

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 sénégalais¹. 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

¹ 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^e 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 populaire², 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, 1996³ 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 AFRICASO⁴). 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 institutionnels⁵ (*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

⁵ 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 PNLS 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 PNLS (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 visibilité⁶ 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 aux 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 Portugal, 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 Portugal, 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).

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