

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

Éric GAUVRIT

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

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

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

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



Fonds Documentaire IRD  
Cote : A\* 33372 Ex :

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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