

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 Mondiale¹.

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 offertes¹. 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 Parlement². 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)³ 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, Brazzaville¹, 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 pétrolière². 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 touché³, 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^e 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'épidémiologie¹. Il nous est apparu alors intéressant d'apporter un "contrepoint" anglophone aux études entreprises, la mise en relation des situations francophones et

¹ 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"¹, 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 fonds².

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^{er} 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 programmes¹ ; 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 endémie², 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... »³. 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⁺ – 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”¹ 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 disputée² 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

¹ 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).

² 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 légitimation¹.

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 important², et les « religions africaines » s'inspirant du christianisme, tel le kimbanguisme dans le bassin du Congo³, s'adonnent parfois à des activités de développement agricole de grande ampleur. L'entreprise religieuse est aussi bien souvent une

¹ 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.

² Cf. par exemple J. Copans, 1980

³ 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 triomphante¹ était mise en échec, et les systèmes sanitaires, soumis à rude épreuve².

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 " ³, 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 " ⁴ 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) ¹.

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^{ère} 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.

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