

LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU SÉNÉGAL

ENTRE PRÉVENTION ET NORMALISATION SOCIALE

Karine DELAUNAY

Contexte général

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

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



Fonds Documentaire IRD
Cote : A* 33372 Ex :

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

Un tel contexte socio-économique rassemble un certain nombre de conditions ayant pu faire craindre *a priori* à une expansion de l'infection à VIH. Or le taux de prévalence du Sénégal, aujourd'hui inférieur à 2% dans la population générale, est demeuré l'un des plus bas de l'Afrique subsaharienne. Un facteur séro-épidémiologique peut avoir contribué à ce phénomène : le Sénégal constitue, avec la Guinée Bissau et le Cap Vert, le foyer initial du VIH 2, moins virulent que le VIH 1 et ayant pu freiner l'expansion de ce dernier. Mais le PNLS sénégalais entend mettre avant tout l'accent sur sa stratégie d'action en matière de prévention des risques d'infection, une stratégie qui se veut “exemplaire” et a reçu les satisfecit des évaluateurs internationaux. Reste que celle-ci donne lieu à des discours de valorisation nationale et de normalisation sociale soulignant l'ambiguïté du « dialogue politique » que le PNLS aurait impulsé autour de la question du sida. Sans passer en revue l'ensemble des actions conduites au Sénégal ni étudier les différents plans mis en œuvre¹, il s'agit ici de donner quelques éléments d'appréciation de ces deux aspects de la politique de prévention développée par le PNLS.

Les acquis du PNLS

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

Un Comité inscrit dans la durée

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

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

Le Professeur S. Mboup, chef du laboratoire de bactériologie-virologie de l'hôpital Le Dantec de Dakar, a acquis sa renommée en tant que partenaire d'équipes de recherche du Nord dont les travaux ont permis d'isoler et d'étudier le VIH 2, virus découvert en 1986 et présent dans d'autres pays d'Afrique de l'ouest conjointement au VIH 1. Le Pr. Mboup tend ainsi à incarner les compétences nationales en matière de recherche¹, ce que cautionne sa participation à de nombreuses publications scientifiques internationales; coordinateur de la convention interuniversitaire de recherches Dakar-Tours-Limoges, il est “naturellement” devenu le président du groupe “recherche et surveillance épidémiologique” du CNLS, le laboratoire dont il a la responsabilité abritant parallèlement le Centre national de statistiques pour le diagnostic du VIH qui assure la publication du bulletin épidémiologique du Sénégal². Du fait de ce positionnement, il a été l'initiateur du Réseau africain de recherche sur le sida implanté dans les différents pays de l'Afrique de l'ouest ainsi qu'au Cameroun et au Zaïre et dont il est le secrétaire général.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

des activités “ d’éducation ” destinées aux prostituées¹, ce qui se doublait d’une action “ incitative ” en direction des prostituées « clandestines » pour les amener à s’inscrire au fichier sanitaire et social de la prostitution. Dans ce cadre, était préconisé, à l’issue du Forum national sur le sida de 1992, le renforcement de la collaboration entre les services MST et la brigade des mœurs pour la prise en charge des prostituées « officielles » et « clandestines » ; mesure évoquée aujourd’hui dans les récits populaires sous la forme de rafles nocturnes et de “ chasses aux prostituées ” qui auraient eu lieu dans des villes telles que Kaolack, principal nœud routier situé au centre du pays et considéré, de fait, par les responsables du PNLS comme une zone particulièrement « à risque »². Cette politique de prévention et prise en charge des MST, prolongée aujourd’hui par des programmes de “ reconversion ” et “ réinsertion ” des prostituées dont l’extension à travers le pays était préconisé à compter du Plan d’action 1992/93, a certes permis de réduire les risques de contamination auxquels sont exposées les prostituées, le taux moyen de prévalence parmi elles ayant ainsi été maintenu à un niveau inférieur à 15% à l’échelle nationale.

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

Des axes privilégiés d’action en matière d’IEC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Politique préventive et discours de valorisation

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

Préservatif et « vagabondage sexuel »

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

¹ *Wal Fadji* du 7.08.1992.

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

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

Certes, la promotion du préservatif a-t-elle également pris appui sur les structures sanitaires et les centres de planification familiale et s’est-elle accompagnée de mises à disposition gratuite dans certains lieux (tels que des dancings²) avant même le lancement du programme de marketing social ; de même, cette promotion est-elle relayée par des ONG telles que ENDA ayant formé certains jeunes pour mener des actions de sensibilisation par exemple dans les gares routières. Reste que, globalement, les résultats de la promotion des préservatifs sont comptabilisés, dans les bilans produits par le PNLS, au volet “ MST ” du Programme et ainsi

¹ Interview de Latif Gueye dans *Sud Quotidien* du 7.11.1997.

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

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

Normalisation et « fléaux sociaux »

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

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

Jusqu’à présent, la valorisation semble avoir été prédominante dans la mise en œuvre, par le PNLS, de certaines pré-conceptions culturalistes telles que la pratique de l’islam mais aussi la fréquence de la circoncision, la désignation des prostituées comme principal « groupe à risque » ayant pu être en quelque sorte “ neutralisée ” en ce qu’elle prenait appui sur une législation préexistante de contrôle. Cette optique culturaliste n’en vient pas moins à mettre assez systématiquement en cause d’autres pratiques, telles que le lévirat¹, dans les risques de

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

transmission sexuelle du virus, mise en cause susceptible aujourd’hui de prendre une tournure nouvelle en étant évoquée dans une perspective juridique ; de plus, cette même optique tend actuellement à être infléchie par la mise en œuvre d’une procédure de désignation plus strictement ethniciste, tendance antérieurement sous-jacente qui devient explicite dès lors que la lecture donnée de l’évolution des taux de prévalence dans le pays est rapportée à une “ carte ethnique ”, comme le faisait récemment le Pr. Coll-Seck en déclarant dans une interview à *Jeune Afrique* titrée “ l’exception sénégalaise en cinq questions ” : « Nous avons observé un taux d’infection nettement supérieur à la moyenne chez les Toucouleur. L’explication était, là aussi, socio-économique¹ : c’est une ethnie qui bouge énormément, un peuple de commerçants qui vont et viennent, s’infectent à l’étranger et, au retour, infectent leur femme »². Faisant écho à la mise en exergue plus ancienne du taux de prévalence en Casamance, une telle lecture tend à “ naturaliser ” la marginalisation politique et économique de certaines régions au sein du “ modèle sénégalais ” développé par l’État contemporain, en la rapportant à certains “ comportements ethniques ”. Cette lecture reflète également certaines ambiguïtés de la stratégie du PNLs à l’endroit des migrations : en superposant à la notion préexistante d’« encombrements humains » celle de « groupes à risque », partant en érigeant en vecteurs de transmission du VIH des groupes antérieurement désignés comme “ marginaux ” et “ moralement répréhensibles ”, il était des plus délicats de prendre en considération l’économie de la migration comme partie intégrante du quotidien de nombre de travailleurs sénégalais les exposant au risque d’infection, sinon sous la forme de la “ contamination par l’étranger ” comme dans le cas de la désignation des Toucouleur.

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

Références bibliographiques

Bacha A.D.

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

Bagde E., Engelberg G. et Sarr F.

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

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

² *Jeune Afrique*, 9-15.12.1997.

Collignon R.

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

Diop M. C.

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

Diop M. C. & Diouf M.

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

Dioume R.

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

Duruflé G.

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

Gassama Y et Thiam C.

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

Michailof S. (dir.)

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

O’Brien D.C.

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

Osborn E.

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

Sarr F.

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

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