

LES ONG IMPLIQUÉES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS UNE VILLE IVOIRIENNE DE L'INTÉRIEUR, BOUAKÉ

Karine DELAUNAY et Auguste Didier BLIBOLO

Fonds Documentaire IRD
Cote : A* 33372 Ex :

L'étude de l'organisation de la lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire ayant été jusque là menée depuis la capitale économique du pays, Abidjan, il paraissait important d'avoir un aperçu de la situation à l'intérieur de la Côte-d'Ivoire. Aussi une mission de courte durée a-t-elle été conduite à Bouaké, courant novembre 1997, en vue de réaliser un inventaire des ONG engagées dans la lutte contre le sida et de leurs activités. Précisons que Bouaké est la deuxième ville de Côte-d'Ivoire en nombre d'habitants et qu'elle constitue un carrefour commercial important, notamment du fait de sa position géographique au centre du pays.

Les travaux ont concerné les principales structures non gouvernementales directement impliquées dans la lutte contre le sida ; ils ont consisté, pour l'essentiel, en entretiens avec leurs responsables, parfois avec certains de leurs volontaires ou employés, si possible complétés par la consultation de documents relatifs aux (ou émanant des) dites structures. En aucun cas nous ne pouvons prétendre être en mesure d'analyser le fonctionnement de celles-ci ; tout au plus tenterons-nous d'esquisser un premier panorama de l'implication non gouvernementale dans la lutte contre le sida, après avoir présenté les informations collectées au sujet des différentes organisations et tenté d'identifier les particularités de chacune¹.

Renaissance Santé Bouaké (RSB)

Renaissance Santé Bouaké se présente comme une « organisation non gouvernementale créée en juin 1993 », avec « pour mandat exclusif de contribuer à la prévention et au contrôle du VIH/sida dans le département de Bouaké » ; elle s'affirme donc comme « une réponse associative à l'épidémie de VIH/sida ». Telle est, du moins, la vision défendue par son président exécutif, le Dr. Essombo, dans le Bulletin du PNLS, *Kissi* (n° 2, juin 1995). Cependant, il est difficile de ne pas considérer RSB comme un prolongement, voire une reconversion, du Comité local de lutte contre le sida préexistant : les membres fondateurs de la première sont, de fait, membres du second. Bien plus, si le Comité local continue théoriquement d'exister, il ne se manifeste que rarement en tant que tel, se confondant le plus souvent avec RSB. Deux facteurs paraissent expliquer cette mutation d'un Comité local en ONG. D'une part, des dissensions seraient apparues au sein du Comité local, ce qui aurait pu provoquer la formation d'une ONG par dix de ses membres. D'autre part, et surtout, le statut de

¹ Nous remercions M. Joachim Agbroffi, sociologue à l'Université de Bouaké et ayant participé aux études du CIE préalables à l'ouverture du Centre SAS, qui nous a introduits dans certaines structures.



tout Comité local de lutte contre le sida est ambigu : certes reconnu par le PNLS et le ministère de la Santé, il n'a pas, cependant, de personnalité juridique, ce qui limite considérablement ses capacités à monter des projets spécifiques ; l'acquisition du statut d'association / ONG permet notamment d'ouvrir un compte bancaire au nom de celle-ci, donnant alors la possibilité d'établir des relations plus directes avec différents bailleurs de fonds pour la conduite d'activités propres. De plus la constitution de Comités locaux correspond à une première phase de l'organisation de la lutte contre le sida, antérieure à la mise œuvre du processus de décentralisation du PNLS qui s'est traduite par la création de coordinations régionales et départementales : dans cette dernière configuration, les Comités locaux n'ont plus vraiment lieu d'être, leur existence actuelle relevant de la survivance.

RSB est donc une ONG qui ajoute, en quelque sorte, aux avantages de son statut non gouvernemental, la protection des autorités dont elle constitue aussi un relais local. Outre que la mutation du Comité en structure associative semble avoir été effectuée en accord avec le responsable du Bureau central de coordination du PNLS, le président exécutif de RSB indiquait en 1995 que « l'ONG depuis sa naissance bénéficie du soutien personnel du préfet de région » (*Kissi*, n° 2, juin 1995). Dans ce cadre, RSB peut inscrire à son actif la conduite de projets initiés par le PNLS. C'est en particulier le cas pour le " Programme de Prévention et de Prise en charge des MST/sida chez les femmes libres et leurs partenaires", financé par l'OMS puis par la coopération canadienne et supervisé par le PNLS ; d'abord localisé à Abidjan, il a été étendu à Bouaké en 1994, *via* RSB, dans le cadre de la mise œuvre de la politique de décentralisation du programme national de lutte contre le sida. De même, RSB est-elle la structure relais pour la conduite, dans la région de Bouaké, du programme de marketing social des préservatifs masculins, dont l'exécutant officiel à l'échelle nationale est une ONG américaine (PSI) aux termes d'un accord signé avec le gouvernement ivoirien.

Cela étant, ces activités ne reflètent qu'une partie de la réalité ; Renaissance Santé Bouaké affiche en effet un large éventail d'objectifs comme l'indique une brochure de présentation de l'ONG :

- « 1) Réduire la transmission du VIH/SIDA par :
 - l'Information, l'Éducation, la Communication
 - la promotion de l'utilisation du préservatif
- 2) Fournir une assistance médicale de proximité aux personnes malades du SIDA
- 3) Apporter un soutien psycho-social aux personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA
- 4) Former des personnes-relais ».

Ladite brochure liste ainsi plus d'une dizaine d'actions, impliquant au demeurant de multiples partenaires financiers, qu'ils s'agissent d'organismes de coopération multilatérale ou bilatérale ou qu'il s'agisse de structures nationales et locales (en particulier, outre le PNLS, la mairie de Bouaké et une grande entreprise textile de la région). De fait, RSB apparaît aujourd'hui comme la principale ONG ivoirienne de lutte contre le sida basée dans l'intérieur de la Côte-d'Ivoire ; elle occupe donc une position stratégique qui fait d'elle un partenaire privilégié pour toute perspective de décentralisation des activités de lutte contre la pandémie, partant d'affirmation d'un rayonnement extra-abidjanais pour les organismes initiateurs de projets. Cette position, RSB la tient aux yeux du Programme national et des bailleurs de fonds internationaux, mais elle semble aussi lui être reconnue par le milieu associatif puisque RSB est représentée au sein

du Conseil d'administration du Collectif des ONG de lutte contre le sida de Côte-d'Ivoire (le COSCI).

Malgré ce statut de partenaire privilégié, RSB demeure prise dans une certaine ambiguïté : sa création a notamment été impulsée par des agents du Centre Hospitalier Régional (CHR) qui se trouvaient directement confrontés aux difficultés d'annonce de la séropositivité au VIH et de prise en charge des personnes infectées par le virus ; pourtant, l'essentiel des activités effectivement conduites par l'ONG ont concerné la prévention dans la population générale et auprès de publics ciblés et, il est vrai, la formation (dont celle de médecins et infirmiers de la région). En cela, RSB s'inscrit davantage dans la lignée du Programme national¹ qu'elle ne répond aux problèmes concrètement posés aux agents locaux. Peut-être ne s'agit-il là que d'un décalage temporel (néanmoins significatif) : les objectifs de prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH, amorcés dans le cadre de certains projets en cours, seraient en voie de concrétisation *via* la création d'un centre de soins et de conseils pour lequel les négociations avec les bailleurs de fonds seraient bien avancées.

Cette ambiguïté première est doublée d'une autre caractéristique ambivalente : si RSB est une organisation non gouvernementale dont le fonctionnement quotidien est assuré par quelques jeunes sans emploi salarié, elle a été initiée et est encore actuellement dirigée par des agents de l'État. Sans doute est-ce là une forme de survivance, au sein même de l'ONG, de la configuration du Comité local préexistant. Mais cette caractéristique renvoie également au rôle de cette ONG pour les agents de santé. On peut alors y voir la suite d'une chaîne antérieurement amorcée : le Dr Essombo, membre fondateur et président exécutif de RSB, par ailleurs médecin au CHR de Bouaké, a été formé au "counselling" grâce à un atelier organisé en 1988 par une ONG française (Médecins du Monde) puis par le suivi d'une session de cinq jours au CIPS (Centre d'Information et de Prévention du Sida), centre lié, pour sa part, à une ONG ivoirienne (ESPOIR-CI). Cette formation a permis au Dr Essombo de former à son tour les personnes chargées de l'annonce au sein de son service au CHR de Bouaké ; elle l'a plus largement sensibilisé à la nécessité d'assurer et organiser la formation des personnels médicaux, ce qui a été entrepris par le biais de RSB. Mais, dès lors, cette ONG ne tend-elle pas à se substituer à l'État dans les obligations que celui-ci devrait assumer vis-à-vis de ses propres agents ? D'un autre côté, aux yeux des bailleurs de fonds, ladite ONG ne tire-t-elle pas une grande partie de sa légitimité d'action du statut de ses membres fondateurs, en particulier de l'emploi de certains d'eux au CHR où ils cumulent compétences médicales, proximité au terrain et capacité à faire du "bénévolat" en ayant, par ailleurs, un emploi salarié ?

Cette double dépendance — à l'égard de l'État et à l'égard des bailleurs de fonds internationaux — pourrait expliquer en partie, sous forme de contrainte, l'orientation première de RSB vers la prévention plutôt que vers les problèmes locaux de prise en charge. Cela étant, on peut aussi penser que la conduite d'activités de prévention et de formation était susceptible de valoriser le savoir médical au moment même où la pandémie de sida venait remettre en cause son efficacité, dans la pratique quotidienne de ses détenteurs au sein des structures hospitalières. Force est en effet de constater que le cas de RSB n'est pas isolé, d'autres ONG créées par des médecins ayant adopté une orientation similaire. Pourtant, au début des années

¹ Rappelons que la prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades du sida n'est annoncée comme prioritaire par le PNLS ivoirien qu'à compter de 1995.

une assistance et un suivi aux " démunis " sur un plus long terme que ne le permettent les seules visites en milieu hospitalier. Outre que Saint Camille dispose d'une église construite par l'association non loin du CHR, là où elle a établi son siège, elle en est venue progressivement à monter trois centres pour malades mentaux ainsi que son propre hôpital (à Bouaké même) et à mettre en place un réseau de donateurs lui permettant de distribuer des médicaments et, au besoin, de prendre en charge financièrement certains examens médicaux réalisés au CHR ; en l'occurrence, ce réseau de donateurs ne fait guère appel aux classiques organismes internationaux d'aide au développement ou à la santé mais repose bien davantage, aux dires de M. Grégoire, sur les organisations religieuses locales et étrangères (ou supranationales) et, secondairement, sur les " clubs service " (Lion's Club, Rotary, *etc.*). Et si M. Grégoire, imprimeur de profession, n'était au départ qu'un fidèle de l'église catholique parmi d'autres, dont l'engagement au sein du groupe de prière fut néanmoins remarqué, il tend aujourd'hui à " incarner " l'association dont il a pris la tête ; bien plus, il y est vu comme un prêtre, image qu'il cumule avec celle de sauveur, pour ceux à qui Saint Camille est venu en aide, et avec son rôle d'employeur, vis-à-vis de ceux qui ont intégré l'association en tant que volontaires, percevant à ce titre des indemnités (fin 1994, Saint Camille comptait déjà 10 bénévoles et 50 membres actifs).

Tout se passe finalement comme si Saint Camille s'était en quelque sorte développée à l'ombre de la politique de recouvrement des coûts des soins de santé dans laquelle la Côte-d'Ivoire s'est officiellement engagée à compter de 1994 : l'association est aujourd'hui en mesure de dispenser des soins et des médicaments à cette partie croissante de la population qui se détourne des structures étatiques du type CHR où toutes les prestations sont désormais payantes — ce, sans pour autant que l'équipement ni même l'approvisionnement et l'accueil se soient améliorés. On comprend, dans ce contexte, que les relations entre le CHR et Saint Camille se soient complexifiées : le premier reproche à l'association de s'être érigée en structure médicale sans posséder l'expertise nécessaire tandis que Saint Camille peut aisément dénoncer les défaillances du système étatique ; mais la concurrence existant, de fait, à ce niveau, ne s'en double pas moins d'une certaine complémentarité, le personnel du CHR continuant d'orienter vers Saint Camille les malades en difficultés et les membres de l'association effectuant toujours des visites à l'hôpital régional — comme elle le fait aussi aujourd'hui à la prison.

On constatera, enfin, que Saint Camille est devenu un acteur incontournable de la lutte contre le sida, particulièrement pour ce qui touche à la prise en charge des personnes infectées par le VIH, sans pour autant être spécialisée dans celle-ci ni d'ailleurs revendiquer de compétences spécifiques. De ce point de vue, tout laisse à penser que la rupture de M. Grégoire avec le Comité local — dont il conviendrait de connaître les circonstances précises — constitue, non sans quelque paradoxe, un événement fondateur dans l'histoire de l'association : elle l'a amenée à marquer sa singularité, vis-à-vis de l'État qui pour sa part entend s'imposer comme

Le Comité diocésain de lutte contre le sida

L'engagement officiel de l'église catholique de Côte-d'Ivoire dans la lutte contre le sida est marqué par l'organisation, en mai 1993, d'un séminaire national, puis par l'élaboration d'un " Plan intérimaire (*sic*) de mobilisation de l'église catholique " couvrant la période 1995-1997, lequel sera suivi d'un programme de consolidation pour 1998-2000, adopté fin 1997 à l'issue d'un séminaire - bilan de la première phase. En fait, ladite implication, sous cette forme, concerne en premier lieu la hiérarchie catholique qui entérine là les actions déjà entreprises sur le terrain par les mouvements et groupements de base en vue de les coordonner et canaliser. De plus, cette mobilisation officielle a été initiée par la représentation nationale d'une grande ONG catholique, " CARITAS internationalis ". Celle-ci conduit, en Côte-d'Ivoire, des programmes humanitaires (avec le HCR) et économiques (notamment avec la Banque Mondiale) ; elle a lancé un programme santé / sida en 1983 et revendique son appui à la TASO (organisation ougandaise, première ONG africaine spécifiquement constituée pour venir en aide aux personnes et aux familles infectées ou affectées par VIH). La création de Comités diocésains de lutte contre le sida s'inscrit dans le cadre du Plan de mobilisation de l'église ; à Bouaké, comme dans les treize autres diocèses de Côte-d'Ivoire, la constitution des Comités a pris appui sur l'implantation préexistante de CARITAS-CI. La représentation de cette organisation comprend ainsi, à Bouaké, un responsable diocésain, un coordinateur du " bureau diocésain de promotion humaine " et, depuis 1995, un coordinateur du " Plan sida ". Dans chaque cas, le coordinateur ou responsable laïc de CARITAS est doublé d'un prêtre.

Le Comité diocésain de lutte contre le sida de Bouaké regroupe actuellement vingt-cinq membres, dont une dizaine se réunissent régulièrement, environ une fois par mois. En effet, après que le Plan de mobilisation de l'église ait reçu l'approbation de la Conférence épiscopale, CARITAS s'est attachée, d'une part, à sensibiliser l'archevêque ainsi que les prêtres et les sœurs des congrégations religieuses ; d'autre part, ont été identifiés ceux que le coordinateur du Comité de Bouaké appelle des « personnes ressources » susceptibles de participer à la mise en œuvre du Plan. En fait d'identification, la procédure évoquée par ce responsable consiste en une « désignation » (selon ses propres termes), effectuée par les prêtres, parmi les « animateurs » ou « leaders » paroissiaux, et en une cooptation de fait des responsables des mouvements diocésains. Outre la direction des œuvres laïques et les scouts catholiques, ont été contactés les « grands groupes de prière », tels que le Renouveau charismatique ou la Légion de Marie, ainsi que « les personnes religieuses qui s'occupent du sida », à savoir les membres de Saint Camille et les agents du Centre Solidarité - Action Sociale (Centre SAS) ; en outre, l'antenne locale de " Lumière Action " (une association de personnes vivant avec le VIH) est représentée au sein du Comité, cela, selon le coordinateur, parce que, même s'il ne s'agit pas d'un mouvement catholique, le " statut " sérologique de ses membres rend leur présence nécessaire dans les activités de prévention et de prise en charge psychosociale des personnes atteintes.

Dans le cadre de la constitution du Comité diocésain, les prêtres et religieuses ainsi que les " animateurs " paroissiaux ont été sensibilisés et formés à la lutte contre le sida, formation réalisée avec l'appui du PNLS, du Centre National de Transfusion Sanguine et des structures associatives impliquées localement dans la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH. Cette formation avait pour objectif de faire des " leaders " paroissiaux

des " relais " dans l'organisation de la prévention ; en effet, la création du Comité diocésain est une étape dans une perspective de décentralisation devant passer, à terme, par la constitution (ou l'implication dans la lutte contre le sida) de Comités paroissiaux. Dans ce cadre, la formation assurée pourra s'enrichir des relations entretenues, *via* des jumelages, avec l'organisation " Chrétiens et Sida " qui devraient permettre des échanges d'expériences entre l'Europe et l'Afrique. Les sessions de sensibilisation ont également visé à identifier les différentes activités dans lesquelles les catholiques concernés doivent s'engager. Il s'agit, en premier lieu, de l'écoute des personnes infectées par le VIH, cela afin de les libérer de leur isolement, voire d'amener les familles affectées à rompre le silence autour du sida. Les activités concernent, en deuxième lieu, l'accompagnement des malades en fin de vie. Enfin, la prise en charge est à développer ; celle-ci, précise le coordinateur du Comité de Bouaké, s'effectuera pour l'essentiel au domicile des familles et en liaison avec des organisations telles que le Secours catholique ou le Centre SAS, au besoin avec les dispensaires, et non pas par le biais des structures de santé du type CHR ; en effet, explique-t-il, « ce terrain » doit être « laissé à Saint Camille » puisque cette association organise déjà des visites aux malades hospitalisés.

D'une certaine façon, les deux personnes rencontrées pour parler du Comité diocésain de Bouaké illustrent le cumul d'initiatives dont celui-ci se veut l'expression : le coordinateur est un laïc, membre de CARITAS-CI, qui possède une formation en animation ; il travaille à temps plein pour le " Plan sida " de CARITAS à Bouaké, tout en continuant de s'occuper bénévolement de la gestion des comptes de l'archevêché. Le secrétaire du Comité est pour sa part un membre actif de l'association " Saint Camille ". Pour autant, le " Plan sida ", dont le Comité diocésain est un élément, œuvre d'abord et avant tout pour le renforcement du rôle de l'église catholique en tant qu'institution. En effet, s'il n'y a pas rejet des autres religions, il s'agit, pour le coordinateur du Comité diocésain, de faire valoir, face au sida, la « fiabilité » et la « solidité » des structures catholiques, du fait d'une organisation pyramidale dont ne disposent ni les protestants ni les musulmans. De ce point de vue, la mise en œuvre du Plan de mobilisation de l'église pourrait aboutir à doubler les structures mises en place par le PNLS dans le cadre de sa politique de décentralisation. De fait, le coordinateur du Comité diocésain de Bouaké considère l'implication de l'église dans la lutte contre le sida comme une nécessaire mise en pratique de ses dogmes ; mais il la justifie également par un souci de positionnement vis-à-vis des structures étatiques : « l'église a quelque chose à dire en plus des pouvoirs publics » et il faudrait « convaincre le gouvernement de l'écouter plus souvent ».

Reste qu'en la matière l'église n'entend pas seulement parler en vue de donner du sens à la pandémie de sida. Elle veut faire reconnaître ses propres conceptions quant aux messages de prévention à promouvoir qui, si elles ne remettent plus directement en cause l'intérêt du préservatif, conduisent à introduire un doute de son efficacité réelle dans les conditions de distribution et d'utilisation courante en Afrique. L'église semble aussi, comme l'indique une brochure de présentation du Plan de mobilisation produite par CARITAS, vouloir associer désormais à « l'accompagnement spirituel » un « soutien psycho-médico-social » ; l'église, « experte en humanité », comme aime à le répéter le coordinateur national du " Plan sida " de CARITAS-CI, détiendrait donc aussi une expertise médicale. Il est vrai que le programme de mobilisation en question s'attache avant tout à avaliser les activités déjà conduites sur le terrain. Or, s'agissant des problèmes de prise en charge des personnes infectées et des familles affectées par le VIH, y compris des " orphelins du sida ", force est de constater que

l'engagement des catholiques, soit au titre de communautés (comme dans le cas de Saint Camille) soit à titre individuel (comme on va le voir), vient pallier certaines défaillances de l'État et du corps médical.

Centre SAS (Solidarité - Action Sociale)

L'ouverture officielle du Centre SAS de Bouaké a eu lieu le 15 mai 1995. Sa création s'inscrit dans le cadre d'un programme initié en 1994 et coordonné par le CIE (Centre International de l'Enfance, devenu CIDEF), sur financement de la Coopération française, mené dans trois villes africaines (Bangui en République Centre Africaine, Bobo Dioulasso au Burkina Faso et Bouaké en Côte-d'Ivoire). L'objectif du Centre est d'assurer un soutien et une prise en charge psychosociale aux personnes vivant avec le VIH comme aux familles affectées par le virus et leurs enfants. Ses principales activités sont donc orientées vers le conseil aux personnes infectées et affectées par le VIH.

Suite aux travaux préliminaires sur l'acceptabilité et la faisabilité du projet à Bouaké (études confiées par le CIE à des membres de l'Université de Bouaké), le nom de Mme Penda Touré s'est imposé à l'équipe initiatrice pour prendre la direction du Centre (alors que d'autres personnes postulaient apparemment activement). Cette assistante sociale de formation a d'abord travaillé six ans auprès de lépreux, ce qui lui a permis d'acquérir une expérience en matière de communication et de prise en charge psychosociale concernant une maladie stigmatisante ; elle a ensuite acquis une formation en IEC et conseil en s'occupant de planning familial pendant deux ans ; enfin, pendant les deux années précédentes sa mise à disposition du Centre SAS, elle a travaillé auprès de malades du sida au CHU de Bouaké. Dans ce dernier contexte, elle a commencé à s'impliquer directement dans la lutte contre le sida au niveau associatif : suite à sa rencontre avec le Dr Essombo au CHU, elle est membre de l'ONG " Renaissance Santé Bouaké " (RSB) – ONG dont, rappelons-le, le Dr Essombo est l'un des fondateurs et le président exécutif.

Les liens du Centre SAS avec RSB sont, de fait, étroits. Ainsi, aux dires de Mme Touré, est-ce du fait de l'existence de RSB que le coordinateur du PNLS, basé à Abidjan, a orienté l'équipe du CIE, initiatrice du projet, sur Bouaké ; précisons que dans le Bulletin du PNLS, *Kissi*, d'août 1995, le Dr Essombo écrivait que « depuis janvier 1995, RSB a inscrit dans ses priorités un projet de soutien psychosocial aux personnes infectées ou affectées par le VIH », précisant aussitôt que « RSB est un partenaire associé au Centre Solidarité Action Sociale de Bouaké ». Des échanges d'ordre " logistique " ont également lieu entre les deux structures : RSB est reconnue pour ses capacités et compétences en matière d'activités d'IEC ; de plus, des médecins de RSB participent aux visites à domicile organisées par le Centre SAS en vue d'assurer des soins au cours de celles-ci aux " usagers " du Centre ; parallèlement, RSB peut utiliser du matériel du centre SAS dont l'ONG n'est pas pourvue et elle adresse au Centre les personnes infectées ou affectées avec qui elle entre en contact.

Ces liens ne sont pas exclusifs. En particulier, une collaboration s'est instaurée entre le Centre SAS et l'association " Saint Camille " ; cette dernière fournissait des médicaments aux personnes suivies par le Centre. Cependant, cette assistance n'a duré qu'un temps : l'association Saint Camille aurait invoqué des problèmes d'approvisionnement en

médicaments posés par le nombre de personnes orientées par le Centre pour ce seul motif ; aux dires de Mme Touré, ce désengagement a entraîné une chute de fréquentation du Centre SAS qui n'a pu être compensée qu'après la création d'une pharmacie au sein même du Centre, laquelle a permis de « regagner petit à petit la confiance des usagers » moyennant le versement d'une « contribution minimale » de leur part pour la délivrance de médicaments. La seule forme de collaboration existant encore aujourd'hui avec Saint Camille concerne le soutien religieux. Il est d'ailleurs important de souligner que, selon la responsable, c'est par le biais des groupements religieux que viennent les principales aides non institutionnelles dont bénéficie le Centre, qu'il s'agisse de dons reçus ou de la participation de volontaires aux activités (notamment visites). Parallèlement, le Centre SAS étant spécialisé dans le soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH, il a activement contribué à la création d'une antenne de l'association de personnes vivant avec le VIH " Lumière Action " à Bouaké¹ ; ses membres tiennent d'ailleurs leurs réunions au Centre SAS, ne disposant pas de locaux.

Du point de vue institutionnel, le Centre est en contact avec l'Équipe locale d'Action Socio-Éducative en Milieu Ouvert (EASEMO) pour la mise en apprentissage de jeunes parmi les familles suivies, dans le cadre de la prise en charge des orphelins. Le Centre tente également d'établir des partenariats avec les grandes entreprises comprenant un service social. De même, la mairie de Bouaké contribue financièrement à la scolarisation d'orphelins (du moins avait-elle pris en charge, à hauteur de 50% des frais, 10 enfants pendant l'année scolaire 1997/98... et la responsable du Centre ignorait ce qu'il en serait pour 1998/99). Concernant la prise en charge du suivi médical des usagers du Centre, une convention a été signée avec le CHR de Bouaké ; cependant, la procédure des fiches de liaison établies pour chacun s'est avérée poser des problèmes de stigmatisation et c'est désormais par le biais du financement de cartes d'assistance que les usagers peuvent bénéficier d'un suivi médical à prix modéré au CHR. Enfin, une convention a été signée entre le Centre SAS et l'État ivoirien, à la demande et sous la pression du premier (« on dû faire le forcing pour signer ! » dit Mme Touré) : dans ce cadre, le ministère de la Santé doit contribuer au fonctionnement du Centre par le détachement de personnels (qui jusque là demandaient leur mise à disposition).

En l'absence de subventions directes de l'État, le centre SAS fonctionne donc pour l'essentiel sur des fonds venant de bailleurs internationaux. Le principal bailleur est le ministère français de la Coopération avec qui le CIE a monté le projet de constitution de centres pilotes d'assistance aux personnes infectées ou affectées par le VIH dans trois villes africaines ; ce financement, initialement prévu sur deux ans dans la phase pilote, a été prolongé d'un an, soit une phase transitoire en vue de la pérennisation du Centre qui doit rechercher, localement, d'autres appuis. Cela étant, des projets spécifiques ont déjà bénéficié d'autres aides : la mission locale de Coopération a soutenu l'établissement d'ateliers et le PNUD a permis la mise en exploitation d'une ferme dans le cadre de ses appuis à la création d'activités génératrices de revenus. Au travers des propos de la responsable, l'élargissement des sources de financement apparaît comme l'une des voies par lesquelles le Centre est en mesure de s'émanciper du cadre fixé par son initiateur, le CIE ; ainsi en va-t-il du projet de ferme qui apporte une petite réponse à un large problème auquel le Centre se trouve très concrètement confronté, mais vis-à-vis

¹ Notons que Lumière Action, créée en 1994 à Abidjan, a été constituée avec l'appui du PNLIS mais aussi, comme le Centre SAS, de la Coopération française, ce qui n'est peut-être pas indifférent aux circonstances de fondation de l'antenne de Bouaké mais demeure à analyser. Les membres de Lumière Action - Bouaké n'ont pu être contactés lors de la mission.

duquel le CIE ne prévoyait qu'une faible contribution : comment faire du "counselling" quand les usagers ont en tête les soucis financiers de leur vie quotidienne comme ceux du paiement des actes médicaux et des médicaments ? Concernant ce dernier point, la responsable du Centre insiste également sur son propre rôle dans la création d'une pharmacie et l'instauration de visites à domicile auxquelles participent des médecins, projets qui n'avaient pas les faveurs du CIE ; en fait, le retrait de Saint Camille pour la délivrance de médicaments aux usagers du Centre a mis en évidence l'urgente nécessité de la réalisation du projet de pharmacie que tentait d'imposer la responsable et qui a pu alors recevoir l'appui de la Coopération française, du PNLS et de quelques personnes privées pour son ouverture effective.

En l'état actuel, outre un bâtiment principal à étages (où sont réunis la réception, la salle de réunion et les bureaux), le siège du Centre SAS de Bouaké comprend donc deux ateliers de formation artisanale (couture et cordonnerie), dont s'occupent deux animateurs, ainsi qu'une petite pharmacie ; à la sortie de la ville, le Centre dispose également d'une ferme d'élevage de volailles et de cultures maraîchères, en activité depuis février 1997, dont l'exploitation est confiée à quatre personnes (suivies par le Centre en tant qu'affectées par le VIH) qui ont été préalablement formées à cet effet. Le Centre assure le suivi d'environ 200 familles affectées par le VIH et 400 enfants dont plus de 150 orphelins. Les activités de prise en charge psychosociale des personnes et familles se veulent « globales » ; aussi l'équipe de « permanents » comprenant deux assistants sociaux et deux animateurs (outre la responsable, la secrétaire, le vaguesmestre...) est-elle renforcée par la présence de « vacataires » assurant une permanence un après-midi par semaine au siège pour recevoir les « usagers » qui le désirent : un juriste, un éducateur spécialisé pour enfants, un psychologue, un médecin. Précisons, d'une part, que ce dernier n'est pas là pour faire des consultations mais pour délivrer des informations médicales et, d'autre part, que la pharmacie ne dispose pas de personnel spécifique¹. Les activités du Centre impliquent en outre des « volontaires », notamment pour les visites à domicile.

Si les assistants sociaux travaillant au Centre (au nombre de deux en plus de la responsable) sont " mis en disponibilité " ou plutôt, aujourd'hui, " détachés " par le ministère ivoirien de la Santé, les autres reçoivent une rémunération (personnel permanent) ou des indemnités financées par le projet lui-même. De fait, souligne la responsable, « le bénévolat, c'est difficile ici », y compris pour la participation de volontaires (dont il faut « au moins prendre en charge les frais de transport »). Une volontaire rencontrée se considère ainsi comme une « bénévole avec indemnités » tandis que l'animateur présent dit percevoir « quelque chose, un peu comme un salaire mais pas grand-chose ». Le profil de ces deux personnes tend par ailleurs à confirmer l'analyse de la responsable du Centre quant à la mobilisation des aides privées : l'une et l'autre ont rejoint le Centre par le biais des réseaux de relations liés à leur appartenance religieuse, l'animateur au sein de Saint Camille (où il était volontaire et qu'il a maintenant quitté) et la volontaire, dans le cadre de sa paroisse, alors qu'elle était à la recherche d'un lieu de stage. L'un et l'autre n'en disposent pas moins de compétences particulières, le premier, précisément, grâce à l'expérience acquise à Saint Camille (qu'il avait intégré, moyennant logement et nourriture, dès sa sortie de l'école « pour ne pas être une

¹ Un animateur s'en occupe ; celui-ci explique que « à force » on a « l'expérience » pour faire les équivalences nécessaires entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance présentée par l'utilisateur et les produits disponibles dans la pharmacie (au besoin un médecin ou un pharmacien est contacté par téléphone pour donner des conseils).

charge pour la famille »), la seconde en tant qu'étudiante en psychologie (cursus qu'elle déclare mobiliser pour assurer son « travail d'écoute » mais qu'elle combine, de fait, à sa volonté de « soutien spirituel » consistant pour elle à « faire rencontrer Dieu » aux personnes suivies et à les « assurer du soutien du Christ »).

Bien que le Centre SAS ne soit pas une structure religieuse, il en vient parfois à être considéré comme tel par ses partenaires locaux, ainsi en est-il pour le coordinateur du Comité diocésain de lutte contre le sida¹. L'influence catholique y est effectivement sensible en liaison avec l'appartenance religieuse d'une grande partie de son personnel. C'est là une caractéristique que l'on retrouve dans une autre structure de conseil, le CIPS d'Abidjan. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de projets initiés par des agences de coopération (la Coopération française pour l'un, l'USAID pour l'autre) dont les actions échappent a priori à tout souci de prosélytisme. Dès lors, c'est davantage un processus " d'appropriation " local qui serait à l'œuvre : celui-ci paraît dès lors passer par un fort investissement religieux, vis-à-vis duquel les bailleurs de fonds ont vraisemblablement choisi de laisser faire. Il est vrai que le personnel du Centre dispose au demeurant des compétences professionnelles et de la motivation requises pour travailler dans une telle structure ; d'autre part, les communautés religieuses ont historiquement joué un rôle important dans le développement des professions paramédicales comme dans l'offre de soins *via* les réseaux de dispensaires, dynamique que les problèmes de prise en charge en matière de sida (particulièrement pour ce qui touche aux orphelins) n'ont guère remise en cause.

On l'a vu, ce processus d'appropriation a eu pour autre conséquence de conduire le Centre SAS à prendre des initiatives par rapport au projet initial, en vue d'assurer une meilleure prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH (instauration de visites à domicile, création d'une pharmacie) ; ces initiatives, selon la responsable, ont été bien difficiles à mener à bien dans le cadre des négociations avec le CIE. L'adaptation aux conditions locales a également soulevé d'autres problèmes. De ce point de vue, le Centre SAS de Bouaké semble s'être trouvé dans une situation comparable à celle du Centre SAS de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso ; en particulier, souligne son responsable, « le Centre SAS de Bobo-Dioulasso n'aurait pu atteindre ses objectifs s'il s'était contenté d'attendre la référence d'usagers à partir des structures sanitaires. Comment atteindre les familles et les personnes affectées par le VIH/SIDA dans un contexte où les personnes ne sont pas ou trop rarement informées de leur statut sérologique, où le silence et les tabous demeurent autour de la maladie, où toutes les personnes malades n'ont pas eu accès aux services de santé... ? » (dans *Livre des résumés*, CISMA'97, pp.19-20). D'une part, si le Centre SAS a bien pour rôle premier « d'accueillir les personnes séropositives au VIH et les malades du sida », sa responsable, comme l'animateur rencontré, reconnaissent que les médecins leur adressent parfois des personnes à qui le test de dépistage a été réalisé à leur insu, l'équipe du Centre ayant alors à reprendre l'ensemble de la procédure du pré- puis du post-test. D'autre part, comme toute structure spécialisée, le Centre SAS doit s'attacher à déjouer les pièges de la stigmatisation de ses usagers. Dès le départ, à Bouaké comme à Bobo-Dioulasso, toute médiatisation de l'inauguration a été évitée au profit d'un travail plus approfondi et plus long de prise de contact et de sensibilisation auprès des

¹ Celui-ci lors de l'entretien a mis sur le même plan le Centre SAS et Saint Camille dans l'énumération des partenaires qu'il a construits en fonction de leur statut religieux.

différentes institutions et organisations concernées par la lutte contre le sida ou susceptibles de le devenir. Ce type de travail a été poursuivi et relayé dans les activités quotidiennes du Centre, à l'endroit des usagers, par le développement du volet " conseil ", en vue de mettre en place une prise en charge qui ne se limite pas à l'accompagnement d'individus infectés par le VIH mais qui considère les situations familiales présentes et à venir et puisse ainsi ouvrir progressivement la voie à des activités d'information de proximité dans les quartiers. En d'autres termes, la mise en œuvre locale du projet initial passe par un long cheminement qui, aux dires de la responsable du Centre de Bouaké, commence seulement à porter ses fruits.

Or, au même moment, se pose la question de l'ivoirisation du Centre. Le problème est que, en la matière, il ne s'agit pas de l'aboutissement, ni même d'une continuation, du processus d'appropriation du projet tel qu'il s'est engagé localement mais bien davantage d'une décision de l'organisme initiateur et du principal bailleur de fonds ; et si cette décision relève en fait de la logique même du projet, lequel doit être relayé sur place pour se pérenniser, elle n'en suscite pas moins un certain désarroi chez les agents. Certes, le Centre SAS n'a pas à affronter la situation dans laquelle s'est trouvé le CIPS d'Abidjan lors du retrait brutal de l'USAID de tout le territoire ivoirien, deux ans à peine après son inauguration : rappelons en effet que le Centre SAS de Bouaké bénéficie d'une année " transitoire " après une " phase pilote " de deux ans. Néanmoins, sa responsable exprime diverses inquiétudes à l'idée que la Coopération française suspende son financement. En particulier, si la fin de la phase pilote permet bien au Centre d'acquérir un statut permanent, dès lors que celle-ci est susceptible de s'accompagner d'un basculement de sa tutelle au ministère ivoirien de la Santé, le Centre SAS pourrait voir mettre en doute le caractère de « collectif associatif » dont il bénéficie actuellement. Déjà, la convention signée avec le ministère pour le détachement de personnel a provoqué certaines tensions quant au choix des personnes détachées, risquant, à terme, de remettre en cause la constitution de l'équipe qui a jusqu'ici animé le Centre et permis de l'asseoir localement. De plus, la conjoncture économique actuelle et les grandes orientations de la politique nationale de santé laissent à penser que l'État ivoirien ne sera guère en mesure de fournir à lui seul les moyens nécessaires à assurer le fonctionnement matériel du Centre, du moins dans les conditions jugées aujourd'hui les plus satisfaisantes pour les usagers¹. Or, pour reprendre l'expression de la responsable, le Centre en est réduit à « faire la manche » auprès des structures et institutions locales comme auprès des personnes privées pour bénéficier de quelques dons ou de petites aides. S'il n'est pas question pour elle d'abandonner ce type de démarche dans l'avenir, deux perspectives plus sûres s'ouvrent à ses yeux : d'une part, une collaboration accrue avec les communautés et organisations religieuses ; d'autre part, un appui financier d'autres bailleurs internationaux dont certains ont déjà montré leur intérêt pour les actions du Centre (par exemple le PNUD). Dès lors, si pérennisation il y a, pourra-t-on, pour autant, parler d'ivoirisation et à quels réaménagements de sens et de contenu sera soumis le projet ?

¹ Rappelons que les soins gratuits à domicile comme la délivrance de médicaments à prix modéré vont à l'encontre de la politique de recouvrement des coûts. Or le Centre SAS a déjà expérimenté les effets négatifs de la non-disponibilité de médicaments sur son niveau de fréquentation lorsque l'association Saint Camille avait cessé ses fournitures...

Journalistes Volontaires contre le Sida (JVCS)

La création de JVCS, en mars 1997, fait directement suite à la tenue d'un séminaire de formation organisé par l'ONG " Renaissance Santé Bouaké " (RSB) avec l'appui financier du PNLS les 9 et 10 janvier 1997 concernant la communication à propos du VIH/sida. Parmi les résolutions de fin de séminaire, figurait la nécessité de faire un suivi et d'affirmer l'engagement des « communicateurs » ou « agents de communication » dans la lutte contre le sida, d'où l'idée de regrouper tous ceux dont le métier concerne la communication (journalistes, animateurs, réalisateurs, *etc.*). En effet, non seulement Bouaké abrite des correspondants réguliers des principaux journaux nationaux mais la ville dispose également d'un centre de radiotélévision ; outre le fait que les trois personnes rencontrées y travaillent, il semble que l'existence d'un tel centre ait amplement participé à la volonté de mobilisation des gens de médias à Bouaké même.

Selon le président de JVCS, les objectifs de son organisation partent du constat « qu'on ne parle pas de remède au sida », en conséquence, c'est « la prévention » qui doit être prioritairement développée pour réduire l'expansion de la pandémie ; la mobilisation des gens de médias est donc indispensable pour la diffusion des informations sur le VIH : en effet, « c'est notre profession d'informer » et « on avait donc une arme [contre le sida] » mais, jusque là, l'implication dans la lutte contre le sida « n'avait été qu'épisodique ». En d'autres termes, soulignent deux journalistes membres de JVCS : « ce n'est pas à nous de faire de la prise en charge : notre créneau c'est d'informer » ; « le séminaire organisé par RSB a permis une prise de conscience » et « maintenant qu'on a eu la force de faire une ONG, il y a plus d'engagement des gens de médias ». Pour les personnes rencontrées, la nécessité de faire de l'information dans un objectif de prévention est encore plus sensible en zone rurale et c'est précisément cet axe que doit développer JVCS qui, basée à Bouaké, en plein centre de la Côte-d'Ivoire, peut aisément toucher les zones rurales environnantes ; pour ce faire JVCS réfléchit à des modes de sensibilisation en langues vernaculaires visant des populations analphabètes.

Bien que les personnes rencontrées parlent de ce regroupement en terme d'ONG, il a le statut d'association¹ ; au moment de sa création, JVCS comptait une vingtaine de membres et actuellement une trentaine, tous liés aux médias (radio, TV, presse) mais pour la plupart non spécialisés dans le domaine de la santé (une seule journaliste membre de JVCS, Marie Claire, que nous avons rencontrée, anime une rubrique santé régulière à la radio de Bouaké). Des réunions sont tenues deux fois par mois au siège de RSB ou au Centre SAS, car l'association ne dispose pas encore de local.

Les principaux initiateurs / fondateurs de JVCS étaient déjà antérieurement membres de RSB (y compris le président exécutif actuel, depuis 1994, et l'une des journalistes rencontrées, chargée de l'IEC à JVCS). Les liens entre JVCS et RSB sont d'ailleurs encore très forts : d'une part, RSB est reconnue comme « ONG mère » puisqu'elle a impulsé la création de JVCS par l'organisation du séminaire à l'intention des « communicateurs » ; d'autre part, JVCS étant encore toute jeune elle estime avoir besoin de l'appui et de l'expérience de RSB pour lancer ses

¹ Dépôt des statuts le 2 mars 1997 et récépissé d'enregistrement en date du 21 mars 1997 : cette rapidité de délivrance du récépissé étant liée, aux dires des personnes rencontrées, à la volonté et à la pression des fondateurs auprès des autorités.

premières activités. Des liens importants sont également entretenus avec le Centre SAS qui, avec RSB, constituent les principaux " conseillers " de l'organisation. Bien que l'éloignement d'Abidjan soit perçu comme une difficulté pour l'accès aux informations et l'entretien de contacts avec les centres de décision basés dans la capitale économique, JVCS est maintenant en relation régulière avec le PNLS et ses responsables ont été reçus deux fois au ministère de la Santé : signes évidents de reconnaissance effective pour les personnes rencontrées (également confirmée à leurs yeux par la prise en charge du président de JVCS pour assister à la CISMA, même si JVCS n'avait pas les moyens financiers d'y tenir un stand).

Cependant JVCS en est encore à la phase de montage de projets et, pour le moment, ne fonctionne qu'avec les cotisations de ses membres. La création officielle de JVCS s'est accompagnée de la projection d'un film sur le sida en entreprises (tourné en Ouganda) suivie d'un débat, au Centre culturel de Bouaké. La première année, pendant les vacances scolaires, des émissions publiques de radio ont été faites à Bouaké même et dans des villes de l'intérieur comprenant des séances IEC/sida (appui de RSB). Parallèlement, l'émission sur la santé animée par Marie Claire a traité du sida à quelques reprises en invitant des spécialistes de la question et des personnes infectées (appui du Centre SAS). Enfin, les membres de JVCS échangent leurs renseignements au sujet des nouvelles informations relatives au VIH comme des manifestations qui ont lieu concernant le sida afin qu'il en soit fait état dans différentes émissions ou articles (y compris dans les journaux télé et radio), principal objet des réunions bimensuelles (outre la discussion de projets à plus long terme). Certains membres participent également à des séances d'IEC ou des conférences dans les quartiers et les écoles (organisées généralement par RSB). Parmi les projets immédiats de l'association, figurent " Sida Cinéma " consistant en des séances d'IEC dans les salles de cinéma, la formation de disc-jockeys animateurs de boîtes de nuit, la confection d'un journal rendant compte des activités de lutte contre le sida dans la région de Bouaké ainsi que des propositions d'émissions radio-télé intégrant des jeux questions-réponses sur le VIH et le sida. A plus long terme, JVCS envisage la réalisation d'un film sur le sida en milieu rural avec différentes versions en langues locales (baoulé, dioula, sénoufo) en vue de projections gratuites dans les villages.

La principale difficulté exprimée par les personnes rencontrées concerne le manque de formation spécifique sur le VIH/sida : « sur le plan médical, on n'y connaît rien » affirment les deux journalistes rencontrées ; d'ailleurs, la seule formation reçue à ce jour est celle assurée par RSB dans le cadre du séminaire de deux jours ayant précédé la création de l'association, et si celle-ci a été suivie par les initiateurs de JVCS, elle ne l'a pas nécessairement été par les autres membres. Cette difficulté s'articule à un autre problème, celui de l'éloignement d'Abidjan ; ainsi les personnes rencontrées savent-elles qu'il y a eu antérieurement des formations de journalistes à Abidjan [organisées par le PNLS puis par Sid'Alerte] mais constatent qu'alors elles n'en ont pas été informées et n'y ont pas eu accès ; la création de JVCS devrait dorénavant permettre aux journalistes de Bouaké d'être tenus au courant et invités à de telles sessions de formation ; reste que l'accès à la documentation comme les possibilités de participation à des projets ou l'accès à des financements sont restreints par le fait que « tout se décide à Abidjan... et nous sommes à Bouaké ! » (ce qu'ont souligné aussi bien le président de JVCS que les deux journalistes rencontrées).

Conclusion

Pour quelqu'un qui a essentiellement travaillé auprès des ONG et associations abidjanaises, l'impression première ressentie à l'issue de cette mission à Bouaké est celle d'une forte identité urbaine et régionale : les structures visitées inscrivent leur action dans un espace délimité à la différence de celles d'Abidjan qui se considèrent souvent comme ivoiriennes au sens où leur prétention est de couvrir le territoire national dans son ensemble (même si leurs actions sont, de fait, localisées).

Cette inscription dans un espace circonscrit s'accompagne de l'existence de relations fortes entre les différentes organisations qui y sont implantées et doivent se le partager. En particulier, une certaine répartition des tâches semble exister entre les structures visitées : chacune sait ce qu'elle fait mais aussi ce que font les autres ; de plus, la logique du fonctionnement d'ensemble paraît être que des partenariats s'instaurent au sein même du milieu associatif. Dans le même temps, on observe des assignements de fonctions entre organisations : pour prendre un cas particulièrement significatif, l'antenne de " Lumière Action ", association de personnes vivant avec le VIH, a été créée avec l'appui du Centre SAS et est aussi sollicitée par d'autres organisations en vue de faire des témoignages, soit pour encourager les personnes atteintes à « vivre positivement » en leur présentant des personnes infectées bien portantes, soit pour attester de l'existence du sida et du fait qu'il peut concerner tout un chacun dans le cadre de séances de sensibilisation de la population générale ou de publics plus ciblés ; et si une situation comparable prévaut à Abidjan, elle a déjà montré ses limites vis-à-vis des attentes des personnes vivant avec le VIH ayant adhéré à des associations de ce type. De fait, à Bouaké, la complémentarité affichée entre organisations n'exclut pas certaines formes de concurrences, sources de conflits potentiels, qu'il s'agisse de l'exemple évident des relations entre RSB et Saint Camille ou que l'on prenne les projets de structures de conseil et de prise en charge des personnes infectées par le VIH, projet que le Centre SAS a déjà concrétisé mais que RSB espère toujours réaliser à son tour.

Une telle configuration, où s'entremêlent complémentarité et concurrence, renvoie, pour partie au moins, à une structuration du milieu associatif comparable à celle d'un lignage, au sein duquel seraient intervenues des fissions et des scissions : à l'origine se trouvait le Comité local de lutte contre le sida, à partir duquel se sont constitués, d'une part, " Renaissance Santé Bouaké " et, d'autre part, " Saint Camille ", chacun aujourd'hui à la tête d'une lignée particulière ; et si la création du Centre SAS a quelque peu bouleversé ce schéma, celui-ci est néanmoins parvenu (et sa responsable n'y est sans doute pas pour rien) à tisser des liens étroits avec les deux lignées. Si l'image du lignage peut paraître un peu osée, il convient cependant de constater que la mobilisation non gouvernementale contre le sida à Bouaké n'implique, somme toute, qu'un milieu restreint. Cette situation paraît notamment liée au rôle joué par les agents de l'État et par une structure étatique telle que le CHR ; ce rôle, on l'a vu, n'est pas indifférent à la tournure donnée aujourd'hui aux relations entre RSB et Saint Camille.

Dernier point, l'influence catholique est particulièrement notable au sein du milieu associatif impliqué dans la lutte contre le sida. Il semble même que son caractère plus ou moins marqué et son ancrage dans les pratiques des agents locaux permettent à ces derniers de développer des actions sortant du cadre fixé par le PNLIS et les grands organismes internationaux ; comme

si cette influence s'avérait la plus apte à contrebalancer, précisément, le poids de la représentation étatique. Très nette à Bouaké, cette influence est également significative à Abidjan. Il est incontestable que le catholicisme, *via* ses pratiquants d'abord, au niveau des autorités ecclésiastiques ensuite, a été en mesure de valoriser, vis-à-vis du sida, des valeurs de compassion dont découlent des compétences en matière d'écoute ; et les compétences ainsi revendiquées ont pu être complétées dans le domaine médical grâce aux formations assurées par le PNLS et les bailleurs de fonds dans le cadre de leurs programmes ou projets. Néanmoins, l'enquête conduite au sein de la cellule de dépistage anonyme et gratuit du CIPS d'Abidjan fait apparaître l'une des ambiguïtés de ce processus : là, le counselling tel qu'il est pratiqué, même s'il ne comprend pas d'informations médicalement erronées, s'inspire nettement du procédé et de la procédure de la confession... Ce qui ne va pas sans s'accompagner parfois de certains effets contre productifs du point de vue de la responsabilisation individuelle pourtant nécessaire pour impulser d'éventuels changements de comportements.

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