensions d'objectifs, pour certaines ONG, soit en des créations plus spécifiques, donnant lieu à l'apparition de ce que l'on pourrait appeler des " ONG anti-sida " ; parallèlement, si certaines de ces dernières sont en fait l'émanation des PNLS et/ou de certains de leurs membres ou bien, comme en Côte-d'Ivoire, sont passées par la phase du Comité Local de Lutte contre le Sida pour se former, le mouvement d'ensemble relève d'initiatives venant d'acteurs sociaux très divers, faisant se côtoyer membres de congrégations religieuses, personnels de santé, agents d'encadrement œuvrant à la promotion du développement dit communautaire, jeunes cadres, etc. ; de même, il embrasse différents publics, qu'il s'agisse de la population générale, des " groupes cibles " identifiés par les enquêtes CACP (notamment les jeunes et les femmes) ou de personnes (et familles) infectées (et affectées) par le VIH (cf. typologies proposées par Blibolo, 1996<sup>3</sup> et dans Gruénais, 1996). Pour autant, la dynamique en cause ne peut être appréhendée au travers de ces seules mises en catégories : elles ne permettent pas de rendre compte de la complexité des processus de médiation dont les ONG sont le produit et des stratégies que celles-ci sont en mesure de développer.

Significativement, aussi bien en Côte-d'Ivoire qu'au Sénégal, le début des années quatre-vingt-dix est également marqué par la création de collectifs d'ONG de lutte contre le sida (respectivement le COSCI et AFRICASO<sup>4</sup>). Cette création paraît indissociable de l'insertion effective des ONG dans les dispositifs institutionnels de lutte contre le sida en tant qu'acteurs à part entière : elle a permis, dans l'un et l'autre cas, à des représentants des ONG de faire, comme tels, leur entrée dans les CNLS. Et si cette entrée faisait bien partie des réorientations auxquelles les PNLS devaient œuvrer, l'identité de ceux qui ont pris la tête de tels collectifs montre que la

3 Travail reposant pour l'essentiel sur les éléments collectés pour sa thèse de doctorat (à soutenir).

4 COSCI : Collectif des ONG sur le Sida en Côte-d'Ivoire ; AFRICASO : African Council of AIDS Service Organizations (ou « Conseil des ONG d'action contre le sida »), avec pour antenne sous-régionale WANASO (Western Africa Network) coordonnée par la même ONG, rattaché en tant que bureau régional au réseau international ICASO créé en 1990 avec coordination canadienne.

création de ceux-ci a pris forme autour de mouvements mobilisant des forces et des rapports de forces propres. Au Sénégal, c'est l'ONG de développement pionnière en matière de sida qui a initié la formation de l'antenne ouest africaine d'ICASO ; pour ce faire, elle a pris appui sur la visibilité et la crédibilité acquises depuis son implantation, dans les années soixante-dix : celles-ci reposaient non seulement sur les réseaux qu'elle avait su tisser en milieu urbain et rural, mais aussi sur sa capacité à mobiliser d'autres liens, ceux qu'en tant qu'ONG internationale elle avait pu nouer avec les bailleurs de fonds. Cela étant, son positionnement comme leader du mouvement associatif mobilisé face au sida s'est accompagné de la promotion d'une ONG musulmane locale qui, jusqu'alors relativement disqualifiée par les instances médicales, n'en apparaissait pas moins comme un élément de renforcement d'une assise nationale proprement sénégalaise en œuvrant à la mobilisation des imam : tandis qu'à cette dernière revenait la représentation nationale d'AFRICASO, la première prétendait à sa coordination ouest africaine et continentale. Dans le cas ivoirien, la création du collectif national des ONG de lutte contre le sida s'est, certes, placée dans le prolongement du Sous-Comité déjà intégré au CNLS (notamment en en maintenant le président à l'issue de la première réunion) ; cependant, elle lui a donné une autre configuration : l'initiative en est revenue à une organisation créée dans le milieu des années quatre-vingt, ayant pour but la « promotion du développement humain » et ayant déjà constitué des « Comités » et des « Brigades » à Abidjan, impliquée par ailleurs dans le Collectif des ONG Actives de Côte-d'Ivoire et dans la création d'un réseau d'organisations plus particulièrement lié à la problématique de l'environnement ; quant à la coordination du COSCI, elle est finalement revenue à la présidente d'une autre organisation ivoirienne, apparue plus tardivement, ayant su pour sa part combiner des objectifs d'« éducation sanitaire » et d'encadrement des « communautés urbaines » des quartiers dits précaires tout en préservant une forte connotation catholique dans le recrutement de ses animateurs et en bénéficiant d'une assistance technique ainsi que de financements d'ONG du Nord.

Dès lors, tout se passe comme si, en officialisant, par la création de collectifs, des relations horizontales (entre elles), les ONG avaient été en mesure de capitaliser et de valoriser des relations verticales, lesquelles ne se référaient plus seulement au local (par la notion de “ proximité aux populations ”), mais mettaient en jeu des réseaux internationaux que les PNLs étaient dans l'incapacité de contrôler totalement. Or le développement de tels réseaux trouvait opportunément à s'intégrer aux nouvelles stratégies de financement des bailleurs, qui contribuaient eux-mêmes à la promotion ou à la création d'organisations locales partenaires d'organisations internationales par qui transitaient certains fonds. Du même coup, on touche à l'ambiguïté de la dynamique développée par les ONG autour de la “ mobilisation sociale ” prônée face au sida. D'une part, aussi bien l'ONG coordonnant AFRICASO que celle placée à la tête du COSCI sont en fait nées de projets initiés par des institutions de coopération du Nord, lesquels se sont pérennisés par la création de ces organisations ; et celles-ci, tout en diversifiant leurs liens avec les bailleurs de fonds grâce au savoir-faire initialement acquis et au statut désormais affiché, ont également bénéficié de protections institutionnelles au sein même des États sénégalais et ivoirien, par des collaborations étroites avec certains ministères ou instituts publics. D'autre part, l'insertion des organisations non gouvernementales au sein des dispositifs de lutte contre le sida a davantage été portée par des ONG de développement ou des organisations caritatives qu'elle n'a directement promu des “ ONG anti-sida ”, bien qu'elles aient elles-mêmes bénéficié de ce mouvement d'ensemble pour se constituer.

La création de collectifs nous semble représenter la partie visible, parce que formalisée, de processus plus généraux présidant au fonctionnement des ONG impliquées dans la lutte contre le sida : ceux-ci reposent sur des systèmes de relations formels et informels, non seulement entre organisations, mais aussi entre fondateurs comme entre membres ; s'y articulent quêtes de reconnaissance propres et nécessaires adaptations aux orientations globales impulsées par les institutions nationales et internationales, lesquelles ne parlent pas nécessairement d'une seule voix et offrent donc des opportunités plurielles de partenariat. Dans ce cadre, il est permis de penser que, localement, les ONG ont eu à répondre, précisément par leur faculté de médiation, aux quêtes de positionnement de différents acteurs sociaux au sein d'un espace relationnel en cours de constitution où les jeux de pouvoirs, tout en s'intégrant plus largement à des compétitions d'ordre politique, ne pouvaient totalement s'extraire des termes de référence du débat technique sur lesquels les PNLS avaient amorcé la construction de leur propre pouvoir de légitimation.

### **Acteurs sociaux et instances étatiques : rôle des ONG dans la négociation des compétences (exemple des mouvements religieux)**

La quête de positionnement que nous venons d'évoquer paraît particulièrement sensible dans le phénomène de promotion de la sphère religieuse observée tant en Côte-d'Ivoire qu'au Sénégal. Concernant les Églises chrétiennes, T. Berche (1985) a déjà souligné qu'outre leur rôle dans le fonctionnement de certaines ONG internationales, elles ont été appelées à être des intermédiaires dans l'acheminement de l'aide en matière de soins de santé primaire, du fait de leurs réseaux de missions et dispensaires. Une telle situation n'est certes pas indifférente à la mobilisation religieuse face au sida, ne serait-ce qu'en présentant cette interaction stratégique entre local et international ; ainsi, la première cellule d'annonce et de suivi des personnes infectées par le VIH a-t-elle été créée, en Côte-d'Ivoire, au sein d'une structure hospitalière gérée par une mission protestante, et ce grâce à des financements et projets extérieurs. Pour autant, cette dimension est insuffisante pour rendre compte de la place désormais acquise, dans les dispositifs nationaux de lutte contre le sida, par les membres de l'Église catholique en Côte-d'Ivoire comme par les imam au Sénégal : dans l'un et l'autre cas, tout se passe comme si leur mobilisation en matière d'IEC/sida avait permis un repositionnement d'ordre politique, produit d'un double processus de négociation, au cœur duquel se situent, précisément, la constitution et l'action de certaines ONG.

Le premier aspect de cette négociation concerne les relations avec les autres pouvoirs religieux au sein de la société globale, constituant l'enjeu du repositionnement. En Côte-d'Ivoire, l'implication de l'Église catholique face au sida semble avoir non seulement pris appui sur les mouvements d'action catholique, mais aussi favorisé une certaine tolérance des autorités ecclésiastiques locales à l'égard de l'adaptation de pratiques inspirées des " nouvelles Églises " et sectes, notamment de mouvance protestante (en particulier le pentecôtisme) ; se multipliant et attirant un nombre croissant de fidèles, ces dernières tendent en effet à remettre en cause la suprématie de la première, laquelle avait pourtant antérieurement reçu la caution politique du premier personnage de l'État. Parallèlement, la tradition caritative du catholicisme trouvait d'autant mieux à s'affirmer en temps de sida que ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui le soutien psychosocial aux personnes atteintes pouvait aisément prendre pour forme première un

“ soutien spirituel ” ; et celui-ci acquérait, dans le même temps, une ampleur et une audience particulières en s’accompagnant de pratiques telles que les prières collectives en faveur de la guérison des malades. Au Sénégal, dans un contexte post-senhorien de recomposition du tissu clientéliste lié à l’État et de renouveau de l’Islam (cf. Diop et Diouf, 1990), les imam paraissent avoir été en mesure de reconquérir, face au sida, un statut que la montée en puissance des réseaux confrériques avaient tendance à occulter dans la vie sociale ; ils ont en effet pu faire valoir leur rôle de “ leaders d’opinion ” vis-à-vis de la communauté des fidèles, prise dans son ensemble, pour la diffusion des messages de prévention. De fait, le second axe de négociation concerne évidemment les relations avec les PNLS ; trouvant là matière à renforcer leur rôle d’instances de légitimation, ces derniers ont eu tendance à institutionnaliser leurs rapports avec le religieux, donnant ainsi une caution officielle (étatique) à certains mouvements pour parler et agir au sujet d’une pandémie venant réactualiser, aux yeux du milieu médical, la dimension collective de la maladie. Il est vrai que, face à des systèmes sanitaires aux structures souvent saturées et ayant peu de tradition préventive, les diverses instances religieuses ont été en mesure de valoriser leur savoir-faire en matière d’écoute et d’accompagnement des malades, et surtout leur capacité à traiter du Bien et du Mal jusqu’au plus intime des conduites individuelles précisément mises en cause dans la transmission du VIH. Mais, dans le même temps, elles s’avéraient à même de contribuer à répondre à la dette de sens créée par la survenue du sida, dette que la bio-médecine était incapable de résorber à elle seule, ne serait-ce qu’en raison de son impuissance curative. Dans cette situation, les dispositifs de lutte contre le sida ont bien eu à composer avec les compétences relevant du religieux, mais ils n’en ont pas moins cherché à en canaliser les expressions. Ainsi, doit-on observer que les réponses religieuses ayant obtenu droit de cité officiel de la part des PNLS sont celles qui ne remettent pas directement en cause le pouvoir bio-médical, en l’occurrence celles émanant des cultes universalistes institués, au détriment de toutes celles revendiquant une puissance thérapeutique propre. De la sorte, un écart significatif s’est creusé entre les recours symboliques effectivement mobilisés par la société civile en temps de sida et ceux reconnus comme légitimes au sein des dispositifs institutionnels<sup>5</sup> (cf. Péducasse, 1995 pour le cas ivoirien) ; cela alors même que, comme on vient de le voir, les cultes reconnus ont pu jouer, à ce niveau, d’une certaine ambivalence en vue d’accroître leur audience.

Cette ambivalence, nous la retrouvons dans le rôle joué par les ONG : bien qu’il s’agisse d’organes non gouvernementaux, elles ont été les principaux vecteurs de la reconnaissance institutionnelle de la mobilisation religieuse face au sida. Plus précisément, prenant appui sur leur propre légitimité de “ relais ”, reconnue comme telle par les PNLS, elles ont été à même, en tant qu’agents de médiation, de réduire l’enjeu de société constitué par le positionnement religieux face aux problèmes posés par la pandémie à une négociation de compétences face à la dimension médicale de la prévention. Ainsi, au Sénégal, est-ce l’ONG musulmane promue à la tête de la représentation nationale d’AFRICASO qui paraît avoir joué le rôle d’interlocuteur privilégié du PNLS, palliant de la sorte la faible hiérarchisation des instances islamiques ; partant, elle s’affirme bien comme le relais du PNLS pour la formation des imam, afin qu’ils ne fassent plus uniquement du sida une malédiction mais soient en mesure, dans leurs prêches, de promouvoir des changements de comportements en prenant appui sur les préceptes et la morale tirés des textes coraniques, tout en s’accordant aux principales lignes du discours

<sup>5</sup> Situation certes plus ambiguë vis-à-vis des « tradipraticiens », particulièrement en temps de sida (cf. Dozon, 1987 et 1996).

médical pour ce qui touche aux modes de transmission en cause. Un rôle similaire est tenu, en Côte-d'Ivoire, par une ONG internationale d'obédience catholique dont l'antenne locale, rattachée à la Commission épiscopale des actions sociales et caritatives, a lancé, un « Plan » de « mobilisation de l'Église » contre le sida coordonné par un Comité national relayé par des Comités diocésains et paroissiaux où sont impliqués ecclésiastiques et laïcs : la mise en œuvre de ce plan doit tout à la fois assurer la « représentation » des diverses actions catholiques au niveau du PNLIS et parvenir à la définition d'une « politique officielle » régissant les interventions de l'Église au sujet du sida. Peut-être plus significatif encore est le profil de la première ONG identifiée, en Côte-d'Ivoire, comme spécifiquement « anti-sida ». Née en 1990, au sein de l'un des services hospitaliers d'Abidjan les plus directement touchés par l'affluence de malades infectés par le VIH, elle a été créée à l'initiative d'une infirmière et d'un médecin ; de ce point de vue, elle apparaît plus largement révélatrice, chez les personnels paramédicaux, d'une quête de reconnaissance que le modèle curatif de la bio-médecine ordinairement pratiquée ne leur accorde guère, malgré les rôles nouveaux qu'ont à assumer ces personnels en temps de sida ; elle témoigne aussi, chez les praticiens, d'une demande de moyens d'action non satisfaits par les systèmes sanitaires existants, au moment même où la pandémie accroît les difficultés de leurs pratiques de soins et remet en cause leur pouvoir de guérir, tandis que la conduite concomitante d'activités de prévention ou de formation à celle-ci leur permettrait de valoriser un savoir sur la maladie. Le fait que l'infirmière ayant activement participé à la formation de cette organisation ait été une sœur n'est certes pas indifférent à son orientation ; mais celle-ci relève aussi de tendances plus lourdes quant à la capacité des ONG à mettre en relation des acteurs aux profils et quêtes divers, en l'occurrence émanant de la sphère médicale et du milieu religieux. En effet, l'ONG en question a recruté une grande partie de ses « volontaires » parmi les membres actifs des paroisses d'Abidjan ; pour ce faire, elle s'est notamment associée à la Pastorale des malades, alors dirigée par un prêtre quelque peu contesté par la hiérarchie ecclésiastique en ce qu'il entendait lui-même rassembler les différents mouvements se réclamant de l'action catholique, y compris ceux ayant adopté des conceptions peu conformes au dogme, et contribuer à élargir l'audience de l'Église en introduisant des pratiques nouvelles dans son propre exercice du culte. Avec le temps, et bien qu'elle conserve une forte connotation religieuse dans le recrutement de ses membres pris individuellement, les liens de cette ONG se sont quelque peu distendus avec les paroissiens organisés en collectifs : outre que ceux-ci dissocient généralement leurs activités de croyants propagateurs de la foi de celles conduites dans le cadre d'une organisation non gouvernementale, l'optique médicale ayant prévalu au sein de l'ONG considérée a fait craindre une « dérive trop laïque » à certains groupes de volontaires qui ont donc fait scission.

Ce dernier exemple montre qu'une porte était néanmoins ouverte pour qu'un partenariat s'instaure entre le religieux et le médical tant au sujet de la prévention qu'au niveau de la prise en charge des personnes infectées en milieu hospitalier et à domicile. Au Sénégal comme en Côte-d'Ivoire, les formes de ce partenariat seront débattues au cours de Colloques organisés par les ONG mentionnées plus haut pour leurs activités de mobilisation des imam et des représentants de l'Église ; apparaissant comme autant de moments de négociation avec les instances de régulation étatique (comme d'ailleurs avec les bailleurs de fonds internationaux), ces réunions conduiront, fin 1997 à Dakar, à la tenue du premier Colloque international « Sida et religions » qui, réunissant des représentants des grands cultes institués, des acteurs du milieu médical et des responsables de PNLIS (notamment ceux du Sénégal et de la Côte-d'Ivoire),

reconnaîtra au religieux les compétences d'un « médecin spirituel ». Une telle reconnaissance n'en laisse pas moins pendante la question du contenu des messages préventifs diffusés, en particulier vis-à-vis de l'utilisation du préservatif ; dans les deux pays considérés, un « consensus étatico-religieux » (Péducasse, 1995, p.32) a pris forme, faisant du préservatif un dernier recours, après l'abstinence et la fidélité. Derrière ce consensus, se profile ce qui ne peut manquer d'apparaître comme une procédure de partage du « marché du sida » : aux uns, les agents des PNLs, le contrôle de la diffusion des préservatifs en latex et de leur vente à prix modéré ; aux autres, les religieux, la promotion d'un « préservatif moral », selon l'expression désormais consacrée, c'est-à-dire de valeurs pouvant aller, parfois explicitement, parfois par des détours plus insidieux, à l'encontre de l'utilisation des capotes... Si ce balancement entre consensus et partage est bien présent dans les deux pays considérés, il n'en a pas moins pris des configurations différentes dans les contextes ivoirien et sénégalais.

### **Structuration du « marché du sida » dans les contextes ivoirien et sénégalais**

Du seul point de vue des orientations générales des ONG impliquées dans la lutte contre le sida, des divergences peuvent être relevées entre Côte-d'Ivoire et Sénégal ; conformément à ce que nous avons observé au sujet des acteurs non gouvernementaux ayant pris la tête de la mobilisation face à la pandémie puis des collectifs créés, l'ONG de développement prenant appui sur des liens antérieurement construits avec divers groupements villageois ou de quartier apparaît comme un cas-type au Sénégal, tandis que l'ONG confessionnelle et/ou médicale dont les actions au sein de la population générale s'articulent davantage au réseau paroissial semble plus représentatif de la situation ivoirienne. Ces divergences peuvent, en première analyse, être rapportées aux situations épidémiologiques différentes que connaissent les deux États considérés : alors que les taux officiels de séroprévalence font du Sénégal un pays encore peu affecté (environ 1% de la population générale, même si, dans certaines « poches », le nombre de cas signalés commence à être perçu comme plus préoccupant), la Côte-d'Ivoire apparaît comme le plus touché d'Afrique occidentale (le sida étant, à Abidjan, la première cause de mortalité chez les hommes adultes, la deuxième chez les femmes et la séroprévalence atteignant, parmi les femmes enceintes, le taux de 14%, tandis que, dans le pays, le nombre total de séropositifs est estimé à plus de 600 000). Dans ces circonstances, on peut comprendre que le slogan militant « sida, maladie du développement et de la pauvreté » ait été plus particulièrement porté par les organisations sénégalaises, tandis qu'en Côte-d'Ivoire, les problèmes sanitaires posés par l'expansion rapide de la pandémie poussaient les personnels de santé à s'impliquer davantage pour pallier les carences des systèmes sanitaires existants ; et cela, quitte, non seulement, à avoir recours à une certaine privatisation de compétences publiques (phénomène non exceptionnel en soi puisque nombre d'agents du secteur public ouvrent leur propre cabinet ou travaillent parallèlement dans des structures privées) mais aussi, comme on l'a vu, à prendre appui sur un savoir-faire émanant du religieux.

Cependant, de telles configurations de « la lutte contre le sida » ne peuvent être référées seulement à des situations épidémiologiques « objectives » : elles renvoient également aux contextes politiques des États considérés (où, confrontés à des crises multiformes, il s'agit pour eux de réactualiser un statut ancien de « modèles » de l'ouest africain francophone) comme aux modes d'intégration des données épidémiologiques aux discours des dirigeants. Qu'ils aient

d'abord été tournés vers la négation de l'existence de cas de sida jusqu'aux années 1986/7 ou qu'ils répondent aujourd'hui au nouveau credo du "plaidoyer" international valorisé par les bailleurs de fonds, tout se passe comme si les propos officiels tenus face à la pandémie œuvraient, dans l'un et l'autre cas, à la sauvegarde, voire à la promotion, de l'État et à la valorisation d'une culture nationale partie prenante d'une idéologie identitaire dominante. Ainsi, rapportant son faible taux de séroprévalence à l'efficacité des actions entreprises par son Programme national mais aussi, plus globalement, à la pratique de l'islam (fréquemment vue comme une sorte de rempart contre la propagation du VIH, y compris par nombre d'experts internationaux), le Sénégal peut-il tout à la fois trouver moyen de se réaffirmer comme une figure exemplaire - contestée sur d'autres plans - et valoriser, en la particularisant, une « culture sénégalaise ». En Côte-d'Ivoire, l'histoire officielle en train de prendre forme oppose à l'engagement direct (notamment financier) de l'actuel Président le retrait relatif de son prédécesseur, F. Houphouët Boigny, malgré la création officielle d'un CNLS en 1987 et une forte mise sous tutelle gouvernementale de celui-ci (légalement renforcée à compter de 1990) ; l'amplification d'une telle césure tend à prendre valeur de symbole quant à la reprise en main plus générale d'un pays, certes désormais reconnu en crise, mais en mesure de conserver la confiance des bailleurs de fonds, d'autant qu'il affirme ainsi pratiquer la transparence. L'expansion de la pandémie en Côte-d'Ivoire est ainsi soulignée en un temps où les organismes internationaux se montrent de plus en plus sensibles aux risques qu'elle fait peser sur la rentabilité des aides au développement ; mais cette transparence affirmée participe également d'une idéologie identitaire promue par l'actuel Président, celle de « l'ivoirité », en établissant très explicitement le lien entre la gravité des données épidémiologiques du pays et sa position de carrefour régional, ayant de longue date attiré nombre de migrants étrangers.

Ces positionnements étatiques faisant du Sénégal un pays préservé et de la Côte-d'Ivoire une victime de sa réussite, tout en épousant les formes d'un culturalisme interne (qui ne va d'ailleurs pas sans faire écho à celui des organisations internationales vis-à-vis de l'Afrique), constituent en fait autant de pressions d'ordre politique, influant nécessairement sur les orientations différentes prises par les PNLS de ces deux pays et sur la place que chacun d'eux a accordée aux acteurs non gouvernementaux. Ces différences peuvent être illustrées par les dispositifs de distribution et de vente des préservatifs : en Côte-d'Ivoire, c'est le PNLS qui, après avoir directement pris part à des distributions gratuites, a initié, en 1991, le programme de « marketing social des préservatifs » par leur mise à disposition à prix modéré chez les vendeurs de rue, dans des kiosques d'information, *etc.*, et ce avec l'appui de l'USAID, organisme également impliqué dans la stratégie de planning familial récemment adoptée par le pays ; par contre, au Sénégal, le PNLS a, jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, laissé à l'ONG de développement pionnière en matière de prévention du sida l'essentiel de la distribution gratuite de capotes, avant de mettre en place un circuit de vente à tarif préférentiel par les seules officines pharmaceutiques, réduisant du même coup le volume des dons en préservatifs reçus par ladite ONG. Une telle configuration peut, à première vue, paraître incompatible avec les grands mouvements que l'on a précédemment esquissés ; la contradiction n'est cependant qu'apparente si l'on prend en considération le phénomène de "partage du marché du sida" également évoqué plus haut. Si le PNLS ivoirien a bien eu lui-même recours aux moyens logistiques des organisations confessionnelles pour lancer ses premières campagnes de prévention, il a pris appui sur d'autres compétences que celles des religieux pour la distribution des préservatifs et sur d'autres structures que les paroisses pour en faire la

promotion : il a fait appel à une ONG américaine spécialisée (étroitement liée à l'USAID) qui, pour le lancement de ses opérations, s'est elle-même associée à une structure ivoirienne privée et a notamment recruté des jeunes par le biais des mairies. Quant au PNLS sénégalais, il se prévaut d'avoir assuré très tôt la meilleure sécurité transfusionnelle possible à travers le pays et surtout d'avoir, dès son origine, associé programme sida et programme MST, ce dernier étant notamment lié à l'encadrement de la prostitution et accompagné d'un suivi médical des prostituées ; dans ce cadre, la promotion de changements de comportements individuels (notamment sexuels) au sein de la population générale pouvait être plus largement prise en charge par les acteurs non gouvernementaux. Plus précisément, la position, très particulière, antérieurement acquise par l'ONG de développement pionnière en matière de sida lui permettait, en faisant d'elle une organisation quasiment para-étatique, de prendre les devants en donnant aux messages et activités de prévention un sens qu'elle voulait subversif vis-à-vis des positions dominantes, allant dans le sens de l'émancipation ; de fait, l'organe étatique se devait de miser bien davantage sur la préservation des mœurs et de l'ordre établi (que ce soit en matière de prostitution ou, plus largement, en référence à un mode de vie islamisé). C'est précisément dans ce contexte qu'a pu intervenir la promotion de l'ONG musulmane ayant pris la tête de la représentation sénégalaise d'AFRICASO ; alors même que la référence religieuse paraît plus diffuse au Sénégal qu'elle ne l'est dans la mobilisation associative ivoirienne, cette ONG s'est trouvée en position de jouer le consensus (grâce, là encore, à l'appui de l'USAID) : d'un côté, elle influait, par des séances de sensibilisation et de formation, sur les conceptions prêchées par les imam, en tant que « leaders d'opinion », tout en reconnaissant les pouvoirs d'action de l'ONG de développement auprès de certaines catégories de population, notamment les jeunes (y compris par la promotion du préservatif) ; d'un autre côté, elle représentait pour le PNLS un interlocuteur nécessaire à la négociation "du" message de prévention à diffuser qui, sans totalement négliger le préservatif, faisait prioritairement valoir les vertus protectrices de la morale religieuse dont le discours étatique entendait faire un référent central de « la culture sénégalaise » confrontée au sida.

De fait, l'analyse des divergences d'orientation dans les politiques de lutte contre le sida ne saurait s'extraire de la prise en compte de contextes plus globaux ayant trait aux dynamiques associatives au sein desquelles s'est développée cette lutte. Au Sénégal, divers ordres de facteurs historiques ont favorisé l'implication d'un nombre croissant d'acteurs non gouvernementaux dans la vie du pays, tant en milieu rural qu'urbain ; outre que ceux-ci disposaient ainsi d'assises préexistantes au sein de la population générale, ils avaient pu acquérir une expérience certaine en matière de « courtage en développement » (cf. Blundo, 1995) facilitée par l'implantation à Dakar des représentations régionales de diverses organisations internationales. Dans ce cadre, les ONG du Sénégal ont établi, vis-à-vis de " la lutte contre le sida ", des relations de concurrence et de partage pour l'accès aux ressources nécessaires à leurs activités. Par contre, en Côte-d'Ivoire, le mouvement associatif ne s'est que très récemment développé, du fait, notamment, de la politique de Parti Unique qui a prévalu jusqu'en 1990, et, plus généralement, d'une conception entrepreneuriale de l'État défendue par Houphouët Boigny ; si l'organisation de la lutte contre le sida a pu constituer un facteur de dynamisation du secteur non gouvernemental (cf. Blibolo, 1995), la conduite d'activités de prévention se devait de prendre appui sur des structures d'encadrement de la base ; or ce sont les paroisses que certains bailleurs de fonds eux-mêmes ne se cachent pas d'avoir privilégiées, considérant qu'elles fournissent, du moins en zone urbaine, un maillage dont bien peu d'autres



organisations peuvent se prévaloir si l'on se réfère à celles n'émanant pas directement de l'État : une telle orientation a clairement favorisé l'implication catholique.

De la sorte, au sein d'un " marché du sida " travaillé de rapports de force complexes, la " mobilisation sociale ", telle qu'elle s'est exprimée par l'implication d'ONG, n'a pas plus correspondu *stricto-sensu* à l'engagement de " communautés " prétendument représentatives de " la société civile ", qu'elle ne s'est contentée d'épouser les formes qu'auraient voulu lui donner les organes institutionnels. Il est significatif, à cet égard, que les groupes considérés comme particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, et identifiés comme " cibles " des programmes d'IEC suite aux enquêtes CACP, en particulier les jeunes, ne paraissent guère avoir manifesté de mobilisation propre en la matière. Il est permis de penser que le caractère normatif de la définition de la jeunesse en tant que " groupe cible " a bien davantage cautionné les représentations stigmatisantes, aussi bien populaires qu'institutionnelles, associées au sida et à sa transmission sexuelle qu'il n'a correspondu aux aspirations sociales et identitaires des concernés (*cf.* Éboko, 1996). Force est de constater, par exemple, que les deux ONG de lutte contre le sida en milieu étudiant et scolaire existant en Côte-d'Ivoire ont été impulsées, pour l'une, par le PNLS, suite à une enquête CACP, et, pour l'autre, par un médecin, dans le cadre d'une recherche-action, et qu'elles ont aujourd'hui bien du mal à perdurer. De fait, l'implication des jeunes sur le terrain du sida s'affirme plus visiblement au travers d'animations extra-scolaires ponctuelles réalisées, notamment, dans le cadre de groupements qui leur sont propres, mais constitués dans d'autres objectifs que l'IEC/sida, telles que les Associations Sportives et Culturelles au Sénégal. De même, les jeunes s'engagent dans des activités permanentes initiées, cette fois, dans le cadre d'organisations ayant de plus larges bases, lesquelles leur paraissent en mesure de leur offrir un statut quasi-professionnel répondant davantage à leurs aspirations d'insertion. On touche là à l'ambiguïté du fonctionnement interne des organisations non gouvernementales.

### **Des ONG mobilisant logique entrepreneuriale, fonctionnement informel et promotion individuelle (études de cas en Côte-d'Ivoire)**

Qui dit approche en terme de marché et de phénomènes de partage de celui-ci, ne peut manquer de rendre compte des positionnements des acteurs et des concurrences entre eux comme tendant à relever de logiques d'entreprise. Une telle interprétation paraît particulièrement pertinente au sujet de la mise en place du programme de « marketing social des préservatifs » en Côte-d'Ivoire. On l'a vu, celui-ci a été confié à une ONG américaine ayant des expériences antérieures dans ce domaine, y compris dans d'autres régions d'Afrique. Pour le lancement de ses activités en terre ivoirienne, il lui fallait néanmoins s'associer à une structure locale, et c'est un cabinet privé d'études, conseils et formation à la gestion et au commerce en entreprise qui a été retenu ; ce choix était, certes, fonction des compétences du cabinet, mais aussi des contacts de celui-ci avec le bailleur de fonds du programme, l'USAID, qui l'a mis en relation avec l'ONG américaine dont il a été le prestataire de services pour son établissement à Abidjan. L'essentiel n'est cependant pas là : du fait même de l'alliance ainsi initiée et des pressions liées aux clauses du contrat signé entre le bailleur et l'État ivoirien, cette structure en est venue à se scinder en deux branches, l'une toujours privée et l'autre prenant la forme d'une ONG de droit local ; cette dernière, fondée par un groupe de

connaissances rassemblé par le couple qui dirige le cabinet d'études, s'est donné des objectifs plus larges que le seul marketing social des préservatifs en lançant des « micro-projets » de création d'activités génératrices de revenus au bénéfice des populations les plus démunies dans l'optique d'un « développement intégré » ; il n'en reste pas moins qu'elle n'a pu se structurer et recruter une équipe de permanents salariés qu'avec l'appui de l'ONG américaine, grâce aux ressources transitant par celle-ci pour la réalisation du programme dont elles sont toutes deux, aujourd'hui, les partenaires d'exécution ; en outre, son organigramme de direction conserve des liens étroits avec le cabinet privé dont elle est née. Un tel exemple peut paraître caricatural et non représentatif, mais l'on peut évoquer d'autres cas révélateurs. Ainsi, l'ONG ivoirienne, mentionnée plus haut, qui a été identifiée comme la première à être spécifiquement « anti-sida » a-t-elle été, de ce fait même, choisie par l'USAID pour la création du Centre de dépistage anonyme et gratuit d'Abidjan, ouvert fin 1992, et celui-ci est actuellement bel et bien conçu comme une entreprise : d'une part, alors qu'il constitue la principale réalisation de cette ONG, laquelle n'a plus, pour l'essentiel, qu'un rôle fonctionnel dans l'unité de prise en charge des séropositifs implantée au CHU de Treichville, le Centre de dépistage tend désormais à apparaître comme une structure autonome vis-à-vis de l'organisation qui lui a donné naissance (il est vrai que le retrait de l'USAID de Côte-d'Ivoire en 1994 a accentué le rôle de l'État ivoirien dans le fonctionnement du Centre) ; d'autre part, ceux qui y travaillent se considèrent avant tout comme des « employés » et non des « volontaires » alors même que ces derniers ont activement participé à la notoriété initiale de l'ONG ; dans ce contexte, il n'est pas indifférent que les personnes reçues en vue d'un dépistage ou de l'annonce de son résultat soient appelées des « clients », et non des visiteurs ou des consultants, bien qu'il soit affirmé que cette dénomination réponde avant tout au souci de ne pas faire de ceux-ci des « patients » (en référence aux connotations médicales de ce terme).

Le développement d'une « logique d'entreprise » et l'emploi d'un « lexique entrepreneurial » participent de l'affirmation d'une « image efficace et professionnelle » (*cf.* Rosman, 1994, p.124) nécessaire au processus d'évolution de toute organisation dès lors qu'elle entend occuper un secteur spécifique (pour ne pas dire un créneau) au sein du « marché du sida ». Cependant, dans les cas qui nous intéressent ici, la professionnalisation en question semble s'inspirer davantage du fonctionnement du secteur informel que de celui du privé officiellement reconnu. Certes, les études réalisées sur le fonctionnement des entreprises ivoiriennes ont-elles amplement souligné le caractère relatif d'une telle césure ; il nous semble cependant que les ONG peuvent être caractérisées par leur capacité toute particulière à intégrer des principes informels de fonctionnement tout en répondant à une logique d'entreprise, ne serait-ce que parce que leur statut leur permet d'échapper, au moins en partie, à la réglementation du travail en vigueur. Ainsi, les employés du Centre de dépistage, bien qu'officiellement déclarés, s'estiment-ils eux-mêmes dans une situation différente de celle des autres salariés, du point de vue, à la fois, des modalités de leur contractualisation et de leur niveau de rémunération ; il est vrai aussi que, parmi ceux travaillant au sein de la cellule de Conseil, une forte proportion - retraités de la fonction publique ou poursuivant des études universitaires - ne sont pas dans une situation classique de salariés. Les salariés permanents ne constituent d'ailleurs qu'une partie du personnel de telles structures. Un exemple peut être donné par le programme de marketing social des préservatifs qui inclut un projet « kiosques d'information » : celui-ci a conduit au recrutement, avec l'appui des mairies, de jeunes sans emploi considérés comme aptes à conduire ce genre d'activités ; il s'agit de jeunes, ayant généralement arrêté leurs études

avant la fin du secondaire, qui reçoivent une formation de quelques jours dans le cadre du projet, puis se voient confier, soit seuls, soit par groupes, l'animation d'un kiosque, après signature d'un « protocole d'accord », c'est-à-dire d'un engagement comme « volontaires ». Le volontaire doit se conformer aux horaires de travail quotidien et à un emploi du temps comportant des « animations communautaires » périodiques (sous le contrôle d'un « superviseur »), en contrepartie de quoi il reçoit une indemnité journalière de transport et un pourcentage sur le produit de la vente de préservatifs. Les volontaires occupent rarement longtemps cet emploi qui n'en est pas un : dès qu'ils ont une opportunité autre, ils le quittent, ce qui permet, soit à ceux qui partent, soit à d'autres au sein du projet, de faire recruter l'une de leurs connaissances, détournant par là le schéma originel de sélection. Toutefois, certains voient dans cette activité de volontariat une possibilité d'intégrer, à terme, l'ONG exécutant le programme de marketing social en tant que salariés permanents ; cette perspective (qui peut effectivement trouver à se réaliser dans quelques cas, lorsqu'un nouveau projet est lancé) crée nécessairement une concurrence entre volontaires : ceux qui s'inscrivent dans ce schéma reconnaissent ne pas entretenir de contacts approfondis avec leurs collègues, afin que ne soient pas ébruitées les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur travail quotidien, et ne guère évoquer les problèmes personnellement rencontrés dans l'animation du kiosque lors des réunions mensuelles avec le responsable du projet.

Même les structures qui entendent s'appuyer sur un plus strict bénévolat n'échappent pas à ces stratégies de promotion individuelle. Ainsi le Centre de dépistage d'Abidjan dispose-t-il d'une cellule IEC qui tente actuellement de monter des équipes de jeunes bénévoles dans certains quartiers populaires : si la principale motivation d'assistance aux toutes premières réunions de mobilisation semble être la recherche d'une information pour soi-même, reviennent principalement, lors des réunions suivantes, des jeunes qui se sont déjà investis dans la vie culturelle ou associative de leur quartier ou de leur village d'origine. Tout se passe comme si la perspective d'acquisition d'informations qui leur seront délivrées dans le cadre d'une « formation » (même rapide) représentait, pour eux, une possibilité de capitaliser un savoir « (ré)générateur » de statut. La recherche d'un statut est d'ailleurs évidente parmi les jeunes animateurs de kiosques ; après quelque temps passé au sein du projet, ils n'y voient plus seulement une opportunité temporaire de « se débrouiller » mais « une chance » qui, d'ores et déjà, modifie leurs rapports familiaux (n'étant plus totalement à charge et ayant des horaires de travail à respecter) comme vis-à-vis de leur entourage d'amis et, plus largement, de la population du quartier (leur identification en « monsieur capotes » les conduisant à être consultés aussi bien par des parents en difficulté pour répondre aux questions de leurs enfants que par des jeunes redoutant d'avoir contracté une MST). Une recherche similaire s'intègre enfin aux stratégies plus strictement professionnelles que sont en mesure d'élaborer les employés des ONG et leurs responsables : la capitalisation d'un savoir s'accompagne alors de la revendication de compétences et ouvre ainsi la voie à la recherche d'emplois plus stables, mieux rémunérés ou plus valorisants, mais aussi à des cumuls de fonctions entre privé/public et non gouvernemental comme entre plusieurs organisations (membre fondateur, responsable ou employé dans l'une, consultant ou formateur dans une, voire des autres). Dans tous les cas évoqués, on ne peut manquer de remarquer que l'acquisition d'informations sur le sida, dès lors qu'elle est conçue comme accès à un savoir, s'intègre davantage à une optique professionnelle qu'à un vécu individuel, même si l'opération de restitution des messages de prévention, par laquelle le savoir devient pourvoyeur de statut, et le contenu donné à ceux-ci

sont nécessairement travaillés par des référents tirés de la pratique sociale quotidienne de chacun.

### **Création d'associations de personnes vivant avec le VIH : un tournant ?**

L'orientation donnée, dans les pays considérés, aux dispositifs de lutte contre le sida, qui, durant « dix ans [ont] privilégié la prévention au détriment de la prise en charge » (Esmel et Berche, 1996, p.2), et la structuration du « marché du sida » qu'elle a induite n'ont pu qu'accentuer le clivage Nord-Sud au niveau même des mouvements associatifs mobilisés face au sida : l'action non gouvernementale que l'on vient d'évoquer se trouve fort éloignée des groupes de pression constitués au Nord, lesquels ne se sont d'ailleurs qu'assez tardivement intéressés à la dimension mondiale de la pandémie. Ceux-ci, il est vrai, ont pris appui sur des traditions de militantisme et des stratégies identitaires que ni le processus de « transition démocratique » ni la construction du « phénomène sida » n'ont permis de faire éclore dans les pays étudiés. Dès lors, dans ces derniers, les conditions de création et de développement d'associations de personnes vivant avec le VIH méritent de retenir l'attention : elles sont apparues seulement dans le courant des années quatre-vingt-dix tant au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire, soit à une période où le sida a acquis une « visibilité » certaine en Afrique de l'ouest, particulièrement dans le cas ivoirien (*cf.* Nguyen, s.d.), face à laquelle les PNLs sont cependant parvenus à préserver le rôle de pôle de référence de la bio-médecine dans la configuration officielle du « marché du sida ».

De manière significative, les premières associations de personnes atteintes ont été créées à l'intérieur même de structures de soins, vis-à-vis desquelles elles ont été placées dans une situation de dépendance quasiment absolue, tant en matière financière que du point de vue de la conduite de leurs activités. Ainsi en va-t-il de « l'association » sénégalaise, constituée en 1991 au sein du service des maladies infectieuses du CHU de Fann, à Dakar, comme de ce qui, à Abidjan, n'est dénommé qu'un « Club », créé, en 1994, au sein du CASM (Centre d'assistance socio-médicale, spécialisé dans les soins aux malades du sida) ; dans les deux cas, il semble d'ailleurs que les personnes séropositives fréquentant ces structures aient été d'office enregistrées comme membres de telles associations. Une deuxième génération d'associations, reposant sur des adhésions volontaires, est apparue dans l'optique d'une représentation à la Conférence de Mombasa qui, tenue en 1994, allait donner naissance au Réseau Africain des Personnes vivant avec le VIH (RAP+) financé par le PNUD. Tout en disposant d'un fonctionnement plus indépendant que leurs aînées, elles demeurent liées aux organismes qui en ont initié et encadré la naissance et ont été, elles aussi, du moins à l'origine, en relation étroite avec des structures de prise en charge (financées par les organismes dont elles ont reçu l'appui). C'est le cas de l'association constituée à Dakar par le biais de l'ONG de développement ayant pris la tête de la mobilisation contre le sida et de celle d'Abidjan qui a eu pour siège, jusque récemment, le PNLs lui-même, celui-ci ayant joué un rôle actif dans sa création avec l'appui de la Coopération française. Les membres de ces associations ont pu, antérieurement, appartenir aux premières créées, voire, encore aujourd'hui, aux deux en même temps. Et certains ont ainsi été en mesure d'acquérir et de capitaliser des expériences qui donnent actuellement lieu à l'apparition d'une troisième génération d'associations dans les pays considérés, celles-ci tentant d'asseoir, dès leur origine, une existence propre.

Bien que les situations ivoirienne et sénégalaise présentent des apparentements évidents, les conditions de création et de fonctionnement des associations de personnes atteintes offrent des profils bien différents dans ces deux contextes. Ceux-ci concernent aussi bien les fondements médicaux à partir desquels le statut de séropositif a acquis sa visibilité<sup>6</sup> que la construction nationale du phénomène sida, l'un et l'autre conditionnant la légitimité des personnes atteintes à parler et à agir ; en effet, la « cristallisation d'un mouvement social » autour d'une maladie ne renvoie pas seulement à un « ensemble de symptômes physiques » ou de critères biologiques par lesquels les porteurs du virus sont identifiés, « mais correspond aussi à un statut politique » (Clignet, 1996, p.33 et 40). Ainsi, la référence à la "préservation morale" de l'Islam n'a-t-elle guère permis, au Sénégal, une prise de parole à visage découvert de la part des séropositifs, ceux-ci ne pouvant être identifiés que comme des "déviant" (cf. Cissé-Wone, 1996) ; et ceux que l'on rencontre au sein des associations sont généralement des individus qui poursuivent là un itinéraire dominé par la marginalisation. Leur faible pouvoir d'action est encore accentué par le rôle d'encadrement tenu par les assistants sociaux au sein des deux premières associations créées au Sénégal (cf. *id.*) : non seulement ces derniers en sont membres à part entière, mais ils semblent en être les seuls animateurs puisque les seuls à connaître l'ensemble des adhérents. Une telle situation, aussi paradoxale puisse-t-elle paraître, renvoie vraisemblablement, de la part des assistants sociaux, à la revendication d'une compétence en matière de conseil qui leur a été auparavant déniée par les médecins au sein des structures de soins : dès lors, ils paraissent jouer, vis-à-vis du statut sérologique, de la confusion entre deux notions propres au milieu médical, celles de confidentialité et de secret pour dénier, à leur tour, toute capacité réelle à agir comme collectif aux séropositifs qui ne sont pas tous censés se connaître au sein même des associations. Il n'en va pas de même en Côte-d'Ivoire où l'existence d'un Centre de dépistage anonyme et gratuit, assurant un suivi post-test des séropositifs, a amplement contribué à une dynamique de regroupement volontaire entre personnes s'identifiant les unes les autres comme vivant avec le VIH, ayant donc des préoccupations et des expériences communes à partager : c'est aussi en relation avec ce Centre qu'est née la deuxième association ivoirienne. Cependant, dans ce cadre, une situation de concurrence tend à s'affirmer entre ses membres et le personnel para-médical au sein même des structures de santé (cf. Esmel et Berche, 1996) : ils participent ensemble à des activités de conseil et de soutien aux malades, que les médecins éprouvent des difficultés certaines à assumer seuls ; mais les séropositifs sont en mesure de cumuler avec celles-ci une position de patients qui les amènent à revendiquer une expertise propre face à la maladie, voire à contester les pratiques des personnels soignants. Cette capacité est également liée aux fait que différents acteurs institutionnels et non institutionnels de Côte-d'Ivoire entendent voir les personnes atteintes comme une « une force potentielle majeure dans la lutte contre le sida » et agir en sorte qu'elles soient non seulement « acceptées » mais « valorisées par la société » (Williams *et al.*, 1995, p.14). Ainsi, quelques séropositifs ont-ils pu prendre la suite de celui qui, en 1993, a été le premier à affirmer son statut sérologique et à témoigner de ses conditions de vie à la télévision nationale, et les associations ivoiriennes ont-elles été en mesure d'intégrer des

6 Ainsi, la question des dépistages à l'insu, comme celle de l'annonce (ou non) du statut sérologique et de la prescription la plus fréquente de tests à des personnes présentant les signes cliniques de la maladie expliquent-elles en grande partie le décalage temporel entre l'appel à la « mobilisation sociale » face au sida et l'implication des personnes atteintes : de même, les configurations prises par cette dernière semblent étroitement conditionnées par la gestion, partant l'évolution, de ces différents problèmes au sein des pays considérés.

personnes des classes moyennes, bien que relativement jeunes et souvent en situation socio-économique précaire lors de leur adhésion (*cf.* Cornu, 1996).

Dans ces conditions, l'apparition d'associations de personnes vivant avec le VIH constitue-t-elle réellement un " tournant " dans l'organisation des dispositifs ivoirien et sénégalais de lutte contre le sida ? Elle pose, certes, très directement la question de la prise en charge des séropositifs et malades du sida, question que les Programmes nationaux ne peuvent plus esquiver aujourd'hui même si elle révèle très directement les dysfonctionnements des systèmes sanitaires existants ; il est d'ailleurs clair que l'appartenance à de telles association est perçue, par leurs membres, comme un moyen d'accès privilégié aux médicaments et aux soins ainsi qu'à une information qui ne soit plus seulement l'apanage du corps médical. Cependant, les associations considérées fonctionnent davantage comme des structures d'aide que comme des lieux de défense d'intérêts propres vis-à-vis des autorités sanitaires et politiques : l'incorporation du vécu de la maladie à la mobilisation non gouvernementale n'est donc pas garante de l'expression d'un plus grand militantisme au sein de celle-ci... Bien au contraire serait-on même tenté de dire. En effet, force est de relever que la situation de dépendance plus ou moins prononcée des associations de personnes vivant avec le VIH vis-à-vis d'autres organismes est redoublée par les usages lexicaux : alors que les premières sont systématiquement désignées comme des « associations », tous les autres acteurs, c'est-à-dire ceux dont le positionnement avait été antérieurement amorcé sur un " marché du sida " orienté vers la prévention, se voient indifféremment qualifiés d'« ONG » ; est ainsi sous-entendu qu'au sein des premières, des personnes se " réunissent " ou se " regroupent " entre elles, tandis que les seconds sont " organisés ", partant " structurés " ou pourvus d'un " mode de fonctionnement déterminé " visant l'action. Comment considérer cette différenciation autrement qu'en référence à l'usage courant des termes employés, sachant qu'elle concerne des structures qui, dès lors qu'elles sont créées localement, reçoivent d'abord le statut juridique d'associations en Côte-d'Ivoire comme au Sénégal ? Certes, certaines peuvent, ultérieurement et dans certaines conditions, se voir reconnaître le statut d'ONG, ce en liaison avec un changement de statut fiscal et, partant, de ministère de tutelle (une association relevant du ministère de l'Intérieur dans le premier pays, de celui de la Famille dans le second, tandis qu'une ONG dépend généralement des Affaires étrangères). Et c'est bien la distinction lexicale, or de toute référence proprement juridique, qui est appropriée par les différents acteurs, en ce qu'il répond, précisément, à des positionnements différents : pour schématiser, les « associations de personnes atteintes » sont intervenues au service des « ONG de lutte contre le sida » en vue de faire accepter, par la population, la réalité de la pandémie.

Cependant, ces positionnements ne sont pas figés une fois pour toute et paraissent susceptibles d'évoluer : les réorientations récentes des dispositifs de lutte contre le sida, sous la pression des bailleurs de fonds, et notamment par le biais de la création d'ONUSIDA, tendent en effet à intégrer pleinement la question de la prise en charge des personnes infectées (dont on sait qu'elle passe par des " actions de proximité " et non par les seules structures hospitalières) ; elles privilégient aussi clairement le soutien direct à ceux qui peuvent se prévaloir de représenter " la société civile " (bien que nous ayons tenté de montrer les ambiguïtés de cette " représentation ") au détriment des structures étatiques, y compris les PNLS (*cf.* Gruénais, 1996). Il est permis de penser qu'un tel repositionnement sera en quelque sorte facilité en Côte-d'Ivoire par un contexte où le « courtage » en matière de développement n'a pas été

antérieurement monopolisé par d'autres acteurs sociaux, contrairement à la situation sénégalaise où les ONG constituées avaient déjà acquis le savoir-faire et les relations nécessaires à l'élaboration de projets, ce qui leur a permis d'occuper très tôt les différents domaines du "marché du sida". Les évolutions présentes tendent à confirmer cette hypothèse : les « associations » ivoiriennes de personnes vivant avec le VIH sont en train de se restructurer et dénoncent aujourd'hui « l'exploitation » dont elles sont l'objet de la part « des ONG » qui ne voient en elles que des « prestataires de témoignages » ; par contre, au Sénégal, l'ONG de développement pionnière en matière de sida tente de préserver son statut de leader dans la mesure où, après avoir initié la création de l'antenne africaine d'ICASO, elle a créé une représentation nationale d'Alliance contre le sida qui pourrait lui permettre de devenir un relais direct entre bailleurs de fonds et acteurs locaux organisés, selon le sigle promu par les bailleurs eux-mêmes, en OAC (Organisation à Assise Communautaire) – création qui ne va pas, d'ailleurs, sans expliquer en partie le "gonflement" du nombre d'organisations recensées comme actives dans ce pays... Cela étant, dans des pays africains où les séropositifs sont très directement confrontés au problème de leur survie au quotidien (souvent en situation de chômage et privés de l'accès aux médicaments de base tels que les simples antibiotiques), et où, plus largement, les problèmes des droits de l'homme et du citoyen sont loin d'avoir pu, jusqu'ici, être traités comme tels, il est peu probable que l'optique libérale défendue par les organisations internationales (y compris sous la forme de l'idéologie actuelle de l'équité) soient à même de favoriser la promotion d'actions collectives parmi les séropositifs. Pourtant, la situation nouvelle créée au Nord, par la baisse des fonds alloués à la lutte contre le sida comme par l'apparition des trithérapies, tend à faire de l'Afrique un nouveau champ d'intervention pour les principales associations françaises qui, si elles ne s'arrogent pas le droit de parler au nom de celles du Sud, pourraient participer à la transmission d'un certain savoir-faire en matière de militantisme.

### Références bibliographiques citées

Berche T.

1985 " A propos d'une ONG de développement sanitaire : l'église catholique en Afrique et les soins de santé primaires ", *Sciences Sociales et Santé*, III(3-4), pp.85-103.

BLIBOLO A.D.

1996 " Les organisations non gouvernementales (ONG) face au sida en Côte-d'Ivoire : redynamisation ou changement d'orientation ? ", *Communications au Colloque international ONG et Développement : du Nord aux Suds (Bordeaux, 28-30 novembre 1996)*, Bordeaux, UMR REGARDS, mutigr., tome I, pp.25-33.

BLUNDO G.

1995 " Les courtiers du développement en milieu rural sénégalais ", *Cahiers d'Études Africaines*, 137, pp.73-99.

CISSÉ-WONE K.

1996 " Associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal : diagnostic et perspectives ", *Documents du Colloque international Sciences Sociales et Sida en Afrique. Bilan et perspectives (Sali Portudal, 4-8 novembre 96)*, Dakar, CODESRIA-CNLS-ORSTOM, multigr., vol.2, pp.611-617.

CLIGNET R.

1996 " A propos de la mobilisation sociale des victimes du sida ", *Documents du Colloque international Sciences Sociales et Sida en Afrique. Bilan et perspectives (Sali Portudal, 4-8 novembre 96)*, Dakar, CODESRIA-CNLS-ORSTOM, multigr., vol.1, pp.33-41.

CORNU C.

(1996) - *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan, Côte-d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique sub-saharienne ?*, mémoire de DEA, Univ. de Paris I - IEDES, multigr.

DIOP M. C. et DIOUF M.

(1990) - *Le Sénégal sous Abdou Diouf*, Paris, Karthala.

DOZON J. P.

1987 " Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire ", *Politique Africaine*, 28, pp.9-20.

DOZON J. P.

1996 " Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique ", dans J. BENOIST et A. DESCLAUX (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, pp.231-235.

DOZON J.P.

1997 " Post-face ", *Le sida en Afrique. Recherches en Sciences de l'homme et de la Société*, Paris, ANRS-ORSTOM, pp.69-75.

DOZON J. P. et FASSIN D.

1987 " Raison épidémiologique et raisons d'État : les enjeux socio-politiques du sida en Afrique ", *Sciences Sociales et Santé*, VII(1), pp.21-36.

ÉBOKO F.

1996 " L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie de sida ", *Politique Africaine*, 64, pp.135-145.

ESMEL D. et BERCHE T.

[1996] " Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social ", Communication au Colloque *Santé en Capitales*, (Abidjan, février 1996), 11p. multigr.

FASSIN D.

1992 *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.

FASSIN D.

1994a " Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo ", *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 49(4), pp.745-775.



FASSIN D.

1994b " La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique ", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5, pp.4-5.

GRUÉNAIS M.-É.

1996 " Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation ", *Documents du Colloque international Sciences Sociales et Sida en Afrique. Bilan et perspectives (Sali Portidal, 4-8 novembre 96)*, Dakar, CODESRIA-CNLS-ORSTOM, multigr., vol.2, pp.859-869.

NAU J.Y.

1997 " Le sida, maladie presque ordinaire ", *Le Monde* du 16.05.97.

NGUYEN V.K.

(s.d.) *Illness, epidemiology and visibility. An anthropological account of the emergence of a community based response to the AIDS epidemic in Côte-d'Ivoire*, Research paper, McGill University-Université de Montréal, multigr.

PÉDUCASSE V.

1995 *Sida et confessions à Abidjan. De la Bible au Coran en passant par l'arrêté ministériel portant création du Programme National de Lutte contre le Sida*, mémoire de maîtrise, Université de Bordeaux IV-CEAN, multigr.

ROSMAN S.

1994 " Entre engagement militant et efficacité professionnelle : naissance et développement d'une association d'aide aux malades du sida ", *Sciences Sociales et Santé*, XII(2), pp.113-139.

TARANTOLA D.

1996 " Grande et petite histoire des programmes sida ", *Le Journal du Sida*, 86-87 (n° spécial Afrique), pp.109-116.

VIDAL L.

1992 " Sida et représentations de la maladie. Eléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire) ", *Cahiers de Sciences Humaines*, 28(1), pp.83-98.

1997 *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Economica.

WILLIAMS G.& A., BLIBOLO A.D. et KÉROUÉDAN D.

1995 *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades en Côte-d'Ivoire*, Londres (ActionAid) - Abidjan (CNLS).



## LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS) AU CONGO ENTRE INTÉGRATION, DÉCENTRALISATION ET COOPÉRATION \*

Éric GAUVRIT

Dix ans après la création au Congo du Comité Scientifique de Diagnostic et de Lutte contre le Sida, se tenait du 30 novembre au 2 décembre 1995 un colloque national sur les Droits et les Devoirs de l'individu face à l'infection à VIH/sida, qui se concrétisait avec la signature de la " Déclaration de Brazzaville " comprenant outre le Gouvernement congolais, les associations et confessions religieuses, ainsi que l'OMS et le PNUD pour les organismes internationaux. Le colloque se tenait à un moment clé de l'histoire de l'organisme chargé de la lutte contre le virus VIH : le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Car ce dernier est aujourd'hui à la croisée des chemins quant à la conduite de sa stratégie d'actions avec les autres institutions – nationales, internationales, non gouvernementales, sanitaires, *etc.* – qui œuvrent dans la lutte contre le sida au Congo.

En effet, malgré sa longévité due à la précocité de la lutte au Congo par rapport à nombre d'autres pays africains, le PNLS se trouve pour l'heure confronté à une crise tant de certitude de sa capacité financière à mener une politique de lutte que de redéfinition de cette politique au sein d'un environnement sanitaire en profonde mutation. Ainsi, en février 1996, le ministre de la Santé, Jean Mouyabi, a appelé la communauté internationale à contribuer au financement de la lutte contre le sida dans son pays. L'effort financier à fournir se montait à près de 1,5 milliard de F CFA pour les années 1996-98. Dans le même temps, le Gouvernement ne pouvait, pour sa part, inscrire au budget 1996 qu'un montant de 100 millions de F CFA, en diminution sensible par rapport aux exercices budgétaires des années précédentes. L'appel à la solidarité internationale intervenait surtout à la suite d'un désengagement progressif des donateurs étrangers : le budget alloué par les bailleurs de fonds par l'intermédiaire de l'OMS était passé de 800 000 dollars en 1989 à 400 000 dollars en 1992 puis à 100 000 dollars en 1995. La fragilité financière du PNLS se couplait à une baisse du poids institutionnel du programme avec l'autonomisation de la sécurité transfusionnelle par le biais de la création du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) en novembre 1995. Il ne restait donc comme activités principales pour le PNLS, " que " l'Information-Éducation-Communication (IEC) et la prise en charge des malades.

Or, ces bouleversements interviennent au moment où, pour la direction du PNLS, il s'agit de dépasser nettement le stade de la connaissance de la maladie pour celui du changement des comportements. Cela implique de nouvelles voies et modalités de communication plus

\* Communication présentée au Colloque *Les Sciences sociales face au sida en Afrique. Bilan et perspectives* (Saly Portudal, 4-8 novembre 1996).



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

spécifiquement tournées vers les personnes aux comportements à risque. Cette stratégie plus fine, plus ciblée, permettant de capitaliser le travail d'IEC entrepris jusqu'alors, doit être à l'œuvre dans le nouveau Plan à Moyen Terme (PMT II) pour les années 1996-1998. Ce Plan se place sous le double signe de la régionalisation et de l'intégration des activités de lutte contre le sida au Congo, à la suite de la mise en place progressive du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), politique sanitaire gouvernementale impulsée et mise en œuvre en grande partie par les bailleurs de fonds.

Il convient donc d'étudier<sup>1</sup> quelles peuvent être les incidences de la mise en place d'une telle politique sanitaire pour la lutte contre le sida à un moment où le programme en charge de la lutte doit faire face à une désaffection présente de ses soutiens institutionnels et financiers. Quelle place le PNLS peut-il occuper dans ce nouveau système sanitaire, reposant sur l'intégration et la décentralisation de toutes les activités de santé publique ?

### **L'intégration et la décentralisation du PNLS au sein du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)**

Le PNDS est une loi de développement sanitaire votée par l'Assemblée nationale congolaise en avril 1992. Il repose sur une organisation pyramidale de la santé, basée sur les soins de santé primaires, avec un système de référence et de contre-référence. La participation communautaire est mobilisée à travers la mise en œuvre de l'initiative de Bamako. Les programmes dits " verticaux " et " centralisés " comme ceux de la lutte contre le sida ou de la tuberculose, par exemple, sont appelés à s'intégrer au corpus général de la santé publique, et ce jusqu'au niveau des structures sanitaires les plus périphériques, les Centres de Santé Intégrés (CSI). Ainsi, les activités de lutte contre le sida ne sont-elles plus l'apanage des seuls personnels du PNLS mais reposent dorénavant sur l'ensemble du personnel de la santé publique, formé à cet effet pour être en mesure de réaliser ce que l'OMS a défini comme le Paquet minimum d'activités dans les CSI, à savoir : les soins curatifs pour les maladies courantes, les soins préventifs pour les groupes à risque, le suivi des malades chroniques et l'éducation pour la santé.

D'ores et déjà, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a entamé son programme d'intégration au sein des structures sanitaires " rationalisées ", c'est-à-dire redynamisées et réorganisées selon les principes du PNDS. Les traitements des malades tuberculeux se trouveront directement dans les CSI ou les hôpitaux de référence. Les perspectives d'intégration des Programmes verticaux à l'instar du PNLT et du PNLS restent problématiques eu égard à la méconnaissance dont est encore l'objet le Plan national de Développement Sanitaire. Une enquête, menée en 1995<sup>2</sup> sur un échantillon représentatif de l'ensemble des professions médicales, du médecin au personnel de salle en passant par les infirmiers et les assistants sanitaires, montrait que plus de 60% de ce personnel n'avait jamais

---

<sup>1</sup> Pour cette étude nous remercions toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à nos questions, et tout particulièrement le docteur Pierre M'Pelé, responsable du PNLS.

<sup>2</sup> GAUVRIT, É. (1996) *Enquête sur la mobilité et le parcours professionnel des personnels du Ministère congolais de la Santé et des Affaires sociales. Rapport final*, LACSES, ORSTOM / mission française de Coopération et d'Action culturelle, ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Congo, 135 p.

entendu parler du terme même " P.N.D.S. ". Pourtant, ce Plan national est appliqué depuis trois ans. Si l'on se réfère cette fois à la capacité de description d'un ou de plusieurs des grands axes du PNDS, le pourcentage d'ignorance s'élève alors à 85%. Surtout, 94% des personnels de l'échantillon ne peuvent décrire correctement ce qu'est le Paquet minimum d'activités. La formation du personnel soignant et social n'a jusqu'à présent pas encore été diligentée par le ministère, fragilisant de la sorte la pérennisation de ce Plan avec la non-implication de ses agents. L'application du PNLS a, il faut le souligner, longtemps souffert des affrontements armés et des troubles qui ont éclaté au Congo en 1993-94, conduisant à la désorganisation et à la paralysie de la sphère étatique. Ils ont mis à rude contribution un système sanitaire déjà précaire avec cette fois-ci en plus un cortège de destructions, de pillages mais également de mouvements des personnels de santé pour échapper aux " épurations ethniques " dans les régions en conflit.

C'est à la lumière de ces difficultés et de la lenteur de sa mise en place que le PNLS justifie depuis plusieurs années sa réticence à se fondre dans le paysage sanitaire élaboré par le PNDS. Déjà, en 1992, à l'issue de la revue du Plan à Moyen Terme (PMT I, 1989-1991), les bailleurs de fonds de la lutte contre le sida reprochaient cette attitude de retrait envers l'intégration de la part du PNLS. Pour ce dernier, l'intégration passait au préalable par une formation adéquate des personnels, une formation d'autant plus cruciale qu'elle se devait d'être " globale ", " étendue ". Cette action de formation devait être renforcée par la viabilisation des structures sanitaires concernées. Là aussi, sur ce plan, le retard accumulé par le PNDS est important. Alors que le Plan était prévu pour durer quatre ans, de 1992 à 1996, seulement une trentaine de CSI seront réhabilités à la fin de l'année 1995 sur les deux cents prévus. Un tel décalage entre le projet et la réalisation concrète conduira le PNLS à adopter une attitude d'attente vis-à-vis du schéma intégrateur du PNDS.

Le second axe du PNDS dans lequel doit s'inscrire le PNLS est la décentralisation. Cette fois-ci, il s'agit de sortir du cadre strictement sanitaire de l'intégration pour étudier dans quel paysage sanitaire, administratif et politique va se réaliser la décentralisation des activités de lutte contre le sida. En effet, l'État congolais se trouve engagé, depuis la transition démocratique, dans un processus de décentralisation très majoritairement inspiré et préconisé par les organisations internationales et les coopérations bilatérales. Avec ce nouveau cadre de référence institutionnel, le Congo va à rebours d'une longue tradition de centralisation extrême sous le Parti unique et emprunte lentement des voies institutionnelles encore inconnues pour lui. Ce qui n'est pas le cas pour toutes les politiques publiques car, en matière de décentralisation, la santé a pu faire parfois figure de précurseur. En effet, c'est dès le début des années quatre-vingts que la Coopération allemande, la GTZ, jetait les bases d'une santé publique décentralisée avec le projet Soins de Santé Primaires dans la région du Niari, alors que la doctrine dominante restait à la centralisation de toute décision et action. Le résultat de ce travail de pionnier en matière de décentralisation des activités publiques servira de trame à la confection du PNDS, qui est une extension à l'ensemble du pays de l'expérience menée au Niari.

Pour sa part, le PNLS, lors de sa création, respectait les tendances centralisatrices communes à la quasi-totalité des programmes nationaux de lutte contre le sida en Afrique, sous les auspices notamment de l'OMS. Pourtant, dès 1989, le PNLS a tenté d'impulser une décentralisation de ses activités par la création de comités régionaux de lutte contre le sida. Le premier mis en place

fut celui de Pointe-Noire le 2 janvier 1989. Les comités régionaux de lutte contre le sida étaient composés de comités multisectoriels qui rassemblaient les représentants des organisations de masse et des départements ministériels présents dans la région et pouvant jouer un rôle dans la lutte contre le sida. Chaque comité régional était présidé par le Commissaire politique de la région, approximativement le Préfet actuel. Le premier vice-président était le directeur régional de la Santé. Le Secrétariat Général, dirigé par un médecin et quelques autres personnels de santé au sein d'un programme régional de lutte contre le sida (PRLS), avait pour mission de mettre en pratique toutes les décisions du Comité régional. Mises en place dans les années 1989-90, ces structures régionales disparurent avec la fin du Parti unique et la transition démocratique dès 1991, sans qu'elles aient pu avoir pour la plupart une activité significative. L'indisponibilité des responsables engagés dans d'autres activités, la mauvaise gestion de ces comités sont à l'origine de leurs disparitions. Seuls ont pu sortir du lot et perdurer tant bien que mal, le Programme Régional de Lutte contre le Sida du Kouilou à Pointe-Noire et du Niari à Dolisie. Pour autant, la lutte contre le sida passait pour ces responsables par le démarchage au quotidien pour trouver des contributeurs financiers en dehors de toute aide financière de la part du PNLS puisque ce dernier fondait l'autonomie et le financement des activités des programmes régionaux sur la vente des préservatifs dont il dotait ces programmes. Tout cela se traduisait donc au mieux par un extrême dénuement des PRLS ou par leur absence totale pour d'autres régions.

Une nouvelle impulsion pour la décentralisation de l'État fut donnée avec la loi 8/94 du 3 juin 1994 fixant les orientations fondamentales de la décentralisation en République du Congo. Le PNLS recevait le début d'un cadre juridique ad hoc avec la loi 17/95 du 14 septembre 1995 relative à la répartition des compétences entre les communes de plein exercice, les régions et l'État. Dans son article 9, la loi stipule que les communes de plein exercice et les régions apportent leur concours à l'État, en particulier dans le domaine de la santé. L'article 19 précise qu'il s'agit d'assurer la construction et la gestion des structures ci-après : dispensaires, infirmeries, CSI, service de santé maternelle et infantile, service d'intervention médicale d'urgence. Pour autant, l'avancée juridique était encore précaire, limitée, puisque aucun décret d'application ne concerne encore la loi 17/95. Les transferts de compétence ne sont pas suivis des transferts financiers correspondants par l'État central, malgré la reconnaissance dans la loi du 3 juin 1994 de l'autonomie financière des collectivités locales comme les régions et les communes de plein exercice.

Sur le plan de la lutte contre le sida, ce nouvel élan vers les régions se traduisait symboliquement par la tenue de la Journée mondiale du sida, le premier décembre 1995, dans la région de la Bouenza autour du projet PNUD de lutte contre le sida. Les missions des membres du PNLS s'accroissaient dans les régions pour essayer de réorganiser les programmes régionaux. Mais, malgré tout, la décentralisation des structures sanitaires et l'intégration des activités de lutte contre le sida se concrétisaient seulement, du moins pour la région du Kouilou, par un changement de dénomination, le Programme régional de lutte contre le sida devenant le service de lutte contre le sida à la Direction Régionale de la Santé. Concrètement, la situation restait inchangée au niveau de la disponibilité budgétaire et des moyens affectés au fonctionnement de la lutte contre le sida dans une ville comme Pointe-Noire. Cela s'inscrit d'ailleurs dans un contexte général de délaissement des zones rurales par le personnel de santé au profit des zones urbaines. A ce titre, une des ambitions du PNLS est de procéder à une

répartition plus égalitaire du personnel du Ministère de la Santé puisque 80% de ce personnel est concentré à Brazzaville et à Pointe-Noire, au détriment des structures sanitaires vidées de tout personnel et matériel dans les zones rurales.

Il ressort de l'enquête<sup>1</sup> menée en 1995 par le LACSES et L'ORSTOM sur le personnel du Ministère de la Santé et des Affaires sociales au Congo, que seulement 30% du personnel interrogé accepterait une affectation en milieu rural. De plus, 75% de ce personnel enquêté ne souhaite pas aller dans une ou plusieurs régions du Congo, ce qui peut sembler élevé et préoccupant pour une meilleure répartition géographique du personnel de ce Ministère. Les raisons de ce refus sont de deux ordres. La première raison, pour les régions du Nord-Congo comme la Likouala, la Sangha et la Cuvette, est d'ordre géographique avec la mise en perspective de l'enclavement, de l'éloignement et des déplacements difficiles dans ces différentes régions. La seconde raison, pour les régions du Pool, de la Lékoumou, de la Bouenza et du Niari est d'ordre politique et est la conséquence des affrontements sanglants qui ont endeuillé le pays en 1993-1994.

Que peut être, avec une telle proportion de désaffection des personnels de santé pour le milieu rural, la réalité de toute politique de décentralisation. Qui plus est quand l'État central doit faire face à une récession budgétaire et à une compression de ses effectifs, et qu'il doit surtout mettre fin à trente ans de pratiques centralisatrices. Cette décentralisation entreprise sous l'impulsion du nouveau credo institutionnel des bailleurs de fonds aboutira-t-elle à une nouvelle définition des rapports centre/périphérie en matière de politiques publiques et vers une meilleure répartition des hommes et du pouvoir, ou bien à l'abandon de régions entières, véritables " friches étatiques ", dans un État resserré sur le " pays utile " tant politiquement qu'économiquement. Dans cette dernière hypothèse, que devient alors l'efficacité d'une politique de prévention sanitaire et de prise en charge des malades du sida subordonnée à des impératifs autres que ceux de santé publique.

### **L'insertion du PNLS dans un système polycentré déséquilibré de décisions et d'actions**

Cela nous amène à étudier un autre facteur important dans la détermination du fonctionnement d'un programme national de lutte contre le sida : l'évolution interactive des rapports entre structures nationales et bailleurs de fonds, l'influence de ces derniers se mesurant à la fois sur le contenant et sur le contenu de la lutte contre le sida. Nous allons nous intéresser ici en particulier à l'évolution du contenant, c'est-à-dire du PNLS, à travers un rappel de son histoire.

En 1985, une première étude est menée par le docteur M'Pelé, futur directeur du Programme National de Lutte contre le Sida au Congo, sur les malades congolais évacués pour cause inconnue dans le service du professeur Gentilini à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Cette étude mettra en évidence que les malades sont atteints par le virus du sida. Au mois de décembre 1985, une mission conduite par les docteurs M'Pelé et Rosenheim se rend au Congo pour communiquer aux autorités sanitaires les résultats de l'enquête. Le Gouvernement congolais approuve le projet de création d'un Comité scientifique de lutte contre le sida, proposé par les

---

<sup>1</sup> GAUVRIT. É. (1996) *Enquête sur la mobilité et le parcours professionnel...* (Op. Cit.)

médecins et par là-même officialise aux yeux de la communauté internationale la présence du virus VIH sur le sol congolais.

Fin 1986, c'est au tour de Médecins du Monde de venir au Congo en consolidant le dépistage systématique des dons de sang à l'hôpital général de Brazzaville, dépistage impulsé par le Gouvernement congolais avec l'achat de deux chaînes Élixa au cours de cette même année. Cet effort de sécurité transfusionnelle sera assuré par Médecins du Monde pour toute l'année 1987, avant que la Coopération française ne prenne le relais à partir de janvier 1988 et ne soit secondé pour le centre de transfusion de Pointe-Noire par la CEE et pour celui de Dolisie par la Coopération allemande (GTZ) et l'OMS. A la fin de 1988, pour généraliser la lutte dans le pays contre les transfusions " sauvages ", " de bras à bras ", le PNLS se verra confier la responsabilité de la mise en place, de la coordination et de la supervision de la transfusion sanguine au Congo. Il conservera cette prérogative jusqu'en 1995 et la création d'un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), financé par la Coopération française.

En mars 1987, l'OMS effectue une mission à Brazzaville auprès des responsables du Ministère de la Santé pour leur proposer de mettre en place un PNLS. Cela sera chose faite le 27 août 1987. Au cours des premières années de fonctionnement, l'apport de l'OMS sera déterminant grâce à sa prise en charge financière et technique totale du Plan à Court Terme de 1987 et du Plan Intermédiaire de 1988. Le point de départ officiel de la lutte contre le sida sera la tenue du symposium national sur le sida à Brazzaville en décembre 1987, financé également par l'OMS. Présidé par l'épouse du Chef de l'État congolais, ce symposium verra la participation de plusieurs membres du Gouvernement et de plus de 200 personnes venues du Congo et de l'étranger réfléchir sur le problème du sida au Congo.

La première réunion avec les bailleurs de fonds a lieu en juin 1988 avec la préparation du premier Plan triennal (1989-1991). Les principaux contributeurs au financement du PNLS sont l'OMS et la CEE. L'OMS finance principalement la gestion et la supervision du programme, la surveillance épidémiologique ainsi que le socio-marketing du préservatif. La CEE se focalise sur l'aménagement et l'équipement du Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Pointe-Noire. Les autres agences sont l'Église Évangélique du Congo, notamment pour le financement d'un guide pédagogique pour l'enseignement du sida et des MST au collège ; la Mission française de Coopération et d'Action Culturelle en faveur de la sécurité transfusionnelle ; la Coopération allemande (GTZ) pour le financement des actions de lutte contre le sida dans le Niari ; la Coopération canadienne pour un projet de lutte contre les MST au Congo ; et enfin l'UNICEF pour l'intégration du volet " prévention du sida " dans les centres de Santé Maternelle et Infantile.

Cette pluralité d'acteurs externes tout au long de l'histoire de la lutte, la répartition technique et/ou géographique des domaines d'intervention conduit à s'interroger sur les répercussions, à la fois d'une telle pluralité d'acteurs, et sur les conséquences d'une dépendance en financement et en technologie pour le fonctionnement de ce programme et les modalités de la lutte contre le sida dans ce pays. La pluralité d'acteurs et leur importance dans le dispositif financier peut mettre en péril l'uniformité des dispositifs de lutte ou bien les contraindre à cela par-delà les adaptations souhaitées par le partenaire national. Ce paradoxe se trouve illustré par la politique d'achats de réactifs. Le choix effectué par le PNLS, notamment au cours des premières années, était bien souvent un choix dirigé en fonction des fournisseurs " souhaités " par les bailleurs de



fonds. Il était alors difficile d'arriver à une homogénéité dans ce domaine des réactifs. Pour la France, par exemple, même s'il y a eu quelques assouplissements depuis, il était fortement recommandé d'acheter des tests à l'Institut Pasteur. Pour l'Allemagne, les tests provenaient du laboratoire Behring. Il n'y avait que les coopérations multilatérales comme la CEE à l'époque où la contrainte du choix dirigé n'était pas autant présent.

*A contrario*, sous l'impulsion de l'OMS qui a été à l'origine de la création du PNLS et l'a soutenu du point de vue financier entièrement pendant les premières années, les activités et les modalités d'organisation du PNLS sont inspirées des recommandations de l'OMS et apparaissent relativement semblables par rapport aux autres PNLS africains, quelle que soit la situation épidémiologique dans ces pays, et les spécificités politiques, économiques, sociales que ces pays renferment.

Toute volonté d'autonomisation peut se trouver d'autant plus fragilisée que la dépendance financière est importante. Le PNLS est étroitement lié budgétairement à l'OMS, par exemple, et toute crise financière au niveau de cet organisme peut avoir une répercussion pour le suivi des activités du PNLS, notamment au niveau administratif. L'arrêt de la contribution de l'OMS au budget du PNLS placerait celui-ci dans une incertitude inquiétante pour son maintien. Ainsi, le docteur M'Pelé résume-t-il la situation en ces termes : « Nous dépendons pour l'établissement de toute stratégie de lutte, de l'apport financier des agences étrangères. Je ne dispose pas moi-même de l'argent nécessaire à l'établissement de la politique que j'estime la plus juste pour lutter contre le sida, bien sûr en association avec tout le monde. Cet argent est détenu par des agences comme l'OMS ou l'UNICEF et est débloqué avec la prise en compte de directives qui reflètent bien souvent une politique de lutte commune qui ne montre pas la différence, la spécificité, l'originalité des continents et des pays concernés. »<sup>1</sup>

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de la présence financière réduite d'États africains comme le Congo dans la lutte contre le sida, par-delà les difficultés budgétaires inhérentes à beaucoup de pays. Les raisons du non-engagement de l'État congolais dans la lutte contre le sida sont peut-être de deux ordres : tout d'abord, le sida n'est tout simplement pas considéré comme une priorité dans un pays où tout se retrouve être prioritaire ou plus prioritaire en ce cas que la lutte contre le sida. Ensuite, au début de l'épidémie, la communauté internationale disposait de fonds importants. En 1987, le budget de la lutte contre le sida à l'OMS avoisinait les 200 millions de dollars. Il y avait alors suffisamment d'argent pour l'aide internationale, d'autant plus que tous les programmes nationaux n'existaient pas et que les politiques de lutte n'étaient pas aussi développées qu'aujourd'hui.

Cette forte solidarité et mobilisation internationale, en donnant dans des pays précurseurs dans la lutte contre le sida comme le Congo, les moyens de lutter, a eu semble-t-il pour conséquence le désengagement de l'État privilégiant alors d'autres priorités nationales. En conséquence, pour le cas de la politique de lutte contre le sida au Congo, nous nous retrouvons dans un système polycentrique dont le déséquilibre se trouve symbolisé dans la dialectique inégale entre une volonté d'édifier une " politique globalisante " et une volonté de s'en tenir à une " politique de projets ". Cette deuxième option peut conduire à un " partage des tâches " entre les différents acteurs de ce système, acteurs porteurs de stratégies sanitaires parfois différenciés.

---

<sup>1</sup> Docteur M'Pelé. Programme National de Lutte contre le Sida, entretien conduit le 6/1/95.

Ces stratégies, si elles peuvent être complémentaires voire proches, ne restent pas moins tributaires des volontés propres de chaque membre du système polycentré. Un exemple peut être fourni par l'arrêt en 1996 des fournitures de préservatifs par l'OMS au PNLS. Dans ce cas, le PNLS doit adopter la solution du recouvrement des coûts pour ne pas être totalement démuné à un moment où la demande des préservatifs est sans doute croissante.

Ce partage des tâches, tant sur le plan technique que sur le plan géographique, que l'on retrouve également avec le PNDS, peut-elle aboutir à une " politique des comptoirs " de la part des bailleurs de fonds, agissant dans le domaine sanitaire et dans celui de la lutte contre le sida comme les nations occidentales en Chine au début du vingtième siècle avec la mise en place de zones d'influence exclusives ? Par voie de conséquence, quel peut être le devenir d'une politique nationale et globale de lutte contre le sida ? Où se situeraient les pôles unificateurs de ce système ? Les volontés centrifuges, " autonomistes " augurent-elles d'une " politique concessionnaire " de la lutte contre le sida, restreinte à des projets ponctuels et circonstanciés ? Et ce d'autant plus que depuis plusieurs années, les coopérations multi et bi-latérales mettent l'accent sur le credo de la promotion de la " société civile ", pour pallier les insuffisances et/ou aux inconvénients de la sphère étatique.

### **Le PNLS confronté à la revendication associative**

Le Congo a une courte expérience des ONG car il a été longtemps un pays centralisé par le Parti unique qui avait ses propres organisations. Ce n'est que depuis l'ouverture démocratique et la tenue de la Conférence Nationale Souveraine en février-juin 1991 que se développent les associations. Elles prendront un nouvel essor en 1994 avec la mise en place par la France du Fonds Spécial de développement (FSD) qui avait pour vocation d'aider des collectivités locales et des mouvements associatifs. Aujourd'hui, plus d'une vingtaine d'associations œuvrent totalement ou partiellement dans la lutte contre le sida. Mais si ce nombre est en augmentation constante, leurs actions restent dans l'ensemble assez restreintes et limitées en fait à quelques-unes de ces associations. La majorité des associations souffrent en effet d'un manque d'appui financier. Ce qui fait que la plupart des ONG, sinon presque toutes, travaillent dans l'information et l'éducation, travailler dans la prise en charge des malades demandant davantage, trop de moyens. La " société civile " a joué depuis la création du PNLS un rôle déterminant dans la diffusion des messages préventifs. Il est intéressant de voir en cela comment l'évolution socio-politique du pays a conditionné pour partie les modalités des relations entre le PNLS et les acteurs de cette " société civile ".

Avant 1991 et la chute du Parti unique, les organisations de masse prédominent et conditionnent toute action civile aux impératifs du Parti-État. C'est ainsi qu'en matière de lutte contre le sida, la mobilisation communautaire sous le PMT I (1989-1991) se concrétise sous la forme des groupes d'action info-sida (GAIS), créés par le PNLS. Ces groupes de trois personnes volontaires allaient à la rencontre de la population dans les quartiers, les écoles, les entreprises pour propager les messages préventifs. Ils trouvaient des relais pour leur travail dans les organisations de masse qui structuraient alors la population civile congolaise : les jeunes avec l'Union de la Jeunesse Socialiste Congolaise (UJSC), les femmes avec l'Union Révolutionnaire des Femmes du Congo (URFC) et les travailleurs avec la Centrale Syndicale du Congo (CSC).

La participation des GAIS à la lutte contre le sida s'est terminée avec la fin du Plan triennal en 1991 au profit des campagnes de prévention utilisant les médias.

A la même période, le processus de transition démocratique a démantelé les organisations de masse de l'ancien Parti unique pour laisser la place aux associations. Ainsi, à l'époque du Monopartisme et des GAIS, le contrôle du PNLS sur l'action des groupes était particulièrement présent. Chaque GAIS devait rendre un rapport exhaustif de ses activités déterminées au niveau du PNLS. L'arrivée des associations va aboutir dans un premier temps à un contrôle toujours puissant du PNLS sur ces nouvelles structures. Cela était dû au fait que le PNLS est bien souvent à l'origine de la création de plusieurs associations œuvrant dans la lutte contre le sida. Il s'agit, par exemple, de l'AJISMST (Association des Jeunes pour l'Information sur le Sida et les MST), de la LIFSO (Ligue Fraternelle de Solidarité). La LIFSO est la seule organisation des malades du sida au Congo. D'autres associations peuvent avoir des membres du PNLS dans leur bureau directeur.

Nous voyons donc que, dans une certaine mesure, le PNLS a pu " accompagner " l'expansion du mouvement associatif et l'intégrer à la lutte contre le sida. Dans ces conditions, le PNLS représente pour ces associations un appui technique, un instrument de formation mais rarement un appui financier. Et ce malgré la décision de la Conférence de Yaoundé, en 1992, de verser 15% des budgets des PNLS aux ONG. L'absence de support financier, le renouveau incessant des associations vont conduire progressivement à l'instauration d'un continuum de proximité des associations vis-à-vis du PNLS. Il ne s'agit pas ici de définir des " francs-tireurs " du domaine associatif œuvrant dans la lutte contre le sida, mais de voir comment un blocage, réel ou supposé, d'une aide financière de la part du PNLS a conduit certaines associations à s'autonomiser des directives du PNLS, en cherchant ailleurs des sommes de financement directement parmi les bailleurs de fonds. Par exemple, l'association Thomas Sankara a dirigé en 1995 l'implantation de plusieurs panneaux d'information sur le sida, grâce au financement conjoint de trois Coopérations bilatérales. Dans le même temps, la direction du PNLS prônait la fin de l'information de masse, déjà effectuée, au profit d'une information plus ciblée sur les changements de comportements. Cet écart entre la politique nationale et les activités menées par des ONG peut rendre ainsi pluriel le discours préventif, en fonction de l'association qui se l'approprie.

Pour conclure, le PNLS au Congo, actuellement à la recherche d'une identité bouleversée par des transformations incessantes dans le paysage sanitaire de ce pays, peut s'avérer être un indicateur de l'évolution des structures de lutte contre le virus VIH et par là-même de l'histoire de la lutte contre le sida dans un système sanitaire donné. En même temps qu'une stabilisation de la progression de l'épidémie dans plusieurs pays africains comme le Congo, nous pouvons nous demander si nous n'assistons pas à la transformation d'une politique de lutte contre une épidémie à une politique de lutte contre une endémie. Dans ce cas, si la décennie 1985-95 avait vu s'accroître le nombre et la place des PNLS dans les systèmes sanitaires africains, assisterons-nous alors à la continuation d'un tel phénomène pour la prochaine décennie ou bien à la " rentrée dans le rang " sanitaire des PNLS en Afrique et à la fin de " l'exceptionnalité " de la lutte contre le sida ?



## LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU SÉNÉGAL

### ENTRE PRÉVENTION ET NORMALISATION SOCIALE

Karine DELAUNAY

#### Contexte général

« Modèle de stabilité politique », tel apparaît encore aujourd'hui le Sénégal (*cf.* Michailof, 1993 : 28). Pays entretenant des liens privilégiés avec la France depuis les temps coloniaux de l'AOF (Afrique Occidentale Française), devenu l'un des pays phares de la francophonie, le Sénégal est plus précisément apparu comme une « vitrine de la démocratie » en Afrique, notamment au vu de son ouverture progressive au multipartisme à compter de 1974 et du retrait volontaire, en 1980, de L. S. Senghor de la tête de l'État – à laquelle il avait accédé à l'Indépendance – au profit de l'actuel Président, A. Diouf. Comme le souligne G. Duruflé (1994 : 10-11 et 97-99), c'est, entre autres, parce que la diplomatie sénégalaise a su « vendre » cette image et « jouer » de cette position internationale que le Sénégal a été en mesure de bénéficier, au cours de la décennie 1980, d'un volume d'aides bi- et multilatérales double de celui reçu par la Côte-d'Ivoire et triple de celui accordé au Ghana. Parallèlement, le Sénégal peut se prévaloir d'un statut de pionnier dans la conduite de certaines réformes, telle que la décentralisation amorcée en 1972 ou la mise en œuvre d'une politique de soins de santé primaire avec recouvrement des coûts initiée en 1975 dans la banlieue de Dakar.

Précisons aussi que le Sénégal a été le premier pays d'Afrique subsaharienne à signer un Plan d'Ajustement Structurel (PAS) avec la Banque Mondiale en 1980. De fait, la transition politique de la fin des années 1970 s'est opérée dans un contexte de crise du schéma de développement sénégalais fondé sur la production arachidière, crise qu'une « économie d'endettement international » (Duruflé, 1994 : 14) n'a pu longtemps masquer, aggravant même les déséquilibres structurels. En sorte que sur la période allant de l'Indépendance à la fin des années 1980, on a assisté à une nette dégradation des conditions de vie des populations sénégalaises (qu'il s'agisse des paysans du bassin arachidier ou des ménages dakarois), accroissant la précarité du plus grand nombre mais aussi les inégalités au profit d'une petite minorité urbaine. Le chômage, et notamment le chômage des jeunes qui constituent la majorité de la population (en 1988, 58% de celle-ci avait moins de 20 ans), s'est accru, favorisant un phénomène d'« informalisation de l'économie » dans les villes où se concentraient près de 40% des habitants en 1988 (taux qui pourrait atteindre 56% en 2015, avec 30% de la population totale dans la seule capitale, Dakar, selon les estimations officielles) ; cette urbanisation soutenue est à mettre en relation avec la forte mobilité de la population sénégalaise, à la fois au sein du territoire national (particulièrement des campagnes vers les villes) et entre le Sénégal et l'extérieur (Afrique et Europe). Dans ce contexte, les



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

tensions sociales ont tendance à s'exacerber, contribuant à expliquer ces crises récurrentes que sont les manifestations et grèves étudiantes ou la lutte séparatiste en Casamance, mouvements venant pour le moins tempérer l'image d'une parfaite stabilité politique.

Un tel contexte socio-économique rassemble un certain nombre de conditions ayant pu faire craindre *a priori* à une expansion de l'infection à VIH. Or le taux de prévalence du Sénégal, aujourd'hui inférieur à 2% dans la population générale, est demeuré l'un des plus bas de l'Afrique subsaharienne. Un facteur séro-épidémiologique peut avoir contribué à ce phénomène : le Sénégal constitue, avec la Guinée Bissau et le Cap Vert, le foyer initial du VIH 2, moins virulent que le VIH 1 et ayant pu freiner l'expansion de ce dernier. Mais le PNLS sénégalais entend mettre avant tout l'accent sur sa stratégie d'action en matière de prévention des risques d'infection, une stratégie qui se veut “exemplaire” et a reçu les satisfecit des évaluateurs internationaux. Reste que celle-ci donne lieu à des discours de valorisation nationale et de normalisation sociale soulignant l'ambiguïté du « dialogue politique » que le PNLS aurait impulsé autour de la question du sida. Sans passer en revue l'ensemble des actions conduites au Sénégal ni étudier les différents plans mis en œuvre<sup>1</sup>, il s'agit ici de donner quelques éléments d'appréciation de ces deux aspects de la politique de prévention développée par le PNLS.

### **Les acquis du PNLS**

Constitué en 1986, année de la déclaration des premiers cas de sida au Sénégal, le PNLS a été coordonné par un Comité national pluridisciplinaire de prévention du sida institutionnalisé en 1990 par arrêté du ministère de la Santé. Schématiquement, l'évolution du Programme a suivi les directives de fonctionnement émanant de l'OMS, notamment quant au développement de la multisectorialité et de la décentralisation prôné dans le cadre du lancement des PMT 2 (2èmes Plans à Moyens Termes), après que l'évaluation des PMT 1 ait constaté la mise en œuvre d'une approche trop strictement médicale et une structuration trop verticale des Programmes. Dans le contexte sénégalais, cette orientation a été soutenue par l'engagement du président de la République, A. Diouf, en particulier au cours de la Conférence de l'OUA (Organisation de l'Unité Africaine) tenue en juillet 1992 à Dakar qui a abouti à une déclaration commune des chefs d'État et de gouvernement de cette organisation en faveur d'une plus grande implication des dirigeants dans la lutte contre le sida sur le continent. De fait, le PNLS du Sénégal ne revendique pas tant son “exemplarité” en considération de sa conformité aux directives de fonctionnement de l'OMS que de sa capacité à initier une dynamique propre dans le cadre national.

#### *Un Comité inscrit dans la durée*

Contrairement à d'autres Programmes qui, en Afrique, ont connu une rotation rapide de leur personnel, le PNLS du Sénégal peut se prévaloir d'avoir constitué une équipe de coordination durable. En particulier, trois personnalités en ont fait la réputation : Souleymane Mboup, Awa Marie Coll-Seck et le coordinateur du Programme, Ibra Ndoye.

---

<sup>1</sup> Pour une première analyse de ceux-ci, voir Sarr F. [1998].

Le Professeur S. Mboup, chef du laboratoire de bactériologie-virologie de l'hôpital Le Dantec de Dakar, a acquis sa renommée en tant que partenaire d'équipes de recherche du Nord dont les travaux ont permis d'isoler et d'étudier le VIH 2, virus découvert en 1986 et présent dans d'autres pays d'Afrique de l'ouest conjointement au VIH 1. Le Pr. Mboup tend ainsi à incarner les compétences nationales en matière de recherche<sup>1</sup>, ce que cautionne sa participation à de nombreuses publications scientifiques internationales; coordinateur de la convention interuniversitaire de recherches Dakar-Tours-Limoges, il est “naturellement” devenu le président du groupe “recherche et surveillance épidémiologique” du CNLS, le laboratoire dont il a la responsabilité abritant parallèlement le Centre national de statistiques pour le diagnostic du VIH qui assure la publication du bulletin épidémiologique du Sénégal<sup>2</sup>. Du fait de ce positionnement, il a été l'initiateur du Réseau africain de recherche sur le sida implanté dans les différents pays de l'Afrique de l'ouest ainsi qu'au Cameroun et au Zaïre et dont il est le secrétaire général.

Le Professeur A. M. Coll-Seck se trouvait directement confrontée au problème du sida en tant que chef du service des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar, service au sein duquel a par ailleurs été constituée la première association sénégalaise de personnes vivant avec le VIH en 1991. Reste que, dans un contexte de faible prévalence et face à la promotion antérieure d'autres acteurs en matière de recherche (notamment celle du Pr. Mboup), elle n'a pas été en mesure de s'imposer dans le cadre institutionnel du Comité à hauteur de ce que sa spécialité et son rang lui permettaient *a priori* de faire valoir. Cependant, elle a su valoriser son expérience en investissant de plus en plus nettement le domaine de la réflexion sur les conditions et conséquences socio-économiques du développement de la pandémie, au Sénégal en particulier, en Afrique en général, domaine au sein duquel elle a pu revendiquer une expertise spécifique, non strictement médicale. Présidente du groupe “clinique et counselling” du CNLS, elle a participé à l'élaboration d'un guide de counselling paru en 1991 qui marque l'entrée en activité effective de ce groupe. Elle a parallèlement pris la tête des antennes sénégalaises de deux ONG internationales, la SWAA (*Society for Women and AIDS in Africa*) et l'OPALS (Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida); là comme dans d'autres pays, cette implication dans le secteur non gouvernemental tient en particulier à la nécessité de soutenir et prolonger une activité médicale ayant à s'effectuer dans des structures sanitaires souffrant d'un manque de moyens et de personnels aggravé par les restrictions opérées dans les budgets de santé en liaison avec les mesures d'ajustement structurel. Cette implication n'en a pas moins participé à la construction de la réputation internationale du Pr. Coll-Seck et a motivé son intégration récente à l'équipe ONUSIDA de Genève.

Le Docteur I. Ndoye, gynécologue de formation, apparaît en première instance comme l'exemple-type d'un acteur ayant occupé une position marginale dans le système de santé et dont l'implication dans la lutte contre le sida a assuré la promotion. De fait, celui qui était vu comme un “docteur des prostituées” parce qu'il pratiquait dans une clinique de traitement des MST, a su, grâce à ses qualités d'habile négociateur et de fin politique – aujourd'hui reconnues par l'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida –, se maintenir à la tête du PNLS et en assurer la coordination. Bien plus, il a su lui donner une configuration spécifique à la

1 Compétences qui vaudront notamment à Dakar d'être sélectionné par la Coopération française et l'ANRS parmi les quatre sites retenus pour le renforcement des capacités de recherche.

2 Seul centre de confirmation par Western Blot des sérologies positives. ce laboratoire a été équipé, en 1997, de la première unité “PCR et charge virale”.

croisée des pressions des bailleurs de fonds, des intérêts politiques nationaux et des forces sociales en présence, tirant parti de son propre capital relationnel et de son itinéraire personnel.

*Un programme ayant pris dès sa création des mesures de prévention médicale du risque de transmission*

Suivant là les recommandations émises au niveau international, le PNLS a très tôt développé un programme de sécurité transfusionnelle ; concernant 13 banques de sang (sur les 10 régions que compte le pays), ses résultats apparaissaient, au début des années quatre-vingt-dix, meilleurs que dans d'autres pays d'Afrique, bien que sa mise en œuvre effective soit demeurée dépendante des problèmes d'approvisionnements en réactifs et de maintenance du matériel. Par ailleurs, dès sa création et, cette fois, contre l'avis de l'OMS – qui n'émettra des recommandations dans ce sens qu'au début des années quatre-vingt-dix –, le PNLS a intégré à la lutte contre le sida la lutte contre les MST, dont on sait qu'elles constituent un co-facteur important dans le risque de transmission sexuelle du VIH. Ainsi la surveillance épidémiologique des MST a-t-elle débuté dès 1989 et s'est-elle accompagnée d'un programme de formation des praticiens et de diffusion d'algorithmes cliniques et thérapeutiques en vue d'améliorer la prise en charge de ces maladies jusqu'au niveau périphérique ; ce programme se poursuit aujourd'hui, notamment par le renforcement des laboratoires régionaux et de districts pour le diagnostic des MST.

Pour reprendre les propos du Dr. Ndoye lors d'un entretien qu'il nous a accordé (3.09.96), « au Sénégal, il a tout de suite été mis en avant que le sida est une maladie sexuelle et que la lutte contre le sida doit être partie prenante de la lutte contre les MST ». Cette orientation initiale est à relier au parcours personnel du Dr. Ndoye mais aussi aux conditions dans lesquelles s'est construite l'expertise sénégalaise en matière de recherche ; en effet, c'est à partir de cliniques MST qu'ont été prélevés des sérums ayant permis l'étude du VIH 2 et en relation avec ces mêmes cliniques que fonctionne la convention interuniversitaire de recherche coordonnée par le Pr. Mboup. Or le fonctionnement de telles cliniques (créées dans les années soixante-dix à Dakar, Saint Louis et Kaolack) est liée à la réglementation de la prostitution au Sénégal, soumettant les prostituées inscrites au fichier de la prostitution à des visites médicales régulières. D'une certaine façon, l'image initiale du Dr. Ndoye n'était donc pas infondée ; mais il a su la convertir en faisant du contrôle de la prostitution l'un des éléments essentiels de la lutte contre le sida au Sénégal, en parallèle avec la multiplication des centres MST et leur intégration à la stratégie des soins de santé primaire.

Outre la constitution, depuis 1988, d'une cohorte de 900 prostituées à Dakar pour le suivi épidémiologique (accompagné d'une prise en charge médicale) en liaison avec les études dont est partie prenante le Pr. Mboup, dès 1987, le PNLS orientait l'action de promotion des préservatifs vers les « groupes à risque » en conduisant notamment celle-ci dans les structures sanitaires fréquentées par ces groupes et en veillant à assurer l'approvisionnement en préservatifs des dites structures ; on l'aura compris, il s'agissait notamment d'entreprendre



des activités “ d’éducation ” destinées aux prostituées<sup>1</sup>, ce qui se doublait d’une action “ incitative ” en direction des prostituées « clandestines » pour les amener à s’inscrire au fichier sanitaire et social de la prostitution. Dans ce cadre, était préconisé, à l’issue du Forum national sur le sida de 1992, le renforcement de la collaboration entre les services MST et la brigade des mœurs pour la prise en charge des prostituées « officielles » et « clandestines » ; mesure évoquée aujourd’hui dans les récits populaires sous la forme de rafles nocturnes et de “ chasses aux prostituées ” qui auraient eu lieu dans des villes telles que Kaolack, principal nœud routier situé au centre du pays et considéré, de fait, par les responsables du PNLS comme une zone particulièrement « à risque »<sup>2</sup>. Cette politique de prévention et prise en charge des MST, prolongée aujourd’hui par des programmes de “ reconversion ” et “ réinsertion ” des prostituées dont l’extension à travers le pays était préconisé à compter du Plan d’action 1992/93, a certes permis de réduire les risques de contamination auxquels sont exposées les prostituées, le taux moyen de prévalence parmi elles ayant ainsi été maintenu à un niveau inférieur à 15% à l’échelle nationale.

Reste que l’intégration précoce des MST au programme sida s’est opérée dans un contexte particulier où le fait, pour le PNLS, de faire du sida « une maladie sexuelle » se traduisait par une procédure de désignation de la prostitution prenant appui sur les mesures de contrôle existantes pour les renforcer encore. Dès lors, le PNLS donnait une inflexion particulière aux campagnes de prévention dans la population générale.

#### *Des axes privilégiés d’action en matière d’IEC*

Dans l’entretien déjà cité, le Dr. Ndoye évoquait, comme autre caractéristique du PNLS au Sénégal, un engagement particulier dans le domaine de l’IEC (Information, Éducation, Communication) au sein de la population générale et auprès des jeunes. Cet engagement a reposé sur une stratégie d’implication allant des “ communautés ” jusqu’au leaders politiques. Ainsi, dans les années quatre-vingt-dix, en même temps qu’était engagée la décentralisation du Programme par la création de Comités régionaux de lutte contre le sida (présidés par les gouverneurs de région et coordonnés par les médecins-chefs), les organisations non gouvernementales et les associations se voyaient représentées au sein du Comité national par l’intermédiaire du président du Conseil des ONG de lutte contre le sida du Sénégal (AFRICASO-Sénégal), Conseil constitué en 1992 et dont le PNLS a appuyé la restructuration et le « renforcement institutionnel » en 1997. Parallèlement, après l’engagement personnel du président de la République lors du Sommet de l’OUA de 1992, des Journées parlementaires d’information sur le sida étaient organisées en 1996, en vue de sensibiliser les députés et les amener à prendre une part active à la lutte contre le sida dans leur circonscription. En outre, en plus de la Journée nationale sur le sida, des semaines “ Femmes et sida ” et “ Jeunes et sida ” ont été organisées par le PNLS ; plus généralement, les canaux de diffusion de l’information sur le sida ont pris appui non seulement sur le maillage sanitaire et les centres

<sup>1</sup> Au même moment, les activités du PNLS prenaient également sur les centres de planification familiale (le ministère de la Santé ayant lancé un Programme national de planification familiale en 1991, relayé par une bonne centaine de centres publics à travers le pays), mais il s’agissait là de délivrer des informations sur le sida en les intégrant au volet MST du programme de PF sans qu’il soit directement question de la promotion des préservatifs ni d’un approvisionnement en préservatifs de ces structures.

<sup>2</sup> Un programme d’éducation sera d’ailleurs conduit à compter de 1989/90 au sein d’une « population de prostituées » recrutée à partir de la clinique MST de Kaolack.

de planification familiale mais également sur les structures scolaires, comme aussi sur les groupements de jeunes et de femmes ou les classes d’alphabétisation dans le cadre de projets régionaux associant diverses ONG.

Cela étant, cette diffusion de l’information n’a pas été réalisée en divulguant « n’importe quel message, mais des messages adaptés au contexte sénégalais » comme le revendique le Dr. Ndoye. Ainsi, alors qu’un volet du Plan élaboré en 1987 concernait l’étude des « résistances culturelles » à l’utilisation du préservatif au sein des « groupes à risque », dès 1988, était par ailleurs conduite une « évaluation du point de vue des chefs religieux sur une campagne d’éducation sur le sida » (Dioume, 1988)<sup>1</sup>. De fait, le PNLS sénégalais a prioritairement recherché, dans l’élaboration d’un message de prévention, l’établissement d’un consensus avec les milieux religieux : en faisant du sida « une maladie sexuelle », il était conduit à évoquer des comportements individuels relevant du plus intime de la vie de chacun, la sexualité ; or, considérant qu’il s’agissait là d’un “ sujet tabou ” dans “ la culture africaine ”, ces comportements furent moins appréhendés en tant que pratiques que dans leur relation à une “ conduite morale ” vis-à-vis de laquelle la parole religieuse était perçue comme légitime. Considérations que le Dr. Ndoye a pu résumer en ces termes : « Dans des pays religieux comme le Sénégal, il est à notre avis plus stratégique de prioriser la promotion de la dimension morale dans la problématique de changement de comportement sexuel que requiert le sida »<sup>2</sup>.

Dès 1989, le PNLS établit un protocole d’accord avec une ONG musulmane, Jamra, pour la sensibilisation des milieux islamiques ; précisons que c’est le président de cette même ONG qui prendra, en 1992, la tête du Conseil des ONG de lutte contre le sida au Sénégal et fera ainsi son entrée au CNLS. Conçue comme partie intégrante du « dialogue politique » initié par le PNLS au sujet du sida et, en tant que telle, soutenu par des organisations internationales, cette stratégie sera couronnée par l’organisation de Colloques nationaux fortement médiatisés. Le premier, tenu en 1995 et co-organisé par le PNLS et Jamra, avec l’appui du Projet américain AIDSCAP (financé par l’USAID), a pris pour thème “ Sida et religion : les réponses de l’islam ” ; le ministre de la Santé en faisait, dans son allocution d’ouverture, « une étape importante dans les orientations futures de la lutte contre le sida dans notre pays. Vos assises contribueront sans aucun doute à faire accepter par les populations, et notamment les couches les plus exposées, que le respect des prescriptions religieuses et une compréhension lucide du message coranique, permettent d’adopter des comportements qui les éloignent de la maladie du sida »<sup>3</sup>. Le second, tenu l’année suivante et co-organisé par le PNLS et une ONG d’obédience catholique, Sida Service, avec l’appui du même Projet américain, a pris pour intitulé “ Sida et religion : les réponses des églises chrétiennes ” ; le ministre de la Santé déclarait alors qu’il constituait « l’illustration la plus éloquente de la tolérance et du dialogue inter religieux dans notre pays »<sup>4</sup>. De fait, l’organisation de ces Colloques concrétisait les acquis d’un lent travail de terrain que le Programme National et les deux ONG citées avaient conduit qui, depuis la

1 En 1994, une nouvelle enquête sera conduite auprès des « leaders et décideurs politiques et religieux sur les questions relatives à l’épidémie VIH et SIDA » par ACI (Africa Consultants International) pour le compte de AIDSCAP dans le cadre du volet « dialogue politique » de son programme de soutien au PNLS.

2 Introduction aux *Actes du Colloque sida et religion : réponses des églises chrétiennes* (Dakar, 9 et 10 janvier 1996).

3 Cité dans Bagde E. et *al.*, 1997 : 32.

4 Cité dans Bagde E. et *al.*, 1997 : 39.

sensibilisation “ de proximité ” au sein des communautés et parmi les « leaders » religieux jusqu’à l’élaboration de manuels à leur intention, a permis de faire des religieux des partenaires de la lutte contre le sida, ceux-ci n’érigeant plus le sida en malédiction divine mais le considérant bien comme une maladie évitable par l’adoption de comportements à moindre risque. Le succès de ce lent travail, manifesté par la tenue des deux Colloques cités, a participé à ce que le Sénégal apparaisse comme un modèle de concertation et de mobilisation face au sida, exemplarité qui se traduit par l’organisation, à Dakar, fin 1997, d’un autre Colloque “ sida et religion ”, cette fois international, dont les conclusions ont entériné le positionnement des religieux en tant que « médecins spirituels ».

Dans ce contexte, le message de prévention diffusé par le PNLS a fait du préservatif un dernier recours, sous la forme « abstinence, fidélité sinon préservatif », message relayé par des ONG telles que Jamra par la promotion d’un « préservatif moral ». Soit un message que l’on retrouve ailleurs en Afrique (par exemple en Côte-d’Ivoire) mais qui, par son insistance toute particulière sur des valeurs morales de normalisation des comportements, donne lieu, dans un contexte de faible prévalence, à un discours de valorisation pour le moins ambigu.

### **Politique préventive et discours de valorisation**

Par une sorte de raisonnement tautologique, les termes de la stratégie préventive sont inversés de sorte que la faible prévalence au Sénégal se trouve rapportée à sa « morale religieuse » ; ainsi le Dr. Ndoye peut-il déclarer en 1992, dans un quotidien national, que « la faible prévalence dans notre pays est liée à la morale religieuse d’ensemble même s’il existe des cas de perversion individuelle »<sup>1</sup>.

#### *Préservatif et « vagabondage sexuel »*

Dès 1990, la question de l’accès aux préservatifs pour le plus grand nombre était posée par une étude conduite sous l’égide de ENDA, ONG de développement dont l’implication dans la lutte contre le sida a été très précoce et a notamment concerné les jeunes. Cette étude concernant la ville de Dakar soulignait, d’une part, le problème du prix des préservatifs vendus en pharmacie (près de 200 F.CFA l’unité) et, d’autre part, celui de la fiabilité de certains d’entre eux au vu des tests publiés au Nord (Bacha, 1990). La même année, une enquête mettait en lumière certaines ambiguïtés de la perception du risque parmi des lycéens de Dakar : alors qu’ils estimaient être bien informés sur le sida, 80% d’entre eux considéraient ne pas faire partie des « groupes à risque » (Gassama & Thiam, 1990) ; certes, cette enquête précédait-elle l’introduction de programmes IEC/sida au sein des structures scolaires et intervenait dans un contexte où la promotion du préservatif, on l’a vu, était orientée vers un groupe spécifique, les prostituées. Cependant, en 1992, lorsqu’est initiée la formation des enseignants à l’IEC/sida, le support destiné aux élèves du primaire, sous forme d’un livret intitulé *Attention sida* et édité sous l’égide du PNLS, évoque les modes de transmission du VIH en affirmant, après avoir cité les transfusions avec du sang non testé et l’utilisation de seringues non stérilisées, « le sida s’attrape surtout par le vagabondage sexuel » ; cela sans

---

<sup>1</sup> *Wal Fadji* du 7.08.1992.

autre spécification des risques de transmission par voie sexuelle et sans que figure aucune mention du préservatif tout au long du fascicule (*cf.* Osborn, 1992).

De fait, un programme de marketing social des préservatifs ne sera lancé que plus tardivement, à compter de 1995/6. Il s’agit là, pour le Dr. Ndoye, d’un élément de la stratégie préventive au Sénégal : selon lui, « contrairement à l’Europe où le préservatif était intégré aux discours sur la sexualité et aux pratiques sexuelles, au Sénégal il n’était pas possible d’en parler aussi directement » ; l’introduction d’un programme de marketing social des préservatifs devait donc être « préparée » par la diffusion d’un « message adapté, qui puisse être entendu et auquel ont pu adhérer les imam et les autorités chrétiennes » devenus ainsi des relais (entretien du 3.09.96). Dans ce cadre, si le marketing social des préservatifs a été développé avec l’appui de la coopération américaine comme dans d’autres pays africains, le PNLS lui a donné, au Sénégal, une inflexion particulière. En particulier, alors que le Burkina Faso et la Côte-d’Ivoire ont adopté, à partir de 1991, une stratégie extensive d’établissement de points de distribution de préservatifs de la marque “ Prudence ”, vendus au prix de 100 F.CFA le paquet de quatre, et lancé de vastes campagnes de promotion, y compris par la formation de jeunes pour une diffusion inter-individuelle de l’information, cela avec l’appui d’une ONG américaine spécialisée, PSI (Population Services International, financée par l’USAID), le Sénégal, dans le cadre d’une collaboration amorcée en 1993 avec le Projet AIDSCAP (AIDS control and prevention Project, également financé par l’USAID), a pour sa part opté pour une distribution de préservatifs *via* la Somarc au prix de 150 F.CFA le paquet de trois et en donnant d’abord l’exclusivité de leur vente aux officines pharmaceutiques. Tandis qu’une responsable de AIDSCAP au Sénégal reconnaissait, lors d’un entretien qu’elle nous a accordé (4.08.98), qu’il avait fallu « tenir compte des spécificités socio-religieuses » pour la réalisation du programme de promotion des préservatifs, force est plus généralement de reconnaître que la stratégie adoptée en la matière est marquée par la prégnance de l’opinion morale exprimée dans un quotidien national par le président de l’ONG Jamra en 1997 : « Les divergences que nous pouvons avoir avec d’autres approches réside dans la stratégie de marketing social du préservatif... Nous disons que l’islam ne condamne pas le préservatif parce que vous ne trouverez nulle part le mot préservatif dans un verset du Coran. Ce que l’islam condamne, c’est ce que la morale condamne et c’est ce qu’un responsable politique conséquent peut condamner, c’est-à-dire une certaine distribution anarchique qui encourage la débauche »<sup>1</sup>.

Certes, la promotion du préservatif a-t-elle également pris appui sur les structures sanitaires et les centres de planification familiale et s’est-elle accompagnée de mises à disposition gratuite dans certains lieux (tels que des dancings<sup>2</sup>) avant même le lancement du programme de marketing social ; de même, cette promotion est-elle relayée par des ONG telles que ENDA ayant formé certains jeunes pour mener des actions de sensibilisation par exemple dans les gares routières. Reste que, globalement, les résultats de la promotion des préservatifs sont comptabilisés, dans les bilans produits par le PNLS, au volet “ MST ” du Programme et ainsi

<sup>1</sup> Interview de Latif Gueye dans *Sud Quotidien* du 7.11.1997.

<sup>2</sup> Par exemple à Ziguinchor, dans le cadre d’une « promotion de l’utilisation systématique du préservatif dans une zone à haute prévalence de l’infection à VIH au Sénégal » pour reprendre l’intitulé d’une communication co-signée par P.S. Sow, S.P. Gassama et I. Ndoye, présentée à la Conférence internationale sur le sida en Afrique tenue à Marrakech en novembre 1993.

dissociés du volet “ IEC ” significativement placé sous le signe du “ changement de comportement ” dans son intitulé.

### *Normalisation et « fléaux sociaux »*

La collaboration étroite entre Jamra et le PNLS est révélatrice d’une certaine conception des enjeux sociaux de la lutte contre le sida au Sénégal. En effet, lorsque cette collaboration commence, Jamra a déjà quelques années d’existence derrière elle : créée en 1982 par deux fils d’un imam réputé, respecté en tant que l’un des chefs de file de la confrérie Tidjanyia et connu pour avoir siégé au Parlement français avec L.S. Senghor, Jamra s’était engagée dans des thématiques liées à la santé telles que l’alcoolisme, la drogue, *etc.* C’est forte de cette expérience, mais vraisemblablement aussi de l’aura de la famille qui l’a initiée, que Jamra est devenue “ le ” partenaire du PNLS pour la sensibilisation des milieux islamiques. De nombreux observateurs s’accordent pour considérer que Jamra a alors nettement infléchi ses messages : au départ très doctrinaire, sa collaboration directe avec le milieu médical l’a conduite à adopter un discours plus consensuel. De ce point de vue, le Président de Jamra peut dire que les musulmans ont été « en avance sur l’église », son organisation ayant elle-même développé, aux côtés de la notion de « préservatif moral », celle de « counselling islamique », préconisant publiquement le recours aux préservatifs au sein des couples séro-discordants (entretien du 15.03.95).

Cependant, l’approche développée initialement par Jamra, faisant de l’alcoolisme, de l’usage de drogues, *etc.* autant de « fléaux sociaux » à éradiquer semble avoir perduré au-delà de son apparent changement de discours et prendre place dans un ensemble de représentations dont le PNLS est lui-même partie prenante. D’une part, la référence constante à la « morale religieuse », en l’occurrence musulmane, dans la normalisation des comportements, en étant vue tout à la fois comme vecteur de prévention et comme facteur explicatif de la faible prévalence, semble s’inscrire dans un processus plus large de valorisation de la culture wolof (urbaine et islamisée) ou de “ wolofisation ” de la société sénégalaise ayant marqué la construction de l’État sénégalais colonial et post-colonial (*cf.* O’Brien, 1979 ; Diop et Diouf, 1990 : 46-48). D’autre part, la référence tout aussi constante à certains « groupes à risque » comme l’évocation de certaines « perversions individuelles » participent quant à elles d’une procédure de désignation des marges qui n’est pas sans évoquer la politique répressive des pouvoirs coloniaux et post-coloniaux à l’endroit de certains groupes sociaux désignés comme « encombrements humains » car associés à l’immoralité et au désordre public au sein des villes (*cf.* Collignon, 1979 ; Diop, 1990 ; Diop et Diouf, 1990 : 57-58). Dès lors, tout se passe comme si la politique de prévention adoptée par le PNLS se situait précisément au point d’articulation de ces deux processus : normalisation et marginalisation.

Jusqu’à présent, la valorisation semble avoir été prédominante dans la mise en œuvre, par le PNLS, de certaines pré-conceptions culturalistes telles que la pratique de l’islam mais aussi la fréquence de la circoncision, la désignation des prostituées comme principal « groupe à risque » ayant pu être en quelque sorte “ neutralisée ” en ce qu’elle prenait appui sur une législation préexistante de contrôle. Cette optique culturaliste n’en vient pas moins à mettre assez systématiquement en cause d’autres pratiques, telles que le lévirat<sup>1</sup>, dans les risques de

<sup>1</sup> Désignant le “ remariage ” d’une veuve à un frère cadet du défunt.

transmission sexuelle du virus, mise en cause susceptible aujourd’hui de prendre une tournure nouvelle en étant évoquée dans une perspective juridique ; de plus, cette même optique tend actuellement à être infléchie par la mise en œuvre d’une procédure de désignation plus strictement ethniciste, tendance antérieurement sous-jacente qui devient explicite dès lors que la lecture donnée de l’évolution des taux de prévalence dans le pays est rapportée à une “ carte ethnique ”, comme le faisait récemment le Pr. Coll-Seck en déclarant dans une interview à *Jeune Afrique* titrée “ l’exception sénégalaise en cinq questions ” : « Nous avons observé un taux d’infection nettement supérieur à la moyenne chez les Toucouleur. L’explication était, là aussi, socio-économique<sup>1</sup> : c’est une ethnie qui bouge énormément, un peuple de commerçants qui vont et viennent, s’infectent à l’étranger et, au retour, infectent leur femme »<sup>2</sup>. Faisant écho à la mise en exergue plus ancienne du taux de prévalence en Casamance, une telle lecture tend à “ naturaliser ” la marginalisation politique et économique de certaines régions au sein du “ modèle sénégalais ” développé par l’État contemporain, en la rapportant à certains “ comportements ethniques ”. Cette lecture reflète également certaines ambiguïtés de la stratégie du PNLS à l’endroit des migrations : en superposant à la notion préexistante d’« encombrements humains » celle de « groupes à risque », partant en érigeant en vecteurs de transmission du VIH des groupes antérieurement désignés comme “ marginaux ” et “ moralement répréhensibles ”, il était des plus délicats de prendre en considération l’économie de la migration comme partie intégrante du quotidien de nombre de travailleurs sénégalais les exposant au risque d’infection, sinon sous la forme de la “ contamination par l’étranger ” comme dans le cas de la désignation des Toucouleur.

Si la stratégie de prévention développée par le PNLS au Sénégal a très tôt pris en compte les risques de transmission par voie sanguine et l’existence de co-facteurs tels que les MST, si, parallèlement, elle a développé une politique de dialogue ouvert aux différentes composantes de la société, depuis les « leaders » jusqu’au « communautés », il n’en reste pas moins qu’en faisant du sida « une maladie sexuelle », elle a tendu à amplifier les représentations construites au Nord d’un “ sida africain ” ; surtout, en optant pour une “ prévention morale ” des comportements à risque, elle a rendu d’autant plus problématique la mobilisation des personnes vivant avec le VIH.

## Références bibliographiques

Bacha A.D.

1990 *Préservatifs au Sénégal*, Dakar, ENDA-Tiers Monde.

Bagde E., Engelberg G. et Sarr F.

1997 *Longue quête d’un dialogue. L’expérience du Projet AIDSCAP au Sénégal dans l’implication des leaders d’opinion dans la lutte contre le SIDA*, Dakar, ACI.

<sup>1</sup> Le Pr. Coll-Seck venait en effet de faire référence à la situation de la Côte-d’Ivoire en expliquant que si ce pays est l’un des plus touchés par l’infection à VIH en Afrique de l’ouest c’est qu’il « a peut-être victime de sa prospérité économique. La Côte-d’Ivoire a attiré beaucoup de jeunes à la recherche d’un travail. Ces jeunes, souvent célibataires, sont plus facilement exposés aux risques d’infection [...] ».

<sup>2</sup> *Jeune Afrique*, 9-15.12.1997.

Collignon R.

1984 “ La lutte des pouvoirs publics contre les « encombrements humains » à Dakar ”, *Revue canadienne des études africaines*, 18(3) : 573-582.

Diop M. C.

1990 “ L’administration sénégalaise et la gestion des « fléaux sociaux » ”, *Afrique et Développement*, XV(2) : 5-32.

Diop M. C. & Diouf M.

1990 *Le Sénégal sous Abdou Diouf. État et société*, Paris, Karthala.

Dioume R.

1988 *Évaluation du point de vue des chefs religieux sur une campagne d’éducation sur le sida*, Tulane University School of public health/AIDSCAP.

Duruflé G.

*Le Sénégal peut-il sortir de la crise ? Douze ans d’ajustement structurel au Sénégal*, Paris, Karthala, 222 p.

Gassama Y et Thiam C.

1992 *Perceptions et comportements sexuels chez quelques lycéens de Dakar, quelle stratégie pour la prévention des MST et du SIDA ?*, Dakar, ENAES.

Michailof S. (dir.)

1993 *La France et l’Afrique. Vade-mecum pour un nouveau voyage*, Paris, Karthala, 510 p.

O’Brien D.C.

1979 “ Langue et nationalité au Sénégal : l’enjeu politique de la wolofisation ”, *L’Année Africaine* : 319-335.

Osborn E.

1992 *An overview of aids organizations in Senegal*, Dakar, CRWRC (multigr.).

Sarr F.

[1998] *Activités de prévention développées au Sénégal dans la lutte contre le sida et leur impact sur le comportement sexuel des individus*, Dakar, AIDSCAP, (document non encore finalisé lors de notre consultation).





## RÉFLEXION SUR LES DYNAMIQUES SOCIO-POLITIQUES DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE-D'IVOIRE \*

Karine DELAUNAY

L'étude que je voudrais présenter ici part de deux principaux constats :

- d'une part, l'engagement des autorités ivoiriennes, en premier lieu du Président Henri Konan Bédié, est aujourd'hui affirmé, aussi bien à l'intérieur que vis-à-vis de l'extérieur, et il est finalement assez largement reconnu ;
- d'autre part, la Côte-d'Ivoire apparaît désormais comme un pôle de référence dans les politiques de lutte contre le sida en Afrique.

Partant de ces constats, j'émet l'hypothèse que cet engagement actuel des autorités ne peut être réduit à une réponse mécanique à la situation épidémiologique, certes préoccupante, de la Côte-d'Ivoire et qu'il est aussi le produit d'un certain nombre d'évolutions où interagissent le national et l'international. D'où l'intérêt de tenter de comprendre les dynamiques socio-politiques affectant la lutte contre le sida en la replaçant dans la durée. Pour ce faire, la méthode utilisée consiste en une analyse historique (j'entends par là avec les outils critiques de l'historien) d'une documentation comprenant des documents officiels relatifs au PNLS depuis sa création et des entretiens conduits avec des acteurs par lesquels peut être appréhendé le vécu subjectif des évolutions étudiées ; mais j'ai également inclus dans cette documentation des articles parus dans la presse ivoirienne en tant que véhicules d'opinions vis-à-vis du public général.

La communication présentée se veut une réflexion (et non un récit qui mettrait bout à bout les éléments d'informations recueillis) ; elle s'organisera autour de trois questions :

1. le processus d'engagement de l'État ivoirien dans la lutte contre le sida ;
2. la part des initiatives locales dans l'évolution du PNLS ivoirien ;
3. en guise de conclusion, l'intégration du PNLS à la politique sanitaire de la Côte-d'Ivoire.

### **La question de l'engagement de l'État ivoirien dans la lutte contre le sida**

(voir la chronologie donnée en Annexe de l'*"Histoire officielle"*)

*1992/93 : une césure chronologique qui tend à s'imposer...*

Les partenaires du PNLS que j'ai pu rencontrer insistent généralement sur le caractère récent de l'engagement ivoirien en matière de lutte contre le sida. Cependant, déclarations et opinions,

\* Communication présentée à la X<sup>e</sup> CISMIA (Abidjan, décembre 1997).



<b>Fonds Documentaire IRD</b>
Cote : A* 33372 Ex :

mais aussi certains témoignages lorsque l'on creuse, convergent finalement pour faire remonter le début de cet engagement de l'État ivoirien aux années 1992/3. Sont alors mis en avant :

- l'organisation des Premières Journées Nationales de lutte contre le sida à l'Assemblée (dont le Président était alors Henri Konan Bédié) en novembre 1992 ;
- le dégagement d'une ligne budgétaire spécifique par le gouvernement à compter de 1993 dont le montant ira croissant jusqu'à atteindre «presque le milliard de F.CFA» cette année selon les annonces faites ;
- la tenue d'un Atelier National de Consensus pour l'élaboration du 2ème Plan à Moyen Terme en septembre 1993.

*... mais une césure qu'il convient de relativiser*

Il y a bien eu effectivement une période de déni de l'existence du sida (déni qui n'était d'ailleurs pas spécifique à la Côte-d'Ivoire) avant la création officielle du PNLS en 1987 ; et on ne peut ignorer que ce PNLS répondait assez strictement aux directives de l'OMS, tout comme son fonctionnement reposait pour l'essentiel sur des financements internationaux.

Pour autant, il me semble qu'en ne faisant ressortir *que* ces seuls aspects de la lutte contre le sida avant 1992/3 on risque d'occulter ou, du moins, on tend à sous estimer certaines actions entreprises avant cette date. Je pense en particulier au lancement d'un programme comme celui du marketing social des préservatifs en 1991, mais aussi à certaines réformes institutionnelles telles que celle de 1989/90, par laquelle a été créé le BCC (Bureau Central de Coordination) à la tête du Programme national et surtout a été affirmé le rattachement direct du PNLS au gouvernement.

*1992/93 : une césure révélatrice de deux options socio-politiques dans un contexte en mouvement*

Plus ou moins implicitement, en insistant sur la césure des années 1992/93, déclarations et opinions mettent en regard la Côte-d'Ivoire du Président Félix Houphouët Boigny et celle du Président Henri Konan Bédié. Peut-être, alors, cette césure prend-elle un sens symbolique en révélant deux options politiques dans un contexte en évolution, césure par laquelle “ le temps de Bédié ” serait ainsi distingué du “ temps d'Houphouët ” et dont on peut retenir trois principaux aspects dans leurs relations à la configuration prise par “ la lutte contre le sida ”.

L'apparition du sida, comme son déni initial, se sont inscrits dans un contexte de crise qui remettait en cause ce qui a longtemps été appelé le « miracle ivoirien » (incarné par le Président Houphouët) et affectait plus largement les rapports Nord-Sud. La Présidence de Bédié se développe quant à elle dans un contexte de redressement du pays et de reconquête de la confiance des bailleurs de fonds où la notion de « transparence » est dès lors valorisée ; cette transparence est mise en avant y compris concernant les taux de prévalence du VIH en Côte-d'Ivoire à une période où ce sont précisément les effets économiques de la pandémie qui mobilisent les bailleurs de fonds, ceux-ci y voyant un risque de faillite des investissements consentis en matière de développement (commence ainsi à être affirmé publiquement par les autorités que la Côte-d'Ivoire est le pays le plus touché de l'Afrique de l'Ouest, avec 40% des cas de sida de la sous-région).

Les problèmes posés par le développement de la pandémie ont constitué l'un des révélateurs de l'échec de “ l'État providence ”, ce qui ne pouvait que renforcer la visibilité de la faillite de l'État entrepreneur que F. Houphouët Boigny avait tenté de construire en Côte-d'Ivoire dans les années 1970. Avec le Président H. K. Bédié, la Côte-d'Ivoire s'engage dans un processus volontariste de désengagement de l'État, et ce y compris dans le domaine sanitaire par la mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts des actes médicaux à compter de 1994, avec les conséquences que l'on sait.

Enfin, la stigmatisation de « groupes à risque » pouvait apparaître comme un facteur de fragilisation de l'idéologie unificatrice du “ Père de la Nation ” sur laquelle le Président Houphouët Boigny avait construit sa légitimité ; or une telle fragilisation serait intervenue à un moment particulièrement sensible, celui de la transition entre Parti Unique et multipartisme (la réforme institutionnelle du PNLS en 1990 que j'ai évoquée plus haut prend d'ailleurs place dans le contexte de cette transition). La présidence de H. K Bédié s'est accompagnée du développement d'une nouvelle idéologie par les autorités, celle de « l'ivoirité », qui procède en elle-même d'une certaine stigmatisation, celle de l'autre, et ce alors même que la notion de « groupes à risque » cède le pas à la notion de « vulnérabilité » dans les analyses de l'expansion de la pandémie

Loin d'opposer “ le bon ” et “ le mauvais ”, cette mise en regard montre que la pandémie de sida a été investie de sens différents par les autorités politiques selon les périodes. De ce point de vue, si le Président Houphouët Boigny paraît avoir eu tendance à “ laisser faire ” le PNLS et ses bailleurs, la position du Président Bédié semble autoriser davantage le double langage (nous sommes le pays le plus touché d'Afrique de l'Ouest et nous apparaissions comme tels parce que nous pratiquons la transparence quant aux taux de séroprévalence, une telle situation épidémiologique du pays ne pouvant manquer, au demeurant, de renvoyer à sa position de “ carrefour régional ”, partant à l'accueil de nombreux étrangers/migrants). Ces options révèlent en outre les interactions entre situations internes et contextes internationaux ; qu'en est-il au niveau du PNLS ?

### **La question de l'évolution du PNLS ivoirien : entre initiatives locales et contraintes internationales**

#### *1987 : un PNLS créé sous l'impulsion et selon les directives de l'OMS*

Des initiatives ivoiriennes en matière de recherche ont précédé la création du PNLS :

- suite à l'identification des premiers cas de sida en 1985, des enquêtes épidémiologiques ont été conduites dans les années 1985/86 (chercheurs de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire et de l'INSP, en relation avec des équipes du Nord), enquêtes ayant donné lieu à des publications internationales ;
- de plus, s'est constitué un “Groupe de Travail sur le Sida en Côte-d'Ivoire” en 1986.

Mais la création officielle du PNLS en 1987, selon les directives données à l'échelle internationale par l'OMS, a eu tendance à saper ces premières bases. En effet, les initiatives et les moyens en matière de recherche sont revenus aux laboratoires du Nord, ce qui s'est notamment traduit par l'implantation à Abidjan du Projet américain Rétro-CI du CDC d'Atlanta

en 1988, tandis que les activités des agents du PNLIS (regroupant initialement un certain nombre de membres du Groupe de Travail antérieurement constitué) devaient se réorienter sur la prévention et l'IEC ; et ce en dépit des faiblesses de la formation de ces agents en santé publique et en communication, encore renforcées par l'orientation curative du système sanitaire existant.

### ***1993 : un PNLIS/MST qui ne traduit guère un engagement proprement ivoirien***

Les principales orientations données au PNLIS ivoirien en 1993 concernent l'intégration de la lutte contre les MST ainsi que l'ouverture à la multisectorialité, à la mobilisation sociale et à la décentralisation, soit un Programme qui répond somme toute aux nouvelles directives de l'OMS. En outre, la direction de ce Programme est alors confiée à un médecin non universitaire formé pour l'essentiel par le biais de Rétro-CI.

### ***1995 : l'originalité d'un PNLIS/MST/TB***

En 1995, le PNLIS/MST ivoirien tente de renforcer son action et son implantation nationale en intégrant les expériences locales d'un Programme Tuberculose plus ancien et à la performance reconnue (c'est alors le seul cas d'intégration des Programmes Sida et Tuberculose en Afrique avec la Zambie) ; parallèlement, il comprend désormais un " Service de prise en charge ". De plus, le PNLIS ivoirien a fait l'objet de restructurations récentes (1997), précisant notamment les fonctions et relations du Comité National et de la Direction Exécutive, et il tend ainsi à prendre valeur de " modèle " possible pour l'organisation à venir d'autres programmes sanitaires.

Ces évolutions récentes ne sont sans doute pas indifférentes à la conception défendue aujourd'hui par les partenaires du PNLIS ivoirien, selon lesquels, comme on l'a vu, le véritable engagement national en matière de sida ne remonterait qu'à ces dernières années.

### **La question de l'intégration du PNLIS à la politique sanitaire de la Côte-d'Ivoire (Conclusion)**

On ne peut nier la volonté actuellement manifestée d'inscrire la lutte contre le sida dans une politique sanitaire plus globale, laquelle est illustrée, entre autres, par l'intégration des Programmes Sida et Tuberculose en 1995 comme par la négociation du Plan national de Développement Sanitaire 1996-2005 comprenant un volet sida.

Il s'agit d'une volonté récente dont on a tenté de montrer qu'elle est le produit d'un certain nombre d'évolutions à la croisée des options politiques des gouvernements successifs, des réorientations de l'aide internationale et des relations entre État et bailleurs ; il convient donc de contextualiser l'opposition aujourd'hui mise en avant entre " le temps du Président Houphouët " et " le temps du Président Bédié ", de considérer cette opposition comme une construction sans ignorer ses dimensions idéologiques actuelles, et, partant, de relativiser la césure de 1992/93 présentée comme « ouverture véritable de la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire » (*Ivoir'Soir*, 20.08.97).

De plus, cette volonté d'inscrire la lutte contre le sida dans une politique sanitaire plus globale ne saurait masquer l'impuissance du PNLIS à faire face aux problèmes sociaux posés par la

pandémie de sida. Or ne s'agit-il pas là d'une question fondamentalement politique qui concerne les options actuelles des autorités tout comme elle devrait interpeller les opinions publiques ivoiriennes, y compris par le biais de la presse (les questions posées aujourd'hui par divers articles sur l'utilisation des fonds nationaux et internationaux alloués à la lutte contre le sida sont-elles, de ce point de vue, suffisantes) ?

Histoire "officielle". Un PNLS initié par l'OMS devenu ivoirien sous l'impulsion du Pr. H.K. Bédié

	Côte-d'Ivoire	Organisations internationales
1985	1ers cas de sida identifiés en CI	
1986		Création du GPA au sein de l'OMS : pour une réponse mondiale, diriger et rassembler → incitation à la création des PNLS et au lancement de programmes d'action auprès des gouvernements
1987	Interventions télé du min. de la Santé <b>Création du CNLS et du PNLS</b> Lancement du <b>PCT sur financement OMS</b>	← ←
1988		1ère Journée mondiale instaurée par l'OMS
1989	Lancement du <b>PMT 1 sur financements internationaux</b> , qualifié de « vertical » et « médical »	
1990		Amorce stagnation financements internationaux et diversification des canaux d'acheminement
1991		
1992	Premières <b>Journées Nationales</b> de Lutte contre le Sida à l'Assemblée Nationale ↓	← → Thème de la Journée mondiale : "Les communautés s'engagent" Recommandations pour l'élaboration PMT 2 : multisectorialité, ONG, décentralisation
1993	" <i>Ouverture véritable de la lutte contre le sida</i> " : ligne budgétaire. 1er témoignage télé d'une PVVIH, <b>Atelier de Consensus</b> en vue PMT2 Lancement d'un <b>PMT 2</b> dit « horizontal » et « multisectoriel » par le PNLS	
1994		47ème Assemblée mondiale de la Santé et Sommet de Paris : "pour une réponse élargie"
1995	Le PNLS/MST devient <b>PNLS/MST/TB</b> (intégration Lutte contre la tuberculose)	<b>Dissolution du GPA</b> ↓
1996	Lutte contre le sida inscrite dans le PNDS (Programme de Développement Sanitaire)	<b>Création d'ONUSIDA</b> : pour le « plaidoyer » et la « coordination »
1997	<p style="text-align: center;">Installation d'un Conseiller pays d'ONUSIDA pour la Côte-d'Ivoire Abidjan : siège de l'équipe interpays d'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre Annonce du lancement du Projet pilote d'accès aux ARV en Côte-d'Ivoire Tenue de la Xe CISMA à Abidjan</p>	

Références : Articles parus dans *Ivoir Soir* (20.08.97) et *La Voie* (29.07.97)  
Articles de Nédélec et Tarantola dans *Le Journal du Sida* (juin-juillet 96)

## LA GESTION DU SIDA EST-ELLE UN RISQUE POUR L'ÉTAT ? \*

Éric GAUVRIT

Il peut sembler paradoxal de poser la question de savoir si la gestion du sida est un risque ou non pour l'État, lorsque l'on connaît les répercussions politiques et même judiciaires de l'affaire du sang contaminé en France. Pour autant, cela nous permet de nous demander si un schéma d'analyse classique des politiques publiques sectorielles qui prendrait en compte la notion de risque, pourrait apparaître plus pertinent dans le cas de la lutte contre le sida. Il s'agit donc, dans cette note de travail, de transposer cette question et cet angle d'analyse dans une étude de cas, un contexte étatique et social particulier, à savoir la lutte contre le sida au Congo-Brazzaville entre 1983 et 1997.

Tout d'abord, pour dresser l'historique de cette lutte, il convient de distinguer plusieurs dates. L'épidémie de sida est apparue vraisemblablement au Congo à la fin des années 70 – début des années 80. En 1985, les premiers cas de sida sont identifiés au service de gastro-entérologie du professeur Itoua Ngaporo à l'hôpital général de Brazzaville en liaison avec le service de médecine tropicale du professeur Gentilini à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. L'épidémie de sida est officiellement reconnue par le gouvernement congolais en décembre 1985 par la création d'un Comité National de Diagnostic et de Lutte contre le Sida. En août 1987 est créé le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), sous l'impulsion de l'OMS, et c'est à cette date que débutent les campagnes massives d'information et de prévention contre le sida.

Ainsi, le Congo apparaît comme un des premiers pays africains à mettre en œuvre une politique publique de lutte contre le sida, à un moment où nombre de pays de ce continent refusent de reconnaître l'existence du virus sur leur sol et de déclarer leur cas de sida à l'OMS. Cette attitude de refus et les raisons qui poussèrent certains États africains à agir de la sorte furent analysées par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin dans leurs articles " Les États africains à l'épreuve du sida " dans *Politique Africaine* de décembre 1988, et " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique " dans *Sciences Sociales et santé* de février 1989. Les raisons étatiques étaient de deux ordres. Sur un plan de politique intérieure, en ne diffusant pas l'information, il s'agissait d'éviter des réactions de panique, de ne pas favoriser des divisions au sein d'une unité nationale encore précaire, et de ne pas être contraint de révéler la faiblesse de son système de soins à travers son impuissance budgétaire à gérer l'épidémie. Sur le plan international, le silence pouvait traduire une méfiance de l'Afrique vis-à-vis d'une communauté internationale prompte à porter l'anathème sur un continent accusé d'être le berceau du sida, et se voyant ainsi ostracisé. Par exemple, le refus du Kenya de reconnaître la présence du sida fut attribué au risque de voir fragilisée la pérennité de la manne

\* Communication présentée à l'Atelier ORSTOM " Maîtriser les risques, gérer les pratiques " (Marseille. Shadye. 21-22 octobre 1998).



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33342 Ex :

touristique. Encore aujourd'hui, l'étude du principal hebdomadaire kenyan révèle que très peu d'articles sont consacrés au sida (trois pour les huit premiers mois de 1997) et que ces derniers concernent exclusivement la situation de l'épidémie dans des pays voisins. Pour le Congo, la révélation précoce de ses cas de sida avait fait qu'en 1988 le Congo était le premier pays africain pour le nombre de cas de sida rapporté au total de sa population. Devant ce qu'il estimait être une menace, un risque d'opprobre, le gouvernement fit en sorte de tempérer, par la suite, la notification des nouveaux cas, permettant à d'autres pays de l'Afrique centrale puis australe de le dépasser au niveau de cette macabre hiérarchie. Aussi, pour reprendre une citation de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, « le sida apparaît donc comme un enjeu autour duquel l'État se découvre et se révèle ».

Pour autant, constituait-il un risque majeur pour un État comme le Congo qui avait su surmonter ses réticences initiales ? Ou bien était-il une épreuve supplémentaire particulièrement révélatrice des faiblesses étatiques de par l'acuité médiatique inhérente à l'épidémie de sida ? Pour cela, nous avons pris comme postulat théorique les travaux de Pierre Muller et Bruno Jobert sur les politiques publiques. Selon eux, « une politique publique est un processus de médiation sociale, dans la mesure où l'objet de chaque politique publique est de prendre en charge les désajustements qui peuvent intervenir entre un secteur et d'autres secteurs ou encore entre un secteur et la société globale ». Dans ce cadre d'analyse, le référentiel d'une politique publique désigne « l'ensemble des normes ou images de référence en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'État ainsi que les objectifs de la politique publique considérée ». Par exemple, les propositions qu'une société donnée pourra faire en matière de politique de la santé dépendront de la représentation qu'elle se fait du statut de la maladie et du statut des personnels chargés de mettre en œuvre les systèmes de soins.

En ce qui concerne le statut de la maladie, l'épidémie du sida a fait l'objet de l'amorce d'une politique publique dans les années 1985-1988 alors que le problème social et sanitaire qu'il constituait n'avait pas fait l'objet d'une demande d'inscription sur l'agenda politique de la part de la population. En effet, cette dernière refusait d'admettre la présence du virus dans le pays. Le sigle " sida " était l'objet de réappropriations tendant à en nier l'existence et/ou la gravité. Ainsi, il devint le " Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux ", et lorsque les prostituées commencèrent à être atteintes, il se transforma en " Sidonie ", montrant par là que le sida était presque exclusivement une maladie réservée à certaines femmes. Le Congo était donc dans la situation paradoxale où les médiateurs des politiques publiques, c'est-à-dire les agents qui réalisent la construction du référentiel d'une politique publique, à savoir ici les responsables de la santé publique, se trouvaient confrontés à une absence de demande d'intervention de la sphère publique, du fait de la négation ou du rejet par la population de l'existence et de la gravité de l'épidémie. Pour autant, la politique publique fut mise en place, notamment grâce à l'impulsion financière déterminante de l'OMS.

En ce qui concerne le statut de la santé publique et de ses responsables, la santé publique a pu et peut constituer un enjeu politique, comme le montre l'accent mis sur la gratuité des soins jusque dans les années 80 et la réalisation de la carte des équipements sanitaires comme constitutive de la légitimation du personnel politique local. La réalisation de l'Opération Coup de Poing Santé, en 1980, qui avait pour but d'améliorer les équipements sanitaires du pays, relevait de la même quête de légitimité politique, cette fois-ci après l'accession au pouvoir de



Denis Sassou Nguesso en 1979. Pour autant, il convient de relativiser le caractère primordial de l'enjeu politique, et donc le risque subséquent, que pourrait représenter la santé publique et la lutte contre le sida pour le personnel politique congolais. En effet, l'émergence de la lutte contre le sida s'est déroulée dans un contexte politique caractérisé par le monopartisme et donc l'absence de compétition électorale pluraliste. La venue du pluralisme politique, à partir de 1992, s'est déroulée sans que les partis nouvellement créés se dotent de programmes d'action étatiques et se risquent à des promesses autres que de portée déclamatoire et générale.

Le risque peut aussi se situer au niveau de l'État congolais quant à sa légitimité de décision, d'action et de contrôle dans le secteur sanitaire. Pour ce qui est de sa légitimité de décision, la politique de lutte contre le sida est particulièrement révélatrice de la non-responsabilité dont peut arguer un État face à ce défi sanitaire. En effet, dès le début de l'épidémie, l'OMS a élaboré un corpus complet de normes et d'actions à entreprendre. Par exemple, des Guides pour les Programmes nationaux de lutte contre le sida : " relever le défi de la pandémie du sida en Afrique " furent élaborés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et scrupuleusement institués dans les pays africains, conférant une homogénéité de la lutte, par delà les particularités sociales, économiques et culturelles rencontrées. Pour ce qui est de la légitimité d'action de l'État congolais, là encore, l'engagement financier important de l'OMS dans la lutte a peut-être conduit les pouvoirs publics de ce pays à " se défaire " sur l'OMS puis sur les autres bailleurs de fonds pour le financement de cette politique publique, perdant ainsi toute autonomie d'action spécifique. Les actions entreprises furent alors dans une large mesure celles qui furent financées par les bailleurs de fonds. Ainsi, en 1996, le ministre de la Santé du Congo estimait que le montant financier à fournir pour les années 1996-1998 s'élevait à près de 1,5 milliards de F.CFA. Dans le même temps, le gouvernement ne pouvait inscrire, pour sa part, au budget 1996 qu'un montant de 100 millions de F.CFA, en diminution sensible par rapport aux exercices budgétaires des années précédentes. Enfin, sur le plan du contrôle de la politique publique entreprise, il apparaît difficile d'évaluer à court et moyen terme une politique liée au sida, surtout si l'on se place du point de vue de la prévention des contaminations par voie sexuelle, qui représenteraient 80 à 90% des cas de contamination au Congo. Quels critères d'évaluation dans ce cas ? Si l'on se base sur le nombre de préservatifs vendus, l'apport anthropologique de la notion de risque dans les comportements sexuels montre que ce critère quantitatif doit être tempéré par une analyse qualitative en terme de réseau et de perception du risque induit.

En conclusion, relativement absent ou impuissant dans la conception, le financement et le contrôle de la politique publique de lutte contre le sida, l'État congolais peut apparaître comme préservé d'un risque de contestation politique radicale eu égard à son action entreprise ou pas dans ce domaine. Il reste malgré tout tributaire du changement possible du référentiel de la politique de lutte contre le sida, notamment à travers peut-être les demandes accrues de la population de prise en charge médicale, sinon financière, des malades du sida. Pour autant, il semble, pour l'heure, que le pouvoir étatique base plutôt sa stratégie de pérennisation sur d'autres éléments que son action publique dans le domaine de la santé. La confiscation à son usage exclusif de la violence politique ou bien le versement régulier des salaires des fonctionnaires constituent encore des impératifs plus décisifs dans l'affirmation du pouvoir de l'État et de ses dirigeants.



## RISQUE-SIDA, SEXUALITÉ ET POUVOIRS.

### LA PUISSANCE DE L'ÉTAT EN QUESTION AU CAMEROUN \*

Fred ÉBOKO

Fonds Documentaire IRD
Cote : A* 33342 Ex :

#### Introduction

Métronome malicieux et implacable, le sida s'est introduit depuis 1985 au Cameroun dans chacune des brèches que les recompositions du corps social laissent vacantes : caducité du système éducatif, effondrement de la socialisation familiale, réduction drastique des ressources de l'État-employeur avec l'anomie relative qui s'est emparée de la société camerounaise. Par des figures de style redondantes et ineptes, l'État fait mine de remplir une de ses obligations essentielles qui serait d'assurer la protection de ses citoyens par la mise en oeuvre d'une politique de prévention. Il s'y emploie en faisant, à son insu, apparaître tous les mécanismes qui l'érigent en une organisation marquée par un syndrome d'immunodéficience politique acquise. Si la logique des discours officiels sur la sexualité est caduque, elle détermine malheureusement les axes de l'action préventive face au VIH/sida. La reproduction qui sert d'armature à cette logique n'est qu'une petite partie des pratiques sans cesse renouvelées qui marquent l'avènement des sexualités et, parmi elles, de la sexualité à risque que les élites font mine d'attribuer à des dynamiques marginales dont les " aînés " (les autorités) seraient exempts. De fait, par ses contradictions entre discours et pratiques, par ses impuissances, l'État a accompagné des risques plus qu'il ne les a combattus. Les résultats en matière de politique de prévention marquent l'échec de ses discours, ses pratiques, ses méthodes et ses moyens.

Du premier cas de sida diagnostiqué en 1985 aux 10 000 cas de contamination estimés à ce jour, on peut dire que la gestion de la pandémie du sida est à l'exacte mesure des mécanismes de navigation à vue qui tiennent lieu de politique publique de lutte contre le sida au Cameroun. La courbe exponentielle qui représente l'évolution des cas de contamination dans le pays peut se passer de commentaires en matière d'impact de la prévention. C'est une figure dont le point de départ (1985-87) relève d'un véritable " délai de grâce " des dynamiques épidémiologiques ayant conduit les spécialistes dans les années 80 à considérer le Cameroun comme un " miraculé ". En dix ans, le taux de séroprévalence relatif au VIH/sida dans la population générale s'est décuplé : 0,5% en 1985, 5,5% depuis 1995, selon les chiffres officiels du ministère de la Santé publique publiés en mai 1997. L'expansion de la pandémie du sida au Cameroun semble corrélative à la crise des réseaux de régulation socio-économique et étatique qui avaient cours au Cameroun jusqu'à l'intervention des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et de la paupérisation des populations qui s'en est suivie.

\* Texte à paraître dans G. Courade (ed.), *Le Cameroun face à ses risques*, Paris. Karthala.



## **D'un État sans puissance à une société privée de sens : l'épreuve du sida**

### *Une question politique, des réponses administratives et populistes*

#### *Le sida, le syndrome d'un espace socio-politique en crise*

Dès 1985, l'État camerounais se positionnait vis-à-vis de la question du sida. Ainsi naquit sous la conduite du Pr. Lazare Kaptué le premier Comité national de lutte contre le sida au Cameroun, alors que le pourcentage des personnes infectées par le VIH/sida à cette date était quasi nul. Comment des préoccupations aussi précoces ont-elles pu aboutir au résultat inverse : une progression exponentielle de la pandémie dont la séroprévalence est estimée aujourd'hui à environ 6% ? C'est à travers l'inféodation du Programme national de lutte contre le sida (PNLS), dès 1987, aux financements de bailleurs de fonds étrangers, le contenu ambigu de la communication sociale relative à la prévention, la faiblesse manifeste de la volonté politique en face des questions liées au sida – notamment la sexualité – et le refuge dans des réponses scientifico-techniques que l'État camerounais montre ses limites dans sa gestion des risques relatifs au VIH/sida. Parallèlement à l'avènement de la maladie, le Cameroun a vécu, entre 1985 et 1995, la récession économique la plus aiguë de son histoire contemporaine. La paupérisation des populations, notamment urbaines, a connu une progression exceptionnelle. Selon un rapport de la Banque mondiale publié en décembre 1995, le pourcentage des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 1 à 20% à Yaoundé et de 1 à 30% à Douala<sup>1</sup>. Sur ces difficultés économiques s'est greffée une libéralisation chaotique de la vie politique (*cf.* Sindjoun, 1996) qui a contribué au délitement progressif du lien social au Cameroun.

Ces éléments d'informations doivent être replacés dans le contexte d'un changement social global qui a affecté la société camerounaise de manière radicale, pour comprendre le lien qui unit la progression de la pandémie du sida et la crise multiforme du Cameroun. Avant la mise sous tutelle de l'économie camerounaise par les institutions de Bretton Woods au début des années quatre-vingt-dix, l'État sert de régulateur social et politique par sa capacité à distribuer des revenus, à contrôler le jeu politique et à promouvoir un certain nombre de valeurs idéologiques qui en font un véritable moteur des aspirations de mobilité sociale et des représentations sociales qui confortent l'illusion de sa toute puissance. Dans ce jeu socio-politique et culturel, les instances de socialisation que sont l'école et la famille sont conçues comme des continuums du parti-État dont l'écho peut se résumer par cette formule péremptoire qu'ont entendus tous les scolaires camerounais : " on vous demande une seule chose : réussissez à l'école ". Le sous-entendu (" nous faisons le reste ") est bruisant de toutes les attentes engendrées par ce qui s'est appelé dans la littérature politiste " l'État-démiurge ". La régulation et l'intégration sociales, la promotion individuelle, l'émancipation des femmes et des jeunes (" les cadets sociaux ") et la régulation de la sexualité sont dictées et édictées par cette domination dogmatique.

La trentaine d'années au cours desquelles règne cette érection étatiste concourt à construire une légitimité aux voies tracées par des discours performatifs sur l'État-nation et les moyens artificiels ou réels d'en faire partie. Ce mythe construit petit à petit un fait social, avec le

<sup>1</sup> MFI *Economie-Développement*, 960, 12 juin 1994.

pouvoir de coercition qui l'impose aux camerounais. Les programmes d'ajustement structurel et la décompression des effectifs de la fonction publique vont faire voler en éclats les velléités démiurges de l'État. En ligne de mire de cette dégradation générale, le système éducatif et le système sanitaire se liquéfient et les plus démunis en sont, bien entendu, les premiers pénalisés. Les revendications sociales et " démocratiques " du début des années 90 vont continuer à dénuder et à fragiliser la " puissance " de l'État. Cet effondrement le prive de sa légitimité et ôte par la même occasion le pouvoir de démiurge qu'il s'était octroyé. De fait, la société camerounaise devient une " société des risques " : risques déterminés par les volontés individuelles et collectives de survivre. L'État privé de sens et drapé d'impuissance va devoir répondre à l'intrusion de la question du sida dans une société où les principaux repères se sont étioyés au profit d'une anomie polymorphe. C'est dans cette situation que la progression du sida intervient en tant que problème de santé publique et question politique. De fait, le sida pose le problème du statut de l'individu au Cameroun, *via* les questions liées à la sexualité et à la reproduction sociale.

C'est à l'instigation de l'OMS que le pays met sur pied le PNLS. Comme nous le montrerons plus loin, cela va être un déterminant à toutes les initiatives qui sont sensées éclairer la question du sida au Cameroun. L'administration se soumet " officiellement " aux directives de Genève en matière d'enquêtes sur " les comportements sexuels " et les transfusions sanguines. Dans chacune des dix provinces du pays les délégations provinciales sont chargées de relayer les injonctions de Yaoundé. S'en suivent des réunions de sensibilisation et de formation des personnels de santé sur la prévention d'abord, puis vers 1993, sur la prise en charge des malades. Une décennie plus tard, si l'on peut créditer l'ensemble des acteurs sanitaires et en particulier des techniciens, d'avoir réduit les cas de contamination par voie sanguine, en revanche, il est évident que la prévention des risques de contamination par voie sexuelle est un échec. Toutes les actions semblent s'être réduites à des circulaires englouties sous un discours social populiste des médecins. L'illustration la plus patente du déficit de coordination et de communication entre les acteurs du ministère de la santé publique et les autres médecins, a fortiori les populations, réside dans un fait simple. A la fin de l'année 1997, la majorité des médecins camerounais de Yaoundé en charge de patients atteints du VIH/sida est convaincue que le responsable de la politique publique de lutte contre le sida relève du Pr. Kaptué. Dans une réunion consacrée à la prise en charge des patients victimes du VIH, toutes les questions concernant les responsabilités et les actions publiques lui étaient adressées. Scènes révélatrices et d'autant plus surprenantes qu'à ce moment là, M. Lazare Kaptué a quitté ses fonctions au ministère depuis quatre ans. Entre le moment où il quitte le Programme national de lutte contre le sida et cette réunion où il est soumis aux sollicitations parfois vindicatives de ses collègues, ce service a vu passer cinq médecins à sa tête. On peut imaginer facilement que leurs collègues de provinces ne sont pas plus informés sur les protocoles à suivre, comme en atteste le nombre grandissant de malades qu'ils " transmettent " à Yaoundé pour des maladies dites opportunistes qu'ils n'ont pas moins de compétences à traiter. Le chemin vers la sensibilisation du public est en toute logique parsemée de silences, de fuites en avant et de contresens.

#### *Discours scientifiques et discours d'exclusion : la confusion des sentiments*

De tous les interlocuteurs locaux sollicités officiellement pour s'exprimer sur le sida au Cameroun, le corps biomédical exerce une domination discursive et médiatique. Son

appréhension socioculturelle de la maladie est conforme à un ethos bien ancré dans les représentations populaires et restrictives de la maladie au Cameroun : " relâchement des mœurs ", " vagabondage sexuel ", " aversion pour les préservatifs ", " commerce sexuel ", et tout un ensemble de propos comportementalistes qui laisseraient à penser, à tort évidemment, que le risque n'existe plus dans des relations plus classiques, plus " morales ". Outre les explications scientifiques proférées par voie médiatique et portant sur les caractéristiques biologiques et cliniques de l'infection au VIH, les explications biomédicales se sont cristallisées sur les aspects comportementaux, mettant en œuvre des visions fantasmatiques des dynamiques sociales de la " sexualité camerounaise ", aussi exiguës les unes que les autres. Parmi les " causes " de la progression de la maladie, on a pu lire : « cela s'explique par certains atavismes : l'Africain noir est sexuellement désordonné », comme l'affirme sans sourciller un médecin, de surcroît délégué provincial de la Santé dans une province camerounaise<sup>1</sup>. Cet exemple de dérive paresseuse et de démission politique face à la difficulté de parler librement et sans tabou de sexualité, de démystifier le sida, a eu des effets pervers en matière du choix des " populations cibles " et autres " groupes à risque ".

De fait, les personnes infectées par le VIH ont très peu de chances de ne pas être culpabilisées pour cause de " mœurs légères " et plutôt que de se sentir protégées par l'État, elles risquent constamment, à l'inverse, d'être considérées comme un péril, si l'on s'en tient à la conception du risque et de la protection que soutiennent les autorités scientifiques locales. Le Pr. Lazare Kaptué hématologue du Centre hospitalier universitaire et précurseur de la lutte contre le sida au Cameroun écrit : « nous devons respecter la liberté des gens, leur vie privée, la confidentialité ; mais la société a le devoir de mettre hors d'état de nuire les sujets qui pourraient porter préjudice à d'autres personnes » (Kaptué, 1994 : 23). La tentation de passer du moralisme, sans doute de bonne foi, à un discours normatif peut laisser présager une tentation répressive, dont l'idée est en soi contre-productive. Devant une critique confuse qui ne se libère pas des rumeurs de couloirs et des bruits de trottoirs, ces discours ne rencontrent pas les nuances qui auraient permis à tout l'univers de la lutte contre le sida d'accepter qu'il soit impossible de " protéger la société " du sida sans soutenir, aider et encadrer les personnes atteintes, condition sine qua non pour qu'elles aient recours aux canaux de régulation (soins médicaux, conseil et soutien psychosociaux) qui permettent de diminuer les risques de surinfection qu'ils encourent et les risques d'infection de leurs partenaires. Or, les récriminations étouffées de la seule association des séropositifs au Cameroun en disent long sur la mise à l'écart qu'ils subissent dans toutes les procédures de décision dont ils sont souvent les premiers concernés.

#### *Les risques sociaux d'une catégorisation excessive*

Les prostituées, les jeunes (scolaires et étudiants), les transporteurs, les militaires, ont vite été mis au banc des accusés, ce qui dédouanait – " mauvaises mœurs " obligent – l'homme adulte, et par ricochet les pouvoirs sanitaires et politiques de la responsabilité qui aurait permis d'ériger le sida en " problème de tous les camerounais ". Si certaines de ces catégories sociales mises à l'index ont " mérité " l'attention qui leur a été portée (par exemple le taux de séroprévalence chez les militaires est estimé à 18%), on a vite perdu de vue que se sont aussi

<sup>1</sup> *Le Messager*, n° 633 du 2 juillet 1997, p.12.

leurs contacts avec tout ou partie de la population générale qui déterminent les réseaux de transmission du VIH. Depuis le début des années 90, les prostituées ont été choisies et investies de la " responsabilité " d'être le maillon principal de la propagation par voie sexuelle du VIH/sida. Parce qu'elles ont été très fortement touchées – en 1992 25% de celles de Yaoundé et 40% de leurs homologues de Douala sont séropositives (cf. Tchoupo et *al.*, 1992) – et aussi parce qu'elles sont des cibles commodes de stigmatisation, les prostituées ont été au coeur des campagnes de sensibilisation. Les résultats ne se sont pas fait attendre : les pièces de théâtre mises en scène par " l'association des filles libres " et la formation par des " pairs éducateurs " se sont ajoutées à la confrontation directe ou indirecte à la maladie, pour faire des prostituées, à ce jour, le " groupe " de femmes qui semblent imposer le plus systématiquement à leurs partenaires le recours au préservatif, jusqu'à la limite de leur vulnérabilité matérielle. « Les hommes sont des sacs à maladie, Blancs ou Noirs c'est pareil, celui qui ne veut pas mettre le condom, il laisse ! Je tiens trop à ma santé » (Charlotte, 25 ans, prostituée occasionnelle, Yaoundé). Dans le même temps, une représentation sociale s'est figée autour du thème dit du " vagabondage sexuel ", de telle sorte que l'on débouche « sur l'effet pervers d'un relâchement des groupes sociaux qui ne se reconnaissent pas dans le recours à la prostitution et qui sont, bien entendu, concernés par le risque de contracter le sida » (Éboko, 1996 : 140).

#### *Le sida, un risque dans une " société des risques "*

L'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida qui devrait, débats aidant, être amené à réaliser que « l'attitude devant le risque est fondamentalement individuelle et une " société du risque " reste une " société d'individus ", dans la mesure où la prévoyance suppose à la fois des intérêts et des raisonnements individuels » (Worms, 1996 : 290). Dans le cadre du sida, ces intérêts individuels sont fondamentaux ; dans le cas des séropositifs camerounais ils mettent en jeu le couple intégration/exclusion, et tournent autour de la question fondamentale de la mort sociale en cas d'annonce de la maladie à des entourages familiaux et professionnels qu'aucune politique réelle – c'est-à-dire active et continue – n'a sensibilisé au fait de " vivre avec le VIH ". L'appréhension des risques sociaux qui en découlent est d'autant plus complexe que ce sont les relations sexuelles qui sont en jeu, en ce qu'elles définissent pour l'individu sa capacité d'affirmation sociale, avec son cortège de difficultés et d'errances psychosociales. À travers elles, se révèlent des négociations économiques entre catégories sociales, des questions culturelles entre genres, des transactions de pouvoir entre genres et générations (hommes-femmes et aînés-cadets), le tout formant ce que nous pouvons nommer la quadrature du risque-sida au Cameroun.

Le politique ici échoue dans une mission essentielle qui consiste à maintenir le lien social, ce qui contribuerait à l'efficacité d'un programme visant à des modifications d'attitudes et de comportements. En effet, « la reconnaissance des " risques " qui a d'emblée [...] une épaisseur sociale et rationnelle ne saurait suffire, et requiert d'elle-même un passage au niveau politique, conçu à la fois à partir de sa fonction de " protection " et sa norme de " justice " » (Worms, 1996 : 289). Protection de la société et sentiment de justice pour l'individu sont les deux versants consubstantiels de l'équilibre d'une politique de santé publique dont l'échec est patent. Elle intervient, dans le cas du Cameroun, dans un univers où l'injustice liée aux exclusions sociales s'agrège à l'incurie de la réflexion politique sur le couple sida/sexualité. Ces deux thèmes se répartissent publiquement dans le champ obsolète des attitudes

conservatrices du pouvoir administratif en charge du sida. Il préfère les discours un peu mythiques et machistes d'une sexualité à vocation matrimoniale et reproductrice alors que la réalité présente une constellation de projets de vie. À travers ces derniers, on constate que le "sexuel" est resocialisé par les mutations sociales et la crise économique. De ce fait, l'activité sexuelle supporte de manière variable les prises de risques différentiels.

Une politique de prévention a pour vocation de produire un discours et de mener une action équilibrée entre protections publique et privée. Mais cet équilibre ne peut se faire sans le recours à la société dite "civile" dont les "organes secondaires", comme disait Durkheim, relie la société à l'État. Dans le cas du Cameroun, les partis politiques, les associations, les syndicats ou encore les églises sont d'un silence qui révélateur de la faible appréhension qu'ils ont tous, voire des doutes intimes qu'ils portent, sur le thème du sida en tant que cause ou priorité nationale. Par exemple, aucun compte n'est demandé par aucune catégorie sociale locale au PNLS, comme c'est le cas ailleurs, notamment en France, aux USA ou, plus proche du Cameroun, dans certains pays africains anglophones. Les (bonnes) volontés indéniables de certains médecins du PNLS s'étiolent face à une baisse effective des moyens alloués au Programme et la vacuité au sommet de ce service entre mai 1997 et mars 1998. Au Cameroun, l'intégration et la revendication sociales ne semblent efficaces que sur le terrain politique ; à tel point que le champ des associations, par exemple, ne manifeste pas de réelle capacité de proposition ni sociale ni politique (au sens d'agir pour la Cité) si celles-ci ne sont pas portées par l'investive politicienne ou la stratégie de survie économique, dans un contexte de baisse générale du niveau de vie. Les responsables camerounais peuvent ainsi travailler, "tranquillement", suivant les figures minimalistes imposées par les bailleurs de fonds, sans que la finalité des études et des recherches (tenter d'endiguer la pandémie) soit leur principal objectif. Au niveau des représentants de la société dite "civile", l'appréhension du risque-sida se dilue dans la pluralité des risques sociaux et politiques liés aux difficultés du quotidien.

### *Disease, sickness et illness*

La distinction lexicale anglo-saxonne de l'acception polysémique de "maladie", peut offrir un meilleur éclairage sur le péril discursif de la question du sida, noyée par d'autres considérations, au Cameroun. De la légitimité de dire et décrire les aspects biomédicaux et cliniques de la maladie (*disease*), les autorités sanitaires et administratives sont passées aux explications relatives aux pratiques et représentations sociales de la maladie (*sickness*), largement empruntées aux registres populaires. Les deux acceptions précédentes ne sont pas sans effet sur la gestion psychosociale qui incombe au porteur du VIH, lequel se retrouve, entre "blâme et culpabilité" (Finerman et al., 1995), à subir la solitude de son *illness* (la maladie vécue par le malade [cf. Fabrega, 1974]).

Cette critique à l'encontre de la primauté de l'acception scientifique et médicale sur les autres est un classique des travaux en medical anthropology des anglo-saxons et de l'anthropologie de la santé en France. En revanche, du fait des dynamiques multisectorielles dans le champ du sida sous ces cieux, cette critique s'est fortement nuancée. Dans le cas du sida au Cameroun, tout se passe comme si ce débat n'avait pas existé. De fait, il n'y aurait rien à changer du regard critique de F. Laplantine (1986 : 17) à propos du traitement du *disease* en France : « [...] lorsqu'on parle d'étiologie dans notre société, on considère presque toujours



exclusivement la seule étiologie scientifique de la médecine contemporaine et pratiquement jamais l'étiologie subjective – mais simultanément sociale – qui est celle des malades eux-mêmes [...] comme si nous éprouvions de la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait du spécialiste mais absolument de tout le monde ».

*Un virus sorcier, pour une quête de sens du "sickness"*

La société dite " civile ", malgré la présence d'associations de lutte contre le sida et d'une association des séropositifs (l'AFSU), reste à sensibiliser davantage. Elle ne déroge pas à l'assentiment silencieux des représentations d'une maladie " honteuse ", d'un mal qui sanctionnerait des fautes " terrestres " ou surnaturelles. Sous certaines dénégations de la maladie, il faudrait sans doute voir aussi la reconnaissance de sa présence et, dans une certaine mesure, des ébauches d'élaboration de représentations qui donnent du sens à cette maladie " insensée ". Insensée, parce qu'elle fait intervenir l'image de la mort par les voies du plaisir, de l'amour, de l'affirmation de soi, donc de la vie. Une maladie dont " on " dit qu'elle est fatale et qui se transmet par des symboles essentiels de la vie et de la vitalité : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales. Les interprétations sorcellaires que les analyses plus ou moins " savantes " rangent sous le registre de la dénégation pure et simple de la maladie, sont de celles qui montrent de manière chaotique, la détresse devant un " mal " qui a ramené les scientifiques et médecins à une humilité qui tranche avec le statut que leur confère " le commun des mortels " camerounais. À partir de ces éléments épars, le sida par l'intermédiaire de son " virus sorcier ", chausse petit à petit les sandales composites des maux déjà connus, tout en les concentrant en un seul. De même que la question qui étonne à juste titre les spécialistes " est-ce que 'ça' existe vraiment ? " énonce un doute qui n'est pas tout à fait du déni, même implicite. Elle suggère une posture logique, en face d'un discours qui ne l'a pas toujours été. Si le slogan le mieux retenu par le public est " le sida tue ! ", il faudrait s'imaginer que la brutalité d'une telle affirmation (semblable à la foudre) contraste avec l'évolution de la maladie, dont on veut par ailleurs expliquer aujourd'hui, sans transition, que l'on puisse " vivre avec ". On ne vit pas avec la foudre. Les préalables qui auraient dû démystifier la maladie, promouvoir les débats et les discussions donnant la parole à tout le monde, n'ont pas été affirmés. D'où aussi la difficulté d'appeler à des attitudes cohérentes face à des discours " scientifiques " assez incohérents du triple point de vue anthropologique, sociologique et politique. En d'autres termes il s'agit pour l'État de se connecter à des réalités qui sont aussi faites de bonne volonté, d'initiative et de créativité comme peuvent en témoigner les dizaines d'associations de lutte contre le sida au Cameroun.

De bouche à oreille, d'expériences en confrontation la société camerounaise dualiste construit ses représentations contradictoires de la maladie et de la prévention, sur le mode parfois dramatique d'une légitimation de ses propres exclusions. « Partant d'un champ d'interrogations particulier [...], on voit que nous touchons en fait au cœur d'un débat ancien sur les rapports entre l'État et la société civile » (Raynaut, 1995). C'est ce que Michel Foucault (1983 : 14-15) a nommé la « spatialisation tertiaire », à savoir cet espace moral qui « engage un système d'options où il y va de la manière dont un groupe pour se maintenir et se protéger, pratique les exclusions, établit les formes de l'assistance, réagit à la peur de la mort, refoule ou soulage la misère, intervient dans les maladies ou les laisse à leurs cours naturel ».

## **Inégalités sociales, inégalités des risques : " pouvoir d'agir " contre " vulnérabilités "**

### *Sexualité de crise, individualisation et risques face au VIH/sida*

La crise économique et la paupérisation qui touchent les populations camerounaises depuis un peu plus d'une décennie, met en évidence des micro-stratégies de " sortie de crise " dont la sexualité est une des modalités. Les villes du pays, notamment Douala et Yaoundé, sont plus que par le passé les théâtres de déploiements diurnes et surtout nocturnes de jeunes filles en quête de ressources matérielles. Aux prostituées *stricto sensu* – celles dont c'est l'activité principale et quotidienne – il faut ajouter :

- les jeunes femmes qui monnayent leurs charmes de manière ponctuelle et récurrente (les prostituées occasionnelles) ;
- celles qui combinent leurs aspirations affectives aux besoins matériels par une polyandrie plus ou moins officieuse (un " sponsor " qui finance et le " meilleur petit " pour le recours affectif) ;
- et, enfin les " filles à marier " (*cf.* Bardem & Gobatto, 1994) dont les espoirs familiaux et personnels sont exclusivement portés vers la recherche d'un bon parti " pour la vie ".

Dans cette constellation d'aspirations et de stratégies, le risque et la protection liés au sida prennent des formes variables.

### *Les prostituées : stigmatisation, vulnérabilité et protection*

S'il est indéniable que les prostituées ont été fortement touchées par la maladie comme nous l'avons souligné précédemment (on estime aujourd'hui à 30% les prostituées séropositives à Yaoundé et 40 à 50% de leurs homologues de Douala), elles sont aussi celles chez qui l'information semble être le mieux passée. Seulement il n'y a pas de lien de causalité simple entre l'information et le recours au préservatif. La majorité d'entre elles insistent sur le fait qu'elles proposent systématiquement le condom à leurs partenaires. Parce qu'elles ont suffisamment bien reçu le message de prévention qui s'est focalisé sur elles, ensuite, parce que la confrontation directe ou indirecte à la maladie a augmenté la vigilance générale. Cette sensibilisation s'altère devant certains clients qui refusent l'existence de la maladie et qui font monter les enchères pour ne pas utiliser le préservatif. De fait, certaines cèdent sous la pression des CFA et se soumettent à une roulette russe dont elles saisissent les risques tout en remettant leur sort au " destin " ou à " Dieu ", pour reprendre les mots qui reviennent le plus fréquemment dans ces cas. Leur vulnérabilité matérielle et les pesanteurs familiales ouvrent des brèches à une certaine inconscience masculine, dont on peut néanmoins penser qu'elle n'est plus majoritaire dans la population générale, sans être négligeable. Certaines catégories sociales se risquent à des activités nocturnes qui banalisent l'hypothèse de l'infection au VIH ou l'écartent sans autre forme de procès. Le sous-prolétariat urbain, issu des activités de " débrouille " de Douala, en donne un exemple patent au coin d'un boulevard de la capitale économique dont le nom est une ironie du sort : " boulevard de la Liberté ".

### *Douala : boulevard de la Liberté*

Situé dans le quartier commercial du centre de Douala, Akwa, le boulevard de la Liberté offre un concentré inédit de la géographie du commerce sexuel et des vicissitudes liées à l'utilisation

du préservatif. Toutes les couches sociales y circulent, suivant une distribution relativement étanche de l'espace, auxquels les bars, snacks, cafés, hôtels et autres lieux de villégiature apportent les marques d'appartenance ou d'aspiration sociale. Sur les 300 mètres qui séparent le Drugstore d'un côté à l'Hôtel Akwa Palace de l'autre, s'étalent les inégalités face au sexe et les inégalités face à " la gestion du risque d'infortune transmissible " <sup>1</sup>.

### *Le " Gazon maudit "*

Le sous-prolétariat urbain a choisi un angle du boulevard de la Liberté, derrière le Drugstore pour marquer le début d'une liberté sexuelle que le boulevard clôt de l'autre côté par l'Hôtel Akwa Palace et la prostitution dite de luxe. Le Drugstore fait l'angle du boulevard et d'une petite rue sombre qui mène au ventre populaire d'Akwa. Au début de cette petite rue, à 20 mètres du carrefour, des petits attroupements de silhouettes fugaces se tiennent devant un petit immeuble qui, de jour, n'affiche rien de spécial. Un petit carré de gazon s'étale au bas de l'immeuble et les gardiens " louent " pour 500 francs CFA une portion de cet espace à des prostituées très bon marché et à leurs clients, pour des " passes " de quelques minutes, parfois les uns à côté des autres dans la pénombre. Le tout sous le contrôle avisé des gardiens qui régulent cette circulation sexuelle. Le préservatif ici semble être un luxe attribué aux " autres ". Les filles défilent, les clients passent et s'esquivent aussitôt après s'être soulagés - il ne s'agit guère d'autre chose. Des curieux s'agrippent à la barrière de bambous de Chine et assistent au spectacle gratuit offert à cet endroit que les populations de Douala ont pudiquement appelé " le Gazon ".

Les " risque-tout " qui se livrent à la nuit sexuelle de la Liberté sont constitués aussi d'hommes mariés, souvent des migrants de fraîche date. Ils nourrissent les chemins du risque et des infections relatives aux MST et au VIH/sida en même temps qu'ils manifestent de manière dramatique leurs misères sexuelles, sociale et citadine. Leur déconnexion d'avec l'univers du discours sur le sida est à la mesure des inégalités de ressources matérielles et sociales qui les séparent de l'urbanité du préservatif s'étalant quelques mètres plus loin. Sur les deux côtés du boulevard, précisément sur les 300 mètres d'espace de consommation nocturne, il existe un point de vente de préservatifs tous les 50 mètres, puisqu'ils sont proposés par les détaillants de cigarettes. Il s'agit des préservatifs " Prudence " du très actif Programme de marketing social du Cameroun (PMSC), initié par son tuteur américain Population Services International (PSI). De fait, les jeunes filles, du côté éclairé du boulevard, qui proposent leurs charmes à des personnes ayant des revenus convenables, notamment des scolaires " occasionnelles ", avouent que ce sont de plus en plus souvent leurs partenaires masculins (cadres locaux et expatriés) qui leur proposent le " condom ". De ces liens plus ou moins suivis entre les filles et leurs partenaires, on peut retenir l'effet de " la prévention par le bas " qui s'est faite avec des " bouts de ficelles ", moyennant les bribes d'information, le bouche-à-oreille et aussi la confrontation à la maladie par le biais d'un proche ou d'une connaissance et la mobilisation des " pairs éducateurs " chez certaines prostituées.

Cette ébauche de prévention marque le début d'une prise de conscience qui, après avoir contourné les classes moyennes et " supérieures ", s'y installe de manière relative et imparfaite, sur la base des connaissances véhiculées sur la maladie. Dans une situation d'essoufflement de

1 L'expression est empruntée à Michèle Cros et *al.* (1994).

la politique préventive, la protection différentielle (suivant les circonstances et le partenaire) et la faible prise de conscience redessinent des inégalités sociologiques face à cette maladie qui les avaient fortement relativisées au début de la pandémie. Les plus " intégrés " aux réseaux de redistribution économique, les plus instruits aussi, manifestent de nouveau ce " pouvoir d'agir " face à la " vulnérabilité " (cf. Mann & Tarantola, 1996 : 441). Ce pouvoir d'agir (*empowerment*) permet le recul en face du désir et de la séduction, le refus de certains risques en ce qu'il confère à leurs détenteurs suffisamment d'autonomie pour relativiser l'éventualité d'un refus lié à la négociation autour du préservatif. D'une catégorie sociale à l'autre, la prévention par le bas se manifeste encore de façon plus nette. De l'effet pervers d'une représentation biaisée (le sida, la maladie des autres), est né le recours au préservatif, dès lors que l'on se trouve en face d'un individu appartenant à une catégorie sociale éloignée de celle à laquelle l'on pense appartenir. Pour le schématiser à partir de la géographie du sexe du boulevard de la Liberté, nous pouvons dire que la probabilité de transmission du VIH semble très faible entre les adeptes du " Gazon " et les clients des espaces chics du bout de la " Liberté ", quand bien même les hasards de la nuit africaine mettraient les protagonistes en situation d'échange sexuel. Ces inégalités sociales induisent ainsi des ébauches d'espaces d'étanchéité " anti-VIH ". Cette dynamique inégalitaire se manifeste face aux recours médicaux et sociaux pour les personnes vivant avec le VIH au Cameroun, dans une logique dramatique cette fois-ci. Cette fracture sociale dont il est question dans le prochain paragraphe suit une logique qui ne doit rien au hasard et ses conséquences sont implacables.

#### *Statut sérologique et statuts sociaux : les recours inégaux face à l'épreuve du VIH*

##### *Mort d'une combattante*

Mme L.M. est décédée en septembre 1997 à la suite d'une infection opportuniste liée au sida. Depuis l'annonce de son diagnostic deux ans plus tôt, elle a accumulé sur son passage tous les travers qu'induisent les pratiques, représentations et attitudes face au sida au Cameroun, notamment pour les personnes démunies. Dès la connaissance de son statut sérologique, L.M. se soumet à toutes les recommandations officielles des médecins. Elle annonce son infortune à sa famille, particulièrement à son père et son frère aîné. L'effet est immédiat : les trois enfants qu'elle a eus avec son mari défunt lui sont retirés de force. « Tu dois mourir », dira son père. Le chef de famille intime l'ordre que ses petits-enfants soient enlevés à sa fille L.M., " pour ne pas les contaminer ". Son fils aîné, le frère de L.M., exécute la volonté du chef sans coup férir. Le personnel médical qu'elle rencontre l'informe de l'existence d'une association de séropositifs. Elle s'y inscrit et s'engage dans les activités de conseil et de soutien psychosocial que dispensent les membres bénévoles de l'Association des Frères et Soeurs Unis (AFSU). Elle devient la présidente provinciale de cette association à Douala. Les difficultés matérielles et une santé fragile la font migrer dans la province du Centre, chez sa grand-mère dans une localité située à 200 kilomètres de la capitale Yaoundé. Sa grand-mère fait fi de tous les avertissements dont elle est l'objet à propos du risque de " contamination " que lui ferait courir la proximité de sa petite-fille. « Ma grand-mère dit que je vais guérir, on lui a dit que je vais la contaminer et mourir. C'est, avec ma belle-famille, la seule personne qui me soutient. Quand j'ai été très malade, elle me lavait, s'occupait de moi comme un enfant... ». Petit à petit, L.M. reprend des forces, contacte les membres de l'association à Yaoundé. Elle peut bénéficier de soins et d'un suivi gratuit grâce à un protocole de recherche franco-camerounaise mené dans un hôpital de la ville. Elle recommence à s'activer, cultive les arachides au village avec la

première et la dernière de ses alliés. Portée par les sollicitations des responsables sanitaires, elle accepte de témoigner à visage découvert à la télévision, à l'occasion de la fête de la santé en mars 1996. Les conséquences sont immédiates : le personnel des petits centres de santé à proximité de son village refuse successivement de le " toucher ".

Pour tous les soins qu'elle doit subir pour pallier aux infections opportunistes, L.M. est obligée de parcourir les 200 km qui la séparent de la capitale. Elle décide de continuer la lutte et accepte de nouveau la proposition d'un témoignage télévisé prévu pour la Journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 1997. Entre-temps, en septembre de la même année, L.M. est prise de diarrhées aiguës. Elle entreprend de se rendre à Yaoundé, puisque ses provisions d'anti-diarrhéiques se sont épuisées. Son voyage est chaotique, elle met trois jours, au lieu de quelques heures, pour rallier la capitale. Elle arrive à l'hôpital un dimanche. C'est le jour de repos pour le personnel du projet franco-camerounais dont elle bénéficie du soutien médical. Elle est donc orientée vers la structure classique de l'établissement hospitalier. Le diagnostic ne cause aucune difficulté au médecin de garde et encore moins à la patiente. L.M. se déshydrate et il lui faut une perfusion de soluté glucosé et des anti-diarrhéiques. Ces soins sont à la charge de la malade qui n'a plus d'argent. Le médecin est prêt à la secourir, seulement il se trouve qu'il attend son affectation depuis un an et que son activité est réduite à du bénévolat : il ne possède pas non plus les moyens d'acheter les produits nécessaires. L.M. reste alitée jusqu'à lundi. Lorsque les soins commencent à lui être prodigués ce jour-là, son état de santé commence fatalement à décliner. Depuis la veille, L.M. a senti son sort se sceller. Elle confie au personnel de l'hôpital le soin de transmettre ses " remerciements " nominatifs à tous ceux qui l'ont aidée et soutenu dans ses épreuves. L.M. est morte le lendemain, sous une perfusion tardive. Elle s'est déshydratée pendant 4 jours et 3 nuits. Elle avait 34 ans et 5 mois.

Cet exemple est dramatique mais il met en lumière les mécanismes pervers des différents secteurs de la gestion du problème du sida. L. M. faisait partie des plus démunis dont une des ressources est de se constituer en association. Non pas pour se transformer en groupe de pression ou en " patient réformateur " (Defert, 1989) – le Cameroun en est très loin – mais pour bénéficier d'un certain suivi et de subsides privés. La déperdition de confidentialité qui suit l'adhésion à l'association est vécue par ses membres comme un tribut à payer pour leur survie. Les autres séropositifs, mieux lotis matériellement, peuvent non seulement choisir leur médecin et imposer, avec plus ou moins de succès, que la confidentialité et le secret médical soient respectés.

#### *Les polythérapies : vers de nouvelles inégalités*

Ce type de patients avait, jusqu'à présent, eu recours à l'AZT (monothérapie comprenant une molécule antirétrovirale) dont le caractère inefficace à long terme commence à être reconnu par les spécialistes. L'entrée en lice des trithérapies réoriente complètement le débat scientifique et clinique sur la prise en charge thérapeutique. Ces informations ont pénétré l'espace camerounais du sida et posent avec acuité le problème des coûts des traitements. Les catégories les plus nanties ont accédé à l'AZT depuis plusieurs années et bénéficient en même temps de la stricte confidentialité que leur confèrent leurs statuts sociaux. De fait, c'est en catimini qu'ils sollicitent l'écoute et les conseils de l'association des séropositifs, notamment de son président, dont ils sont sûrs du respect du secret. Ironie du sort, ce sont ceux que

l'exclusion conduit à s'exposer au regard méfiant du public, quand ce n'est pas à la vindicte populaire, qui conseillent la minorité élitaire pour qui l'accès à un bon niveau d'information générale n'empêche pas l'aspiration aux informations qui circulent dans les milieux spécifiques impliqués dans la prise en charge du sida.

Les situations où un membre actif de cette association donne à un " boss " des informations sur un produit qu'il n'a pas lui-même les moyens de se procurer ne sont pas rares. Jusqu'à ce que la réunion internationale sur les antirétroviraux (ARV), tenue à Dakar, au Sénégal, en septembre 1997, vienne confirmer que l'AZT provoque des résistances virales qui rendent ce médicament inefficace à moyen terme. Qui l'a consommé jusqu'à présent ? La réponse est claire : les séropositifs fortunés. Ce sont donc les plus aisés chez qui les nouvelles thérapies devront être manipulées avec le plus de précaution, dans la mesure où ces monothérapies (avec l'AZT ou d'autres produits de même type) auront provoqué l'apparition de résistances évoquées plus haut. Pendant ce temps, les plus démunis n'accèdent toujours pas au moindre antirétroviral et se contentent d'aspirer aux traitements des maladies opportunistes avec plus ou moins de succès, comme le démontre de manière tragique le cas de Mme L.M., présenté précédemment. Les bi et les trithérapies (association de deux ou trois antirétroviraux) sont de fait sur la sellette. Si des spécialistes parisiens affirment suivre des patients en provenance du Cameroun, ces médicaments posent un problème crucial de coût : 5 000 francs français par mois pour les trithérapies et 2 500 FF par mois pour les bithérapies en France. Ce qui représente pour les Camerounais, dans le cas d'une trithérapie, un salaire supérieur à celui d'un ministre. Sans compter le fait que ce soit un traitement à durée indéterminée. À la fin de l'année 1997, aucune convention, aucun accord n'était signé par le gouvernement camerounais pour amortir les coûts au niveau des patients, contrairement aux accords internationaux que la Côte d'Ivoire ou l'Ouganda, par exemple, ont signés en novembre 1997 pour que leurs patients accèdent à moindre frais aux polythérapies.

Les médecins camerounais témoignent des sollicitations que leur font leurs patients " fortunés " pour que leur soit prescrite une trithérapie, quand bien même leurs situations cliniques (patients asymptomatiques présentant un taux de lymphocytes CD4 équivalent à ceux d'une personne " bien portante ") permettraient de n'y recourir qu'un peu plus tard, dans l'hypothèse d'une baisse des défenses immunitaires. Ce qui représenterait pour les patients une économie financière sans que leur santé en subisse un grand préjudice. Ces exemples récurrents, selon les médecins des hôpitaux de Yaoundé, montrent le clivage profond qui sépare une toute petite minorité d'individus détentrice de grands moyens, de la majorité de la population qui subit les affres de la crise et de la mort en l'absence de soins. Certains patients arrivent à se sacrifier quelques temps pour bénéficier d'une mono ou d'une bi-thérapie et sont obligés de l'abandonner après quelques mois ; ce qui les place dans des situations cliniques qui sont parfois pires que s'ils n'avaient eu recours à aucun antirétroviral. Ces inégalités devant la santé, qui plus est pour ce qui est de l'épreuve du sida, rendent impératif un sursaut de reconquête politique et diplomatique des partenaires étrangers, de la part des autorités camerounaises. Reconquête qui devra aussi être assortie d'un profond réaménagement de la politique interne de lutte contre le sida pour les plus démunis. Parce que, à statut sérologique égal, à situation clinique similaire, le statut social transforme des données physiopathologiques " équivalentes " en des destins aussi distincts que... la vie et la mort.

## Le sida, un risque d'État ?

### *Crise de l'État, et résistances aux discours d'État*

Ce n'est pas recourir au registre catastrophiste que de rappeler que le sida met en péril les équilibres fondamentaux de la société. Quitte à céder le flanc à la redondance, les populations sexuellement actives sont aussi celles qui représentent " les forces vives de la nation ". Le rôle de l'État, par l'intermédiaire du Programme national de lutte contre le sida, s'avère crucial en ce qu'il est sensé promouvoir des actions qui fassent écho auprès des citoyens dans l'optique d'un changement collectif notable face aux risques liés au VIH/sida. C'est l'affaiblissement des ressources et de la régulation socio-économique et politique de ce même État qui a induit les mutations axiologiques (primauté des valeurs de profit au détriment des toutes les autres) et comportementales (avènement inédit des sexualités de crise). Le parallèle entre la décennie de crise camerounaise (1985-1995) et celle de la progression exponentielle des cas déclarés de sida au cours de la même période n'est pas fortuit. Par les errances de sa communication à travers les velléités de sensibilisation, l'État et le système politique camerounais manifestent toute la distance qui les sépare de plus en plus des attentes affectives, politiques et économiques des citoyens ordinaires.

En d'autres termes, les discours des autorités locales n'ont plus beaucoup de prise sur leurs " auditeurs ". Les attentes de ces derniers – notamment des 15-30 ans – se sont diluées dans un désenchantement que résume assez bien la dégradation de l'image que les Camerounais se font du " Camerounais " : vénal, corrupteur et corrompu. Certes il n'est pas question d'attendre une hypothétique " sortie de crise " pour appeler à un sursaut de responsabilité individuelle et politique en matière de réduction des risques face au sida. Comme dans tous les pays sujets à une forte paupérisation, cela reviendrait en définitive de mettre " la charrue " (la prévention) avant " les boeufs " (l'amélioration des conditions de vie des Camerounais). Le déficit communicationnel entre les locuteurs officiels et leurs " cibles " plus ou moins fantasmées n'est pas la meilleure des augures. Il est le pendant du déficit démocratique dans un pays où les procédures de la démocratie (les élections) ont vider celle-ci de ses valeurs substantielles (respect des règles édictées, respect du droit, respect de la diversité des opinions). Dans ce contexte, peut-on convaincre les jeunesses de la pertinence d'un discours sur les risques, lorsqu'elles sont en majorité convaincues que toutes les promesses que les " mêmes " ont proférées pendant trente ans, sur fond d'autoritarisme et d'ébauche de redistribution, sont réduites à l'exigüité des perspectives actuelles ?

Dans cette optique, le support de la parole officielle devient aussi important que le message lui-même, fût-il le plus sincère. Comme l'explique le sociologue F. Worms, « parler de risques, c'est d'abord isoler des " causes " déterminées d'accident, voire de mortalité, contre lesquelles on peut chercher à se prémunir. Parler de risques, (et non pas seulement de maux ou de dangers) poursuit-il, c'est parler d'événements qui atteignent une activité non seulement partagée avec d'autres, mais découlant de la collaboration avec autrui, dans un espace social » (Worms, 1996 : 290). Chacun des termes de cette explication sur les risques porte les germes de la causalité circulaire du risque-sida au Cameroun. L'activité par laquelle le mal se transmet est à 90% la sexualité, celle-là même que les discours " d'en haut " n'arrive pas à énoncer clairement comme " partagée avec d'autres " et " découlant de la collaboration avec autrui ", y compris avec les responsables ! Il n'y a pas un VIH du transporteur, de la prostituée, du

scolaire, du militaire et un autre VIH du ministre ou du médecin... La prévention officielle résiste à recourir à ce " nous " qui, par ailleurs, atteste de sa présence à travers la relative unification virologique qui marque le VIH/sida en tant que " *disease* " au Cameroun.

### *Prévention et coopération : un jeu de dupes*

Dans ses velléités d'organe protecteur, l'État a tenté de mettre en scène ce qui lui est théoriquement dévolu en termes de risques sociaux, étant entendu que « toute théorie de l'État fait place à une conception de la protection » (Lautman, 1996 : 273). Les rôles respectifs de l'administration camerounaise et de la coopération internationale sont indissociables. Comme nous le notions précédemment, le PNLS et ses priorités sont édictées de l'extérieur. En particulier par le Programme mondial contre le sida (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé (1987) et par un groupe d'action spécial consacré au sida (AIDS Task Force) créée par la Communauté européenne.

Sans avoir à se référer à son devoir de communication, donc de négociations envers les populations, l'État pouvait s'appuyer sur l'aide technique et matérielle étrangère pour juguler le risque de transmission du VIH dû à des transfusions sanguines. Ainsi, les banques de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé et de l'Hôpital Laquintinie à Douala ont-elles pu bénéficier de 1,8 million d'écus versés par la Commission européenne entre 1987 et 1990 pour leurs réaménagements. Quarante-centres hospitaliers du pays ont aussi pu être dotés de tests rapides permettant le contrôle de qualité des poches de sang issues des collectes. Parallèlement, cette intervention européenne a permis la formation du personnel et un « système rigoureux de recrutement de donneurs et l'installation d'équipements nécessaires à la collecte, l'analyse et la distribution des stocks »<sup>1</sup>. Seulement, la transmission du VIH suite à des transfusions sanguines concernent 5% des cas d'infection et la contamination par voie hétérosexuelle touche pour sa part 90% des personnes infectées par le VIH au Cameroun, comme dans les autres pays africains. De ce fait, une gestion technique et administrative ne peut plus suffire. Le nombre de cas de transmission du VIH par voie sanguine diminue tandis que celui de la contamination par voie hétérosexuelle s'accroît.

L'État camerounais et la coopération internationale doivent alors répondre à une difficulté fondamentale qui est celle de se (re)connecter avec les mécanismes sociaux qui induisent l'avènement d'une nouvelle armature des risques. Ils révèlent la brutalité du changement social et axiologique (relatif aux valeurs) sans l'étude duquel la prévention risque de rater son objectif : informer, sensibiliser et induire de nouvelles attitudes notamment le port du préservatif. C'est donc ce second aspect du problème-sida qui achoppe sur les représentations du sida chez ceux qui ont eu la responsabilité administrative et politique de la prévention contre l'infection au VIH/sida. Le face-à-face qui oppose alors les agences de coopération bi et multilatérale et l'administration camerounaise oriente la politique de prévention. Lorsqu'en 1987, l'OMS incite les États africains à créer des Programmes nationaux de lutte contre le sida, le Cameroun fait partie de ceux qui se soumettent à cette directive sans condition. L'Organisation mondiale de la santé lance alors des enquêtes comportementales sur le thème de la sexualité. Les agences de coopération publique et privée des pays occidentaux suivent la nouvelle dynamique. Des fonds importants sont ainsi investis notamment pour des enquêtes

<sup>1</sup> Lettre d'information de la CEE, mai 1990, p.2.



quantitatives locales auprès de différentes " populations cibles ". Une trentaine d'enquêtes dites CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) et CACP (Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques) est effectuée. Le protocole des premières de ces enquêtes est établi au préalable par ces institutions et agences internationales. Dans la situation où se trouve la fonction publique (réduction drastique des salaires, licenciements), ces nouvelles sources de financements finissent par représenter une rente financière inespérée. Le PNLS camerounais est quasiment mis sous perfusion par l'OMS, l'agence de coopération technique allemande (GTZ), les ONG américaines, la mission française de coopération et la commission des communautés européennes, pour ne citer que les principaux bailleurs. Les fonds affluent, les enquêtes se font. Le but avoué de part et d'autre est simple : " comprendre pour agir ".

Ces travaux de sciences sociales n'ont pas vraiment infléchi les discours entendus et aucune sollicitation, en dehors de quelques pétitions de principe, n'est intervenue pour provoquer une césure dans la logique catastrophiste (" le sida tue ! ") ou nuancer le fatalisme (" les camerounais n'aiment pas les préservatifs "). Déjà en 1993, M. Roger Salla chef de l'Unité de lutte contre le sida déclarait que « malgré tous ces efforts, force est de constater, à travers les enquêtes CAP, et à travers les observations faites dans le pays [...] que la modification durable des comportements à risque n'est pas encore obtenue »<sup>1</sup> La séparation entre les élites biomédicales ou socio-anthropologiques et les groupes dits " à risques " a favorisé la lente dérive intellectuelle vers des ellipses contre-productive. Le sida est devenu et resté la maladie des " autres " au rang desquels les prostituées, le sous-prolétariat urbain et les " jeunes " sont présentés comme les cibles et vecteurs privilégiés. Personne ne semblait, jusqu'à une période très récente, remarquer que les tableaux statistiques des différentes enquêtes révélaient une chose : que tous les groupes interrogés semblaient exprimer une protection différentielle. À savoir le recours très variable au préservatif suivant la moralité assignée au partenaire sexuel. Ce qui montre clairement que la stigmatisation de certaines catégories sociales préconstruites (prostituées, jeunes, *etc.*) a bien été entendue. Et si les auteurs de ces rapports ne " voient " pas eux-mêmes les corrélations entre les données qu'ils récoltent c'est aussi pour une raison qui tient de la structure du rapport entre chercheurs locaux et bailleurs étrangers. Parce que les travaux des premiers sont résolument orientés en fonction des conclusions attendues ou supposées par les seconds : la tentation culturaliste qui permettrait de tout expliquer. Du coup, la conclusion rituelle de ces travaux dénonce invariablement une aversion (" physique " et " culturelle ") vouée au préservatif. Il ne semble évident pour personne de se demander pourquoi, d'une enquête à l'autre, plus de 90% des clients réguliers ou occasionnels des prostituées disent recourir aux préservatifs. Pourquoi ce pourcentage baisse-t-il dès que les questions portent sur les autres partenaires (de la maîtresse à la partenaire " régulière ") ? Répondre à ces interrogations évidentes aurait été reconnaître que la réduction du problème à une " sexualité africaine culturellement hostile au préservatif " était sans doute une impasse. Ce qui aurait induit le risque de voir tarir la source de financement puisque les chercheurs-enquêteurs n'avaient que très peu de prise sur le sens et les questions initiales qui orientaient les travaux pour lesquels ils étaient payés. Pendant ce temps le sida exerce un vrai travail de sape : entre 1985 et 1995 la population estimée séropositive au sein de la population générale est passée de 0,5% à 5,5%. Les bailleurs de fonds finissent par se rendre compte que les résultats sont très en dessous de leurs attentes. Les financements diminuent, le PNLS a perdu

<sup>1</sup> Salla N. R., " Processus de développement du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le sida (1994-1998) en République du Cameroun ", *Bulletin de liaison de l'OCEAC*, déc. 1993, 26(4) : 163.

une grande partie de sa crédibilité tant au niveau des associations locales que de ses partenaires étrangers, en même temps que son pouvoir de régulation des actions menées sur le terrain. La thématique caduque des " populations cibles " et la faiblesse de la sensibilisation sont soulignées par l'expansion transversale (toutes les couches sociales sont touchées) de la pandémie. La coopération internationale s'oriente de plus en plus vers une diversification de l'aide au profit des associations, pour des actions de proximité. Ces relations ambiguës, dont le Cameroun ne détient pas le monopole, ont conduit à la concentration de l'aide internationale au sein de la nouvelle Organisation des Nations Unies sur le Sida (ONUSIDA) qui regroupe différents organismes de l'ONU (PNUD, FNUAP, UNESCO, UNICEF) ainsi que l'OMS et la Banque mondiale. En octobre 1997, une dotation de 250 millions de francs CFA est promise par l'ONUSIDA au gouvernement camerounais.

Entre-temps, l'action du PNLs semble au point mort en matière de sensibilisation de masse ; par exemple, de mai à novembre 1997 aucun spot télévisé sur la prévention contre le sida n'est passé ni à la radio ni à la télévision. La dernière campagne télévisée de ce type a eu lieu entre la fin de l'année 1995 et le début de 1996, sur l'initiative de la Commission européenne. Elle fut suivie, de manière ponctuelle, d'un spot réalisé à l'initiative individuelle d'un journaliste camerounais, avec le concours de personnalités appartenant au monde du sport, du spectacle et des médias qui ont répondu gratuitement à la sollicitation de J.M. Ndi, le journaliste en question. Ces exemples illustrent deux phénomènes : *primo*, de réelles potentialités de mobilisation existent au Cameroun dans la " société civile " mais, *secundo*, il n'y a pas, à ce jour, de réelle volonté politique de connecter ces individus, groupes ou associations pour reconstruire, par le biais de la lutte contre le sida, le lien social éprouvé par la crise socio-économique<sup>1</sup>. Pourtant, en mai 1995 une réunion organisée par le PNLs s'est tenue sur « l'implication effective des décideurs, leaders politiques, religieux et administratifs dans la lutte contre le sida au Cameroun ». Les élections qui ont suivi en janvier 1996 (municipales) ont favorisé l'expression de tous les partis politiques en lice et aucun d'eux, y compris le parti au pouvoir, n'a abordé le thème du sida, à l'exception quasi anecdotique d'une responsable d'un des partis de l'opposition, contrairement à ce qu'ils étaient tous convenus de faire à la fin de la dite réunion. Cette hypocrisie générale se chiffre par un recours très distendu, si l'on ose dire, au préservatif chez tous les groupes sexuellement actifs. À ce jour, 70% des personnes infectées par le VIH/sida ont entre 20 et 39 ans ; parmi eux, 47% ont entre 25 et 34 ans et tout porte à croire que c'est une situation qui tend à s'aggraver.

À ces constats d'échec répond une modification de l'aide – de la part des ONG –, qui vise, non pas à contourner l'État mais à permettre l'émergence de groupes sociaux capables de réagir face au sida en insufflant une dynamique de proximité. Les acteurs de l'aide internationale ont mis dix ans à comprendre qu'ils investissaient " contre le sida " par le biais d'un État dont les priorités sont manifestement ailleurs. Leurs méthodes changent sensiblement. Populations Services International (PSI, États-Unis) a délégué sa technique de marketing social autour du préservatif à des acteurs privés camerounais dont les résultats en termes de vente (avec un prix imbattable de 1 FF pour une boîte de quatre préservatifs), de visibilité et de dynamisme sont indéniables. L'agence de coopération technique allemande accentue ses efforts vers les petites

<sup>1</sup> De mars à décembre 1998 le PNLs a été dirigé par le Pr. Peter Ndumbe. En janvier 1999, le nouveau ministre de la Santé (nommé en décembre 1997) a décidé que c'est un comité collégial de 4 conseillers, dont M. P. Ndumbe, qui conduit désormais la politique du sida au Cameroun.

associations et couvre trois provinces camerounaises de son influence. La Mission française de coopération rénove les hôpitaux de Douala et Yaoundé et crée un hôpital de jour pour les patients touchés par le VIH, même si chacun sait que l'État camerounais se rappellera au souvenir de tous quand il s'agira de la gestion de cette structure intégrée à l'hôpital central de Yaoundé. Au Cameroun, il ne serait pas déplacé de dire que “ l'État ne fait rien mais rien ne peut se faire (durablement) sans lui ”. Parce que, comme disent ironiquement et fatalement les Camerounais, reprenant une petite phrase de leur Président, “ le Cameroun c'est le Cameroun ”. L'aide internationale sait désormais ce que cela signifie...

## Conclusion

L'État camerounais est désorienté, privé de sens, après une décennie de crise (1985-1995) qui a pratiquement épuisé son pouvoir de régulation sociale. Réduit à conduire des politiques économiques édictées par les institutions de Bretton Woods, il a peu à peu perdu pied avec la réalité du changement qui affecte l'ensemble de la société. L'avènement de la pandémie du sida incarne et révèle le caractère factice de la puissance étatique. Le sida exige une politique volontaire et ininterrompue, le Cameroun n'arrive qu'à se gérer à court terme. Même lorsque l'État arrive à instrumentaliser l'aide internationale, comme ce fut le cas pour l'aide relative au sida, cela ne dure que le temps que ses partenaires se rendent compte de ce “ jeu de dupes ”. Et c'est l'État qui souffre des stratégies de contournement, certes ponctuelles, qui fragilisent sa capacité de régulation qui lui donne le seul sens qu'il peut encore revendiquer. C'est en regardant vers “ le bas ” de la société, que l'on peut prendre la mesure des nouvelles dynamiques du changement social dont il est question. Elles érigent, dans le contexte du sida, les sexualités, en vecteur essentiel de l'affirmation individuelle (individualisation) et de la promotion personnelle (mobilité sociale) que le conservatisme des élites refuse de reconnaître.

En d'autres termes, sont supposés “ à risques ” ceux qui ne représentent pas l'ethos de “ l'élite ” dont la définition peut se résumer à travers ce triptyque : masculinité, séniorité et notabilité. De telle sorte que la réalité de ce mal, qui touche toutes les couches et catégories sociales, placerait les censeurs officiels devant un pas insidieux : faire l'aveu des similarités d'attitudes socio-culturelles entre les élites et le reste de la société en ce qui concerne la sexualité et les risques dus au VIH/sida. Ce qui reviendrait à reconnaître que cette lutte en appelle à la reformulation radicale des divisions et inégalités sociales face à l'impact de la maladie. Par la même occasion, ce serait admettre les errances d'un discours de façade qui voudrait, entre autres, réduire la femme et la sexualité à une seule et même chose : une fonction reproductrice. Discours dont personne n'ignore l'hypocrisie en face de l'avènement des nouveaux statuts officieux que les femmes ont conquis. Tout cela apparaît dans un contexte où chacun ressent la place centrale que tient la sexualité dans les processus d'affirmation individuelle devenus d'autant plus importants que les marges de valorisation socio-économique se sont réduites. De fait, l'oreille que le citoyen ordinaire tend vers les injonctions “ d'en haut ” est distraite, sélective et instrumentale. Cette crise généralisée propulse la société camerounaise vers des lendemains incertains. Pour s'affirmer individuellement, “ construire sa vie ”, les plus vulnérables empruntent les voies des risques multiples, au rang desquels intervient celui de l'infection au VIH/sida. D'où la nécessité d'appréhender la translation progressive des risques et de la vulnérabilité différentielle (de l'État à l'individu et inversement)

qui marquent les contradictions de la société camerounaise à travers la question du sida. Cette dernière permet de déconstruire " la politique du bas-ventre " que le sida illustre dans ce pays comme ailleurs, en attendant les effets du lent éveil d'une société civile qui n'est pas vierge de responsabilité au Cameroun et dont la participation à la mobilisation est pourtant impérieuse.

## Bibliographie

Bardem I. et Gobatto I.

1994 *Maux d'amour, vies de femmes : sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, L'Harmattan, Paris.

Cros M. et al.

1994 *La gestion du risque d'infortune sanitaire transmissible. L'exemple du sida en pays lobi burkinabé*, rapport final ORSTOM, Action Incitative Sciences Sociales et Sida, Bordeaux, multigr., 115 p.

Defert D.

1989 " Le malade réformateur ", *SIDA 89* : 14-17

Eboko F.

1996 " L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida ", *Politique Africaine*, 64 : 135-145

Fabrega H.

1974 *Disease and social behavior; an interdisciplinary perspective*, MIT Press, Londres.

Finerman R. et al.

1995 " Guilt blame and shame : responsibility in health and sickness ", *Social Science and Medicine*, 40(1) : 1-3

Foucault M.

1983 *Naissance de la clinique*, PUF, Paris (1ère ed. 1963).

Kaptué L.

1994 " Lutter contre le VIH en période de récession économique ", *SidAlerte*, 36 : 22-24

Laplantine F.

1986 *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Bibliothèque scientifique Payot, Paris.

Lautman J.

1996 " Risque et rationalité ", *L'Année sociologique* : 273-285

Mann J., Tarantola D.

1996 *AIDS in the World II*, New-York, Oxford University Press.

Raynaud Cl.

1995 " Santé publique : l'État et la société civile ", *Sociologie Santé*, 13 : 7-16

Sindjoun L.

1996 " Le champ social camerounais : désordre inventif, mythe simplificateurs et stabilité hégémonique de l'État ", *Politique Africaine*, 62 : 57-67

Tchoupo J.-P. et al.

1992 *Pratiques sexuelles et maladies sexuellement transmissibles dans les milieux de la prostitution de la ville de Douala*, PSI, sept. 1992, multigr., 35 p.

Worms F.

1996 "Risques communs, protection publique et sentiment de justice", *L'Année sociologique* : 289-307.



## LE MILIEU ASSOCIATIF FACE À LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE-D'IVOIRE : DEUX ÉTUDES DE CAS

Auguste Didier BLIBOLO

<b>Fonds Documentaire IRD</b> <b>Cote : A * 33372 Ex :</b>
---

### Introduction

L'épidémie de l'infection à VIH a entraîné la naissance de diverses ONG, contribuant ainsi au renforcement du mouvement associatif en Côte-d'Ivoire – sans pour autant en être l'unique moteur. Ainsi, l'infection à VIH est-elle à l'origine de l'existence d'environ 26% des 77 ONG impliquées dans la lutte contre le sida répertoriées en 1996 (Blibolo, 1998).

#### *La place des ONG dans la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire*

Avant l'avènement du sida, il y avait une relative floraison d'ONG et un grand nombre de celles-ci avaient des préoccupations sanitaires. En effet, au vu de l'étude de J.F. Kena Guédé (1991), avant même la mise en œuvre des premières activités de lutte contre le sida, il existait déjà un nombre relativement important d'ONG censées intervenir dans le secteur de la santé : sur 31 ONG créées avant 1985, au moins 17 (près des deux tiers) avaient des objectifs sanitaires. Même si les 31 ONG répertoriées ne constituent qu'une partie de la totalité des ONG créées avant 1985, on peut dire que le secteur de la santé a toujours intéressé certaines de ces organisations avant l'apparition du sida. Après la déclaration des premiers cas de sida en 1985 et en l'absence presque totale de structures étatiques de sensibilisation et de prise en charge de l'infection à VIH (Blibolo, 1997), on a assisté à l'éclosion de nouvelles ONG et au positionnement de plusieurs anciennes sur le terrain de l'action sanitaire et sociale pour la lutte contre le sida.

A l'Atelier national de consensus tenu à Yamoussokro les 27 et 29 septembre 1993, l'approche "multisectorielle" a été retenue comme l'une des stratégies de lutte contre le sida. Cette stratégie consiste, pour le PNLS, à impliquer plusieurs ministères et davantage d'ONG dans les actions de lutte contre le sida pour renforcer la réponse nationale face à ce fléau. Plusieurs ONG étaient déjà sur le terrain de la lutte contre le sida, mais cet Atelier de Yamoussokro a été un moment officiel d'implication des organisations non étatiques dans la lutte contre le sida. C'est dans ce contexte qu'une multitude d'organisations non gouvernementales se sont retrouvées dans la lutte contre le sida, chacune à leur manière. Désormais, le Ministre ivoirien de la santé considère ainsi que : « dans le domaine de la prise en charge psychosociale des malades, dans le domaine du conseil et du soutien aux partenaires et aux familles des sujets infectés ou malades, le milieu associatif a œuvré et continue d'œuvrer grandement dans différents points du pays... Des associations se créent, travaillant de façon acharnée pour tenter de soulager la



détresse morale, physique, psychologique, économique et juridique des patients. C'est ici le lieu de leur rendre hommage » (Williams *et al.*, 1995).

Pour autant, les ONG ne paraissent pas avoir bonne réputation dans l'opinion ivoirienne. Le 9 septembre 1997, *Ivoir'Soir*, un quotidien ivoirien, publiait des articles sur " les sombres dessous des ONG ". L'un de leurs auteurs, M. Man, en venait notamment à poser la question de savoir si les ONG n'étaient pas devenues le meilleur filon pour drainer de l'argent ; selon lui, « tout porte à le croire, hormis les ONG internationales – et encore – et quelques ONG locales ». Par ailleurs, l'opinion nationale considère généralement que les ONG, et tous ceux qui travaillent dans le domaine du sida, " brassent " des milliards de francs. Les propos d'un article suscité par la présidente même du Collectif des ONG de lutte contre le sida de Côte-d'Ivoire, le COSCI, tendent curieusement à aller dans un tel sens ; en effet, dans cet article, publié par le quotidien ivoirien *La Voie* (27 novembre 1997) sous le titre " la colère des ONG ivoiriennes ", ladite présidente n'évoquait pour l'essentiel, à la veille de la X<sup>e</sup> Conférence Internationale sur les MST/sida (CISMA) organisée à Abidjan, que les financements alloués à son Collectif par les bailleurs de fonds et, surtout, le fait que la somme promise par ONUSIDA tardait à être versée, menaçant le Conseiller national d'ONUSIDA en ces termes : « Si les fonds de l'ONUSIDA ne sont pas débloqués et mis à notre disposition dans les 48 heures, les activités de la mobilisation sociale de la CISMA'97 seront sérieusement compromises ». Or la gestion des fonds au sein du COSCI fait elle-même l'objet de critiques récurrentes de la part de plusieurs collaborateurs de la présidente. De telles controverses, suggérant l'existence d'un " marché " du sida, où se côtoient et s'affrontent des individus ainsi que des organisations et des États, ne sauraient masquer le rôle joué aujourd'hui par les ONG dans la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire.

#### *Les conditions de mobilisation des ONG dans la lutte contre le sida*

En Côte-d'Ivoire, il existe différentes catégories d'organisations non gouvernementales, toutes régies par la loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations. Ce sont les associations de ressortissants, les clubs ou associations de jeunes, d'élèves et/ou d'étudiants, les organisations à base religieuse, les associations corporatives, les Fondations, *etc.* Parmi elles, certaines se définissent explicitement comme des ONG. Sans prétendre proposer une définition de ces associations appelées ONG, disons néanmoins qu'elles sont en général officiellement présentées comme des organisations à but non lucratif, apolitiques et d'utilité publique créées et animées par des bénévoles et des volontaires. Perçues comme telles, les ONG se différencient des organisations étatiques, politiques, des associations à caractère commercial et de toute autre organisation privée en ce qu'elles ont pour but la production et l'offre de prestations à titre humanitaire.

En l'absence de couverture sociale et de politique d'assistance étatique aux malades démunis, la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH se fait principalement par des ONG. Il s'agit, soit d'ONG spécialement créées pour lutter contre le sida, soit d'ONG déjà existantes qui se retrouvent sur le terrain de la lutte contre le sida.

Les conditions dans lesquelles naissent les ONG spécialement créées pour lutter contre le sida sont diverses. Il y a d'abord le cas où des agents de santé, confrontés à de nombreux malades présentant des signes évocateurs du sida, décident de s'associer pour mener des activités de



prévention dans la population. Lorsqu'ils parviennent, souvent difficilement, à s'associer à d'autres agents volontaires de l'État (agents de santé ou non), ils mettent en place des Comités Locaux de lutte contre le Sida (CLLS). Par la suite, ces comités se constituent en ONG qui coexistent souvent avec les dits comités. Ces comités ou ONG sont dans la plupart des cas à l'origine de la création de cellules ou de structures sanitaires de prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs. C'est ainsi que se sont constituées les ONG " Renaissance Santé Bouaké ", " Horizon Santé Pour Tous ", " Centre d'Éducation pour la Santé d'Alépé ", ESPOIR-CI, et que sont nées des organisations rattachées à l'Hôpital Protestant de Dabou et à l'Hôpital Baptiste de Ferké. Si ESPOIR-CI n'est pas passée par l'étape du comité de lutte contre le sida, elle est, comme d'autres, à l'origine de la création d'unités de soins et de conseils aux séropositifs mais aussi d'un centre de dépistage volontaire de l'infection à VIH à Abidjan. On le voit, la confrontation aux cas de malades de sida connus peut amener des agents de santé à créer des ONG de lutte contre le sida. Ils interviennent alors en milieu sanitaire et/ou dans la population. Ce phénomène s'observe également en dehors de la Côte-d'Ivoire : au Ghana, par exemple, avec le cas de la Clinique St Martin de Agomanya qui, après son programme de soins et de soutien destiné aux séropositifs, a créé aujourd'hui une ONG et mis sur pied des activités d'éducation et de prévention au sein de toute la communauté (Hampton, 1991).

L'autre catégorie d'ONG spécifiquement créées pour la lutte contre le sida et dont les conditions de constitution méritent d'être connues est celle des associations de personnes vivant avec le VIH. Les deux premières associations ivoiriennes ont été suscitées par le PNLS et par une ONG à caractère religieux : " Lumière Action ", encadrée et soutenue au départ par le PNLS, et le " Club des Amis ", constitué principalement de patients suivis au Centre d'Assistance Socio-Médicale (CASM), clinique financée par une ONG américaine d'inspiration religieuse. S'il n'est pas indifférent à la création de ces deux associations que les autorités sanitaires aient eu — et ont encore — besoin d'elles dans leurs activités de lutte contre le sida, ces associations sont également nées du besoin ressenti par les personnes vivant avec le VIH/sida elles-mêmes de se soutenir mutuellement dans la situation de " mort annoncée " où elles se trouvent.

Il existe également des ONG qui sont des filiales d'organisations internationales de lutte contre le sida (AFAF-CI / SWAA par exemple) ou d'actions sociales/caritatives (CASM, etc.). La création de ces filiales est encouragée et/ou rendue possible, au plan national, par des personnes ayant des relations avec ces organisations internationales mères. La motivation apparente est donc souvent de multiplier le nombre de représentations de ces organisations internationales dans les pays et d'avoir ainsi une véritable assise internationale.

Parallèlement, on trouve à l'origine de la création de certaines ONG des individus ayant des relations familiales ou amicales privilégiées avec des autorités sanitaires, des bailleurs de fonds ou des responsables du PNLS, ce alors qu'ils peuvent être *a priori* très peu confrontés aux problèmes posés par la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes infectées par le VIH/sida. Ce sont des ONG apparemment très actives, parce qu'elles ont quelques facilités d'accès à des financements (l'initiateur de l'ONG est d'ailleurs souvent la principale personne qui recherche et obtient les moyens de fonctionnement), et/ou parce que leurs membres accordent une grande importance à la lutte contre le sida et s'y investissent. De même, des ONG se sont créées dans des conditions particulières : après une enquête CAP (Connaissances,

Attitudes, Pratiques), comme c'est le cas pour CRISE, une ONG d'étudiants en médecine, ou à l'occasion d'une recherche-action, telle la CESAM, ONG quant à elle orientée vers les élèves des collèges et lycées. Ce type de situation se rencontre aussi dans d'autres pays : c'est à l'issue d'études que la Zimbabwe Banking Corporation de Harare a organisé ses agents pour la lutte contre le sida en partenariat avec le Congrès des Syndicats du Zimbabwe, étant considérée aujourd'hui comme l'une des plus grandes organisations de lutte contre le sida en entreprise de ce pays (cf. Williams & Sunanda, 1993).

Le processus de mutation des objectifs de création vers la lutte contre le sida de la part d'ONG déjà existantes est loin d'être standardisé et est souvent complexe, ce que l'on peut illustrer par quelques exemples. Dans certains cas, c'est de façon " accidentelle " que des associations se retrouvent sur le terrain de la lutte contre le sida, à l'image de l'ONG " St Camille " de Bouaké. En l'occurrence, il s'agissait à l'origine d'un petit groupe de prière de quartier qui rendait quelquefois visite aux malades hospitalisés au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Bouaké ; ses membres priaient pour les malades et les assistaient. Après 1988, ayant connu les difficultés d'un patient séropositif marginalisé par un médecin du CHR, puis étant de plus en plus souvent confrontés à des cas de malades de sida au cours de leurs activités, certains membres de ce qui était alors devenu une association de chrétiens et qui avaient parallèlement appartenu au Comité local de lutte contre le sida, se sont investis dans l'assistance aux personnes vivant avec le VIH. Aujourd'hui, " St Camille " est donc présente sur le terrain de la lutte contre le sida bien qu'elle s'occupe surtout des malades mentaux et des handicapés.

Dans d'autres cas, des ONG travaillant dans le secteur du développement économique et/ou social (organisations caritatives ou s'occupant du planning familial ou des enfants de la rue, etc.) sont sollicitées par le PNLS ou par des individus travaillant dans ce milieu pour participer à certaines activités de lutte contre le sida. Par la suite, ces organisations sont conviées à plusieurs autres rencontres de lutte contre le sida et finissent souvent par devenir membres du COSCI.

Quelles que soient les conditions de création de ce que l'on pourrait appeler les " ONG anti sida ", se pose un ensemble de questions quant à leur fonctionnement, entre autres : quelles sont les motivations de leurs responsables ? Comment leurs animateurs vivent-ils le bénévolat ? Comment les nationaux s'approprient-ils des ONG créées par des non nationaux ? La réalisation de deux monographies, celle la CESAM et celle de FFS, tente d'apporter certains éléments d'appréciation<sup>1</sup>.

### *La conduite des enquêtes*

Dans le cadre du projet " Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État / société civile ", des enquêtes qualitatives ont été menées auprès de deux organisations non gouvernementales impliquées dans la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire : l'une est une organisation de jeunes, la CESAM, l'autre concerne les femmes, FFS. Ces enquêtes se sont déroulées de mai à septembre 1996, soit pendant un peu plus de quatre mois pour la première phase qui a permis de réaliser des entretiens avec les responsables des deux ONG. La seconde phase a consisté à rencontrer les " bénéficiaires " des actions de ces ONG, aussi bien à

<sup>1</sup> La CESAM est la " Cellule scolaire anti sida/MST " et FFS l'association des " Femmes face au sida ".

Abidjan qu'à l'intérieur du pays (Bingerville, Gagnoa pour la CESAM et Taabo, Bouaké pour FFS). Des entretiens enregistrés ont donc été organisés avec des fondateurs, des présidents ou vice-présidents, des trésoriers et avec un ou plusieurs bénéficiaires de chacune des deux associations.

L'organisation des entretiens avec les responsables des ONG a posé quelques problèmes. En effet, les ONG considérées n'ayant pas de siège, il a fallu d'abord savoir où et comment joindre les différents membres pouvant accepter de répondre à nos questions. C'est de proche en proche que les contacts avec les responsables de ces organisations ont été pris. D'autres membres ont pu être rencontrés par hasard à la Direction Exécutive du PNLS ou à des réunions des ONG. Certains enquêtés ont été contactés par téléphone, soit directement à leur domicile, soit à leur lieu de travail ou à la Direction Exécutive du PNLS, pour l'organisation des entretiens. Les entretiens avec chaque enquêté se sont déroulés en deux séances de deux heures chacune, étalées sur deux jours. Des recherches documentaires ont également été menées en vue de compléter les données recueillies.

Parallèlement, il est difficile de distinguer les " bénéficiaires " des " animateurs " des deux ONG, dans la mesure où les personnes rencontrées par chacune de ces associations lors de leurs activités sont appelées à devenir des " relais " des associations mères, les faisant ainsi passer du statut de bénéficiaires des actions à celui d'acteurs de terrain. Enfin, certains responsables d'associations ont manifesté leur réticence à évoquer des problèmes de gestions financières ou des relations d'amitié ou de parenté liant certains leaders avec des autorités sanitaires (pour les uns) ou avec des bailleurs de fonds (pour d'autres). De ce fait, il n'a pas été possible d'approfondir les questions relatives aux méthodes de recherche de fonds.

### **Monographie d'une ONG de jeunes, la CESAM**

#### *Création de la CESAM*

La CESAM a été créée en 1991 par un médecin et sociologue français au cours de son travail de thèse portant sur " Jeunesse urbaine et préservatifs en Côte-d'Ivoire, un exemple d'ethnoprévention du sida et des MST ", suite d'un DEA en sciences sociales traitant du thème " Jeunesse Urbaine et Préservatifs en Côte-d'Ivoire : connaissances, perception, pratiques, besoins et attentes ". Ce dernier travail prévoyait ce que l'auteur appelle une " action pilote d'éducation mutuelle ou éducation par les pairs (*peer education*) sur le sida et les MST ". Il s'agissait d'amener les jeunes à identifier, sans l'influence directe des adultes, des problèmes de santé liés à l'activité sexuelle (infection à VIH, autres MST, grossesses non désirées avec leurs éventuelles complications). Il était prévu que les jeunes seraient identifiés grâce à leur motivation et grâce à leur rôle stratégique au sein du groupe : rôle d'influence et de conseiller auprès des autres, rôle de conviction d'achat des préservatifs. Ces jeunes avaient surtout pour tâche de « vanter les qualités du préservatif en s'inspirant pour les arguments, des attentes et suggestions exprimées par les jeunes dans les enquêtes effectuées » (Deniaud, 1991-92).

Pour atteindre ces objectifs, l'initiateur de l'ONG a été amené à recruter des enquêteurs et d'autres personnes qui sont devenus les membres fondateurs de l'organisation. Ce sont principalement des élèves et étudiants en médecine mais aussi d'anciens élèves. C'est à partir de

ceux-ci que les autres groupes ont commencé à se former, comme ce fut le cas au lycée municipal de Koumassi où un bureau de la CESAM a été ouvert. Par la suite, trois différentes catégories de jeunes auraient été contactés à Abidjan : « des tresseuses et leurs jeunes apprenties travaillant au marché de Treichville, des jeunes femmes exerçant la prostitution dans un quartier pauvre de Marcory, des adolescents scolarisés et d'autres jeunes non scolarisés faisant du patin à roulette » (Deniaud & Fampou-Toundji, 1996).

En avril 1993, des élèves du Lycée Classique d'Abidjan ont déposé les statuts et règlements intérieurs de la CESAM en vue d'une reconnaissance et d'une existence juridiques et officielles. En septembre 1996, l'association n'avait toujours pas reçu le récépissé d'enregistrement du ministère de l'Intérieur, du fait des lenteurs administratives ; elle ne peut donc pas avoir, en principe, de compte bancaire.

### *Organisation et fonctionnement de la CESAM*

L'étude de l'organisation et du fonctionnement de la CESAM fait apparaître une différence entre ce que prévoient les textes de la CESAM et la réalité. Par exemple, il y a des rôles qui ne sont pas prévus dans les textes et qui existent. C'est le cas du poste de coordinateur. Par ailleurs, le secrétaire général a joué le rôle de président et de trésorier en plus du sien, ce qui n'est prévu nulle part. De plus, l'association a eu en son sein des personnes non scolarisées contrairement aux dispositions des statuts qui définissent l'association comme un regroupement d'élèves. C'est pour ces raisons que le fonctionnement réel a été retenu pour l'analyse, au détriment de l'organisation formelle, prévue par les textes. De façon générale, la CESAM comprend un Bureau Exécutif National (BEN) et des cellules dans les Lycées et Collèges et en dehors des écoles. Le fonctionnement de la CESAM peut ainsi s'observer à travers l'élection des présidents du BEN et des cellules, à travers les réunions, l'élaboration et l'exécution des programmes d'activités.

#### *Le Bureau Exécutif National (BEN)*

Le BEN est composé d'un président, d'un secrétaire général et d'un trésorier. L'élection du président du BEN se fait en Assemblée Générale (AG). Les AG ordinaires mettent en principe fin au mandat du Bureau Exécutif sortant et donnent lieu à de nouvelles élections. Une fois élu, le président est chargé de constituer son bureau avec les personnes de son choix, membres de l'ONG. La durée réelle (et non statutaire) du mandat du président dépend de sa fidélité à son poste : tous les présidents élus ont abandonné ce poste sans démission formelle et aucun d'entre eux n'a été élu à la fin du mandat de son prédécesseur.

Les membres du Bureau National étaient principalement (au moment de l'enquête) des élèves des classes terminales des lycées et collèges d'Abidjan et des étudiants (anciennement élèves qui venaient de réussir leur Baccalauréat). Au-dessus d'eux, il y avait le principal fondateur de l'ONG et le coordinateur du Bureau National qui assurait l'intérim du fondateur en son absence. Ces deux derniers étaient les véritables dirigeants de l'ONG même s'ils ont voulu se comporter comme de simples " conseillers des jeunes " : ils détenaient le savoir (connaissances médicales) nécessaire à la sensibilisation des " pairs ", si bien qu'ils étaient les formateurs des membres de l'ONG ; ils avaient le pouvoir de décider de la pertinence des activités à mener et des dépenses à

engager ; ils étaient les ordonnateurs des dépenses, *etc.* Il était presque impossible à des élèves ou à des étudiants de première ou deuxième année de partager le pouvoir avec ces deux personnes malgré l'effort fait par celles-ci pour influencer le moins possible sur la prise de décisions et sur la direction de l'ONG.

Les réunions du BEN de la CESAM sont soit restreintes, ne concernant alors que les membres du BEN, soit élargies, c'est-à-dire ouvertes à tous les membres de la CESAM, aussi bien aux membres du BEN qu'aux membres des cellules. Selon l'un des responsables de l'ONG, c'est au cours de ses réunions que le BEN élabore son programme d'activités et définit les grandes orientations des programmes des cellules. Cependant, il est laissé à chaque cellule la latitude d'élaborer son propre programme d'activités. Souvent, se posent des problèmes de financement aux cellules, même lorsque des fonds ont été alloués à la CESAM pour la réalisation de tous ses programmes. Quelquefois, le BEN ne trouve pas pertinente une activité proposée par la cellule, alors que la cellule y tient (par exemple sorties collectives à la plage ou matchs de football). Un autre responsable de l'ONG affirme que, pour élaborer le programme d'activités, il est souvent demandé aux différents groupes de l'association ce qu'ils veulent faire, l'objectif visé étant d'atteindre un nombre important de jeunes. Ce responsable soutient que c'est à partir de ces programmes d'activités des cellules que les priorités du BEN sont dégagées et le programme national d'activités de l'ONG élaboré. Comme on le voit, il y a dans les propos de ces deux dirigeants de la CESAM quelque chose de contradictoire et difficile à comprendre : selon le premier, le BEN élabore son programme et définit les grandes orientations des actions des cellules, celles-ci étant cependant libres de déterminer leurs activités. Par contre, le second affirme que c'est à partir des programmes des cellules que les priorités du BEN sont dégagées pour la programmation générale de l'ONG.

Cette apparente incohérence du discours des responsables de l'ONG pourrait cacher la réalité de l'exercice du pouvoir : un groupe d'individus décide de ce qu'il faut faire et ceux qui veulent faire autre chose se voient refuser les moyens d'action, ce qui est quelquefois source de conflits entre décideurs et exécutants dans l'ONG. Force est de constater que le fondateur de l'ONG a été, au moins dans le cadre de certains financements, l'ordonnateur et le gestionnaire des dépenses ; la trésorière n'avait donc alors plus rien à faire et était à l'écart des activités de gestion. Le secrétaire général qui assurait l'intérim du président lorsqu'il n'était pas en activité et qui se penchait de temps à autres sur les multiples problèmes de gestion financière, qualifie celle-ci « d'opaque et suspecte ».

### *Les cellules*

Officiellement, il existait plus de quinze cellules de la CESAM : une quinzaine de cellules opérationnelles dont dix à Abidjan et cinq dans des villes de l'intérieur du pays (Zuénoula, Bassam, Gagnoa, Béoumi, Bingerville). Mais les animateurs de certaines de ces cellules estiment que beaucoup d'entre elles, même si elles font des propositions de programmes, ne sont pas opérationnelles et n'entreprennent en fait que de rares activités occasionnelles faute d'autonomie de décision et de moyens. Le BEN est accusé de centraliser tous les pouvoirs de décision et de paralyser toutes les cellules créées, n'assurant pas le suivi régulier du fonctionnement des cellules installées ni ne décentralisant la gestion financière des programmes financés.

Chaque cellule a au moins un président, un trésorier et un secrétaire. Mais il y a des cellules dont la structuration est délicate à saisir : certains responsables sont tantôt présentés comme membres du BEN chargés des affaires culturelles, tantôt comme responsables de la cellule culturelle ou comme délégués artistiques ; les tresseuses et les jeunes patineurs ne se sont jamais constitués en cellules organisées avec des présidents, des secrétaires, des trésoriers, *etc.*, mais sont néanmoins souvent présentés comme des cellules formalisées. Les présidents des cellules sont en principe élus par les membres de leur établissement scolaire respectif. Certains présidents des cellules d'Abidjan sont membres du BEN et ceux de l'intérieur du pays y sont rares. Tout comme au BEN, les présidents des cellules forment leur bureau comme ils le désirent après avoir été élus. Ces cellules sont par la suite officiellement installées par le BEN, ce qui signe leur reconnaissance et leur existence en tant que cellules CESAM de l'établissement. Il y a cependant des présidents de cellules non élus : celui qui a eu l'initiative d'intéresser les autres élèves à la création d'une cellule CESAM devient d'office le président de ladite cellule. Les textes du BEN étant les seuls à régir ces cellules, tant que ce président n'a pas porté à la connaissance des autres membres l'existence de ces textes, la cellule fonctionne sur la base de l'intuition et du bon vouloir des uns et des autres. Il y a même des présidents de cellules qui n'ont jamais lu les statuts et règlements intérieurs de la CESAM. Toutes choses qui favorisent l'occupation des postes de présidents pour une durée indéterminée<sup>1</sup>.

Deux responsables de l'ONG reconnaissent que la plupart des cellules se plaignaient du fait que l'accès aux ressources financières de l'ONG est rendu impossible. Par conséquent, ces cellules solliciteraient auprès de donateurs extérieurs des aides matérielles et financières qu'elles n'ont pas auprès du BEN de la CESAM pour l'exécution de leurs programmes. En général, c'est un homme politique en mal de publicité qui leur octroie de l'aide, ce qui permet aux responsables des cellules d'entreprendre les activités rejetées par le BEN ou souhaitées par leurs " sponsors " en y incluant un thème sur le sida.

### *Activités de la CESAM*

Les activités de la CESAM sont centrées sur la prévention et la CESAM ne pratique pas la prise en charge des séropositifs. En dehors de quelques lycées, le Bureau Exécutif National de la CESAM a surtout mené ses activités dans les villes de l'intérieur où des animations culturelles ont eu lieu. Avec l'aide financière, matérielle et la collaboration du PNLs, les activités de la CESAM ont commencé en 1992. Entre 1993 et 1994, la CESAM a organisé un ensemble d'activités, notamment des journées de sensibilisation dans trois villes de l'intérieur du pays.

« Surpris de l'extrême intérêt qu'ont manifesté au début les personnes sollicitées pour être des pairs éducateurs », le fondateur de la CESAM dit avoir initié d'autres activités, mais avoir eu du mal à « fidéliser [les] volontaires : les tresseuses redoutaient le " qu'en dira-t-on " dans leur entourage immédiat et craignaient de choquer leurs clientes en leur parlant du sida ; beaucoup de femmes avaient honte de parler des MST, ou – pour les prostituées – d'aller se soigner dans un dispensaire anti vénérien ; d'autres se méfiaient des soins qu'on pourrait leur prodiguer dans ces dispensaires » (Deniaud & Fampou-Toundji, 1996).

---

<sup>1</sup> Notons qu'une telle situation s'observe également, au plan national, dans les Comités locaux de lutte contre le sida : les présidents élus le sont pour une durée indéterminée parce qu'il n'y a pas de textes réglementaires qui régissent ces Comités.

« Malgré ces réserves, des jeunes non scolarisés ont sensibilisé des passants en circulant dans les rues sur des patins à roulettes, et deux jeunes tresseuses, trois jeunes prostituées, deux gérants d'hôtels de passes ont commencé à discuter du sida avec leur entourage et leurs clients et à leur proposer des préservatifs. Un des élèves initialement contactés formait avec un de ses amis un duo musical de rap » et deux chansons sur les préservatifs, l'une en français, l'autre en dioula (langue véhiculaire en Côte-d'Ivoire), ont ainsi été enregistrées sur cassette en 1992 par le groupe culturel de la CESAM. « Des concours de dessins, de poèmes et de slogans, des causeries animées par des chansons [...], des jeux " cracks " de questions/réponses, des défilés de mode à thèmes [faisant allusion au sida], des pièces théâtrales, des ballets, des marches de sensibilisation avec banderoles » (*id.*), ainsi que des pré-enquêtes menées par des membres de la CESAM sur les comportements sexuels, le sida et les MST, auraient été réalisés ; cependant, l'effectivité de la réalisation n'a pu être vérifiée lors de l'enquête.

Déjà, en 1993, avec des aides financières de PSI<sup>1</sup>, de la Coopération française, du PNLS et de l'ORSTOM, la CESAM avait produit un pagne pour ses activités de sensibilisation. « Ses motifs, choisis par des membres de l'association et pré-testés auprès d'une soixantaine de personnes [à Abidjan] au marché de Treichville (tresseuses, jeunes hommes, commerçantes, vendeuses et vendeurs de pagens, couturières), étaient composés de quatre dessins évoquant la prévention de l'infection à VIH, placés en damiers séparés de bandes dans lesquelles est écrit " Entre Nous " » (*ibid.*). La CESAM a également participé à différentes autres manifestations sur demande du PNLS et du COSCI.

L'impact des actions de l'ONG auprès des " bénéficiaires " est difficile à mesurer, surtout lorsqu'il s'agit de l'exprimer en terme de changements de comportements à risques pour l'infection à VIH. Ce sont essentiellement la production de rapports d'activités et l'existence des cellules CESAM qui attestent du travail réalisé par l'ONG. « Le suivi des premières activités menées par les pairs éducateurs se faisait à l'aide d'une " feuille de route ", consignait sommairement le lieu des contacts établis, le nombre de personnes rencontrées, leur sexe, âge et activité, la teneur des questions posées ainsi que la nature des conseils donnés ». Au vu de leur dépouillement, les responsables estiment « qu'environ 1 500 personnes avaient été sensibilisées entre décembre 1992 et juillet 1993 » ; et « à la date de juin 1995, 22 000 à 25 000 personnes [...] avaient bénéficié des activités de la CESAM, menées par elle seule ou avec des intervenants extérieurs (enseignants, médecins, membres du comité de lutte contre le sida) » (*ibid.*).

Selon l'un des dirigeants de la CESAM, le nombre des " bénéficiaires " sensibilisés est déterminé en additionnant le nombre de jeunes présents aux différentes manifestations (conférences et animations culturelles). Mais il semble que ces estimations ne reposent pas toujours sur des bases fiables : la détermination du nombre de personnes touchées lors des activités de sensibilisation ne se fait pas systématiquement à partir d'une liste des personnes présentes du début à la fin des séances, mais souvent à partir de la capacité d'accueil (nombre de places) de la salle où se tiennent ces activités. Se pose ici le problème des activités de masse et celui des activités de sensibilisation individualisées : faut-il toucher le plus grand nombre de personnes (combien ?) pour que l'on juge efficaces les activités entreprises ou centrer des actions

<sup>1</sup> PSI (Population Service International) est une ONG officiellement chargée du marketing social du préservatif masculin de marque " Prudence " en Côte-d'Ivoire.

continues sur un petit nombre de personnes en vue de changer à terme leurs comportements à risques ? De plus, le fait d'informer 22 000 à 25 000 personnes au cours de conférences ou projections de films est-il forcément synonyme de sensibilisation ?

En 1994, la CESAM a soumis pour financement un programme d'activités à la Mission de coopération française. Ce programme devait permettre d'atteindre un certain nombre d'objectifs, entre autres sensibiliser 60% des élèves d'Abidjan. De fait, étant donné les difficultés d'évaluation, certains bailleurs de fonds s'appuient davantage sur ce type de décompte, les justificatifs comptables et les rapports d'activités que sur des techniques objectives d'évaluation des activités de lutte contre l'infection à VIH (cf. Blibolo et al., 1997). Le dernier programme d'activités présenté aux bailleurs de fonds par la CESAM n'a toujours pas trouvé de financement<sup>1</sup>.

### *Relations de la CESAM avec les autorités de tutelle et avec la presse*

Les relations de la CESAM avec la presse et les autorités n'étaient pas très " mauvaises " de l'avis des responsables de l'ONG : lorsqu'il y avait certaines activités à entreprendre (comme lors de la dédicace de la cassette " *Chaussez capote* ", en 1994), des journalistes (de *Soir'Info*, *Top Visage*, etc.) étaient invités et couvraient les manifestations. Par exemple, lors d'une enquête au Grand Campement (dans la commune de Koumassi, à Abidjan), la presse a été sollicitée et s'est rendue sur les lieux de l'enquête. S'agissant de la publicité de la CESAM, elle était faite au moyen des sorties musicales de masse, à Abidjan et à l'intérieur du pays. Quelques rares articles de journaux ont été également consacrés à la CESAM à l'occasion de certaines activités.

Les relations de la CESAM avec les autorités de tutelle (PNLS, ministères, etc.) se sont détériorées après des moments de collaboration intense. Selon l'un des responsables de la CESAM, jusqu'en 1995, du temps du Coordonnateur du Bureau Central de Coordination (BCC) du PNLS, l'association était bien vue et bien traitée au PNLS et à la Coopération française. D'après lui, ledit Coordonnateur du BCC a fait beaucoup d'efforts pour aider la CESAM, mais, depuis le départ du fondateur de l'ONG en France, rien ne serait plus comme avant : personne ne s'intéresse plus à l'association. Plusieurs arguments sont évoqués pour expliquer cette perte d'intérêt. De l'avis de certains, l'ex-coordonnateur du BCC ne pouvait pas ne pas porter attention à la CESAM dans la mesure où cette ONG, créée et dirigée par un médecin français, avait les faveurs des responsables de la Coopération française à Abidjan et du PNLS. Actuellement, les choses ont changé : le fondateur n'est plus à la CESAM, le coordonnateur du BCC n'est plus le responsable du PNLS et les autorités de tutelle n'accorderaient plus la même importance à la CESAM. L'actuel président de la CESAM explique cet état de chose par le fait qu'ils sont élèves et que les adultes ne les prennent pas au sérieux. D'une façon générale, on relève ici encore une forte personnalisation du fonctionnement de l'association, ce qui fragilise la capacité de survie de l'organisation lorsque son principal fondateur ne la dirige plus.

---

<sup>1</sup> L'un des fondateurs de l'ONG trouve ce budget trop élevé et injustifié, ce qu'il a évoqué dans sa communication au Colloque " Les sciences sociales face au sida en Afrique. Bilan et perspectives " (Saly Portudal, 4-8 novembre 1996), n'hésitant pas à avancer que le financement dont l'ONG a bénéficié antérieurement a été à l'origine des difficultés de l'association et souhaitant par conséquent que les montants des financements octroyés à cette ONG ne soient pas trop importants.



Pour autant, le fonctionnement de la CESAM n'est pas tout à fait bloqué : les ministères de la Jeunesse et de l'Éducation nationale ont eu tout récemment des contacts avec la CESAM pour des campagnes de sensibilisation sur le sida dans les lycées et collèges. De temps à autres, des élèves créent des cellules CESAM dans différentes écoles, cela bien souvent, en fait, pour la circonstance, étant à la recherche d'aide matérielle et financière pour l'organisation de leurs activités récréatives ou de fin d'année scolaire. La CESAM ne survit actuellement qu'à travers ce genre d'actions qui sont souvent le fait d'individus dont les motivations réelles dépassent apparemment la lutte contre le sida : des médecins, des enseignants, des anciens membres de la CESAM aujourd'hui salariés, *etc.*, paraissent ainsi " récupérer " la CESAM en initiant des conférences publiques sur le sida au cours de leurs activités récréatives, stratégie permettant de solliciter l'aide matérielle et financière du P.N.I.S pour organiser des " activités de sensibilisation " sur le sida.

### *Difficultés et conflits internes*

Les fondateurs de la CESAM ont été confrontés à diverses difficultés auxquelles ils ne se sentaient pas préparés. Ces difficultés sont liées à la multiplicité des lieux d'action des " pairs éducateurs ", à la mobilité spatiale des membres de la CESAM en tant qu'élèves, à la nécessité d'un suivi rapproché et quasiment quotidien, à la lassitude de certains jeunes face au temps passé aux séances de formation et de suivi.

Un problème récurrent concerne le rôle des élèves au sein de l'association. Ainsi, le groupe musical RAP-MC de la CESAM est né avant l'association et la chanson " Chaussez capotes " existait déjà ; et si les fondateurs de l'ONG ont voulu intégrer ce groupe à la CESAM, cela n'a jamais été accepté par les élèves. De fait, c'est la cellule culturelle de la CESAM qui est principalement constituée par des élèves déscolarisés, or la CESAM étant constituée en majorité d'élèves, il y a eu des revendications discriminatoires, voilées au début et, par la suite, assez explicites. De même, il y a des étudiants dans l'association, c'est-à-dire d'anciens membres de l'association qui sont devenus étudiants et qui continuent de faire partie de la CESAM. Mais il y a beaucoup de problèmes à ce sujet : des disputes, des discussions sur fond de discrimination pendant les réunions visant à imposer certains membres aux autres ou à exclure les non scolarisés et les étudiants.

Il est vrai qu'au vu des statuts et règlements intérieurs, les élèves sont en droit de revendiquer la paternité de l'ONG puisqu'elle s'intitule " Cellule Scolaire ". Cependant, le fondateur de l'association voulait que celle-ci s'étende au cadre non scolaire avec davantage de tresseuses, de jeunes ghanéennes, de jeunes faisant du patin à roulette, *etc.*, mis à l'écart à un moment donné. Au cours d'une réunion, il aurait demandé de changer l'appellation de la CESAM en vue d'englober tout le monde. Cette demande aurait été catégoriquement rejetée par les élèves ; l'ONG a donc conservé son identité scolaire tandis que les non scolarisés ont été obligés de démissionner.

Ces revendications posent la question fondamentale de la collaboration et de la mise en commun des possibilités existantes pour mener la lutte contre le sida : pourquoi les élèves ne peuvent-ils accepter de travailler avec des non scolarisés ? Pourquoi des personnes vivant avec le VIH ne peuvent-elles pas travailler avec des personnes non infectées par le VIH alors qu'il

s'agit en principe d'un travail bénévole et non rémunéré ? Toutes ces querelles renvoient au problème de la légitimité de la prise de parole.

Par ailleurs, il importe de noter qu'au moins trois présidents de la CESAM ont abandonné la lutte contre le sida sans raison apparente connue. En fait, il semble que ces abandons s'expliquent par l'existence de conflits entre les aspirations socio-économiques (avoir un emploi salarié, avantages financiers) de ces membres et les exigences du bénévolat. D'autres difficultés ont d'ailleurs été rencontrées au niveau de certains membres qui auraient privilégié le travail rémunéré au détriment du travail bénévole. Les responsables de l'ONG ont « alors choisi de concentrer leurs efforts sur le groupe des lycéens (le plus facile à suivre en pratique), sans pour autant abandonner le projet avec les deux autres groupes de jeunes non scolarisés ou avec d'autres groupes de jeunes non scolarisés » (Deniaud & Fampou-Toundji, 1996).

Enfin, il y a surtout des problèmes liés à la gestion financière qui ont entraîné d'énormes difficultés de fonctionnement de l'ONG. D'une part, le fondateur reproche aux membres de son association de ne plus accepter de faire des efforts pour travailler comme par le passé : par exemple, depuis que des fonds ont été alloués à l'ONG, chaque membre de l'ONG demande qu'on lui donne de l'argent pour des déplacements qu'il faisait sans par le passé. Ils réclament désormais des *per diem* lorsqu'il y a des activités à réaliser, ce qui est contraire aux habitudes établies au moment où l'ONG n'avait pas d'aides financières. D'autre part, le fondateur de l'association déplore le fait que des jeunes effectuent des sorties de fonds sans se sentir obligés de produire les justificatifs comptables. D'un autre côté, ce fondateur est accusé d'utiliser des fonds sans l'avis du Bureau Exécutif et sans justificatifs alors qu'il les exige lorsque les autres membres effectuent des dépenses. Ceux qui portent ces accusations estiment que le fondateur et son adjoint n'étant pas des jeunes scolaires, il est inadmissible qu'ils soient les vrais gestionnaires et dirigeants de l'ONG. À de tels propos, les deux responsables répondent : « l'argent et son corollaire, les enjeux de pouvoir ont révélé des failles dans l'esprit même de certains membres de la CESAM. Jalousie, règlements de compte, défiance à notre égard, misogynie, velléité de pouvoir, obtention de privilèges ont été notés. Des difficultés étaient déjà perceptibles dans un article écrit par la première présidente de la CESAM et paru dans le bulletin du PNLIS (Touré, 1994), et elles étaient franchement exposées dans son bilan moral et financier qu'elle remit au bureau exécutif. Malgré un comportement exemplaire durant son mandat, elle fut la cible de critiques suffisamment acerbes et répétées de la part du bureau exécutif pour la conduire à démissionner à la fin de l'année 1994 » (Deniaud et Fampou-Toundji, 1996). Ces difficultés avaient déjà amené le fondateur à écrire dans l'un de ces rapports d'activités : « On ne peut critiquer l'association sans s'interroger sur ceux qui ont participé à sa création et qui l'ont encadré. Peut-on être observateur et acteur tout à la fois ? Notre attitude par rapport à la CESAM doit être remise en question. Nous souhaitons que la CESAM devienne autonome dans ses actions le plus tôt possible. Or, notre encadrement, nos suggestions et nos conseils ont été interprétés comme des marques d'ingérence par certains leaders, alors qu'à aucun moment nous n'avons pris de décision unilatérale au nom de l'association. Était-ce dû au fait que nous étions des adultes, étrangers de surcroît (l'un Français, l'autre Camerounais) ? Aurions-nous dû décider de cesser notre assistance à un moment donné, que la CESAM fut prête ou pas à voler de ses propres ailes ? Aurions-nous dû au contraire nous impliquer davantage dans la hiérarchie associative ou faire preuve de plus d'autorité ? N'étions-nous pas trop idéalistes en voulant maintenir coûte que coûte les principes de base de l'association : le volontariat et le

bénévolat ? Toujours est-il que le dialogue s'est progressivement fermé avec les membres dirigeants, qui nous ont accusés de diriger et d'"inférioriser" la CESAM, selon les termes du président sortant » (*id.*). Ces différentes crises que traverse la CESAM expliquent la léthargie dans laquelle elle se trouve aujourd'hui plongée, surtout depuis le départ définitif de la Côte-d'Ivoire de son fondateur.

#### *Destinataires ou " bénéficiaires " des prestations de la CESAM*

Les " bénéficiaires " de la CESAM sont toutes les personnes auxquelles sont destinées ses prestations ainsi que les membres qui tirent un quelconque avantage de l'existence de l'ONG. Ce sont principalement des élèves organisés en cellules CESAM qui sont donc à la fois " acteurs / membres " et " bénéficiaires " de l'ONG.

Divers modes de recrutement des " bénéficiaires " existent dans les écoles. Il y a les personnes qui sont venues à la CESAM par l'intermédiaire d'un membre de l'ONG qui est soit un ami, soit un parent ; ceux-ci contactent de la même manière d'autres proches pour les intéresser à la CESAM et constituer leurs cellules. À Abidjan, c'est ainsi que les cellules du Lycée Notre-Dame du Plateau et du lycée moderne de Koumassi ont été créées. Dans d'autres cas, ce sont des élèves déjà organisés en association ou club qui sont contactés par la CESAM en tant que leaders de leur organisation respective. En général, la CESAM demande à ladite association de changer de nom et de devenir une cellule CESAM de leur établissement sachant qu'ils sont élèves et que la CESAM est une association d'élèves. Certains leaders refusent la proposition, estimant que la CESAM devrait créer ses cellules elle-même plutôt que de vouloir " récupérer " leur club ; d'autres, par contre, acceptent l'offre et constituent ainsi une cellule CESAM dans leur école. Les cellules du Lycée Moderne le Bon-Samaritain de Koumassi et celle du Lycée des jeunes filles de Bingerville (comme bien d'autres) ont été créées dans ces conditions : l'une était à l'origine un Sous-Comité installé par le Comité Local Lutte contre le Sida de Koumassi, l'autre, un club " santé " initié par un professeur d'Éducation Physique et Sportive. Enfin, il y a des cellules créées par le Bureau National de la CESAM : après une activité de sensibilisation dans un lycée ou collège, la CESAM met en place une cellule CESAM ; tous les élèves de l'école ayant pris part à cette activité figurent désormais parmi les " bénéficiaires " des actions de la CESAM et, parmi eux, quelques-uns se désignent ou sont choisis pour constituer le bureau de la cellule et devenir les " représentants " de la CESAM dans l'établissement tout en étant eux aussi des " bénéficiaires ".

Les motivations des membres de l'ONG sont de divers ordres. Pour certains, l'adhésion à l'ONG est motivée par le fait qu'ils sont confrontés à des cas de parents infectés par le VIH/sida. Pour d'autres, leur motivation est liée au fait qu'ils occupent des positions (de leaders communautaires pour l'éducation sanitaire) qui les prédisposent (plus que d'autres) à la lutte contre le sida. Pour d'autres encore, il s'agit d'appartenir à une ONG à caractère national à travers laquelle leur club peut accéder à certaines facilités financières et matérielles de la CESAM en particulier et du sida en général, facilités dont les clubs ne bénéficient traditionnellement pas (ce qui gêne la réalisation de leurs activités récréatives) ; selon le fondateur de l'ONG, « la lutte contre le sida est une occasion pour ces associations de pouvoir fonctionner (au moyen des subventions accordées relativement aisément dans ce domaine)... ». La plupart du temps, les cellules de la CESAM reçoivent des préservatifs, des tee-shirts, des

prospectus, des affiches, des bandes dessinées, des appareils audiovisuels pour les allocutions et les projections de films/diapos ou de l'argent pour la location de ces appareils et de chaises. Appartenir à la CESAM, c'est aussi, pour certains, un moyen de tisser des relations, considérant que le sida intéresse de nombreuses personnes et personnalités, et d'apprendre certaines choses par la même occasion. Ainsi, certains leaders communautaires trouvent-ils dans l'adhésion à la CESAM l'occasion de se valoriser aux yeux des autres élèves qui se sont toujours désintéressés des questions d'hygiène et d'éducation pour la santé ; cela leur permet de consolider leur assise de leaders, non seulement vis-à-vis des autres collégiens ou lycéens, mais aussi vis-à-vis des responsables des établissements scolaires qui collaborent souvent avec eux pour mobiliser les élèves.

Enfin, des élèves, des non scolarisés ou des étudiants, considérés comme membres fondateurs, n'appartiennent à aucun organe de l'ONG mais qui jouissent de certains pouvoirs et de quelques avantages. Il est reproché à ces derniers de " se servir " de l'ONG pour se mettre en avant. Leurs adversaires ne comprennent pas pourquoi ils s'entêtent à diriger l'ONG alors qu'ils ne sont pas jeunes, encore moins élèves. Ils sont par conséquent perçus comme des adultes qui se servent des jeunes élèves pour se faire un nom et un peu d'argent. Ces jugements s'appuient sur les cas de certains " adultes " qui travaillent à la fois dans plusieurs ONG de lutte contre le sida ou sur les cas d'autres jeunes proches du fondateur de l'ONG qui " profitent des activités et des moyens de la CESAM pour vivre "...

Nous pouvons ainsi énumérer différentes motivations d'engagement au sein de la CESAM :

- des motivations sociales : faire comme d'autres, parents/amis déjà membres ; se faire des relations humaines utiles ou se faire connaître des autorités administratives scolaires et sanitaires de la localité ; prendre davantage conscience du danger que représente le sida pour les jeunes, donc pour soi-même, ou être affecté par le sida à travers un parent infecté par le VIH ;
- des motivations statutaires : reconnaissance d'un rôle dans l'établissement scolaire en ayant déjà été impliqué dans des activités d'éducation pour la santé ;
- des motivations matérielles et financières : bénéficier de diverses aides.

Concrètement, ces motivations peuvent étroitement se combiner, comme le montre le témoignage de l'un des leaders de la CESAM. Âgé de 31 ans et étudiant en médecine à l'Université de Cocody à Abidjan, il est devenu le plus proche collaborateur du fondateur de l'ONG. Avant son adhésion à la CESAM, il ne savait rien du sida et regardait de loin les acteurs de la lutte contre le sida. Par ailleurs, ni son père, qui a été maire d'une grande ville de son pays, ni sa mère n'ont travaillé dans une ONG. C'est en 1991 qu'il a rencontré un médecin et chercheur français avec qui il a fini par sympathiser et collaborer. En 1992, il adhère à la CESAM, association créée par ce chercheur, devenant progressivement l'ami de ce celui-ci. Alors que d'autres responsables de la CESAM auraient abandonné le travail de l'association parce qu'il s'agit d'un travail bénévole, contrairement à ce qu'ils avaient cru au départ, le leader en question est resté à la CESAM sans rémunération. Il déclare à ce sujet qu'il voyait surtout les avantages de son action dans le long terme : « moi, je ne voyais pas trop le côté finance parce que je voyais plus le côté ultérieur, c'est-à-dire lorsque j'aurai peut-être fini au niveau de mes études, [ce que] j'aurai par rapport à mon C.V., par rapport à mon expérience, je pourrai facilement intégrer un peu ce secteur... Mais ça n'empêche pas que, par moments, le

Docteur [le fondateur de la CESAM], par rapport à son budget qu'il avait... il me donnait un peu de sous pour pouvoir m'aider ». De fait, même si la motivation financière lui paraît secondaire, l'ONG lui a permis, dans une certaine mesure, de se prendre en charge sur le plan financier : « ... sur le plan financier, ça [l'ONG] m'a aidé quand même. Je ne suis pas boursier et ce n'est pas régulièrement que je reçois de l'argent de mes parents (je n'en ai pas reçu depuis presque deux ans). Les petits sous que je reçois, c'est pas beaucoup, mais je fais un effort pour pouvoir les gérer comme je peux ».

Force est néanmoins de constater que ce sont bien les rapports de certains membres aux bénéfices matériels et financiers attendus qui sont généralement invoqués pour expliquer les difficultés actuelles de la CESAM. Le fondateur est accusé d'avoir pour motivation première sa promotion sociale et économique sous le couvert de l'ONG et ce dernier reconnaît que l'argent a agi comme révélateur des conflits internes de son association ; il explique : « Au sein de la CESAM, nous avons constaté [...] de la part de certains à l'égard d'autres membres [...] des clivages entre filles et garçons, entre scolaires et non scolarisés, entre nationaux et étrangers, ou entre membres de niveaux socio-économiques différents. Ces tensions, latentes au début, se sont exacerbées à partir du moment où l'association a reçu un début de reconnaissance institutionnelle. L'argent peut donc être considéré comme un révélateur de ces crises de groupes organisés, qui bien sûr ne sont pas l'apanage du milieu de la lutte contre le sida mais y sont extrêmement visibles. Les observateurs impliqués que nous sommes ont l'impression qu'il y a deux " personnes morales " monopolisant la lutte contre le sida : l'institution et la vie associative/communautaire. Elles entretiennent des liens étroits dont chacune tire des bénéfices pour la prévention ou pour elles-mêmes. Mais ce couple laisse peu de place à son interlocuteur privilégié — ou qui devrait l'être — : le public. En s'inspirant de la notion du bénéfice attendu de la prévention sanitaire, posons-nous la question suivante à la lumière des succès et des avatars de cette jeune association de lutte contre le sida dans un pays sérieusement touché par l'épidémie et recevant une aide substantielle de la communauté internationale : le bénéfice virtuel de l'investissement préventif (c'est-à-dire au niveau de la société, les contaminations qui ont pu être évitées grâce aux actions de prévention et, dans l'avenir, celles qui le seront ; au niveau de l'acteur de prévention, une confiance renforcée et une meilleure performance à la clef) résistera-t-il aux bénéfices matériels qu'offrent le prestige social et la " marchandisation " de la lutte contre le sida ? Ce conflit d'intérêts paradoxaux ne risque-t-il pas à terme d'entraver les efforts de la prévention ? » (Deniaud et Fampou-Toundji, 1996).

## **Monographie d'une ONG dont les actions sont orientées vers les femmes, FFS**

### *Création de FFS*

FFS a été créée en octobre 1993 par une Zaïroise venue en Côte-d'Ivoire en juillet 1993 avec son époux. Ce dernier est le responsable de l'ONG chargée officiellement du programme de marketing social des préservatifs masculins et, depuis peu, de pilules contraceptives en Côte-d'Ivoire. Biologiste de formation, la fondatrice de FFS précise que, en arrivant en Côte-d'Ivoire, elle était mère au foyer avec deux enfants en bas âge et ne voulait donc pas exercer une activité professionnelle à temps plein. Ayant déjà travaillé dans le domaine du sida au Zaïre avant de venir en Côte-d'Ivoire, elle a eu l'idée d'animer une association de lutte contre le sida auprès des femmes, eu égard à la séroprévalence qu'elle estimait " galopante ". Ne sachant pas

s'il existait déjà une organisation de ce genre, elle a rencontré les responsables du PNLS pour qu'ils l'aident à entrer en contact avec une organisation s'occupant de prévention du sida auprès des femmes, en vue d'y adhérer comme volontaire. Les responsables du PNLS lui auraient alors fait la proposition de créer elle-même une association de prévention du VIH auprès des femmes. Cependant, selon la fondatrice, le PNLS ne soutenait FFS que moralement : il n'y avait pas de fonds pour commencer les activités. Son époux et elle se sont donc organisés pour doter l'association naissante d'un minimum de moyens sur des fonds personnels, ce qui a permis de commencer à asseoir son administration. Au début de l'année suivante, en 1994, l'association avait entrepris ses premières activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) à Blockhauss, quartier d'Abidjan.

FFS est une ONG apolitique qui n'a pas de revendications syndicales, corporatives ou religieuses. Son but est de contribuer au changement des comportements à risques pour le l'infection à VIH, surtout chez les femmes. L'association a été déclarée au ministère de l'Intérieur en tant qu'ONG une année d'activités après sa création, en 1994. Le récépissé d'enregistrement n'a été reçu que vers la fin de l'année 1995. Pour la présidente, FFS n'est devenue ONG que par la volonté des responsables du PNLS : « c'était une association, mais au niveau du PNLS, on nous a octroyé la possibilité d'être une ONG ».

La fondatrice de FFS est également la présidente de l'ONG. Certes, dit-elle, « tout le monde peut être présidente, il suffit d'être en mesure de faire tous les travaux de l'organisation. Je n'ai pas été élue pour mon premier mandat de présidence pour la seule raison que les amies, à l'unanimité m'ont demandé d'assumer ces fonctions du fait même que j'ai été l'initiatrice principale de l'ONG ». Mais « ce n'est pas facile pour tout le monde d'être présidente, parce que jusqu'à aujourd'hui je n'ai pas trouvé une seule dame qui accepte de le faire comme je le fais. Par exemple, pour le déplacement j'utilise le véhicule familial, car l'ONG n'a pas de véhicule pour le moment. Nous manquons de siège et nos réunions se tiennent souvent au siège de l'ONG de mon époux et quelquefois au PNLS. Des fois il n'y a pas de fonds et on est obligé de dépenser l'argent de sa propre poche. On travaille toute la journée sans salaire, c'est assez difficile pour un couple parce que, on a quand même besoin de vivre. Heureusement que mon mari me comprend, car il est lui-même agent de santé publique ». De fait, en août 1996, elle a organisé une Assemblée Générale en vue de renouveler les organes de direction de l'ONG et de susciter une autre candidature au poste de président qu'elle avait souhaité quitter. Cependant, elle a été reconduite à ce poste de président, semble-t-il parce que « personne d'autre ne se sent capable de la remplacer, surtout dans la recherche de fonds dont elle seule a le secret » soutient l'une des responsable de l'ONG.

Pour permettre la création de l'ONG dans le cadre d'un travail bénévole, la présidente a procédé à une sorte " d'évangélisation " selon son expression. Si les membres fondatrices de l'ONG sont nombreuses, c'est bien à elles que revient l'initiative comme elle l'explique : « les membres fondatrices, je les ai rencontrées une à une, mais je ne les connaissais pas toutes avant. Je leur ai parlé du problème de manque de moyens financiers et elles ont accepté de m'aider. Dans les quartiers, on disait aux gens de s'investir plus. Sinon, à un moment donné, nous ne pourrions plus arrêter la propagation du sida dans notre communauté. Il faut sauvegarder notre communauté qui est en danger. C'est notre personne qui est en péril. Et certaines personnes

ont été attentives et ont accepté de s'engager si elles ont un temps libre après leur boulot. Ce qui fait que nous avons une longue liste de volontaires... ».

### *Organisation de FFS*

#### *Les membres*

A FFS, tout un chacun peut être membre, pourvu qu'il puisse, d'une façon ou d'une autre, s'investir dans la lutte contre le sida comme le soutient la présidente : « il suffit seulement que la personne décide de faire quelque chose pour la lutte contre le sida dans son milieu, dans sa famille, sa communauté, pour rejoindre le groupe. C'est très simple ». Ainsi, il n'existe pas de carte de membre de FFS, une manière aussi pour les responsables d'éviter de d'exiger le versement de cotisations. C'est ce qu'a voulu la fondatrice : « ...il n'y a pas de cotisations et ça, s'il y a quelqu'un à blâmer, c'est bien moi. Au début, un grand nombre des membres m'a demandé d'instaurer des cotisations. Mais je me suis opposée car nous étions à notre début et tout le monde n'avait pas les moyens pour cotiser quoi que ce soit. Donc la cotisation est devenue facultative pour chaque membre. On ne peut pas les obliger, car certains membres se retireraient par manque de moyens financiers ».

Les femmes aussi bien que les hommes peuvent faire partie de l'association ; la présidente cite, pour preuve, le comptable et deux autres hommes qui travaillent avec l'ONG et qui aident souvent à réaliser les activités de l'association – tout en étant chacun, précisons-le, également membre d'une autre ONG. Cependant, FFS a pris à dessein le mot " femmes " dans son intitulé, la présidente ayant constaté une croissance de l'infection chez les femmes et estimé par conséquent que les femmes devaient s'engager plus que les hommes dans la lutte contre le sida. En d'autres termes, si FFS ne travaille pas uniquement pour les femmes, sa cible principale est constituée de femmes, celles-ci étant amenées à devenir des vecteurs ou véhicules de l'information vers les autres femmes.

En fait, le terme de membres semble plutôt ici désigner des auditrices des séances de sensibilisation (appelées formations), davantage que des personnes ayant réellement " adhéré " et participant effectivement aux activités de prévention du sida initiées par FFS. On peut en effet constater que l'ONG ne fonctionnait pas en l'absence de la présidente et/ou de deux ou trois volontaires particulièrement actifs. Ces volontaires sur lesquels reposent l'essentiel du travail de l'ONG sont des personnes sans emploi salarié qui travaillent dans l'ONG dans l'espoir d'y être un jour rémunérées, lorsque l'ONG aura un financement le permettant. Certains membres de l'organisation sont au chômage et d'autres étaient déjà employés par l'ONG de l'époux de la présidente. Les membres exerçant un emploi salarié sont moins actifs que ceux qui n'exercent aucun emploi rémunéré.

Au sein de l'association, il y aurait par ailleurs un certain nombre de personnes vivant avec le VIH. L'enquête n'a pas permis d'identifier un seul des membres dans ce cas. Selon la présidente de l'ONG, il y a beaucoup de membres qui ont perdu soit un membre de la famille, soit un ami ou un proche parent du fait du sida. L'ONG aurait perdu des membres infectés par le VIH il n'y a pas longtemps. Et cela semble, de l'avis de la présidente, engager davantage ces membres confrontés au sida dans la lutte contre le sida, même sans argent.

### *Le Bureau National*

Le Bureau Exécutif National (BEN) de FFS est dirigé par un président et comprend un secrétaire général, un vice-président, un chargé de l'IEC (Information, Éducation, Communication), un comptable qui est à la fois trésorier et caissier. Le poste de commissaire aux comptes, chargé de contrôler la gestion des fonds de l'ONG et de rendre compte à l'Assemblée Générale (AG), est prévu dans l'organigramme mais cette tâche est pour l'instant assumée par la présidente qui veille en personne à la bonne gestion des fonds de l'association. Le comptable est un employé de l'ONG de marketing social des condoms et est chargé d'exécuter les dépenses ordonnancées par la présidente du BEN. La plupart des occupants des postes du BEN sont employés (salariés) dans des entreprises privées ou étatiques ; de ce fait, ils ne sont pas toujours disponibles les jours ouvrables, ce qui rend les choses assez difficiles pour la présidente qui se dit obligée de cumuler les rôles. Elle joue par conséquent tous les rôles avec l'aide des quelques membres qui n'ont pas d'emploi rémunéré et qui sont, pour certains, membres de plusieurs autres ONG de lutte contre le sida.

Le rôle du BEN est de régler les affaires courantes, par exemple : trouver des financements pour les activités, identifier et recruter des volontaires pour adhérer à l'ONG, organiser des réunions des membres du bureau, définir et arrêter les décisions d'organisation des activités, tenir les comptes financiers à jour, payer les frais de transports des personnes formées et des formateurs et réaliser les activités de formation. La présidente assure la coordination des activités. Elle contribue également à assurer la formation des bénéficiaires de l'ONG. Pour la recherche de financements, elle est chargée d'identifier des bailleurs de fonds et des personnes pouvant financer les activités et de contacter en vue de leur expliquer ce que l'ONG veut faire avec l'argent sollicité. La présidente est également chargée de l'ordonnancement et de la gestion des fonds en collaboration avec le comptable chargé en principe des ressources financières de l'association. La gestion et la garde d'une partie du matériel leur reviennent aussi. Aux dires de la présidente, les décisions de dépenses sont prises au cours des réunions du Bureau Exécutif, conformément aux budgets des projets d'activités élaborés : seuls les budgets des projets déterminent les dépenses. Toutefois, certaines dépenses peuvent être décidées par la présidente sans l'avis préalable des autres membres du Bureau. Ceux-ci en sont, en principe, informés d'une manière ou d'une autre par la suite.

S'agissant des réunions, elles se déroulent habituellement au siège de PSI ou, quelques fois, au PNL.S. Généralement, il est fait appel à tous les membres par téléphone et d'autres sont avisés oralement par contact direct de la tenue des réunions du Bureau. Ceux qui ne peuvent pas venir à cause de leurs obligations professionnelles appellent la présidente pour s'excuser. Il y a des réunions administratives et des réunions techniques. Pour les réunions administratives, tous les membres du Bureau Exécutif sont convoqués pour la prise des décisions. Pour les réunions techniques, le taux de participation est estimé à plus de 75% des membres par la présidente, ce dernier type de réunion concernant aussi bien les membres du BEN que des membres des cellules de FFS.



### *Activités de FFS*

Les différentes activités que les responsables de FFS rencontrés déclarent avoir été réalisées depuis la création de l'ONG n'ont pu être énumérées dans leur détail du fait de leur diversité. Cependant, selon ces responsables de FFS, il s'agit principalement d'activités de formation de " femmes-relais " dans les différentes localités, conformément à l'objectif principal de l'ONG : certaines femmes sont formées, étant par la suite censées organiser à leur tour, à l'intention des femmes de leur milieu, des activités de sensibilisation pour la prévention des MST/sida. La formation des personnes-relais, affirme la présidente, doit être conduite à travers le pays, aussi bien dans les communautés hôtes que dans les communautés migrantes. Le contenu des séances de formation n'est pas standardisé et dépend essentiellement de l'orientation que veulent leur donner les formateurs. Selon l'une des formatrices, pendant un à deux jours, les formateurs donnent des informations sur le sida aux populations cibles pour qu'elles puissent les transmettre aux autres individus de la communauté, " de bouche à oreille ".

À Abidjan, dans la commune de Cocody par exemple, plus de 15 séances de formation ont, paraît-il, été réalisées dans des quartiers précaires. Dans cette même ville, les responsables de l'ONG notent avoir constitué un groupe de femmes-relais dans le quartier Attékoubé et avoir formé des tresseuses. Des activités de formation auraient été conduites dans la ville de Bouaké et dans la commune de Port-Bouët. L'ONG aurait également un représentant dans la ville de Katiola ainsi que des membres à Taabo et à Abengourou, ce qui sous-entend que des formations ont eu lieu dans ces localités<sup>1</sup>. Selon la présidente, à ce jour, plus de 700 femmes auraient été formées et l'ONG compterait au moins 200 membres mobilisables d'un coup.

Selon les responsables de l'ONG, les activités ne sont pas déterminées en fonction des priorités définies par le PNLS, mais sont dégagées d'enquêtes CAP sur le terrain. Ils citent comme exemple les activités réalisées, à Abidjan, dans le quartier Doukouré de la commune de Yopougon et dans la commune d'Abobo. Ils ont remarqué que ces communes sont surpeuplées, que la vie y est précaire et qu'il y a beaucoup de contacts dans de grands hôtels avec beaucoup de femmes professionnelles du sexe. A la lumière de ce genre " d'études ", ils déterminent les activités prioritaires à mener, ce qui les a conduit, par exemple à Yopougon, à parler de prostitution dans ces endroits lors des séances de formation.

Il semble que, de fait, FFS se soit essentiellement occupé de prévention et de formation. Et si, comme on l'a vu, certains des membres de l'ONG sont infectés ou affectés par le sida, très peu de personnes vivant avec le VIH, sauf celles étant vraiment dans le besoin, auraient reçu une aide financière de l'ONG : celle-ci ne veut pas que cela soit une " règle ", se sachant très peu nantie, et elle oriente généralement ceux qui sollicitent son aide vers les associations de personnes vivant avec le VIH.

---

<sup>1</sup> FFS s'était proposée d'étendre ses activités de formation très prochainement aux villes de Korhogo et de Ferkéssédougou, au nord, ainsi qu'aux villes de Man et de Tabou, à l'ouest du fait de la présence de nombreux réfugiés. Le choix des villes du Nord du pays était-il en rapport avec le projet " migration-sida " de l'USAID auquel FFS avait été associée au départ avant d'en être exclue ? Tout porte à le croire dans la mesure où cette région ne fait plus partie des préoccupations de FFS depuis que l'ONG ECODEX (qui travaille en association avec PSI pour le marketing social du préservatif masculin " Prudence ") a " gagné ce marché ".

### *Impact des actions de FFS et statut social des bénéficiaires*

L'impact des actions de FFS est difficile à mesurer en termes de changement de comportement à risques pour l'infection à VIH/sida. Même s'il est fait état de rapports d'activités (qu'il n'a pas été possible d'obtenir au cours de cette enquête), ce type de document ne permet pas d'évaluer l'impact des actions de l'ONG sur les comportements préventifs des bénéficiaires. La méthode d'évaluation utilisée par FFS est particulière comme l'atteste les propos de la présidente de l'ONG : « Au point de vue formel, on n'a pas encore fait d'évaluation, mais comment nous évaluons nos actions ? Lorsque les personnes chargées du suivi vont sur le terrain, elles doivent s'assurer que l'information va plus loin. Pour ce faire, si elles rencontrent un individu sur le lieu de l'activité, elles lui présentent le dépliant de FFS et lui demandent s'il connaît l'ONG. Au cas où l'individu aurait des informations sur l'ONG et sur le sida, l'évaluateur lui demande de dire par qui il a reçu ces informations. Les personnes chargées du suivi recherchent également des indicateurs tels que les tee-shirts de FFS distribués lors de la formation aux bénéficiaires. Un individu vêtu de ce tee-shirt est la preuve que des formateurs de l'ONG l'ont rencontré et le lui ont offert. C'est ainsi que nous vérifions que les formateurs sont passés en un endroit. Mais du point de vue formel, on n'a pas organisé une évaluation. Donc ça veut dire que nous évaluons la réalisation effective de nos activités pour savoir si nos gens ont effectivement travaillé. Mais pour le moment nous ne sommes pas encore arrivés à évaluer l'impact de notre action sur le comportement des gens. Au point de vue quantitatif nous n'avons pas évalué. [...] C'est un cercle vicieux, en fait. Mais dans l'avenir, nous allons débiter toutes les activités par une étude pour l'évaluation des connaissances sur le terrain. Après l'intervention, une autre enquête nous permettra d'évaluer le travail effectué en termes de changement de comportement. Nous y pensons. Et dès que nous reprendrons les activités à Korhogo, nous les ferons aussi avec une pré-enquête. A Ferkéssédougou, nous les ferons avec une pré-enquête. »

Au sujet du suivi des activités, des difficultés semblent exister : les responsables de l'ONG évoquent l'existence d'un comité de suivi chargé de demander des comptes aux personnes déjà formées pour savoir si elles forment d'autres personnes à leur tour. Mais, pour leur part, les personnes-relais déplorent principalement et dans leur majorité une absence totale de suivi par le Bureau National après les rencontres de formation, absence évoquée aussi bien par les femmes-relais d'Abidjan que par celles de l'intérieur du pays.

De fait, les " bénéficiaires " de l'ONG sont principalement des femmes ayant été rencontrées par les formateurs de FFS en vue de participer à des séances de formation sur le sida. Elles sont recrutées sur la base de considérations diverses : certaines sont des leaders communautaires ou politiques (du parti au pouvoir essentiellement) connues soit sur leur lieu de travail, soit par toute la communauté. D'autres sont des amies et connaissances des membres de l'ONG qui servent d'intermédiaires pour impliquer d'autres femmes dans les activités de formation. C'est généralement par l'intermédiaire des autorités administratives, religieuses ou politiques ou via des réseaux locaux et d'autres organisations non gouvernementales que sont identifiés les leaders à former.

Une femme ainsi contactée pour prendre part à une formation explique sa motivation en ces termes : « Je suis une femme et je dois aider à sensibiliser mes sœurs femmes qui sont les plus exposées, à prévenir le sida ; si, moi, une femme, je ne sensibilise pas les femmes et les jeunes filles, qui va le faire ? ». Le désir de contribuer à la lutte contre un fléau tel que le sida, la

possibilité de bénéficier d'une formation gratuite pour mieux faire son travail, le fait de mieux savoir se protéger soi-même, la curiosité et la satisfaction personnelles sont autant de raisons qui ont motivé l'engagement des femmes-relais dans l'ONG.

Les raisons d'adhésion d'un homme rencontré sont assez différentes : il n'a pas adhéré de lui-même mais à la demande de la fondatrice, cela tout en ayant des motivations précises ; il explique : « ...j'ai été désigné par la présidente compte tenu de mon expérience avec PSI où j'exerce. Déjà la fondatrice avait des contacts avec la société où je travaille, donc c'est dans ses démarches ici qu'elle m'en a parlé. Et donc je n'ai pas hésité à adhérer. Je suis embauché à PSI qui est chargé de distribuer les capotes en Côte-d'Ivoire. C'est pour tenir les comptes de l'ONG. Pour l'instant on [FFS] n'a pas de commissaire aux comptes ; j'assure le service comptabilité et finances et la présidente a aussi un contrôle là-dessus. J'ai voulu faire du bénévolat seulement pour le sida et non pas pour les autres maladies d'abord parce que je travaille avec une structure qui est près de ce domaine-là. Deuxièmement, il existe certes des maladies autres que le sida mais qui sont guérissables. Mais avec le sida ce n'est pas le cas, c'est un sentiment de pitié que j'ai pour la personne infectée du sida. Donc en sensibilisant, en informant, je souhaite que beaucoup plus d'individus éviteront la chose ».

Il y a enfin l'espoir d'obtenir plus facilement des fonds nécessaires à la réalisation de projets en souffrance grâce à une ONG de lutte contre le sida (maladie qui bénéficierait de plus de financements que d'autres) qui explique l'engagement de certaines femmes-relais et qui n'est pas explicitement exprimé. Cela transparaît dans les difficultés et souhaits exprimés par ces femmes.

#### *Les difficultés rencontrées par les bénéficiaires ou femmes-relais de l'ONG*

Les difficultés avec le Bureau National concernent les promesses de financement non tenues et l'absence de suivi des activités après les séances de formation. Les femmes-relais formées à Abidjan et à l'intérieur du pays affirment que le Bureau National leur a donné la certitude de les aider à trouver des fonds pour réaliser leurs projets, projets fréquemment conçus de sorte à générer des revenus. De fait, les responsables de l'ONG pensent que si les femmes se prennent en charge sur le plan économique, elles vont être en mesure d'éviter de se livrer aux pratiques sexuelles à risque pour le VIH. Mais les femmes-relais constatent toutes qu'après la formation dont elles ont bénéficié, aucun fonds ne leur a été alloué par le Bureau National et qu'elles n'ont plus jamais revu leurs formateurs, lesquels leur avaient pourtant promis de les suivre et les aider dans la réalisation de leurs activités.

Les femmes-relais de FFS rencontrent également des difficultés vis-à-vis des autres bénéficiaires, se heurtant par exemple à des problèmes de communication lorsque leurs interlocutrices ne parlent pas français. Par ailleurs, après la formation, certaines femmes formées ne participent plus aux activités de l'ONG. Enfin, les rares jeunes filles sensibilisées par les femmes-relais sont accusées de pratiquer le multipartenariat sexuel malgré les conseils de prévention qui leur sont prodigués, ce qui veut dire qu'elles n'ont pas encore changé leurs comportements à risques pour l'infection à VIH. Toutes choses faites pour décourager les femmes-relais à poursuivre le travail de sensibilisation.

Malgré ces difficultés, les bénéficiaires ont certains motifs de satisfaction. Leurs connaissances

personnelles des mesures de prévention du sida se sont améliorées et chacune se sent en mesure de se protéger contre le sida. Des femmes-relais évoquent également la fierté d'être les représentantes de l'ONG dans leurs milieux respectifs. Elles se sentent perçues dans la population comme des femmes qui travaillent beaucoup. Elles se sentent admirées des autres femmes de leur localité. Les relations que les membres de l'ONG tissent avec d'autres personnes dans le cadre des activités de l'association constituent des motifs de satisfaction morale pour elles. D'autres femmes-relais ou membres de l'ONG expliquent qu'à force de parler du sida, les jeunes de leurs quartiers les fuyaient un peu au départ, mais que, par la suite, ils ont commencé à les fréquenter et à leur demander des préservatifs ; ils ont désormais beaucoup de sympathie pour elles. Même dans leurs services, on les consulte toujours lorsqu'il y a une discussion sur le sida.

Cela étant l'appartenance à une ONG de lutte contre le sida a aussi ses inconvénients comme l'explique cette veuve, mère de quatre enfants dont l'un est âgé de plus de 28 ans : « Les femmes de chez moi pensent que c'est parce que j'ai peur du sida que je ne me suis pas remariée, donc elles trouvent que c'est parce que je ne suis pas mariée que je suis tout le temps malade. Il y a d'autres qui se moquent de moi, qui me demandent si je suis docteur. D'autres pensent que je perds mon temps. Mais celles qui comprennent me demandent des renseignements sur le sida quelquefois ». D'autres inconvénients sont invoqués par une restauratrice, musulmane, mariée et mère de six enfants. A la question de savoir comment elle est perçue par son entourage au regard de son appartenance à FFS, elle répond : « Il y en a qui m'admirent, qui pensent même que je travaille à l'hôpital. D'autres [par contre] pensent que je trompe mon mari, raison pour laquelle je parle de sida et de préservatifs tout le temps ». Ces exemples montrent aussi que le sida et le préservatif sont assimilés à l'infidélité, au multipartenariat sexuel par certaines personnes.

#### *Relations avec les autorités de tutelle, avec la presse et avec d'autres ONG*

FFS a sollicité plusieurs fois la presse. Par exemple, lors de la grande marche de sensibilisation du 1er décembre 1994, la presse a couvert totalement la manifestation qu'elle a organisée. La participation de la presse est conçue par les responsables de l'ONG comme une action concourante : « Il y avait une synergie dans ce sens que nous avons mobilisé l'administration et tout le monde. Et les médias ont senti que quelque chose bougeait de ce côté là et ils se sont impliqués » affirme la présidente. Il faut noter que parmi les membres de l'ONG, il y a une femme journaliste. Les responsables disent ignorer comment l'ONG est perçue par la presse, mais ils reconnaissent que chaque fois qu'ils ont une activité, elle est couverte ou évoquée dans la presse écrite. Quelquefois, les membres de l'ONG sont invités à la télévision comme à la radio pour parler de l'organisation. La publicité de l'ONG est faite au moyen de dépliants et grâce à des boucles d'oreilles réalisées par l'ONG.

Au sujet de l'intérêt que les bailleurs de fonds manifestent à l'égard de l'ONG, la présidente répond en ces termes : « ... il me semble qu'ils [les bailleurs] sont toujours intéressés par ce que nous faisons dans la sensibilisation des femmes afin qu'elles se réveillent pour prendre leur destinée en mains. Mais aussi les bailleurs aiment savoir que quelque chose se passe sur le terrain et non dans les bureaux ou à la capitale. Ils savent que nous travaillons dans les milieux défavorisés, à l'intérieur du pays, sur le terrain. C'est pourquoi le dernier fonds accordé par

l'OMS à FFS était destiné à la formation des quartiers défavorisés. Mais la Banque Mondiale nous a aidé à former les gens du quartier Doukouré à Yopougon. Nous avons utilisé ce fonds pour former dans trois centres : la MACA (maison d'arrêt et de correction d'Abidjan), Niangon Sud et les femmes du quartier Doukouré. Avec les fonds de l'OMS pour la formation de trois lieux, nous en avons formé six, tout cela en faisant beaucoup attention à l'utilisation des fonds et en y ajoutant un petit quelque chose si nécessaire. Et nous avons neuf villages sur la route de Bassam et là-bas, il y a les femmes qui s'adonnent à des activités génératrices de revenus. Au niveau du ministère de la Santé [et du] Programme national contre le sida, parmi les autres ONG contre le sida, nous sommes contents de penser que le ministère est disposé très positivement à l'endroit de FFS, car tout d'abord nous sommes sur les listes des personnes qui luttent contre le sida en Côte-d'Ivoire. Nous avons été sollicités pour le symposium de Santé Publique [il s'agit plutôt du colloque " Santé en Capitales "] à Abidjan pour pouvoir communiquer notre activité à tous les participants au symposium. C'était un grand honneur pour nous. Quand il y a des invitations, nous sommes invités. Au plan national, nous sommes une ONG qui travaille sous la coordination du PNLS. Il y a certains projets qui associent étroitement FFS, le PNLS par exemple, le projet de Migrants. On n'avait pas beaucoup de moyens, les moyens de survie, on n'en avait pas. Mais heureusement, le PNLS a entendu nos cris et maintenant nos dernières activités que nous avons eues en 96, c'est grâce au programme national que nous les avons réalisées. C'est par le biais du Directeur Exécutif que nous avons eu des fonds pour pouvoir exécuter notre programme, étant donné que FFS est très appréciée au sein du PNLS. Vis-à-vis des autres ONG sur le sida, nous travaillons positivement avec le COSCI (Collectif des ONG anti sida de Côte-d'Ivoire) ».

### *Difficultés internes*

Comme la plupart des ONG de lutte contre le sida, FFS rencontre un certain nombre de difficultés ; la présidente de l'ONG évoque notamment des problèmes d'ordre matériel et financier : « Au point de vue de la locomotion par exemple, c'est un problème. Nous n'avons pas de véhicule. Depuis 1993 que l'association a commencé ses activités, elle utilise ma voiture personnelle pour les courses et parfois pour aller à l'intérieur du pays. Et cela est très difficile surtout pour moi. Mais on consent pour le moment des sacrifices énormes dans l'espoir que quelques solutions pourront venir après. Sur le plan financier, on a de gros problèmes car on n'a pas de sources de financements déterminées. Les fonds nous arrivent par à coup, et c'est assez difficile de planifier. Sinon nous avons eu de l'argent avec l'OMS, de la Coopération française, de la Banque Mondiale, du PNLS. Et comme les financements nous viennent par à coup, il est difficile de travailler avec un budget pendant deux ans. Donc le peu qui arrive, quand il s'épuise, nous devons attendre que quelqu'un d'autre se décide à s'investir dans notre action, pour pouvoir continuer le travail que nous avons prévu. Et cela met en retard notre agenda de travail. Mais notons que le PNLS nous aide beaucoup dans notre lutte contre le sida ».

Les difficultés rencontrées dans la recherche de financement ne sont pas considérables pour FFS. C'est ce que reconnaît la présidente de l'ONG qui précise néanmoins : « ... Mais quand nous allons chez les bailleurs pour l'aide, ils ont leurs priorités et je ne sais pas si la lutte contre le sida est l'une de leurs priorités. Et même si c'est cela, ils veulent qu'on leur fournisse beaucoup de papiers. Ils veulent être sûrs que leur argent ne tombe pas dans de mauvaises

mains. Bon, nous n'avons pas de siège jusqu'à maintenant. Bien sûr de temps en temps nous avons nos réunions au Comité national ou à PSI qui nous aide aussi. Mais nous utilisons parfois le domicile des membres pour avoir nos réunions. Nous n'avons pas de locaux propres et cela se répercute surtout sur nos activités. Nous sommes désolés de ne pouvoir aller partout où on nous demande faute de moyens. C'est les moyens qui nous manquent. Nous avons besoin de matériel de bureau, mais aussi d'argent, car il faut payer les frais de transport. Nous avons besoin d'un véhicule aussi. Pour le siège, le PNLIS est en train de s'en occuper. Cela ne pèse plus autant sur nous comme c'était l'année passée ».

### *La question du bénévolat*

La question relative au bénévolat est délicate et diversement abordée par les membres de FFS. La présidente exprime la perception du bénévolat dans l'association de la manière suivante : « Pour nous, la notion de bénévole est globale et nous ne faisons pas de différence entre bénévole et volontaire. Nous sommes des volontaires, c'est-à-dire que nous nous sommes décidées nous-mêmes pour pouvoir engager la lutte contre le sida. Nous sommes des bénévoles parce que nous n'attendons pas de salaire quand nous travaillons. Bien sûr, si un bailleur peut nous payer les frais de transport, nous acceptons, c'est une bonne chose. Mais à défaut, nous marchons ou nous dépensons de notre propre poche. Nous sommes des volontaires et des bénévoles en même temps. Dans l'association, il n'y a pas de problème mais c'est une question de principe et puis de bon sens. Pour nous, nous sommes volontaires. Les volontaires ne sont pas rémunérés parce qu'il n'y a pas de fonds nécessaires. Mais nous sommes pour le bien-être social aussi. Pour une personne qui travaille, même si ce n'est pas un salaire, je crois qu'il lui faut à manger, à boire et qu'il se couvre. Si nous ne pouvons pas offrir cela, alors... On a accepté d'être bénévoles, mais s'il y a un petit fonds, je suis pour remercier (c'est-à-dire motiver financièrement) les personnes qui travaillent sur le terrain. Écoutez, vous allez à Bouaké, vous n'y allez pas pour travailler affamé. Il faut que nous payons votre repas aussi. Vous n'allez pas dormir à la belle étoile. Et les volontaires qui travaillent ne sont pas pour la plupart des salariés. Ce sont des gens qui n'ont pas de travail rémunéré. Donc ces gens abandonnent l'association quand ils trouvent un travail rémunéré ailleurs. On a perdu D.E à cause de cela. Mais je crois que les bailleurs de fonds ont besoin d'apprendre plus sur les notions de volontariat en Afrique et de volontariat en Europe. Ces deux volontariats sont diamétralement opposés. En Occident une personne volontaire est celle qui a à manger, qui est logée et qui est chez elle et, elle a un temps libre qu'elle va offrir à l'association. Elle n'a même pas besoin d'être rémunérée, de transport. Tandis qu'en Afrique la classe moyenne tout d'abord ne s'engage jamais pour être volontaire. Elle est à l'abri, elle est bien. C'est dans la masse, c'est par exemple un chômeur qui va accepter de travailler. Et en ce moment là on ne peut fermer notre sensibilité pour voir le malheur de la personne qui travaille. Et avec FFS, c'est ce que nous faisons quand on a les moyens. »

L'avis d'un autre membre fondateur FFS, âgé de 30 ans et employé à PSI est plus nuancé : « Pour nous, c'est le volontariat qui est important. On fait tout pour que la personne ne grince pas les dents en venant ; nous faisons tout pour que les gens ne sortent pas de l'argent de leur poche. Le bénévolat en Afrique est différent de celui de l'Europe. Là-bas, le bénévole travaille et consacre uniquement son temps libre au bénévolat. Chez nous, les gens n'ont rien, ils sont au chômage. Et c'est difficile. Donc nous, on met l'accent sur le volontariat. Les gens ne disent pas

souvent ce qu'ils ont. Peut être que ceux qui sont partis, c'était pour ça. Mais il faut savoir que le travail est dur : aller parler à des gens, des fois, on se fait chasser et parfois dans les bidonvilles c'est dangereux. Selon moi, celui qui travaille dans une ONG comme la nôtre doit être rémunéré. Qu'est-ce que la rémunération ? C'est une reconnaissance du travail, ça permet à la personne d'être dans les meilleures conditions pour travailler. Et la rémunération est un facteur de motivation. Maintenant, ça ne doit pas être l'occasion de s'enrichir. Ou bien on veut faire du social ou on ne veut pas. Mais en tout cas pour moi quelqu'un qui fait quelque chose, il faut le rémunérer. Je crois que pour les ONG (je ne sais pas qui doit s'en occuper, l'État, les bailleurs ou l'ONG elle-même), aujourd'hui dans presque tous les pays d'Afrique, les ONG veulent aider l'État et prennent souvent la place de l'État dans beaucoup de choses. Donc quand quelqu'un est dans une ONG, il n'a pas de carrière régulière, il n'a pas de statut. Ce n'est pas organisé. Il faut que ceux qui travaillent dans les ONG aient un avenir comme les fonctionnaires d'État, ou d'une entreprise qui ont droit à la retraite. C'est important. Les ONG doivent être considérées comme un volet important du secteur privé. Les agents des ONG n'ont aucune garanties. De sorte qu'ils y viennent de façon passagère. Ils vont d'ONG en ONG surtout que parfois il y a signature de contrats avec les institutions internationales. Pour le cas de l'AIBEF, les gens sont répartis à la rue après la suspension des aides de l'USAID. Il faut organiser le secteur, c'est ma proposition. Là on aura des profils de carrière, de la promotion pour les agents, et plus d'efficacité dans les activités, etc. ».

## **Conclusion**

Au total, de nouvelles ONG de lutte contre le sida se sont créées et d'autres déjà existantes s'impliquent dans cette lutte que les structures étatiques à elles seules ne peuvent maîtriser. Plusieurs situations se présentent : dans certains cas, il y a une mutation des objectifs de création des ONG vers les activités de lutte contre le sida ; dans d'autres cas, c'est un élargissement du champ d'intervention. En outre, de nouvelles ONG sont créées uniquement du fait de la lutte contre le sida.

La mutation des objectifs de création et l'élargissement du champ d'intervention des ONG s'expliquent par le fait que souvent, elles n'ont pas les moyens matériels et financiers pour intervenir. Lorsqu'une opportunité de financement se présente, elle est saisie par l'ONG au risque de disparaître. Le sida offre ces opportunités à certaines ONG. Au regard de ces différentes situations qui amènent les gens à créer des ONG pour la lutte contre sida ou qui favorisent la participation des ONG de développement économique ou culturel à la lutte contre le sida, on peut dire que le sida influe sur le secteur associatif en Côte-d'Ivoire. Toutefois, il faut noter qu'avant l'apparition du sida, ce secteur était en mouvement et que l'influence du sida n'a pas encore atteint les syndicats ni les partis politiques.

Les notions de bénévolat et de volontariat ne sont pas toujours comprises de la même manière par les ONG et les bailleurs de fonds : des ONG trouvent inadmissible qu'on demande à leurs membres de travailler sans être rémunérés alors que, pour le même travail, d'autres personnes sont salariées parce qu'elles ne sont pas membres de l'ONG à laquelle le travail est confié. Ce à quoi certains bailleurs répondent à peu près ceci : dans une ONG, on travaille de façon bénévole, c'est à dire sans rémunération. Les Ivoiriens auraient-ils donc une perception

différente du fonctionnement d'une ONG ou s'agit-il d'une inadaptation de la perception " première " de l'ONG au contexte ivoirien où la plupart des fondateurs et membres des ONG ont un pouvoir d'achat qui ne leur permet pas de travailler sans rémunération pendant longtemps ?

Les deux ONG étudiées ne peuvent survivre à l'absence de leurs créateurs : depuis que les fondateurs de ces deux ONG sont partis (définitivement pour la CESAM et pour une longue durée s'agissant de FFS) et que leurs budgets sont épuisés, les nouveaux programmes d'activités de ces ONG semblent être en souffrance. Enfin, les principaux animateurs de la plupart des ONG sont des personnes sans emploi rémunéré qui peuvent être tentés d'abandonner le travail bénévole dès qu'ils ont une proposition d'emploi rémunéré. Cet état de chose et des questions de qualifications techniques insuffisantes expliquent en partie l'inefficacité des ONG et associations impliquées dans la lutte contre le sida.

### Références bibliographiques

Blibolo A. D.

1997 " Les organisations non gouvernementales face au SIDA en Côte-d'Ivoire : redynamisation ou changement d'orientation ? ", Communication présentée au Colloque *ONG et développement du Nord aux Suds*, Bordeaux, 28-30 novembre 1997 (document préparatoire pp.25-35).

1998 *Écologie sociale d'une maladie : réponses de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire*, thèse de doctorat de 3ème cycle de socio-anthropologie médicale, Abidjan, 234 p.

Blibolo A.-D., Gokou Y., Bolou M. et Fahé M.

1997 " Appuis financiers aux ONG anti-sida : résultats et difficultés de l'expérience de la Coopération française avec le Comité de lutte contre le SIDA de Koumassi ", Abidjan, X<sup>e</sup> Cisma (livre des résumés, p. 278, C772).

Deniaud F.

1991 *Jeunesse urbaine et préservatifs en Côte-d'Ivoire : connaissances, perceptions, pratiques, besoins et attentes*, mémoire de DEA de sociologie, Paris, 70 p.

1995 *Capotes anglaises, « chaussettes » africaines : une monographie de la prévention du sida en Afrique*, thèse de doctorat d'ethnologie, Paris.

Deniaud F. et Fampou-Toundji J.-C.

1996 " La prévention du sida à travers une association de jeunes en Côte-d'Ivoire : impact, bénéfices et déconvenues ", Communication au Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives* (Saly Portugal, 4-8 novembre 1996), 12 p.

Hampton J.

1991 *Le sida : une approche humaine. La prise en charge et la prévention à Agomanya, Ghana (Stratégies pour l'espoir n°4)*, Londres, Actionaid.

Kena Guédé J. F.

1991 *Les ONG actives en Côte-d'Ivoire. Étude d'identification*, Abidjan, PNUD/CEFRAR.



Touré F.

1994 " La CESAM ", *Kissi* (Bull. d'information édité par le PNLS de Côte-d'Ivoire), n°1, p.13.

Williams G., Blibolo A.-D. & Kérouédan D.

(1995) *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du sida en Côte d'Ivoire (Stratégies pour l'espoir n°10)*, Actionaid - CNLS de Côte-d'Ivoire.

Williams G. & Sunanda R.

1993 *Au travail contre le sida. Initiatives anti-sida sur le lieu de travail au Zimbabwe (Stratégies pour l'espoir n°8)*, Londres, Actionaid.



## LES ONG IMPLIQUÉES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS UNE VILLE IVOIRIENNE DE L'INTÉRIEUR, BOUAKÉ

Karine DELAUNAY et Auguste Didier BLIBOLO

**Fonds Documentaire IRD**  
Cote : A\* 33372 Ex :

L'étude de l'organisation de la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire ayant été jusque là menée depuis la capitale économique du pays, Abidjan, il paraissait important d'avoir un aperçu de la situation à l'intérieur de la Côte-d'Ivoire. Aussi une mission de courte durée a-t-elle été conduite à Bouaké, courant novembre 1997, en vue de réaliser un inventaire des ONG engagées dans la lutte contre le sida et de leurs activités. Précisons que Bouaké est la deuxième ville de Côte-d'Ivoire en nombre d'habitants et qu'elle constitue un carrefour commercial important, notamment du fait de sa position géographique au centre du pays.

Les travaux ont concerné les principales structures non gouvernementales directement impliquées dans la lutte contre le sida ; ils ont consisté, pour l'essentiel, en entretiens avec leurs responsables, parfois avec certains de leurs volontaires ou employés, si possible complétés par la consultation de documents relatifs aux (ou émanant des) dites structures. En aucun cas nous ne pouvons prétendre être en mesure d'analyser le fonctionnement de celles-ci ; tout au plus tenterons-nous d'esquisser un premier panorama de l'implication non gouvernementale dans la lutte contre le sida, après avoir présenté les informations collectées au sujet des différentes organisations et tenté d'identifier les particularités de chacune<sup>1</sup>.

### **Renaissance Santé Bouaké (RSB)**

Renaissance Santé Bouaké se présente comme une « organisation non gouvernementale créée en juin 1993 », avec « pour mandat exclusif de contribuer à la prévention et au contrôle du VIH/sida dans le département de Bouaké » ; elle s'affirme donc comme « une réponse associative à l'épidémie de VIH/sida ». Telle est, du moins, la vision défendue par son président exécutif, le Dr. Essombo, dans le Bulletin du PNLS, *Kissi* (n° 2, juin 1995). Cependant, il est difficile de ne pas considérer RSB comme un prolongement, voire une reconversion, du Comité local de lutte contre le sida préexistant : les membres fondateurs de la première sont, de fait, membres du second. Bien plus, si le Comité local continue théoriquement d'exister, il ne se manifeste que rarement en tant que tel, se confondant le plus souvent avec RSB. Deux facteurs paraissent expliquer cette mutation d'un Comité local en ONG. D'une part, des dissensions seraient apparues au sein du Comité local, ce qui aurait pu provoquer la formation d'une ONG par dix de ses membres. D'autre part, et surtout, le statut de

<sup>1</sup> Nous remercions M. Joachim Agbroffi, sociologue à l'Université de Bouaké et ayant participé aux études du CIE préalables à l'ouverture du Centre SAS, qui nous a introduits dans certaines structures.



tout Comité local de lutte contre le sida est ambigu : certes reconnu par le PNLS et le ministère de la Santé, il n'a pas, cependant, de personnalité juridique, ce qui limite considérablement ses capacités à monter des projets spécifiques ; l'acquisition du statut d'association / ONG permet notamment d'ouvrir un compte bancaire au nom de celle-ci, donnant alors la possibilité d'établir des relations plus directes avec différents bailleurs de fonds pour la conduite d'activités propres. De plus la constitution de Comités locaux correspond à une première phase de l'organisation de la lutte contre le sida, antérieure à la mise œuvre du processus de décentralisation du PNLS qui s'est traduite par la création de coordinations régionales et départementales : dans cette dernière configuration, les Comités locaux n'ont plus vraiment lieu d'être, leur existence actuelle relevant de la survivance.

RSB est donc une ONG qui ajoute, en quelque sorte, aux avantages de son statut non gouvernemental, la protection des autorités dont elle constitue aussi un relais local. Outre que la mutation du Comité en structure associative semble avoir été effectuée en accord avec le responsable du Bureau central de coordination du PNLS, le président exécutif de RSB indiquait en 1995 que « l'ONG depuis sa naissance bénéficie du soutien personnel du préfet de région » (*Kissi*, n° 2, juin 1995). Dans ce cadre, RSB peut inscrire à son actif la conduite de projets initiés par le PNLS. C'est en particulier le cas pour le " Programme de Prévention et de Prise en charge des MST/sida chez les femmes libres et leurs partenaires", financé par l'OMS puis par la coopération canadienne et supervisé par le PNLS ; d'abord localisé à Abidjan, il a été étendu à Bouaké en 1994, *via* RSB, dans le cadre de la mise œuvre de la politique de décentralisation du programme national de lutte contre le sida. De même, RSB est-elle la structure relais pour la conduite, dans la région de Bouaké, du programme de marketing social des préservatifs masculins, dont l'exécutant officiel à l'échelle nationale est une ONG américaine (PSI) aux termes d'un accord signé avec le gouvernement ivoirien.

Cela étant, ces activités ne reflètent qu'une partie de la réalité ; Renaissance Santé Bouaké affiche en effet un large éventail d'objectifs comme l'indique une brochure de présentation de l'ONG :

- « 1) Réduire la transmission du VIH/SIDA par :
  - l'Information, l'Éducation, la Communication
  - la promotion de l'utilisation du préservatif
- 2) Fournir une assistance médicale de proximité aux personnes malades du SIDA
- 3) Apporter un soutien psycho-social aux personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA
- 4) Former des personnes-relais ».

Ladite brochure liste ainsi plus d'une dizaine d'actions, impliquant au demeurant de multiples partenaires financiers, qu'ils s'agissent d'organismes de coopération multilatérale ou bilatérale ou qu'il s'agisse de structures nationales et locales (en particulier, outre le PNLS, la mairie de Bouaké et une grande entreprise textile de la région). De fait, RSB apparaît aujourd'hui comme la principale ONG ivoirienne de lutte contre le sida basée dans l'intérieur de la Côte-d'Ivoire ; elle occupe donc une position stratégique qui fait d'elle un partenaire privilégié pour toute perspective de décentralisation des activités de lutte contre la pandémie, partant d'affirmation d'un rayonnement extra-abidjanais pour les organismes initiateurs de projets. Cette position, RSB la tient aux yeux du Programme national et des bailleurs de fonds internationaux, mais elle semble aussi lui être reconnue par le milieu associatif puisque RSB est représentée au sein

du Conseil d'administration du Collectif des ONG de lutte contre le sida de Côte-d'Ivoire (le COSCI).

Malgré ce statut de partenaire privilégié, RSB demeure prise dans une certaine ambiguïté : sa création a notamment été impulsée par des agents du Centre Hospitalier Régional (CHR) qui se trouvaient directement confrontés aux difficultés d'annonce de la séropositivité au VIH et de prise en charge des personnes infectées par le virus ; pourtant, l'essentiel des activités effectivement conduites par l'ONG ont concerné la prévention dans la population générale et auprès de publics ciblés et, il est vrai, la formation (dont celle de médecins et infirmiers de la région). En cela, RSB s'inscrit davantage dans la lignée du Programme national<sup>1</sup> qu'elle ne répond aux problèmes concrètement posés aux agents locaux. Peut-être ne s'agit-il là que d'un décalage temporel (néanmoins significatif) : les objectifs de prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH, amorcés dans le cadre de certains projets en cours, seraient en voie de concrétisation *via* la création d'un centre de soins et de conseils pour lequel les négociations avec les bailleurs de fonds seraient bien avancées.

Cette ambiguïté première est doublée d'une autre caractéristique ambivalente : si RSB est une organisation non gouvernementale dont le fonctionnement quotidien est assuré par quelques jeunes sans emploi salarié, elle a été initiée et est encore actuellement dirigée par des agents de l'État. Sans doute est-ce là une forme de survivance, au sein même de l'ONG, de la configuration du Comité local préexistant. Mais cette caractéristique renvoie également au rôle de cette ONG pour les agents de santé. On peut alors y voir la suite d'une chaîne antérieurement amorcée : le Dr Essombo, membre fondateur et président exécutif de RSB, par ailleurs médecin au CHR de Bouaké, a été formé au "counselling" grâce à un atelier organisé en 1988 par une ONG française (Médecins du Monde) puis par le suivi d'une session de cinq jours au CIPS (Centre d'Information et de Prévention du Sida), centre lié, pour sa part, à une ONG ivoirienne (ESPOIR-CI). Cette formation a permis au Dr Essombo de former à son tour les personnes chargées de l'annonce au sein de son service au CHR de Bouaké ; elle l'a plus largement sensibilisé à la nécessité d'assurer et organiser la formation des personnels médicaux, ce qui a été entrepris par le biais de RSB. Mais, dès lors, cette ONG ne tend-elle pas à se substituer à l'État dans les obligations que celui-ci devrait assumer vis-à-vis de ses propres agents ? D'un autre côté, aux yeux des bailleurs de fonds, ladite ONG ne tire-t-elle pas une grande partie de sa légitimité d'action du statut de ses membres fondateurs, en particulier de l'emploi de certains d'eux au CHR où ils cumulent compétences médicales, proximité au terrain et capacité à faire du "bénévolat" en ayant, par ailleurs, un emploi salarié ?

Cette double dépendance — à l'égard de l'État et à l'égard des bailleurs de fonds internationaux — pourrait expliquer en partie, sous forme de contrainte, l'orientation première de RSB vers la prévention plutôt que vers les problèmes locaux de prise en charge. Cela étant, on peut aussi penser que la conduite d'activités de prévention et de formation était susceptible de valoriser le savoir médical au moment même où la pandémie de sida venait remettre en cause son efficacité, dans la pratique quotidienne de ses détenteurs au sein des structures hospitalières. Force est en effet de constater que le cas de RSB n'est pas isolé, d'autres ONG créées par des médecins ayant adopté une orientation similaire. Pourtant, au début des années

<sup>1</sup> Rappelons que la prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades du sida n'est annoncée comme prioritaire par le PNLS ivoirien qu'à compter de 1995.

1990, lors de la création de RSB, certains acteurs avaient déjà entrepris de s'occuper des problèmes de prise en charge, prenant appui, il est vrai, sur d'autres sources de financement et d'autres compétences. C'est notamment le cas, à proximité d'Abidjan, de l'Hôpital protestant de Dabou, pionnier en matière d'annonce et de soutien psycho-social à l'échelle de la Côte-d'Ivoire, ou, à Abidjan même, du CASM (Centre d'Assistance Socio-Médicale) ; à Bouaké, l'association " Saint Camille " s'est pour sa part impliquée dans l'accompagnement des malades du sida. On remarquera que, dans ces différents cas, on a affaire à des structures religieuses.

### **Saint Camille**

Saint Camille est une association d'aide aux malades démunis, plus largement aux personnes économiquement et/ou socialement marginalisées. Elle a été baptisée du nom d'un Italien, St Camille de Lellis qui, ayant vécu au VI<sup>e</sup> siècle, a consacré sa vie aux malades. Sa fondation en tant qu'association date de 1988 et l'histoire de sa création remonte même au-delà puisqu'il s'agit à l'origine d'un groupe de prière de quartier d'une dizaine de personnes constitué en 1983. Les membres de ce groupe avaient, entre autres activités, de se rendre à l'hôpital en vue d'y assister les malades, conciliant en la matière accompagnement et évangélisation ou, selon l'expression consacrée, pratiquant le " soutien spirituel ". Ces visites ont fait apparaître la nécessité que le groupe de prière se structure davantage pour apporter une aide plus substantielle aux malades nécessiteux ou abandonnés par leur entourage ; c'est dans cette perspective que le groupe de prière s'est constitué en association. La création de Saint Camille est donc antérieure à celle de RSB. Cependant, il est intéressant pour notre propos de mettre en relation ces deux organisations en présentant le cas de Saint Camille dans la suite de RSB.

En fait, l'année même de la fondation de l'association, en 1988, ses membres ont été confrontés au cas de malades du sida hospitalisés au CHR : s'est alors amorcée une certaine collaboration entre les agents du CHR et Saint Camille ; en un temps où malades et personnels médicaux étaient presque totalement démunis face à la nouvelle infection, les membres de l'association paraissaient en mesure de contribuer à soulager la détresse des premiers et d'aider à corriger certains effets du désarroi des seconds en offrant diverses prestations au sein même du CHR, qu'il s'agisse d'accompagnement ou qu'il s'agisse de soins corporels élémentaires comme laver et apporter de la nourriture aux patients hospitalisés. Les activités des membres de Saint Camille concernaient l'ensemble des malades du CHR et non les seules personnes infectées par le VIH. Cependant, la situation de ces dernières, alors souvent abandonnées par leurs proches et délaissées par le personnel hospitalier faisait, généralement d'elles des " démunis ", ceux-là mêmes auxquels l'association entendait se consacrer. Tant et si bien que, en 1990, celui qui a pris la tête de Saint Camille, M. Grégoire, a adhéré au Comité local de lutte contre le sida.

Cependant, ce type de relations ne perdurera pas. En 1993, c'est-à-dire, précisément, l'année où RSB a été créée, M. Grégoire rompt avec le Comité local. Dès lors, Saint Camille ne s'affirme plus seulement comme un groupement de chrétiens, ce qui demeurerait malgré tout le fondement de l'association à sa naissance, mais bien comme une véritable structure, pourvue d'un siège dont les infrastructures se développent, au sein de laquelle sont distingués bénévoles, actifs, membres d'honneur et bienfaiteurs, surtout une structure décidée à assurer

une assistance et un suivi aux "démunis" sur un plus long terme que ne le permettent les seules visites en milieu hospitalier. Outre que Saint Camille dispose d'une église construite par l'association non loin du CHR, là où elle a établi son siège, elle en est venue progressivement à monter trois centres pour malades mentaux ainsi que son propre hôpital (à Bouaké même) et à mettre en place un réseau de donateurs lui permettant de distribuer des médicaments et, au besoin, de prendre en charge financièrement certains examens médicaux réalisés au CHR ; en l'occurrence, ce réseau de donateurs ne fait guère appel aux classiques organismes internationaux d'aide au développement ou à la santé mais repose bien davantage, aux dires de M. Grégoire, sur les organisations religieuses locales et étrangères (ou supranationales) et, secondairement, sur les "clubs service" (Lion's Club, Rotary, *etc.*). Et si M. Grégoire, imprimeur de profession, n'était au départ qu'un fidèle de l'église catholique parmi d'autres, dont l'engagement au sein du groupe de prière fut néanmoins remarqué, il tend aujourd'hui à "incarner" l'association dont il a pris la tête ; bien plus, il y est vu comme un prêtre, image qu'il cumule avec celle de sauveur, pour ceux à qui Saint Camille est venu en aide, et avec son rôle d'employeur, vis-à-vis de ceux qui ont intégré l'association en tant que volontaires, percevant à ce titre des indemnités (fin 1994, Saint Camille comptait déjà 10 bénévoles et 50 membres actifs).

Tout se passe finalement comme si Saint Camille s'était en quelque sorte développée à l'ombre de la politique de recouvrement des coûts des soins de santé dans laquelle la Côte-d'Ivoire s'est officiellement engagée à compter de 1994 : l'association est aujourd'hui en mesure de dispenser des soins et des médicaments à cette partie croissante de la population qui se détourne des structures étatiques du type CHR où toutes les prestations sont désormais payantes — ce, sans pour autant que l'équipement ni même l'approvisionnement et l'accueil se soient améliorés. On comprend, dans ce contexte, que les relations entre le CHR et Saint Camille se soient complexifiées : le premier reproche à l'association de s'être érigée en structure médicale sans posséder l'expertise nécessaire tandis que Saint Camille peut aisément dénoncer les défaillances du système étatique ; mais la concurrence existant, de fait, à ce niveau, ne s'en double pas moins d'une certaine complémentarité, le personnel du CHR continuant d'orienter vers Saint Camille les malades en difficultés et les membres de l'association effectuant toujours des visites à l'hôpital régional — comme elle le fait aussi aujourd'hui à la prison.

On constatera, enfin, que Saint Camille est devenu un acteur incontournable de la lutte contre le sida, particulièrement pour ce qui touche à la prise en charge des personnes infectées par le VIH, sans pour autant être spécialisée dans celle-ci ni d'ailleurs revendiquer de compétences spécifiques. De ce point de vue, tout laisse à penser que la rupture de M. Grégoire avec le Comité local — dont il conviendrait de connaître les circonstances précises — constitue, non sans quelque paradoxe, un événement fondateur dans l'histoire de l'association : elle l'a amenée à marquer sa singularité vis-à-vis de RSB qui, pour sa part, entend s'imposer comme "le" pôle de référence de la lutte contre le sida à Bouaké et dans sa région, précisément en tirant une partie de sa légitimité du Comité local. Partant, l'itinéraire de Saint Camille se différencie des évolutions connues par d'autres groupements d'inspiration religieuse, tels que la Pastorale des malades, à Abidjan, dans ses relations à l'ONG ESPOIR-CI et au CHU de Treichville.

### **Le Comité diocésain de lutte contre le sida**

L'engagement officiel de l'église catholique de Côte-d'Ivoire dans la lutte contre le sida est marqué par l'organisation, en mai 1993, d'un séminaire national, puis par l'élaboration d'un " Plan intérimaire (*sic*) de mobilisation de l'église catholique " couvrant la période 1995-1997, lequel sera suivi d'un programme de consolidation pour 1998-2000, adopté fin 1997 à l'issue d'un séminaire - bilan de la première phase. En fait, ladite implication, sous cette forme, concerne en premier lieu la hiérarchie catholique qui entérine là les actions déjà entreprises sur le terrain par les mouvements et groupements de base en vue de les coordonner et canaliser. De plus, cette mobilisation officielle a été initiée par la représentation nationale d'une grande ONG catholique, " CARITAS internationalis ". Celle-ci conduit, en Côte-d'Ivoire, des programmes humanitaires (avec le HCR) et économiques (notamment avec la Banque Mondiale) ; elle a lancé un programme santé / sida en 1983 et revendique son appui à la TASO (organisation ougandaise, première ONG africaine spécifiquement constituée pour venir en aide aux personnes et aux familles infectées ou affectées par VIH). La création de Comités diocésains de lutte contre le sida s'inscrit dans le cadre du Plan de mobilisation de l'église ; à Bouaké, comme dans les treize autres diocèses de Côte-d'Ivoire, la constitution des Comités a pris appui sur l'implantation préexistante de CARITAS-CI. La représentation de cette organisation comprend ainsi, à Bouaké, un responsable diocésain, un coordinateur du " bureau diocésain de promotion humaine " et, depuis 1995, un coordinateur du " Plan sida ". Dans chaque cas, le coordinateur ou responsable laïc de CARITAS est doublé d'un prêtre.

Le Comité diocésain de lutte contre le sida de Bouaké regroupe actuellement vingt-cinq membres, dont une dizaine se réunissent régulièrement, environ une fois par mois. En effet, après que le Plan de mobilisation de l'église ait reçu l'approbation de la Conférence épiscopale, CARITAS s'est attachée, d'une part, à sensibiliser l'archevêque ainsi que les prêtres et les sœurs des congrégations religieuses ; d'autre part, ont été identifiés ceux que le coordinateur du Comité de Bouaké appelle des « personnes ressources » susceptibles de participer à la mise en œuvre du Plan. En fait d'identification, la procédure évoquée par ce responsable consiste en une « désignation » (selon ses propres termes), effectuée par les prêtres, parmi les « animateurs » ou « leaders » paroissiaux, et en une cooptation de fait des responsables des mouvements diocésains. Outre la direction des œuvres laïques et les scouts catholiques, ont été contactés les « grands groupes de prière », tels que le Renouveau charismatique ou la Légion de Marie, ainsi que « les personnes religieuses qui s'occupent du sida », à savoir les membres de Saint Camille et les agents du Centre Solidarité - Action Sociale (Centre SAS) ; en outre, l'antenne locale de " Lumière Action " (une association de personnes vivant avec le VIH) est représentée au sein du Comité, cela, selon le coordinateur, parce que, même s'il ne s'agit pas d'un mouvement catholique, le " statut " sérologique de ses membres rend leur présence nécessaire dans les activités de prévention et de prise en charge psychosociale des personnes atteintes.

Dans le cadre de la constitution du Comité diocésain, les prêtres et religieuses ainsi que les " animateurs " paroissiaux ont été sensibilisés et formés à la lutte contre le sida, formation réalisée avec l'appui du PNLS, du Centre National de Transfusion Sanguine et des structures associatives impliquées localement dans la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH. Cette formation avait pour objectif de faire des " leaders " paroissiaux



des " relais " dans l'organisation de la prévention ; en effet, la création du Comité diocésain est une étape dans une perspective de décentralisation devant passer, à terme, par la constitution (ou l'implication dans la lutte contre le sida) de Comités paroissiaux. Dans ce cadre, la formation assurée pourra s'enrichir des relations entretenues, *via* des jumelages, avec l'organisation " Chrétiens et Sida " qui devraient permettre des échanges d'expériences entre l'Europe et l'Afrique. Les sessions de sensibilisation ont également visé à identifier les différentes activités dans lesquelles les catholiques concernés doivent s'engager. Il s'agit, en premier lieu, de l'écoute des personnes infectées par le VIH, cela afin de les libérer de leur isolement, voire d'amener les familles affectées à rompre le silence autour du sida. Les activités concernent, en deuxième lieu, l'accompagnement des malades en fin de vie. Enfin, la prise en charge est à développer ; celle-ci, précise le coordinateur du Comité de Bouaké, s'effectuera pour l'essentiel au domicile des familles et en liaison avec des organisations telles que le Secours catholique ou le Centre SAS, au besoin avec les dispensaires, et non pas par le biais des structures de santé du type CHR ; en effet, explique-t-il, « ce terrain » doit être « laissé à Saint Camille » puisque cette association organise déjà des visites aux malades hospitalisés.

D'une certaine façon, les deux personnes rencontrées pour parler du Comité diocésain de Bouaké illustrent le cumul d'initiatives dont celui-ci se veut l'expression : le coordinateur est un laïc, membre de CARITAS-CI, qui possède une formation en animation ; il travaille à temps plein pour le " Plan sida " de CARITAS à Bouaké, tout en continuant de s'occuper bénévolement de la gestion des comptes de l'archevêché. Le secrétaire du Comité est pour sa part un membre actif de l'association " Saint Camille ". Pour autant, le " Plan sida ", dont le Comité diocésain est un élément, œuvre d'abord et avant tout pour le renforcement du rôle de l'église catholique en tant qu'institution. En effet, s'il n'y a pas rejet des autres religions, il s'agit, pour le coordinateur du Comité diocésain, de faire valoir, face au sida, la « fiabilité » et la « solidité » des structures catholiques, du fait d'une organisation pyramidale dont ne disposent ni les protestants ni les musulmans. De ce point de vue, la mise en œuvre du Plan de mobilisation de l'église pourrait aboutir à doubler les structures mises en place par le PNLIS dans le cadre de sa politique de décentralisation. De fait, le coordinateur du Comité diocésain de Bouaké considère l'implication de l'église dans la lutte contre le sida comme une nécessaire mise en pratique de ses dogmes ; mais il la justifie également par un souci de positionnement vis-à-vis des structures étatiques : « l'église a quelque chose à dire en plus des pouvoirs publics » et il faudrait « convaincre le gouvernement de l'écouter plus souvent ».

Reste qu'en la matière l'église n'entend pas seulement parler en vue de donner du sens à la pandémie de sida. Elle veut faire reconnaître ses propres conceptions quant aux messages de prévention à promouvoir qui, si elles ne remettent plus directement en cause l'intérêt du préservatif, conduisent à introduire un doute de son efficacité réelle dans les conditions de distribution et d'utilisation courante en Afrique. L'église semble aussi, comme l'indique une brochure de présentation du Plan de mobilisation produite par CARITAS, vouloir associer désormais à « l'accompagnement spirituel » un « soutien psycho-médico-social » ; l'église, « experte en humanité », comme aime à le répéter le coordinateur national du " Plan sida " de CARITAS-CI, détiendrait donc aussi une expertise médicale. Il est vrai que le programme de mobilisation en question s'attache avant tout à avaliser les activités déjà conduites sur le terrain. Or, s'agissant des problèmes de prise en charge des personnes infectées et des familles affectées par le VIH, y compris des " orphelins du sida ", force est de constater que

l'engagement des catholiques, soit au titre de communautés (comme dans le cas de Saint Camille) soit à titre individuel (comme on va le voir), vient pallier certaines défaillances de l'État et du corps médical.

### **Centre SAS (Solidarité - Action Sociale)**

L'ouverture officielle du Centre SAS de Bouaké a eu lieu le 15 mai 1995. Sa création s'inscrit dans le cadre d'un programme initié en 1994 et coordonné par le CIE (Centre International de l'Enfance, devenu CIDEF), sur financement de la Coopération française, mené dans trois villes africaines (Bangui en République Centre Africaine, Bobo Dioulasso au Burkina Faso et Bouaké en Côte-d'Ivoire). L'objectif du Centre est d'assurer un soutien et une prise en charge psychosociale aux personnes vivant avec le VIH comme aux familles affectées par le virus et leurs enfants. Ses principales activités sont donc orientées vers le conseil aux personnes infectées et affectées par le VIH.

Suite aux travaux préliminaires sur l'acceptabilité et la faisabilité du projet à Bouaké (études confiées par le CIE à des membres de l'Université de Bouaké), le nom de Mme Penda Touré s'est imposé à l'équipe initiatrice pour prendre la direction du Centre (alors que d'autres personnes postulaient apparemment activement). Cette assistante sociale de formation a d'abord travaillé six ans auprès de lépreux, ce qui lui a permis d'acquérir une expérience en matière de communication et de prise en charge psychosociale concernant une maladie stigmatisante ; elle a ensuite acquis une formation en IEC et conseil en s'occupant de planning familial pendant deux ans ; enfin, pendant les deux années précédentes sa mise à disposition du Centre SAS, elle a travaillé auprès de malades du sida au CHU de Bouaké. Dans ce dernier contexte, elle a commencé à s'impliquer directement dans la lutte contre le sida au niveau associatif : suite à sa rencontre avec le Dr Essombo au CHU, elle est membre de l'ONG " Renaissance Santé Bouaké " (RSB) – ONG dont, rappelons-le, le Dr Essombo est l'un des fondateurs et le président exécutif.

Les liens du Centre SAS avec RSB sont, de fait, étroits. Ainsi, aux dires de Mme Touré, est-ce du fait de l'existence de RSB que le coordinateur du PNLS, basé à Abidjan, a orienté l'équipe du CIE, initiatrice du projet, sur Bouaké ; précisons que dans le Bulletin du PNLS, *Kissi*, d'août 1995, le Dr Essombo écrivait que « depuis janvier 1995, RSB a inscrit dans ses priorités un projet de soutien psychosocial aux personnes infectées ou affectées par le VIH », précisant aussitôt que « RSB est un partenaire associé au Centre Solidarité Action Sociale de Bouaké ». Des échanges d'ordre " logistique " ont également lieu entre les deux structures : RSB est reconnue pour ses capacités et compétences en matière d'activités d'IEC ; de plus, des médecins de RSB participent aux visites à domicile organisées par le Centre SAS en vue d'assurer des soins au cours de celles-ci aux " usagers " du Centre ; parallèlement, RSB peut utiliser du matériel du centre SAS dont l'ONG n'est pas pourvue et elle adresse au Centre les personnes infectées ou affectées avec qui elle entre en contact.

Ces liens ne sont pas exclusifs. En particulier, une collaboration s'est instaurée entre le Centre SAS et l'association " Saint Camille " ; cette dernière fournissait des médicaments aux personnes suivies par le Centre. Cependant, cette assistance n'a duré qu'un temps : l'association Saint Camille aurait invoqué des problèmes d'approvisionnement en

médicaments posés par le nombre de personnes orientées par le Centre pour ce seul motif ; aux dires de Mme Touré, ce désengagement a entraîné une chute de fréquentation du Centre SAS qui n'a pu être compensée qu'après la création d'une pharmacie au sein même du Centre, laquelle a permis de « regagner petit à petit la confiance des usagers » moyennant le versement d'une « contribution minimale » de leur part pour la délivrance de médicaments. La seule forme de collaboration existant encore aujourd'hui avec Saint Camille concerne le soutien religieux. Il est d'ailleurs important de souligner que, selon la responsable, c'est par le biais des groupements religieux que viennent les principales aides non institutionnelles dont bénéficie le Centre, qu'il s'agisse de dons reçus ou de la participation de volontaires aux activités (notamment visites). Parallèlement, le Centre SAS étant spécialisé dans le soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH, il a activement contribué à la création d'une antenne de l'association de personnes vivant avec le VIH " Lumière Action " à Bouaké<sup>1</sup> ; ses membres tiennent d'ailleurs leurs réunions au Centre SAS, ne disposant pas de locaux.

Du point de vue institutionnel, le Centre est en contact avec l'Équipe locale d'Action Socio-Éducative en Milieu Ouvert (EASEMO) pour la mise en apprentissage de jeunes parmi les familles suivies, dans le cadre de la prise en charge des orphelins. Le Centre tente également d'établir des partenariats avec les grandes entreprises comprenant un service social. De même, la mairie de Bouaké contribue financièrement à la scolarisation d'orphelins (du moins avait-elle pris en charge, à hauteur de 50% des frais, 10 enfants pendant l'année scolaire 1997/98... et la responsable du Centre ignorait ce qu'il en serait pour 1998/99). Concernant la prise en charge du suivi médical des usagers du Centre, une convention a été signée avec le CHR de Bouaké ; cependant, la procédure des fiches de liaison établies pour chacun s'est avérée poser des problèmes de stigmatisation et c'est désormais par le biais du financement de cartes d'assistance que les usagers peuvent bénéficier d'un suivi médical à prix modéré au CHR. Enfin, une convention a été signée entre le Centre SAS et l'État ivoirien, à la demande et sous la pression du premier (« on dû faire le forcing pour signer ! » dit Mme Touré) : dans ce cadre, le ministère de la Santé doit contribuer au fonctionnement du Centre par le détachement de personnels (qui jusque là demandaient leur mise à disposition).

En l'absence de subventions directes de l'État, le centre SAS fonctionne donc pour l'essentiel sur des fonds venant de bailleurs internationaux. Le principal bailleur est le ministère français de la Coopération avec qui le CIE a monté le projet de constitution de centres pilotes d'assistance aux personnes infectées ou affectées par le VIH dans trois villes africaines ; ce financement, initialement prévu sur deux ans dans la phase pilote, a été prolongé d'un an, soit une phase transitoire en vue de la pérennisation du Centre qui doit rechercher, localement, d'autres appuis. Cela étant, des projets spécifiques ont déjà bénéficié d'autres aides : la mission locale de Coopération a soutenu l'établissement d'ateliers et le PNUD a permis la mise en exploitation d'une ferme dans le cadre de ses appuis à la création d'activités génératrices de revenus. Au travers des propos de la responsable, l'élargissement des sources de financement apparaît comme l'une des voies par lesquelles le Centre est en mesure de s'émanciper du cadre fixé par son initiateur, le CIE ; ainsi en va-t-il du projet de ferme qui apporte une petite réponse à un large problème auquel le Centre se trouve très concrètement confronté, mais vis-à-vis

<sup>1</sup> Notons que Lumière Action, créée en 1994 à Abidjan, a été constituée avec l'appui du PNLIS mais aussi, comme le Centre SAS, de la Coopération française, ce qui n'est peut-être pas indifférent aux circonstances de fondation de l'antenne de Bouaké mais demeure à analyser. Les membres de Lumière Action - Bouaké n'ont pu être contactés lors de la mission.

duquel le CIE ne prévoyait qu'une faible contribution : comment faire du " counselling " quand les usagers ont en tête les soucis financiers de leur vie quotidienne comme ceux du paiement des actes médicaux et des médicaments ? Concernant ce dernier point, la responsable du Centre insiste également sur son propre rôle dans la création d'une pharmacie et l'instauration de visites à domicile auxquelles participent des médecins, projets qui n'avaient pas les faveurs du CIE ; en fait, le retrait de Saint Camille pour la délivrance de médicaments aux usagers du Centre a mis en évidence l'urgente nécessité de la réalisation du projet de pharmacie que tentait d'imposer la responsable et qui a pu alors recevoir l'appui de la Coopération française, du PNLS et de quelques personnes privées pour son ouverture effective.

En l'état actuel, outre un bâtiment principal à étages (où sont réunis la réception, la salle de réunion et les bureaux), le siège du Centre SAS de Bouaké comprend donc deux ateliers de formation artisanale (couture et cordonnerie), dont s'occupent deux animateurs, ainsi qu'une petite pharmacie ; à la sortie de la ville, le Centre dispose également d'une ferme d'élevage de volailles et de cultures maraîchères, en activité depuis février 1997, dont l'exploitation est confiée à quatre personnes (suivies par le Centre en tant qu'affectées par le VIH) qui ont été préalablement formées à cet effet. Le Centre assure le suivi d'environ 200 familles affectées par le VIH et 400 enfants dont plus de 150 orphelins. Les activités de prise en charge psychosociale des personnes et familles se veulent « globales » ; aussi l'équipe de « permanents » comprenant deux assistants sociaux et deux animateurs (outre la responsable, la secrétaire, le vaguesmestre...) est-elle renforcée par la présence de « vacataires » assurant une permanence un après-midi par semaine au siège pour recevoir les « usagers » qui le désirent : un juriste, un éducateur spécialisé pour enfants, un psychologue, un médecin. Précisons, d'une part, que ce dernier n'est pas là pour faire des consultations mais pour délivrer des informations médicales et, d'autre part, que la pharmacie ne dispose pas de personnel spécifique<sup>1</sup>. Les activités du Centre impliquent en outre des « volontaires », notamment pour les visites à domicile.

Si les assistants sociaux travaillant au Centre (au nombre de deux en plus de la responsable) sont " mis en disponibilité " ou plutôt, aujourd'hui, " détachés " par le ministère ivoirien de la Santé, les autres reçoivent une rémunération (personnel permanent) ou des indemnités financées par le projet lui-même. De fait, souligne la responsable, « le bénévolat, c'est difficile ici », y compris pour la participation de volontaires (dont il faut « au moins prendre en charge les frais de transport »). Une volontaire rencontrée se considère ainsi comme une « bénévole avec indemnités » tandis que l'animateur présent dit percevoir « quelque chose, un peu comme un salaire mais pas grand-chose ». Le profil de ces deux personnes tend par ailleurs à confirmer l'analyse de la responsable du Centre quant à la mobilisation des aides privées : l'une et l'autre ont rejoint le Centre par le biais des réseaux de relations liés à leur appartenance religieuse, l'animateur au sein de Saint Camille (où il était volontaire et qu'il a maintenant quitté) et la volontaire, dans le cadre de sa paroisse, alors qu'elle était à la recherche d'un lieu de stage. L'un et l'autre n'en disposent pas moins de compétences particulières, le premier, précisément, grâce à l'expérience acquise à Saint Camille (qu'il avait intégré, moyennant logement et nourriture, dès sa sortie de l'école « pour ne pas être une

<sup>1</sup> Un animateur s'en occupe ; celui-ci explique que « à force » on a « l'expérience » pour faire les équivalences nécessaires entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance présentée par l'utilisateur et les produits disponibles dans la pharmacie (au besoin un médecin ou un pharmacien est contacté par téléphone pour donner des conseils).

charge pour la famille »), la seconde en tant qu'étudiante en psychologie (cursus qu'elle déclare mobiliser pour assurer son « travail d'écoute » mais qu'elle combine, de fait, à sa volonté de « soutien spirituel » consistant pour elle à « faire rencontrer Dieu » aux personnes suivies et à les « assurer du soutien du Christ »).

Bien que le Centre SAS ne soit pas une structure religieuse, il en vient parfois à être considéré comme tel par ses partenaires locaux, ainsi en est-il pour le coordinateur du Comité diocésain de lutte contre le sida<sup>1</sup>. L'influence catholique y est effectivement sensible en liaison avec l'appartenance religieuse d'une grande partie de son personnel. C'est là une caractéristique que l'on retrouve dans une autre structure de conseil, le CIPS d'Abidjan. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de projets initiés par des agences de coopération (la Coopération française pour l'un, l'USAID pour l'autre) dont les actions échappent a priori à tout souci de prosélytisme. Dès lors, c'est davantage un processus " d'appropriation " local qui serait à l'œuvre : celui-ci paraît dès lors passer par un fort investissement religieux, vis-à-vis duquel les bailleurs de fonds ont vraisemblablement choisi de laisser faire. Il est vrai que le personnel du Centre dispose au demeurant des compétences professionnelles et de la motivation requises pour travailler dans une telle structure ; d'autre part, les communautés religieuses ont historiquement joué un rôle important dans le développement des professions paramédicales comme dans l'offre de soins *via* les réseaux de dispensaires, dynamique que les problèmes de prise en charge en matière de sida (particulièrement pour ce qui touche aux orphelins) n'ont guère remise en cause.

On l'a vu, ce processus d'appropriation a eu pour autre conséquence de conduire le Centre SAS à prendre des initiatives par rapport au projet initial, en vue d'assurer une meilleure prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH (instauration de visites à domicile, création d'une pharmacie) ; ces initiatives, selon la responsable, ont été bien difficiles à mener à bien dans le cadre des négociations avec le CIE. L'adaptation aux conditions locales a également soulevé d'autres problèmes. De ce point de vue, le Centre SAS de Bouaké semble s'être trouvé dans une situation comparable à celle du Centre SAS de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso ; en particulier, souligne son responsable, « le Centre SAS de Bobo-Dioulasso n'aurait pu atteindre ses objectifs s'il s'était contenté d'attendre la référence d'usagers à partir des structures sanitaires. Comment atteindre les familles et les personnes affectées par le VIH/SIDA dans un contexte où les personnes ne sont pas ou trop rarement informées de leur statut sérologique, où le silence et les tabous demeurent autour de la maladie, où toutes les personnes malades n'ont pas eu accès aux services de santé... ? » (dans *Livre des résumés*, CISMA'97, pp.19-20). D'une part, si le Centre SAS a bien pour rôle premier « d'accueillir les personnes séropositives au VIH et les malades du sida », sa responsable, comme l'animateur rencontré, reconnaissent que les médecins leur adressent parfois des personnes à qui le test de dépistage a été réalisé à leur insu, l'équipe du Centre ayant alors à reprendre l'ensemble de la procédure du pré- puis du post-test. D'autre part, comme toute structure spécialisée, le Centre SAS doit s'attacher à déjouer les pièges de la stigmatisation de ses usagers. Dès le départ, à Bouaké comme à Bobo-Dioulasso, toute médiatisation de l'inauguration a été évitée au profit d'un travail plus approfondi et plus long de prise de contact et de sensibilisation auprès des

---

<sup>1</sup> Celui-ci lors de l'entretien a mis sur le même plan le Centre SAS et Saint Camille dans l'énumération des partenaires qu'il a construits en fonction de leur statut religieux.

différentes institutions et organisations concernées par la lutte contre le sida ou susceptibles de le devenir. Ce type de travail a été poursuivi et relayé dans les activités quotidiennes du Centre, à l'endroit des usagers, par le développement du volet " conseil ", en vue de mettre en place une prise en charge qui ne se limite pas à l'accompagnement d'individus infectés par le VIH mais qui considère les situations familiales présentes et à venir et puisse ainsi ouvrir progressivement la voie à des activités d'information de proximité dans les quartiers. En d'autres termes, la mise en œuvre locale du projet initial passe par un long cheminement qui, aux dires de la responsable du Centre de Bouaké, commence seulement à porter ses fruits.

Or, au même moment, se pose la question de l'ivoirisation du Centre. Le problème est que, en la matière, il ne s'agit pas de l'aboutissement, ni même d'une continuation, du processus d'appropriation du projet tel qu'il s'est engagé localement mais bien davantage d'une décision de l'organisme initiateur et du principal bailleur de fonds ; et si cette décision relève en fait de la logique même du projet, lequel doit être relayé sur place pour se pérenniser, elle n'en suscite pas moins un certain désarroi chez les agents. Certes, le Centre SAS n'a pas à affronter la situation dans laquelle s'est trouvé le CIPS d'Abidjan lors du retrait brutal de l'USAID de tout le territoire ivoirien, deux ans à peine après son inauguration : rappelons en effet que le Centre SAS de Bouaké bénéficie d'une année " transitoire " après une " phase pilote " de deux ans. Néanmoins, sa responsable exprime diverses inquiétudes à l'idée que la Coopération française suspende son financement. En particulier, si la fin de la phase pilote permet bien au Centre d'acquérir un statut permanent, dès lors que celle-ci est susceptible de s'accompagner d'un basculement de sa tutelle au ministère ivoirien de la Santé, le Centre SAS pourrait voir mettre en doute le caractère de « collectif associatif » dont il bénéficie actuellement. Déjà, la convention signée avec le ministère pour le détachement de personnel a provoqué certaines tensions quant au choix des personnes détachées, risquant, à terme, de remettre en cause la constitution de l'équipe qui a jusqu'ici animé le Centre et permis de l'asseoir localement. De plus, la conjoncture économique actuelle et les grandes orientations de la politique nationale de santé laissent à penser que l'État ivoirien ne sera guère en mesure de fournir à lui seul les moyens nécessaires à assurer le fonctionnement matériel du Centre, du moins dans les conditions jugées aujourd'hui les plus satisfaisantes pour les usagers<sup>1</sup>. Or, pour reprendre l'expression de la responsable, le Centre en est réduit à « faire la manche » auprès des structures et institutions locales comme auprès des personnes privées pour bénéficier de quelques dons ou de petites aides. S'il n'est pas question pour elle d'abandonner ce type de démarche dans l'avenir, deux perspectives plus sûres s'ouvrent à ses yeux : d'une part, une collaboration accrue avec les communautés et organisations religieuses ; d'autre part, un appui financier d'autres bailleurs internationaux dont certains ont déjà montré leur intérêt pour les actions du Centre (par exemple le PNUD). Dès lors, si pérennisation il y a, pourra-t-on, pour autant, parler d'ivoirisation et à quels réaménagements de sens et de contenu sera soumis le projet ?

---

<sup>1</sup> Rappelons que les soins gratuits à domicile comme la délivrance de médicaments à prix modéré vont à l'encontre de la politique de recouvrement des coûts. Or le Centre SAS a déjà expérimenté les effets négatifs de la non-disponibilité de médicaments sur son niveau de fréquentation lorsque l'association Saint Camille avait cessé ses fournitures...

## Journalistes Volontaires contre le Sida (JVCS)

La création de JVCS, en mars 1997, fait directement suite à la tenue d'un séminaire de formation organisé par l'ONG " Renaissance Santé Bouaké " (RSB) avec l'appui financier du PNLS les 9 et 10 janvier 1997 concernant la communication à propos du VIH/sida. Parmi les résolutions de fin de séminaire, figurait la nécessité de faire un suivi et d'affirmer l'engagement des « communicateurs » ou « agents de communication » dans la lutte contre le sida, d'où l'idée de regrouper tous ceux dont le métier concerne la communication (journalistes, animateurs, réalisateurs, *etc.*). En effet, non seulement Bouaké abrite des correspondants réguliers des principaux journaux nationaux mais la ville dispose également d'un centre de radiotélévision ; outre le fait que les trois personnes rencontrées y travaillent, il semble que l'existence d'un tel centre ait amplement participé à la volonté de mobilisation des gens de médias à Bouaké même.

Selon le président de JVCS, les objectifs de son organisation partent du constat « qu'on ne parle pas de remède au sida », en conséquence, c'est « la prévention » qui doit être prioritairement développée pour réduire l'expansion de la pandémie ; la mobilisation des gens de médias est donc indispensable pour la diffusion des informations sur le VIH : en effet, « c'est notre profession d'informer » et « on avait donc une arme [contre le sida] » mais, jusque là, l'implication dans la lutte contre le sida « n'avait été qu'épisodique ». En d'autres termes, soulignent deux journalistes membres de JVCS : « ce n'est pas à nous de faire de la prise en charge : notre créneau c'est d'informer » ; « le séminaire organisé par RSB a permis une prise de conscience » et « maintenant qu'on a eu la force de faire une ONG, il y a plus d'engagement des gens de médias ». Pour les personnes rencontrées, la nécessité de faire de l'information dans un objectif de prévention est encore plus sensible en zone rurale et c'est précisément cet axe que doit développer JVCS qui, basée à Bouaké, en plein centre de la Côte-d'Ivoire, peut aisément toucher les zones rurales environnantes ; pour ce faire JVCS réfléchit à des modes de sensibilisation en langues vernaculaires visant des populations analphabètes.

Bien que les personnes rencontrées parlent de ce regroupement en terme d'ONG, il a le statut d'association<sup>1</sup> ; au moment de sa création, JVCS comptait une vingtaine de membres et actuellement une trentaine, tous liés aux médias (radio, TV, presse) mais pour la plupart non spécialisés dans le domaine de la santé (une seule journaliste membre de JVCS, Marie Claire, que nous avons rencontrée, anime une rubrique santé régulière à la radio de Bouaké). Des réunions sont tenues deux fois par mois au siège de RSB ou au Centre SAS, car l'association ne dispose pas encore de local.

Les principaux initiateurs / fondateurs de JVCS étaient déjà antérieurement membres de RSB (y compris le président exécutif actuel, depuis 1994, et l'une des journalistes rencontrées, chargée de l'IEC à JVCS). Les liens entre JVCS et RSB sont d'ailleurs encore très forts : d'une part, RSB est reconnue comme « ONG mère » puisqu'elle a impulsé la création de JVCS par l'organisation du séminaire à l'intention des « communicateurs » ; d'autre part, JVCS étant encore toute jeune elle estime avoir besoin de l'appui et de l'expérience de RSB pour lancer ses

<sup>1</sup> Dépôt des statuts le 2 mars 1997 et récépissé d'enregistrement en date du 21 mars 1997 : cette rapidité de délivrance du récépissé étant liée, aux dires des personnes rencontrées, à la volonté et à la pression des fondateurs auprès des autorités.

premières activités. Des liens importants sont également entretenus avec le Centre SAS qui, avec RSB, constituent les principaux " conseillers " de l'organisation. Bien que l'éloignement d'Abidjan soit perçu comme une difficulté pour l'accès aux informations et l'entretien de contacts avec les centres de décision basés dans la capitale économique, JVCS est maintenant en relation régulière avec le PNLS et ses responsables ont été reçus deux fois au ministère de la Santé : signes évidents de reconnaissance effective pour les personnes rencontrées (également confirmée à leurs yeux par la prise en charge du président de JVCS pour assister à la CISMA, même si JVCS n'avait pas les moyens financiers d'y tenir un stand).

Cependant JVCS en est encore à la phase de montage de projets et, pour le moment, ne fonctionne qu'avec les cotisations de ses membres. La création officielle de JVCS s'est accompagnée de la projection d'un film sur le sida en entreprises (tourné en Ouganda) suivie d'un débat, au Centre culturel de Bouaké. La première année, pendant les vacances scolaires, des émissions publiques de radio ont été faites à Bouaké même et dans des villes de l'intérieur comprenant des séances IEC/sida (appui de RSB). Parallèlement, l'émission sur la santé animée par Marie Claire a traité du sida à quelques reprises en invitant des spécialistes de la question et des personnes infectées (appui du Centre SAS). Enfin, les membres de JVCS échangent leurs renseignements au sujet des nouvelles informations relatives au VIH comme des manifestations qui ont lieu concernant le sida afin qu'il en soit fait état dans différentes émissions ou articles (y compris dans les journaux télé et radio), principal objet des réunions bimensuelles (outre la discussion de projets à plus long terme). Certains membres participent également à des séances d'IEC ou des conférences dans les quartiers et les écoles (organisées généralement par RSB). Parmi les projets immédiats de l'association, figurent " Sida Cinéma " consistant en des séances d'IEC dans les salles de cinéma, la formation de disc-jockeys animateurs de boîtes de nuit, la confection d'un journal rendant compte des activités de lutte contre le sida dans la région de Bouaké ainsi que des propositions d'émissions radio-télé intégrant des jeux questions-réponses sur le VIH et le sida. A plus long terme, JVCS envisage la réalisation d'un film sur le sida en milieu rural avec différentes versions en langues locales (baoulé, dioula, sénoufo) en vue de projections gratuites dans les villages.

La principale difficulté exprimée par les personnes rencontrées concerne le manque de formation spécifique sur le VIH/sida : « sur le plan médical, on n'y connaît rien » affirment les deux journalistes rencontrées ; d'ailleurs, la seule formation reçue à ce jour est celle assurée par RSB dans le cadre du séminaire de deux jours ayant précédé la création de l'association, et si celle-ci a été suivie par les initiateurs de JVCS, elle ne l'a pas nécessairement été par les autres membres. Cette difficulté s'articule à un autre problème, celui de l'éloignement d'Abidjan ; ainsi les personnes rencontrées savent-elles qu'il y a eu antérieurement des formations de journalistes à Abidjan [organisées par le PNLS puis par Sid'Alerte] mais constatent qu'alors elles n'en ont pas été informées et n'y ont pas eu accès ; la création de JVCS devrait dorénavant permettre aux journalistes de Bouaké d'être tenus au courant et invités à de telles sessions de formation ; reste que l'accès à la documentation comme les possibilités de participation à des projets ou l'accès à des financements sont restreints par le fait que « tout se décide à Abidjan... et nous sommes à Bouaké ! » (ce qu'ont souligné aussi bien le président de JVCS que les deux journalistes rencontrées).



## Conclusion

Pour quelqu'un qui a essentiellement travaillé auprès des ONG et associations abidjanaises, l'impression première ressentie à l'issue de cette mission à Bouaké est celle d'une forte identité urbaine et régionale : les structures visitées inscrivent leur action dans un espace délimité à la différence de celles d'Abidjan qui se considèrent souvent comme ivoiriennes au sens où leur prétention est de couvrir le territoire national dans son ensemble (même si leurs actions sont, de fait, localisées).

Cette inscription dans un espace circonscrit s'accompagne de l'existence de relations fortes entre les différentes organisations qui y sont implantées et doivent se le partager. En particulier, une certaine répartition des tâches semble exister entre les structures visitées : chacune sait ce qu'elle fait mais aussi ce que font les autres ; de plus, la logique du fonctionnement d'ensemble paraît être que des partenariats s'instaurent au sein même du milieu associatif. Dans le même temps, on observe des assignements de fonctions entre organisations : pour prendre un cas particulièrement significatif, l'antenne de " Lumière Action ", association de personnes vivant avec le VIH, a été créée avec l'appui du Centre SAS et est aussi sollicitée par d'autres organisations en vue de faire des témoignages, soit pour encourager les personnes atteintes à « vivre positivement » en leur présentant des personnes infectées bien portantes, soit pour attester de l'existence du sida et du fait qu'il peut concerner tout un chacun dans le cadre de séances de sensibilisation de la population générale ou de publics plus ciblés ; et si une situation comparable prévaut à Abidjan, elle a déjà montré ses limites vis-à-vis des attentes des personnes vivant avec le VIH ayant adhéré à des associations de ce type. De fait, à Bouaké, la complémentarité affichée entre organisations n'exclut pas certaines formes de concurrences, sources de conflits potentiels, qu'il s'agisse de l'exemple évident des relations entre RSB et Saint Camille ou que l'on prenne les projets de structures de conseil et de prise en charge des personnes infectées par le VIH, projet que le Centre SAS a déjà concrétisé mais que RSB espère toujours réaliser à son tour.

Une telle configuration, où s'entremêlent complémentarité et concurrence, renvoie, pour partie au moins, à une structuration du milieu associatif comparable à celle d'un lignage, au sein duquel seraient intervenues des fissions et des scissions : à l'origine se trouvait le Comité local de lutte contre le sida, à partir duquel se sont constitués, d'une part, " Renaissance Santé Bouaké " et, d'autre part, " Saint Camille ", chacun aujourd'hui à la tête d'une lignée particulière ; et si la création du Centre SAS a quelque peu bouleversé ce schéma, celui-ci est néanmoins parvenu (et sa responsable n'y est sans doute pas pour rien) à tisser des liens étroits avec les deux lignées. Si l'image du lignage peut paraître un peu osée, il convient cependant de constater que la mobilisation non gouvernementale contre le sida à Bouaké n'implique, somme toute, qu'un milieu restreint. Cette situation paraît notamment liée au rôle joué par les agents de l'État et par une structure étatique telle que le CHR ; ce rôle, on l'a vu, n'est pas indifférent à la tournure donnée aujourd'hui aux relations entre RSB et Saint Camille.

Dernier point, l'influence catholique est particulièrement notable au sein du milieu associatif impliqué dans la lutte contre le sida. Il semble même que son caractère plus ou moins marqué et son ancrage dans les pratiques des agents locaux permettent à ces derniers de développer des actions sortant du cadre fixé par le PNLS et les grands organismes internationaux ; comme

si cette influence s'avérait la plus apte à contrebalancer, précisément, le poids de la représentation étatique. Très nette à Bouaké, cette influence est également significative à Abidjan. Il est incontestable que le catholicisme, *via* ses pratiquants d'abord, au niveau des autorités ecclésiastiques ensuite, a été en mesure de valoriser, vis-à-vis du sida, des valeurs de compassion dont découlent des compétences en matière d'écoute ; et les compétences ainsi revendiquées ont pu être complétées dans le domaine médical grâce aux formations assurées par le PNLS et les bailleurs de fonds dans le cadre de leurs programmes ou projets. Néanmoins, l'enquête conduite au sein de la cellule de dépistage anonyme et gratuit du CIPS d'Abidjan fait apparaître l'une des ambiguïtés de ce processus : là, le counselling tel qu'il est pratiqué, même s'il ne comprend pas d'informations médicalement erronées, s'inspire nettement du procédé et de la procédure de la confession... Ce qui ne va pas sans s'accompagner parfois de certains effets contre productifs du point de vue de la responsabilisation individuelle pourtant nécessaire pour impulser d'éventuels changements de comportements.

## LES ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX AU SÉNÉGAL.

### UNE PRÉSENCE MASSIVE MAIS UNE INTERVENTION DIFFICILE À ÉVALUER

Karine DELAUNAY et Jocelyne QUINIO

Fonds Documentaire IRD

Cote : A\* 33372 Ex :

#### Introduction

Concernant la pandémie de sida, le Sénégal présente la particularité que les ONG et associations ont investi précocement le champ de la lutte contre cette maladie et y demeurent massivement engagées, alors même que le pays connaît une faible prévalence du VIH. En effet, bien que le taux de séroprévalence ait été, cette année, légèrement révisé à la hausse – étant estimé aux environs de 1,5% de la population générale, alors qu’il avait toujours été situé, auparavant, en dessous de 1% –, il reste l’un des plus bas d’Afrique. Le cas du Sénégal contraste ainsi avec celui d’autres pays d’Afrique de l’ouest, tels que la Côte-d’Ivoire, réputée avoir connu, au début des années 1990, une véritable “ explosion ” de l’infection à VIH qui paraissait jusque là s’être essentiellement développée en Afrique centrale. Selon l’image officielle, le Sénégal devrait sa préservation vis-à-vis de la pandémie à l’efficacité de ses campagnes de prévention. Plus exactement, cette efficacité, dont le PNLs se veut l’agent, est présentée comme indissociable de certaines “ valeurs ” que “ la société sénégalaise ” aurait su cultiver : en particulier, une “ tradition de dialogue ” aussi bien politique que social (rappelons que le Sénégal s’est vu érigé en « vitrine de la démocratie ») articulée à une pratique religieuse, très majoritairement islamique, à la fois tolérante et prégnante dans la gestion des comportements individuels. De telles valeurs contribueraient plus largement à renforcer les capacités de “ mobilisation sociale ” et de “ participation populaire ” dont se prévaut le Sénégal, au point (supposé) de rencontre entre une idéologie “ d’en haut ”, prévalant, par exemple, dans la mise en œuvre de la politique de décentralisation engagée par l’État dès 1972, et une dynamique “ à la base ”, manifestée par l’existence de multiples associations et autres structures non gouvernementales comme par leur rôle dans la vie sociale et économique du pays. Dans le contexte actuel de « renforcement prodigieux de la vie associative [...] aussi bien dans les villes que dans les campagnes » (Diop, 1996 : 76), il semble intéressant non seulement de “ mesurer ” l’implication non gouvernementale dans la lutte contre le sida mais aussi d’éclairer la structuration du milieu non gouvernemental, ce à quoi nous incite dès l’abord la critique des sources.

#### Les recensions

Au niveau du PNLs, il n'existe pas à proprement parler de document répertoriant l'ensemble des ONG et associations œuvrant dans le domaine du sida bien que le documentaliste de cet



organisme ait un carnet d'adresses plus ou moins à jour de celles-ci. D'autres sources sont néanmoins disponibles : il s'agit de recensions émanant généralement de structures non gouvernementales dont l'un des objectifs est de coordonner les activités des ONG et associations dans le domaine du sida. Ainsi " Africa Consultants International " (ACI) a-t-elle élaboré un " Répertoire des ONG, OCB et associations intervenant dans le domaine du VIH/sida au Sénégal " (ACI, 1997)<sup>1</sup>. On dispose également de la liste des organisations représentées à l'assemblée générale de " l'Alliance Nationale Contre le Sida " (ANCS), en 1996. Enfin, peuvent être utilisées les listes des ONG membres de différents réseaux implantés au Sénégal : le " Réseau Santé / Sida / Population " (RESSIP) ; le " Forum solidarité anti-sida " (FOSAS) ; en troisième lieu, l'antenne sénégalaise de " l'African Council of AIDS service organizations " (AFRICASO-Sénégal).

En compulsant ces différentes sources, nous avons pu constituer une liste de 270 organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine du sida<sup>2</sup>... Ce seul chiffre met en exergue l'importance de l'implication non gouvernementale que le Sénégal peut revendiquer en matière de lutte contre le sida. D'ailleurs, pour réaliser un tel décompte, il convient de faire attention à ne pas recenser deux fois la même organisation, laquelle peut en effet être membre de plusieurs réseaux ainsi que de l'Alliance. Cependant, précisons d'emblée que l'appartenance d'une ONG à un ou plusieurs réseaux ne garantit pas avec certitude l'ampleur de ses activités en matière de sida ni l'impact que celles-ci ont réellement sur le terrain. De plus, les recensions utilisées inventorient parfois, aux côtés d'organisations internationales ou nationales prises en tant que telles, ce qu'il est convenu d'appeler au Sénégal certains de leurs " démembrements ", c'est-à-dire des sections liées aux premières et se situant, soit à l'échelle nationale ou régionale, soit au niveau de villes ou de districts particuliers<sup>3</sup>... De fait, une grande diversité d'organisations coexistent.

## Les différents types d'organisations répertoriés

### *Une diversité affirmée au-delà du cadre législatif*

La diversité des types d'organisations tend *a priori* à renforcer l'idée d'une implication massive du milieu associatif dans la lutte contre le sida au Sénégal, depuis le simple village ou

1 Ce document sera cité, dans la suite du texte, sous la forme " Répertoire de l'ACI ".

2 Le chiffre de 150 donné dans le texte " ONG et associations..." provient du Répertoire de l'ACI qui recense un total de 158 structures dont 148 peuvent être considérées comme non gouvernementales. La liste des membres de l'ANCS comprend également quelques 150 structures : par contre les listes des membres du RESSIP et du FOSAS concernent un nombre plus restreint d'organisations (une cinquantaine pour le premier, moitié moins pour le second). Concernant AFRICASO-Sénégal, qui revendique atteindre bientôt les 100 membres, nous n'avons pu consulter que des listes parcellaires (telles que des listes de présence à des formations).

3 Ce type de duplications ne peut être totalement évité dans l'élaboration de la liste finale. Précisons ainsi, à titre d'exemple, que sont comptabilisés l'équipe santé de l'ONG ENDA, fortement impliquée dans les activités de lutte contre le sida, mais aussi " l'Association pour la Recherche, l'Étude et l'Action en matière de Santé " (AREAS), « organisation indépendante de recherche pour soutenir ENDA », ainsi que le " Forum des Relais " constitué par « les relais communautaires » formés par ENDA-Santé dans les différentes régions du pays et dont le Forum est basé au siège social d'ENDA-Santé : sont également inclus le " Réseau des acteurs de développement " (RESAD) ainsi que l'association " Oasis Solidarité " également liés à ENDA. En fait, on touche là aux systèmes de relations construits entre les différentes ONG et associations (comme avec les bailleurs), les cas cités illustrant alors de manière exemplaire l'étroitesse des liens pouvant exister.

le quartier urbain jusqu'à la région ou au territoire national. En effet, la liste des ONG recensées à partir des différents documents consultés comprend, dans une proportion que l'on peut estimer aux environs de 2/5, des groupements paysans et des associations de quartier ainsi que des associations locales de jeunes ou de femmes ou encore des troupes de théâtre ; mais y figurent aussi, à l'autre extrémité du spectre, de grandes ONG internationales traitant des problèmes socio-économiques et/ou sanitaires, représentant environ 1/5 du total ; faisant transition entre les premiers et les seconds, les 2/5 restants sont constitués par des ONG sénégalaises, des fédérations nationales d'associations ou des réseaux, et même, signe de la maturation antérieure du milieu associatif au Sénégal, des ONG ayant pour objectif d'assurer assistance technique et formation aux autres organisations non gouvernementales<sup>1</sup>.

Juridiquement, il n'existe pourtant que deux grands types d'acteurs non gouvernementaux : les associations et les ONG ; le premier statut peut être obtenu après dépôt des textes régissant le fonctionnement du groupe et le second ne peut être demandé qu'après deux années d'existence, en vue de bénéficier de certains avantages fiscaux. Jusque récemment, ces deux types de structures dépendaient de ministères différents : les associations du ministère de l'Intérieur et les ONG du ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Solidarité ; aujourd'hui, les unes et les autres seraient placées sous la tutelle de ce dernier. Il est vrai que, du fait de partenariats particuliers avec les organes institutionnels, quelques autres catégories sont identifiées par la législation en vigueur (par exemple les GIE ou " Groupements d'Intérêt Économique ", enregistrés au registre du Commerce, et les ASC ou " Associations Sportives et Culturelles ", placées sous la tutelle du ministère de la Jeunesse et des Sports) ; mais, dans la liste des organisations inventoriées comme ayant quelque activité en matière de lutte contre le sida, celles-ci ne semblent pas représentées à hauteur de leur rôle dans la vie socio-économique du pays<sup>2</sup> ; plus précisément, leur représentation semble variable selon les recensions consultées et de telles variations paraissent fonction des intérêts propres aux différentes ONG initiatrices de chacun des réseaux quant à l'intégration (ou non) de " relais locaux " : cette représentation paraît donc médiatisée, ce que tend à confirmer le recours à d'autres typologies de la part des différents agents de la lutte contre le sida.

En effet, dans la pratique, le vocabulaire fréquemment employé par les acteurs non gouvernementaux, et couramment usité dans les documents émanant aussi bien des structures gouvernementales du type PNLs que des organismes internationaux, fait apparaître une multitude de locutions ; celles-ci tendent à s'émanciper de la référence aux catégories juridiques et ont pour caractéristique commune d'introduire la notion de « communautaire » : « mouvement », « relais », « groupes », *etc.* se voient ainsi qualifiés par ce dernier adjectif ; et celui-ci en vient à s'intégrer à la terminologie officielle en donnant lieu à l'emploi d'un nouveau sigle : OCB ou " Organisations Communautaires de Base " (avec pour équivalent anglais CBO, " Community Based Organizations "). Il s'agit là d'une notion fort vague qui semble rassembler, dans son usage actuel, tous les " groupements " mobilisables par les ONG d'envergure internationale ou nationale en vue d'inscrire leurs actions dans le " local ".

1 Citons, par exemple, l'ACA. " Association Conseil pour l'Action ", dont les activités, selon le Répertoire de l'ACI, concernent « la formation en certification financière des ONG, le suivi et l'encadrement des groupements ruraux et du secteur informel ».

2 Diverses études soulignent en effet dans le cadre du développement de la vie associative. la multiplication des associations sportives et culturelles et des groupements de production (voir par exemple Diop, 1996 : 70 et 76 ; Lecomte, 1998 : 163).

### *Une diversité parfois ambiguë : le cas des OCB*

Il est effectivement bien difficile d'obtenir une explicitation des critères à partir desquels sont définies les OCB. Que l'on interroge, par exemple, des responsables de l'ANCS ou d'ACI et du projet américain AIDSCAP, son bailleur, les premiers éléments fournis à ce sujet consistent en fait en une reformulation, plus pragmatique que juridique, de la distinction entre ONG et associations : tandis que les premières peuvent être actives dans différents domaines, du fait de leur envergure et de leurs moyens, et qu'elles disposent d'un personnel salarié et formé, les secondes sont de taille restreinte, pouvant d'ailleurs, pour certaines, ne pas avoir de compte bancaire, et leur fonctionnement repose sur le bénévolat (vu comme « credo » des associations).

Ce cadre posé, un lien est établi entre associations et OCB : ces dernières sont en effet présentées comme des « associations qui ont une base communautaire » ; à la différence des associations proprement dites, elles ne sont pas nécessairement régies par des règlements et statuts, ce qui sous-entend qu'elles n'auraient pas nécessairement d'existence formelle/juridique ; surtout, « c'est la manière de travailler à l'intérieur » qui fait l'OCB : tandis que les ONG identifient des cibles pour la conduite de leurs actions et que, pour leur part, les associations peuvent représenter des intérêts particuliers, dans le cas d'une OCB, c'est « la communauté qui s'est réunie pour discuter et s'organiser pour résoudre des problèmes » ; prendre appui sur des OCB répond ainsi au souci « d'impliquer les différentes couches [sociales et économiques] dans la lutte contre le sida ».

Reste que la « communauté » demeure une notion vague : elle s'inscrit dans « un territoire limité » et la population qui la compose a « des problèmes communs » à affronter<sup>1</sup>. Cela étant, sans que cela soit explicitement dit, il apparaît que la mobilisation de communautés *via* l'émergence des OCB relève aussi des stratégies d'intervention des ONG en matière de lutte contre le sida : ainsi, la représentante de l'ANCS explique-t-elle que si, dans un premier temps, « pour aborder la sexualité, il est nécessaire de regrouper les personnes en fonction de leur âge et de leur sexe, ensuite tout le monde peut participer à une même animation » ; parallèlement, le programme conduit par ACI/AIDSCAP a consisté à former, d'une part, des membres d'associations et d'ONG et, d'autre part, des « leaders communautaires », en vue d'instaurer « un dialogue entre eux » au niveau local, préalable à ce qu'ils puissent « impulser des initiatives au niveau de la communauté ».

Il convient par ailleurs de remarquer que les différentes personnes rencontrées reconnaissent que l'implication des « communautés » doit, sur le terrain, être réalisée avec l'accord et l'appui des autorités administratives : le choix des « leaders communautaires » formés par ACI/AIDSCAP a été « réglé au niveau du district », dans « un processus de négociation » avec le préfet ou le médecin chef ; à l'ANCS, il est considéré que les différentes OCB identifiées respectent « plus ou moins le découpage administratif » du territoire national et que la

---

<sup>1</sup> Cette inscription dans un « territoire » combinée à la référence à des « problèmes communs » n'en conduit pas moins certains à identifier des « groupes communautaires », lesquels sont alors distingués de la notion de « localité », entendue comme communauté villageoise, en ce que plusieurs groupes communautaires, en tant que « communautés régies par des intérêts professionnels, religieux, etc. », peuvent cohabiter dans une même localité (Diop W., 1996 : 9)...

concertation avec les autorités administratives est d'autant plus nécessaire que celles-ci sont elles-mêmes « membres de la communauté » et qu'elles « donnent leur appui technique ou matériel » aux initiatives communautaires... Il est vrai que, dans le cadre de la politique de décentralisation, aujourd'hui en voie d'achèvement au Sénégal, la référence aux " communautés " relève du registre administratif ; en particulier, existent, depuis 1972, des « communautés rurales » qui, jouissant d'une personnalité morale et d'une autonomie financière, sont « formées par un certain nombre de villages d'un même terroir, unis par des liens de solidarité » (Dramé, 1998 : 218). En milieu urbain, notamment au sein de la « Communauté Urbaine de Dakar » (constituée en 1983 et composée des communes de Dakar, Pikine et Rufisque-Bargny), la référence communautaire comme espace privilégié d'identification est le quartier, notamment pour les projets touchant à la mobilisation des jeunes. Quartiers urbains et communautés rurales ont d'ailleurs chacun leurs propres Conseils et leur inscription dans le schéma administratif correspond à une volonté déclarée des autorités sénégalaises de favoriser la participation des populations aux actions de développement social et économique. Et si cette volonté est bien aussi celle affirmée par les ONG (et, de plus en plus, par les agences internationales prônant aujourd'hui le « moins d'État »), il n'en reste pas moins qu'en jouant d'une telle ambiguïté entre " initiatives populaires " et représentation administrative, les actions de ces mêmes ONG s'inscrivent, de fait, dans la dynamique des jeux de pouvoir locaux, dynamique d'autant plus complexe que le phénomène de « courtage en développement » (cf. Blundo, 1995) auquel les interventions des organisations non gouvernementales participent généralement (et sans doute assez spécialement au Sénégal) s'articule alors spécifiquement à un phénomène de « courtage politique » dont on peut penser qu'il a été réactivé par la recomposition des réseaux clientélistes liés à l'État depuis l'accession de A. Diouf au pouvoir (cf. Diop et Diouf, 1990).

#### *Deux « cas-types » pourtant singuliers*

Certaines associations tendent aujourd'hui à symboliser ces initiatives " de la base " classées sous le sigle OCB. Ainsi l'Association rurale de lutte contre le sida, implantée dans des villages situés dans la région de Thiès (ville proche de Dakar), et l'Union des jeunes agropasteurs de Nganda, dans un village proche de la frontière avec la Gambie, sont-elles assez systématiquement citées dans les présentations orales et écrites dès lors qu'il s'agit de parler de la " mobilisation communautaire " face au sida au Sénégal<sup>1</sup> et ont-elles également fait l'objet de films en tant que " figures exemplaires ". Reste que leur création et leur fonctionnement font apparaître la complexité des facteurs d'émergence de telles structures.

D'une part, les personnalités locales en ayant pris l'initiative ont des parcours singuliers : dans le cas de l'Association rurale, il s'agit d'une femme encadrant une association paysanne en tant qu'animatrice reconnue comme telle, ayant donc à la fois des liens avec les acteurs locaux et avec les organisations de développement, liens lui donnant une légitimité d'intervention en tant que « leader paysanne » ; dans le cas de l'Union des jeunes agropasteurs, il s'agit d'un ressortissant du village ayant vécu plusieurs années aux États Unis, expérience de migration que le retour au village a permis de valoriser en faisant de lui une figure mobilisatrice pour des jeunes eux-mêmes pris dans des desseins d'émancipation par la

<sup>1</sup> Voir par exemple la présentation faite de ces deux structures lors des *Journées parlementaires d'information sur le sida* (AIDSCAP-USAID-CNLS-ACL 1996 : 43-44).

migration en ville dont la réalisation tournait en stratégies de survie pour le moins précaire, auprès de qui il a pu apparaître comme un promoteur légitime du « développement communautaire » au sein du contexte villageois.

D'autre part, les conditions de l'implication de ces personnes dans la lutte contre le sida ont durablement marqué les orientations et les approches prises en ce domaine par les structures qu'ils animent, cela en liaison avec les organisations ayant assuré leur formation et soutenu leurs actions. Dans le cas de l'Association rurale, c'est en assistant à une séance de restitution d'un séminaire organisé par ACI sur " VIH et développement " puis à un exposé de sensibilisation sur le sida organisé par OXFAM (organisation britannique d'appui au développement) que l'animatrice commença à envisager d'intégrer la prévention du sida à ses activités et prit contact avec des collègues en vue de créer une structure rurale spécifiquement destinée à celle-ci puis s'adressa aux représentants d'ACI et OXFAM ; dans ce cadre, la stratégie développée par l'Association rurale de lutte contre le sida correspond à celle appuyée par ACI avec le soutien de AIDSCAP (dont elle a également reçu l'appui), c'est-à-dire « une politique globale d'implication des hommes, des femmes et des jeunes de la communauté » et une approche de « recherche collective de solutions » ; à ce titre l'Association regroupe des « agents d'encadrement du monde rural », des paysan(ne)s et des « leaders communautaires » (notamment autorités religieuses et " traditionnelles "). Concernant l'Union des jeunes agropasteurs, c'est en référence aux campagnes de prévention qu'il avait vues aux États-Unis que son initiateur envisagea de sensibiliser les jeunes du village, sachant que certains d'entre eux avaient contracté des MST ; il se tourna vers ENDA dont la stratégie en matière de prévention du sida (et d'autres MST) cible particulièrement les jeunes et consiste notamment à former des « relais communautaires », c'est-à-dire des « personnes bien au fait des sensibilités socio-culturelles, connaissant les réseaux de solidarité et de communication » existant localement ; dans ce cadre, une cinquantaine de jeunes furent formés en vue de contribuer à la prévention par la distribution de brochures, l'organisation d'animations, la participation à des manifestations culturelles, etc.

### *Une diversité différemment représentée selon les recensions*

Bien que la notion d'OCB n'ait pas véritablement de fondement juridique, l'emploi de ce label devient, dans la pratique, source et enjeu de légitimation ; cela, d'une part, pour tous les groupements qui entendent faire reconnaître leur existence par les organisations nationales et internationales comme par les structures gouvernementales et les bailleurs de fonds ; il l'est aussi, d'autre part, pour les grandes ONG qui désirent asseoir leur crédibilité sur leur capacité à diversifier leur réseau d'appui et d'encadrement sur le terrain. Cette dimension transparaît dans la configuration prise par les différentes recensions que nous avons consultées. Ainsi le Réseau Santé / Sida / Population compte-t-il une cinquantaine de structures membres, dont dix dirigent par ailleurs les " Cellules régionales " du Conseil des ONG d'appui au développement (CONGAD), et il regroupe notamment des ONG nationales ou internationales ; l'Alliance Nationale Contre le Sida inventorie, pour sa part, un chiffre deux fois et demi plus important de structures qui lui sont rattachées, parmi lesquelles nombre de petites associations locales. Ces différences renvoient aux conditions de création et aux objectifs des ces deux entités.



Le RESSIP a été créé pour la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le partenariat entre le ministère de la Santé et les ONG fait partie des "conditionnalités" posées par la Banque Mondiale à la réalisation du Programme d'investissement dans le secteur de la santé associé au dit Plan ; outre que ce partenariat a été négocié par le ministère avec, comme représentant des ONG, le CONGAD, les organisations membres doivent répondre aux « critères d'éligibilité » fixés pour être partenaires du Programme d'investissement, entre autres : « être légalement constituées et officiellement reconnues au Sénégal, avoir au moins deux années d'expérience pratique dans la formation et la mise en œuvre de projets de développement communautaire et sanitaire, avoir démontré des capacités de gestion financière [...] »<sup>1</sup> ; de tels critères excluent donc toutes les petites structures associatives.

Le rôle de l'ANCS est tout autre puisque, comme le précise sa brochure et ses statuts, elle a « pour objectif d'encourager, d'appuyer et de renforcer la participation des ONG et groupes communautaires dans la lutte contre le sida », cela par « le financement des activités et programmes de prévention, de soutien, de prise en charge des ONG et OCB [et] la mise en place d'un plan d'assistance technique pour accroître leur capacité de gestion et d'animation » ; dès lors, se présentant comme une « association », elle déclare se composer « d'ONG, d'organisations ou groupes communautaires de base, de réseaux de femmes, de mouvements de jeunes » ; il est donc logique que la liste des organisations représentées à son assemblée générale comprenne une forte proportion de petites structures : près du quart d'entre elles sont en effet des associations de jeunes du type ASC ou amicales de quartiers (proportion atteignant le tiers si l'on ajoute les autres organisations de jeunes) ; cette liste a également pour caractéristique de comprendre des troupes théâtrales et quelques GIE. Du fait du volet "assistance technique" affiché par l'ANCS, en plus du volet "financement", se déclarer membre de cette Alliance apparaît comme un gage de sérieux pour les petits groupements qui pourront alors prétendre à intervenir comme partenaires dans la réalisation de différents projets – phénomène accentué aujourd'hui par le souci des bailleurs de promouvoir des actions « de proximité » et de développer une approche « participative » de la prévention et de la prise en charge en matière de lutte contre le sida.

La configuration prise par la liste des membres de l'ANCS se retrouve, en partie, au niveau d'AFRICASO-Sénégal. Il est vrai que l'ANCS et AFRICASO sont liés à ENDA, ONG dont l'équipe santé a notamment pour objectif de décentraliser la lutte contre le sida au niveau, précisément, des petites associations et groupements locaux. Et si le Répertoire réalisé par ACI peut être pris comme base première de notre analyse, on ne peut occulter qu'il repose lui-même, pour ce qui touche à l'identification des « organismes et associations de base » impliquées dans la lutte contre le sida, sur les sessions de formation que cette ONG a animées dans différentes régions avec l'appui de AIDSCAP et du CNLS – séminaires eux-mêmes à l'origine de la constitution du FOSAS.

#### *L'expression d'une dynamique de réseaux*

Les configurations prises par les diverses recensions consultées relèvent en fait d'une dynamique de réseaux qui constitue l'une des principales caractéristiques de la structuration

<sup>1</sup> Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale, *Partenariat MSPAS / ONG*, Dakar, août 1997.

actuelle du milieu non gouvernemental impliqué dans la lutte contre le sida au Sénégal. Cette dynamique s'est plus particulièrement développée dans les années quatre-vingt-dix, soit dans un contexte où les organisations internationales prônaient la multisectorialité et la décentralisation. Se constituant en autant d'interlocuteurs vis-à-vis des acteurs institutionnels et des bailleurs de fonds et en autant de représentants des organisations et associations locales, ces réseaux se sont multipliés sur l'initiative de certains acteurs non gouvernementaux dès lors en mesure de se positionner en agents de coordination.

L'implantation d'AFRICASO en 1992 puis la constitution de l'ANCS relèvent d'un mouvement d'affirmation du rôle du secteur non gouvernemental, non pas comme simple relais du PNLS mais comme partenaire à part entière. De fait, l'implantation d'AFRICASO s'est accompagnée de l'insertion d'un représentant des ONG au sein du CNLS, représentant ayant été, en l'occurrence, le président de l'antenne sénégalaise de ce réseau. Si AFRICASO-Sénégal n'a guère entrepris de réalisations concrètes et a fait l'objet, fin 1996, d'un bilan fort mitigé de son action, conduisant à une restructuration amorcée en 1997<sup>1</sup>, la constitution de l'ANCS a, entre temps, marqué une nouvelle étape en ce qu'elle n'est pas seulement, à l'image d'AFRICASO, un réseau de coordination et d'échange d'informations, mais aussi un réseau d'attribution de financements, tendant, de fait, à contourner le recours obligé au PNLS pour l'accès aux ressources. Ce type de positionnement s'est prolongé par la création, en 1996, du RESSIP qui entend, pour sa part, « affirmer le rôle d'intermédiaire des ONG entre les populations et l'État », partant être considéré comme collaborateur (et non simple partenaire d'exécution) dans la définition même de la politique de santé dans le cadre de l'élaboration du PNDS et des négociations que celle-ci occasionne entre l'État sénégalais et la Banque mondiale<sup>2</sup>. La constitution d'AFRICASO et de l'ANCS comme celle du RESSIP ont pris appui sur des structures existantes ayant déjà acquis une visibilité d'action et une légitimité de coordination : ENDA, ONG créée au Sénégal en 1972, pour les deux premiers réseaux cités, le CONGAD ou conseil des ONG d'appui au développement, constitué en 1982, pour le dernier ; ces deux structures ont pour commune caractéristique d'articuler implantation locale et relations internationales et leur capacité à initier (pour ENDA) ou prendre la tête (pour le CONGAD) de réseaux correspond donc en quelque sorte à une procédure de conversion ou plutôt d'élargissement d'une position antérieure dans le secteur socio-économique vers le secteur du sida et de la santé.

La constitution de réseaux a également participé à la promotion de certains acteurs. Ainsi, dans le cas d'AFRICASO, l'impulsion donnée par ENDA – qui a pris la tête de la représentation régionale du réseau – a-t-elle été relayée par une ONG ne disposant ni de l'assise ni de l'envergure de ENDA : Jamra, dont le président a pris la tête de l'antenne sénégalaise du réseau. Il est vrai que si cette organisation musulmane, créée en 1982, n'avait guère été jusqu'alors reconnue lorsqu'elle s'était impliquée dans des thématiques de santé du fait d'une approche doctrinaire qui l'avait maintenue en marge du registre médical, elle a pu bénéficier, dans le domaine de la lutte contre le sida, de l'appui du PNLS, lui-même à la recherche d'un consensus entre médical et religieux dans l'élaboration du discours préventif. En effet, après

1 cf. ICASO-Sénégal. *Rapport. Forum national des ONG de lutte contre le sida*, 30.12.96, 4p. dactyl. ; ICASO-Sénégal, *Rapport d'activités du Réseau des ONG de lutte contre le sida* (présenté par L. Gucye), 29.12.97, 4p. dactyl.

2 cf. Séminaire de préparation du PNDS. " Document final ", mars 1996. Un abondant échange de points de vue entre CONGAD/RESSIP, ministère de la Santé et Banque mondiale accompagne cette revendication.

avoir assisté à un séminaire de formation sur le sida, les représentants de Jamra se sont vus officiellement confier par le CNLS la tâche de sensibiliser les milieux islamiques dès 1989. Les actions de cette ONG, placées sous le signe du « préservatif moral », seront ensuite valorisées, notamment par la tenue, en 1995, du premier colloque " Sida et religion " alors consacré aux " réponses de l'islam ". Jamra est ainsi progressivement devenue " le " lien du CNLS et des bailleurs avec les autorités et communautés musulmanes, évinçant en quelque sorte d'autres organisations islamiques plus anciennes et à l'action reconnue dans d'autres domaines (par exemple l'Union Culturelle Musulmane pourtant membre du réseau associatif travaillant avec le service d'Éducation pour la santé du ministère et bien implantée au niveau national). Dans ce cas, ce qui apparaît comme la promotion d'une ONG prenant la tête d'un réseau revient en fait à la consécration d'un positionnement acquis *de facto* en liaison avec l'acquisition et la revendication d'un certain savoir-faire dans un domaine spécifique de la lutte contre le sida faisant de cette ONG un agent " incontournable " de l'échiquier. Un processus de même type est à l'origine de la création, en 1995, du FOSAS sur l'initiative de ACI. En effet, il s'agit, par ce réseau, de capitaliser une expérience de formation et de " sensibilisation " dans le domaine de la prévention du sida qu'ACI a pu développer grâce à l'appui de certains bailleurs : ACI a pu initier un module de formation dans le cadre d'une collaboration d'un an avec le Projet " VIH et développement " du PNUD ; ACI a ensuite adapté et développé ce module en collaborant aux volets « dialogue politique » et « appui aux ONG et associations » du Projet AIDSCAP (" AIDS control and prevention Project ", financé par l'USAID et placé sous la tutelle de l'ONG américaine " Family Health International ")<sup>1</sup>. Il est vrai que, contrairement à Jamra, ACI avait acquis une réputation antérieure par l'action de certains de ses membres en matière de consultance dans le domaine de la santé ; reste qu'ACI était alors un bureau d'études américain et n'est devenu que depuis quelques années une ONG, dont le personnel, il est vrai, est majoritairement sénégalais. Dans ce contexte, la création du FOSAS correspond à une volonté affirmée de pérenniser l'action d'ACI après le départ prévu du projet AIDSCAP mais probablement aussi à une nécessité de pérenniser l'ONG elle-même en tant que partenaire des différentes institutions de lutte contre le sida.

Cette structuration en réseaux s'accompagne de collaborations et concurrences. Ainsi la constitution du RESSIP n'est-elle pas totalement indifférente à la restructuration de l'antenne sénégalaise d'AFRICASO dont la visibilité et l'activité semblaient déjà avoir été affectées par la création de l'ANCS : lors du Forum national de décembre 1997 était ainsi évoquée « la concurrence déloyale dont il [AFRICASO-Sénégal] est victime de la part de certains réseaux dont le bilan est très pauvre en matière de lutte contre le sida », sollicitant pour la contrer un appui accru du PNLIS et des bailleurs, étant entendu qu'AFRICASO se veut le « réseau privilégié » des ONG pour conduire la lutte contre le sida « aux côtés des pouvoirs publics et des services de santé » par « l'établissement d'un partenariat réel »<sup>2</sup>. Dans ce contexte, se positionnent de nouveaux acteurs : tandis qu'un représentant de Jamra accède au rang de « Conseiller permanent » du réseau aux côtés de représentants du PNLIS et du service d'Éducation pour la santé du ministère ainsi que de ENDA et de l'ANCS, le président de Jamra a démissionné de sa responsabilité à la tête d'AFRICASO-Sénégal au profit d'une représentante de la Fédération des associations féminines du Sénégal secondée par un coordonnateur par

1 Sur le projet AIDSCAP et l'implication d'ACI en son sein, voir notamment Bagde et *al.*, 1997.

2 ICASO-Sénégal, *Forum national annuel d'ICASO. Rapport d'activités* (présenté par I. Keita), 31.12.97 : 3 ; ICASO-Sénégal, *Rapport. Forum national des ONG de lutte contre le sida*, 30.12.96 : 2 et 4.

ailleurs responsable du Mouvement international pour le développement en Afrique. Le cas d'AFRICASO, depuis sa création jusqu'à son évolution actuelle, comme celui des autres réseaux dont on vient de voir certains exemple, mettent en lumière l'imbrication complexe entre enjeux locaux, nationaux et internationaux dans la structuration du milieu non gouvernemental : la " mobilisation communautaire " par l'appui aux associations du type " OCB " et la formation de " relais communautaires " s'articulent en effet à des modes de positionnement des ONG à la fois vis-à-vis des acteurs institutionnels, notamment du PNLS, et des bailleurs de fonds, où les ressources en jeu ne sont pas seulement strictement financières mais aussi relationnelles.

### **Les domaines d'activité des organisations recensées**

Pour récapituler, les différentes sources compulsées pour établir la liste finale de 270 organisations offrent un " tronc commun " constitué pour l'essentiel par des ONG reconnues comme telles ou des associations spécifiquement orientées vers la lutte contre le sida ; à ce tronc commun, s'ajoute un inventaire, variable selon les documents consultés, de structures plus petites ou moins spécialisées qui viennent donc s'additionner les unes aux autres dans la liste finale. Ainsi doit-on relever que cette dernière est composée pour un quart d'associations ou ONG " de jeunes " (*i. e.* constituées par eux ou, dans quelques cas, ayant ceux-ci pour « cible »), soit environ 70 structures dont une vingtaine sont des ASC, mais dont seulement quatre affichent une préoccupation santé/sida ; moins nombreux sont les groupements, associations ou ONG de femmes (une vingtaine, soit moins d'un dixième du total) mais il est vrai qu'y figurent deux fédérations nationales ; cependant, un tiers des ONG ou associations féminines répertoriées ont un intitulé traitant de la santé (dans une optique familiale) ou du sida. De tels décalages posent évidemment le problème du contenu des activités conduites par les différentes organisations non gouvernementales recensées.

### ***L'affirmation d'une intégration de la lutte contre le sida plutôt que d'une spécialisation***

Au niveau des 270 organisations recensées dans la liste finale, une première constatation s'impose : seulement une trentaine (soit moins d'un huitième) font figurer le mot « sida » dans leur intitulé ou, dans quelques cas, ont comme préoccupation première cette affection sans nécessairement que leur intitulé l'indique (par exemple l'association " Oasis Solidarité ", ayant pour objectif premier « d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH », et " Awa ", « association pour les femmes à risque face au sida », pour reprendre les termes de leur brochure de présentation). Précisons qu'un tiers de ces organisations spécifiquement " anti-sida " est en fait constitué par des réseaux nationaux ou des antennes sénégalaises de réseaux africains (sept structures), par des programmes émanant d'agences internationales (USAID, PNUD, coopération canadienne) et par des représentations locales d'ONG internationales (OPALS, SWAA)... tandis qu'elles sont moins de cinq à regrouper des personnes infectées ou affectées par le VIH (voire « à risque »). Certes, en plus de ce noyau " sida ", une trentaine d'autres organisations traitent des problèmes de santé, soit qu'elles l'affichent explicitement dans leur intitulé (pour la moitié) soit que leurs activités concernent directement ces problèmes (pour l'autre moitié).

Mais on peut aussi identifier près de quatre-vingts organisations (près d'un tiers du total), c'est-à-dire un nombre supérieur à l'ensemble sida/santé, dont les préoccupations premières concernent l'économie et/ou l'environnement ; outre qu'une dizaine d'entre elles sont des groupements de producteurs, environ quarante ont un intitulé comportant le mot « développement ». On pourrait considérer qu'il s'agit là d'un acquis de l'approche " VIH et développement " initiée par le PNUD puis relayée par d'autres bailleurs de fonds : *a priori* le fait que se côtoient, dans la lutte contre le sida, des organisations spécifiquement créées dans cet objectif et des associations paysannes, des groupements féminins, des ONG de développement, comme aussi des ASC et autres associations de jeunes, est davantage signe d'une intégration de la lutte contre le sida aux dynamiques associatives locales et à l'environnement socio-économique existant, que d'une dilution, partant d'une moindre efficacité, de cette lutte. Une telle intégration est précisément à la base de la conception des sessions de formation en IEC/sida organisées par des structures telles que ACI ou l'ANCS et elle est plus généralement revendiquée par le Sénégal comme un acquis des programmes de prévention conduits dans le pays.

*Mais une " intégration spatiale " imparfaite...*

L'idée d'une intégration de la lutte contre le sida au niveau des actions non gouvernementales doit cependant être nuancée au vu de l'implantation géographique des organisations recensées. En effet, plus des deux tiers des organisations répertoriées par ACI et près des trois quarts des organisations membres de l'ANCS ont leur siège dans la communauté urbaine de Dakar, proportion atteignant 75 à 80% si l'on considère la zone environnante (en incluant les villes de Thiès et Mbour). Les organisations restantes sont pour leur part implantées principalement au sud, dans la zone de Diourbel, Fatik, Kaolack et Kaffrine pour un dixième des structures membres de l'ANCS et dans celle de Ziguinchor, Bignona et Kolda, au sud de la Gambie, en Casamance, pour un peu moins d'un dixième des structures recensées par ACI. Les localités situées plus à l'est (Tambacounda, Kougheul) ou plus au Nord (Louga, Saint Louis, Podor) sont encore plus faiblement représentées tandis que la zone frontalière plus orientale (Matam, Bakel, *etc.*) ne l'est que très marginalement, voire pas du tout... Cette concentration à Dakar et ses environs immédiats est encore accentuée pour ce qui concerne les organisations spécifiquement " anti-sida " <sup>1</sup> ; elle est par contre relativisée lorsque l'on considère les zones d'intervention et non plus la seule localisation du siège : si environ un quart des organisations répertoriées par ACI ne travaillent qu'à Dakar ou dans ses environs, plus de la moitié déclarent avoir des activités soit dans tout le pays soit dans différentes régions, les autres intervenant en dehors de la zone de Dakar mais dans une seule localité.

L'inégale répartition géographique de l'action non gouvernementale peut avoir pour " base objective " l'inégale répartition de la population sur le territoire national (les densités diminuant d'ouest en est et Dakar abritant près du quart de la population) ; reste néanmoins à savoir si les besoins auxquels entendent répondre les organismes non gouvernementaux sont ainsi équitablement couverts à travers le pays... Dans une étude sur la pauvreté, M.C. Diop

---

<sup>1</sup> Les trois quarts des organisations spécifiquement " anti-sida " recensées par ACI ou membres de l'ANCS ont en effet leur siège à Dakar (proportion atteignant 90% si l'on ajoute les organisations basées dans la ville voisine de Thiès) : quelques uncs sont implantées dans les zones de Diourbel et de Tambacounda, mais on n'en relève aucune autre ailleurs dans le pays.

(1996, p.20-21) note, à partir du dépouillement des données relatives aux quelques 260 ONG recensées en 1993 par le ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, qu'il ne semble pas y avoir « une concentration des ONG dans les régions réputées les plus pauvres du Sénégal » sachant que « Dakar et Thiès renfermeraient près de la moitié des organisations ». Dans le même temps, force est de constater que l'intégration de petites structures associatives dans la liste des organisations impliquées dans la lutte contre le sida ne se traduit pas à proprement parler par un renversement de la tendance à la concentration dans la capitale du pays et ses environs. De plus, du point de vue de l'infection à VIH pour laquelle les mouvements de population sont considérés comme un facteur de diffusion, on peut noter que certaines zones telles que Kaolack, principal nœud routier du pays, sont mieux couvertes par l'action non gouvernementale que d'autres, en particulier la région du Fleuve Sénégal, au nord du pays, où les migrations sont pourtant importantes. Pour certaines des personnes que nous avons pu rencontrer, il s'agit là de l'un des effets de ce qu'elles considèrent comme une « balkanisation » de l'aide en matière de lutte contre le sida au Sénégal : elles désignent par là le fait que les différents bailleurs de fonds (USAID, PNUD, coopération canadienne, communauté européenne, GTZ, *etc.*) aient chacun des zones d'intervention particulières, découpage de l'espace national qui résulterait de leurs stratégies globales d'action dans les divers domaines où ils opèrent mais aussi d'une répartition décidée par l'État sénégalais *via* le CNLS – répartition qui, sous-entendent les personnes rencontrées, aurait eu tendance à accentuer un état de fait en y faisant interférer certaines priorités politiques plutôt que de permettre un véritable rééquilibrage. Dans ce cadre, le terme de « balkanisation » évoque notamment la difficulté de certaines ONG à conduire à bien des projets d'envergure nationale dès lors qu'elles dépendent trop strictement d'une seule source de financement (cas par exemple d'ACI dont les actions en matière de lutte contre le sida sont financées presque exclusivement par AIDSCAP) ; et si l'on ne peut totalement réfuter la notion de « balkanisation » dans la mesure où il y a disparité spatiale des actions selon l'organisme de coopération intervenant, on ne peut occulter la nécessité dans laquelle se trouve l'État sénégalais d'établir certaines règles du jeu dans l'acheminement des financements extérieurs, la procédure d'attribution de fonds et de secteurs d'intervention étant au demeurant ouverte à la discussion entre intervenants par le biais du Comité de sélection des projets réunissant des représentants du CNLS et des bailleurs ainsi qu'un représentant des ONG. Reste que l'on ne peut manquer de rapprocher la relative sous représentation de la région du Fleuve dans les actions non gouvernementales et le fait qu'aucun site sentinelle n'ait été établi par le CNLS dans cette région<sup>1</sup>, rapprochement d'autant plus troublant que certains acteurs de la lutte contre le sida s'interrogent, précisément, sur la représentativité réelle de la surveillance sentinelle en l'absence d'études générales de la séroprévalence dans le pays...

De fait, le développement du secteur non gouvernemental, tout en prenant appui sur certaines dynamiques locales, se structure en partie selon les directives des organes internationaux et aussi nationaux, desquels émanent ou par lesquels transitent les fonds destinés aux interventions. Ce mode de fonctionnement limite d'autant la capacité des ONG – capacité qui serait pourtant l'une de leurs caractéristiques – d'inscrire leurs actions dans les interstices ou les « manques » des politiques publiques en vue d'infléchir, voire de « corriger », leurs effets, et ce y compris lorsqu'elles peuvent se prévaloir de ne toucher aucune subvention directe de l'État dans le territoire duquel elles interviennent. Cette forme de dépendance est également

1 Depuis 1989, les sites sentinelles sont établis à Dakar, Thiès, Mbour, Kaolack et Ziguinchor.

perceptible au niveau du contenu des activités conduites par les organisations non gouvernementales. Cette analyse de contenu sera construite à partir des données du Répertoire de l'ACI ; recensant 148 structures non gouvernementales, ce Répertoire est en effet la seule source à tenter de préciser systématiquement le type d'activités menées par chaque organisation (sans pour autant que soit mentionnée la date où ont commencé les actions en matière de lutte contre le sida)<sup>1</sup>.

### *Et une intégration de fait aux priorités d'intervention définies par le CNLS et les bailleurs*

Au niveau des 148 structures non gouvernementales recensées par ACI, une première constatation s'impose : les trois quarts d'entre elles déclarent faire de l'IEC / sida tandis que moins de 15% inscrivent à leur actif un travail de counselling et/ou de prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH. De telles proportions indiquent une tendance qui s'intègre, de fait, à la priorité donnée par le CNLS à la prévention. Cette orientation prend pour argument le faible taux de séroprévalence du VIH qu'il s'agit de préserver ; dans cette perspective, le CNLS a intégré très tôt le programme de lutte contre les MST au PNLS ; il a également affirmé son souci d'engager une réflexion sur le contenu des messages de prévention à diffuser dans la population générale en vue d'une meilleure acceptation de ceux-ci (en particulier en concertation avec les autorités religieuses) ; par contre, le CNLS a volontairement initié plus tardivement (milieu des années 1990) une politique de « marketing social » des préservatifs, politique qui, au demeurant, prend certaines distances avec les programmes déjà en œuvre dans d'autres pays. On sait aussi que les différents bailleurs de fonds ont longtemps soutenu les actions de prévention au détriment de la prise en charge des séropositifs et malades du sida. Encore aujourd'hui, l'une des responsables de AIDSCAP (" AIDS control and prevention ") au Sénégal, programme financé par l'USAID, peut expliquer (comme elle l'a fait au cours d'un entretien avec nous) que la prise en charge n'est « pas une priorité » du programme, étant donné le contexte sérologique du Sénégal et sachant, d'une part, que les activités de prise en charge nécessitent des fonds plus importants que la prévention et posent avec acuité le problème de la continuité des actions et de la pérennisation des projets, et que, d'autre part, l'USAID n'assure pas le financement de médicament...

Dans ce contexte, les principales ONG aujourd'hui reconnues dans le domaine de la lutte contre le sida et, à ce titre, vues comme des partenaires aussi bien par le CNLS que par les bailleurs de fonds, ont elles-mêmes essentiellement développé des activités de prévention. Schématiquement, celles pour qui cette spécialisation est exclusive semblent être celles qui ont acquis leur " visibilité " actuelle par le seul biais de la lutte contre le sida, étant sans doute d'autant plus dépendantes des orientations globales données à ce champ par les structures occupant une position de régulation ; *a contrario*, les quelques-unes ayant développé, parallèlement à des activités prédominantes de prévention, certains projets de counselling et/ou de prise en charge, soit elles-mêmes, soit par le soutien à des associations qu'elles ont contribué à créer, paraissent être celles qui, soit disposaient d'un large capital relationnel, construit antérieurement à leur implication dans la lutte contre le sida, soit ont construit leur

<sup>1</sup> Il repose sur les réponses données par les organisations à un questionnaire. réponses en grande partie reproduite dans le Répertoire proprement dit : le fait que les index de ce Répertoire traitent ensuite ces réponses par mots-clés ne va pas sans accentuer la " standardisation " de la présentation des activités ni sans quelques réductions par rapport aux activités effectivement menées.

légitimité d'intervention en prenant appui sur le registre proprement médical. Reste qu'aucune n'a entrepris d'action dans le domaine du dépistage, celui-ci étant exclusivement effectué dans des structures médicales étatiques.

D'un point de vue global, il est notable que l'ANCS qui se veut pourtant, vis-à-vis du CNLS, un canal alternatif d'attribution de fonds en faveur d'une plus grande implication du secteur dit « communautaire » affecte 70% des subventions qu'elle accorde à des activités d'IEC, ne réservant que 30% de ses financements à des projets touchant au counselling et à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH. De fait, parmi les 45 organisations du Répertoire de l'ACI déclarant ne faire, dans le cadre de la lutte contre le sida, que des activités d'IEC, plus de la moitié est constituée par de petites structures telles que des associations de jeunes du type ASC ou amicales de quartier, des associations locales de développement ou des associations de femmes. L'IEC peut s'entendre là comme l'organisation de « causeries », de « thés-débats » ou d'animations au cours desquelles est abordée la question du sida, c'est-à-dire des activités ponctuelles d'information ne nécessitant pas la mobilisation d'importants moyens et ne paraissant pas exiger de leurs initiateurs la mobilisation de compétences spécifiques. Cette forme d'investissement dans la lutte contre le sida est encouragée par différents programmes internationaux ayant privilégié les actions de sensibilisation au niveau « micro-local ». Force est de constater qu'existent aussi de nombreux relais à ces programmes : parmi les 148 organisations répertoriées par ACI, la moitié déclarent faire de la formation en IEC et près d'un quart mettent à leur actif la conception de programmes de formation et de matériel de sensibilisation. Signes d'une décentralisation active, ces chiffres ouvrent la question de la cohérence des interventions.

En effet, bien que les acteurs non gouvernementaux, le CNLS et les bailleurs de fonds internationaux aient un même domaine d'intervention prioritaire, l'IEC, ils ne développent pas nécessairement une approche identique. Certes, observe-t-on un consensus autour de la diffusion du message « abstinence, fidélité, préservatif » promu officiellement par le CNLS, mais celui-ci donne lieu à des adaptations et interprétations diverses, notamment pour ce qui touche à l'utilisation des préservatifs en relation avec les obédiences religieuses des intervenants comme avec les assignations socio-morales prévalant dans l'identification des « groupes cibles » justifiant les interventions. De même, coexistent différents modules de formation et de sensibilisation, depuis la diffusion d'informations strictement médicales, largement déconnectées du quotidien, jusqu'à la mise en œuvre de jeux de rôle visant à une prise de conscience « émotionnelle » de la réalité de l'infection à VIH. Il conviendrait, ce qui n'a pu être conduit à bien dans le cadre de notre travail, d'analyser plus précisément, d'une part, le contenu des différents modules, leurs différences, comme aussi les influences de ceux conçus par de grandes structures tant au niveau national (par exemple ceux du service ministériel d'éducation pour la santé ou ceux de l'ONG ENDA-santé) qu'international ; d'autre part, les effets possibles d'une telle pluralité et comment celle-ci est perçue par les récepteurs des messages et les agents en formation ; enfin, les évolutions des modules de formation et des matériels de sensibilisation.

L'orientation prioritaire vers les actions de prévention peut apparaître comme l'une des limites actuelles de « l'intégration de la lutte contre le sida » revendiquée comme un acquis de l'engagement non gouvernemental au Sénégal. On peut le constater en creux : c'est au sein de la vingtaine d'ONG, associations et réseaux spécifiquement " anti-sida " figurant dans le



Répertoire de l'ACI que l'on trouve la plus forte proportion de structures (près des deux tiers d'entre elles) s'impliquant dans des activités de counselling et/ou de prise en charge ou déclarant être en mesure d'y apporter un soutien ; de même, près de la moitié des structures engagées dans ce type d'activité est constituée par des associations de personnes vivant avec le VIH et des organisations liées au milieu médical ou paramédical. Parmi ces dernières, certaines sont en fait liées, par les personnalités qui sont à leur tête, aux cellules " clinique " et " counselling " du PNLS lui-même. Par ailleurs, on ne peut occulter les difficultés de mobilisation des personnes vivant avec le VIH.

#### *Une expérience particulière de prévention associant des actions de soutien psychosocial*

Une expérience originale d'activités de lutte contre le sida intégrant prévention et soutien psychosocial est représentée par l'ONG Sida Service. Née en 1993, elle est aujourd'hui l'une des références en matière d'accompagnement des malades du sida au Sénégal. Signe particulier, dans un pays majoritairement musulman où le PNLS a privilégié la négociation du message de prévention avec les milieux religieux, participant de fait à la promotion d'une ONG musulmane telle que Jamra, Sida Service est, pour sa part, une organisation d'obédience catholique. Signe particulier, certes, mais surtout significatif : c'est notamment en prenant appui sur l'Association des postes de santé privés catholiques du Sénégal qu'elle s'est constituée ; or, au début des années quatre-vingts, il était estimé que 25 à 30% des prestations de santé primaire au Sénégal étaient assurés par des formations sanitaires catholiques (cf. Berche, 1985 : 87). Partant de ces liens avec le milieu sanitaire, les fondateurs de Sida Service ont pu développer à la fois des actions de prévention en direction de la " population générale " et des activités de formation auprès d'agents des postes de santé. C'est aussi par le biais des structures scolaires catholiques qu'elle a initié ses campagnes de prévention en direction des jeunes. Forte de ses expériences propres et des possibilités de sensibilisation de la hiérarchie catholique qu'elle représentait, Sida Service est devenu l'un des partenaires du PNLS et des bailleurs de fonds et, a pu, en tant que tel, bénéficier d'appuis, y compris en matière de formation de ses propres membres.

#### *La délicate mobilisation des personnes vivant avec le VIH*

La césure opérée entre prévention et prise en charge mais sans doute aussi le discours médico-moral ou médico-religieux développé par le PNLS et assez largement repris par le milieu non gouvernemental n'ont guère favorisé, au Sénégal, la mobilisation des personnes vivant avec le VIH. Rattachées à des structures médicales ou à des ONG, les associations de personnes atteintes bénéficient d'une faible autonomie, caractéristique accentuée par leur encadrement par des personnels para-médicaux<sup>1</sup>. Certes, au cours des années 1996 et 1997, de nouvelles associations ont vu le jour, mais elles sont davantage nées de dissensions internes liées à l'accès et au partage des ressources que d'une dynamique de mobilisation en faveur d'un nouveau positionnement de ces associations vis-à-vis des différents acteurs de la lutte contre le sida. Certes, un Réseau National des personnes vivant avec le VIH a été constitué en octobre 1997 mais sa création semble avoir été fortement sollicitée par le PNLS dans la perspective de la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida en Afrique tenue à Abidjan en décembre de la même année et dans un contexte de négociations avec les agences internationales pour l'accès

<sup>1</sup> Voir le texte de K. Cissé-Wone dans ce rapport.

aux traitements antirétroviraux. De fait, ce Réseau, courant 1998, n'avait toujours pas à proprement parler de plan d'action. De plus, les questions abordées lors de différentes réunions, paraissaient davantage répondre aux soucis des partenaires institutionnels du réseau, voire reproduire leurs discours, plutôt qu'exprimer une parole véritablement autonome ; significativement, le compte-rendu d'une réunion du réseau le 18 mai 1998 évoque ainsi « la moralisation crédibilisation des associations de PVVIH », les questions de morale étant effectivement récurrentes dès lors qu'il est question des personnes vivant avec le VIH et de leurs associations au Sénégal, faute d'une prise en compte des conditions réelles dans lesquelles ces personnes ont été amenées à assumer leur séropositivité dans un cadre associatif et de leurs conditions quotidiennes de vie ou de survie.

Plus largement, force est de constater que l'implication de différentes ONG et associations dans le counselling et la prise en charge ne signifie pas nécessairement, de leur part, rupture avec les représentations stigmatisantes associées au sida, du moins avec l'identification officielle de « groupes à risque » en tant que « groupes de transmission » : dans le Répertoire de l'ACI, si les associations de personnes vivant avec le VIH et certaines organisations médicales définissent leurs « cibles » en des termes neutres ou très généraux, un nombre non négligeable a recours à des catégories telles que « prostituées » et « transporteurs », comme le font aussi d'autres ONG « anti-sida », reproduisant là ce qui tend à s'imposer comme des « mots clés » de toute action « légitime » en matière de lutte contre le sida. L'utilisation récurrente de tels « mots clés », dont fait également partie le sigle « IEC », dans le descriptif que donne chaque structure de ses actions dans des rapports d'activités ou des demandes de financement, renvoie à la nomenclature désormais officielle à laquelle se conforment les acteurs pour faire reconnaître leurs actions ; or cette forme d'accès à la reconnaissance, en tendant à uniformiser les diverses initiatives pouvant prendre corps localement pour les comptabiliser à l'actif de quelques schémas-types dont l'efficacité relève du postulat, a contribué du même coup à évacuer les questions d'évaluation des interventions qui commencent seulement aujourd'hui à être posées au Sénégal...

### *Les problèmes d'évaluation*

Dans le domaine de la prévention, ONG et bailleurs ont généralement recours à des évaluations comptables des actions menées : nombre de relais formés, nombre de personnes sensibilisées lors d'animations. Or il s'agit là d'évaluations ponctuelles. Certaines organisations tentent aujourd'hui d'assurer le suivi de leurs actions, constatant, d'une part, qu'une formation de quelques jours ne peut permettre à une « personne relais » de faire face à toutes les questions et situations auxquelles elle est confrontée et, d'autre part, qu'une sensibilisation, même « communautaire », n'impulse pas nécessairement des réponses collectives aux problèmes posés par le sida ni des changements de comportements individuels. Ainsi, tandis que ENDA anime un « forum des relais » comprenant la tenue de réunions et l'échange d'informations, ACI a initié depuis 1996 une formule « pôles d'excellence » pour « le renforcement des capacités de structures qui se sont déjà distinguées par leur engagement en matière de lutte contre le sida »<sup>1</sup> grâce au recrutement de quelques jeunes assurant le suivi de ces structures et la liaison avec ACI pour leurs besoins en matériel IEC et en formation. Un tel suivi ne semble pas (encore) de mise dans le domaine de la prise en charge, de grandes disparités pouvant

---

<sup>1</sup> ACI, *Présentation de Africa Consultants International et son département santé*, Dakar, 1998 : 11.

ainsi exister entre le counselling tel qu'il est conçu dans les formations et celui effectivement pratiqué par certaines ONG ou associations sur le terrain (pouvant se réduire à " donner des conseils " dans certains cas).

D'un point de vue global, on ne peut manquer de constater que les différentes structures non gouvernementales répertoriées dans les différentes recensions ont des implications très variables dans le domaine du sida, sans que puisse être déterminé le degré d'efficacité de tel ou tel type d'implication (" intégrée " ou spécialisée). Et si les différentes activités de lutte contre le sida peuvent recouvrir, au-delà de leur apparente standardisation, des pratiques et des discours divers, ceux-ci semblent difficilement s'extraire du cadre préventif médico-religieux impulsé par le PNLS au Sénégal.

### Références bibliographiques

Africa Consultants International (ACI) – Résédoc Sida

1997 *Répertoire de ONG, OCB et associations intervenant dans le domaine du VIH/sida au Sénégal*, Dakar, ACI, dactyl.

Bagde E., Engelberg G. et Sarr F.

1997 *Longue quête d'un dialogue. L'expérience du Projet AIDSCAP au Sénégal dans l'implication des leaders d'opinion dans la lutte contre le sida*, Dakar, ACI.

Berche T.

1985 " A propos d'une ONG de développement sanitaire : l'église catholique en Afrique et les soins de santé primaires ", *Sciences Sociales et Santé*, III(3-4) : 85-103.

Blundo G.

1995 " Les courtiers du développement en milieu rural sénégalais ", *Cahiers d'Études Africaines*, 137, pp.73-99.

Dramé H.

1998 " Les courtiers de développement entre ONG et organisations paysannes. Le cas de la Casamance (Sénégal) ", dans J.-P. Deler *et al.*, *ONG et développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala, pp.215-226.

Diop M. C.

1996 *La lutte contre la pauvreté à Dakar. Vers la définition d'une politique municipale*, Accra, Programme de Gestion Urbaine (Bureau régional), 195 p.

Diop W.

1996 *Reprendre l'initiative. Un argumentaire sur la responsabilité des organisations communautaires dans la prise en charge des MST*, Dakar, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, 19 p.

Diop M. C. et Diouf M.

1994 *Le Sénégal sous Abdou Dionf*, Paris, Karthala.

Lecomte B. J.

1998 " Une micro-histoire associative dans une macro-histoire nationale. L'Amicale du Walo au Sénégal ", dans J.-P. Deler *et al.*, *ONG et développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala, pp.157-166.



**GENDER, HEALTH AND DEVELOPMENT ISSUES :**  
**THE PLACE OF WOMEN GNOS IN AIDS PREVENTION AND CONTROL**  
**IN KISUMU, NYANZA PROVINCE, KENYA**

Carolyn WANJA NJUE

Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33342 Ex :

**Introduction**

Over the past few years, the incidence of AIDS in Kenya has been on the increase, particularly in major urban centres such as Nairobi, Kisumu, Mombasa, Eldoret, Nyeri, and Nakuru (*cf.* Obudho & Awino, 1992). According to the Kenya National AIDS control Programme (NACP, Sentinel surveillance report), the total cumulative reported AIDS cases in Kenya as of April, 1991 were 17,260 out of which 10,426 were male and 6,834 were female. In 1993, it is estimated that there were about 760,000 people infected with HIV. This includes about 730,000 adults and 30,000 children. The peak ages for AIDS cases is 25-34 for both men and women, indicating that infection occurs during adolescence and early adulthood (*cf.* NACP, 1996).

The adult HIV prevalence was 3.5% in 1990, 4.5% in 1991, 5.3% in 1992, 5.7% in 1993, 7% in 1995 ; with a 13-14% in urban areas and in Kisumu prevalence was quite high estimated at 30%. There are currently over 1.2 million estimated infections in Kenya, although many cases are said to remain unreported and many people do not know their sero-status. The epidemic continues to be powerful and dynamic ; evolving with changing and unpredictable patterns in the communities (*cf.* AIDSCAP/FHI, 1996). This has led to the recognition of the AIDS epidemic as a national dilemma hence its inclusion in the 8th National Development Plan of 1996 to 2000 and in the 6th edition of the District Development Plans, 1996. The Sessional Paper No. 4 of 1997 confirms further the Government of Kenya's commitment in containing the epidemic through the policy direction and implementation (*cf.* Min. of Health, 1997).

Kisumu is Kenya's third largest town. It lies on the shores of Lake Victoria, in Nyanza province. The topographical conditions of Kisumu are not favorable ; the northern part is covered by the lake and swamps, and in the lake shore areas there is a sharp decline of rainfall, usually unpredictable and variable. Due to this, the area is compounded by various problems, some of them directly related and others indirectly, which have greatly affected the people's social welfare. These include inadequate food security, chronic safe water shortages, high levels of malnutrition (ranging between 30-45%), endemic poverty, poor environmental sanitation, increased rate of communicable diseases, poor access to health facilities, high prevalence of illiteracy (particularly among women 30%) and high infant and child mortality



rate estimated at 123 and 199 per 1,000 live-births respectively and this is said to be higher in slums (*cf.* Gov. of Kenya, 1995).

In addition to all these social problems, the National AIDS/STDs Control Programme (NACOP), 1989, showed that Nyanza province had the second highest rate of HIV prevalence in Kenya. Results also from HIV screening of 4,481 in-patients at the Nyanza provincial Hospital showed 1,088 or 24.3% sero-positivity for HIV. Of this, 47% were males and 53% females. The Kenya National AIDS Control Programme (NACP), 1995, surveillance data showed that Nyanza province had 112,166 cases (15+) and out of that Kisumu had 74,060 cases. In the same year, it also indicated that 23.7% of pregnant women attending ante-natal clinics in Kisumu had tested positive and in certain areas of Kisumu, HIV/AIDS had reached alarming proportions, where prevalence was said to be about 50%.

Countrywide the prevalence rates had lowered by October, 1997. However, NACP showed that Nyanza province (which comprises of 4 districts: South Nyanza, Kisumu, Siaya and Kisii) had now the highest number of HIV/AIDS cases (12,284); followed by Coast province with 10,296 cases; Eastern province with 9,723 cases; Rift Valley province with 9,302 cases; Nairobi province, with 8,959 cases; Western province with 4,121 cases and North Eastern province with 282 cases. Mombasa, Kisumu, South Nyanza and Nakuru were now cited as areas with highest prevalence rates in Kenya (*cf.* NACP, 1997).

According to the Kisumu District Development Plan (1995), the major cause for the increased spread of the disease in the district remains unprotected sex with infected persons. The spread of AIDS can further be attributed to practices such as widow or widower inheritance, sexual cleansing, polygamy, post-partum relations, extra-marital but discrete sexual networking systems of accepting relationships between females and males before marriage, multiple sexual partnerships, cultural definitions of maleness, high levels of illiteracy. High levels of untreated STDs which compound female vulnerability to the infection have also been identified as being responsible for the HIV spread.

In addition, Kisumu is a major stop along the trucking line to Uganda and Tanzania and is frequently used by the long distance truck drivers and travellers. According to Brokensha (1988), these truck drivers have been known to spread the HIV virus into Kenya, especially from Uganda and Tanzania. And by virtue of its position; being along these two borders, Kisumu has been highly affected by the epidemic, and cross-border migrations can be cited as a relevant attribute.

The town also has so much to offer in terms of business and relaxation; it is the centre of various commercial activities, industries and employment; has numerous night spots, discos, bars and other socially tempting venues and as such the town has attracted a great deal of tourists, migrants, businessmen, visitors and consequently, sex workers. Some of the parts, for instance, Nyalenda, Obunga and Kondole are densely populated and social interaction, coupled with poverty and low educational levels leading to unemployment is a fertile ground for commercial sex work.

The peri-urban and rural areas for their part are deeply entrenched in their cultural beliefs and practices ; some of which are harmful and tend to spread HIV unnoticed. A combination of the traditional and modern practices is what one would call a culturally-propelled and urban-propelled life ; with both contributing to the spread of HIV/AIDS in Kisumu (*cf.* Ocholla, 1995). Majority of the residents are Luo, and ethnic attributes are still associated with ethnic loyalties and therefore their culture is an attribute relevant to the research question. Institutions such as the extended family and the attitude patterns associated with them, have severally been blamed for the increase in the number of HIV cases and the general lack of dynamism in society.

Poverty and its series of inter-related problems is a major problem in Kisumu and in Kenya as a whole. According to the Kenya Poverty Assessment (March 1995), 30% of the population were below the poverty line. Ownership of land is a critical factor. Married women enjoy usufructuary rights to land but widowhood brings uncertainty and upon separation, many assets including land becomes the sole property of the man. A third of the homesteads are female-headed and as many as 60% of them have no male support. Being destitute most of these women often migrate to urban slums where they try to earn an income. Lack of education or little education is another factor. Girls are as likely to enrol in primary schools as boys but drop or are pulled out more often. The main economic opportunities available for them include housework, selling vegetables, food stuffs, secondhand clothes or illegal brew (*changaa*), which provides little income. For some, the temptation is to enter into selling sex in order to have a better economic life.

The people of Luo, Kisumu are trapped and this has left them vulnerable especially in health and development issues. They cannot cope because many important decisions which directly affect their lives are made outside the area. For example, the Lake Victoria fishermen have little say in the marketing of their catch, the sugar farmer is at the mercy of the unreliable factories and the cotton industry is virtually dead because the farmer has no say over pricing. The people must be empowered to develop new coping strategies because the old ones have clearly failed e.g. in decision-making, who decides for whom? NGOs, politicians, administrators and interest groups need to establish the real needs of the community and work on the creative response to challenges of their social reality and augment their trickle-down effect assumption, which in practice is found to be minimal and wanting.

#### **Position of women as a risk factor for STDs/HIV/AIDS**

The manner in which health is perceived, defined, experienced and practiced by society is largely a gender question. To address the issue of women's sexual behavior underscores the call for an investigation of the AIDS-related health knowledge possessed by the society. For a proper grasp of the problem, focus was directed at the perceptions of women in relation to the frustrating socio-cultural, physical and economic environments. How has this situation, especially in light of the lack of barriers or other options that women can use and control, predisposed them to the risk of HIV infection? Is this risk due to conservative or modernistic values or is it a combination of both?

HIV/AIDS prevalence in Kisumu is still increasing among women. Poverty and social inequality still prevail. According to statistics, a third of the households are female-headed. However, the definition of a female-headed household is not clear ; but was assumed that the household is female-headed when a woman has no husband or has a husband residing in a different place from her. As the epidemic continues to rise, it continues to evolve among those who are at the highest risk i.e. women. Thus HIV/AIDS affects the disenfranchised and poor. However, awareness of AIDS (over 96%), was essentially universal in this population ; but the actual knowledge of AIDS appeared to be lacking since 32% of the respondents associated the disease with other forms of " curses " such as *chira*<sup>1</sup>.

The question of power relations within general relations is very central to the Luo, and all this stem from the differing social construction of male and female sexuality. This forms the basis for prevalent double standards in the Luo society with regard to reproductive issues, inside and outside marriage and continues to put the women at risk of STDs and HIV infection. To begin with, male dominance still pervades the structural framework ; men are the acknowledged heads of household. Men own the land and women only get access to land through marriage. The Luo in Kisumu, do not think that females have a lower reasoning capacity, but rather that a man's main superior position is due to his physical attributes ; they do not seem to give women the recognition that they deserve in society, such as in making decisions that affect their " health and their daily life ". As such, their social relationships are emphasised on the concept of " hierarchical relations " based mainly on age and other status positions, with women and children at the bottom.

For the married woman, there is inequality in power negotiations. The male dominance and the cultural expectation of a " good wife to be submissive " leads to subordination and sexual coercion by her husband. Although she may suspect or even know that he is engaged in risky behavior, she will not dare question him in this regard. This is even worse for the women in the slums because of the education and formational background of their husbands. In this situation of struggle for survival and in fear of being infected with HIV/AIDS, these women are reduced to a state of desperation. Those infected hide their illness for fear of being known, for fear of being judged morally " bad " women and for fear of rejection and abandonment by family, friends and ethnic community- who in many cases, will support the man and blame the woman even though she may be infected by her husband.

The single woman does not have it any easier. In case of infection, she is not accepted by her neighbors and is seen as a " morally bad woman " who deserves her fate. These women are stigmatized, and have the additional worry and anxiety about how these actions of people will affect their children. In any case, whether infected or not, the face of AIDS is too cruel for these women. Their mental anguish is endless.

---

<sup>1</sup> In Luo traditional set-ups, whenever somebody died of a disease which could not be explained it was referred to as witchcraft or the taboo disease 'chira,' a traditional curse that befell community members who do socially unacceptable deeds, resulting in extreme loss of weight and suffering from medically undiagnosable ailments such as skin conditions like rashes and finally dying. Only a witchdoctor/herbalist with an antidote could cure it. It has in many occasions been confused with HIV/AIDS symptoms.



Cultural beliefs such as sexual cleansing<sup>1</sup>, widow/widower inheritance<sup>2</sup> and practices such as polygamous unions, serial<sup>3</sup> and levirate<sup>4</sup> marriages, multiple sex partnerships are cited as a big handicap to the prevention of HIV/AIDS and a major factor to women's feeling of helplessness. However, these practices do not actually pose any danger, but the rituals and marital demands that go along with it and especially assuming that any of the new partners could have the virus, or the widow/widower is infected. The women argue that in most occasions, it is the husbands or partners who bring such a disease to the homes. This, however, is not to suggest that women do not affect men, they do.

In addition, societal norms, dependence on men for financial and material support and fear of a violent response has influenced their inability to insist on safer sex practices e.g. condom use and many of these women do not believe that they have the right to do so. Some of these women after considering all odds, including the future of her children, arrive at a compromise decision that " as long as the partner or husband provides for her and the children, they do not care what he does out there ".

The spread of modern methods of contraception is a major factor for change in the position of women. However, from the study findings, only (198) 20.6% women said they used family planning, (693) 72.2% said they did not use any method to prevent or delay pregnancy, while (68) 7.1% were pregnant. This figure is low and the very possibility of effective birth control gives women the prospect of greater power over their futures, which these women do not seem to practice — either due to ignorance or lack of decision making power. In addition, the fact that majority of the women had started coitus quite early, they were not using any protective measures against STDs/HIV infection, and are involved with several partners, indicate that the fight against AIDS is far from being won.

Limited economic options and need for money has forced the women into a cycle of dependency, placing them at risk and where their ability to free themselves from their dependent role is further reduced by the day to day reality of coping with the societal norms. For example, sex workers (CSWs) interviewed, point to men when asked how and why they entered the profession. Fathers did not allow them to go to school, or had to drop out, or forced to marry against their wishes. Husbands beat them, deserted them or died, leaving them with the children, *etc.* Of 300 CSWs, 83.3% cited lack of money as their main reason for sex work, which in essence is also their main source of income.

---

1 a ritualistic cleansing, whereby a spouse of the dead has sex with a family member in order to be cleansed or freed of the evil spirit of the deceased. In some cases a man is specifically hired and handsomely rewarded to perform the ritual, loosely referred to as 'chodo kola' in Luo. Some of the men have specialised in this practice and end up performing the ritual on several widows and may lead the 'chord cutter' picking the virus and distributing it to all the subsequent widows he sleeps with or vice versa.

2 Widow inheritance was reported as a type of accepted marital system. Upon the husband's death the wife is usually inherited by a brother-in-law or a close relative to maintain the widow within the family, to limit her sexual movements and thus bringing into the family children of unknown origin and to continue the lineage of her husband by getting children, in case they had not by the time of husband's death, who automatically are considered to be the deceased's and are accorded the right of property inheritance.

3 participation in a sequence of regular partnerships or unions.

4 is where the parents of a dead wife, offers a sister of the deceased to the husband as his wife in 'replacement' of the dead one, to take care of the sister's children and to play the role of wife to the man, also termed as 'widower inheritance.'

In order to stay competitive with other CSWs and to maintain, attract and please more customers they go to great lengths to achieve this, such as unprotected sex and application of special herbs and other agents to tighten and dry the vagina, not knowing that this causes vaginal erosion and tears within, offering easy access for the virus to enter the blood stream. Many do not have enough power to exercise caution, are exposed and are vulnerable to sexual exploitation, manipulation and oppression. Condom use revealed that only 38.4% used condoms on all their clients ; 14.7% on most, 9.5% on about half, 3.9% on a minority and 33.7% said they did not use condoms.

On the other hand, many of these women are shielded from rapid change in urban areas than their husbands are. First of all, discrimination in education means a considerable educational gap between most spouses. Second, women, tied as they are to the home because of child rearing and household chores, tend to be more restricted to their neighborhood than men. This is especially true if they have no occupational or other roles outside the neighborhood. Finally, the interchange between spouses that might compensate for unequal exposure to change tends to be limited. The husband and wife spend little leisure time together, even in elite families ; because they are separated for long periods or days by work.

Lastly, the overall inequality between the sexes would seem to stand in the way of conjugal equality. Reasons- the statuses assigned to men and women in the society at large presumably have a bearing on their relative position within the family. Educated men usually marry women with less or no formal education and the general theme of male dominance is reinforced by the fact that most women get married quite young to men who are several years their elders. Unless these women are offered some solution to the underlying problem, warnings about the risks involved, other than by increasing women's anxiety about HIV, will not in themselves lead to any actual reduction in the risk.

Part of the challenge in Kisumu today is what can be done to stimulate community active participation in health decision-making while they remain true to their cultural and environmental needs. What practical methods, tools and incentives can these NGOs evolve to address these needs ? What methods should these NGOs adopt to accerelate community and individual attitudinal change towards condom use, care for PLWH/As, and health care in general.

### **The place of Women NGOs in the fight against AIDS**

There are numerous registered NGOs and CBOS working within Kisumu Municipality (KM), some of their projects are mainly or only for women ; others include various categories of people, but show an awareness of gender issues. The women NGOs have an important and on-going role to play in spearheading the AIDS fight. They are recognized for their leading role in promoting the empowerment of women in the field of family planning, sexual and reproductive health and to advocate on issues that directly affect women such as unsafe abortion, teenage pregnancy, risks of STDS/AIDS, violence against women, couple relationships, family planning, infertility and female genital mutilation among others. And the field experience acquired through their community managing roles, create the right profile for their work.

The NGOs/CBOs are involved in various aspects of HIV/AIDS work in Kisumu such as IEC and awareness creation, condom promotion, advocacy, IGA, research and education. They further deal with adequate training programmes and training support materials, empowerment of women by providing relevant training and extension advice, strengthening of traditional coping mechanisms and the promotion of cost-effective survivor assistance programmes for orphans, widows/widowers and community. Each of these organizations share in common the fact that they are largely supported financially by local and outside donors.

They aim at building self-sustaining grassroots rural organizations by promoting groups of the rural poor and by influencing service delivery agencies to direct more of their resources through these organizations to the poor. This is meant to help groups reach a point of self-sustainability and no longer require special assistance from the mother NGO. On the other hand, the women in the community have organized themselves into a variety of groups (women NGOs, market associations, advocacy and religious bodies). These have provided a rich source of ideas and models for action, and show just how much women can and are achieving at the grassroots in terms of political aspirations, health and material needs.

Before tackling this, we need to know a little about the activities of women's groups. Do women have to act as a group to be recognized and what are the reasons that draw them together? Does participation of such organizations in HAPAC<sup>1</sup> activities and gender issues enabled these women to change prevailing patterns of decision-making or provided them with a power base from where problems affecting them can effectively be tackled, or challenged or are these groups only survival strategies?

I will agree that the great economic transformations which have occurred in Luo society, particularly since the turn of this century, have fundamentally changed the ties women establish among themselves at the local level, outside the closest family and the household. Women groups have adequately played an important role in the development process in Kenya since the mid-1970s and are today seen as development initiatives. The tradition of women groups gives the actions of women a certain legitimacy. These women have joined together unofficially into self-supporting groups, some of which are not registered. Nevertheless, these 'informal groups'<sup>2</sup> have been involved in various activities such as creation of a financial base that the members can resort to at times of difficulties; form a revolving fund (usually called a *merry-go-round*), help in chores, visit ill members and bring little gifts of food or money.

These women groups also act as a forum where the members can converge, identify their common problems or needs and devise strategies for improving their lives. This can be seen in this quotation by Mary, the leader of Magina Kodiem women's group: « If you work alone you can fill your stomach, by working together you can buy thing of value or you can take action against an aspect in your life that is detrimental to your wellbeing ». Emma, a group member, adds that the group has become a source of satisfaction, happiness and given her a

---

<sup>1</sup> HIV/AIDS Prevention and Control

<sup>2</sup> These could either be the numerous unofficial/unregistered women's groups in the area or the traditionally-oriented support networks. These networks fulfil functions which can neither be assumed by hired laborers, nor by men such as helping and taking care of a woman who has given birth, the sick, participating in functions, plastering the house, subsistence production of food crops...etc. work done together with other women.

sense of family. In addition, acting as a group was said to be their first step in fighting for recognition and empowerment.

In this process of change, women's indigenous ways of associating have developed to be associations with government and other "NGO" support. There are currently about 300 registered women groups and associations. The organizational structure of these groups is hierarchical (with a chairwoman, a secretary, an accountant etc.), however, a few groups had men leaders. One of the reasons given on why these men are important, in such a women's group, is that the activities of the group often require skills which men have, but which these women seldom possess, e.g. marketing skills and book-keeping. It is unclear to which degree "assisting" husbands also control the income generated through the groups' various activities. However, men, and in particular husbands are sometimes drawn into women's groups.

Their advantage as a registered group, is that they are recognized by the government and other donors and are usually the first to be considered when financial and other support is available. However, due to the large number of associations, not all of them can be supported and many have had to look for their own means of support. For instance, in 1997, about a third of the registered groups in KM benefited during the National Women Trust Fund drive, carried out by the President. This money was disbursed by the local government machinery to women groups in every district to enhance their projects.

This is one way the government and the grassroots population keep in contact and gives them a certain legitimacy. On a national level, this is the ideology of *harambee*<sup>1</sup> meaning *let us unite (in Luo konyir kende)*. Essentially, this ideology states that the individual should place the interest of the community before his or her own, emphasizing the importance of mutual social responsibility (cf. Mbithi & Rasmusson, 1977). The collective nature of Harambee is operationalized in its use of indigenous group forms and principles of mutual self-assistance, giving women the opportunity to unite en masse to initiate "self help" projects.

These groups usually undertake varying activities according to the resource base of the group and/or the level of affluence of the donor. Although membership includes all socio-economic strata within the community, these groups are particularly attractive and useful to women in low-income households. However, a huge number of women still do not participate in any women group. When I asked some of the young women why they did not join any group, they said that they could not raise the money needed for membership, and/or they did not have the time to participate.

Many of these associations have already explored the possibility of using their group support and power as a mechanism to protect themselves from HIV infection and to educate the community. In Kisumu, where AIDS has been the most sensitive and controversial health issue upto today, most of the NGOs have had to integrate it into their activities. Other NGOs have arisen specifically to fight the AIDS threat. For others, community members have had to come together, in friendship and solidarity, for economic gain and to help themselves fight this problem. For instance, a member of Widows group says discussing it among friends has

---

<sup>1</sup> This was a common man's movement which took form with its declaration by the president of Kenya and the publication of Sessional paper No. 10 in 1965.

helped them look for any possibility to face it in a human way, especially how to assist people affected and how to avoid the spreading of the disease.

In regard to economic independence, many groups have assumed more important roles such as acting as lobbies for women empowerment and dealing in local produce and investing their profits in small and large scale business opportunities (such as grinding mills, residential houses, revolving savings-cum-credit systems, kiosks (shops), transport vehicles, fish market, making and marketing handicrafts, clothes, second hand clothes (locally known as *mitumba*), sale of vegetable and other crops). Through these economic opportunities, the group members are able to find a measure of economic independence, as they have a means of earning their livelihood, support their children and this has given many a chance to avoid or discontinue with sexual lifestyles which expose them to infections and even the spread of HIV/AIDS.

In addition, the success of these IGAs has boosted them to provide beneficial activities such as opening day care centres for young orphaned children, where they get meals, clothing and love, they also help families earn more money through giving manual jobs within their group activities. Others have found it very enterprising to create revolving loans, IGAs and investment opportunities for their members, many of whom are affected or infected by the epidemic. For example, these women associations have encouraged self-sustaining activities for widows and sick women, who produce different kinds of hand work: table cloths, pots, mats, blankets for babies etc. They sell their produce to the public and the profits shared among members of group, while a part of it is used to acquire the material needed to continue the production. However, the amount of assistance such groups can provide, is small and limited.

These women NGOs also enable women and community members to share visions and experiences where they can start doing something with their talents e.g. in care, support, counselling skills, time management, changing attitudes and practices, helping affected and infected families, and in home based care. They sometimes perform vocational duties and educational campaigns on volunteer bases. For example, the support groups address the needs of the poor, the single women, the teenage mothers, the widows/widowers, the orphans and PLWA<sup>1</sup> in managing their households under such difficult circumstances. Mainly they are more concerned in immediate and pragmatic concerns affecting each and every household, which stem from the needs and interests of the family. They are offering the members ways to save money, providing access to extra-labor at critical times, and other kinds of support such as funeral arrangements, feeding the family, caring for the sick (nursing care), paying school fees, *etc.*

Other groups act as channels for rural development and social behavior change. The progress of these groups can be seen in how they regularly hold meetings and level of member attendance ; shared leadership and member participation in group decision making ; continuous growth in group savings which indicates profitability of group activity ; high rates of loan repayment ; group problem solving and effective links with development services. However, in many groups, this is far from being achieved.

---

<sup>1</sup> People Living with HIV/AIDS

In addition, these vibrant groups are now the source of radical consciousness, for instance, the sex workers have formed groups which help and teach them the need for resistance to exploitation and exposure to diseases and operate as an "active defense" providing help in situations of insecurity, police harassment, illness, beatings by clients, lovers among others, or addressing gender issues in a male dominated society, or by having revolving funds enabling them start IGAs and by doing this, these women are trying to resist economic dependency on their husbands, partners or commercial sex per se. Some do not think they can leave sex work on their own, but within their small community, those who desire have achieved a degree of control over their professional sexual relations, their finances, and their health. Efforts are ongoing to educate them about the seriousness of diseases like AIDS and the usefulness of safer sex practices.

Other organizations have given priority to the prevention of forced marriages, child prostitution, safer sex campaigns to the general public, among the sex workers and their clients if possible, distribution of free condoms, counselling services, the treatment of STDs and minor ailments through their clinics and media support. This has helped establish a personal rapport with the women and allowed for an exchange of views. For instance, Pandipieri and Social Citizen Centres and other community groups run centres for the street children, orphans, PWAs, single and teenage mothers, some of whom maintain the centres and participate in the schedule of activities. These centres should not only be seen as rehabilitation programs, but as broader development initiatives designed to increase the range of options available to these people. The sense of friendship and solidarity, helps them to protect themselves and each other. They have counseling sessions and informal discussions with members. HIV/AIDS is discussed with other health issues, such as eating the right kinds of food, avoiding illegal drugs such as glue sniffing and alcohol, saying "no" to risks and about why they were sometimes doing dangerous things etc.

Church groups also have a large following, and has been a useful entry point for HAPAC activities. The Kenyan people are very religious, prayer and God are part of the social/cultural fabric of people and to disregard the spiritual in the life of a Kenyan is to deny part of who they are as people. Many of the church leaders are involved in community health education activities, they often broach the sensitive issues of sexuality, morality, cultural practices, promote abstinence and fidelity, anti-abortion campaigns and in giving care (physical, psychological, and spiritual). However, not many churches advocate condom use, most are actually against them. Churches in addition, have targeted their women's groups to receive information about AIDS. For example, catholic women's groups have held seminars where women and AIDS is discussed, especially how women could help others work through grief about AIDS deaths if they or family members had AIDS and how they could help reach the youth and other members of society highly at risk.

Some of these church-based women's groups have already taken upon themselves the initiative of being trained in counseling and support skills for people with AIDS. These church groups provide a safe and acceptable environment for these women to receive information if the messages are not blaming or moralizing. These groups are active, and choose amongst themselves who they think would be of good service to the community (male or female). It is a very democratic system, and the leaders are elected by the church community who respect and trust them. These groups members are not people of high education and are volunteers

who have been chosen by their groups as people with the gifts of relating and caring for the sick, the bereaved and the suffering. They see themselves as people of a calling who are called to serve the sick within the community.

The community representatives and peer educators, meet regularly to plan and monitor preventive activities. They visit community members and it is through their service that they come in contact with people infected and affected. Much of the care of PLWAs occur in the home as most sick people prefer to be in their own homes, with family and friends around. They offer basic counseling i.e. listening, asking questions, supporting, giving advice, encouragement, and helping individuals develop personal prevention action plans, as well as specific questions and concerns about HIV/AIDS.

For example, groups in the Catholic church help individuals, orphans and families living with HIV/AIDS within their parishes, to find significance in life and deal with feelings of loss and grief, through discussions and citations from bible passages that reinforce the counseling messages and in facilitating the caring role of families. It is from this dynamic of faith and service that the christian community-based health programmes have developed. They donate food, clothing and money to the affected families and work jointly with hospitals and MCH/family planning services for referrals, testing, special counseling and medical attention.

The initial contact with patients is usually through the patients seeking out assistance themselves, or through their relatives seeking help from them or maybe a neighbor or friend in the area who knows that the person is sick and needs treatment. The volunteer worker thus becomes more than just a person who physically cares for the patient but in many instances a friend and confidant. These women work together with the social workers, the community health workers and pastoral agents to provide different services. This unified effort is said to be a ministry of hope, reconciliation and healing in congregations and communities through prevention, education and care for persons and families.

In addition, several church groups hold retreats and other marriage enrichment activities, and have served as a cornerstone for various efforts. For example, some church groups have been established as an insurance system for funeral ceremony expenses, and have gradually assumed a larger role in community affairs. Most of the associations hope to generate greater support for its activities from parents and other members of the community. These initiatives have struggled to continue their education and care activities, and some have managed to attract funding. Their aim is to create a forum where community members can talk openly and honestly about problems facing them in relation to HIV/AIDS and how to protect themselves and each other.

The PLWA's groups (made up of both infected and non-infected persons) deals with people with HIV/AIDS, with orphans and with needy people in general. They perform various services which extend to the larger reality of needs encountered, like old people, women and orphans. This has meant a widening of the range of activities: home visits, referral to hospitals of PWAs, condom distribution, health education in families, management of domestic needs, advice to PWAs on the risk of pregnancy, of infection and re-infection, of breast-feeding and alternative milk use, and in the distribution of food stuff. Many of these groups have regular monthly meetings for activities that go from adult literacy courses, handicrafts, sewing

activities, health and religious education, together with recreational activities. The main concern of the orphans support programmes is to share with the guardians the responsibility of the orphans (with funds, food and non-food items, beddings, clothing, and orphans' health condition) and to guide them in the correct use of any funds given to them.

These PLWA's groups also try to emphasize the positive value of the different experiences they all bring to the groups, and allow people to talk freely, without fear of being judged or put down for their beliefs or their actions, past or present. Mrs Okumu, a widow, says that her motivation to join the group came from her awareness that there are other women in the same predicament as herself. In order to help these women to accept their illness, counselors are invited to visit them to deal with their different feelings with regards to AIDS, anger, guilt, shame, and stigmatization. Beside individual counseling, group counseling is offered. Through regular group sessions these women share their problems at a very personal level and give each other mutual support. When a member falls ill and is unable to take care of her children, the other group members take turns to care for the children. By visiting and helping each other the groups has become very cohesive.

Like in all other women groups, they have a revolving fund whereby each member contributes a small sum of money. This money is taken in turns by group members for use and in an attempt to empower them economically the women learn different skills such as handcrafts, knitting, crocheting, pottery and tailoring. Those who have a knowledge of these skills teach the other members. Together they make various items which when sold the profit is shared equally and some money kept aside to buy more materials. The women are also encouraged to share freely their fears about their children's future. They are helped to make plans for their children and encouraged to identify a family member who they feel can be able to care for their children. They are helped to explore possible ways of confiding in their family members who they trust.

Through these group activities the women have become more economically independent and thus have an alternative means of earning to support their children, so that they do not continue with sexual lifestyles which expose them to more infections and even the spread of HIV/AIDS. These initiatives have helped those whose illness prevents them from fulfilling their obligations to their dependents as these have been encouraged to support those who are debilitated by AIDS around household services. And through group interactions these women (and men) have become more assertive and they have become more aware of their own personal worth and potential.

Until recently, these women organizations did not really challenge unequal gender relations, cultural practices and obligations, and health issues but have now made it an issue of discussion. Advocacy and civic groups run educational and awareness campaign about rape, forced marriages, female genital mutilation, wife inheritance rights, protection of children's inheritance, cleansing issues, negotiation of risks and other legal rights, are now prioritized topics. They explore myths and misconceptions around them, with the aim of reducing their incidence, try to educate their members in health seeking behavior, encourage them in cases that they cannot handle and in some cases forward them to relevant authorities. They also invite health and political representatives, and other concerned leaders for group meetings, with the hope that some political will may be created and utilized to resolve the problems.



These women's self-help groups may also be seen here as a form of women's resistance or as a response to their pressed situation and is their only means to stress their priorities in the local community in relation to the government policy toward women ; and shows their desire to change the situation of their lives. However, in those cases where profit is actually generated through the project it is usually reinvested in new activities and only occasionally small amounts of money are distributed among the members of the group. Unless these women 'smell' foul play, most of them continue being members ; sometimes, for the friendship and support and usually, work harder in their various activities, with the hope that things will get better.

The organizations encounter several constraints including political lobbying, legal-ethical domains, financial, logistics (due to lack of special training and supervision), collapsing or mismanagement of the association, lack of project sustainability, psychological attributes and socio-cultural aspects, which lead to a great deal of frustration. Some women groups showed how some leaders exploited them by receiving a disproportionate share of the group savings and diverting these resources intended for a project for their own use. This has created a lot of mistrust, disruption of groups, and dying out of many associations, and with group members leaving and joining other groups.

A few group leaders also felt that when men get the managerial positions in these associations, they take full command and the women do not feel liberated to do exactly what they want to do, or to air their opinions in a relaxed way or to manage their activities as they would want to. They argued that when male domination infiltrates such a group, they are no longer the actual actors or initiators of the projects, and many problems are not well resolved. Such limiting factors greatly prevent them from fully utilizing their potential for a full and effective participation in the national AIDS control programme.

## **Conclusion**

All these support and self-help groups are concurrent with the general fight to get women's issues on the AIDS agenda, and are integrated and co-ordinated with other initiatives, both HIV and non-HIV related. They have formed strong and effective associations for the protection of their social and commercial interests, for the ventilation of their grievances, are a reflection of the mutual aid spirit *harambee* and now act as useful channels of HIV/AIDS prevention and control activities. They have recognized the need and responded by forming their own support groups. They are using their own resources to help meet the emotional and financial needs of the group members, others have even attempted to incorporate the needs of orphans into their programmes.

These women NGOs work closely with the local government leaders i.e. subchiefs, chiefs, department of Culture and Social Services, health department, through their community health and social workers, who all act as important controllers of "local machinery". In addition, politicians, companies and other governmental administrators are involved in women's groups initiatives through various activities such as construction of buildings, holding harambees and giving donations. Generally, these NGOs have, to some degree harnessed

resources as well as mobilized manpower in order to build and strengthen their capacity to deal with social and health problems that affect members of their community.

However, the work of these women NGOs is largely sporadic and many of them have duplicated projects, are catering to too many activities, leading to some of them being overdone and others not being tackled effectively. Very few, if any, organisations are able to include all the necessary facets of HIV prevention and care in their projects. Due to financial constraints some are not able to sustain the projects for long and this dashes the members' hope and many of them have reverted to their old ways e.g. sex workers, local brewers, drug abusers, and street children.

Many also lack the required resources, skills, supplies, equipment and other logistical support needed to effectively mitigate against the rapid spread and development implications of HIV/AIDS. Some of these organizations/groups need to have co-ordinated, long term planning, with a clear vision and target on making their clients self reliant for future purposes e.g. by creating and making IGAs which are sustainable ; and by creating cost sharing initiatives such as the Bamako initiatives already being effected in some rural areas of Kenya.

Although Kisumu has many programmes which are educational, most of them skip the question of women empowerment, do not have hard data and concrete strategies for action to be measured in quantifiable terms and many of their objectives are yet to be implemented. Many of the programmes geared towards meeting the minimum needs of the people of Luo, skirt around the real issues that should be tackled. In practice, many of these programmes are engineered by the government, politicians, the church and NGOs.

The government is on its financial knees because of resource mismanagement, the politicians finds underdevelopment a political expediency and most NGOs have been rendered ineffectual by the unmitigated greed of those in charge. Sadly, the government is quickly drifting into a populist approach to development. In Luo, like in all parts of Kenya, the citizenry equate 'development' with being politically correct. But even such politically-induced development are not sustainable as they lack adequate involvement and participation of the community<sup>1</sup>.

By supporting organized mobilization of women's groups, primarily through channeling inputs into approved women group projects, national bodies and NGOs have and can help these women to improve their income-earning opportunities, increase their personal power to control one's vulnerability to health issues such as diseases, family planning and other social problems affecting women. In addition, building community support to encourage risk-reducing behavior and to understand their role as local managers of their own health and development process.

We find that these women NGOs have active strategies for adapting to change, especially in their deteriorated economic position vis-à-vis men, and if incorporated further into the AIDS fight could act as an effective entry point for broad-based interventions to address women's and in general, societal needs. However, we should not forget the men who form the other half of the equation, as most strategies to prevent transmission of HIV that are effective (such as condoms or abstinence) are under the control of men. Men should therefore be integrated

---

<sup>1</sup> Population Council, 1997

into the health educational, control and support programmes and every effort made to change their behavior.

Finally, what Kisumu needs are large scale, credible, imaginative, innovative and sustainable HAPAC programmes for any significant change to occur and for risk reducing behavior, especially incorporating local ideas and perceived solutions while policy makers should strengthen advocacy and develop culturally appropriate strategies to address the needs of the society as a whole with respect to HIV/AIDS. The people need to be empowered to develop new strategies because some of the old ones have clearly failed or are not very effective. For instance, Information, education and communication (IEC) promotion and intensive campaigns have not effected behavior change in the community. And if widow inheritance in the area is unfavorable, then how can the situation be improved ?

In a nutshell, all of the HIV prevention and care strategies described are most effective if they are applied under social, political and legal conditions which support them. This is done by gaining the support of those with influence, and all individuals or groups should directly participate in identifying strategies to curb the HIV spread. They need to be accorded the chance to identify local opportunities and offer local solutions to this problem (with the assistance of the developmental and health agencies) and not *vice versa*.

## **Bibliography**

AIDSCAP/FHI

1996 *AIDS in Kenya : Socio-Economic Impacts and Policy Implications*. Nairobi, Kenya.

Government of Kenya

1995 *Kisumu District Development Plan*. Office of the President & Ministry of Planning and National Development, Nairobi.

Mbithi P. & Rasmusson R.

1977 *Self Reliance in Kenya. The Case of Harambee*. Scandinavian Institute of African Studies, Uppsala.

Ministry of Health

1997 *Sessional Paper No. 4 of 1997 on AIDS in Kenya*. Republic of Kenya, Governmental Printer, Nairobi.

Obudho R. A. & Awino J. O.

1992 *STDs, HIV/AIDS and urbanisation in Eastern and Southern Africa : A Bibliography Survey*. African Urban Quarterly. No.3 & 4

Ocholla Ayayo

1995 *The Social and cultural Aspects of Transmission and containment of HIV/AIDS in Tropical Africa: with special reference to East Africa*.

NACP

1996 *AIDS in Kenya: Background, Projections, Impact Interventions*. Nairobi.

1997 *Sentinel Surveillance Reports*.



# DE LA VOLONTÉ OFFICIELLE D'IMPLIQUER LA "SOCIÉTÉ CIVILE"

## DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

(Cas ivoirien et sénégalais) \*

Karine DELAUNAY

Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

### Présentation

La politique développée actuellement par les PNLS traduit une volonté explicite d'impliquer la "société civile" dans les actions de lutte contre le sida, fortement soutenus en cela par les bailleurs de fonds et organismes internationaux en un temps où est prôné le "moins d'État" et sont valorisées les "actions de proximité". C'est dans ce contexte que les ONG se voient reconnaître un rôle croissant dans la gestion des problèmes posés par le sida.

Il paraît dès lors important de tenter d'explicitier les mouvements sociaux dont ces ONG sont l'expression au sein des sociétés concernées, volet d'un projet de recherche réalisé avec l'appui institutionnel de l'ORSTOM et sur financement ANRS<sup>1</sup>. La présente communication tentera, à partir d'éléments de l'étude, de faire porter le questionnement sur le caractère quasiment "naturel" aujourd'hui attribué au « rôle des ONG dans l'assistance des Programmes nationaux de lutte contre le sida et les MST » (pour reprendre l'intitulé originel du groupe C2 dans lequel a été soumis le résumé) et sur la notion de « stratégies » développées par les ONG dans ce cadre (pour reprendre cette fois l'intitulé de la section C2.1.). Ce questionnement abordera trois principaux aspects :

1. L'implication des ONG dans les programmes de lutte contre le sida
2. Les registres d'activités de ces ONG et les profils de leurs initiateurs
3. Le fonctionnement interne des ONG

En conclusion, sera posé le problème des conditions d'émergence récente des "associations" de personnes vivant avec le VIH et celui du positionnement de celles-ci dans une lutte contre le sida où les acteurs constitués en "ONG" ont été antérieurement reconnus comme les principaux vecteurs de représentation et d'action de "la société civile" face à la pandémie, ce tant par les institutions étatiques que par les organismes internationaux.

\* Communication présentée à la X<sup>e</sup> Cisma (Abidjan, décembre 1997).

<sup>1</sup> Une analyse plus complète des matériaux collectés en collaboration avec D. Blibolo en Côte-d'Ivoire et K. Cissé-Wone au Sénégal doit paraître, sous le titre "Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais", dans l'ouvrage collectif faisant suite au Colloque *ONG et développement : du Nord aux Suds* (texte reproduit dans le présent rapport).



## **L'implication des ONG dans les programmes de lutte contre le sida**

Force est de constater que les premiers acteurs non gouvernementaux à s'être impliqués dans la lutte contre le sida se sont davantage " imposés " aux PNLS qu'ils n'ont été " identifiés " par ceux-ci ; en effet, les premières manifestations propres aux acteurs non gouvernementaux dans le domaine du sida ont été conduites en parallèle, voire parfois en opposition, avec les organes institutionnels, bien que ces mêmes acteurs aient été utiles aux PNLS dès leur constitution du fait des moyens logistiques dont ils disposaient. Précisons en outre que, tant au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire, les premières organisations non gouvernementales à se manifester sur le terrain du sida n'ont pas été de celles qui se sont constituées spécifiquement dans un objectif " anti-sida " ; il s'agissait plutôt d'organisations antérieurement implantées dans ces pays, connues pour leurs " actions de proximité " auprès de populations villageoises ou, plus souvent, des populations urbaines les plus " démunies ", et ayant, dans le même temps, des liens avec les bailleurs de fonds internationaux (pour certaines, également avec des institutions nationales / gouvernementales).

Cette situation prévalant lors de la déclaration des premiers cas de sida et au moment de la création des PNLS a ensuite notablement évolué au cours des années 1990 : est alors apparue la nécessité pour les Programmes nationaux de disposer de " relais " auprès des populations pour la diffusion des messages de prévention puis s'est instauré un " partenariat " entre PNLS et acteurs non gouvernementaux — partenariat que l'on entend aujourd'hui renforcer à mesure que se pose avec plus d'acuité le problème de la prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades ; cette évolution s'est accompagnée de l'augmentation significative du nombre d'ONG recensées comme menant quelque action (soit permanente soit ponctuelle) dans le domaine du sida et, plus particulièrement, de la constitution d'ONG spécifiquement " anti-sida ".

Pour autant, la mobilisation des ONG n'a pas abouti à une configuration identique au Sénégal et en Côte-d'Ivoire : dans le premier cas, dominant les ONG de développement et les associations culturelles de jeunes tandis que, dans le deuxième, ce sont plutôt des ONG caritatives et médicales (pour certaines médico-confessionnelles) qui sont reconnues actives dans la lutte contre le sida. Cette différence s'accompagne d'un certain paradoxe : c'est au Sénégal, là où les taux de séroprévalence sont les plus bas, que l'engagement des ONG en matière de sida a été le plus précoce et demeure le plus important (en nombre d'ONG recensées) comparativement à la situation ivoirienne où, pourtant, les taux de séroprévalence ont connu une très forte poussée. Il est cependant permis de penser qu'un tel paradoxe n'est qu'apparent, renvoyant à une tradition associative plus ancienne au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire, mais, très probablement, aussi aux expériences de " courtage " en matière de développement (élaboration de projets, insertion dans les quartiers et les villages, relations avec les bailleurs, *etc.*) que les acteurs sociaux sénégalais ont été antérieurement en mesure d'accumuler, contrairement au cas ivoirien longtemps caractérisé par l'existence d'un État entrepreneur associé à un Parti unique. L'implication des ONG dans les programmes de lutte contre le sida relève donc d'un processus construit, ayant produit des configurations différentes selon les contextes socio-politiques au sein desquels elle s'est développée.

## Les registres d'activités des ONG et les profils de leurs initiateurs

L'un des phénomènes marquants de la mobilisation des ONG concerne la diversité des registres à partir desquels ces organisations ont été en mesure de revendiquer une légitimité d'action dans le domaine du sida. D'une part, la conduite d'activité d'IEC a pu prendre appui sur des savoir-faire antérieurement acquis non pas nécessairement en matière sanitaire mais, plus largement, en matière " d'éducation " ou dans le domaine de l'encadrement des " réponses communautaires " à divers problèmes environnementaux, économiques ou sociaux. D'autre part, le mouvement de mobilisation non gouvernementale relève d'initiatives venant de différents acteurs sociaux, faisant se côtoyer membres de congrégations religieuses, personnels de santé, agents d'encadrement œuvrant à la promotion du développement dit communautaire, jeunes cadres, *etc.*

Une telle diversité ne va pas sans poser le problème de la privatisation de certaines compétences publiques. Cela apparaît très clairement dans le cas d'ONG créées par des médecins travaillant dans des structures hospitalières particulièrement touchées par l'afflux de malades du sida ; bien que ce phénomène ne soit pas exceptionnel en soi (*cf.* le fait que nombre d'agents du secteur public ouvrent leur propre cabinet ou travaillent parallèlement dans des structures privées), il témoigne plus particulièrement ici d'une demande de moyens d'action non satisfaite par les systèmes sanitaires existants et, probablement aussi, d'une quête de reconnaissance quant aux compétences mises en œuvre, sachant que la pandémie affecte directement le pouvoir de guérir des praticiens tout en induisant certains réaménagements des rôles au sein des équipes de soins : dans ce contexte, la conduite d'activités de prévention (ou de formation à celle-ci), via la constitution d'une ONG portant en elle-même une caution médicale, est en mesure d'offrir au personnel soignant une possibilité de valoriser un savoir sur la maladie.

Dans le même temps, si diversité il y a quant aux registres de compétence à partir desquels les organisations non gouvernementales ont pu se voir reconnaître une légitimité d'intervention dans le domaine du sida par les programmes nationaux, celle-ci ne doit pas masquer certaines difficultés à constituer, dans la durée, des ONG spécifiquement " anti-sida " au sein même des " groupes cibles " des campagnes d'IEC, groupes vus comme les plus vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH ; tel est notamment le cas parmi les jeunes, tant au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire, et, dans une certaine mesure, pour les femmes (à l'exception, peut-être, de certaines antennes nationales de réseaux internationaux tels que la SWAA). Il est permis de penser que les enquêtes CACP ayant directement participé à l'identification et à la définition de ces " groupes cibles " ont davantage, du fait même du caractère normatif de cette identification / définition, cautionné les représentations stigmatisantes et moralisatrices, aussi bien populaires qu'institutionnelles, associées au sida, qu'elles n'ont favorisé la mobilisation au sein des " groupes " concernés en tenant compte des aspirations sociales et identitaires des intéressés et des réseaux relationnels à partir desquels elles prenaient forme.

Ainsi, pas plus que la mobilisation non gouvernementale n'a strictement épousé les formes que les organes institutionnels auraient pu inciter à lui donner du fait de leurs propres perceptions de la lutte contre le sida et des programmations dès lors associées, les ONG ne sont-elles l'émanation directe de " la société civile " dans son ensemble. Pour autant, les registres

d'activités des ONG et les profils de leurs initiateurs paraissent révélateurs de la configuration effectivement prise par la lutte contre le sida : cette dernière privilégiant " l'éducation " en vue de promouvoir des changements de comportement, elle tend à mettre en avant, partant à renforcer la position de ceux disposant d'un savoir et/ou d'un statut induisant une distance vis-à-vis des populations les plus concernées par le risque d'infection.

### **Le fonctionnement interne des ONG**

Le fonctionnement interne des ONG impliquées dans la lutte contre le sida et les conditions de réalisation de leurs actions tendent à montrer que la " gestion communautaire " dont on entend en faire l'incarnation recouvre parfois une logique (voire une gestion) d'entreprise à la croisée du formel et de l'informel comme des priorités locales et des directives internationales (liées à leur financement). Un premier aspect concerne l'ambiguïté même de la notion et de la réalité du volontariat/bénévolat censé prévaloir dans l'engagement des animateurs au sein de ces organisations. Cette ambiguïté est encore renforcée par la nécessité d'avoir des employés permanents (parfois recrutés parmi des fonctionnaires en retraite, sans oublier le cas de fonctionnaires en détachement) pour assurer le suivi et la visibilité des activités d'une quelconque organisation. Dans ce cadre, on ne peut occulter le fait que les ONG de lutte contre le sida constituent d'une certaine façon un secteur d'emploi dont le fonctionnement est, au demeurant, d'autant plus particulier qu'elles ont un statut légal parfois imprécis et jouent, comme on l'a vu, de l'implication et de la distance (pouvant ainsi être pourvoyeuses d'un statut social à défaut d'une véritable assise professionnelle).

Parallèlement, l'orientation que les différentes ONG donnent à leurs activités paraît fonction, d'une part, des expériences (ou compétences) déjà acquises par ces organisations, leurs initiateurs et animateurs mais aussi, d'autre part, des programmations d'ensemble des différents organes institutionnels, nationaux et internationaux, par lesquels transite l'essentiel des fonds nécessaires à la réalisation de tout projet ; ces deux dimensions entrent en combinaison en ce qu'une ONG sera d'autant plus à même de monter puis conduire un projet qu'elle pourra se prévaloir d'activités antérieures, lesquelles auront participé à sa reconnaissance par les organes institutionnels comme à l'entretien de liens avec les représentants des bailleurs de fonds. Une telle combinaison conditionne en grande partie les marges de négociation qu'ont les représentants des ONG pour la conduite d'activités qui leurs sont propres. De plus, elle tend à restreindre la conduite même de telles négociations au cercle des dirigeants / initiateurs des ONG, lesquels entretiennent des réseaux de relations formelles et informelles avec les différentes instances de régulation de la lutte contre le sida comme avec les autres responsables d'ONG ; cette situation est évidemment susceptible de créer, au sein même de ces organisations, certaines tensions entre le " sommet " et la " base " (i.e. animateurs et membres qui s'estiment en mesure de définir les priorités d'activités et donc d'élaborer des projets spécifiques), tensions pouvant engendrer elles-mêmes certains dysfonctionnements (par désengagement de la " base ", que celle-ci soit lassée d'attendre l'obtention de financements pour la réalisation d'un projet ou qu'elle se sente dépossédée du choix des activités prioritaires, membres et animateurs pouvant ainsi, comme cela n'est pas rare, appartenir à (ou entretenir des liens propres avec) différentes ONG en vue de cumuler les opportunités d'activités). Parallèlement, un fonctionnement de ce type induit plus ou moins nettement la délimitation de ce que l'on est



tenté d'appeler des " créneaux " d'activités dans lesquels tendent à se spécialiser chacune des ONG dans le domaine du sida, " créneaux " qui deviennent porteurs de " stratégies d'intervention " dans les programmations globales et représentent des formes de partage dans la revendication de compétences comme dans l'accès aux ressources. Dès lors, si l'intervention des ONG est aujourd'hui valorisée en un temps où est prôné le moins d'État, le caractère " communautaire " et " démocratique " de ces organisations demeure cependant à relativiser.

## Conclusion

Cet exposé tend ainsi à souligner l'ambiguïté du positionnement des ONG au sein des sociétés où elles agissent, notamment en ce qu'elles ne peuvent être vues simplement comme l'émanation directe de la société civile dans son ensemble. Dans ce cadre, le fonctionnement de la lutte contre le sida et l'implication des ONG aux côtés des organes institutionnels peuvent être appréhendés en référence à la notion de « marché » ; dès lors, tout en s'inscrivant bien évidemment dans le secteur de la santé, ce fonctionnement n'est pas sans lien avec le milieu du développement (ou de l'aide au développement) en ce qu'il suscite des formes de compétition et de partage entre acteurs pour l'accès aux ressources qui concourent pour une large part à produire ce qu'il est convenu d'appeler et qui est légitimé comme les " stratégies d'intervention des ONG ".

Se pose ici le cas particulier des " associations de personnes vivant avec le VIH ", lesquelles ne sont que récemment apparues aux côtés des acteurs agissant en tant que " ONG " et reconnus comme tels par les organes institutionnels. Bien que les conditions d'émergence et de développement de telles " associations " paraissent différentes en Côte-d'Ivoire et au Sénégal, il n'en reste pas moins (si l'on reprend les distinctions de M. de Certeau entre « stratégies » et « tactiques ») que leurs initiateurs et membres semblent davantage tenter d'élaborer des tactiques de mobilisation et d'insertion dans la lutte contre le sida (*cf.* le souci premier d'accès aux soins) qu'ils ne sont en mesure de développer des stratégies comparables à celles des ONG déjà actives comme partenaires des PNLS et des bailleurs. Mais, de ce fait même et parce qu'elles sont composées en majorité de non professionnels des problèmes de santé et de développement, n'est-ce pas au sein de telles associations que les questions de prévention et de prise en charge ne sont plus seulement posées en termes techniques (registre dont relève précisément une notion comme celle de " stratégies " telle qu'elle est utilisée dans le cadre des programmes de lutte contre le sida) mais de plus en plus en termes de politique sociale : ces associations tendent à poser avec acuité, et pour certaines très explicitement, le problème de la survie au quotidien d'une jeunesse urbaine pour qui la condition de séropositifs ne peut qu'accroître la marginalisation.

De ce fait, ces associations entrent parfois en contradiction, voire en conflit, avec le rôle que voudraient leur faire jouer aussi bien les PNLS que les autres ONG, aspect soulignant l'intérêt du concept de « marché » pour comprendre le fonctionnement et les dynamiques de la lutte contre le sida comme les positionnements des différents acteurs institutionnels et non institutionnels. Autrement dit, " la lutte contre le sida " apparaît bien comme un espace, parmi d'autres, de confrontation entre différentes catégories d'acteurs où les enjeux ne sont pas seulement sanitaires mais aussi (surtout ?) sociaux et politiques.



## ASSOCIATIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU SÉNÉGAL : DIAGNOSTIC ET PERSPECTIVES \*

Katy CISSÉ-WONE

Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

Le Sénégal est devenu l'une des références incontestables de la démocratie et de la stabilité politique sur le continent africain. À ce titre il a été une cible privilégiée de l'aide au développement. La mise sous ajustement structurel de son économie, illustrée par le slogan "moins d'État, mieux d'État" a touché beaucoup de secteurs vitaux, plus particulièrement celui de la santé. C'est dans ce contexte de réduction des ressources allouées au secteur de la Santé qu'est apparue l'épidémie du sida en 1986 au Sénégal, cinq ans après la découverte du VIH dans la communauté homosexuelle de San Francisco.

Au cours de cette même période, tant les scientifiques que les milieux profanes identifiaient l'Afrique comme l'espace géographique d'apparition de la maladie, de manière plus précise, sa partie centrale, le Zaïre en particulier. La distribution spatiale du virus semblait épargner les pays de l'Afrique de l'Ouest notamment ceux au sud du Sahara. Les premiers cas de sida sont identifiés par les scientifiques comme exogènes. Ce qui signifie que le virus a été contracté à l'étranger. Perçue dès le début comme une maladie de déviants (homosexuels) et de personnes aux mœurs légères, ces représentations, aujourd'hui atténuées par les grandes campagnes de sensibilisation, continuent d'informer l'attitude générale face à la maladie et aux personnes atteintes.

Cette contribution se présente comme une interrogation sur la situation au Sénégal autant sur la maladie et "l'imaginaire" qu'il produit que sur les associations de personnes vivant avec le VIH dont les (ré) actions se construisent à partir des représentations mises en circulation par la société et les institutions.

Plusieurs facteurs, dont la culture et la religion, méritent une attention particulière. En effet, les référents culturels et religieux sont très présents dans le discours du sénégalais qui souvent se satisfait d'un taux de prévalence maintenu à 1% depuis 1986, alors que d'autres pays, tels que la Côte-d'Ivoire, connaissent une explosion de l'épidémie. « La faible prévalence dans notre pays est liée à la morale religieuse d'ensemble même s'il existe des cas de perversion individuelle »<sup>1</sup>. « Le Sénégal est épargné du fait de l'inobservance de certaines pratiques sexuelles intenses notées dans d'autres régions d'Afrique »<sup>2</sup>. La relation est systématiquement

\* Communication présentée au Colloque *Les Sciences sociales face au sida en Afrique. Bilan et perspectives*, CODESRIA-CNRS-ORSTOM (Saly Portudal, 4-8 novembre 1996).

1 Ndoye I., "L'apport de l'Afrique à la recherche est considérable", *Walfadjri*, n° 325, 7-13 août 1992.

2 Sow A., "Beaucoup de précautions à prendre", *Soleil*, 27 Avril 1987.



établie entre faible taux de séropositivité et sociétés musulmanes. Une seule illustration : il est significatif de noter que, dans beaucoup de conférences organisées à l'intention du grand public, la question de l'existence ou non du sida dans les pays arabes musulmans, tels que l'Arabie Saoudite, est toujours posée.

Les justifications morales d'un "*homo senegalensis*" moins sujet aux tribulations d'une vie sexuelle débridée côtoient des explications purement techniques. En revanche, dans les discours scientifiques officiels, il est toujours rappelé que le Sénégal a mis en place un programme de lutte contre les MST et organisé par des textes de loi la prostitution bien avant l'apparition du VIH. Un rappel pertinent quand on connaît la liaison entre la prévalence des MST et la prévalence du sida. Il est également souligné l'accent mis sur la sécurité transfusionnelle dès le début de l'épidémie.

La convocation de la morale religieuse, l'insistance sur des pratiques sexuelles différentes de celles constatées en Afrique centrale et la mise en place de structures de lutte contre les MST combinée à la sécurisation de la transfusion sanguine créent un cadre particulier, décourageant des velléités d'assumer publiquement le statut sérologique.

Alors même qu'il n'existait que six cas déclarés, le Sénégal mettait en place, en 1986, un programme de lutte contre le sida qui est aujourd'hui cité en modèle en Afrique et reçoit des satisfecit lors des différentes évaluations externes et internes. Le premier fonds d'urgence du PNLS a été mis en place grâce à l'OMS, l'USAID, la Coopération française et la Coopération inter-universitaire Dakar - Tours - Limoges.

Les financements des bailleurs n'ont donc pas tardé à être effectifs, suite à une grande mobilisation d'une poignée d'hommes suscitant même l'exaspération du ministre de la Santé de l'époque qui s'exprimait ainsi : « Nous sommes donc désolés de constater toutes ces sommes accordées à la lutte contre le sida pendant que le paludisme fait encore des ravages. Nous exprimons là un sentiment de frustration devant la presse et tous ceux qui oublient que nos préoccupations sont ailleurs ; c'est à la fois une question d'éthique et de solidarité »<sup>1</sup>.

Malgré les rebuffades du ministre, les différents acteurs ont commencé à s'organiser et à prendre position dans le champ des alliances et compétitions de la lutte contre le sida. Médecins, Programme National de Lutte contre le sida, ONG de jeunes, de femmes, communautés de base, décideurs religieux, décideurs politiques, parlementaires, ONG caritatives ou religieuses, ministères, entreprises privées et associations de séropositifs sont autant d'acteurs qui tentent de proposer, chacun, une réponse spécifique à l'épidémie du sida au risque de créer parfois la confusion. Parmi ces différents acteurs, les associations de personnes vivant avec le VIH font l'objet de notre analyse.

### **L'émergence des associations de personnes vivant avec le VIH**

L'organisation mondiale de la santé a encouragé la création des PNLS à travers le Programme mondial de lutte contre le sida (GPA) constitué en 1986. La mise en place des programmes

---

<sup>1</sup> Mbodj M. S., " Le sida n'est pas notre priorité du moment ", *Soleil*, 19 juin 1987.

nationaux s'est accompagnée de l'adoption de plans à moyen terme organisant la lutte contre le sida. Ces Plans à Moyen Terme (PMT) dans leur évolution ont accordé une place plus ou moins importante au volet prise en charge et personnes vivant avec le VIH selon les périodes.

Ainsi le PMT I, après inexécution d'un Plan à court terme d'urgence en 1987, visait pour les années (1988-1992) « à mettre en place les infrastructures, assurer la sécurité transfusionnelle, mesurer l'ampleur de l'épidémie, développer l'éducation sanitaire en vue d'une solution efficace de prévention de la transmission du VIH, renforcer la lutte contre les MST cofacteurs de l'infection à VIH et d'aider à la prise en charge psychosociale et clinique des personnes atteintes du VIH »<sup>1</sup>. L'exécution du PMT II, actuellement en cours, met davantage l'accent sur « le renforcement de la prévention, la réduction de l'impact économique et social de l'infection à VIH, le renforcement de la prise en charge psychosociale des infectés et affectés de l'infection à VIH »<sup>2</sup>.

Inscrit dans les premiers Plans, le volet "prise en charge et clinique counselling" a eu des difficultés à répondre à sa mission. Ces difficultés étaient liées entre autres « au manque de moyens pour le suivi des malades, manque de confidentialité la prise en compte de l'entourage, manque d'information, etc. »<sup>3</sup>.

Mais au-delà de ces blocages d'ordre matériel et technique, le manque de diligence et de collaboration des médecins a été un obstacle à l'élargissement et à la bonne organisation du counselling. En effet, ouvrir et élargir l'espace de la prise en charge, par exemple aux ONG ou associations qui, de toute façon, étaient très peu nombreuses à revendiquer une expertise dans ce domaine, consistait pour le médecin à céder une partie de son pouvoir médical. S'octroyant d'office, de par leur position, la légitimité technique de la prise en charge, les médecins ont écarté les personnes atteintes. Ce domaine a très peu enregistré la participation des personnes infectées qui, dans le contexte d'émergence de l'épidémie, étaient confrontées à des difficultés d'acceptation de la maladie. Elles ne pouvaient par ailleurs ni revendiquer, ni justifier d'aucune expertise à cet égard. Ce manque d'expertise a contribué à les tenir à la périphérie des jeux d'intérêt et de pouvoir de la lutte contre le sida et à les marginaliser en les empêchant d'être, dès le début de l'épidémie, impliquées pleinement dans les processus de légitimation des divers acteurs.

#### *Association Sénégalaise d'Aide aux Séropositifs et à leurs Familles (ASSASFA)*

Il existe au Sénégal des associations de personnes vivant avec le VIH. La plus ancienne, l'ASSASFA ("Association Sénégalaise d'Aide aux Séropositifs, aux Sidéens et à leurs Familles"), a été créée en 1991. Dès sa fondation, apparaissent les germes de sa dislocation rapide. L'assemblée constitutive s'est tenue dans une ambiance de scepticisme puisque la « salle était presque vide » ; les membres du bureau proposés n'étaient pas tous présents et le « bureau non conforme au statut et au règlement intérieur »<sup>4</sup>.

1 *Plan à Moyen Terme I*. Dakar, 1989.

2 *Plan à Moyen Terme II*. Dakar, 1993.

3 Sylla O., *Rapport d'évaluation sur le counselling en MST/VIH/sida au Sénégal*, Dakar, mars 1995.

4 ASSASFA, *Rapport de l'assemblée générale constitutive*, Dakar 1991.

Elle fut créée dans le but de « regrouper tous les séropositifs, sidéens, leurs familles et toute bonne volonté » ; son objectif est de « promouvoir les réalisations médicales et lutter contre la propagation de ce fléau », de « défendre et de sauvegarder l'intérêt des malades afin d'entretenir des relations avec les différentes associations par le monde qui ont les mêmes objectifs »<sup>1</sup>. Des séropositifs, minoritaires dans cette assemblée, écoutèrent stoïquement les discours de représentants de ministères leur demandant d'être forts devant l'épreuve car « ils ont failli », renvoyant ainsi au discours ambiant sur la moralité des séropositifs.

Des divergences de personnes vont très tôt apparaître au sein de l'ASSASFA. En outre, les diverses structures n'ont pratiquement jamais fonctionné. Des membres de l'association ont participé à quelques conférences internationales en tant que séropositifs.

L'actuel président de cette association, dont le discours, très sévère, condamne la confiscation de leur maladie par un nombre de plus en plus croissant de « spécialistes du sida », avoue cohabiter difficilement avec des non infectés au sein de l'association qui prétendent servir « d'encadreurs ». Estimant qu'en dernière instance les séropositifs sont les laissés pour compte de la lutte contre le sida, il décide de monnayer prises de paroles et témoignages au même titre que tous les acteurs qui vivent de la lutte contre le sida.

Ayant le sentiment d'être « marginalisé » au sein de sa propre association, le président qui ne reçoit de l'information que parcimonieusement de la part de l'aide assistant social, secrétaire général de l'association, avoue ne pas connaître les 50 membres de l'ASSASFA dont il n'a jamais vu le visage sous prétexte de confidentialité et également du fait qu'il n'existe aucune vie associative au sein de cette structure fantôme. Il semblerait que l'aide assistant social inscrive d'office pratiquement toutes les personnes à qui il fait l'annonce de séropositivité.

Abrutée dans les structures de l'hôpital Fann, au service des maladies infectieuses, cette association n'a aucune autonomie financière ou logistique. En effet, depuis sa création, elle n'a pas de siège propre et n'a presque jamais reçu de financement ni même d'activités. Cette inertie a entraîné le départ de beaucoup de membres vers la nouvelle association créée en 1994, « Oasis Solidarité », sous couvert de Enda Santé.

### ***Oasis Solidarité***

Elle se fixe pour but « d'aider et d'encadrer les personnes vivant avec le VIH et leur famille par la formation et le développement communautaire intégré »<sup>2</sup>. De trois personnes, elle en compterait aujourd'hui vingt cinq à trente. Oasis-Solidarité a pu être plus attractive pour les personnes vivant avec le VIH du fait que l'encadrement y était mieux organisé et mené dans un cadre moins stigmatisant que le service des maladies infectieuses qui hospitalise des malades du sida.

Enda, l'organisme encadreur de Oasis, a tenté d'offrir un espace d'échanges aux séropositifs en organisant des séances d'écoute et de parole mais en leur octroyant également un siège propre. Enda a également tenté de répondre aux besoins en médicament de ses membres à travers

---

1 ASSASFA, *Rapport assemblée générale constitutive*, Dakar 1991.

2 Oasis Solidarité, *Statuts et règlements*, Dakar. 1994.

l'Unité d'Appui d'Accompagnement, de Conseil et de Formation pour les Personnes Vivant avec le VIH (UACAF) et de leur obtenir des financements auprès d'autres ONG.

La même incertitude quant aux membres de l'association est notée chez le président d'Oasis Solidarité, association apparemment plus dynamique et fonctionnelle que l'ASSASFA. En effet, il avoue ne connaître ni le visage ni l'adresse de tous les membres de l'association. Seul, l'assistant social encadreur détient l'information. Le pouvoir médical des médecins semble faire l'objet d'un déplacement vers les assistants sociaux qui se réclament spécialistes du counselling.

Même si cette association est relativement vivante elle n'en demeure pas moins refléter un désœuvrement des membres qui ne savent finalement pas toujours pourquoi ils sont dans ces structures. Écartelés entre le "souci" de l'anonymat et la nécessité d'une visibilité parfois pressante, les personnes vivant avec le VIH tentent de se poser en interlocuteurs et partenaires dans la lutte contre le sida.

### **Entre anonymat et besoin de visibilité**

Nous pouvons identifier deux types de difficultés qui se posent aux associations de personnes vivant avec le VIH :

- des difficultés externes liées au contexte social, culturel et à l'organisation de la lutte contre le sida ;
- des difficultés d'ordre interne liées à la fois à une recherche identitaire et un mauvais fonctionnement des structures.

#### *Difficultés d'ordre externe*

Au Sénégal, on assiste à ce que l'on pourrait appeler la "mise sous tutelle" des associations de personnes vivant avec le VIH (ou encadrement). Il nous paraît excessif de parler de concurrence entre associations et ONG. En effet les associations de PVVIH au Sénégal qui, du reste, ne sont que deux, se posent difficilement en interlocuteurs et acteurs importants dans le jeu d'intérêts et de pouvoir qui ne manque pas d'exister dans le cadre de la lutte contre le sida. Il est certes vrai qu'aujourd'hui le discours des bailleurs de fonds est plus compatissant à l'égard des séropositifs et ceci, le plus souvent, grâce à la pression des associations de personnes vivant avec le VIH du Nord.

Mais les millions de dollars des budgets consacrés à la lutte contre le sida et les moyens matériels importants mobilisés pour le fonctionnement des structures achèvent de convaincre les membres de ces associations que la professionnalisation associative peut être une réponse à leurs problèmes quotidiens.

Créées dans un environnement social où les référents culturels rendent l'acceptation de la maladie encore timide du fait d'un contexte épidémiologique de basse prévalence, les associations de personnes vivant avec le VIH sont aux prises avec une recherche identitaire rendue plus difficile par un défaut de légitimité et/ou de représentativité.

On assiste aujourd'hui à une prise de parole timide des personnes vivant avec le VIH sénégalaises ; mais il n'en demeure pas moins que la marginalité dans laquelle vivent ces associations semble refléter leur difficulté d'exister au sein de ces structures, tiraillées entre la peur de divulguer leur statut sérologique et le besoin de s'impliquer davantage dans la lutte contre le sida.

L'exemple de la Côte-d'Ivoire où les associations semblent davantage à l'aise dans cette logique associative, même si, historiquement, le Sénégal justifie d'une plus grande tradition associative dans beaucoup de domaines, est intéressant. Il s'agit d'un pays où l'épidémie a connu une flambée récente. À ce titre, il se place à l'égard des bailleurs de fonds comme un pays à investir davantage. Dans ce contexte, les personnes vivant avec le VIH semblent, au sein des associations, bénéficier d'une plus grande légitimité. L'affluence au niveau du Centre d'Assistance Médico-Sociale, non loin du CHU de Treichville, sur financement d'une mission chrétienne américaine, a favorisé la création du " Club des Amis ", qui s'occupe de l'accueil des visiteurs et du counselling.

Les membres du Club appartiennent à des quartiers différents ; ils veillent sur les personnes infectées de leur quartier, les soutiennent et en cas de maladie, le responsable du quartier peut demander une consultation à domicile. Les membres du Club sont très actifs et ont rompu le silence qui entoure la maladie, ils témoignent publiquement et organisent des activités de sensibilisation<sup>1</sup>.

Comment négocier et mobiliser sans se dévoiler ? Ceci semble d'autant plus difficile que les services officiels n'ont pas beaucoup impliqué les séropositifs, même ceux qui acceptaient de témoigner, donnant le sentiment à ces derniers de n'avoir recours à eux que pour des besoins ponctuels d'arborer « un séropositif de service » (Abdoulaye Mbengue, président de l'ASSASFA) pour émouvoir des assistances encore sceptiques.

Le Programme national de lutte contre le sida ne compte dans sa composition aucun représentant de séropositifs. Ils sont rarement dans les différents groupes de réflexion du PNLS ou d'autres organisations ou ONG de lutte contre le sida.

Les financements qui deviennent plus importants à l'endroit des associations sont le plus souvent confiés aux ONG " tuteurs " ou " organismes encadreurs ". Les locaux utilisés sont ceux des mêmes organes qui, face aux bailleurs, se positionnent comme des structures d'appui aux personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent directement les financements en lieu et place des associations objectivement dénuées de capacités ; d'autant plus que les contacts menés au plan international ou plus précisément venant de l'extérieur sont souvent encadrés (OPALS, Act Up pour les essais vaccinaux, AIDES Paris, etc.).

### *Difficultés d'ordre interne*

Rattrapés au cours de leur vie par une maladie que l'on perçoit encore comme honteuse, ils en gardent une connaissance douloureuse que leur inflige la souffrance morale, physique et sociale mais n'en ignorent pas moins tous les mécanismes de l'évolution et les notions fondamentales

---

<sup>1</sup> Soeur Marie Luc, *Rapport de mission*, Sida Service, 1995.



de séropositivité et de sida. Démunies sur le plan des ressources humaines et de "l'expertise", les associations comptent beaucoup de non instruits dont le niveau de compréhension de la maladie et des divers mécanismes de l'organisation de la lutte contre le sida demeure faible.

Si beaucoup de séminaires sont organisés, la formation fait défaut aux membres de ces associations. Lors d'un récent séminaire de formation en counselling au Sénégal, organisé à l'intention des membres des associations de personnes vivant avec le VIH, il s'est avéré qu'aucun d'entre eux ne savait vraiment la signification de beaucoup de termes utilisés dans le jargon de la lutte contre le sida ; même la différence entre les notions de séropositivité et de sida maladie était ignorée. Difficultés à gérer leur propre maladie et difficultés à comprendre les mécanismes de la lutte contre le sida rendent le militantisme encore plus précaire et futile.

### **Conclusion**

La diabolisation dont le sida a fait l'objet rend difficile son acceptation, encore aujourd'hui. Beaucoup de membres de ces associations refusent légitimement d'être reconnus comme séropositifs, militant activement pour la reconnaissance de leurs droits et le respect de leur personne. Ces associations se définissent, selon des circonstances autorisant ou non la visibilité, comme des associations de personnes vivant avec le VIH ou des associations de lutte contre le sida.

Confrontés à des difficultés réelles de financement qu'eux-mêmes contribuent à décourager du fait d'actes parfois délictueux, leurs pérégrinations quotidiennes dans les services de références et ONG de la lutte contre le sida prennent parfois les allures d'une véritable errance. N'exerçant aucune activité professionnelle, la majorité des membres essaient de trouver des solutions individuelles à leurs problèmes quotidiens. Les rares financements dont ont bénéficié les associations n'ont le plus souvent pas abouti du fait de querelles internes quant à la gestion des fonds.

Les discours et démarches de ces associations, dont pratiquement tous les membres sont dans un besoin réel de survie, se construisent sur une profonde frustration du fait que les logiques de gestion efficace et rigoureuse des programmes ne s'embarrassent pas toujours des états d'âmes des séropositifs. Il apparaît donc indispensable, au regard de toutes les difficultés soulevées, que toutes les réponses au sida tiennent compte de la voix des séropositifs eux-mêmes, aussi immature qu'elle puisse être.

Cependant, même si cette réponse doit d'abord émaner des associations elles-mêmes, elle doit se faire de concert avec les différentes structures existantes mais selon des axes de collaboration et de partenariat bien définis. Il s'agit de rendre solide, en toute intelligence et humanité, le fil précaire qui éloigne les membres de ces associations d'un univers de mutisme et de revanche pour des espaces où la parole est encore audible.

« Avec la fréquentation des associations de séropositifs, je reprends confiance »<sup>1</sup>. Ces paroles d'espoir reviennent dans les discours des membres de ces associations quelles que soient les

---

<sup>1</sup> CEGID-PNUD. *Rapport du séminaire en counselling*. Dakar, juin 1996.

difficultés auxquelles ils sont confrontés. L'inclusion dans un espace où la maladie arbore des visages humains et réels rompt la solitude et la peur ; ceci contribue à établir « l'environnement de proximité et de solidarité » qu'on a défini comme « unique dans l'histoire des maladies »<sup>1</sup>. C'est peut-être aussi cela qui retient les membres de ces associations de retourner dans la clandestinité malgré les contradictions, querelles et frustrations.

Il est évident que la recherche identitaire de ces associations constitue une étape décisive dans leur évolution. C'est de sa réponse que dépendra fondamentalement l'avenir des associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal.

---

1 Favereau É., " Gérer la lutte anti-sida ? " , *Libération*, 29 décembre 1995.

## VIVRE AVEC LE VIH AU CAMEROUN

### À PARTIR DE L'EXEMPLE DE L'ASSOCIATION DES FRÈRES ET SOEURS UNIS \*

Fred ÉBOKO

#### Introduction

L'Association des Frères et Sœurs Unis (AFSU) regroupe des personnes infectées par le VIH, des veuves et les orphelins du sida au Cameroun. Cette association de plus de 130 adhérents est implantée, de manière inégale, dans trois villes camerounaises : Yaoundé, la capitale (province du Centre), Douala, la métropole économique (province du Littoral), et enfin Limbe sur la côte atlantique (province du Sud-Ouest). L'axe de notre investigation concernant la mobilisation des groupes et associations contre le sida a trouvé son orientation et sa substance à partir de la rencontre avec le président de l'AFSU. De sa biographie, de son parcours depuis son diagnostic, de son engagement et des contraintes sociales, culturelles et symboliques que subit son investissement personnel d'une part, et des entretiens approfondis menés avec des membres de l'association d'autre part, sont nées nos premières interrogations. L'instrumentalisation consentante du vécu des membres de l'AFSU, en particulier de son leader, induit un processus de construction d'un statut social à partir d'un statut sérologique.

Cette logique, à bien des égards salubre pour ceux qui bénéficient d'une subsistance matérielle et d'une certaine reconnaissance sociale dans le counselling, semble acheminer sur un processus de défense des intérêts spécifiques des malades, notamment en termes de revendications vis-à-vis du pouvoir biomédical en charge de la question du sida au Cameroun. Quel impact peut avoir une association de séropositifs dans un contexte social où la stigmatisation rend caduc tout projet de militantisme ? Quelles sont les origines et les conséquences du contrôle de l'association par le corps médical et administratif camerounais ? À ces questions nous pouvons répondre par quelques hypothèses qui se résument de la manière qui suit : la précarité matérielle de l'AFSU, la pauvreté de la majorité de ses membres et l'exclusion socio-économique dont ces derniers sont victimes, semblent constituer la pierre angulaire d'une dépendance préjudiciable en matière d'action pour le respect des droits des malades et le suivi des sociétaires de l'AFSU face au quasi-monopole du discours, des initiatives, de l'action et de la prévention contre le sida détenu par les autorités sanitaires locales.

Fonds Documentaire IRD

Cote : A\* 33 372 Ex :

\* Une synthèse de ce texte a été publiée dans *Mutations*, 22.09.98, p.15.



### **D'un statut sérologique à l'élaboration d'un statut social**

Dépisté en 1987 à la suite d'un don de sang, Andrew est parmi les premiers séropositifs déclarés à Yaoundé. Andrew a découvert son statut par hasard, grâce à la curiosité de son frère aîné qui a pu décoder les résultats de ses analyses. Les médecins lui avaient juste dit qu'il avait " un problème dans le sang ". À 20 ans, il abandonne sa scolarité en classe de terminale et décide d'en savoir plus sur " la nouvelle maladie ". Les médecins en charge du problème-sida le sollicitent d'abord pour de multiples examens. Très vite, sa disponibilité, sa bonne volonté et surtout son état de santé (Andrew est séropositif asymptomatique) incitent les médecins à lui proposer de rencontrer les séropositifs nouvellement diagnostiqués. À titre bénévole, Andrew s'y conforme. Son expérience de conseiller psychosocial commence ainsi sur le tas. Il assure de manière informelle une sorte de post-test, en aidant quelques personnes à " encaisser " l'annonce de leur séropositivité. Ces entrevues nourrissent petit à petit, chez Andrew et certains de ses collègues d'infortune, la volonté d'organiser l'assistance aux séropositifs avant et après l'annonce du diagnostic. Pourtant, la plus décisive de ses rencontres, d'après Andrew, est née hors des frontières camerounaises. Il s'agit de la rencontre avec les membres du Réseau africain des personnes vivant avec le VIH avec lesquels Andrew sympathise à l'occasion de la Conférence de Londres sur le sida en septembre 1991. Andrew constate l'avancée des mobilisations des personnes vivant avec le VIH dans d'autres pays africains, notamment le dynamisme des associations de séropositifs des pays anglophones (Kenya, Malawi). Le déclic serait donc né d'une question de ses collègues anglophones à laquelle Andrew a souhaité apporter une réponse : « que faites-vous au Cameroun pour aider les personnes séropositives ? ». Rentré au pays, Andrew est employé par l'ONG Population Services International (PSI). Le jeune homme de 24 ans entame les démarches administratives pour créer une association consacrée spécifiquement aux personnes vivant avec le VIH et à leur entourage. Ses contacts avec le milieu médical et les sollicitations dont il est l'objet pour soutenir moralement des séropositifs et des sidéens renforcent sa notoriété dans le champ biomédical et auprès de leurs patients. Le 11 juin 1994 l'AFSU est enfin légalisée. Andrew, âgé de 26 ans, en devient naturellement le président.

### **Ressources et marginalisation matérielle de l'AFSU**

En 1995, dans le cadre du Programme Sida de l'ORSTOM, un projet multicentrique (Guinée Bissau, Sénégal et Cameroun) de recherche scientifique fondamentale sur les différents sous-types du VIH 1 est lancé. À Yaoundé, ce projet est baptisé PRESICA (Prévention du sida au Cameroun). Il a en réalité une vocation et une finalité biomédicales : repérer les différences cliniques et biologiques pour les sous-types respectifs du VIH 1. L'objectif est de suivre des patients pendant trois ans. Le recrutement des séropositifs s'effectue soit sur orientation d'autres services médicaux vers le personnel conduisant le projet, soit sur indication de l'AFSU. L'élaboration d'un dépistage est encadrée par un pré- et un post-test. Andrew est tout indiqué pour cette tâche qui lui sera confiée dès novembre 1996, date qui marque l'amorce effective du recrutement des patients. Ce projet qui comprend des médecins, biologistes, techniciens et conseillers s'installe dans les murs de l'Hôpital militaire de Yaoundé, sous la houlette du médecin-Colonel Mpoudi-Ngolé qui a par ailleurs dirigé le PNLS entre 1994 et

1997. C'est donc à l'intérieur de cette structure que Andrew acquiert un statut officiel de conseiller psychosocial. Les sociétaires de l'AFSU sont conviés à intégrer le protocole du projet, à travers lequel ils bénéficient d'un suivi médical gratuit assuré par quatre médecins dont Mme Anke Bourgeois de l'ORSTOM, médecin-épidémiologiste et spécialiste des MST/sida. Pour les membres de l'AFSU, ce recours médical est d'un secours primordial car c'est, avec l'Hôpital central, le seul accès gratuit aux soins dont ils ont besoin. L'avantage du protocole PRESICA est en plus de faire bénéficier aux patients d'un bilan de santé régulier et de médicaments gratuits. Bien que les antirétroviraux soient hors de portée, ce projet n'en demeure pas moins essentiel pour les patients séropositifs. « Sans ce projet je serais morte aujourd'hui » affirme Nicole membre de l'AFSU, résumant ainsi l'opinion générale des bénéficiaires.

La polyvalence des rôles assignés à Andrew est assez révélatrice des carences du système de santé camerounais face au sida et de la faiblesse de la mobilisation communautaire contre la maladie. L'acquisition de son statut de conseiller, outre les aspects essentiels et reconnus qu'il couvre vis-à-vis des patients, n'est pas dissociable des difficultés que les médecins au Cameroun éprouvent à annoncer le diagnostic de séropositivité. Même s'il importe de préciser que cette posture d'évitement pratiquée par les médecins n'est pas spécifique au Cameroun (Vidal, 1996), ce phénomène mérite d'être souligné. Car c'est d'abord pour compenser ces carences qu'Andrew a servi de bonne grâce. En revanche, cette distinction sociale acquise par le président de l'AFSU auprès des acteurs en matière de sida ne va pas sans ambiguïté. Le statut que ses qualités intrinsèques lui accordent et l'aide qu'il apporte au corps médical ne masquent pas la position marginale qu'occupe l'association qu'il dirige. La latitude d'action d'Andrew est celle que lui procure ceux qu'il " assiste ", à savoir les médecins. Ses capacités d'insubordination sont réduites dès lors qu'il s'agit d'assurer la mobilisation et une relative autonomie structurelle à cette association. Parler ici de patient " réformateur " (Defert, 1989) serait une sinécure. Il s'agirait plutôt, dans le contexte qui nous intéresse, d'acteur " réformé ".

L'AFSU bénéficie d'un local de moins de 20 m<sup>2</sup> à l'intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY). L'association y tient ses réunions bimensuelles, ainsi qu'une permanence journalière pour recevoir de nouveaux adhérents et effectuer l'activité de counselling pour laquelle une trentaine de membres de l'association est formée. L'apport des ONG et de leurs projets représentent aussi une ressource pour l'AFSU. En effet, c'est par elles que l'association peut bénéficier de subsides pour différentes activités. La formation en counselling, rémunérée 2 000 francs CFA par jour de formation, fut ainsi menée par AIDSCAP, tandis que l'agence de coopération technique allemande (GTZ) finance les permanences de l'AFSU. La GTZ rémunère les sociétaires de l'AFSU à hauteur de 500 FCFA par jour. Ils s'y relaient à raison de cinq conseillers par semaine. Cette compensation qui couvre juste les frais de locomotion des bénévoles pose néanmoins avec acuité le problème du bénévolat pour ces personnes qui n'ont, pour la majorité, aucune véritable source de revenus. Toutefois, cet apport des ONG n'est pas négligeable, surtout si on le compare à l'action étatique qui, pour l'heure, fournit des locaux à l'AFSU ainsi que des consultations gratuites pour ses membres à l'Hôpital Central de Yaoundé qui abrite le réseau des séropositifs.

L'association essaye tant bien que mal de trouver des sources de financement. C'est à la suite du dépôt de son plan d'action auprès de différents organismes et ONG (PNLS, PNUD, OMS, GTZ,

AIDSCAP, etc.) que l'AFSU a pu obtenir la formation de ses membres au counselling et le financement de ses permanences journalières soulignées précédemment. Les autres organismes sollicités n'ont pas encore donné de suite. Outre le soutien psychosocial à la permanence de l'association, ses membres assurent à tour de rôle des visites à domicile pour les malades à mobilité réduite. Ils assistent les familles de leurs adhérents à la suite des décès de leurs camarades et essayent, tant que faire se peut, de participer aux frais qu'engagent les obsèques. L'état de santé enviable d'Andrew et son statut le placent dans une position délicate par rapport aux autres. « Pour les autres c'est une " obligation " de venir me voir quand ils ont un problème financier ou psychologique. Si je ne rends pas visite à un malade, il le prend très mal. Personne ne s'imagine que moi aussi je peux avoir besoin de parler, parce qu'ils se disent qu'avec un T4 élevé je n'ai pas de problème ».

L'AFSU a entamé par ailleurs des témoignages publics, par le biais de quelques uns de ses membres, dans le but de sensibiliser l'opinion et de " démystifier le sida " comme l'affirme Andrew. Une de ces actions a permis à l'association de recevoir un don de médicaments (principalement des antibiotiques) de la part de deux ONG, accompagné d'une aide financière de 240 000 FCFA. Cette somme d'argent, virée sur le compte bancaire de l'association, est pour l'instant hors de portée de l'AFSU, à cause de la restructuration du secteur bancaire dont l'AFSU est une des victimes. Sans recours juridique et en l'absence de la mesure d'exception qui aurait dû exister pour accélérer la procédure de récupération des deniers de l'association, l'urgence de la situation est remplacée par une attente résignée. Ce problème illustre les difficultés conjoncturelles de l'AFSU : elle cumule les handicaps sociaux de ses membres et subit par ailleurs le contrecoup d'un environnement administratif et économique (et bancaire en l'occurrence) en pleine restructuration, pour ne pas dire en crise. Actuellement, l'association ne détient pratiquement pas de trésorerie.

L'action de l'AFSU se heurte aussi spécifiquement aux enjeux économiques et sociaux de l'univers du sida au Cameroun. Au-delà de la menace et des actes de stigmatisation que subissent les séropositifs, les rapports avec certaines ONG locales sont révélateurs de leur position instrumentale et marginale. Elles illustrent ainsi un ensemble de mécanismes d'exclusion existant en amont dont un des principaux se manifeste par la coupure structurelle entre le corps biomédical et les autres acteurs sociaux impliqués dans la question du sida. C'est cette dichotomie que nous appellerons " la loi d'airain de l'oligarchie " biomédicale au Cameroun.

### **L'AFSU face à " la loi d'airain de l'oligarchie " biomédicale au Cameroun**

#### *L'AFSU : le dernier maillon d'une double coupure*

Depuis l'avènement de la question du sida au Cameroun au milieu des années quatre-vingt et la mise en place du PNLS (1987), le corps biomédical administratif détient le monopole des actions intentées pour endiguer la pandémie. Au début de l'expansion de la maladie cette exclusivité s'est justifiée pour tous les pays (Bibeau, 1996 : 13). Dix ans après, au Cameroun, on observe très peu de synergies en ce qui concerne la lutte contre le sida. Cette attitude semble préjudiciable à tous les niveaux. Si l'action des médecins a été salutaire, notamment

en ce qui concerne les liens interpersonnels et les rapports emphatiques indéniables envers les patients séropositifs et sidéens, elle n'en a pas été moins liminaire.

En effet, les médecins, biologistes et épidémiologistes dont il faut rappeler qu'ils ne faisaient que répondre aux sollicitations créées par l'irruption du sida dans leurs activités respectives, ont dû dépasser leurs champs de compétences pour y répondre mais n'ont pas réussi à intéresser le grand public ou la " société civile " (Éboko, 1996). Certes le discours préventif, les procédures politiques et administratives inhérentes à l'organisation de la lutte et les publications s'essayant à des conclusions " socio-anthropologiques " ont été majoritairement de leur fait. Mais depuis le début des années 90 et la large production de littérature grise en matière de recherche en sciences sociales due à différentes institutions<sup>1</sup>, la persistance du discours " social et culturel " des médecins et biologistes sur le sida se justifie de moins en moins au Cameroun pour une raison principale : la tonalité de leurs interventions écrites ou orales est parfois sujette à caution. Peu critiqués, peu curieux des recherches en sciences sociales menées localement et ailleurs, ils cèdent souvent à la tentation du sociologisme, du culturalisme et de l'essentialisme, pourtant dénoncés et vilipendés depuis plusieurs années à propos de l'Afrique (Vidal, 1995 ; Bibeau, 1991).

La première scission s'opère donc entre un discours " accusateur " pseudo-scientifique et les études empiriques relevant des sciences de l'homme et de la société. Très récemment, dans un des journaux privés les plus lus du pays, le médecin et délégué provincial de la Santé et de la lutte contre le sida dans la province de l'Ouest justifiait la progression de la pandémie en ces termes : « cette situation [...] s'explique par certains atavismes : l'Africain noir est sexuellement désordonné »<sup>2</sup>. Les causes et les responsables de la progression de la pandémie sont ainsi désignés, comme le souligne le simplisme d'un autre médecin, responsable sanitaire dans la même province : « les gens sont réfractaires à l'utilisation du préservatif »<sup>3</sup>. Nous pourrions multiplier de tels exemples d'aberrations lues et entendues au Cameroun aujourd'hui à propos du sida. Dans ces conditions, vivre avec le VIH et se mobiliser pour une prise de conscience et pour la " démystification du sida " que l'AFSU appelle de ses vœux, rencontrent d'abord la " subversion du discours scientifique " (Bibeau, 1991) d'une partie du corps biomédical camerounais, avant de se heurter aux représentations sorcellaires, " contagieuses " (Cros, 1996 ; Fabre 1993) et aux pratiques de discrimination sociale que peut induire le sida. La seconde coupure s'illustre par l'inféodation de l'AFSU aux dogmes du pouvoir biomédical par rapport à la grande distance qui sépare les sciences sociales de l'association.

L'éventualité d'une alternative de la part des séropositifs camerounais semble dérisoire car l'existence de l'association, aussi précaire qu'elle soit, dépend aussi des autorités sanitaires publiques. Le petit local qui tient lieu de siège de l'AFSU appartient à la banque de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé. La collaboration des séropositifs et des médecins, pour l'élaboration des initiatives qui sont destinées aux premiers cités, est des plus minimes. Malgré les relations cordiales qu'il entretient avec les médecins, Andrew se rappelle : « un jour, un docteur m'a carrément dit " vous ne croyez tout de même pas que vous allez vous

<sup>1</sup> Il s'agit principalement de l'IRESCO (Institut de Recherche et des Études de Comportements), de l'IFORD (Institut de Formation et Recherches Démographiques) et de l'Université Catholique d'Afrique Centrale.

<sup>2</sup> *Le Messager*, n° 633 du 2 juillet 1997, p.12.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

asseoir sur la même table que les médecins!" ». Anastasie ajoute : « quand ils font un séminaire pour élaborer les droits des malades nous ne sommes pas souvent invités. Ils trouvent que nous ne sommes pas assez intellectuels ». De fait, le métier de médecin qui est ici d'abord et avant tout un statut social ("cadre supérieur"), dans un contexte où mobilité sociale et respectabilité sont relativisées par la crise économique, la volonté de démarcation et d'affirmation des positions sociales s'hypertrophie. Sauf que cette volonté rencontre, dans le cas des séropositifs et sidéens, des situations dont la vulnérabilité nécessite une coopération qui passe par davantage d'humilité. Cette coupure entre les médecins et les autres acteurs de la santé publique est manifeste mais relève de la persistance et de la recomposition de vieilles "lignes d'inégalité" que l'on retrouve en général dans le fonctionnement de l'État en Afrique (Bayart, 1989).

Notre analyse illustrerait à peine quelques réflexions de science politique, s'il ne s'agissait du champ social du sida qui mérite l'avènement d'autres positions, que ce soit en termes de mobilisation, de discours ou de soutien envers les malades et les porteurs asymptomatiques du VIH que peu de discours audibles distinguent des sidéens en Afrique (Gruénais, 1996). Un des paradoxes significatifs du lien qui unit les séropositifs et leurs médecins réside dans l'empathie, l'affection que ces derniers portent à leurs patients et le peu d'autonomie que possèdent les premiers. À travers cette condescendance, il faudrait sans doute comprendre la faiblesse relative des relations interpersonnelles face au poids structurel et "fonctionnel" des inégalités sociales locales. Ce phénomène illustre le conservatisme des élites, à travers des positions où il faut à tout prix respecter cet "ordre" qui consiste à avoir une place pour chaque catégorie et à mettre chaque catégorie à sa place. Cette logique inhérente au lien entre médecins et "patients" rejoint en partie celles que l'on connaît de cet échange social particulier qui met en exergue des normes sociales de régulation des comportements et des intérêts d'acteurs (Béland, 1989). Pourtant, dans le cas présent, l'inégalité de ce lien est disproportionnée et le rapport perverti par la faiblesse des choix proposés aux séropositifs. Pour ces derniers, la sympathie ou la générosité individuelles des médecins locaux occupe un champ délaissé qui aurait été celui d'un droit aux soins et à la parole.

Dans ces conditions, c'est presque une gageure de penser véritablement sensibiliser "l'opinion", dédramatiser le sida et promouvoir la prévention, si la seule association de séropositifs au Cameroun est presque sommée d'occuper le point aveugle de la mobilisation. La vulnérabilité des membres de l'association, dont la majorité est composée de mères isolées et pauvres, semble largement avoir déterminé leur exposition au VIH, en même temps qu'elle se manifeste dans le faible (contre) pouvoir qu'ils n'exercent pas en face des autorités "officielles".

### **Vulnérabilité et exclusions : un cercle vicieux**

#### *Pauvreté et vulnérabilité féminines : de dépendances en subordinations sexuelles*

La première remarque qu'imposent les rencontres avec les membres de l'AFSU tient à la relative homogénéité de leur origine sociale modeste. Sans emploi, dans leur majorité au moment de leur adhésion à l'association, la dépendance économique familiale caractérise leur situation, notamment pour les femmes dont la plupart sont des mères isolées après avoir été



mariées. Près de 80% de l'AFSU est composé de femmes dont la situation matérielle est des plus précaires. L'infortune de l'infection au VIH est survenue pour la plupart de ces femmes avec le mari ou le concubin qui est aussi le père des enfants ou de certains des enfants. La première grossesse indésirée ayant provoqué la pression du mariage revient de manière récurrente dans leurs discours, à côté d'un choix marital imposé par la nécessité de trouver un foyer pour décharger la famille d'un poids matériel, « parce que mes parents n'avaient pas les moyens; en me mariant, je croyais bien vivre... » souligne Mathilde. C'est donc à l'intérieur d'un couple constitué et reconnu socialement (le mariage et à un degré moindre le concubinage) qu'est survenue, dans la majorité des cas, l'infection au VIH pour les femmes de l'AFSU. Une minorité d'entre elles, dit avoir été contaminée avec des partenaires occasionnels.

L'aspiration à une sécurité matérielle que la famille n'était pas à même d'assurer, la " correction " sociale due à une grossesse indésirée et prématurée sont les deux éléments essentiels qui mettent en évidence l'exiguïté de l'autonomie de ces femmes dont le mariage fut principalement un pis-aller matériel. La vulnérabilité économique et sociale explique donc en partie cette soumission sexuelle à un mari ou un compagnon détenteur du pouvoir d'imposer sa manière de vivre sa sexualité. L'infidélité et le multipartenariat des partenaires masculins respectifs étaient connus de nos interlocutrices. « C'était un homme frivole, un jeune quoi ! Il avait l'air tranquille mais c'était quelqu'un qui aimait le vagabondage » (Nicole, 30 ans). Le fait d'être informée sur la maladie, de connaître une famille dans son voisinage confrontée au VIH/sida n'est pas, dans ces conditions, un facteur qui induit nécessairement à proposer le préservatif. Nicole poursuit : « J'ai pas pensé à ça puisque moi je ne pensais pas de ce mauvais côté. Mais s'il était encore là, c'est maintenant que j'allais lui parler des préservatifs pour qu'on ne s'infecte pas encore plus. J'étais fidèle à lui ». La vulnérabilité de ces femmes pèse d'un poids dont l'importance relativise et celui de l'information et celui de la confrontation à la maladie (de Loenzien, 1995) et remet en selle le cercle vicieux de la pauvreté et de la subordination sexuelle dans un contexte où le seul " risque " finalement a consisté à s'être mariées (Farmer, 1996). Le caractère maléfique attribué à cette maladie dont le risque paraissait abstrait concourt à son tour à accentuer cette vulnérabilité à l'infection au VIH.

La même vulnérabilité matérielle et culturelle (subordination sexuelle) se répercute sous d'autres formes dans leurs attitudes de personnes porteuses du VIH. En effet, c'est elle qui détermine largement le choix d'adhérer à l'AFSU, à défaut de pouvoir accéder aux soins de manière individuelle et confidentielle. Le président de l'association le reconnaît sans ambiguïté : « si nous avons accepté de nous regrouper c'est parce que nous avons des problèmes. Ceux qui ont les moyens ne viennent pas à l'association ». Même si l'idée de partager des expériences et de recevoir du soutien affectif rentre en ligne de compte, c'est le critère économique qui amène vers l'association ces personnes qui assument comme un tribut à payer les déperditions de confidentialité auprès du personnel médical et surtout les témoignages en comités restreints que leur commande l'adhésion à certains projets. Les expériences sociales de ces femmes depuis l'annonce du diagnostic donnent aussi des indications fécondes sur les effets de cette vulnérabilité qui est passée du registre de facteur aggravant de contracter le VIH, à celui de facteur d'exclusion à partir de l'annonce de la séropositivité.

### VIH et exclusion : le syndrome " réactionnaire " ?

Derrière cette contre-allusion à la métaphore du sida en tant que " syndrome progressiste " (Durand, 1996), nous voulons insister sur le fait que, au Cameroun actuellement, le sida renforce les conservatismes sociaux et idéologiques (au sens large du terme), plus qu'ils ne modifient de manière " progressiste " les différentes positions de pouvoir . Ce paragraphe vise à illustrer cette situation. Nicole, que nous avons évoquée plus haut, a accouché de son troisième enfant en 1996. Ses problèmes de santé ont débuté au quatrième mois de sa grossesse. Elle effectue des examens dans un petit centre de santé. Les résultats ne révèlent rien de particulier, malgré les diarrhées persistantes, une candidose buccale, la fatigue et les vertiges qui sont interprétés comme des phénomènes liés à la grossesse de Nicole. Deux jours après l'accouchement, Nicole est toujours sujette à des malaises et sa fille souffre de problèmes respiratoires . Le personnel soignant lui délivre néanmoins une autorisation de sortie de l'hôpital. La même nuit, la petite fille est prise de convulsions et de fièvre; Nicole la ramène au centre de santé qui l'oriente vers le service pédiatrique de l'Hôpital Central. Les symptômes que la mère et l'enfant présentent incitent les médecins à proposer à la petite famille un test du VIH pour lequel le mari est aussi sollicité. Ce dernier s'y oppose, arguant que le résultat des siens vaudra aussi pour lui. L'examen sérologique est positif pour la mère et l'enfant. Nicole annonce le résultat à son mari qui passe du déni de la maladie (« je ne crois pas à ça! ») à l'effondrement psychologique : « Il a dit qu'il allait se suicider quelque part. Je lui ai dit que ce n'est pas la meilleure solution, le Seigneur est capable de faire tout, ce que nous voyons vraiment gros Il le trouve petit. Je lui ai dit que je connais des séropositifs qui vivent dix, quinze ans, même plus sans déclencher la maladie. Il a dit qu'il préfère mourir. Il m'a abandonnée à l'hôpital avec l'enfant ». Nicole n'a plus jamais revu son époux depuis ce jour-là, malgré ses recherches.

Elle arrête l'allaitement maternel sur indication de son médecin. Seule et démunie avec trois enfants à sa charge, elle ne peut faire appel à son père qui l'a exclue de la famille douze ans plus tôt à la suite de sa première grossesse à l'âge de 16 ans. Le lait est fourni par la PMI pendant six mois, pour le reste la petite famille survit grâce à des subsides : « j'allais par-ci, par-là, de bureau en bureau... ». À l'âge de huit mois, la petite fille subit un prélèvement sanguin qui détecte une sérologie négative au VIH. Ce résultat est confirmé par un second test approfondi auprès d'un laboratoire français. Elle accueille cette séroconversion comme un miracle. Quelques mois après, Nicole rentre à l'hôpital pour une petite opération chirurgicale. Elle confie la dernière-née à sa fille aînée âgée de douze ans. « On m'a téléphoné à l'hôpital pour me dire que l'enfant avait juste un léger palu ». À sa sortie de l'hôpital, Nicole apprend que la petite fille est morte et enterrée. « Si l'enfant est mort ce n'est pas parce qu'il était malade. Ce qui a tué l'enfant c'est la malnutrition. Il était mal nourri. [...] L'anémie s'est présentée, on a essayé de chercher une veine pour une transfusion. On n'a pas trouvé pendant deux jours. À 20 h l'enfant a rendu l'âme, je n'étais même pas au courant. On a emmené le corps, on l'a enterré. Sans moi ».

Dans une certaine mesure, l'expérience de Nicole ne vaut pas que pour elle-même. Chacun des récits de vie que nous avons récoltés comporte sa concaténation de drames et d'exclusions qui ont des rapports multiples de causalité avec la séropositivité. Dans le cas de Nicole, l'annonce de la séropositivité a provoqué une exclusion et un isolement qui ont été

déterminants dans le décès de sa fille qui avait déjà eu la chance de subir une séroconversion. Les autres cas révèlent des exclusions similaires dues à l'annonce du statut sérologique assimilé de facto à la mort dont le processus aurait été commandité par un maléfice. Quelques temps après le décès de sa fille, Nicole a retrouvé son père, instituteur à la retraite, qui l'entoure aujourd'hui de son affection et de sa compassion. « Il m'a dit " va, attache-toi à Jésus Christ et marche formellement comme il demande. Là, le Seigneur aura pitié de toi " ».

Mme L.M. semble pour sa part avoir engrangé les malheurs que son diagnostic a accentués. Suite au décès de son mari dans des conditions indécentes dues au refus de se faire soigner et de révéler sa maladie à son entourage (il déchirait les résultats de ses analyses), L.M. rejoint le domicile paternel dont elle est chassée dès qu'elle a su et annoncé sa séropositivité. Sous la pression du père de famille, son frère lui arrache ses trois enfants pour que L.M. ne les " contamine " pas. « Mon père refuse de parler de cette maladie. il m'a dit " retourne dans ta belle-famille, tu dois mourir! " ». Elle adhère à l'AFSU de Douala dont elle devient la présidente régionale. Par la suite, elle sera une des premières à témoigner à visage découvert à la télévision nationale, sur proposition du responsable du PNLs de l'époque. Les conséquences dans son courage sont contraires aux résultats attendus. Les quelques portes qui lui étaient encore ouvertes dans le petit village de sa grand-mère où elle a trouvé refuge se referment successivement. Elle est obligée de parcourir les 200 km qui séparent ce village de Yaoundé à chaque fois qu'elle doit subir des soins infirmiers. Le petit personnel des centres de soins aux environs du village se refusent à la " toucher ". De sa mère, remariée en France, L.M. a reçu un peu d'argent et une Bible. Sa grand-mère monte la garde sur place. « Ma grand-mère dit que je vais guérir, pourtant on lui a dit que je vais mourir et la contaminer. Quand j'ai été très malade, elle m'a nettoyée comme un enfant ». Grâce au suivi assuré par le projet PRESICA, l'état de santé de L.M. s'est amélioré. « Je ne suis plus trop fatiguée, j'ai recommencé à semer les arachides ». L'histoire de L.M., qui mériterait de plus amples développements, est celle d'une jeune femme qui s'est soumise à tous les conseils et toutes les indications des personnes compétentes (dépistage, annonce de sa séropositivité à sa famille, témoignages à visage découvert, *etc.*) et qui a subi la panoplie des désagréments qu'induit le phénomène social sida au Cameroun. Si L.M. garde le moral elle dit qu'elle le doit à sa relation à Dieu : « c'est ma prière qui m'encourage, c'est le Seigneur qui m'a retenue ».<sup>+</sup>

Son parcours montre que la sensibilisation du public pour une plus grande tolérance face aux personnes vivant avec le VIH, ne peut faire l'économie de certains préalables. La rupture avec un certain discours officiel ambigu en est une condition *sine qua non*. À propos de l'appel aux témoignages en public, lancé par les détenteurs " légitimes " de la parole sur le sida, le président de l'AFSU ne décolère pas : « ils ont allumé un feu et ils veulent que nous l'éteignons. Ils vont l'éteindre eux-mêmes ». La métaphore du " feu " dont parle Andrew, désigne un des premiers slogans des campagnes anti-sida au Cameroun, comme dans beaucoup d'autres pays africains : " Le sida tue ! " C'est aussi celui qui, simplisme et raccourcis aidant, a été le mieux retenu par le grand public. Contre-productif à outrance, ce message semble aujourd'hui difficile à relativiser et la volonté de démystification prônée par l'AFSU se heurte à ce type de formulation qui n'est malheureusement pas la seule de cette

<sup>+</sup> L.M. est décédée à la fin septembre 1997, un mois et demi après cet entretien. Prise de diarrhées aiguës un jeudi, elle a mis trois jours pour parcourir les 200 km qui relient son village à la capitale, Yaoundé. La jeune femme y est arrivée un dimanche mais elle n'a pu bénéficier d'une perfusion de soluté glucosé que le lendemain. Elle est morte quelques minutes après avoir été mise sous perfusion.

logique paresseuse confinant quelques fois à des incuries intellectuelles. La marginalisation que subissent les séropositives met en exergue la fragilité de l'émancipation féminine. Ce processus altère par ricochet le lien social entre les genres face au sida et devrait appeler la société camerounaise à revoir radicalement cette idéologie insidieuse et réactionnaire que nous pouvons résumer par le triptyque : séniorité, masculinité et notabilité. À tel point que la seule ressource qui conserve de l'espoir à ces femmes vulnérables, séropositives et néanmoins actives, se manifeste par une oscillation entre la médication et Dieu. Ce va-et-vient schématise les itinéraires thérapeutiques des membres de l'AFSU dont la phrase rituelle, outre les formules expiatoires, est à peu de choses près : « toutes choses concourent au bien de ceux qui aiment Dieu » (Romains 8 : 28).

### **Conclusion**

Après trois ans d'existence légale, l'Association des Frères et Sœurs Unis se heurte à deux types de problèmes qui ralentissent son épanouissement. Les premières difficultés sont liées à l'ossature sociologique de l'association composée en majorité de personnes démunies, souvent des femmes seules, dont les besoins matériels relèvent de l'urgence. Le second faisceau de problèmes est lié aux enjeux sociaux et politiques de l'univers du sida au Cameroun dont l'AFSU subit les aléas et les modifications. En effet, la nouvelle idéologie de l'aide prône de plus en plus des actions de proximité destinées à la société dite " civile " au détriment des PNLS. La baisse des moyens alloués au PNLS du Cameroun, résultant de cette nouvelle tendance de l'aide, met en selle associations et ONG locales en même temps qu'elle réduit le pouvoir de coordination et de régulation du programme entre les différents protagonistes. Ces derniers se retrouvent dans un contexte où le partenariat cède sa place à une concurrence sévère face aux ressources de l'extraversion incarnées par les bailleurs de fonds étrangers. Dans cette logique, l'association des séropositifs subit la phagocytose exercée par certaines ONG à caractère multinational. Celles-ci sont en partie composées d'un personnel scientifique biomédical, dont certains ont aussi pris part, à des périodes différentes, à la lutte institutionnelle contre le sida au Cameroun.

La légitimité scientifique, la situation élitaire et l'expérience dans la lutte contre le sida de ces acteurs leur permettent de se placer en position intermédiaire entre les séropositifs et les financements externes. Nous avons essayé de montrer les dérives et les limites de cette nouvelle typologie dans l'univers camerounais du sida. Il n'en demeure pas moins que d'autres acteurs impliqués dans ce système atténuent la capacité de nuisance de cette compétition économique. C'est le cas du projet PRESICA qui représente un soutien médical, social et humain dont l'AFSU tire quelques bénéfices, en mesurant par la même occasion la réalité de la logique du don et du contre-don. À cette initiative, il faut ajouter quelques médecins camerounais qui dénoncent en sourdine les pratiques prévaricatrices soulignées plus haut et qui, individuellement et gratuitement, se portent au secours des séropositifs que ce soit en termes de soins ou de soutien affectif. Nonobstant cette précision, les problèmes posés par les membres de l'AFSU soulèvent avec acuité la question des droits de l'homme.

*L'implication des sciences sociales, pour un renforcement de la problématique des droits de l'homme face au sida au Cameroun*

Lorsque le président de l'AFSU assène son leitmotiv suivant lequel « il n'est pas question de traiter avec les séropositifs sans contribuer à leur bien-être », il se situe à son insu à la limite du slogan prophétique et du vœu pieu. Parce que ce qui manque fondamentalement dans cette mobilisation contre le sida c'est le recours formel à la notion des droits imprescriptibles de la personne, en l'occurrence de celles qui vivent avec le VIH. Les pressions et chantages qu'elles subissent et dénoncent à voix basse, puis la position marginale qu'occupe l'association sur l'échiquier du sida au Cameroun ne posent pas seulement des questions de moralité mais d'éthique et de violation des droits de ces personnes. Malgré les limites de toute recherche-action, les sciences sociales et la santé publique peuvent et doivent participer au respect de ces droits fondamentaux, de telle sorte que reviennent aux séropositifs l'intégralité des fonds qui leur sont destinés et des soins qui leur sont dus. Le but de la recherche-action est aussi d'améliorer la visibilité des enjeux dans lesquels l'association est engagée, de manière à ce qu'elle puisse élaborer des stratégies qui réduisent l'emprise de certains de leurs partenaires multinationaux. Il fallait donc commencer par le début : parler de l'association et rendre publics les obstacles qu'elle rencontre avant de lui soumettre l'objet de nos analyses. Mais c'est loin de suffire. Il est impératif d'augmenter le " pouvoir d'agir " (*empowerment*) de l'association, donc d'atténuer sa vulnérabilité sociale et politique, étant entendu que les deux phénomènes (pouvoir d'agir et vulnérabilité) agissent en sens contraires (Mann et Tarantola, 1996 : 441). Comment augmenter cette capacité d'action ? En aidant l'AFSU à monter et rédiger des projets signés directement par l'association à l'attention des bailleurs de fonds, pour que l'argument du " bagage intellectuel " déficient soit de moins en moins le prétexte pour les servir et se servir. Le fait d'essayer de valoriser l'association s'affirme comme un moyen de favoriser son action. Cela peut s'effectuer en mettant en contact l'AFSU avec d'autres associations, juvéniles ou féminines par exemple, dont la vocation initiale n'est pas la lutte contre le sida, mais qui veulent intégrer ce problème dans leur champ d'action. Ainsi, l'association vient de manifester son désir d'encadrer une association de jeunes en cours de création et qui opte spécifiquement pour la sensibilisation autour du phénomène du sida. Être des guides semblent augmenter le pouvoir d'agir de l'AFSU pour, *in fine*, être en mesure de peser de manière plus importante sur le champ socio-politique du sida au Cameroun.

Sans s'y référer directement, les préoccupations du président de l'AFSU rejoignent l'appel de Jonathan Mann qui nous rappelle la nécessité de recourir à une nouvelle stratégie globale de lutte contre le sida, inspirée du concept des droits de l'homme : « En tant que professionnels de la santé, nous avons le devoir d'amener et de forcer nos sociétés à prendre leurs responsabilités en matière de promotion et de protection des droits de l'homme et de la dignité. [...] Si la santé des uns influence celle des autres – au sein d'une communauté ou d'un continent à l'autre – le non-respect des droits des uns est une menace pour nous et pour nos propres droits » (Mann, 1996 : 224).

*Les nouvelles solidarités : 1998, entre espoirs et réconforts*

Depuis quelques mois un vent nouveau souffle sur l'association. Un généreux donateur a discrètement déposé un million trois cents mille francs CFA (!) sur le compte de l'AFSU. L'auteur de ce don a tenu à garder l'anonymat. Ce geste exceptionnel, quantitativement et

qualitativement honore cette personne et l'association s'est émue d'une ressource aussi providentielle. Non seulement ce geste intervient dans un contexte où l'on présente volontiers l'égoïsme et la vénalité comme les nouvelles « vertus » cardinales du Cameroun, mais aussi il apporte une aide décisive aux orphelins du VIH/sida à qui l'association a décidé de consacrer ce don. Rentrée scolaire oblige. C'est aussi le symbole qu'une lente prise de conscience éclaire d'un nouveau jour la sensibilisation inhérente à l'impact du sida et à la solidarité impérieuse que la pandémie exige au Cameroun. Une bonne nouvelle n'arrivant jamais seule, l'AFSU aura très bientôt des locaux à l'extérieur des structures publiques. C'est encore la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) qui vient de souscrire à ce vœu que l'AFSU formule depuis bien longtemps : l'indépendance pour une action plus « libre ». La GTZ s'engage à financer une partie de ce projet de location d'un local pour l'AFSU sur une durée de trois ans. Ce local servira de centre de counselling, de documentation et d'information sur le VIH/sida. D'autres donateurs sont attendus pour pérenniser ce projet. À côté des aides financières, des particuliers s'investissent aussi pour apporter leurs compétences à la promotion de l'association.

Ainsi, en 1997, le journaliste Jean Materne Ndi, que l'on ne présente plus, avait fait participer quelques membres de l'AFSU à une de ces émissions. Les témoignages, à visages couverts, avaient permis de faire connaître l'association et à obtenir quelques dons grâce au compte en banque que le même J. M. Ndi avait eu la bonne idée d'ouvrir au nom de l'association. Le directeur de la CRTV, M. Gervais Mendo Ze, avait alors inauguré ce compte par un don personnel de cent mille francs CFA. M. Ndi, toujours en 1997, avait en outre monté une série de spots télévisés avec la gracieuse participation d'artistes et d'hommes publics de renom qui ont tous répondu à la demande du journaliste sans demander la moindre contrepartie. Depuis peu, c'est le célèbre comédien et dramaturge Dave K. Moktoi qui a décidé de monter une pièce de théâtre avec les sociétaires de l'AFSU. Ce projet qui sera financé par la même GTZ aura une vocation simple, celle que l'AFSU appelle de ses vœux : démystifier la maladie pour mieux sensibiliser. Toutes ces bonnes volontés et celles qui ne demandent qu'à éclore montrent que les ressources de la « solidarité » face au sida commencent à émerger. A tel point que l'on puisse commencer à envisager une « politisation » du sida qui donnerait plus de poids à l'association. Se dirige-t-on au Cameroun vers une « civilisation » (au sens de « société civile ») ou une inflexion de la bio-politique dont Foucault disait qu'elle s'exprimait par « le droit de faire vivre et de laisser mourir » (Foucault, 1997 : 214) ?

### Références bibliographiques

Bayart J.-F.

1989 *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Fayard, Paris.

Béland F.

1989 " Application d'une théorie de l'échange social à l'étude des liens entre les médecins et leur clientèle ", *Sciences Sociales et Santé*, VII (2) : 67-72.

Bibeau G.

1991 " L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes ", *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3) : 125-147.

- 1996 " La spécificité de la recherche anthropologique sur le sida ", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 13-30.
- Cros M.  
1996 " Les " maladies qui collent " : du terrain à l'écriture...", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 129-136.
- Defert D.  
1989 " Le malade réformateur ", *SIDA* 89 : 14-17.
- Durand D.  
1996 " Le sida, épidémie " progressiste " ? ", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 301-305.
- Éboko F.  
1996 " L'Etat camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida ", *Politique Africaine*, 64 : 135-145.
- Fabre G.  
1993 " La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales, *Sciences Sociales et Santé*, XI(1) : 5-32.
- Farmer P.  
1996 " L'anthropologue face à la pauvreté dans un contexte rural ", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 89-100.
- Foucault M.  
1997 *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France 1976*, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes Etudes », Paris, 283 p.
- Gruénais M.-E.  
1996 " Être malade ou être sidéen ", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 219-229.
- de Loenzien M.  
1995 *Connaissances, opinions et attitudes relatives au sida en milieu rural africain (Sénégal, Cameroun, Burundi)*, thèse de doctorat, Université Paris V, 520 p.
- Mann J.  
1996 " L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités- Un défi ", *Prévenir*, 30 : 217-224.
- Mann J. et Tarantola D.  
1996 *Aids in the World II*, Oxford University Press, New-York.
- Vidal L.  
1995 " Les risques du culturalisme ", *Le journal du Sida*, 75-76 : 32-34.  
1996 " Se représenter le sida. Enseignements anthropologiques d'expériences abidjanaises de la maladie ", dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris : 139-147.





## QUELLES “COMMUNAUTÉS” ET QUELS “LEADERS”

### POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA ?

Réflexions à partir des cas ivoirien et sénégalais sur l'implication des instances religieuses dans les programmes de lutte contre le sida \*

Karine DELAUNAY

Fonds Documentaire IRD

Cote : A\* 33372 Ex :

#### Présentation

L'étude dont est tirée cette communication vise à analyser les relations entre PNLs et ONG/associations, et, plus largement, entre acteurs institutionnels et non institutionnels, cela dans une perspective historique (depuis les débuts de la pandémie) et par une approche comparative entre Côte-d'Ivoire et Sénégal. Il s'agit là de deux pays de l'Afrique de l'ouest francophone qui font l'un et l'autre figure de “ modèles ” mais qui présentent des contrastes intéressants, à la fois du point de vue épidémiologique (avec des taux de séroprévalence bas au Sénégal et élevés en Côte-d'Ivoire) et du point de vue socio-politique (mouvement associatif plus ancien au Sénégal, tandis qu'en Côte-d'Ivoire son développement semble avoir été longtemps entravé par les rôles dévolus à un “ État entrepreneur ” associé à un Parti Unique). Parallèlement, ces deux pays n'ont pas non plus la même expérience de la “ santé communautaire ” et présentent des profils religieux différents.

La communication présentée entend interroger les évidences et postulats à partir desquels se construit la politique de lutte contre le sida en vue d'éclairer les orientations et les choix explicites et implicites qu'elle implique. Aussi, partant des premiers éléments issus de l'étude, s'agira-t-il davantage d'ouvrir des questions plutôt que d'apporter des résultats au sujet de la volonté officiellement affirmée d'impliquer des « communautés » et des « leaders communautaires » dans la lutte contre le sida.

#### La nécessité pour les PNLs d'instaurer des partenariats

La reconnaissance officielle des premiers cas de sida dans les pays africains a entraîné la création, par les États, des PNLs (Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida) selon les recommandations et en conformité avec les directives de l'OMS. Il s'agit là des premières instances créées spécifiquement en réponse à la pandémie : des instances étatiques, centralisées, pour lesquelles s'est rapidement posé le problème de la conduite d'actions “ de proximité ”.

\* Communication présentée à la X<sup>e</sup> CISMAL (Abidjan, décembre 1997).



### ***Qu'en est-il de la décentralisation ?***

La conception originelle des PNLS ayant été considérée comme trop verticale et médicale, l'ouverture à la multisectorialité et à la décentralisation est prônée dans le cadre de l'élaboration des PMT 2 (2èmes Plans à Moyen Terme) dans les années 1992/93. Cela étant, la décentralisation ainsi opérée prend pour l'essentiel appui sur les hiérarchies et découpages administratifs et sanitaires.

### ***Le partenariat avec les ONG***

Les activités de prévention ont rapidement fait apparaître la nécessité d'identifier et de faire appel à des " relais " entre les structures du PNLS (dont Comités locaux ou régionaux) et " les populations ". Force est de constater que cette position de " relais " a été prioritairement occupée par des ONG nationales et internationales (non sans d'éventuels liens entre elles). Désormais, ces ONG sont représentées au sein du CNLS et leurs activités sont incluses dans la programmation du PNLS.

### ***À la recherche du "communautaire"...***

Déjà, en 1992, l'OMS avait donné à la Journée mondiale du sida le slogan « Les communautés s'engagent » ; de fait, dans les deux pays considérés, État et ONG ont répondu à cette invitation. Mais il semble qu'on en appelle aujourd'hui à une autre forme de mobilisation dite « communautaire » par le biais de la « participation » ; ainsi bailleurs de fonds, organismes internationaux et PNLS parlent-ils désormais, aux côtés des ONG, des « OAC / OBC », c'est-à-dire des Organisations à Assise/Base Communautaire (posant évidemment la question de la constitution de telles OAC/OBC, dont on peut penser que leur mise en avant ne va pas sans correspondre à une volonté de formalisation de réseaux sur lesquels les ONG ont antérieurement pris appui, voire que ces ONG ont contribué à créer ou remodeler).

N'allant pas sans rappeler les orientations données à la politique de soins de santé primaire, *via* la « santé communautaire », cet appel à la participation communautaire face au sida intervient — et cela ne saurait être simple coïncidence — au moment même où organisations internationales et instances nationales posent ouvertement la question de la prise en charge des malades infectés par le VIH, sachant qu'elle ne pourra être résolue par les seules structures sanitaires existantes et qu'elle renouvelle donc la nécessité de mettre en place et de promouvoir des " actions de proximité ".

### **Un partenariat privilégié : PNLS et instances religieuses**

Dans ce contexte d'appel à la mobilisation communautaire, on observe, aussi bien au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire (malgré des contextes différents), une forte implication des instances religieuses. À tel point qu'il semble qu'on ait là affaire à un partenariat privilégié entre PNLS et instances religieuses.

### *Une implication précoce et massive des instances religieuses*

En Côte-d'Ivoire, a été créé, dès 1988, un Comité Chrétien de Lutte contre le Sida, aussitôt intégré au CNLS sur décision du ministère de la santé ; aujourd'hui, à Abidjan, près de la moitié des ONG faisant de la prévention ont des liens avec des mouvements religieux, avec une nette prédominance catholique. Si, au Sénégal, la référence religieuse paraît plus diffuse qu'en Côte-d'Ivoire dans le cadre de la mobilisation des organisations non gouvernementales, il n'en reste pas moins que c'est le Président de l'ONG musulmane Jamra qui, coordonnant AFRICASO-Sénégal, représente les ONG au sein du CNLS.

### *Un partenariat qui tend à s'institutionnaliser*

En fait, l'implication religieuse ne relève pas de la seule dynamique associative ou non gouvernementale. Déjà, dans les années 1990, au Sénégal comme en Côte-d'Ivoire, se sont tenus, avec l'appui des PNLS et de certains bailleurs de fonds, des Colloques et Ateliers visant à l'élaboration de stratégies d'action par les instances religieuses face à la pandémie de sida. Sorte de point d'orgue de ces premières réunions, a été organisé en novembre 1997, à Dakar, le premier Colloque international " Sida et Religion " réunissant des représentants des grands cultes institués, des acteurs du milieu médical et des responsables des PNLS : ce Colloque a donné lieu à la constitution d'un Comité de suivi pour un partenariat entre médicaux et religieux dans la prévention et la prise en charge.

### *Le religieux, aujourd'hui appelé à devenir un « médecin spirituel » ?*

Non seulement ce Colloque international tenu à Dakar en novembre dernier concrétise la tendance à l'institutionnalisation du partenariat entre PNLS et instances religieuses, mais ses orientations et conclusions soulignent qu'il est désormais question de faire du religieux un « médecin spirituel ».

Face à une pandémie où la médecine s'est révélée durablement impuissante et à des systèmes sanitaires orientés vers le curatif, les instances religieuses ont pu faire valoir aussi bien leurs compétences en matière d'écoute que leur proximité aux populations, notamment les plus démunies (considérées comme les plus difficiles à sensibiliser par les canaux institutionnels) ; de plus, elles disposaient d'une capacité indéniable à parler des conduites individuelles, y compris celles relevant de l'intimité et/ou des rapports entre hommes et femmes mis en cause dans l'expansion de la pandémie. Dans une certaine mesure, les PNLS n'ont donc pu qu'entériner une situation de fait quant à la place revendiquée par les milieux religieux en matière de prévention comme pour le soutien aux séropositifs et malades du sida.

Il n'en demeure pas moins que la place désormais officiellement reconnue aux instances religieuses dans les stratégies de lutte contre le sida ne va pas sans poser question ; rappelons que la session 40 de la CISMA est précisément consacrée au thème " Rôle des leaders et des communautés religieux dans la prévention et la prise en charge sociale des personnes infectées

et affectées par le VIH <sup>1</sup> alors que les actions des communautés locales, telles que les mairies, font l'objet d'un forum satellite organisé par le PNUD ; soulignons aussi que, toujours dans le cadre de la CISMA, les présidents et rapporteurs de la Conférence sur " Éthique, droit et VIH " (du 10 décembre) sont des membres éminents de l'église catholique et de la CARITAS de Côte-d'Ivoire. Dans ces conditions, est-il totalement illégitime de considérer que la qualification de « médecin spirituel » accordée aux religieux participe d'une tendance plus large consistant à dissocier ce qui relève des pratiques curatives des milieux proprement médicaux des problèmes de santé publique posés par la pandémie de sida, sachant que ces derniers sont, de fait, accrus par les systèmes socio-sanitaires existants ?

### **Implication religieuse et configuration de la lutte contre le sida**

On comprend de la sorte que l'implication des instances religieuses dans les programmes de lutte contre le sida ne soit pas seulement une question particulièrement d'actualité en rapport avec le Colloque de novembre dernier mentionné plus haut : elle constitue une " entrée " significative pour interroger les configurations prises par la lutte contre le sida, que ce soit du point de vue des acteurs ou représentants de la " société civile " que l'on entend y engager ou que ce soit au niveau du contenu que l'on souhaite donner à la prévention comme à la prise en charge.

#### *Quelles instances religieuses ?*

S'agit-il de prendre appui sur les liens sociaux créés par les diverses appartenances religieuses ou de promouvoir certaines autorités religieuses qui recevraient ainsi une légitimation officielle, voire politique ? En effet, la reconnaissance officielle des actions religieuses de la part des PNLs paraît quelque peu sélective : au Sénégal, les Imams sont bien davantage sollicités que ne le sont directement les marabouts et réseaux maraboutiques (malgré leur rôle dans la vie sociale) ; en Côte-d'Ivoire, ce sont les cultes universalistes qui sont reconnus, l'église catholique occupant une position de premier plan, tandis que les nouvelles églises ou l'animisme sont laissés de côté (un écart significatif se creusant ainsi entre les recours symboliques et religieux effectivement mobilisés par les populations ivoiriennes et les instances officiellement actives).

En quoi un chef religieux peut-il être pris comme " leader d'opinion " ? Plus largement, sachant que l'appel à la mobilisation de tels " leaders " est d'abord intervenu dans le domaine de la prévention, quel est l'impact des activités d'un " leader d'opinion " sur les éventuels changements de comportements individuels ?

#### *Pour quelle lutte contre le sida ?*

Comment et dans quelles conditions un discours de prévention qui entend responsabiliser les individus épouse-t-il les formes d'un discours prescriptif définissant le " Bien " et le " Mal " des conduites individuelles ? Parallèlement, quelles sont, dans ce cadre, les marges de négociation

---

<sup>1</sup> Peut-être n'est-il pas inutile de préciser que j'avais soumis le résumé de la présente communication dans le cadre de cette session 40 ; or, son acceptation pour une présentation orale s'est accompagnée d'un transfert à la session 8 portant sur le " Rôle des leaders politiques et des communautés "...

permises ou tolérables quant au contenu même des messages préventifs diffusés (en premier lieu au sujet de l'utilisation du préservatif) ?

Comment et dans quelles conditions un " soutien spirituel " est-il assimilable au soutien psychosocial ? De même, comment et dans quelles conditions tenter de surmonter le tabou de la séropositivité, lié à la prégnance culturelle de la notion de honte, et lutter contre le rejet social des personnes atteintes peut-il se résumer en de la " compassion " exprimée par les membres d'une communauté religieuse et au sein de celle-ci ?

## Conclusion

Suite à l'ouverture de telles questions, il me paraît important de souligner que les expériences déjà conduites dans le domaine de la " santé communautaire " *via* la mise en place des soins de santé primaire et des Comités de gestion ont amplement montré que la mise en œuvre d'une " participation populaire " engageait nécessairement des relations dynamiques de pouvoir (plus ou moins explicites) au sein des sociétés concernées. Or, face au sida, la prise en compte effective de tels enjeux de pouvoir est d'autant plus essentielle que, d'une part, les jeux de pouvoir ne s'y affirment guère directement, prenant appui sur les registres de la pitié, de la compassion et, plus largement, de l'humanitaire, et que, d'autre part, la lutte contre le sida peut aussi bien prendre la forme d'une lutte conservatrice pour la préservation d'un ordre ancien que la forme d'une lutte pour l'émancipation des catégories dominées dites " vulnérables " vis-à-vis de l'infection à VIH. Identifier des " leaders " et des " communautés " pour décentraliser la lutte contre le sida, y compris lorsque l'on se situe hors de la pyramide politico-administrative des " dirigeants " en vue d'une ouverture à la mobilisation de " la société civile ", c'est donc nécessairement faire des choix d'ordre politique.

Plus important peut-être, si l'on entend mobiliser " la société civile " face au sida en ayant recours à des " communautés " et des " leaders ", cela signifie alors que les instances nationales et internationales prônant cette ouverture ne peuvent manquer d'agir sur la configuration même de cette société civile dont on connaît, par ailleurs, les difficultés d'émergence et d'expression dans le contexte actuel de transitions démocratiques récemment amorcées. Deux aspects sont alors à envisager : d'une part, le problème d'une éventuelle instrumentalisation de la lutte contre le sida en vue d'une lutte pour le pouvoir, *via* la reconnaissance officielle, de la part de (et entre) communautés constituées au sein desquelles certains leaders seraient dès lors en mesure de renforcer leur position ; d'autre part, la question des processus de " partition " de la société civile, sachant qu'ils peuvent conduire à la formalisation et à la " substantification / catégorisation " de différents réseaux sociaux dont les configurations sont loin d'être figées (particulièrement en ces temps de crises multiformes), cela selon les intérêts et représentations des instances étatiques et des organisations internationales vis-à-vis de la lutte contre le sida et de ses enjeux. On l'aura compris, la mobilisation religieuse ne saurait faire exception et échapper à ce type de questionnement.



## DES GUÉRISSEURS IVOIRIENS AU RISQUE DU SIDA \*

Jean Pierre DOZON

Fonds Documentaire IRD

Cote : A\* 33372 Ex :

Avant de présenter ma recherche en cours qui porte sur la façon dont un certain milieu de guérisseurs ivoiriens s'est emparé peu ou prou du problème du sida dans le contexte d'un pays qui est le plus touché en Afrique de l'Ouest par l'épidémie, je rappellerais les termes d'une réflexion que j'avais menée quelques années auparavant sur ce qu'on appelle la valorisation ou la revalorisation de la médecine traditionnelle en Afrique. S'appuyant notamment sur un assez bref terrain que j'avais fait au Nord-Bénin en 1986 dans le cadre d'une évaluation du système de santé qui comportait précisément une filière de guérisseurs locaux "valorisés" par les autorités sanitaires, elle consista brièvement à dire que cette stratégie de valorisation, qui entrait dans les politiques de soins de santé primaires conçus à la fin des années 70, était tout à la fois illusoire, peu efficiente et surtout disqualifiante pour ceux-là mêmes qui en étaient la cible. Il m'était en effet apparu que cette notion très idéologique de valorisation (qui pouvait être par ailleurs fort bien récupérée par les États africains comme une forme de reconnaissance de compétences authentiquement africaines) opérait une très réelle réduction des pratiques des guérisseurs séparant le bon grain des savoirs botaniques et médicinaux de l'ivraie que représentaient leurs revendications de pouvoirs (divination, contre-sorcellerie, *etc.*) généralement légitimes pour ceux qui les consultaient. Ce qui était largement conforté par l'expérience qui était menée à l'époque au Nord-Bénin où une dizaine de guérisseurs, qui avaient accepté de venir faire des consultations dans un centre hospitalier sous contrôle médical, s'étaient au fils des mois finalement retirés, considérant qu'il n'y avait dans cet essai de complémentarité médicale rien à gagner (ni statut, ni réelle reconnaissance) et sans doute quelque chose à perdre du côté de leur réputation et de leur légitimité traditionnelle. Par ailleurs, ma fréquentation des guérisseurs au Bénin mais surtout en Côte-d'Ivoire m'avait forgé la conviction que la médecine ou les médecines traditionnelles n'avaient nul besoin d'être valorisées, bien plutôt qu'elles s'auto-valorisaient pour deux raisons principales. D'une part, le fait que les *habitus* thérapeutiques (notamment dans le domaine étiologique) laissaient toujours une large marge de manœuvre aux guérisseurs (quant bien même pouvait-on admettre, comme cela était souvent dit par les intéressés eux-mêmes, qu'il y avait des pertes dans la transmission des savoirs). D'autre part, le fait, devenu assez trivial, que les carences et les dysfonctionnements des systèmes de santé et de la biomédecine relativisaient leur hégémonie officielle et permettaient ainsi aux guérisseurs d'afficher vis-à-vis d'eux une certaine compétitivité.

Ces analyses se sont avérées finalement un peu courtes. Si l'idée d'une valorisation de la médecine traditionnelle devant déboucher sur une complémentarité organisée des deux

\* Communication présentée à l'Atelier ORSTOM *Maîtriser les risques, gérer les pratiques* (Marseille, SHADYC, 21-22 octobre 1998).



médecines me paraît toujours problématique et propre à multiplier entre elles les malentendus, celle en revanche d'une valorisation qui n'intéresserait pas les guérisseurs parce qu'ils y auraient plus à perdre qu'à gagner, me paraît maintenant largement sujette à caution. En effet, nombreux, désormais, sont les exemples en Afrique d'associations de tradithérapeutes soutenues par les pouvoirs publics qui valorisent leur pratique traditionnelle en la modernisant, très précisément qui proposent un affichage de compétences plus ou moins réglées sur la nosologie biomédicale ainsi qu'un mode de présentation des médicaments et des posologies empruntant formellement aux normes pharmacologiques. A quoi s'ajoute le fait que ce mouvement associatif a débouché dans plusieurs pays sur une reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle, voire sur sa légalisation, et sur toute une dynamique de milieux de tradithérapeutes qui organisent des expositions, des colloques, circulent de pays à pays, en Afrique et ailleurs dans le monde, trouvant parfois d'autres reconnaissances, notamment du côté de ceux qui, au Nord, pratiquent ou soutiennent certaines médecines alternatives. Il y aurait sur tout ceci beaucoup de choses à dire et à analyser, particulièrement sur la façon dont s'opère une coupure entre ces milieux de tradithérapeutes dont les leaders sont souvent instruits et se comportent comme des "courtiers du développement", et un autre monde de guérisseurs qui échappe, volontairement ou non, à cette dynamique promotionnelle. Mais il y a surtout à considérer qu'il y a là tout un univers de stratégies et de positionnements qui déborde de beaucoup la seule politique de valorisation et d'intégration voulue plus ou moins clairement par les pouvoirs publics africains.

C'est cette question que je vais aborder à travers l'exemple de tradithérapeutes ivoiriens confrontés au problème du sida. Je préciserai au préalable que, par rapport à beaucoup d'autres pays africains, la Côte-d'Ivoire s'est inscrite tardivement dans le mouvement de valorisation de la médecine traditionnelle. Elle est en train de le faire aujourd'hui en favorisant le mouvement associatif, en autorisant diverses expositions et promotions de produits médicinaux, et surtout en tentant, au travers d'ateliers de consensus, d'élaborer un cadre d'intégration nationale de sa médecine traditionnelle qui permet tout à la fois aux pouvoirs publics d'en garder le contrôle et de favoriser un milieu de guérisseurs compétents et honnêtes, c'est-à-dire capables d'exclure de leurs rangs ceux qu'on s'accorde à nommer des charlatans.

Les choses ne sont à l'évidence pas aisées, comme en témoigne le fait que l'homéopathe, nommé par les pouvoirs publics à la tête de la principale association, s'est trouvé récemment désavoué par une majorité de guérisseurs-membres et remplacé par l'un d'entre eux, un tradithérapeute qui se veut dynamique et moderne en revendiquant un savoir exceptionnel des plantes capable de s'associer utilement à la biomédecine.

Mais il se trouve que cette récente politique ivoirienne (début des années 90) a coïncidé avec une forte expansion de l'épidémie du sida. Il ne s'agit pas là d'une coïncidence fortuite puisqu'on disait ici et là chez les acteurs, notamment occidentaux, de la lutte contre le sida qu'un concours maîtrisé des guérisseurs, compte tenu de la faiblesse de la médecine, pourrait être très utile à la prise en charge des malades, voire à la prévention de la transmission. A la même époque, je songeais qu'indépendamment de cette valorisation de la médecine traditionnelle par le biais du sida et de la dynamique associative qu'elle a enclenchée, l'infection par le VIH, compte tenu de l'impuissance médicale mais aussi des recherches de sens qu'elle ne



pouvait que susciter, allait constituer de toutes les façons un créneau d'auto-valorisation pour de nombreux guérisseurs et représentants des mouvements prophétiques.

En fait, les enquêtes menées au tout début des années 90 auprès de plusieurs dizaines de guérisseurs et prophètes ne confirmaient pas cette dernière hypothèse. Rares étaient ceux qui avaient quelque chose à dire de particulier sur le sida, et quand ils disaient quelque chose c'était souvent pour expliquer que cette maladie n'était pas nouvelle, que, soit du côté des symptômes (maigreur), soit du côté des causes (transmission sexuelle), elle était connue d'eux et pouvait être éventuellement soignée. Seul un prophète-messie célèbre en parlait en terme de châtement divin et affirmait avoir mis au point un " vaccin " qui protégeait ses adeptes. A l'encontre de l'hypothèse avancée, il m'apparaissait alors que le monde des guérisseurs se conduisait à l'égard du sida avec beaucoup de prudence, comme si ce qu'ils en savaient de plus notoire, c'est-à-dire le fait qu'il tuait (des campagnes d'information sur le thème du " sida tue " s'étaient largement diffusées dans le pays), les amenait à ne pas prendre le risque d'accueillir des personnes atteintes qui mourraient chez eux, le sida pouvant tuer aussi carrières et réputations.

Toutefois, en découvrant, peu après sa création (1991), la principale association ivoirienne de tradithérapeutes, l'ASSIMENAT (Association ivoirienne pour la valorisation de la médecine naturelle et traditionnelle dont les membres composant sa direction étaient tous installés à Abidjan ou dans sa périphérie, possédaient une certaine instruction et voulaient moderniser les pratiques traditionnelles par un affichage rationalisé de leurs savoirs phytothérapeutiques, se disant volontiers docteurs et chercheurs, parlant de leurs laboratoires, *etc.*), les choses s'avèrent assez différentes. L'un d'entre eux, un certain Mian Éhui, sur lequel j'ai déjà écrit un texte, s'était emparé du sida et en avait très habilement fait sa spécialité sur deux points au moins. D'une part, en faisant en sorte que les personnes atteintes ne fussent plus, chez lui, confrontés aux termes qui disent et connotent la maladie (sida, séropositivité, préservatif, *etc.*), comme si le fait de les taire constituait un début de guérison (en l'occurrence d'effacement du sida comme sentence de mort), d'autre part en leur proposant un traitement et des interdits sexuels qui laissaient espérer une possible guérison. Et bien que ce type de prise en charge ne fût assurément pas en accord avec ce que pouvaient attendre les autorités sanitaires des tradithérapeutes, Mian Éhui considérait qu'il travaillait en complémentarité avec la médecine et espérait que celle-ci viendrait tester ses médicaments et ses résultats thérapeutiques. D'autres membres de cette association et d'une autre, concurrente (mais moins dynamique), se firent également spécialistes du sida, à l'instar d'un certain Britto, se voulant également docteur et chercheur, qui fut un moment invité au CHU par le principal responsable ivoirien de la lutte contre le sida pour y tester ses remèdes, mais qui fut vite renvoyé *mamū militari* à sa très douteuse entreprise thérapeutique. Britto prit l'affaire fort mal et depuis lors, tout en proclamant haut et fort guérir le sida, ne cesse de déclarer son hostilité à une médecine ivoirienne pieds et mains liés, selon lui, aux intérêts de la recherche occidentale et incapable de défendre ceux du pays et de l'Afrique en général.

A l'encontre d'une politique de valorisation qui escomptait peu ou prou faire du sida un moyen d'intégration contrôlé de la médecine traditionnelle, des représentants de celle-ci, membres d'association, militants pour sa modernisation et se voulant des interlocuteurs privilégiés des autorités médicales, inventèrent les règles d'un jeu que cette politique n'avait imprudemment jamais fixées. Pour ces tradithérapeutes, dont la modernité même semblait se mesurer à leur

capacité de s'approprier le sida (ce qui les distinguait de beaucoup d'autres, plus traditionnels, pour lesquels le sida requérait au contraire de la circonspection), la médecine ne pouvait en principe que les prendre en considération puisqu'elle se disait impuissante à guérir et qu'eux-mêmes s'alignaient sur elle en prétendant faire des recherches, mener des essais thérapeutiques et avoir des résultats que la science se devait d'examiner avec une certaine bienveillance. On pourrait dire ici que les autorités médicales ivoiriennes prirent un risque non mesuré de mêler le sida à la valorisation de la médecine traditionnelle puisque ceux-là mêmes, parmi les tradithérapeutes, qui se lancèrent dans cette double opération furent vite suspects d'affairisme et d'escroquerie.

C'est dans ce contexte où la politique de valorisation paraissait s'infléchir en son contraire qu'est survenu un événement bien intéressant. On apprenait, en effet, en 1992, qu'un guérisseur ghanéen, réputé pour ses performances dans le traitement du sida et répondant au nom de Koffi Drobo II, avait été trouvé mort, suicidé au revolver. L'intrigue se déroulait non loin de la frontière ivoirienne, dans la partie ghanéenne du pays abron, et fit " grand bruit dans le landerneau " des guérisseurs. L'homme était incontestablement connu, souvent interviewé par la presse, au Ghana, mais aussi en Côte-d'Ivoire où il avait manifestement inspiré des personnages comme Ehui et Britto. Les rumeurs allèrent bon train sur les circonstances de sa mort, mais une version, racontée sous la forme d'un " polar " par un journaliste ivoirien un an plus tard, en devint la référence obligée. Elle consistait à dire (après enquête) que Drobo II, suite à une invitation au Japon où des scientifiques l'auraient reçu, fut assassiné en fait par une multinationale pharmaceutique avec la complicité de responsables ghanéens, qui aurait soudoyé un de ses proches pour le tuer et pour empêcher les Japonais d'avoir la haute main sur ses secrets.

Quoi qu'on puisse penser de cette affaire, elle fut constitutive d'une scène où le message d'information sanitaire " le sida tue " prit la forme d'un meurtre de guérisseur qui disait tuer le sida, attendu que cette maladie serait aussi et surtout un enjeu intense et dangereux de compétition internationale pour lequel les Américains et les Européens (soit les blancs) feraient tout pour que les Japonais, habiles à détecter les prouesses des Africains, ne pussent exploiter le remède du sida. Il y a là une composition à trois termes fort intéressante : l'Africain, victime et innocent, le Japonais habile et intéressé, les " blancs ", dominateurs et meurtriers.

Mais cette scène se cristallisa encore davantage par le fait que Mian Éhui, membre actif de l'ASSIMENAT et lui-même spécialiste ivoirien du sida, fut lui-même prit d'une attaque (hémiplegie) peu de temps après avoir été invité en Chine par des représentants de la médecine traditionnelle. S'il ne mourut pas et s'il expliqua que son attaque était due à une action de sorcellerie commise par un confrère, Mian Éhui, après un séjour à l'hôpital et de nombreuses consultations de guérisseurs (non-membres de l'association) n'a pas réussi à recouvrer le niveau d'activités qu'il avait antérieurement. Et plusieurs guérisseurs enquêtés de me dire que décidément il ne faisait pas bon s'occuper de sida, qu'il y avait quelque risque à s'aventurer sur un terrain où seuls les blancs entendent régner. La prudence à l'égard du sida que j'avais pu observer chez de nombreux guérisseurs et qui m'apparaissait être notamment liée au fait qu'ils ne tenaient pas à ce que des patients mourussent chez eux, devenait maintenant une très réelle méfiance vis-à-vis d'un phénomène quasi-politique qui pouvait mettre leur vie en jeu.

Toutefois, pour reprendre le fil de mon propos sur l'ASSIMENAT, et en particulier sur son équipe dirigeante, les choses se présentent aujourd'hui d'une manière assez ambiguë et ambivalente. D'un côté, en effet, compte tenu que les pouvoirs publics poursuivent leur politique de valorisation de la médecine traditionnelle et impliquent tout particulièrement cette association pour qu'elle mène, avec des médecins et des botanistes, un recensement de tous les guérisseurs du pays en fonction de leurs compétences et de leurs incompétences, le sida reste pour l'ASSIMENAT un domaine d'investissement tout à fait essentiel. Comment pourrait-elle admettre que cette valorisation fasse l'impasse sur un fléau que ne laisse de poser des problèmes à la médecine et ne reconnaisse pas qu'au moins certains guérisseurs peuvent apporter leur contribution à la lutte contre le sida ? C'est en tout cas dans cet esprit qu'elle eut l'intention, en 96, d'organiser un séminaire à Yamoussoukro sur le thème " Vaincre le sida " ; intention seulement, car, faute de soutien public, il n'eut pas lieu...

En fait, à suivre son nouveau président, qui déclare lui-même avoir quelques compétences en matière de sida, il faut que l'Association s'occupe de l'infection par le VIH, comme il est nécessaire qu'elle s'investisse dans le paludisme par rapport auquel la biomédecine subit aujourd'hui de graves revers. Mais il lui faut, précise le président, ne pas commettre d'imprudences, ne pas laisser dire à tel ou tel qu'il guérit complètement le sida, mais lui suggérer d'indiquer qu'il le soulage ou qu'il soigne certaines maladies opportunistes, pas plus, même si le travail de recherche auquel se livre désormais tout bon tradithérapeute peut l'amener à découvrir un remède efficace. Bref, l'association semble suivre une logique de " *double bind* " où, d'un côté, le sida constitue une opportunité de valorisation ou d'auto-promotion (ce qu'assez confusément confirment certains médecins ou certains responsables sanitaires) et où, d'un autre, il représenterait le danger de se voir exposer, sinon à un risque de mort, du moins aux foudres de cette médecine à laquelle les tradithérapeutes veulent par ailleurs s'allier. Toutes choses qui s'observent fort bien chez les guérisseurs les plus en vue de l'association qui indiquent rarement sur leur panneau ou leur fiche publicitaire le mot sida, mais qui, malgré tout, n'en font pas l'impasse puisqu'ils lui substituent tout cet ensemble de métaphores ou de métonymies (maladies virales, maladies sexuelles, maladies du sang, zona, diarrhées, etc.) par lesquelles le sida se laisse aisément signifier, revendiquant ainsi sur un mode mineur une certaine compétence à le traiter.

Arc-bouté sur ses positions, ostensiblement installé dans " l'Institut " qui porte son nom, Britto, qui refuse obstinément d'appartenir à l'ASSIMENAT, continue plus que jamais à proclamer haut et fort qu'il guérit le sida. Récemment, à la suite de la X<sup>e</sup> CISMÀ à Abidjan, un quotidien ivoirien lui a donné la parole et Britto de dénoncer ce qu'il appelle le " rendez-vous de la honte ", c'est-à-dire le fait qu'il n'y ait pas été invité et que les puissances que représentent la biomédecine et la pharmacologie empêchent délibérément la reconnaissance des découvertes d'un tradithérapeute ivoirien. Et le journaliste, qui l'interrogeait, ne manqua pas de lui suggérer qu'à provoquer ainsi de telles puissances, il puisse fort bien finir comme Drobo II, ce à quoi il feignit de répondre en s'en remettant au destin.



## CONCLUSION

### LE SIDA EN AFRIQUE, UN OBJET POLITIQUE ?

Marc-Éric GRUÉNAIS, Karine DELAUNAY, Fred ÉBOKO, Éric GAUVRIT

Dans les toutes premières pages de son ouvrage consacré à une étude comparative des politiques de lutte contre le sida en France, en Grande Bretagne et en Suède, Michel Setbon, précisait : « Le sida est né dans la controverse, s'est propagé en même temps qu'elle, et continue à déclencher régulièrement des accès de fièvre dans une opinion publique inquiète et irritée. Régulièrement la polémique rebondit, certains jugent manifestement insuffisantes les ressources mobilisées, beaucoup considèrent inadaptés les actions entreprises, et la plupart accompagnent ces jugements critiques de propositions. Le point commun de tous les discours est qu'ils font référence à l'action des pouvoirs publics, indiquant par là que le sida relève bien de l'action collective organisée... Le sida, considéré pendant un certain temps sans intérêt et relevant du domaine privé, est devenu brusquement l'objet d'attention, d'une mobilisation de l'opinion, de décisions publiques et de changements structurels importants... » (Setbon, 1993 : 13-14).

A retenir l'exemple de la France, le sida y a fait l'objet de controverses politiques : bien sûr, on pense immédiatement à " l'affaire " du sang contaminé, mais souvenons-nous aussi, dans les débuts de l'Agence française de lutte contre le sida, des débats à propos de la levée de l'interdiction de la publicité sur les préservatifs ou encore ceux sur le dépistage obligatoire et qui a notamment conduit un ministre de la santé à démissionner. Rappelons également qu'il y eut très tôt appropriation du problème par un groupe constitutif de la société civile (les homosexuels) et confrontation avec les pouvoirs publics. Les media, pour leur part, ont rendu régulièrement compte des manifestations, congrès, découvertes scientifiques sur le sida. Des réunions rassemblant techniciens et politiques, organisées dans les hauts lieux de la vie nationale et internationale, par exemple à l'Assemblée Nationale ou à l'UNESCO, témoignent également d'une mobilisation des institutions. Nous pourrions multiplier à l'envi les exemples attestant d'une mobilisation, et partant d'une appropriation du problème du sida par divers représentants de la société politique et civile. Qu'en est-il sur le continent africain ?

Les informations recueillies au Sénégal, au Congo (Brazzaville), en Côte-d'Ivoire, mais aussi au Cameroun et au Kenya que nous avons présentées ci-dessus sont évidemment très partielles ; nous n'avons pas eu connaissance de toutes les manifestations ni de tous les débats qui auraient pu avoir lieu dans ces pays. Cependant, elles nous permettent de proposer une réflexion pour apprécier la mesure dans laquelle le sida a pu devenir un objet de débat public, entre des experts, des personnels politiques et une " société civile " censée se développer et s'impliquer d'autant plus que tout un chacun (représentants des agences de coopération et des



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

États) invite les “communautés”, en particulier par le relais des ONG et des associations, à s’impliquer davantage.

### **Le sida, une affaire d’États**

Au Nord comme au Sud, la “révélation” du sida a mis les États à l’épreuve. Face aux épidémies, régulièrement ressenties comme une agression venant de l’extérieur, les nations s’empressent d’affirmer leur intégrité – territoriale, politique, morale – de réaffirmer leurs frontières et leurs marges : que l’on se souvienne, au début de l’épidémie, de la transformation, aux États-Unis, du “cancer gay” en “maladie des quatre H” ou que l’on considère aujourd’hui, sur tous les continents, les exigences de dépistage du VIH pour la délivrance de visas d’entrée dans certains pays, voire que l’on pense au découpage géopolitique sur lequel reposent les rapports sur les taux d’infection dans le monde qui, prenant pour argument scientifique l’identification de sous-types du virus et de modes de transmission privilégiés, conduit à une sorte de compétition morbide entre continents<sup>1</sup>.

La phase de déni ayant caractérisé les premiers moments du sida en Afrique ne relevait-elle pas elle-même d’un processus de singularisation du continent dont procédaient également les imputations faisant de l’Afrique le “berceau du sida” ? Cette maladie sexuellement transmissible, “honteuse”, et létale venait ternir encore davantage la vision négative de cette région du monde à laquelle étaient associées des images de famine, de guerre, de corruption, de coups d’État, de politiciens fantasques, *etc.* (Dozon, 1991). Dans ce contexte, ont pris corps, en Afrique, diverses représentations d’un sida venu d’Ailleurs. Ne s’agissait-il pas d’un virus échappé d’un laboratoire nord-américain ; ne pouvait-on voir là une intention malveillante du Nord pour décimer les populations africaines ? L’arrivée du virus sur le continent africain n’était-elle pas due à des pratiques sexuelles contre nature (homosexualité, zoophilie) qui n’existaient que chez les Blancs ? L’évocation du sida a pu être frappée d’interdiction, comme en Côte-d’Ivoire où « un comité national avait résolu en 1987 de cesser toute enquête épidémiologique après l’emprisonnement de prostituées décidé par le chef de l’État à la lecture des résultats d’une recherche menée auprès de certaines d’entre elles » (Dozon et Fassin, 1989 : 33). C’est dire combien, dès les premiers moments de l’épidémie africaine, le sida était un sujet (géo)politique.

Le déni a ensuite laissé place à une notification régulière des cas de sida par la plupart des pays d’Afrique sub-saharienne dont aucun ne nie plus l’existence de cas de sida sur son

---

<sup>1</sup> Ainsi, l’Afrique sub-saharienne est aujourd’hui globalement opposée à l’Asie. La première regroupe le plus grand nombre de personnes atteintes tandis que la seconde est moins touchée : l’estimation d’adultes et d’enfants vivant avec le VIH/sida est de 21 millions pour l’Afrique (ce qui représenterait les deux tiers de l’ensemble des personnes infectées par le VIH dans le monde) et de 5,8 millions pour l’Asie en 1998 (ONUSIDA, 1998) : cependant cette dernière doit retenir toutes les attentions du fait d’un taux d’infection plus élevée qu’en Afrique : « The Asia-Pacific region comprises 55% of the global population, but has reported less than 3% of global AIDS cases. However, this relatively low rate of reported AIDS cases must be seen in the context of an enlarging Asia-Pacific HIV epidemic that already constitutes 22% of the estimated 21,8 million people living with HIV infection globally, and which is projected to pass sub-Saharan Africa in terms of incidence of new infections » (Dore & Kaldor, 1996).

territoire<sup>1</sup>. Aujourd'hui, dans un renversement total de perspective, mais qui procède sans doute de la même logique que la phase de déni, tout se passe comme si l'importance de l'épidémie était devenue pour tous, au Nord comme au Sud, un marqueur de l'identité du continent africain. La "victimisation" du sous-continent serait-elle désormais un mode de positionnement vis-à-vis du Nord, voire un champ d'énonciation utilisé pour faire pression sur les bailleurs du Nord ? Mais en même temps, c'est aussi une Afrique qui apporte sa contribution à la lutte contre l'épidémie dont il est fait état. Le volume de connaissances accumulés sur les situations africaines amène parfois des experts à s'interroger sur l'apport des expériences africaines pour combattre l'épidémie dans d'autres régions pauvres du globe, en particulier en Asie. De plus, en matière de traitement, dans un contexte d'impuissance biomédicale durable, le sida a même pu très explicitement soutenir la réaffirmation d'une identité africaine et/ou nationale. Dans plusieurs pays, de vives controverses ont ainsi eu lieu sur la découverte de médicaments censés guérir le sida, au cours desquelles l'émergence d'une "approche africaine" de la science est assez systématiquement opposée à "l'impérialisme scientifique du Nord" (dont la procédure normalement requise pour l'autorisation de mise sur le marché est alors présentée comme l'un des instruments). Ces découvertes, émanant, en Côte-d'Ivoire par exemple, aussi bien de Professeurs que de guérisseurs, ont pu recevoir de fortes cautions politiques comme dans l'ex-Zaïre à la fin des années 1980 ou au Kenya en 1996. Au demeurant, dans une optique plus pragmatique, l'idée d'une spécificité africaine de la lutte contre le sida (et de la prise en charge des malades) semble avoir reçu l'aval, voire la caution (même involontairement), d'experts du Nord, comme en témoigne la tenue du Colloque "Médecine traditionnelle et sida" organisé en 1994 à Bamako par l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS) et réunissant scientifiques et "tradipraticiens" (*cf.* Bourdarias & Le Palec, 1995).

Affaire de l'Afrique sub-saharienne tout entière, dont la singularité est alors opposable aux situations du Nord et de l'Asie, le sida peut aussi en venir à être l'objet de concurrences entre États. Les conditions de la mise en place de l'accès aux antirétroviraux viennent ainsi illustrer la sourde compétition existant entre le Sénégal et la Côte-d'Ivoire pour le "leadership" de la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest. Ayant longtemps fait figure de « modèles », politique pour l'un, économique pour l'autre, ces deux pays se sont aussi progressivement érigés en références de la lutte contre le sida : le Sénégal, très tôt, en affirmant sa contribution active à la recherche internationale sur le sida, puis en valorisant le volet prévention de son programme national dont la réussite serait illustrée par le maintien du taux de prévalence à un niveau relativement bas alors même que la dégradation des conditions socio-économiques de vie de sa population aurait pu la rendre particulièrement "vulnérable" ; la Côte-d'Ivoire, plus tardivement, en prenant acte du fort développement de la pandémie, aussitôt référé à un contexte où la relative richesse du pays fait de lui un "carrefour régional", et en faisant, à compter de 1995, de la prise en charge des personnes atteintes une priorité de son programme national, valorisant particulièrement le caractère pionnier de l'intégration des ses programmes sida et tuberculose. L'engagement public des autorités (celui du président sénégalais à la VI<sup>e</sup> CISA en 1991, puis lors d'un Sommet de l'OUA l'année suivante, celui de son homologue

---

<sup>1</sup> Contrairement, par exemple, à certains États d'Afrique du Nord ou du Moyen Orient. Cependant, du strict point de vue de la conduite d'enquêtes épidémiologiques nationales, la possibilité de leur réalisation fut limitée dans nombre d'États africains à une période relativement brève du fait de la raréfaction des ressources allouées aux PNLs suite aux revues externes des premiers plans en 1992-93.

ivoirien au Sommet de Paris en 1994) a par ailleurs été relayé, au niveau international, par le choix d'Abidjan et de Dakar parmi les sites pilotes de l'ANRS et de la Coopération française en matière de recherche sur le sida en Afrique et d'appui institutionnel aux dispositifs de lutte contre la maladie. Au moment où diverses initiatives se faisaient jour en faveur de l'accès aux antirétroviraux en Afrique, initiatives dont le caractère limité était par avance connu, les deux pays disposaient donc de certains atouts pour se positionner. Si la Côte-d'Ivoire peut se prévaloir d'avoir été retenue par ONUSIDA, en 1997, pour un projet pilote de mise à disposition des antirétroviraux, la même année, c'est au Sénégal que s'est tenue la réunion d'experts ayant à définir les directives de traitement par antirétroviraux en Afrique. Et c'est dans des structures publiques sénégalaises qu'ont été effectivement accessibles les premiers traitements. Mais l'annonce officielle, et fortement médiatisée, d'un possible transfert des multithérapies en Afrique eut lieu en Côte-d'Ivoire, à l'occasion de la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (CISMA), tenue à Abidjan en décembre 1997 : aux discours des membres de la délégation française menée par J. Chirac qui, dénonçant le développement d'un "sida à deux vitesses", proposèrent la création d'un fonds d'aide thérapeutique, répondirent les déclarations du président ivoirien H. K. Bédié en faveur d'un fonds africain de solidarité ; reste que si de telles déclarations confirment le rôle majeur que la Côte-d'Ivoire et son président entendent jouer dans la lutte contre le sida sur le continent, elles posent le problème des effets d'annonce sur un sujet où une certaine prudence semble de mise eu égard à la complexité des traitements, à leur coût et aux attentes suscitées.

Affaire d'États, le sida semble être aussi, et peut-être surtout, l'affaire de chefs d'État. Depuis la déclaration publique de l'ancien président zambien, révélant que l'un de ses fils était mort du sida, qui a pris valeur de symbole quant à la fin du déni de la maladie sur le continent, jusqu'au discours du président ivoirien à l'occasion de la X<sup>e</sup> CISMA que l'on vient d'évoquer, la lutte contre le sida en Afrique est marquée par diverses annonces politiques, prenant parfois la tournure de déclarations fracassantes dont le contenu réel demeurerait pour le moins problématique. Que l'on se souvienne du Président congolais P. Lissouba qui décidait, pour l'année 1996, la gratuité des soins pour les personnes atteintes fréquentant l'hôpital de jour de Brazzaville, allant ainsi à l'encontre, aussi bien, d'une politique générale de santé (fort difficile à appliquer), devant favoriser le recouvrement des coûts, que du fonctionnement même de la structure de soins tel qu'il était pratiqué depuis son ouverture en 1994. Quelles sont les répercussions réelles dans les pays de telles déclarations ? Le sida, objet du politique dès le début de l'épidémie en Afrique comme l'atteste la phase initiale de déni, progressivement réapproprié par les États, pouvant parfois se fondre dans une dynamique plus globale de réaffirmation des identités nationales n'est-il pas surtout, au vu des déclarations et initiatives émanant des chefs d'État, "le fait du prince" ? Dans quelle mesure ces prises de parole au plus haut niveau de l'État attestent-elles d'un véritable engagement national ? Aujourd'hui on semble encore loin d'une situation où le sida serait constitué en objet du discours politique (*cf.* Fassin, 1994b). A notre connaissance, en dépit de l'apparition officielle de partis d'opposition dans les paysages politiques nationaux, aucun de ces partis d'opposition ou de leurs leaders, ne se sont risqués à engager un débat sur ce terrain. Au mieux, comme au Congo, sur l'initiative d'un responsable d'un programme national de lutte contre le sida, à l'occasion de la Journée mondiale du sida, des rivaux politiques du moment (à l'époque MM. Lissouba et de Kolélas) expriment-ils leur entier accord sur le sujet.



Contrairement à ce qui peut être ainsi observé dans différents pays d'Afrique, le Cameroun semble pour sa part s'être illustré par un non-investissement idéologique de la question du sida. Des prémisses de la lutte, en 1985, jusqu'aux instances actuelles, les autorités biomédicales du PNLS ont "joué le jeu" des organismes internationaux. Le refus ou le déni du sida manifesté par d'autres pays au milieu des années quatre-vingts n'a eu ici aucune traduction. Aucun cas de sida n'était encore répertorié lorsque le premier Comité de lutte contre le sida a été mis en place en 1985. La presse publique régulièrement les chiffres officiels du nombre cumulé de cas de sida. Les aspects "sensibles" de l'infection à VIH qui ont conduit ailleurs à des débats (contamination par transfusion sanguine, vulnérabilité de certains groupes dits « à risque », *etc.*) ont tous été évoqués dans des réunions publiques. Par exemple, c'est devant un parterre international que le Dr L. Zékend a affirmé que la contamination par transfusion sanguine existait au Cameroun (VII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida en Afrique, Yaoundé, 1992). Autre illustration significative : le cas des militaires. Si les forces armées se sont abritées, ailleurs, derrière le secret d'État à propos de la prévalence du VIH chez les militaires, le Cameroun donne régulièrement ces chiffres (15 à 16% des militaires camerounais seraient séropositifs). Ces deux éléments rendus publics par des autorités camerounaises n'ont donné lieu à aucun débat contradictoire ; c'est en cela que le Cameroun "rejoint" les autres pays. Ce qui l'en différencie c'est "l'absence" de préoccupation identitaire ou idéologique "africaine". Le sida est l'objet d'une réappropriation technico-administrative qui n'a souffert d'aucune polémique jusqu'en 1998. En outre, les "sommets de l'État" n'ont pas investi, de manière personnelle, la question du sida. Il n'y a, à notre connaissance, aucune trace du mot « sida » dans aucun des discours du Président camerounais. Un Premier ministre a évoqué la question dans une situation où il ne pouvait en être autrement : le discours d'ouverture de VII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. A cette première et ultime occasion, il a repris la thématique de la « peste du XX<sup>e</sup> siècle ».

La question de l'engagement des États africains dans la lutte contre le sida a pu également être posée en référence aux aspects financiers, particulièrement à l'importance de l'aide internationale, comme l'a notamment fait la Banque Mondiale, concluant alors : « One possible explanation for the weakness of the national governments' spending response to the epidemic might be the availability of international donor funding » (Banque Mondiale, 1997 : 242-246). Une analyse de même type est conduite par un responsable d'un programme de lutte contre le sida en Afrique centrale ; pour ce dernier en effet : « ce retrait relatif de l'État peut se comprendre par le fait qu'au début de l'épidémie, il y a eu une forte solidarité et mobilisation internationales qui nous ont donné les moyens de lutter dans nos pays respectifs. Cela a eu pour conséquence que l'État s'est désengagé quelque peu. [...] En 1987, le budget de la lutte contre le sida à l'OMS était presque de 200 millions de dollars. Il y avait alors suffisamment d'argent, d'autant plus que tous les programmes nationaux n'existaient pas alors. Les politiques de lutte n'étaient pas aussi développées, et par conséquent, les programmes ne consommaient pas beaucoup d'argent. Dans ces cas-là, pourquoi demander aux pays pauvres de mettre de l'argent pour contribuer à la lutte contre le sida ? ». En Côte-d'Ivoire, l'un des seuls pays de la sous-région où le gouvernement a contribué financièrement à son programme national, l'inscription de la lutte contre le sida au budget du ministère de la Santé ivoirien n'est intervenue qu'en 1993 et si elle mettait fin à une période où le PNLS était exclusivement financé par l'aide internationale (qui se poursuit dans la plupart des pays

voisins), cette dernière demeura essentielle puisque les bailleurs de fonds ont assuré 89% des financements du programme sur la période 1993-95 (cf. Kérouédan, 1998 : 56-59). Comme l'indique le responsable d'un programme, cité plus haut, le fait que « les pays comme le nôtre, n'ont peut-être pas pris le sida comme une priorité ou qu'ils ont mis du temps à le reconnaître comme une priorité », est à replacer dans un contexte politico-sanitaire d'ensemble. Celui-ci est marqué, au milieu des années quatre-vingts, par une double contrainte : d'une part, la mise sous ajustement structurel des États qui affecte les budgets alloués aux secteurs sociaux, dont la santé<sup>1</sup> ; d'autre part, la permanence sinon la résurgence de maladies aussi emblématiques que le paludisme, la tuberculose ou la trypanosomiase. Dans ce cadre, la fixation des priorités et du rythme de la politique de santé publique à mener s'inscrit dans un champ sanitaire caractérisé par une prolifération des priorités et, pour un État faible budgétairement dans le champ de la santé et du social, l'action s'opère dans un contexte global de “ non decision making ” (cf. Cattacin et al., 1997 : 23). La possibilité de s'affranchir de cette logique nécessite alors l'émergence sur le devant de la scène décisionnelle d'un autre acteur : l'expert technique, national ou non, de la lutte contre le sida.

### La place de l'acteur technico-administratif

Sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) ont été institués en interlocuteurs patentés des États et des agences de coopération sous l'impulsion d'institutions étrangères aux pays, se substituant parfois à des Comités créés par les instances biomédicales des pays (Cameroun et Côte-d'Ivoire par exemple) en leur donnant une nouvelle configuration. Les fonctions de ces programmes étaient, et sont encore pour l'essentiel, la coordination de l'ensemble des activités de lutte contre le sida dans les pays.

Cette “ externalité ” ayant présidé à la création des PNLS s'est trouvée renforcée par le fait que la phase d'alerte avait conduit à la mise en place de programmes “ d'exception ”, c'est-à-dire peu ou pas intégrés dans l'organigramme de l'administration de la Santé. C'est ainsi que le PNLS congolais n'apparaissait pas dans les services de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) de ce pays et était directement rattaché au cabinet du ministre de la Santé. Au Cameroun, dans un premier temps, le PNLS sera rattaché à la présidence de la République<sup>2</sup>. Parallèlement, les fonds propres des programmes de lutte ont émané d'institutions internationales ou d'agences de coopération bilatérale, l'apport de l'État se limitant le plus souvent à la mise à disposition de locaux et de personnels ; ainsi les activités, les salaires de certains personnels, les indemnités, le fonctionnement de ces programmes échappaient-ils à toute possibilité de régulation publique. Dans ce contexte, les PNLS ont pu souffrir de la

1 Un changement d'orientation à cet égard n'interviendra que quelques années plus tard avec la publication, en 1993, par la Banque Mondiale de son Rapport sur le développement dans le monde, intitulé *Investir dans la santé*, puis en 1994, avec sa publication *Pour une meilleure santé en Afrique*.

2 La création de ces programmes verticaux, isolés du champ sanitaire national, répondait à un double souci d'efficacité : un nouveau problème d'une telle ampleur nécessitait un interlocuteur national unique et d'un poids décisionnel conséquent. Cela permettait en outre de centraliser les crédits considérables dévolus, dès l'origine, par l'OMS, sans risquer de les voir se diluer dans « le magma informe qui caractérise la plupart des ministères de la santé », pour reprendre une expression d'un expert international en santé publique en Afrique centrale. Il est à noter d'ailleurs que l'intégration progressive des PNLS au sein de l'administration générale de la Santé des pays étudiés sera initiée au moment de la baisse des financements étrangers pour cette lutte.

confusion qui s'est développée entre programme et projet. En tant que programmes, ils avaient à répondre à une dynamique propre à l'administration, de coordination, d'établissement de politique générale, de régulation (comme toute émanation de l'appareil d'État). Mais ne recevant pas ou guère de fonds publics des États, et financés toujours davantage par des bailleurs de fonds étrangers aux pays pour réaliser des tâches particulières, ils fonctionnaient surtout comme projets. Un seul et même acteur avait donc à résoudre la contradiction inhérente entre le projet à court terme, avec des objectifs précis et limités dans le temps, et des financements spécifiques à chaque opération, et la mission nationale de coordination et de régulation.

Cette situation s'est trouvée accentuée par la nouvelle donne organisationnelle insufflée par les bailleurs de fonds pour lutter contre le relatif isolement des programmes de lutte au sein des systèmes sanitaires nationaux, nouvelle donne ayant bouleversé les agendas des PNLS dès la première moitié des années quatre-vingt dix. Ce revirement fait suite aux premières revues externes défavorables des Plans à Moyen Terme. C'est ainsi que sont mis à l'index la centralisation et la verticalité trop poussées des programmes<sup>1</sup>. Si nous prenons l'exemple du Congo, une telle réforme s'inscrit dans le cadre plus global de la nouvelle loi sanitaire, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), votée en avril 1992. Le PNDS était défini autour de deux principaux axes : l'intégration et la décentralisation des activités sanitaires. Il s'agissait alors d'intégrer le PNLS dans ce nouveau cadre, en le rattachant non plus au cabinet du ministre de la Santé mais à la DGSP. Les réticences à fondre le PNLS congolais dans l'administration générale de la santé furent d'autant plus extrêmes, que cette mesure coïncidait avec la suppression de l'appui du GPA ("*Global programme on AIDS*", programme mondial de l'OMS de lutte contre le sida en vigueur jusqu'en 1996, c'est-à-dire jusqu'à la mise en place de l'ONUSIDA) au fonctionnement institutionnel des PNLS : ceux-ci ne disposent plus par conséquent de financements *a priori*, mais doivent proposer des projets. Dans le même temps, les programmes régionaux de lutte contre le sida devaient se développer conformément à la nouvelle loi sanitaire, axée sur la décentralisation et l'autonomie – au moins partielle – des structures de soins grâce au recouvrement des coûts. Or, sous ce prétexte de décentralisation, les programmes régionaux furent totalement délaissés. C'est ainsi que le Programme Régional de Lutte contre le Sida de Pointe-Noire, ville portuaire de 600 000 habitants, avec un taux de séroprévalence supérieur à celui de la capitale, Brazzaville, avait pour unique modalité de financement, les recettes issues de la vente des préservatifs donnés par l'OMS au PNLS congolais<sup>2</sup>. Du fait de ce dénuement extrême des programmes régionaux, le programme national restait le maître d'œuvre de tous les projets sur le sida dans le pays. Ici, décentralisation et autonomisation des structures se sont surtout traduites par l'autonomisation du niveau central qui a pu, en toute conformité avec le nouveau contexte défini, renforcer son pouvoir au détriment des structures périphériques. C'est ainsi qu'un programme national déjà très "verticalisé" et peu intégré au système de santé, a pu

<sup>1</sup> Cette critique, aussi justifiée soit-elle, n'en est pas moins surprenante alors que ce sont les bailleurs, et en tout premier lieu l'OMS, qui sont à l'origine des caractéristiques des structures de lutte contre le sida en Afrique (cf. Fassin, 1994a).

<sup>2</sup> Avec ce PRLS de Pointe-Noire, nous nous trouvons devant un exemple particulièrement illustratif de deux logiques antagonistes : une logique de santé publique, de prévention qui peut avoir comme fondement une politique de vente des préservatifs à un prix le plus minime possible, si ce n'est la gratuité totale ; et une logique budgétaire qui se base sur l'élaboration d'un prix de vente des préservatifs suffisamment rémunérateur pour permettre la survie opérationnelle du PRLS et des activités qu'il mène dans la prévention et l'IEC en particulier.

s'autonomiser encore un peu plus au sein de l'administration de la Santé tout en captant l'essentiel des fonds encore disponibles en tant que représentation nationale. Alors que les discours officiels ne cessaient de clamer que le sida devait être l'affaire de tous, qu'il devait faire l'objet d'initiatives intersectorielles, on a pu aboutir à la situation congolaise d'accélération d'une dynamique centripète.

Parallèlement, la conduite des programmes nationaux a été travaillée par des logiques professionnelles largement tournées vers l'étranger. Dans un certain nombre de pays d'Afrique, des professeurs de médecine se sont très tôt intéressés à la question du sida et ont souvent été à l'origine des premiers Comités nationaux. Cependant, soit ils n'ont pas pris, par la suite, la direction des Programmes nationaux (exemple du Congo ou du Sénégal) soit ils l'ont quittée après quelques années de manière volontaire ou sur décision du ministère de la Santé (exemple du Cameroun et de la Côte-d'Ivoire). En sorte que la direction des Programmes est généralement revenue à des médecins, ayant souvent reçu une formation (même rapide) en santé publique en plus de leur spécialité, rompant ainsi quelque peu avec le modèle curatif prédominant. Reste que les perspectives de carrière universitaire, selon le modèle de promotion passant par l'accès au statut de chef d'un service hospitalier et l'agrégation, étaient réduites pour ceux s'impliquant totalement dans la lutte contre le sida. Cependant, la place particulière accordée aux dispositifs nationaux de lutte contre la maladie pouvait ouvrir d'autres horizons, en particulier internationaux. Une incitation venue de l'étranger, une place difficile à trouver dans le paysage médical national, une légitimité qui se renforce à mesure d'une participation accrue aux réseaux internationaux, une lutte contre une pathologie qui n'émerge pas toujours franchement cause nationale et publique apparaissent comme autant de facteurs faisant que l'insertion dans ces mêmes réseaux internationaux soit constituée en une perspective professionnelle, qu'il s'agisse pour certains professeurs de prendre la tête de réseaux ou de représentations locales d'ONG internationales ou qu'il s'agisse pour certains médecins d'intégrer des équipes étrangères, les uns et les autres pouvant ultérieurement rejoindre le GPA puis ONUSIDA. Dans une situation où les PNLS sont soutenus presque uniquement par des bailleurs étrangers au pays, et où la parole politique qui se fait principalement entendre émane du plus haut niveau et est surtout préoccupée de l'image à donner du pays à l'extérieur, de manière très cohérente, les spécialistes du sida en Afrique se sont alors volontiers tournés vers l'extérieur pour asseoir leur légitimité, voire leur carrière.

Dans le contexte du milieu des années 1980 qui virent la naissance des PNLS, l'accent mis d'emblée sur la surveillance épidémiologique et l'IEC parmi leurs attributions pouvait faire figure de nouveauté, principalement dans les pays francophones plus sensibles à une culture de la "médecine curative" qu'à la prévention et aux préoccupations de santé publique. En effet, ces programmes avaient et ont souvent pour tâche de centraliser, voire de produire de l'information relative à la progression de l'épidémie dans le pays (enquêtes spécifiques, recueil et traitement de l'information provenant notamment des postes sentinelle, *etc.*). Parallèlement, le volet "Information, Éducation, Communication" (IEC) a été particulièrement mis en avant : élaboration et mise à disposition de supports pédagogiques et d'information, organisation de la distribution des préservatifs à prix réduit, coordination et promotion des campagnes d'IEC dans différents secteurs de la société (auprès des établissements scolaires, des transporteurs, des prostituées, des ONG et associations, *etc.*), formation des personnels de santé à l'histoire naturelle de la maladie et au conseil. C'est également sous l'égide des PNLS, qui recevaient jusqu'au début des années 1990 des

financements de l'OMS destinés à l'appui institutionnel, que sont fixés les objectifs à atteindre et les programmes à réaliser ayant pris pour noms " plans intérimaires " ou " plans à moyen terme ". Reste que l'évolution des PNLS, peu intégrés au système de santé, dotés de financements et d'équipements propres importants, a très certainement contribué à constituer ces programmes en lieux du monopole du savoir et du pouvoir contre sida dans les pays, avec les réticences, les incompréhensions et les concurrences qu'une telle situation peut susciter.

Dans des systèmes de santé en crise, la situation des PNLS pouvait apparaître par trop privilégiée, ce qui a pu créer des tensions ou du moins faire naître un certain désintérêt pour la lutte contre le sida dans les autres services liés aux ministères de la Santé. Dans les structures publiques périphériques, dont les personnels sont parfois payés irrégulièrement et ont des salaires peu élevés, ne disposant le plus souvent ni des matériels de base (eau de javel, produits antiseptiques, seringues à usage unique, *etc.*), ni des médicaments pour combattre les pathologies les plus fréquentes (paludisme, diarrhée, problèmes respiratoires), il était peu concevable de prendre en compte l'hypothèse de l'infection par le VIH au cours du traitement des patients. Bien souvent l'hypothèse du sida n'était même pas envisagée en cas de transfusion : face à une anémie grave, à la pression de l'entourage familiale du patient et à la difficulté de collecter des poches de sang dans une petite structure, des transfusions étaient pratiquées sans aucune possibilité de prise en compte du risque de transmission de l'infection. Cette prise en compte se révélait d'autant moins envisageable que l'on connaissait par ailleurs l'existence d'un programme spécialisé et bien pourvu : " pourquoi m'occuperai-je de sida dans ma petite structure qui n'a même pas de chloroquine dans sa pharmacie, alors même qu'il existe un programme spécialisé dans le domaine et doté de tous les moyens ? " ; tel était le type de raisonnement que l'on pouvait entendre dans des structures périphériques. Cependant, ce type de raisonnement n'amenait pas toujours pour autant les structures périphériques, voire même les services hospitaliers, à référer les patients présentant des signes cliniques évocateurs de la maladie aux spécialistes. Tout d'abord, dans la concurrence qui peut caractériser les relations entre différents services, référer pourrait signifier un aveu d'incompétence ou de sous-équipement ou encore représenter un risque de dévoilement de la nature de la maladie. Par ailleurs, en l'absence de toute possibilité de traitement de fond de la maladie, il ne peut alors s'agir que d'endiguer les principales manifestations de l'infection avec des traitements bien connus, et il n'est alors nul besoin d'un spécialiste. Or, dans le même temps, ce système produisait des spécialistes du sida de tout statut (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) qui en raison des formations particulières acquises, et de la difficulté du travail, ont pu formuler des revendications, tant statutaires que salariales, pour être distingués des autres personnels travaillant dans des domaines plus habituels.

L'ambiguïté des relations entre les personnels de santé en général et les représentants des Programmes nationaux a sans doute été accentuée du fait que ces derniers ont été amenés à s'adonner, non seulement aux fonctions attribuées aux PNLS (coordination des activités, IEC, surveillance épidémiologique), peu valorisées dans le monde médical, mais aussi au traitement des patients, parfois dans les locaux mêmes des programmes. Il est bien naturel que des médecins, même s'ils ont la charge d'une instance de coordination, aient le désir de prendre une part active au traitement des malades dans les quelques structures équipées à cet effet. Cependant, les consultations et les traitements en sont venus à être pratiqués au titre des PNLS qui se positionnaient alors ainsi comme structure de référence des malades. Bientôt certains PNLS devinrent les maîtres d'œuvre de la mise en place de consultations spécialisées,

parfois dans des bâtiments spécifiques. Conjugée au statut exceptionnel de programmes, situés en dehors de l'administration de la Santé et soutenus par des instances étrangères au pays, cette situation a pu aboutir, par exemple au Congo, à la mise en place d'une structure spécialisée de prise en charge au sein de la principale structure hospitalière du pays, soutenue financièrement par des agences de coopération, bénéficiant de la collaboration de techniciens expatriés et d'experts du Nord, recrutant des personnels, et qui n'avait pourtant aucune existence légale et ne figurait pas dans l'organigramme de l'hôpital. Cette structure de prise en charge, médicale, et sa duplication, étaient devenues la préoccupation majeure du PNLS Congo. Certes, peut-on débattre de la légitimité d'une option en faveur de structures spécialisées seules susceptibles d'offrir une prise en charge satisfaisante des personnes atteintes, surtout dans le paysage sanitaire africain où les structures généralistes, voire même certains services hospitaliers, sont totalement déficients. On peut aussi défendre la priorité ainsi accordée à la prise en charge par rapport à la seule prévention qui a peut-être par trop mobilisé les énergies dans les initiatives de lutte contre le sida. Cependant on peut aussi se demander s'il était dans la fonction d'un PNLS de privilégier l'option curative, car, en matière de prise en charge, c'est pour l'essentiel de prise en charge médicale dont il s'agissait, face aux difficultés à organiser des visites à domicile, par exemple, ou à assurer un soutien aux familles des malades.

Par contraste, les PNLS semblent avoir été peu concernés par l'édition de mesures ou recommandations précises sur les aspects les plus techniques de la lutte contre la maladie. Dans des contextes où, selon les discours dominants sur la situation en Afrique noire au début de l'épidémie, il n'y avait de transmission de l'infection par le VIH en Afrique que par voie hétérosexuelle et, accessoirement, par instrument souillé (instruments utilisés dans les pratiques traditionnelles et seringues, pour l'essentiel)<sup>1</sup> et où les problèmes liés à la transfusion sont souvent réduits à la mise en place d'un dispositif purement technique visant à éliminer des poches de sang contaminé à partir des banques de sang<sup>2</sup> *a priori* nullement concernées par des actions de santé publique et de prévention, la question du risque de transmission du VIH par transfusion n'a guère donné lieu, au sein des différents pays, à une réflexion propre des PNLS ni à concertation entre services administratifs pour l'adoption de mesures communes ni n'a conduit à une interrogation plus large sur la gestion des risques dans l'ensemble de la société. Or si l'on considère l'absence d'équipements des structures périphériques (dont certaines pratiquent la transfusion, les anémies conduisant les personnels de santé à recourir assez facilement à la transfusion) et l'existence de situations où l'on rencontre des "donneurs professionnels" (personnes rémunérées par des parents de patients pour aller donner leur sang), la gestion du risque de contamination par transfusion sanguine en Afrique pose des questions à la prévention qui dépassent largement le seul geste technique d'élimination des poches de sang contaminé. Quant au dépistage<sup>3</sup>, même si les membres de programmes nationaux participaient régulièrement à des conférences internationales et

1 Même si aujourd'hui la situation a évolué, envisager d'autres modes de transmission que la voie hétérosexuelle reste encore peu à l'ordre du jour en Afrique. Les instances internationales ont mis un certain temps à réagir sur les risques de transmission par l'allaitement maternel, et la transmission par voie homosexuelle ou par injection de drogues reste encore un domaine largement inexploré pour le continent africain (alors que nombre de recherches sont menées sur ces questions en Asie).

2 Pendant longtemps, en Afrique, les banques de sang étaient les seules à disposer régulièrement de tests de dépistage, aussi les services hospitaliers recouraient régulièrement à celles-ci pour le dépistage.

3 Sur les conditions de dépistage en Afrique, on pourra se reporter à Desclaux & Raynaud (1997).

panafricaines qui, parmi leurs résolutions, rappelaient la nécessité d'un dépistage après "consentement éclairé", dans les pays, la pratique du test à l'insu ou encore l'absence de contrôles de qualité perduraient dans certaines structures sans qu'il y ait pour autant des prises de position technique des instances nationales régissant la lutte contre le sida. D'une manière générale, des objets comme le dépistage et la transfusion – qui ont donné lieu à des débats publics très politisés en Europe – n'ont guère été inscrits en tant que tels dans les agendas des PNLS.

Si tous les PNLS ont été créés peu ou prou dans les mêmes conditions, même si tous les dispositifs nationaux de lutte contre le sida en Afrique ont pu souffrir d'une verticalité trop importante, ainsi que de la tentation d'une approche strictement médicale, ces structures ont pu néanmoins connaître des évolutions particulières selon les contextes. Dans le cas du Congo, près de trente ans de régime "socialiste", ayant notamment reposé sur la mise en place d'un parti unique, ont incontestablement marqué les institutions et leurs représentants ; la "culture du centralisme démocratique" est demeurée bien présente, même après la fin du parti unique en 1990, et concevoir alors une initiative à vocation nationale ou régionale en dehors du contrôle strict par une structure de l'appareil d'État (représentée ici par le PNLS) était difficilement envisageable. Au contraire, dans le cas du Sénégal, perçu comme une "vitrine de la démocratie" en Afrique, le PNLS a développé une stratégie de "dialogue politique" ouvert aux "leaders" comme aux "communautés", cela en développant par ailleurs une approche "intégrée" de la lutte contre le sida et en s'orientant dès sa création vers la lutte contre les MST, témoignant ainsi *a priori* de son caractère intersectoriel. Au Kenya, les quelques informations recueillies tendent à montrer que le programme national est loin de tout vouloir régir. L'orientation médicale est très présente puisque l'autorisation du National Aids Control Programme est requise pour tout essai clinique et thérapeutique. Cependant, il semble qu'à l'inverse des situations constatées en Afrique francophone, où nul projet relatif au sida, quel qu'en soit le domaine d'application (médical, mais aussi économique, social, etc.) ne saurait être mené sans l'aval des PNLS, toute initiative autre que celle concernant les deux domaines cités peut être menée librement ; et de très nombreuses initiatives sont développées à l'échelle locale et régionale. Dans ce pays, c'est davantage au niveau du district qu'au niveau national que la pesanteur de la centralisation est perceptible.

Dès lors, les orientations privilégiées prises par les différents programmes de lutte contre le sida doivent être replacées dans les "cultures politiques" globales de chacun des pays, étant entendu que tous les programmes, encore une fois créés en fonction du même modèle GPA/OMS, sont confrontés aux effets de leur singularité nationale et d'une légitimité largement fondée sur les soutiens extérieurs aux pays – des agences de coopération bilatérales et multilatérales – et qui en font très largement des structures "extraverties". Il ne saurait évidemment être question ici d'envisager les différentes "cultures politiques" des pays étudiés. Cependant, il est une question que nous sommes en mesure de poser – sans pour autant avoir la prétention d'y répondre totalement : entre le discours des chefs d'État et celui des techniciens des programmes nationaux, existe-t-il des espaces discursifs où le sida pourrait se constituer en objet public ?

## Faire du sida un problème public

La lutte contre l'épidémie, en Afrique subsaharienne, fait intervenir une multitude d'acteurs, ressortissant au pôle étatique (chefs d'État, PNLs), à la coopération internationale (organisations internationales, institutions financières, agences de coopération bilatérale), aux ONG du Nord, aux groupes dits communautaires (ONG et associations) ; elle met en relation des professionnels du monde médical et des associations locales de jeunes, de femmes, des groupements confessionnels, de plus en plus directement en relation avec le niveau international. Les émissions de radio, de télévision, les débats dans les lieux publics à destination des très jeunes et des moins jeunes, les placards publicitaires fleurissent, du moins dans les grandes villes, et il apparaît à l'observateur que les citoyens africains de tous âges sont souvent mieux informés de l'histoire naturelle de la maladie, des modalités de transmission et des manières d'éviter la contamination que leurs homologues français, par exemple<sup>1</sup>. Cependant, en dépit du nombre et de la variété des acteurs impliqués, à tous les niveaux de la Nation, et de l'importance de l'information, un sentiment demeure de non-appropriation du " problème sida " par les " communautés ", d'absence de débat public sur la question.

Éliminons d'emblée les explications de type culturaliste qui attribueraient cet état de fait, soit à la prégnance des interprétations " traditionnelles " (persécutives) de la maladie dans les sociétés africaines et qui seraient alors un frein à la prise de conscience de la réalité de la contamination par voie sanguine et sexuelle, soit à l'absolue altérité d'une maladie définie " de l'extérieur " et qui la rendrait par là même peu propice à en faire une " maladie africaine ". Sur le premier point, la prégnance de l'interprétation persécutive de la maladie vaut pour toutes les pathologies et, en soi, ne constitue pas nécessairement un obstacle à la reconnaissance de la validité des interprétations scientifiques d'une maladie : dans la logique des interprétations persécutives de la maladie, il n'y a nulle incompatibilité, par exemple, entre la connaissance de la transmission du plasmodium par l'anophèle et l'agression sorcellaire. Cela est également valable pour le sida. Quant au second point, même si certains fantasmes ont pu se développer au début de l'épidémie<sup>2</sup>, on peut constater aujourd'hui une intériorisation telle de la crainte du sida que le moindre amaigrissement, ou la moindre diarrhée ou fièvre prolongée, pour peu qu'ils donnent lieu à une consultation dans un service spécialisé réputé accueillir des personnes infectées par le VIH/sida, sont rapidement attribués au sida. L'explication d'une faible appropriation individuelle du sida nous semble bien plutôt à rechercher dans la place minorée par les individus du risque d'infection par le VIH parmi l'ensemble des risques encourus (exposition à d'autres pathologies plus virulentes, risques de stigmatisation, d'exclusion, d'abandon liés à l'hypothèse du sida que peut évoquer l'insistance à vouloir utiliser un préservatif, etc.).

Revenons à la question du débat public, ou plus exactement aux discours non strictement techniques dans lesquels le problème du sida est évoqué. Tout d'abord, les techniciens eux-mêmes, en particulier les médecins, ont un discours sur les valeurs et contextes nationaux

1 A-t-on souvent vu sur un marché français, des démonstrations d'utilisation des préservatifs avec phallus en bois à l'appui, ou encore des campagnes de sensibilisation à l'utilisation des préservatifs dans les collèges ?

2 Rappelons le " Syndrome imaginaire pour décourager les amoureux " ou la thèse du virus expérimental échappé d'un laboratoire américain.



dans lesquels l'épidémie se développe, laissant transparaître un souci d'affirmation de l'identité nationale. En particulier, discours politiques et discours techniques peuvent être enclins à faire du sida un emblème du désordre social. Ainsi, l'ancien Président congolais P. Lissouba, se drapant dans l'habit de sa formation scientifique initiale<sup>1</sup>, se plaisait-il à évoquer régulièrement le sida dans ses entretiens à la presse étrangère et, dans des déclarations fracassantes, n'hésitait-il pas à faire du sida l'élément emblématique des désordres sociaux et surtout politiques qu'avaient connus son pays : à la fin de l'année 1994, faisant le tour des arrondissements de Brazzaville en compagnie du principal leader de l'opposition dans une entreprise de "pacification" après la première guerre civile qui secoua la capitale en 1993, il proposait l'équation "sida, plus armes, plus drogue, égal Rwanda". Dans ce contexte, les techniciens à la tête des Programmes nationaux (eux-mêmes proches de la classe politique dans certains cas au moins) paraissent construire un discours dans lequel si le malade a des droits et doit être accepté, non stigmatisé, *etc.*, la personne – infectée – est coupable.

Au Sénégal, les techniciens engagés dans la lutte contre le sida considèrent exemplaire la stratégie de prévention adoptée au vu du faible taux de prévalence dans le pays, stratégie ayant joué à la fois d'une valorisation nationale aux accents religieux et culturalistes (faisant de la pratique de l'islam et de l'implication des imam comme de la fréquence de la circoncision des éléments explicatifs de la faible prévalence) et de la stigmatisation de certains "groupes à risque", notamment les prostituées, fondée en l'occurrence sur l'existence d'une réglementation de la prostitution. Ce faisant, ces techniciens puisent dans une culture politique sénégalaise partie intégrante de la construction de l'État colonial et post-colonial prenant prioritairement appui sur l'espace wolof, dans un processus de "wolofisation" de la société, au détriment d'autres espaces, marginalisés tant économiquement que politiquement, et s'accompagnant de la désignation de certaines marges, en particulier de certains groupes sociaux urbains à l'endroit desquels les pouvoirs publics ont développé une politique répressive. Dans ce contexte où l'accent a été mis sur la "prévention morale" des comportements à risque, la question de la "moralisation" des associations de personnes vivant avec le VIH est aujourd'hui récurrente : si le PNLIS se prévaut d'une non-stigmatisation des personnes atteintes, celles-ci n'en sont pas moins vues comme marginales, étant, de fait, socialement marginalisées.

On comprend alors que les propositions des techniciens aux politiques n'aillent pas toujours dans le sens d'une meilleure acceptation des personnes atteintes, vues comme potentiellement "contaminantes". Ainsi, en Côte-d'Ivoire, le projet de loi relatif à la garantie des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et à leur prise en charge propose les mesures suivantes :

- Dépistage : consentement obligatoire, résultat rendu sous pli fermé ;
- Pratiques coutumières à risque (excision, pédophilie, etc.) interdites ;
- Confidentialité : déclaration obligatoire du diagnostic ;
- Procréation : avortement thérapeutique autorisé pour les femmes infectées par le VIH ;
- Mariage : avant le mariage, la personne infectée doit informer son partenaire au risque d'une possible annulation ultérieure du mariage ;

<sup>1</sup> D'ailleurs, le titre dont il se réclamait, et qui figurait sur les photographies officielles, était celui de "Professeur".

- Assurance : l'assureur peut demander une augmentation de prime en cas de souscription d'une assurance-vie par une personne atteinte<sup>1</sup>.

La présentation de ce projet de loi à l'occasion de la X<sup>e</sup> CISMA a suscité de vifs débats. Parmi les intervenants, un juriste a pris notamment la défense de la proposition relative au mariage en précisant les points suivants : le mariage est un contrat ; tout contrat peut être annulé pour vice de forme ; ne pas informer son partenaire de son statut sérologique équivaut au non-respect du contrat, donc l'annulation du mariage est valide. La transmission, est ainsi assimilée à une faute, parfois y compris parmi des membres des réseaux en charge d'éthique. Par exemple, à la suite de la création du réseau africain "Éthique, droit et VIH/sida" en 1994 à Dakar, la section centrafricaine du réseau se met en place en 1995 en se préoccupant tout particulièrement des dispositions juridiques à prendre en cas de "contamination volontaire". Le présentateur de l'initiative centrafricaine, toujours à la X<sup>e</sup> CISMA, justifie une telle préoccupation à partir d'arguments déontologique et juridique : le non-respect de la confidentialité peut être un devoir dans la mesure où un des principes médicaux majeurs est "ne pas nuire", dès lors, ne pas informer un tiers de la séropositivité d'un patient équivaut donc à nuire à autrui ; par ailleurs, il a été rappelé, reprenant l'exemple du Droit français, qu'exposer autrui à un risque de mort ou de blessure (ici, en raison de sa séropositivité) entraîne une condamnation pouvant aller jusqu'à un an de prison et 100 000 F d'amende. Et pour illustrer l'intervention des juristes du réseau centrafricain sur l'éthique, l'exemple suivant fut donné : une femme d'un ménage polygame, malade, voit successivement mourir son enfant et une de ses co-épouses ; la femme en question fait un test VIH et se révèle infectée ; elle se tourne alors vers un centre spécialisé qui l'adresse aux représentants nationaux du Réseau éthique, droit et VIH/sida ; les juristes du réseau l'aident alors à porter plainte contre son mari et, conformément aux règles du réseau, subvient aux frais de justice de la femme infectée<sup>2</sup>. Si, nécessairement, les techniciens engagés dans la lutte contre le sida ont à prendre position sur des aspects non médicaux, le paradoxe est que de tels sujets, hautement polémiques, objets de tous les débats, du moins dans les cercles spécialisés où s'élaborent les prises de décision et où se rencontrent les acteurs politiques et technico-administratifs, semblent ainsi faire l'objet d'appréciations définitives – sans controverse – de la part de ceux-là même qui sont censés défendre l'éthique.

C'est peut-être dans le monde de l'économie en général, et du travail en particulier, que pourrait se développer une controverse, un débat, dus à des enjeux contradictoires entre le risque de perte de productivité lié à l'infection à VIH, qui requiert sa prise en compte en tant que telle, et la tentation de cacher (aux salariés, mais aussi aux autres acteurs économiques) la réalité de la maladie de son secteur. Signe peut-être prémonitoire de l'impulsion donnée par le secteur économique à l'émergence d'un débat, un des principaux acteurs de la lutte internationale de la lutte contre le sida est désormais la Banque Mondiale, qui n'est pas soumis au régime des Nations Unies, qui a comme chacun sait des exigences de développement économique, alors que le Bureau International du Travail, pour sa part intégré au système des Nations Unies, ne fait pas partie d'ONUSIDA ; ainsi, dans le secteur

<sup>1</sup> Cf. D. Cissé et al., Communication sur une proposition de loi soumise au Conseil des ministres et à l'Assemblée nationale ivoiriens à la X<sup>e</sup> CISMA, Abidjan, décembre 1997, session 33.

<sup>2</sup> B. Balipo-Guino, A. Samba. "Réseau centrafricain sur l'éthique, le droit et le VIH/sida", X<sup>e</sup> CISMA, Abidjan, décembre 1997, session 33.

économique, c'est donc un acteur essentiel de la rationalité économique (la Banque Mondiale) qui a pris le pas sur un acteur plus " administratif " (le BIT).

Actuellement, en Côte-d'Ivoire, la question de l'infection par le VIH commence à se poser aux entreprises. A l'occasion de la X<sup>e</sup> CISMA, des critiques se sont élevées contre les tests de dépistage à l'insu de certains entrepreneurs. En particulier, des dépistages sont parfois effectués à l'embauche, ou à l'occasion de consultations de médecine du travail, et certains médecins du travail en communiquent les résultats à l'employeur ; le travailleur alors jugé " inapte " n'est pas recruté ou est licencié. Pour éviter une condamnation pour licenciement abusif, l'entrepreneur invoque une raison autre que médicale, et le travailleur et le Parquet n'ont alors plus d'autre choix qu'une longue procédure pour prouver le licenciement abusif, au risque, bien évidemment pour le plaignant, d'un dévoilement de la nature de son infection au grand jour<sup>1</sup>. Cependant, toujours en Côte-d'Ivoire, certaines entreprises semblent réellement se préoccuper de la question, comme le suggère un récent travail sur le coût de l'infection par le VIH sida dans trois entreprises d'Abidjan<sup>2</sup>. La disponibilité croissante des antirétroviraux en Afrique va peut-être exacerber la question, les grandes entreprises implantées en Afrique disposant souvent de leur propre système d'assurance-maladie, voire de leurs propres centres médicaux ; aussi dans un paysage sanitaire où les systèmes de prévoyance sociale nationaux sont en banqueroute et où les structures de soins publiques sont défaillantes, ce sont surtout les salariés des grandes entreprises privées (et leurs ayants droit) qui bénéficient d'une couverture médicale.

La question de l'accessibilité aux antirétroviraux risque également de faire émerger un débat dans l'organisation du travail dans le secteur public. Ainsi, dans nombre de structures de soins, le risque de contamination est élevé pour les personnels de santé, et les décès sont parfois suffisamment nombreux pour que, dans certains pays tels que la Zambie, une pénurie de personnel infirmier qualifié ait été constatée<sup>3</sup>. De telles situations exigeront alors sans doute de prendre aussi la décision de rendre l'AZT accessible aux personnels de santé afin de prévenir les accidents d'exposition au sang, condition qui pourra parfois apparaître nécessaire pour assurer la continuité des soins dans certaines structures. Dans le privé comme dans le public, la question du maintien des personnels au travail grâce à la disponibilité des antirétroviraux, avec ce que cela suppose (en termes économique et organisationnel) de mise en place d'une chaîne dépistage-traitement-suivi, et de choix (être une entreprise pionnière ou une entreprise étiquetée " sida " ; prévoir de l'AZT aussi pour les personnels de santé et non seulement pour les femmes enceintes, par exemple) pourrait constituer un objet de débat entre des techniciens de la lutte contre le sida (pour établir les risques - *risk assessment*), des acteurs de la " société civile " (par exemple les chefs d'entreprise), et le " législateur " (pour définir les règles d'accès aux antirétroviraux).

Les évolutions récentes au Cameroun tendent quant à elles à montrer une amorce de " politisation " de la question du sida " par le haut ". En effet, les évolutions de la vie politique camerounaises depuis 1997 font apparaître les premières tensions interministérielles

1 Cf. G. Kodéhi et al., " Problèmes d'ordre légal et éthique liés à la législation du travail en Côte-d'Ivoire ", Réseau ivoirien sur l'éthique, le droit et le VIH/sida. Côte d'Ivoire, X<sup>e</sup> CISMA. Abidjan, décembre 1997. session 33 " Législation et VIH/SIDA/MST ".

2 Cf. Aventin, 1998.

3 Cf. Foster S., Buvé A., Mbwili C., Zeko M., Mungo E., " Faire face à la disparition des infirmières due à l'épidémie de sida en Zambie ", *Lettre de Sociétés d'Afrique et sida*, 18, 1997.

à propos du sida. Le 7 décembre 1997 le Président P. Biya a procédé à un très large remaniement ministériel. Deux des nouveaux ministres vont manifester un début de désaccord. Ce conflit larvé oppose le ministre de la Recherche scientifique, Henri Hogbe Nlend, et son homologue de la Santé publique, Gottlieb Mouekosso. Le premier, membre de l'opposition intégré à la "majorité présidentielle" revendique le "monopole" de la recherche scientifique, y compris celle concernant le sida. Le second a réorganisé le PNLS, désormais dirigé par quatre conseillers de même rang, de telle sorte que, pour la première fois au Cameroun, l'on puisse penser que le "numéro un" de la lutte contre le sida est le ministre de la Santé ; jusqu'à présent ce rôle était dévolu aux directeurs successifs du PNLS. C'est donc par l'entremise des vicissitudes politiques à l'intérieur du gouvernement que la question du sida commence à se politiser au Cameroun. Ce processus de "politisation" ne peut s'intégrer à aucun modèle pré-construit de mobilisation collective. La réappropriation du thème du sida par la "société civile" n'est donc pas une condition suffisante pour politiser le débat. Comme tous les processus de mobilisation collective ou de mouvement social, l'évolution du débat est inhérente à des facteurs que l'on ne connaît qu'empiriquement. "L'affaire du sang contaminé" est française ; on ne saurait en déduire que les mêmes causes (transmission du VIH par transfusion sanguine) n'ont pas existé. Le propre des mobilisations collectives n'est-il pas que "les mêmes causes ne provoquent pas nécessairement les mêmes effets" ?

Le fait que cette "politisation" paraisse commencer de s'effectuer par "le haut" n'empêche pas une pression embryonnaire de se manifester par "le bas". Un des facteurs qui semblent aussi avoir conditionné le changement à la tête du PNLS est le mécontentement des associations et ONG qui ont fait part de leurs récriminations au ministre fin 1998. Quelques mois auparavant, il aurait été difficile d'imaginer qu'un "collectif d'associations et ONG" puisse voir le jour au Cameroun. Il aurait été encore plus ardu de prévoir que ce collectif ait suffisamment de cohérence dans sa réaction pour faire "déborder le vase" des petites animosités accumulées entre l'ancien directeur du PNLS et les acteurs associatifs. De fait, reconnaître le caractère embryonnaire de "la société civile" face au sida est une réalité qui ne nous permet pas d'anticiper sur son devenir. La conjonction des facteurs qui président à la mobilisation étatique et "civile" (enjeux internationaux, réseaux transnationaux, politique locale, agents de l'État, responsables d'ONG, *etc.*) incite plutôt à tenir compte de la lutte contre le sida dans un contexte de dynamiques multiples et évolutives. S'il a été souligné il y a quelque temps que le sida est un « révélateur » de dynamiques sociales, rappelons aussi qu'il a été précisé que le sida est également un "agent" de ces dynamiques<sup>2</sup>.

### La place des ONG et associations

Qu'en est-il, plus généralement, de la place des instances considérées comme les acteurs par excellence de la société civile que sont les ONG et associations dans le débat national ? Dès lors que les responsables politiques, hormis les chefs d'État, étaient peu enclins à s'engager sur le terrain du sida, que les responsables des services publics sont engagés dans un processus général de délégitimation à l'instar de l'ensemble des instances de l'appareil d'État, que les techniciens de la lutte contre le sida ont une légitimité, pour l'essentiel, liée aux pays

1 Cf. Birnbaum & Lecca, 1991 ; Boudon, 1984 ; Neveu, 1996 ; Touraine, 1973 et 1984 ; Wiewiorka, 1995.

2 Cf. Raynaut & Muhongayire, 1993 ; Raynaut, 1996.

du Nord et ont parfois des certitudes qui n'engagent alors guère au débat, on peut se demander dans quelle mesure le sida pouvait devenir un objet dans un espace public construit par des ONG et associations nationales dont l'émergence et le développement n'ont été parfois favorisés qu'avec le processus de démocratisation engagé sur le continent à partir de la fin des années quatre-vingts.

En fait de société civile, il apparaît souvent que le mouvement associatif est particulièrement lié à la " société politique ". Reprenons le cas, certes un peu extrême du Congo (Brazzaville), qui rappelons-le, jusqu'en 1990 était soumis à un régime de parti unique calqué sur le modèle soviétique. Jusqu'à cette période, on peut dire que le droit d'association n'était pas entièrement libre : nombre de groupements, par exemple, d'obédience religieuse, avaient peine à se faire reconnaître officiellement dans un régime marxiste, et, il convenait la plupart du temps que les rares associations soient liées, directement ou indirectement, à une des instances du Parti-État. Par exemple, il n'était guère envisageable qu'un regroupement de jeunes ou de femmes existe indépendamment des " organisations de masse " du Parti qu'étaient l'Union des jeunesses socialistes congolaises (l'UJSC) ou l'Union révolutionnaire des femmes du Congo (l'URFC). Au Congo, mais aussi au Kenya, par exemple, il n'existait pas de " société civile " en dehors de l'État, si l'on peut dire<sup>1</sup> : le Président Kenyatta avait ainsi développé les *harambee*, regroupements le plus souvent établis en milieu rural et sur lesquels devaient reposer le développement au niveau local.

Aussi, l'appareil d'État, qui se confondait avec l'appareil du Parti le plus souvent, disposait d'instances qui quadrillaient l'ensemble du pays et offraient ainsi des possibilités d'encadrement et de mobilisation – autoritaire – à l'échelle locale. Dans le domaine du sida, au Congo, des membres de l'URFC avaient été formées à quelques techniques simples d'IEC et dotées de supports éducatifs, et s'adonnaient dans tout le pays à des campagnes de sensibilisation dans différents milieux (marchés, écoles, etc.). En outre, l'URFC, et les autres organisations de masse, travaillaient de concert avec les groupes d'action info-sida, mis en place par le PNLS congolais dans le cadre du plan triennal 1989-1991. Un groupe d'action info-sida était une petite cellule d'IEC constituée de trois personnes, d'horizons professionnels divers. Il était chargé d' " aller à la rencontre de la population partout où elle se trouvait, c'est-à-dire dans les écoles, les lieux de travail, les quartiers ". Car à la structuration des organisations de masse, s'ajoutait le maillage géographique des populations urbaines, encadrées par les comités de quartier subdivisés en comités de zones puis de blocs, le tout sous l'égide étroite du parti unique. La " démocratisation " a bien évidemment mis un terme à l'existence du Parti-État et à tous ses avatars, y compris l'URFC. Bien plus, l'URFC était devenue " politiquement incorrecte " dans un Congo démocratisé ; il était hors de question que les nouvelles autorités s'adressent encore aux représentantes d'une émanation de l'ancien parti unique pour mener des campagnes d'information sur le sida ; ne rien faire plutôt que de recourir à ces femmes formées et disposant chez elle du matériel pédagogique, mais désormais " diabolisées ", semblait parfois être la situation qui prévalait dans les localités. Cependant, il semble qu'au Kenya les *harambee*, qui ne sont plus vraiment d'actualité, ont permis d'imprimer une certaine dynamique au niveau local qui resterait encore perceptible dans le domaine des activités de lutte contre le sida dans les régions. Il est vrai, d'une part, que l'évolution politique récente du Kenya a connu une continuité certaine – alors que celle

<sup>1</sup> Peu ou prou, cela était (et reste vrai) pour tous les régimes autoritaires à parti unique en Afrique.

du Congo fut nettement plus chaotique, et d'autre part que les pays anglophones, dans leur fonctionnement institutionnel du moins, connaissent une capacité à la déconcentration plus importante que dans les pays de tradition francophone, toujours plus enclins à la "verticalisation".

Cependant, déconcentration, voire décentralisation, ne signifient pas nécessairement de façon contradictoire autonomie des instances locales. Toujours au Kenya, lorsqu'un organisme du Nord veut mettre en œuvre une opération par l'intermédiaire d'une association nationale, il est censé s'adresser à un service de la Présidence de la république qui lui fournira alors une liste d'ONG et associations. Même si, de l'avis de membres d'ONG nationales, la Présidence de la république kenyane n'exerce pas de censure quant à l'inscription des associations sur cette liste, on imagine volontiers les possibilités de "discrimination positive" quant au contenu de la liste fournie aux bailleurs.

L'État se donne ainsi parfois les moyens de contrôler la société civile ; bien plus, la société politique peut être largement à l'origine du développement de la société civile. Le processus de démocratisation, la crise des États, la délégitimation qui s'en est suivie (aux yeux des bailleurs du Nord), ont ouvert l'espace politique et ont permis l'éclosion de prises de parole et d'initiatives à partir de lieux très différenciés de la société. Ainsi, les conférences nationales qui se sont tenues dans nombre de pays africains au début des années 1990, qui avaient pour but de dresser le bilan des régimes autoritaires antérieurs, d'en souligner les abus et les erreurs, de jeter les bases d'une nouvelle vie politique (élaboration d'une nouvelle constitution, d'un calendrier électoral, mise en place des nouvelles instances de gouvernement et de régulation, etc.), étaient animées par les partis politiques mais surtout par des associations, groupements religieux, *etc.*<sup>1</sup>. La présence massive d'associations, inexistantes quelques mois plus tôt, était due en partie au fait que la possibilité de prendre part à la Conférence Nationale Souveraine dépendait de l'appartenance à un groupement communautaire, qu'il soit politique, religieux ou associatif. Des associations ont aussi parfois vu le jour, dans ce contexte, dans la dépendance étroite de leaders politiques. Par exemple, il est de notoriété publique qu'à l'occasion de la Conférence nationale congolaise le parti alors au pouvoir (ex-parti unique) avait créé un très grand nombre d'associations pour siéger dans cette assemblée afin que le leader de l'ancien parti unique et président sortant, alors jugé, puisse recevoir un appui maximal. Par la suite (c'est-à-dire durant la période du régime de P. Lissouba élu en 1992), la plupart des associations caritatives laïques ayant pignon sur rue, qui toutes, peu ou prou, affichaient des préoccupations sanitaires dont la lutte contre le sida, étaient présidées par une épouse d'un leader politique (président de l'Assemblée, du Sénat, d'un parti politique, ministre, *etc.*)<sup>2</sup>. Dans ces conditions, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur le caractère "civile" des représentants de cette "société" qui se sont constitués en associations. Et ce d'autant plus que "l'aire d'intervention" des associations-fondations en question recouvrait, dans un premier temps, la circonscription électorale tenue ou désirée de leurs maris, leaders politiques, avant un hypothétique déploiement à l'échelon national. D'ailleurs, un tel déploiement, si ce n'est le maintien même des activités de base, se trouvait lié bien souvent aux aléas de la fluctuation de la carrière de ces leaders politiques et

1 Cf. Eboussi Boulaga, 1993.

2 Ce constat, qui amènerait à penser que tout était en place, au moins au Congo, pour que le sida soit inscrit à l'agenda des partis et donc fasse l'objet d'un débat politique, renforce encore la légitimité de notre interrogation d'ensemble sur la faible émergence de cette question dans le débat public.

donc à leur capacité redistributive. Une alternance politique, outre l'incidence sur leur opérationnalité financière, était également l'occasion d'une remise en cause de la légitimité d'action de ces fondations. La perte du pouvoir politique des leaders politiques "parrainant" ces fondations se répercutait dans l'affaiblissement progressif de toute influence de ces dernières sur l'appareil d'État, tourné vers d'autres représentantes de la "société civile", mieux pourvues politiquement. Si évolution il y a eu par rapport à une période antérieure (de parti unique), elle tient à la quantité, et à un passage d'une dynamique locale uniquement légitimée par l'appareil d'État, à des ONG et associations créées entre autres sous l'égide de personnels politiques avec la bienveillance de l'appareil d'État. Aussi, dans ces conditions on comprend mieux qu'en dépit d'une première observation qui atteste d'un certain dynamisme associatif qui affiche une préoccupation relative au sida, le milieu des ONG et associations nationales ne peuvent guère être le lieu de l'émergence d'un discours autonome, toujours potentiellement porteur d'une contradiction, ou du moins n'est que peu susceptible de produire un type d'acteur par nature distinct des niveaux politique et technico-administratif. Cette faible capacité d'autonomisation est d'autant plus présente que les associations, dans une grande majorité, dépendent d'autrui pour leurs capacités financières et de la mise à disposition par les PNLs des moyens techniques (boîtes à images, affiches, etc.) pour mener à bien leurs activités dans l'IEC.

Cette situation, en soi, n'obère cependant en rien les capacités du secteur associatif à se mobiliser, à mener des actions (circonscrites dans l'espace et dans le discours) dans le domaine de la lutte contre le sida. Néanmoins l'ampleur de la mobilisation en la matière semble étroitement liée à un contexte où existe déjà un dynamisme associatif. Ainsi, associations et ONG ont été plus précoces à s'impliquer dans la lutte contre le sida au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire. Dans ce pays, le mouvement est récent, bien qu'il ait pris dès ses premières manifestations un développement important ; au Sénégal, l'effervescence associative, dans laquelle le rôle joué par les confréries musulmanes n'est pas négligeable, est relativement ancienne, et le poids des associations sur la scène politique contraste nettement avec la situation de la Côte-d'Ivoire où l'État est beaucoup plus omniprésent dans les différents secteurs de la vie publique, du moins jusque dans les années quatre-vingt-dix. Que la mobilisation des associations soit plus développée dans un pays où le dynamisme du secteur associatif est plus important peut sembler relever du truisme ; mais, pour notre propos, deux conséquences sont liées à ce constat d'évidence. En premier lieu, il ne semble pas exister de rapport entre la capacité du secteur associatif à se mobiliser et l'importance de l'épidémie : rappelons que le taux de prévalence de l'infection par le VIH au Sénégal est de loin très inférieur à celui de la Côte-d'Ivoire. En second lieu, la faible propension du secteur associatif à se mobiliser dans un pays, avec ce que cela suppose de capacité d'initiative locale et autonome, s'avère être cohérent avec les conditions de production de la société civile dans le pays : si les conditions du développement du secteur associatif sont largement dépendantes de l'appareil d'État et/ou de ses représentants, alors il devient facilement compréhensible que la société ("civile") manifeste une faible capacité à se saisir (de manière indépendante) d'un problème nouveau.

Nous soulignerons pour achever notre analyse, que le secteur associatif en Afrique est sans doute d'autant moins propice à faire émerger le sida comme problème public national qu'à l'instar de certains techniciens des programmes nationaux, il est également largement engagé dans une logique d'extraversion. Pour exister, les ONG et associations œuvrant dans la lutte

contre le sida ont besoin de fonds qui, dans la situation actuelle des États africains, ne peuvent guère être espérés qu'auprès de bailleurs étrangers au pays. Aussi ONG et associations sont souvent directement en relation avec des experts du Nord, parfois parmi les plus éminents de la scène internationale ; ONG et associations sont associées alors aux débats internationaux sur les développements (techniques) les plus récents de la lutte contre la maladie ce qui leur confère une reconnaissance et une légitimité supplémentaires<sup>1</sup>. Par ailleurs, étant donné la manière dont la lutte contre le sida a été structurée dans les différents pays, les associations doivent aussi obtenir la caution du niveau national, soit du PNLS. Aussi, contrairement à un schéma théorique où des groupements associatifs remplissent pleinement leur rôle dans la mesure où ils permettent la diffusion de l'information, de nouvelles techniques dans une dynamique descendante allant du niveau central vers la périphérie, les associations de lutte contre le sida semblent bien plutôt happées par le niveau central, voire par le niveau international, au risque évident de distendre les relations avec la périphérie, et partant avec la " communauté ".

L'exemple le plus patent de ce mouvement ascendant est celui des associations de personnes vivant avec le VIH, du moins en Afrique francophone<sup>2</sup>. Certaines sont nées du souci des PNLS d'une participation de personnes atteintes francophones dans des réunions organisées par des associations anglophones déjà structurées<sup>3</sup>. Lorsque la création de telles associations n'est pas liée à une dynamique étrangère au pays, elle peut être directement générée par les Programmes nationaux qui supervisent parfois directement une partie du secteur associatif. Ainsi, alors que la première association de personnes vivant avec le VIH créée au Congo était tombée en disgrâce auprès du PNLS, celui-ci avait initié la création d'une nouvelle association. Les membres de cette nouvelle association se sentaient obligés parfois à un " devoir de réserve " à l'égard du PNLS, étant donné les liens organiques qui les liaient entre eux. De telles associations, devenues clientes des PNLS, ne disposent que de très peu d'autonomie et regroupent des membres nécessairement réservés dans leur jugement. Remarquons également que le lien entre les associations de personnes vivant avec le VIH en Afrique et les Programmes nationaux font parfois des membres de ces associations des patients privilégiés, au risque de conduire *ipso facto* ces associations de ne plus pouvoir prétendre à une quelconque représentativité de la majorité des personnes atteintes qui ont un accès limité aux traitements. Comme l'écrit Cornu à propos d'associations ivoiriennes, elles « ne sont [pas] des productions spontanées, leurs références sont en grande partie des références du dehors : les formes d'organisation, les idées, les mots parfois » (Cornu, 1996 : 75). Parfois, comme dans le cas du Congo, c'est l'ensemble du secteur associatif qui est directement affilié au PNLS : associations de personnes vivant avec le VIH, mais aussi de jeunes et de femmes, se

1 Nous pensons par exemple à la participation du secteur associatif aux réunions concernant l'accessibilité des antirétroviraux en Afrique.

2 Dans ce domaine, l'Afrique francophone accuse un retard important par rapport à l'Afrique anglophone : par exemple, il n'existe aucun équivalent en Afrique francophone d'une association d'aide aux personnes atteintes de la dimension de TASO en Ouganda, ou même d'initiatives d'ampleur plus modeste, comme la Kenyan AIDS Society au Kenya. Cf. J. Hampton, "Vivre avec le sida". Organisation ougandaise d'aide aux sidécens (TASO), Stratégies pour l'espoir n° 2. ACTIONAID, Londres, AMREF, Nairobi, 1990 ; G. Williams, N. Tamale, "La communauté d'entraide. Faire face au sida en milieu urbain ougandais". Stratégies pour l'espoir n°6, ACTIONAID, Londres, AMREF, Nairobi, 1991.

3 C'est le cas, par exemple, de l'association ivoirienne Lumière Action qui voit sa création liée au souci du PNLS ivoirien de former une délégation pour participer à la première conférence africaine des personnes vivant avec le VIH de Mombassa en 1994 (Cornu, 1996 : 73).



voient offrir un local dans les locaux du Programme. Or on connaît l'importance que revêt pour les associations la question du "siège social", cruciale pour la visibilité et l'accès aux ressources, et qui s'avérera évidemment d'autant plus aisé que le siège de l'association sera au cœur même de la structure nationale qui est l'intermédiaire obligé de tous les projets. Par ailleurs les liens sont parfois d'autant plus étroits que des membres du PNLS figurent parmi les principaux responsables de ces associations. Dans ces conditions, les représentants de la "société civile" et l'acteur technico-administratif ne font plus qu'un, ce qui ne favorise pas les conditions de l'émergence d'un débat public. Pour autant, cette dépendance originelle n'apparaît pas comme rédhitoire. Elle est surtout due à la possibilité financière du PNLS de pourvoir, au moins de façon minimale, aux actions menées par l'association. Or, l'exemple des associations de jeunes au Congo nous a montré qu'une affiliation stricte au PNLS suscite en retour une forte attente. Attente amplifiée par les organismes internationaux comme l'OMS de faire accéder les associations à la manne des PNLS. Un refus de ces derniers peut être à la base d'un processus d'autonomisation de la part des associations, qui se mettent alors en quête de nouveaux soutiens, directement auprès des bailleurs traditionnels dans la lutte contre le sida.

### **L'impossible appropriation politique**

Les conditions de l'émergence d'un débat public, au sens de la mise en relation de points de vue distincts en des cercles nationaux – qui peuvent être très spécialisés et qui témoignent d'une appropriation spécifique d'un problème par chacune des parties – ne semblent guère être réunies : la monopolisation de la parole politique sur le sida par "le prince", la légitimité et la légitimation de l'acteur technique par des instances extérieures au pays, la difficulté du secteur associatif à s'affirmer en tant que "société civile" rend difficile la transformation d'un problème de santé publique en problème public<sup>1</sup>.

La conclusion, s'agissant de l'Afrique, n'est-elle pas trop sombre ? En France, il a fallu attendre 1987 pour que la première campagne d'information soit organisée par les pouvoirs publics. Le sida a tardé à être reconnu, d'abord comme problème médical, puis à s'imposer comme question de santé publique et comme problème politique. Sur le continent africain, c'est un peu le processus inverse que l'on constate : immédiatement reconnu problème politique (certes d'abord en niant la réalité du phénomène), très rapidement identifié comme problème majeur de santé publique, sa portée semble progressivement s'être délitée et n'a guère été intégrée dans les préoccupations relatives à l'administration sanitaire du pays. Est-ce parce que, contrairement aux situations constatées au Nord, des acteurs privés, appartenant à une société civile, n'ont pu réellement intervenir dans un domaine censé relever de l'État ?

Il ne faut pas non plus idéaliser une dynamique associative dans les pays du Nord qui serait globalement opposable à une dépendance des ONG au Sud. Renaud (1983 : 85) faisait remarquer que le mouvement communautaire, né en Amérique du Nord à la fin des années 1960, a certes amené à intégrer les usagers aux processus de prise de décision, mais a

---

<sup>1</sup> C. Cornu (1996 : 44) posait plus abruptement la question : dans un pays sans controverses publiques, sans débat entre adversaires politiques - un pays sans véritable fonctionnement démocratique, le sida peut-il devenir un enjeu politique ?

également abouti à la disparition de ces mouvements et au renforcement du pouvoir des planificateurs : les usagers n'arrivaient plus à avoir une pensée autonome et, lorsqu'ils en avaient une, se voyaient court-circuités par des réseaux parallèles de prise de décision. Si l'implication des mouvements communautaires aboutit alors peut-être nécessairement à la perte de leur autonomie et de l'efficacité de leur rôle, et ici les situations africaines ne seraient alors pas nécessairement différentes de celles observées en Amérique du Nord, il n'en reste pas moins que l'on a bien de la peine à percevoir, dans le domaine de la lutte contre le sida en Afrique la manifestation d'une " pensée autonome " initiale.

### Références bibliographiques

Aventin L.

1998 *Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan : réponses organisationnelles et orientations stratégiques*, Marseille, Faculté de médecine.

Banque Mondiale

1997 *Confronting AIDS*, New York, Oxford University Press.

BIRNBAUM P. et LECCA J. (dir.)

1991 *Sur l'individualisme*, Presse de la Fondation nationale des sciences politiques.

BOUDON R.,

1984 *La place du désordre*, Paris, PUF.

BOURDARIAS F. et LE PALEC A.

1995 " Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies. À propos du colloque Médecine traditionnelle et sida ", *Journal des anthropologues*, 60 : 51-61.

CATTACIN S., PANCHAUD C. et TATTINI V.

1997 *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan.

CORNU C.

1996 *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan, Côte d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique sub-saharienne ?*, Mémoire de DEA, Paris, Université Paris I.

DESCLAUX A. et RAYNAUT C. (eds.)

1997 *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au Sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 1997.

DORE G., KALDOR J.

1996 " Epidemiology of HIV and AIDS in the Asia-Pacific region ", *Annu. Conf. Australas. Soc. HIV Med.*, 14-17 novembre (abstract n° 36).

DOZON J.P.

1991 " D'un tombeau l'autre ", *Cahiers d'Études Africaines*, 31 (1-2) : 135-157.

DOZON, J.P., FASSIN, D.

1989 " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique ", *Sciences sociales et santé*, VII (1) : 21-36.

EBOUSSI BOULAGA F.

1993 *Les Conférences nationales en Afrique noire, une affaire à suivre*, Paris, Karthala.

FASSIN D.

1994a "La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique".  
in *Lettre Sociétés d'Afrique et Sida*, n°5 : 2-3

1994b "Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo",  
*Annales*, 4 : 745-775.

JANSSENS W., BUVE A., NKENGASONG J.N.

1997 "The puzzle of HIV-1 subtypes in Africa", *AIDS*, 11 : 705-712.\*

KÉOUÉDAN D.

1998 *Sida : 12 ans d'épidémie en Côte-d'Ivoire, Afrique de l'ouest. Analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1998. Bilan et perspectives*, thèse de doctorat en épidémiologie et santé publique, Université Nancy I.

NEVEU E.

1996 *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte.

ONUSIDA

1998 *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*.

RAYNAUT C.

1996 "Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration avec la médecine ?",  
dans J. Benoist et A. Desclaux (ed.), *Anthropologie et sida*, Paris, Karthala : 31-56.

RAYNAUT C. et MUHONGAYIRE F.

1993 "Chronique d'une mort annoncée", dans J.P. Dozon et L. Vidal (ed.), *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, ORSTOM-GIDIS : 299-324.

RENAUD, M.

1983 "De la passion et du coup d'œil comme instruments de planification", *Sciences Sociales et Santé*, (3-4) : 75-91.

SETBON, M.

1993 *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande Bretagne et Suède*, Paris, Seuil.

TOURAINÉ A.

1973 *Production de la société*, Paris, Le Seuil.

1984 *Le retour de l'acteur*, Paris, Fayard.

WIEVIORKA M.

1995 "Plaidoyer pour un concept", dans F. Dubet et M. Wieviorka (dir.), *Penser le Sujet. Autour d'Alain Touraine*, Paris, Colloque de Cerisy, Fayard : 209-220.