

QUELLES “COMMUNAUTÉS” ET QUELS “LEADERS”

POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA ?

Réflexions à partir des cas ivoirien et sénégalais sur l'implication des instances religieuses dans les programmes de lutte contre le sida *

Karine DELAUNAY

Fonds Documentaire IRD

Cote : A* 33372 Ex :

Présentation

L'étude dont est tirée cette communication vise à analyser les relations entre PNLs et ONG/associations, et, plus largement, entre acteurs institutionnels et non institutionnels, cela dans une perspective historique (depuis les débuts de la pandémie) et par une approche comparative entre Côte-d'Ivoire et Sénégal. Il s'agit là de deux pays de l'Afrique de l'ouest francophone qui font l'un et l'autre figure de “ modèles ” mais qui présentent des contrastes intéressants, à la fois du point de vue épidémiologique (avec des taux de séroprévalence bas au Sénégal et élevés en Côte-d'Ivoire) et du point de vue socio-politique (mouvement associatif plus ancien au Sénégal, tandis qu'en Côte-d'Ivoire son développement semble avoir été longtemps entravé par les rôles dévolus à un “ État entrepreneur ” associé à un Parti Unique). Parallèlement, ces deux pays n'ont pas non plus la même expérience de la “ santé communautaire ” et présentent des profils religieux différents.

La communication présentée entend interroger les évidences et postulats à partir desquels se construit la politique de lutte contre le sida en vue d'éclairer les orientations et les choix explicites et implicites qu'elle implique. Aussi, partant des premiers éléments issus de l'étude, s'agira-t-il davantage d'ouvrir des questions plutôt que d'apporter des résultats au sujet de la volonté officiellement affirmée d'impliquer des « communautés » et des « leaders communautaires » dans la lutte contre le sida.

La nécessité pour les PNLs d'instaurer des partenariats

La reconnaissance officielle des premiers cas de sida dans les pays africains a entraîné la création, par les États, des PNLs (Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida) selon les recommandations et en conformité avec les directives de l'OMS. Il s'agit là des premières instances créées spécifiquement en réponse à la pandémie : des instances étatiques, centralisées, pour lesquelles s'est rapidement posé le problème de la conduite d'actions “ de proximité ”.

* Communication présentée à la X^e CISMAL (Abidjan, décembre 1997).



Qu'en est-il de la décentralisation ?

La conception originelle des PNLS ayant été considérée comme trop verticale et médicale, l'ouverture à la multisectorialité et à la décentralisation est prônée dans le cadre de l'élaboration des PMT 2 (2èmes Plans à Moyen Terme) dans les années 1992/93. Cela étant, la décentralisation ainsi opérée prend pour l'essentiel appui sur les hiérarchies et découpages administratifs et sanitaires.

Le partenariat avec les ONG

Les activités de prévention ont rapidement fait apparaître la nécessité d'identifier et de faire appel à des " relais " entre les structures du PNLS (dont Comités locaux ou régionaux) et " les populations ". Force est de constater que cette position de " relais " a été prioritairement occupée par des ONG nationales et internationales (non sans d'éventuels liens entre elles). Désormais, ces ONG sont représentées au sein du CNLS et leurs activités sont incluses dans la programmation du PNLS.

À la recherche du "communautaire"...

Déjà, en 1992, l'OMS avait donné à la Journée mondiale du sida le slogan « Les communautés s'engagent » ; de fait, dans les deux pays considérés, État et ONG ont répondu à cette invitation. Mais il semble qu'on en appelle aujourd'hui à une autre forme de mobilisation dite « communautaire » par le biais de la « participation » ; ainsi bailleurs de fonds, organismes internationaux et PNLS parlent-ils désormais, aux côtés des ONG, des « OAC / OBC », c'est-à-dire des Organisations à Assise/Base Communautaire (posant évidemment la question de la constitution de telles OAC/OBC, dont on peut penser que leur mise en avant ne va pas sans correspondre à une volonté de formalisation de réseaux sur lesquels les ONG ont antérieurement pris appui, voire que ces ONG ont contribué à créer ou remodeler).

N'allant pas sans rappeler les orientations données à la politique de soins de santé primaire, *via* la « santé communautaire », cet appel à la participation communautaire face au sida intervient — et cela ne saurait être simple coïncidence — au moment même où organisations internationales et instances nationales posent ouvertement la question de la prise en charge des malades infectés par le VIH, sachant qu'elle ne pourra être résolue par les seules structures sanitaires existantes et qu'elle renouvelle donc la nécessité de mettre en place et de promouvoir des " actions de proximité ".

Un partenariat privilégié : PNLS et instances religieuses

Dans ce contexte d'appel à la mobilisation communautaire, on observe, aussi bien au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire (malgré des contextes différents), une forte implication des instances religieuses. À tel point qu'il semble qu'on ait là affaire à un partenariat privilégié entre PNLS et instances religieuses.

Une implication précoce et massive des instances religieuses

En Côte-d'Ivoire, a été créé, dès 1988, un Comité Chrétien de Lutte contre le Sida, aussitôt intégré au CNLS sur décision du ministère de la santé ; aujourd'hui, à Abidjan, près de la moitié des ONG faisant de la prévention ont des liens avec des mouvements religieux, avec une nette prédominance catholique. Si, au Sénégal, la référence religieuse paraît plus diffuse qu'en Côte-d'Ivoire dans le cadre de la mobilisation des organisations non gouvernementales, il n'en reste pas moins que c'est le Président de l'ONG musulmane Jamra qui, coordonnant AFRICASO-Sénégal, représente les ONG au sein du CNLS.

Un partenariat qui tend à s'institutionnaliser

En fait, l'implication religieuse ne relève pas de la seule dynamique associative ou non gouvernementale. Déjà, dans les années 1990, au Sénégal comme en Côte-d'Ivoire, se sont tenus, avec l'appui des PNLS et de certains bailleurs de fonds, des Colloques et Ateliers visant à l'élaboration de stratégies d'action par les instances religieuses face à la pandémie de sida. Sorte de point d'orgue de ces premières réunions, a été organisé en novembre 1997, à Dakar, le premier Colloque international " Sida et Religion " réunissant des représentants des grands cultes institués, des acteurs du milieu médical et des responsables des PNLS : ce Colloque a donné lieu à la constitution d'un Comité de suivi pour un partenariat entre médicaux et religieux dans la prévention et la prise en charge.

Le religieux, aujourd'hui appelé à devenir un « médecin spirituel » ?

Non seulement ce Colloque international tenu à Dakar en novembre dernier concrétise la tendance à l'institutionnalisation du partenariat entre PNLS et instances religieuses, mais ses orientations et conclusions soulignent qu'il est désormais question de faire du religieux un « médecin spirituel ».

Face à une pandémie où la médecine s'est révélée durablement impuissante et à des systèmes sanitaires orientés vers le curatif, les instances religieuses ont pu faire valoir aussi bien leurs compétences en matière d'écoute que leur proximité aux populations, notamment les plus démunies (considérées comme les plus difficiles à sensibiliser par les canaux institutionnels) ; de plus, elles disposaient d'une capacité indéniable à parler des conduites individuelles, y compris celles relevant de l'intimité et/ou des rapports entre hommes et femmes mis en cause dans l'expansion de la pandémie. Dans une certaine mesure, les PNLS n'ont donc pu qu'entériner une situation de fait quant à la place revendiquée par les milieux religieux en matière de prévention comme pour le soutien aux séropositifs et malades du sida.

Il n'en demeure pas moins que la place désormais officiellement reconnue aux instances religieuses dans les stratégies de lutte contre le sida ne va pas sans poser question ; rappelons que la session 40 de la CISMA est précisément consacrée au thème " Rôle des leaders et des communautés religieux dans la prévention et la prise en charge sociale des personnes infectées

et affectées par le VIH ¹ alors que les actions des communautés locales, telles que les mairies, font l'objet d'un forum satellite organisé par le PNUD ; soulignons aussi que, toujours dans le cadre de la CISMA, les présidents et rapporteurs de la Conférence sur " Éthique, droit et VIH " (du 10 décembre) sont des membres éminents de l'église catholique et de la CARITAS de Côte-d'Ivoire. Dans ces conditions, est-il totalement illégitime de considérer que la qualification de « médecin spirituel » accordée aux religieux participe d'une tendance plus large consistant à dissocier ce qui relève des pratiques curatives des milieux proprement médicaux des problèmes de santé publique posés par la pandémie de sida, sachant que ces derniers sont, de fait, accrus par les systèmes socio-sanitaires existants ?

Implication religieuse et configuration de la lutte contre le sida

On comprend de la sorte que l'implication des instances religieuses dans les programmes de lutte contre le sida ne soit pas seulement une question particulièrement d'actualité en rapport avec le Colloque de novembre dernier mentionné plus haut : elle constitue une " entrée " significative pour interroger les configurations prises par la lutte contre le sida, que ce soit du point de vue des acteurs ou représentants de la " société civile " que l'on entend y engager ou que ce soit au niveau du contenu que l'on souhaite donner à la prévention comme à la prise en charge.

Quelles instances religieuses ?

S'agit-il de prendre appui sur les liens sociaux créés par les diverses appartenances religieuses ou de promouvoir certaines autorités religieuses qui recevraient ainsi une légitimation officielle, voire politique ? En effet, la reconnaissance officielle des actions religieuses de la part des PNLs paraît quelque peu sélective : au Sénégal, les Imams sont bien davantage sollicités que ne le sont directement les marabouts et réseaux maraboutiques (malgré leur rôle dans la vie sociale) ; en Côte-d'Ivoire, ce sont les cultes universalistes qui sont reconnus, l'église catholique occupant une position de premier plan, tandis que les nouvelles églises ou l'animisme sont laissés de côté (un écart significatif se creusant ainsi entre les recours symboliques et religieux effectivement mobilisés par les populations ivoiriennes et les instances officiellement actives).

En quoi un chef religieux peut-il être pris comme " leader d'opinion " ? Plus largement, sachant que l'appel à la mobilisation de tels " leaders " est d'abord intervenu dans le domaine de la prévention, quel est l'impact des activités d'un " leader d'opinion " sur les éventuels changements de comportements individuels ?

Pour quelle lutte contre le sida ?

Comment et dans quelles conditions un discours de prévention qui entend responsabiliser les individus épouse-t-il les formes d'un discours prescriptif définissant le " Bien " et le " Mal " des conduites individuelles ? Parallèlement, quelles sont, dans ce cadre, les marges de négociation

¹ Peut-être n'est-il pas inutile de préciser que j'avais soumis le résumé de la présente communication dans le cadre de cette session 40 ; or, son acceptation pour une présentation orale s'est accompagnée d'un transfert à la session 8 portant sur le " Rôle des leaders politiques et des communautés "...

permises ou tolérables quant au contenu même des messages préventifs diffusés (en premier lieu au sujet de l'utilisation du préservatif) ?

Comment et dans quelles conditions un " soutien spirituel " est-il assimilable au soutien psychosocial ? De même, comment et dans quelles conditions tenter de surmonter le tabou de la séropositivité, lié à la prégnance culturelle de la notion de honte, et lutter contre le rejet social des personnes atteintes peut-il se résumer en de la " compassion " exprimée par les membres d'une communauté religieuse et au sein de celle-ci ?

Conclusion

Suite à l'ouverture de telles questions, il me paraît important de souligner que les expériences déjà conduites dans le domaine de la " santé communautaire " *via* la mise en place des soins de santé primaire et des Comités de gestion ont amplement montré que la mise en œuvre d'une " participation populaire " engageait nécessairement des relations dynamiques de pouvoir (plus ou moins explicites) au sein des sociétés concernées. Or, face au sida, la prise en compte effective de tels enjeux de pouvoir est d'autant plus essentielle que, d'une part, les jeux de pouvoir ne s'y affirment guère directement, prenant appui sur les registres de la pitié, de la compassion et, plus largement, de l'humanitaire, et que, d'autre part, la lutte contre le sida peut aussi bien prendre la forme d'une lutte conservatrice pour la préservation d'un ordre ancien que la forme d'une lutte pour l'émancipation des catégories dominées dites " vulnérables " vis-à-vis de l'infection à VIH. Identifier des " leaders " et des " communautés " pour décentraliser la lutte contre le sida, y compris lorsque l'on se situe hors de la pyramide politico-administrative des " dirigeants " en vue d'une ouverture à la mobilisation de " la société civile ", c'est donc nécessairement faire des choix d'ordre politique.

Plus important peut-être, si l'on entend mobiliser " la société civile " face au sida en ayant recours à des " communautés " et des " leaders ", cela signifie alors que les instances nationales et internationales prônant cette ouverture ne peuvent manquer d'agir sur la configuration même de cette société civile dont on connaît, par ailleurs, les difficultés d'émergence et d'expression dans le contexte actuel de transitions démocratiques récemment amorcées. Deux aspects sont alors à envisager : d'une part, le problème d'une éventuelle instrumentalisation de la lutte contre le sida en vue d'une lutte pour le pouvoir, *via* la reconnaissance officielle, de la part de (et entre) communautés constituées au sein desquelles certains leaders seraient dès lors en mesure de renforcer leur position ; d'autre part, la question des processus de " partition " de la société civile, sachant qu'ils peuvent conduire à la formalisation et à la " substantification / catégorisation " de différents réseaux sociaux dont les configurations sont loin d'être figées (particulièrement en ces temps de crises multiformes), cela selon les intérêts et représentations des instances étatiques et des organisations internationales vis-à-vis de la lutte contre le sida et de ses enjeux. On l'aura compris, la mobilisation religieuse ne saurait faire exception et échapper à ce type de questionnement.

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