

Entre gouvernement et agences internationales: les ONG brésiliennes impliquées dans la lutte contre sida

Frédéric Bourdier*

La politique de lutte contre l'épidémie à VIH au Brésil est désormais érigée en modèle de réussite par de nombreux pays du Sud et du Nord. Outre l'accès universel au traitement assorti d'une progressive intégration spatiale des services de santé en charge du suivi des personnes contaminées, le pays a su se doter contre vents et marées d'un dispositif médical et social autonome, équitable et volontaire incluant la participation conjointe de l'État, de la société civile¹ et d'associations diverses.

Partant du principe qu'une démarche préliminaire à l'évaluation des politiques publiques contre le sida est de s'interroger sur les conditions dans lesquelles ces politiques ont été décidées puis élaborées, le propos de cet article vise à éclaircir les logiques de mobilisation qui déterminent les relations entre gouvernement, ONG² et institutions internationales. Après avoir brossé un tableau des forces sociales et politiques en présence, le présent papier insiste sur l'ampleur du secteur associatif soumis à des pressions issues d'agences extérieures et cherche à identifier la marge d'autonomie dont il dispose à la fois envers les bailleurs de fond et vis-à-vis du PNLS³.

* Anthropologue, IRD.

¹ Dans le texte qui suit, la notion de société civile est circonscrite aux réseaux associatifs, aux groupes et individus qui n'appartiennent pas secteur public, même si plusieurs représentants brésiliens d'ONG appartiennent simultanément à des institutions étatiques.

² On se référera aux ONG locales et non pas allogènes qui au demeurant sont extrêmement minoritaires au Brésil (un des rares exemples étant l'implantation de MSF France dans un favela de Rio de Janeiro).

³ Programme national de lutte contre le sida.

1- Un contexte original de partenariat

Les faits, les expériences documentés et évalués par le gouvernement⁴ ainsi que des observations plus poussées investies par des recherches en sciences sociales⁵ fournissent des éléments pertinents pour alimenter le débat contemporain sur l'aptitude des ONG à s'immiscer dans les politiques sociales relatives à l'épidémie. Une série de données de première et de seconde main informe sur la nature et les limites des dialogues avec le ministère de la Santé de Brasilia ainsi qu'avec les organisations internationales soucieuses d'imposer des lignes de conduites destinées à réorienter les directives nationales.

Loin de concevoir les dynamiques à l'œuvre entre acteurs du développement comme le fruit d'une coopération sereine et harmonieuse entre ONG et gouvernement, l'expérience du Brésil montre qu'il est possible de maintenir une relation antagoniste et conflictuelle tout en construisant une base de coopération et d'échange à partir de la reconnaissance mutuelle des rôles spécifiques à chacun. Dans cette perspective les mouvements de militantisme, de revendication, de résistance et de représentation de la société civile continuent à se développer et aboutissent à une reconnaissance élogieuse de groupes et d'individus activistes. Cette reconnaissance est légitimée et encouragée par la politique gouvernementale. Leur fonction de critique des politiques nationales est en effet perçue comme essentielle par les responsables de la mise en place des programmes de santé, même si elle tend actuellement à perdre de sa teneur en raison d'acquis préalables

⁴ Voir le site du gouvernement brésilien : www.aids.gov.br

⁵ Wilza Viera Villeda, Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil in Richard Parker et al (eds), *Saúde, desenvolvimento e política : repostas frente à AIDS no Brasil*, ABIA, Rio de Janeiro, 1999, editora 34 : 177-224. Ministério da Saúde *Aids e sustentabilidade : sobre as ações das organizações da sociedade civil*, Brasilia, 2000, Ministério da saúde, 130 p.

(visibilité des personnes séropositives, tabou de la discrimination, promotion des mouvements identitaires, incitation à favoriser le discours dans l'espace public, etc.). Elle demeure toutefois encouragée aussi expressément de nos jours que dès les premières années de l'irruption de l'épidémie afin de maintenir un certain équilibre entre les voix émanant de la société et les propos des acteurs en santé publique. Ajoutons que cette critique détient également une fonction didactique pratique car, en dépit des relations exacerbées avec de grandes agences bilatérales sur lesquelles on va revenir dans le chapitre suivant, elle joue un rôle primordial dans la formulation de la politique de lutte contre le sida dont les grandes lignes sont renouvelées, réajustées et réorientées chaque année moyennant une concertation avec des représentants de la société civile qui siègent dans les commissions du ministère de la Santé à Brasilia.

Cependant, on serait tenté d'imaginer qu'à l'instar de nombreux pays la participation des ONG reste conditionnée par ce qu'attendent les bailleurs de fonds et les agences de coopération internationales. Si tel était le cas, ce lien de dépendance déterminerait en grande partie la fondation puis l'implantation de programmes de santé. Il est donc pertinent que l'on examine de plus près la faculté de négociation brésilienne.

2- Le diktat des agences extérieures

Force est de reconnaître que dans le domaine de la santé publique, on n'a pas d'exemple de mobilisation internationale aussi rapide des efforts intellectuels, organisationnels et financiers autour d'une maladie transmissible ni de la volonté d'une articulation aussi systématique entre politiques nationales et internationales⁶.

Encore faut-il préciser les motifs matériels et symboliques qui sous-tendent les mécanismes de cette mobilisation, et envisager dans quelles mesures les priorités perçues par les uns répondent à celles perçues par les autres. Disons d'emblée que l'exemple du Brésil fait référence en la matière car peu de pays du Sud ont su débattre avec une aussi forte détermination leurs rapports avec les intervenants extérieurs.

Traiter des relations entre État et mouvements associatifs en commençant par examiner ce qui se passe au niveau des négociations, cachées dans l'apparence mais difficiles et houleuses dans la pratique, entre le pays et ses donateurs internationaux constitue une prélude indispensable pour comprendre certains mécanismes de prise de décision et de logiques d'action dans le domaine de la santé en général et de l'épidémie à VIH en particulier. Deux intervenants particuliers, et non des moindres, vont illustrer mes propos.

En premier lieu l'incontournable Banque mondiale qui est incontestablement, et de très loin, l'agence la plus présente au Brésil. Les prêts et les supports pour l'assistance technique ont significativement augmenté au cours des dix dernières années. Un de ses présidents, James D. Wolfensohn, déclarait qu'aucun pays du Sud disposant déjà d'une « bonne » stratégie déjà en place ne disposerait d'un budget alloué pour renforcer ses implantations. Apparemment, le Brésil faisait affaire. De 1986 à 2001, la banque se targue d'avoir investi 1,4 milliard de dollars pour combattre la propagation de l'épidémie dans le monde. Sans entrer dans le détail de la distribution de cette manne financière dont un pourcentage non négligeable sert à alimenter la pérennité de l'institution elle-même et de ses employés privilégiés (frais exorbitants relatifs à une pléthore de réunions et à des voyages

⁶ Claude Raynaud, Comment évaluer les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique? in Jean François Baré (éd.) *L'évaluation des politiques*

de développement, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 324.

éclairés dans les pays, évaluations sans connaissance suffisante des contextes locaux, traitements et salaires records pour les expatriés et les experts⁷, etc.), elle concéda en novembre 1993 plus de 160 millions de dollars au Brésil pour son programme de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles. Ce montant alloué représente le plus important financement conféré jusqu'à l'heure actuelle pour un programme centrée sur la question du sida. Dès le début, le mot d'ordre de la maison de Washington est d'accorder une attention prioritaire à la prévention avec pour objectif d'éviter la dissémination incontrôlée de l'épidémie à VIH

Les termes de l'accord prévoient que le budget concédé doit stimuler non seulement une meilleure prévention mais aussi la couverture du traitement des maladies opportunistes, la généralisation du dépistage dans des centres publics ainsi que la réorganisation de services médicaux. Comme il n'est guère politiquement correct de ne pas encourager les soins contre le sida, ceux-ci sont avancés par la Banque mondiale par des rhétoriques humanitaires les plus diverses mais sans application concrète vu qu'à aucun moment la délivrance de médicaments antirétroviraux, et encore moins la production de génériques, ne reçut l'aval de la Banque mondiale. Les programmes de prévention qui retinrent le plus d'attention furent conçus pour être mieux répartis sur le territoire brésilien. Ils s'effectuèrent avec l'aide de 120 ONG censées se focaliser sur les groupes à risque.

⁷ Les consultants expatriés le mieux payés au monde sont ceux travaillant pour la Banque mondiale. Le Brésil et le Mexique sont néanmoins des pays où les ressources humaines locales évitent un trop plein d'afflux étrangers. Pour une analyse plus générale du fonctionnement de ce que Olivier de Sardan appelle les « courtiers » du développement, voir : Graham Hancock, *Lords of Misery*, London, 1989, Arrow books, 234 p.

Il convient de s'arrêter sur cette notion de groupes à risque ainsi que sur des prises de position en matière de gestion de l'épidémie que la Banque tient pour acquis, et ce depuis presque une dizaine d'années, mais qui diffèrent un tant soit peu de celles avancées et argumentées par les décideurs et de nombreux membres d'associations brésiliens. En premier lieu, la formulation de groupes à risque est un concept avancé par l'épidémiologie mais qui reste inapproprié pour généraliser une dynamique de prévention à partir de laquelle chaque personne doit se sentir concernée. Certes, des messages et des interventions méritent de s'adapter à des individus partageant des styles de vie ou de activités similaires, mais rien n'est plus dangereux de donner l'impression à une autre partie de la société qu'elle est « naturellement » en dehors de tout risque de contamination. C'est pourtant ce qui est apparu au départ au Brésil mais aussi au Cambodge et en Inde⁸ où se sentir indemne du sida relevait d'une construction sociale alimentée par des campagnes axées trop exclusivement sur les prostituées, les routiers, les homosexuels et les militaires. Très rapidement, l'État lusophone a reconnu l'inanité de cette compartimentation excessive et a évité toute forme de discrimination positive à outrance reposant sur la notion de groupes à risque dont maints experts étrangers s'évertuaient à convaincre les bienfaits en terme de résultats épidémiologiques. En second lieu, il a été dit et redit par les représentants de la Banque mondiale, des Nations Unies (OMS, UNDP) et d'USAID que la prévention est plus facile, moins coûteuse et qu'en l'état actuel des choses (fin des années 90), les soins à domicile représentent la première étape - seule applicable pour l'instant - qui pourra un jour déboucher sur l'hypothétique

⁸ Référence à des travaux personnels. Voir Frédéric Bourdier, *Sexualité et sociabilité en Inde méridionale*, Paris, 2001, Karthala, 438 p. & *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*, Cayenne, 2004, Ibis Rouge, 250 p.

traitement pour l'instant irréaliste dans un pays où la population est majoritairement pauvre, ignorante et imprévisible⁹. Passons sur l'arrogance de ces euphémismes qui condamnent des milliers de personnes ayant le sida déclaré à mourir. Partant du principe que la prévention et les soins sont indissociables, le Brésil refusa de tels propos en démontrant d'une part que la prise d'antirétroviraux réduit les chances de transmission par voie sexuelle (moins la charge virale est forte, plus le risque d'infecter une autre personne diminue), d'autre part que l'existence de la médication incite davantage les gens à se faire dépister, enfin que le maintien de la santé des personnes vivant avec le VIH constitue un investissement économique ne serait-ce qu'en terme de coûts sanitaires à assumer autrement pour les individus gravement malades.

En dépit de ces désaccords fondamentaux, il est surprenant que la Banque mondiale prétende avoir joué à un certain moment (quoique non spécifié dans les documents) un rôle significatif dans le programme de lutte contre le sida, désigné un peu trop comme étant de sa propre initiative, en favorisant le déclin de l'incidence du sida, ainsi qu'une baisse estimée à 30% de la mortalité générale dans les groupes à risques dominants. L'État brésilien a probablement tiré parti des sources de financement ainsi que de certaines concertations techniques mais n'a pas manqué de mettre en place ses propres savoirs et compétences qu'il savait mieux adaptés aux contraintes et contextes locaux. L'introduction rapide puis la généralisation des HAART dès 1997, la production avec parfois la copie de certains

médicaments à partir de molécules isolées s'effectua au grand dam de toutes les instances internationales et aucune d'elles encouragea ni accepta d'aider financièrement ou de façon purement organisationnelle (formation du staff médical, promotion des activistes médicaux) une telle entreprise jugée trop précoce pour un pays encore en développement.

Quoiqu'il en soit, UNAIDS a sélectionné le programme brésilien comme "one of the world's "best practice" examples" (sic) en ne manquant pas de signaler l'apport des contributions étrangères et des ONG fidèles à leurs engagements (ce qui, on le verra plus bas, reste à confirmer). Encouragée par ce succès dont elle s'est en partie appropriée le panache, la Banque mondiale approuva en conséquence un second prêt de 165 millions de dollars en septembre 1998. Le deuxième projet élargit les activités de prévention (tout en maintenant une relative obsession pour les groupes à haut risque), renforce les capacités d'évaluation et travaille pour la viabilité à terme des stratégies d'implantation. Il entend décentraliser le programme jusqu'alors sous contrôle du PNLIS à Brasilia afin d'identifier les interventions régionales et locales au meilleur rapport coût/efficacité. Rappelons que si des auteurs et praticiens respectables comme Paul Farmer refusent d'envisager le droit à la santé en termes abrupts de coût/efficacité¹⁰, les commissions éthiques pour la santé au Brésil, très proches du PNLIS, évitent également l'inclusion de tels paramètres ambigus. En outre, la décentralisation avec son corollaire qu'est l'approche intersectorielle est certes louable et pléthores sont les belles préparations d'ouvrages et de recommandations produites et reproduites à cet effet par les agences internationales. Mais ce n'est pas un hasard si le Brésil a

⁹ L'absence de teneur scientifique de ces prises de position diffamantes pour les populations pauvres et leur impertinence en matière de gestion de la santé publique a finalement abouti après l'an 2000 à un changement modéré de l'attitude des agences de développement qui considèrent (sans toujours y contribuer eux-mêmes) que l'accès aux HAART doit finalement être mis en place.

¹⁰ Tracy Kidder, *Mountains beyond Mountains*, New-York, 2003, Random House, 317 p.

décidé d'élaborer un programme vertical de lutte contre le sida qui justement évitait l'insertion automatique d'activités tournées vers l'épidémie dans un secteur public de santé atrophié, fonctionnant extrêmement mal et disposant de trop faibles potentialités pour être relayé avec les communes ou petites villes aux ressources humaines insuffisantes. Plutôt que de noyer le poisson dans l'eau, sauf dans des zones géographiques au sud où une superposition des deux s'avère de facto réalisable, le gouvernement a préféré se doter de structures spécialisées dans la gestion des soins contre le sida afin d'en garantir leur bon fonctionnement et une intendance plus transparente.

USAID, dont les fonds alloués contre le sida sont négligeables par rapport à ceux de la Banque mondiale, marque néanmoins son empreinte sur le territoire brésilien. Si les activités de support semblent différer de celles de la Banque mondiale, une lecture attentive des objectifs fait ressortir une étonnante similarité. Il apparaît clairement qu'à travers le dialogue politique, les États-Unis entendent communiquer avec le gouvernement brésilien pour recentrer des lignes d'action qui leur semblent inappropriés. Un exemple rapporté par un consultant¹¹ illustre de manière éclatante cet entrisme. Un groupe d'experts et de promoteurs de bailleurs de fonds se rendit à Brasilia pour négocier les termes conditionnels de l'aide envisageable. Après avoir vilipendé la copie illégale des médicaments antirétroviraux pour des motifs économiques relatifs aux firmes pharmaceutiques internationales et aux droits de propriété intellectuelle, la délégation chercha avec insistance à renouveler la façon de promouvoir la prévention contre le sida. L'usage exclusif du préservatif ne doit plus être le moteur pour se prévenir contre la transmission du VIH. Il est indispensable de mettre en avant la famille, la religion chrétienne, l'abstinence

et la fidélité au centre du discours préventif. En dépit des réticences courtoises proférées par certaines personnes engagées dans le PLNS, les arguments d'USAID prirent une tournure moralisatrice. Ils commencèrent à passer au crible la société lusophone en pleine décadence dont les responsables se permettent de favoriser et d'entretenir la déliquescence des liens sociaux, la sexualité libre et autres attitudes jugées avilissantes. Excédés, les Brésiliens furent à deux pas de mettre à la porte la délégation de leurs bureaux, mais se contentèrent de leur enjoindre à ne pas exporter leurs propres préceptes dans une contrée dont ils ignorent les conditions d'existence et méprisent les styles de vie des populations locales.

La médiation d'intervenants extérieurs soucieux de re-orienter les modalités de prévention avec des slogans moralistes auprès des décideurs brésiliens, et par voie de conséquence auprès des ONG financables, sont emblématiques de la prise de position osée et dogmatique de certaines puissances représentant les valeurs du monde développé ou d'une contrée particulière. Les agences des Nations Unies n'échappent pas à la règle : un représentant dépité reconnaissait que nombreux étaient ses collègues ayant perdu intérêt à se concentrer sur la validité des résultats obtenus et l'impact sanitaire des actions intentées. Happés par le mécanisme formaté de leur institution, ils concentraient leurs efforts sur son fonctionnement interne, sur les processus à mettre en œuvre dans les projets de développement, indépendamment de leurs répercussions sur la population concernée. Population pourtant censée en être la bénéficiaire si l'on se rappelle un tant soit peu ce que développement signifie.

Il serait loisible d'analyser plus en détail les modes de fonctionnement des agences internationales en tant que révélateurs de leur volonté d'ingérence - ou à contrario de passivité - dans des pays où le sida n'est souvent qu'un alibi pour réorganiser de façon la plus univoque possible des manières de penser le développement et la croissance

¹¹ Information personnelle, 2003

économique en général. Au Brésil, les agences bilatérales comme USAID, multilatérales comme les Nations Unies et surtout les grandes organisations comme la Banque mondiale appartiennent à un grand réseau qui consiste avant tout à participer à une refonte des politiques locales dont la santé, et en l'occurrence le sida, est une porte d'entrée. En ce sens, il n'est pas surprenant que les ONG soient sollicitées, moyennant des financements conséquents, à renforcer l'intervention de l'État mais sous condition que les actions implantées soient expressément en accord avec la volonté des bailleurs de fonds. Leurs implications, en dehors de tout jugement de leur capacité inhérente à obtenir des résultats probants, sont loin d'être innocentes pour une agence multilatérale ou une Banque dont l'idéologie dominante consiste à réduire les dépenses publiques et diminuer l'intensité d'intervention étatique en faveur de l'essor du secteur privé dont les ONG peuvent apparaître comme des relais potentiels.

En 20 ans d'expérience, on peut en toute objectivité affirmer que le Brésil fait figure d'exception et que les tentatives de mainmise extérieures sont souvent soigneusement évitées quand elles s'avèrent hors de propos ou non perçues comme essentielles à la fois par le secteur public et le réseau associatif. Dans ce jeu de relations et de pouvoirs, on est alors en droit de se demander comment les représentants de la société civile, à différents niveaux d'intervention qu'ils soient, interprètent, agissent et prennent position au sein des délibérations intergouvernementales ou interinstitutionnelles.

3. Les ONG à l'interface du programme national et des agences d'aide extérieur

La mobilisation des ONG locales contre le sida fut précoce. Leur émergence survint dès le milieu des années 80 et rassembla des entités aussi différentes que des groupes travaillant sur les droits de l'homme, des associations religieuses, des mouvements identitaires (femmes, afro-brésiliens,

homosexuels), des personnes avec des postures idéologiques et des degrés d'implication politiques distincts. La diversité des intervenants traça au bout du compte des profils différenciés de perspectives et de compétences pour affronter les défis croissants suscités par l'épidémie. Il est fondamental de se rappeler que si la mobilisation fut spontanée, elle tomba à propos, à un moment historique du pays. Celui-ci sortait juste de 20 ans de dictature, redéployait les voies de la démocratie et encourageait la participation des citoyens pour débattre de problèmes sociaux, politiques et sanitaires les concernant.

La contribution synergique de regroupements humains conviés à combattre le sida eut pour triple résultats, considérés comme essentiels pour le gouvernement, d'abord une amélioration de la qualité de vie des personnes séropositives (insertion sociale, prise en charge médicale et économique), ensuite une réduction de la transmission du virus et enfin une acquisition rapide du savoir épidémiologique de l'infection combinée au moyen de l'éviter. La manière dont se construisit la réponse brésilienne à partir de l'agissement de personnes insérées dans le secteur gouvernemental ou non gouvernemental configure une articulation entre ces deux sphères au sein desquels une grande partie des accords et des désaccords proviennent de personnes qui, selon Paulo Teixeira¹², partagent le même idéal. Toutefois, s'il règne un consensus quant aux objectifs à atteindre, il n'en va pas de même sur les stratégies pour y parvenir.

Avec l'avancée de l'épidémie et l'augmentation conséquente des demandes pour sa gestion, la réponse des ONG va donc

¹² P. Teixeira, promoteur et directeur du PNLS jusqu'en 2003, se montra soucieux d'élargir la lutte contre le sida à tous les secteurs de la vie économique et sociale concernés et expliquait ainsi la nécessité de négocier toute question de santé publique avec les représentants de la société civile plus à même de connaître la réalité quotidienne

se modifier. Ces dernières veulent avoir un mot à dire sur la façon dont l'État ou les organismes de financement étrangers pensent, élaborent et implantent les programmes. Bien souvent, les actions désignées comme urgentes ou plus ancrées dans la durabilité ne sont pas toujours les mêmes d'un côté ou de l'autre et le contenu des opérations à mener peut diverger. Comme il a été avancé au début de ce texte, la force de l'État brésilien fut de considérer les conflits entre acteurs comme des passerelles destinées à mieux argumenter les décisions, à réajuster le choix des politiques d'implantation. Dans cet ordre d'idées, l'association brésilienne interdisciplinaire (ABIA) fut créée en 1986 à Rio de Janeiro avec comme dessein principal d'accompagner et critiquer la politique gouvernemental vis-à-vis du sida, tout en promouvant des recherches scientifiques sur un éventail de questions visant à une meilleure connaissance des dynamiques sociales et culturelles susceptibles d'apporter des repères pour un meilleur enracinement des projets de santé. Afin de viabiliser l'alliance entre le gouvernement et les ONG, un secteur d'articulation est créé en 1992 afin de faciliter les modalités de coopération. Les ONG sont définitivement considérées comme des relais officiels dont il s'agit de développer le nombre et la répartition géographique. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : entre 1993 et 1997, 175 organisations financées par le PNL (18,1 millions de dollars provenant de la Banque mondiale) organisent plus de 427 activités centrées essentiellement sur le changement comportemental¹³ et sur de nouvelles initiatives d'information, d'éducation et de communication. Des services et des mouvements n'ayant pas encore pignon sur rue comme des associations de femmes dans

¹³ Mais que sur les populations, pas sur les personnel de santé qui en avaient pourtant besoin (insuffisance quant au savoir épidémiologique, au conseil entourant le dépistage).

la prostitution, des conseils indigènes tribaux et des groupes porte-parole des communautés (rurales ou de quartiers) sont encouragés à création.

Les directrices générales fixés par le PNL et appliquées par le comité de sélection des projets ONG insistent toujours sur la qualité technique et l'actualité des projets, leur suivi et leur évaluation, la transparence des processus de mise en œuvre, la clarté des contrats engagés entre le PNL et les ONG ainsi que sur l'engagement du premier à garantir des fonds pendant quatre années. Ainsi sont prises en compte la structure compétente de l'ONG, sa durabilité, la faisabilité de ce qu'elle soumet et son impact social envisagé.

Malheureusement ce que demandent les évaluateurs devant se soumettre un tant soit peu aux exigences des bailleurs de fonds sont avant tout des résultats tangibles, compilés et quantifiables. En gros, du solide. Ce que les experts entendent par impact social est parfois ambigu, et rien n'est dit si cela correspond également aux requêtes et priorités exprimées des populations dont on demande rarement la participation, quand bien même elle est spontanément proposée¹⁴. Nonobstant, les employés d'une grande agence internationale avancèrent à posteriori que le succès d'une opération quadriennale de grande envergure intentée était lié au million de préservatifs distribués, au nombre de matériels éducationnels disséminés, à la quantité de personnes formées en tant qu'agents de santé communautaire. Là encore le directeur de la Banque au Brésil, Gobind Nankani, annonça qu'en égard à ces données

¹⁴ Des observations, piochées au hasard de mes carnets de note (protestation de femmes contre des projets - issus des tendances « *women issues* » ou « *gender study* » - les unissant contre les hommes alors qu'elles demandent plutôt un travail en concertation avec la moitié féminine, etc.) viennent rappeler que les personnes à qui sont censées bénéficier des actions ont des idées originales et inattendues sur ce qui devrait être réalisé de façon plus adéquate.

mesurables, l'implication des ONG avait contribué immensément au succès du projet et que les résultats étaient très encourageants. D'un autre côté, il se garda de mentionner la nécessité d'évaluer plus qualitativement les modalités de l'intervention publique corrélée à celle des associations.

De surcroît, on est tout de même en droit de douter de l'avancée d'un aussi vaste projet de développement par la santé sans envisager de façon plus dynamique les retombées concrètes et durables auprès des populations. Nombreuses sont les ONG qui partagent ce point de vue et se soucient de voir ce qui se passe au-delà des chiffres qu'on leur demande expressément de fournir. Que signifie distribuer des centaines de milliers de préservatifs sans savoir comment et sous quelles conditions ils inaugurent une dynamique de changement dans les relations sexuelles ? Une volonté de négociation avec les populations et d'étendre le débat sur la scène publique s'élabora avec l'association GAPA, initiée par des militants, qui progressivement se constitua en un réseau dans tout le pays et se pencha sur la prévention de proximité, les droits légaux et l'aide aux gens isolés ou rejetés. Dans la foulée, des maisons d'accueil et de passage pour les malades du sida qui n'ont d'autres lieux où se rendre se développèrent progressivement du sud jusqu'au nord du territoire. Les initiatives de ce genre seraient nombreuses à citer d'autant plus que Lair de Guerra, la responsable brésilienne chargée de négocier le prêt avec la Banque mondiale en 1993, avait su avec brio encourager les ONG militantes à être des fondateurs, voir des provocateurs à l'encontre des idées venues d'en haut. En ratifiant les modalités de la collaboration des ONG, il était stipulé qu'elles conserveraient une autonomie sociale, politique et stratégique face au gouvernement.

Nombreuses furent les ONG à prendre acte de cette ouverture. Certaines d'entre elles, dont ABIA la première, adoptèrent une position critique quant aux conséquences du

lien budgétaire qui liait le gouvernement à la Banque mondiale. Furent mis en avant les risques de cooptation de l'État détenant un pouvoir de décision susceptible de modifier les termes originaux d'une collaboration relativement équilibrée. La distribution inéquitable des aides financières d'une zone géographique à l'autre et entre ONG pouvait générer également des conflits, des intrigues et de la jalousie au sein de la communauté des bénéficiaires dont en certains endroits il s'avérait que chacun avait plutôt tendance à travailler de son côté qu'ensemble. Enfin, l'existence endémique du chômage, du clientélisme et de la subordination dans un contexte culturel où les services sociaux ont du mal à émerger sur une grande échelle n'est pas sans créer des emplois opportunistes sans grande motivation, y compris au sein des ONG. Il va de soi que cette remarque acquiert une pertinence seulement si elle s'étend aux professionnels de la santé dont la nomination dans un programme de lutte contre le sida suppose des avantages honorifiques ainsi qu'un salaire plus attrayant.

D'autres réactions d'ONG convergèrent sur la nécessité d'élargir le cadre d'intervention. Par exemple, quelques associations à Rio, São Paulo et dans l'extrême sud remirent en question le fait de se focaliser sur le changement comportemental sans prendre en compte les conditions socio-économiques et culturels qui les sous-tendent : les politiques de santé doivent les prendre en compte - même si elles ne ressortissent pas de la santé stricto sensu - afin de créer des conditions objectives de réduction des chances de transmission. D'où la nécessité d'une approche multisectorielle. L'extension d'un cadre d'intervention qui tient davantage compte non pas uniquement de préoccupations venant d'en haut mais de celles d'en bas constitue in fine la légitimité d'existence des associations. Comme l'affirmait un représentant d'une ONG à Belém en Amazonie, la justification du fonctionnement de sa structure dépend totalement de sa reconnaissance dans la société, sans laquelle elle n'a pas de sens.

4. Un débat à entretenir

Bien entendu, les ONG ne peuvent pas se contenter d'effectuer une œuvre de déconstruction ou de défiance systématique envers l'État et les agences internationales dont elles restent financièrement tributaires. Là n'est pas le propos de lever les armes, à l'exception de quelques unes qui justement jouent un rôle de transmission d'une forme de savoir et de conscientisation pour les autres.

Par contre, tout au moins d'après ce qu'il m'a été donné d'observer et de comprendre au cours de quelques années de travail au Brésil, il est frappant de voir à quel point le monde des ONG reste attentif et prudent envers l'environnement national et international, et n'acquiert pas une attitude de subordination envers les institutions dont elles dépendent pour la formation, le renfort technique, la gestion et le financement. Force est d'admettre que la plupart des ONG locales développe l'art de composer et de trier dans le tas les suggestions en vogue.

En dernier lieu, et contrairement à ce qu'il advient dans un pays comme le Cambodge, une certaine fierté nationaliste entachée de fidélité culturelle fait que les ONG impliquées dans la lutte contre le sida ne s'affichent pas, consciemment ou inconsciemment, comme des postes d'avant-garde de la mondialisation, ce qui leur autorise une plus grande marge de manœuvre tant au niveau des choix et priorités d'actions à mener qu'au niveau des prises de position.

131	<u>Face à Face à rencontré :</u> M. Jean-Hervé BRADOL, Président de Médecins Sans Frontières
144	<u>Revues :</u> Terroirs (Yaoundé)

Objectifs	Face A Face Regards sur la santé www.ssd.u-bordeaux2.fr ISSN 1298-0404
	<i>Face A Face</i> , revue interdisciplinaire des sciences sociales sur la santé, se lance sur un support exclusif, le web. Ce choix traduit la volonté de s'appuyer sur le potentiel de communication, de rencontres et d'échanges qu'offre désormais le réseau Internet afin d'explorer les possibilités d'un élargissement et d'une intensification du débat entre chercheurs et, donc, d'un renouvellement des conditions de la production du savoir.
	L'étude des faits de santé constitue, pour les sciences sociales, un prisme à travers lequel se donnent à lire les changements sociaux qui marquent l'existence des individus et des communautés, dans le monde contemporain aussi bien que dans l'histoire. La confrontation et la convergence des regards disciplinaires sont indispensables : entre les différentes composantes des sciences sociales, comme entre celles-ci et les sciences biomédicales.
	Coordinateur Fred Eboko
	Assistante coordinatrice Madina Querre
Comité éditorial	Rachel Besson ; Claire Boileau ; Isabelle Gobatto ; Chrystelle Grenier-Torres ; Mathieu de Labarre ; Claire Mestre ; Mariquita Panizza ; Annick Tijou-Traoré.
Comité scientifique	Claude Raynaud : Anthropologue, Directeur de recherche CNRS, Bordeaux, France Maryse Gaimard : Responsable de l'équipe SSD UMR CNRS 5185, Maître de conférence en Démographie, Université Bordeaux 2.