

Barbara PERELMAN

DESS *Pratiques sociales du développement, actions locales et sectorielles*

Institut d'Etudes du Développement Economique et Social / Paris I

2002-2003

LES ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA A OUAGADOUGOU : CONTEXTE D'EMERGENCE, PROFILS, PRATIQUES
--

Rapport de stage

Institut de Recherche pour le Développement (IRD, ex. ORSTOM)

Unité de Recherche *Populations et Espaces à Risques Sanitaires (R093 PERSAN)*

Ouagadougou, Burkina Faso

SOMMAIRE

Avant-propos	4
Présentation de l'IRD	
Présentation de l'Unité de recherche PERSAN et de la transition sanitaire	
Présentation de mon stage	
Introduction	8
<hr/>	
1^{ère} partie : Conditions et contexte d'émergence des associations de lutte contre le SIDA au Burkina Faso	11
Ch. 1 – Associations, ONG et développement au Burkina Faso	12
I- Dimension historique du développement au Burkina Faso	12
II- Statut de l'association et de l'ONG au Burkina Faso	13
III- Répertoire actualisé des associations et ONG intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social	14
Ch. 2 – La décennie 90 : l'émergence des associations de lutte contre le SIDA	19
<hr/>	
2^{ème} partie : De la prévention à la prise en charge : de nouvelles formes d'actions et de nouveaux acteurs	21
Ch. 1 – Les activités de prévention	22
Ch. 2 – Une prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH assurée par les associations : état des lieux	24
I- Le conseil et dépistage volontaire anonyme	24
II- Une prise en charge médicale	24
III- Une prise en charge psychosociale	25
Ch. 3 – Le développement des activités génératrices de revenus au sein des associations de lutte contre le SIDA : pratiques de gestion, impact et perspectives	27
I- Présentation de trois associations ayant développé des AGR	27
II- Pratiques de gestion des AGR au sein des associations	29
III- Impact social et financier des AGR	33
IV- Limites et difficultés des AGR	34
Ch. 4 – Le plaidoyer : une activité peu répandue	36
Ch. 5 – Vers la professionnalisation des associations de lutte contre le SIDA	37
Ch. 6 – L'implication des personnes vivant avec le VIH : état des lieux, enjeux	39
<hr/>	
3^{ème} partie : Logiques et pratiques des différents acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA à Ouagadougou : convergence ou divergence ?	42
Ch. 1 – Relations entre les différents acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA	43
I- Relations au sein de l'association et avec les communautés	43
II- Relations inter-associatives	45
III- Relations entre le milieu associatif et institutionnel burkinabè	47
IV- Relations entre les associations et les bailleurs de fonds	49
<hr/>	

Ch. 2 – Trois exemples de pérennité d'actions menées par les associations	51
I- <i>L'opération SIDA routiers de l'AFVP</i>	51
II- <i>Le projet d'appui à la prise en charge des PVVIH au CMA de Pissy de MSF</i>	52
III- <i>L'acquisition d'une indépendance financière : AAS</i>	55
Ch. 3 – Limites des associations, remise en question et redéfinition de leur rôle	56
<hr/>	
Conclusion générale	59
Références	61
Sigles et acronymes	65
Annexe	68

AVANT PROPOS

J'ai effectué mon stage de DESS à l'Institut de Recherche pour le Développement à Ouagadougou au Burkina Faso, du 12 mai au 12 août 2003, au sein de l'Unité de Recherche *Populations et Espaces à Risques SANitaires (PERSAN)*. Le stage s'est déroulé en deux phases. La première consistait à recenser et identifier toutes les structures associatives, de l'ONG internationale à l'association de quartier, qui interviennent dans la ville de Ouagadougou dans les secteurs sanitaires et sociaux. La première partie du stage était donc intégrée au programme dans le sens où le répertoire allait fournir des informations sur l'offre de soins proposée par les associations et sur la dynamique associative dans les quartiers de la ville. Ce travail s'est effectué sur un mois. La seconde phase (deux mois) consistait à étudier plus précisément les associations de lutte contre le SIDA à travers divers entretiens avec les acteurs institutionnels et associatifs et la lecture de documents internes et externes aux associations.

J'ai commencé ma recherche de stage en décembre dernier, ciblant principalement les ONG médicales. Je souhaitais participer à la conception d'un projet de santé publique, à sa mise en œuvre, ou à son évaluation. J'ai rapidement été confrontée à la difficulté de trouver un stage au sein d'une ONG médicale étant donné ma formation généraliste. D'autre part, tout en me spécialisant sur les problématiques liées à la santé, je souhaitais diversifier mes expériences sur le plan géographique. Là encore, j'ai été confrontée à la difficulté de trouver un stage ailleurs qu'en Afrique étant donné mon parcours universitaire orienté vers le continent africain depuis la licence (le CCFD avait automatiquement classé mon CV dans la pile "Afrique" alors que j'avais mentionné être intéressée par leurs programmes en Amérique Latine). De plus, la plupart des projets de développement, lorsque l'on est Français, sont destinés au continent africain.

Parallèlement, j'avais envoyé ma candidature à l'IRD dans certaines Unités de Recherche appartenant au domaine "sociétés et santé". L'Unité de Recherche *Populations et Espaces à Risques Sanitaires* m'a proposé de m'accueillir pour faire une étude sur les associations à Ouagadougou. J'y ai vu l'opportunité de travailler sur le milieu associatif burkinabè que je ne connaissais pas, d'analyser les profils des acteurs de la société civile qui interviennent dans le domaine de la santé et les pratiques de ces associations en matière de prévention et de prise en charge, ainsi que leur environnement institutionnel.

L'IRD est un établissement public français à caractère scientifique et technologique, placé sous la tutelle des ministres chargés de la Recherche et des Affaires Etrangères. Il mène des recherches sur tous les continents, principalement dans les pays intertropicaux, dans trois domaines, à savoir "milieux et environnement", "ressources vivantes" et "sociétés et santé". Si les premières études des chercheurs au Burkina Faso datent de 1947, le centre de l'IRD de Ouagadougou a été créé en 1968.

L'Unité de Recherche *Populations et Espaces à Risques SANitaires (PERSAN)* a lancé un programme de recherche à Ouagadougou au Burkina Faso en juillet 2002 qui s'achèvera en décembre 2006. Il vise à étudier la transition sanitaire en milieu urbain ouest-africain. L'hypothèse

principale réside dans le fait que la transition sanitaire a son origine dans le processus d'urbanisation. Ensuite, les hypothèses spécifiques résident d'une part dans le fait que la transition sanitaire en cours à Ouagadougou s'exprime de manière inégale d'un point de vue spatial et social, tout comme le processus d'urbanisation, qui oppose quartiers centraux et quartiers périphériques, quartiers lotis et quartiers non lotis, et d'autre part dans le fait que les populations les moins intégrées à la ville soient particulièrement exposées à un risque de cumul de pathologies "anciennes" et "nouvelles".

Etroitement liés à l'urbanisation rapide, les changements de comportements des populations en Afrique de l'Ouest ne sont pas sans conséquences sur l'état de santé de ces populations. La première "étape" de la transition sanitaire dans le monde concerne l'allongement de la durée de vie. A Ouagadougou, cette étape est amorcée, la mortalité ayant considérablement baissé. Mais alors que les pathologies chroniques et dégénératives apparaissent (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle...), les maladies infectieuses et parasitaires continuent de prédominer.

Le programme comporte trois volets :

- un volet "environnement urbain" (relevé des populations, des habitats et des équipements)
- un volet "états de santé des populations" (avec comme indicateurs de santé le paludisme, l'anémie, les infections respiratoires aiguës, la couverture vaccinale et les diarrhées chez les enfants, les états nutritionnels et les traumatismes (accidents et violences) chez l'ensemble de la population, les états bucco-dentaires chez certaines classes d'âge, l'hypertension artérielle chez les adultes.
- un volet "système de soins" (relevé des structures de soins modernes publiques et privées, des pharmacies privées et des dépôts pharmaceutiques publics)

Au début, mon travail consistait à étudier les associations qui s'occupent de ces pathologies « émergentes » en Afrique. Mais elles se sont rapidement révélées très peu nombreuses. En effet, j'ai pu recenser quelques associations locales qui travaillent avec les personnes âgées ou font de la prévention tabac auprès des jeunes mais cela reste très marginal.

Nous avons finalement décidé de travailler sur les associations de lutte contre le SIDA, même si le VIH/SIDA avait été exclu des indicateurs de santé utilisés pour le programme de recherche.

Ce stage s'annonçait d'emblée particulier : le stage que je voulais "professionnalisant" s'effectue finalement au sein d'un institut de recherche. N'étant pas intéressée par une "carrière" dans la recherche, l'intérêt du travail d'analyse des pratiques de développement résidait alors dans les associations étudiées. Cette démarche me donnait une position d'extériorité de fait, position qui a comporté des avantages comme des inconvénients. En effet, n'étant pas intégrée aux structures étudiées, j'avais d'emblée la position que tout chercheur en sciences sociales s'efforce de garder, mais en contre partie, j'ai été confrontée au manque d'accessibilité des acteurs et des bénéficiaires des actions menées, et des informations concernant les structures associatives.

L'étude qualitative des associations de lutte contre le SIDA a été effectuée à partir d'entretiens avec les acteurs institutionnels et associatifs qui interviennent dans la lutte contre le SIDA et de lectures de documents relatifs aux programmes des associations.

Les différents entretiens ont été très hétérogènes dans l'apport d'informations. La plupart des acteurs des Institutions que j'ai rencontrés, au Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS) et au Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS), ne semblaient pas avoir une réflexion sur la lutte contre le SIDA. Ce sont des fonctionnaires recrutés pour occuper des postes récents encore mal définis. De plus, les entretiens que j'ai eus avec eux ont eu lieu dans un cadre très formel. Au niveau du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), j'ai rencontré des acteurs qui avaient une vision plus critique : l'un était issu du milieu associatif et l'autre avait beaucoup travaillé en France.

Dans le milieu associatif, les rencontres avec les militants ont été précieuses ; leur esprit critique m'a beaucoup apporté dans ma réflexion sur la lutte contre le SIDA. Cependant, ayant étudié les associations les plus structurées, je ne pense pas avoir rencontré un échantillon de personnes représentatif de tous les acteurs associatifs qui interviennent au Burkina Faso.

Cet écart constaté dans l'expérience et la réflexion entre associations et Institutions montre bien que le socle de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso est constitué du milieu associatif et que le milieu institutionnel est venu s'y greffer bien plus tard.

La plupart des initiatives étant parties de Bobo-Dioulasso, j'ai effectué un voyage dans la seconde ville du pays pour y rencontrer l'une des fondatrices de REVS+, première association à s'être constituée sur une identité de personnes infectées, et le médecin chef du service de médecine interne du Centre Hospitalier National Sourou Sanou, engagé dans la lutte contre le SIDA au Burkina depuis 1987, et à l'origine de l'introduction de REVS+ dans le service de médecine du CHN de Bobo.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, j'ai été confrontée à des problèmes d'accessibilité des informations. Les associations de lutte contre le SIDA étant de plus en plus contrôlées, il m'a été demandé une autorisation pour accéder à l'une d'entre elles. La longueur de la démarche administrative ne m'a pas permis de mener des entretiens avec les responsables de cette association. J'ai effectivement reçu l'autorisation du SP/CNLS pour effectuer mon étude quatre jours avant la fin de mon séjour au Burkina. Durant le dernier mois de stage, j'ai donc alterné entretiens et rédaction du rapport.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, les associations sont impliquées en tant qu'acteurs dans la lutte contre le SIDA depuis les années 90. Lorsque l'on retrace l'historique de la lutte contre le SIDA au Burkina, il en ressort que ce sont les associations qui ont été les premiers acteurs après les laboratoires et les épidémiologistes. Dans les années 90, la prise en charge médicale n'était pas envisagée, les traitements n'existant pas. C'est là que l'implication des associations a joué un rôle considérable dans la prévention. Lorsque les 1ères propositions de thérapies sont apparues, celles-ci n'étaient pas accessibles aux pays en développement. La prise en charge médicale du SIDA n'a donc pas été intégrée au système de soins. De plus, l'accent était mis sur la prévention étant donné qu'il n'y avait pas de solutions curatives pour les personnes déjà infectées. Les initiatives individuelles et associatives se sont développées, certaines associations avaient des relations de partenariat avec des acteurs du Nord, c'est ainsi que l'implication des associations dans la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) a devancé celle de l'Etat. Plus récemment, après négociation avec les firmes pharmaceutiques pour l'importation des antirétroviraux à 26 000 FCFA par mois par personne, l'Etat burkinabè s'est impliqué dans la prise en charge médicale du SIDA.

Au Burkina Faso, en 2001, 153 associations de lutte contre le SIDA dont 7 réseaux d'associations étaient recensées par le SP / CNLS sur l'ensemble du territoire. Sur les 153 associations, 80 % d'entre elles ont été créées entre 1994 et 2001 et 85 % sont concentrées en milieu urbain. Les premières associations de lutte contre le SIDA ont été créées en 1991, les premiers réseaux en 1998.

Les structures associatives qui interviennent d'une manière ou d'une autre dans la lutte contre le SIDA sont diverses. On a tout d'abord une majorité d'associations d'aide au développement qui ont créé un volet SIDA dans les années 90. Ensuite on a les associations dont la raison sociale est la lutte contre le SIDA. Si la première a été créée en 1991, la majorité d'entre elles datent de la seconde moitié des années 90. On peut également relever 7 réseaux d'associations aux objectifs très divers (coordination, exécution de projets, relais avec les bailleurs...). Enfin, on a une dernière catégorie de structures associatives que sont les ONG d'appui telles que l'Initiative Privée Communautaire, Ensemble Contre le SIDA ou encore l'Association Française des Volontaires du Progrès.

Au Burkina Faso, la lutte contre le SIDA est un champ investi essentiellement par les associations nationales. Sur les 52 associations intervenant dans ce domaine à Ouagadougou¹, 5 seulement sont des structures étrangères².

Avant 1996-1997, les actions menées dans la lutte contre le SIDA étaient des actions de prévention uniquement, à travers les activités d'Information, Education et Communication. Depuis

¹ Ne sont prises en compte que les associations que nous avons pu contacter et pour lesquelles nous avons pu confirmé l'existence

² A savoir MSF Luxembourg, AMPO, Chrétiens Pour le Sahel, Medicus Mundi Catalogne et Ensemble Contre le SIDA (qui n'a pas de bureau au Burkina mais qui appuie de près plusieurs associations)

1997, les associations de lutte contre le SIDA, soutenues par les bailleurs et les Institutions nationales, ont très largement développé des activités de prise en charge.

Quels sont les pratiques et les savoir-faire des acteurs associatifs impliqués dans la lutte contre le SIDA ?

En quoi les associations de lutte contre le SIDA sont-elles productrices de santé ? Quelles sont leurs capacités d'intervention ? Les associations qui s'investissent dans le secteur de la santé peuvent-elles et doivent-elles pallier les carences de l'Etat ?

Dans quelle dynamique sociale et politique s'inscrit la vie associative urbaine ? Si l'offre de prestations est plus développée en ville qu'à la campagne, la conception de la lutte contre le SIDA n'est elle pas plus difficile dans un milieu hétérogène, dense et ouvert qu'est le milieu urbain ?

Si aujourd'hui les associations de lutte contre le SIDA ne peuvent être considérées uniquement comme des associations de santé, s'intéresser au phénomène associatif dans le domaine de la lutte contre la SIDA demande cependant une première approche avec le phénomène associatif dans le domaine sanitaire en général.

Alors que les associations intervenant dans le domaine de la santé occupent une place de plus en plus importante au Burkina, le contrôle et l'encadrement par l'Etat des actions menées par ces associations ont été ressentis nécessaires. Actuellement, le Ministère de la Santé tente de définir un cadre de référence pour pouvoir donner un avis technique aux associations. En effet, la DEP / Santé, après avoir examiné le dossier, attribuerait ou non le titre d'association de santé. Les associations devront répondre à des critères (pas encore définis) pour être habilitées à travailler dans le domaine de la santé. Cela permettrait de mieux contrôler et de cadrer les interventions des associations en matière de santé afin qu'elles répondent à une logique, comme compléter l'action du gouvernement tout en respectant le cadre stratégique de la politique sanitaire nationale. Ce projet, en cours d'élaboration, s'est concrétisé avec la mise en place d'un atelier qui s'est tenu à Koudougou les 19 et 20 mai 2003 réunissant la DEP / Santé et les ONG afin de commencer à mettre en place le cadre portant conditions d'intervention.

Cette volonté de l'Etat est en grande partie due à la prolifération des associations, phénomène qui a largement dépassé les capacités des administrations. Effectivement, le Ministère de l'Administration Territoriale, qui délivre les récépissés aux associations, n'a aucun moyen de tester la pertinence des activités des associations, ni même d'effectuer un suivi de ces structures.

***1^{ère} partie : Conditions et contexte d'émergence des associations de lutte contre le SIDA au
Burkina Faso***

Chapitre 1 – Associations, ONG et développement au Burkina Faso

Le premier contact avec le milieu associatif burkinabè s'est effectué avec la constitution d'un répertoire des ONG et associations intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social.

La délimitation géographique du thème d'étude m'a également permis d'aborder les spécificités des interventions des ONG et associations en milieu urbain. Nous nous sommes interrogés sur la dynamique sociale et politique dans laquelle s'inscrivait la vie associative urbaine. Y'a-t-il une assise communautaire comme en milieu rural ?

I- Dimension historique du développement au Burkina Faso

Si la crise de l'Etat, accompagnée de flux d'aide extérieure importants, a très largement contribué à la multiplication des associations, on peut remarquer que le phénomène associatif au Burkina Faso remonte à bien plus loin. En effet, on note dans les années 40 la présence d'associations sportives, dans les années 50 la présence d'organisations paysannes, puis à partir des années 70, la présence d'associations de ressortissants ou d'associations politiques (de type syndical). Mais ce n'est réellement qu'à partir des années 90 que l'on peut commencer à parler d'explosion associative. Les premières associations étrangères étaient de type confessionnel.

En milieu urbain, les premières associations ont souvent commencé sous forme de groupes d'intérêt commun oeuvrant pour la résolution d'un problème. La diversification des situations économiques et sociales en ville a entraîné une diversité des types d'associations qui ont alors un but professionnel, un but social ou encore qui sont liées à une préoccupation de classes d'âge.

Pour évoquer brièvement les facteurs qui expliquent la multiplication des structures associatives au Burkina, nous pouvons citer les raisons suivantes :

- Un cadre législatif souple
- Le renforcement du désengagement de l'Etat
- Un contexte de décentralisation prévoyant une plus grande implication des organisations de la société civile
- La politique des bailleurs de fonds qui consiste en l'appui à des organisations locales
- Les diverses opportunités générées par les associations : création d'emploi, accès à des formations

Aujourd'hui, les associations sont reconnues par les Institutions internationales comme des partenaires à part entière au développement. En 1995, dans ses principes pour l'Initiative de Bamako, l'UNICEF déclarait que "les ONG peuvent se révéler des partenaires indispensables pour fournir l'assistance technique nécessaire au cours du processus, particulièrement au niveau des communautés".

II- Statut de l'association et de l'ONG au Burkina Faso

A/ L'association

- Loi n° 18/59/AL du 31 août 1959

Article 1^{er} : "L'Association est la convention par laquelle plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou activités dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle se régit, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicable aux contrats et obligations"

- Zatu n°AN VII-024/FP/PRES/ du 12 février 1991

Article 1^{er} : "Est considérée comme Association au sens de la présente Zatu tout groupe à vocation permanente de personnes physiques ou morales ayant pour objet la réalisation d'objectifs communs notamment dans les domaines culturel, sportif, social, spirituel, religieux, économique ou professionnel excluant tout partage de profit ou de gain entre ses membres et ce, dans le respect des textes et règlements en vigueur"

- Loi n°10/92/ADP du 15 décembre 1992

Article 1^{er} : "Est Association, au sens de la présente loi, tout groupe de personnes physiques ou morales, nationales ou étrangères, à vocation permanente, à but non lucratif et ayant pour objet la réalisation d'objectifs communs, notamment dans les domaines culturel, sportif, social, spirituel, religieux, scientifique, professionnel ou socio-économique"

Si le contenu des ces lois successives est sensiblement le même, les modalités de délivrance des récépissés ont évolué. En effet, sous la Loi 18/59/AL et la Zatu 024, l'Administration Territoriale procédait à des enquêtes préalables de terrain, pratique abandonnée par la Loi en vigueur depuis 1992.

B/ L'ONG, un "statut aléatoire dans son acquisition et différencié dans sa jouissance"

La législation en vigueur au Burkina Faso (loi n°10/92/ADP du 15 décembre 1992 portant liberté d'association) n'a pas de rubrique particulière pour les ONG. En effet, le mouvement associatif est défini par quatre catégories d'associations, à savoir les associations nationales dites simples ou ordinaires (titre I), les associations reconnues d'utilité publiques ou ARUP (titre II), les associations étrangères (titre III) et les syndicats (titre IV). D'un point de vue juridique, l'ONG ne renvoie à aucune de ces catégories d'associations. S'il n'existe aucune réglementation définissant les ONG, une association peut demander d'en acquérir le statut afin de bénéficier de certains avantages tels que l'exonération des charges fiscales.

Pour l'association burkinabè, la demande s'effectue auprès du directeur du Bureau de Suivi des ONG. L'association doit répondre à certains critères, notamment avoir une existence d'au moins deux années, pour pouvoir signer la convention d'agrément qui lui attribuera le statut d'ONG. Comme

le souligne Luc Marius Ibriga dans "ONG et développement", "il se dégage ainsi de la pratique qu'au Burkina Faso, on ne naît pas ONG, on le devient".

Pour les associations étrangères, la demande s'effectue auprès du Ministre de l'Economie, des Finances et du Plan. Aucune restriction n'est imposée quant à l'ancienneté de l'association pour la signature de la convention d'établissement. Comment interpréter cette forme de discrimination en défaveur de l'association burkinabè qui ne peut acquérir le statut d'ONG qu'au bout de deux années d'existence ? Tout en émettant beaucoup de réserve quant à cet argument, Luc Marius Ibriga dit que "la discrimination à ce niveau semble être fondée sur une présomption simple en faveur de l'association étrangère qui est censée avoir fait ses preuves avant de se présenter au Burkina Faso".

III- Répertoire actualisé des associations et ONG intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social

A partir de l'hypothèse selon laquelle les associations peuvent représenter une offre de soins parallèle à l'offre de soins publique (CSPS, hôpitaux...) et à l'offre de soins privée (cliniques, cabinets à but lucratif), la constitution d'un répertoire des associations intervenant dans la santé pouvait être utile.

Après avoir recensé le maximum d'associations et d'ONG intervenant à Ouagadougou dans le domaine de la santé et du social, nous les avons contactées afin de confirmer leur existence et de recueillir quelques informations de base telles que leur site d'implantation, les domaines et les lieux d'intervention, la nationalité et la date de création ou d'implantation de l'association au Burkina Faso.

A/ Méthode

Nous avons fait l'inventaire des associations présentes à Ouagadougou à partir de deux sources, à savoir les listes déjà existantes d'une part (en les croisant et les mettant à jour), et les personnes clés dans le milieu associatif d'autre part. Les structures consultées ont été les suivantes :

- le BSONG (bureau de suivi des ONG) – répertoire des ONG du gouvernement burkinabè – 2000

A partir du répertoire du BSONG datant de 2000, nous avons pu relever les structures qui intervenaient à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social. Environ 1/3 des associations recensées n'étaient pas joignables ou n'existaient plus.

- le SPONG (secrétariat permanent des ONG) – répertoire des membres du SPONG – 2000

Le répertoire du SPNG était sensiblement le même que celui du BSONG.

- l'Ambassade de France – service de coopération et d'action culturelle

J'ai rencontré le chargé du suivi de la coopération décentralisée et non gouvernementale. La coopération française soutenant globalement les associations les plus importantes, leur liste ne comprenait que des structures que j'avais déjà répertoriées.

- le Ministère de l'Administration territoriale (délivrants les récépissés aux associations nationales) – actuellement aucun document recensant les associations

Lorsque je me suis rendue au Ministère de l'Administration Territoriale, le responsable du bureau des associations m'a dit qu'il ne possédait pas de liste informatisée et/ou actualisée des structures auxquelles l'administration avait délivré les récépissés. Ils projettent cependant de le faire.

- le Haut Commissariat de Ouagadougou (délivrants les récépissés aux associations de la province du Kadiogo) – liste des associations auxquelles on a délivré un récépissé par année

Auprès de cette administration, j'ai pu obtenir la liste des associations auxquelles un récépissé avait été délivré entre 2000 et 2003. Cependant, cette liste ne comprenait pas les coordonnées des associations.

- la Délégation de la Commission Européenne – associations qui ont fait une demande de financement auprès de l'Union Européenne

- les réseaux d'associations

Les réseaux d'associations sont essentiellement des réseaux de structures oeuvrant dans la lutte contre le SIDA.

Cette source d'informations est certainement la plus sûre et la plus efficace. Elle intervient au moment où nous avons recensé le maximum de structures, pour confirmer ou non l'existence de la plupart des associations.

B/ Difficultés et limites

Initialement, le travail qui visait à dresser l'inventaire des associations se limitait au secteur de la santé. Mais rapidement, nous nous sommes rendus compte que la distinction entre les secteurs sanitaire et social était difficile à établir et n'avait parfois aucun sens. Nous avons donc décidé d'élargir le travail au domaine social, voire socio-économique. Nous avons tenté de classer les différentes activités menées par les associations, tout en sachant que les limites entre ces différents secteurs n'étaient pas strictes.

Classement des activités des associations et ONG dans les domaines sanitaire, social et économique

	SANTE	SOCIAL	ECONOMIQUE
Court terme (« urgences »)	<ul style="list-style-type: none"> • vaccination réactive • prise en charge médicale et/ou psychologique des malades (soins, dépistage IST...) 	<ul style="list-style-type: none"> • prise en charge sociale de groupes « vulnérables » (accueil des enfants des rues...) 	<ul style="list-style-type: none"> • appui financier ponctuel direct ou indirect (aux associations ou aux populations)
Long terme (« développement »)	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention : éducation à la santé, information, sensibilisation (VIH/SIDA, nutrition, planning familial, tabagisme...) 	<ul style="list-style-type: none"> • scolarisation • alphabétisation • activités de réinsertion sociale par la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • micro-crédit • activités génératrices de revenus

Ensuite, après avoir recadrer le travail et mis de côté les associations qui ne correspondaient pas aux critères cités précédemment, j'ai été confrontée à l'abondance des associations et à l'hétérogénéité du milieu associatif. Il a été difficile de les contacter : seules 93 structures étaient joignables sur les 237 recensées. Beaucoup d'associations sont répertoriées mais n'existent plus ; derrière le statut d'associations, nous avons pu constater qu'il n'y avait parfois pas de membres, que les cotisations n'étaient pas à jour et que l'association ne menait aucune activité. Il nous a également été rapporté l'existence d'associations non répertoriées, de type « informel ».

Par conséquent, le répertoire effectué comporte certaines limites. Tout d'abord, nous pouvons dire qu'il est incomplet ; ensuite, nous pouvons nous interroger sur la véracité des informations recueillies. En effet, il est difficile de se baser sur un appel téléphonique, sachant que pour certaines structures, je pouvais être perçue comme un partenaire financier potentiel. Je pense que plusieurs des associations qui m'ont affirmé avoir des activités dans les secteurs sanitaire et social ne menaient plus d'action pour des raisons diverses (souvent à cause d'une suspension de financement). Mais à l'inverse, certaines associations que je n'ai pas réussies à joindre sont en réalité actives. L'association Vie positive, que je n'ai pas réussie à contacter pendant la constitution du répertoire, s'est avérée très active pendant mon étude sur les associations de lutte contre le SIDA. Ce n'est sûrement pas un cas isolé.

C/ Intérêts

D'un point de vue personnel, effectuer l'inventaire des associations intervenant à Ouagadougou me permettait d'approcher le milieu associatif burkinabè et de dresser un tableau assez général de ce milieu à la fois complexe, vaste et hétérogène.

Le recensement des associations a rapidement révélé l'importance des associations de lutte contre le SIDA. Plus de 70 associations des 237 recensées ont été créées dans le cadre de la lutte contre le SIDA ou ont développé un volet SIDA/IST. Le répertoire a également mis en avant le faible nombre d'associations s'occupant des personnes âgées et des pathologies émergentes en Afrique (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle...).

Ce travail a également permis de confirmer l'importance de l'initiative privée qui s'est renforcée au fur et à mesure que l'Etat se désengageait. Nous avons aussi pu remarquer l'importance des ONG étrangères et internationales sur le territoire burkinabè. Si ce travail d'inventaire a confirmé l'abondance des associations au Burkina Faso, il s'est aussi accompagné d'une désillusion sur le milieu associatif.

Chapitre 2 – La décennie 90 : l'émergence des associations de lutte contre le SIDA

L'émergence des associations de lutte contre le SIDA au Burkina Faso résulte de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, le renforcement du désengagement de l'Etat et la baisse du budget consacré à la santé ont entraîné de profonds changements dans le secteur sanitaire, avec l'apparition de nouveaux acteurs, de structures privées à but lucratif et de structures privées à but non lucratif.

Ensuite, d'une manière générale, comme nous l'avons évoqué précédemment, on assiste depuis une quinzaine d'années à la multiplication des acteurs associatifs et à un renforcement de leur rôle sur la scène nationale et internationale.

De plus, dans le contexte du SIDA, on est face à une situation complètement nouvelle pour laquelle le corps médical est dépourvu de solutions curatives. Lorsque les pays du Nord commencent à bénéficier des traitements contre le SIDA, les pays du Sud sont loin de partager cet espoir. Face à cette situation d'impuissance se sont donc développées de nombreuses initiatives privées et associatives.

Enfin, beaucoup de pratiques hospitalières sont désapprouvées par les fondateurs des associations. Ces pratiques se caractérisent par des tests effectués à l'insu des patients, des résultats pas annoncés sous prétexte qu'il n'y a pas de prise en charge possible, et une discrimination de la part du personnel soignant envers les personnes infectées par le VIH/SIDA.

Dans ce contexte général d'émergence des associations de lutte contre le SIDA, on constate que la création des associations est souvent initiée par des acteurs du secteur socio-sanitaire.

Association de prise en charge créée en 1995 par une assistante sociale à Bobo-Dioulasso, ALAVI est née de l'impossibilité de répondre aux besoins des femmes enceintes séropositives. A ce moment, un projet de recherche thérapeutique sur la diminution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'administration d'AZT (projet DITRAME) était en cours à Bobo-Dioulasso. Mais les femmes qui avaient été dépistées positives et qui ne rentraient pas dans les critères de l'étude ne pouvaient accéder à aucune prise en charge. Une assistante sociale qui travaillait dans le projet DITRAME s'est retrouvée face à une dizaine de femmes qui ne bénéficiaient d'aucune prise en charge médicale et psychologique. C'est dans ce contexte que l'association a été créée avec l'aide de deux médecins et d'autres personnels de santé qui avaient de l'expérience dans le domaine de la santé de la reproduction. Citons également l'AFAFSI, qui a été créée à l'initiative d'agents de santé travaillant au laboratoire de sérologie du CHN de Ouagadougou ; l'AMMIE, créée par une infirmière du CHR de Ouahigouya et constituée à 80% d'agents de santé ; REVS+ à Bobo-Dioulasso, née de l'initiative des professionnels du Centre Régional de Lutte contre la Tuberculose (CRLT) de la Direction Régionale de la Santé de Bobo-Dioulasso. Mise en place par l'APRODEC, cette association était constituée d'un noyau de trois PVVIH appuyé par des médecins. C'est avec l'accord du médecin-chef du service de médecine interne du CHNSS que REVS + a été introduite à l'hôpital. Il existe également des associations issues de corporation professionnelle. C'est le cas de l'Association Burkinabè des Infirmières (ABI) qui a développé un volet prévention et prise en charge des PVVIH.

Dans certains cas, la naissance d'une association est étroitement liée à l'existence d'un réseau ou d'une organisation internationale. Dans le cas de l'Association des Femmes Africaines Face au SIDA (AFAFSI), l'association burkinabè est la branche nationale de la Society for Women and Aids in Africa (organisation non gouvernementale panafricaine créée en 1988). Dans le cas de l'Association African Solidarité (AAS), ce sont des jeunes du club UNESCO de Ouagadougou qui ont créé l'association de lutte contre le SIDA.

Plus récemment, on assiste à l'émergence d'associations telles que Vie positive, née de l'opposition à certaines pratiques associatives et d'une réflexion sur le rôle des associations.

2^{ème} partie : De la prévention à la prise en charge : de nouvelles formes d'actions et de nouveaux acteurs

Chapitre 1 – Les activités de prévention

Les activités de prévention, assurées par toutes les structures, ont été les premières activités développées par les associations. Elles consistent en la sensibilisation, l'information et l'éducation à la santé à travers les activités d'Informations, d'Education et de Communication (IEC) telles que les débats, la radio, la vidéo, le théâtre, les affiches.

Si le Rapport sur le Développement Humain de 2001 note une forte emprise des normes morales sur le discours préventif, les campagnes de prévention et les mentalités ont considérablement évolué depuis 20 ans.

Depuis quelques années, la prévention telle qu'elle a été conçue depuis le début de la pandémie est remise en question. On s'interroge effectivement sur l'efficacité des campagnes de prévention dans un pays où la séroprévalence ne cesse d'augmenter. Alice Desclaux évoque les nombreux travaux de recherche en CAPC – Connaissance, Attitude, Pratique et Croyance – qui ont été réalisés par les universités, les instituts de recherche ou les ONG depuis 1986, date des premiers diagnostics au Burkina Faso. Ces travaux contribuent-ils à la lutte contre la pandémie de SIDA ? L'augmentation de la séroprévalence depuis 15 ans signifie-t-elle un échec des campagnes de prévention ?

Les enquêtes menées sur l'impact des CAPC sur la connaissance par les populations du risque lié au VIH montrent une évolution non négligeable. Mais la stratégie de prévention basée sur l'information et l'accès aux préservatifs n'est peut-être pas suffisante. « Après 10 ans d'IEC, on ne peut plus concevoir la prévention en matière de SIDA comme le seul transfert de connaissances des spécialistes qui « sauraient » à une population qui « ignorerait » comment se protéger » (Alice Desclaux). Si les informations sur les aspects biologiques restent importantes, notamment pour les modes de transmission qui sont souvent l'objet de représentations populaires, l'acquisition de connaissances sur les contextes et les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la prévention (souvent propres à chaque groupe social) reste à renforcer.

De plus, les différents organismes qui interviennent dans la lutte contre le SIDA n'ont pas les mêmes logiques et pratiques. En effet, la prévention mise en place par le CNLS a parfois été « concurrencée » par d'autres logiques que celles de la santé publique (par exemple le discours moral de certaines autorités religieuses opposées aux préservatifs) ou réinterprétée par les professionnels de santé ou les associations. Par ailleurs, A. Desgrees Du Lou remarque l'absence de question portant sur la famille dans les enquêtes de CAPC : le "SIDA est toujours envisagé en terme de comportement sexuel à risque (relation avec prostituées etc...), jamais en terme de maladie susceptible de toucher toutes les couches de la population et d'exister au sein des couples et des familles". La prévention du SIDA doit s'inscrire dans un cadre plus large qu'est la santé de la reproduction.

Si Alice Desclaux constatait en 1997 que certaines stratégies de prévention étaient négligées, telles que le développement du dépistage volontaire associé au conseil et la participation des PVVIH

aux actions de prévention, on peut observer depuis environ 3 ans l'augmentation des structures associatives qui incluent le dépistage dans leurs activités (avec notamment la création du PAMAC) et des associations qui sont majoritairement constituées de PVVIH. Aujourd'hui, un certain nombre d'associations préconise le développement de la prévention de proximité et de la prévention participative. Le lutte contre le SIDA demande en effet un lien et une cohésion sociale forts.

Chapitre 2 – Une prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH assurée par les associations : état des lieux

La prise en charge globale des personnes infectées ou affectées par le VIH, développée depuis 1997, est essentiellement assurée par les associations spécialisées dans la lutte contre le SIDA. Elle comprend le Conseil et Dépistage Volontaire Anonyme (CDVA), une prise en charge psychosociale et une prise en charge médicale des patients.

I- Le conseil et dépistage volontaire anonyme

Le test de dépistage du VIH est un élément essentiel dans les programmes de prévention et de prise en charge. La démarche de connaître son statut sérologique est l'étape indispensable pour une prévention (ne pas infecter l'autre) et une prise en charge adaptées. Depuis quelques années, les acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA associent le conseil au dépistage. Cette pratique nouvelle est en effet indispensable avant (préparation) et après le dépistage (protection, orientation et information en cas de séropositivité). Cette approche est particulière puisqu'elle se situe à "plusieurs interfaces : interface entre prévention et prise en charge, entre secteurs sanitaire et social, entre l'individu et le collectif, entre services publics et associations, impliquant simultanément l'écoute et l'intervention". (Desclaux, 1997)

En décembre 1995, à Bobo-Dioulasso, des professionnels de la santé se sont réunis pour définir les actions prioritaires de la lutte contre le SIDA. Le centre de dépistage est alors apparu comme une priorité. Soutenu par la Coopération française puis par l'ambassade du Danemark pour le fonctionnement du centre, l'APRODEC a commencé ses activités avec 9 infirmières formées au conseil à Abidjan.

Sur le plan quantitatif, le CDVA est aujourd'hui très développé à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou. Cependant, sur le plan qualitatif, il reste très variable.

II- Prise en charge médicale

Beaucoup d'associations affichent faire de la prise en charge médicale. On peut se demander ce que les structures entendent par « prise en charge médicale » des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). On a d'une part la prise en charge des infections opportunistes et d'autre part la prise en charge du SIDA par les anti-rétroviraux (ARV). Si peu d'associations ont leurs ARV, certaines d'entre elles travaillent en partenariat avec des structures sanitaires référent. Dans le cas des ARV, la poursuite du traitement sans interruption est primordiale, d'où l'importance de la pérennité des financements, d'un réseau opérationnel de distribution des médicaments, et des acteurs.

Le point central de la prise en charge médicale du SIDA est la prescription d'un traitement et la définition d'un protocole de suivi du patient. En amont et en aval de la prescription du traitement, il y a le continuum de soins (sensibilisation et acceptation de la maladie, puis observance, soutien...) pour lequel les associations ont un rôle très important à jouer.

Nous pouvons évaluer quantitativement la participation des associations à la prise en charge médicale par les Antirétroviraux à partir du nombre de patients qui ont accès aux ARV par l'intermédiaire des associations. A ALAVI, 60 personnes sont sous traitement pris en charge à 100% (10 traitements sont financés par l'opérateur économique local, 10 par Aids Seti, 24 par le Réseau Afrique 2000, 16 par Solidarité Traitement). A Vie positive, 38 personnes membres de l'association bénéficient d'une prise en charge à 100 %, 48 personnes ont les ARV par l'intermédiaire de l'association mais les prennent en charge financièrement. A AAS, 110 personnes bénéficient des ARV pour 2 500 FCFA par mois. A la Croix-Rouge, 300 personnes bénéficient des ARV à des prix dégressifs. Nous pouvons estimer à environ 500 le nombre de personnes bénéficiant de traitements contre le SIDA par l'intermédiaire des associations. En revanche, nous ne disposons pas d'informations sur le nombre total de personnes sous traitements ARV au Burkina Faso³, mais la part des patients pris en charge par les associations semble considérable.

III- Prise en charge psychosociale

La prise en charge sociale se caractérise essentiellement par une aide financière et alimentaire. Ce sont en effet les volets les plus fréquemment développés par les associations. D'après une étude menée par le CNLS (2002), 87 % des populations bénéficiaires des actions menées par les associations sont sans revenus. Quant à la prise en charge psychologique, elle se traduit par des visites à domicile et à l'hôpital et par la formation de groupes de parole, de groupes d'auto-support. Au Burkina Faso, il existe encore peu d'aide juridique, de micro-crédit et de mutuelles de santé pour les PVVIH.

³ il est difficile d'estimer le nombre de Burkinabè qui bénéficient de traitements à l'étranger

Chapitre 3 – Le développement des activités génératrices de revenus au sein des associations de lutte contre le SIDA : pratiques de gestion, impact et perspectives

Le développement des activités génératrices de revenus (AGR) n'est pas propre aux associations de lutte contre le SIDA. En effet, ce concept est de plus en plus utilisé dans le monde du développement en général. Mais si la micro-finance est de plus en plus intégrée aux programmes de développement, dans le contexte du VIH/SIDA, elle prend une autre forme.

Le développement des AGR dans les associations de lutte contre le SIDA résulte de plusieurs facteurs :

- un développement croissant de ces activités dans le domaine du développement en général
- liée au facteur précédent, l'importance des financements accordés dans ce domaine
- un réel besoin des personnes infectées et affectées par le VIH (besoin d'indépendance financière, de réinsertion sociale, de moments de confidences)
- un besoin des associations d'assurer la pérennité de leurs activités en fonctionnant sur des fonds propres

Au sein des associations, les AGR sont généralement menées par et pour les personnes infectées ou affectées par le VIH (veuves, orphelins). Quand elles sont menées individuellement, ce sont des personnes qui ont déposé un projet d'AGR, qui est étudié au sein de l'association. Une fois acceptée, l'AGR peut être mise en place grâce à un crédit accordé par l'association. Les activités menées individuellement sont des activités de petit commerce (bois de chauffe, volaille, vente de chaussures, de poissons...). Quand elles sont menées collectivement, les AGR sont souvent des activités d'artisanat.

I- Présentation de trois associations ayant développé des activités génératrices de revenus

Pour étudier la mise en place des activités génératrices de revenus au sein des associations de lutte contre le SIDA, nous avons choisi de travailler sur trois associations au modèle de gestion des AGR différent. La sélection s'est effectuée naturellement étant donné que parmi les associations les plus "importantes", trois présentaient un modèle de gestion des activités et des bénéficiaires différents.

AAS – profil de l'association

L'Association African Solidarité (AAS) est une association de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA créée en 1991 par des jeunes qui faisaient partie du Club UNESCO de Ouagadougou. En 1998, AAS ouvre son centre de prise en charge, Oasis, qui propose des services médicaux tels que le conseil et dépistage volontaire anonyme, des consultations avec infirmiers et médecins, l'accès aux ARV pour 2 500 FCFA par mois pour 110 personnes. La prise en

charge financière des soins par l'association est de 100% pour les enfants, 75% pour les femmes et 50% pour les hommes.

Outre ses activités de prise en charge, l'association a des activités de prévention, propose des repas communautaires, des dotations de vivres, des groupes d'auto-support et d'observance et des activités génératrices de revenus.

ALAVI – profil de l'association

ALAVI est une association de prise en charge créée en 1995 à Bobo-Dioulasso par une assistante sociale qui a fait appel à d'autres intervenants du secteur sanitaire pour répondre aux besoins des femmes enceintes séropositives. A la suite de la mutation de plusieurs membres de l'association, ALAVI s'est installée à Ouagadougou.

ALAVI mène des activités de prise en charge médicale (soins à domicile, traitement, observance), de prise en charge psycho-sociale (scolarisation des enfants, prise en charge des orphelins, activités récréatives), de CDVA et de sensibilisation.

L'association compte 30 membres dont 10 actifs (membres qui participent activement aux activités) et 20 non actifs (membres qui ne participent pas activement aux activités pour des raisons très diverses : état de santé, discrétion, surcharge de travail). Environ 1/3 des membres de l'association sont des PVVIH, 1/3 sont des professionnels du secteur socio-sanitaire, 50% sont des femmes (présidente, vice-présidente et trésorière adjointe).

Les financements de l'association proviennent de bailleurs tels que Ensemble Contre le SIDA, l'UNICEF, Equilibre et population...

Ayant une zone de couverture vaste et mal définie, ALAVI ne s'appuie pas sur une base communautaire (un quartier, un secteur).

VIE POSITIVE – profil de l'association

Vie positive est une association de prise en charge de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) créée en août 2000 par des acteurs de ALAVI en désaccord avec certaines logiques ou pratiques de l'association.

Ayant pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, l'association mène des activités de sensibilisation et d'information sur le VIH, de promotion du test de dépistage volontaire et anonyme, de prise en charge médicale et psychosociale, de plaidoyer. Elle organise également des groupes d'auto-support et des AGR (dont l'argent peut servir pour les soins).

Installée dans le département de Boulmiougou, Vie positive fait partie des associations qui travaillent en collaboration avec Médecins Sans Frontières sur le projet d'appui au CMA de Pissy.

Au début, les fonds provenaient des dons, des ventes de matériaux. La coopération française avait appuyé Vie positive pour son installation. Depuis 2002, elle est appuyée par le PNUD, l'IPC, la DED, le CNLS...

II- Pratiques de gestion des AGR au sein des associations

Nous pouvons constater que les associations qui ont développé des activités génératrices de revenus au sein de leur structure sont des associations de prise en charge. Le développement des AGR, qui est un phénomène assez récent, fait partie des stratégies adoptées par les associations pour impliquer les PVVIH, pour développer des fonds propres et pérenniser ainsi leurs activités de prise en charge. Quand elles sont menées par les associations elles-mêmes ou pour elles, les AGR permettent d'augmenter les fonds propres de l'association et de diminuer la dépendance vis-à-vis des fonds extérieurs.

On peut constater l'existence de plusieurs types de gestion des AGR. D'une part, on a les associations dont les bénéfices des activités sont destinés directement aux personnes. C'est le cas de l'association ALAVI. D'autre part, on a les associations telles que AAS dont les bénéfices sont reversés à l'association, que ce soit pour le fonctionnement de la structure ou pour une redistribution ultérieure. Enfin, on a les associations "mixtes" comme Vie positive dont une partie des bénéfices va directement sur un compte bloqué, lequel est utilisé à la fin de l'année avec l'accord entre le bailleur (coopération allemande), l'association et les femmes (acheter à nouveau du matériel, acheter des vivres...) et une partie leur est directement destinée individuellement.

Les pratiques de gestion des AGR sont intéressantes dans le sens où elles traduisent les logiques des associations, logiques qui diffèrent d'une structure à une autre. A l'association Vie positive, l'"autonomie" des femmes qui mènent les activités révèle une certaine liberté vis-à-vis de l'initiative partie "du bas", du groupe de parole.

De qui l'initiative est-elle partie ? Est-elle partie du bas, du groupe de parole ou bien est-elle partie du haut : a-t-elle été impulsée par un bailleur qui souhaitait développer ces activités ?

Le degré de participation des bénéficiaires est très variable d'une association à une autre. On peut observer la participation des bénéficiaires :

- dans la création des AGR (à l'origine de l'initiative)
- dans la conception (réflexion autour du type d'AGR)
- dans la mise en place et la réalisation
- dans la décision (destination et gestion des bénéfices)

Vie positive :

A Vie positive, l'initiative de créer des AGR est partie en 2001 du groupe de parole. L'initiatrice est une institutrice qui menait, parallèlement à son métier d'enseignante, des activités de couture. Elle a eu l'idée de développer cette activité au niveau du groupe de parole. Avec l'aide de l'association, qui a prêté 100 000 FCFA au groupe pour l'achat de matériels (laine, fil) et de Plan International qui a loué un stand, le groupe de parole a pu présenter à la CISMA ce qu'il avait confectionné après un mois d'apprentissage (confection de sac, couture, tissage). Au début le groupe comportait une quinzaine de femmes. L'exposition à la CISMA a été une réussite, les femmes ont fait 200 000 FCFA de recettes.

A partir de là, un micro-projet a été présenté à la DED, laquelle a apporté un financement de 1 350 000 FCFA au groupe (livraison de deux machines à coudre pour un montant de 700 000 F et 650 000 F pour l'achat des fils, tissus). Ce projet a commencé en juin 2002 et s'achèvera en décembre 2003. Sur cette période de 18 mois, 360 000 FCFA d'auto-remboursement seront mis sur un compte bloqué à la caisse populaire, somme qui sera utilisée par le groupe en accord avec le bailleur.

Deux fois par semaine, les femmes produisent pour l'association, de façon collective. Une partie des bénéfices est bloquée, l'autre utilisée pour le fonctionnement du groupe, l'achat de médicaments, de vivres, pour les repas communautaires. Le reste de la semaine, les femmes confectionnent individuellement et les bénéfices leurs reviennent directement.

Les bénéficiaires sont des femmes vivant avec le VIH, âgées de 18 à 42 ans. Certaines sont veuves, d'autres célibataires ou filles-mères.

Les objectifs fixés étaient avant tout sociaux.

- Tout d'abord que les femmes apprennent un métier. Réinsertion sociale.
- Ensuite qu'elles puissent acquérir une indépendance financière en agrandissant leur capital. (objectif plus difficile à atteindre)

Au sein de cette association, les activités génératrices de revenus se sont donc lancées à partir de subventions de la DED, et non à partir de micro-crédit.

AAS :

Au sein de l'association, on a relevé deux types d'activités génératrices de revenus.

Le premier concerne les activités développées pour l'association. C'est le cas des cybercafés, des télécentres et des "kiosques café-santé". Initié en 1996 en collaboration avec la Coopération française, le projet "kiosques café-santé" avait deux objectifs principaux. Tout d'abord, ce lieu de discussion autour d'une boisson non alcoolisée était une stratégie de prévention et d'orientation des jeunes vers les centres de dépistage et de prise en charge. Ensuite, le développement d'une telle activité génératrice de revenus au sein de l'association devait aider à promouvoir et financer d'autres activités d'animation et d'information. Pour ce projet, des animatrices ont reçu une formation sur 10 jours au siège de l'association avec comme thèmes de formation la santé de la reproduction, les méthodes contraceptives, les IST et le VIH/SIDA et ce, grâce à une méthodologie participative (jeux de rôle, travaux de groupes, exposés illustrés).

Le second type d'activité est l'activité développée pour le bénéficiaire, à partir de petits crédits aujourd'hui gérés par le Fond d'Appui à l'Initiative Communautaire (FAIC). Les activités les plus fréquentes sont le petit commerce et la couture.

Le risque lorsque l'association récupère tous les bénéfices, c'est que l'argent ne redescend pas jusqu'en bas. Même si l'association est gérée « démocratiquement », les populations ne bénéficient pas toujours de l'argent généré par l'activité, par exemple dans le cas où les bénéfices servent à acheter du matériel pour l'association.

ALAVI :

En 2000, soutenu par Ensemble Contre le SIDA, ALAVI lance un projet AGR composé de 10 activités de petit commerce (achat et vente d'eau, de condiments, de bois de chauffe...) menées individuellement par 10 personnes. La sélection des bénéficiaires s'est effectuée sur présentation des projets auprès d'un comité de sélection (critères : viabilité, situation sociale). Les moyens mis en œuvre pour le développement des AGR sont des micro-crédits de 50 000 FCFA par personne (subventions de ECS). Depuis 2003, ALAVI bénéficie de l'appui du FAIC pour les projets de groupe.

Les bénéficiaires gardent l'argent, remboursent le micro-crédit sans intérêt en 10 mensualités, sans garanties. Le taux de remboursement est d'environ 75 %. Les remboursements vont dans la caisse de l'association pour alimenter la pharmacie. Les fonds sont des subventions, l'association ne s'est donc pas engagée à rembourser.

Les AGR sont menées à petite échelle et ne sont pas gérées de façon professionnelle. Si les remboursements ne servent pas à réinvestir, comment pérenniser les activités ? L'association va-t-elle bénéficier de subventions régulières ? De plus, les faibles bénéfices ne permettent pas aux bénéficiaires de pérenniser leurs activités.

Actuellement, l'association ne gère pas directement les micro-crédits : les fonds sont issus de la Caisse Populaire et gérés par l'organisme. L'association ne fait que sélectionner et orienter les activités.

AAS et ALAVI sont les deux associations qui reçoivent un appui financier du Fonds d'Appui à l'Initiative Communautaire (FAIC), projet pilote sous-régional financé par AIDES fédération, Handicap International, Solidarité SIDA, l'Union Européenne, l'OMS et le PNUD. A Ouagadougou, le projet a été lancé en juin 2002 mais les activités n'ont démarré qu'en décembre de la même année. Au niveau de l'association, l'objectif est d'appuyer AAS et ALAVI qui font de la prise en charge globale des PVVIH.

Des micro-crédits sont accordés aux bénéficiaires sur avis médical et « enquête sociale ». Un premier tri des projets individuels, de groupes ou de couples, s'effectue au sein de l'association puis une seconde sélection a lieu au comité de gestion restreint du FAIC. Au Burkina Faso, cet organisme a actuellement démarré un projet de financement et de formation en gestion globale des projets pour 63 bénéficiaires, l'objectif étant que les AGR menées au sein de ces associations, principalement le petit commerce, et l'élevage soient durables. Si les micro-crédits sont gérés par la Caisse Populaire, les risques sont partagés, initialement entre le FAIC (85%) et la banque (15%) puis entre le FAIC (80%), la Caisse (10%) et les bénéficiaires. Les bénéfices servent en partie à rembourser le prêt qui a été accordé en 12 mensualités avec 10% d'intérêt, et en partie à constituer une épargne santé.

Au niveau individuel, le FAIC entend atteindre les objectifs suivants :

- que le bénéficiaire puisse acquérir une épargne santé (minimum 1 000 FCFA par mois d'épargne santé)
- que l'activité lui apporte un plus sur le plan social et psychologique.

III- Impacts social et financier des AGR

Etant donné l'échelle à laquelle les AGR sont développées dans les associations de lutte contre le SIDA, on peut supposer qu'elles ont d'avantage d'impact sur le plan social et psychologique que sur le plan financier.

Afin d'évaluer l'impact financier, social et psychologique des AGR, nous nous sommes posé les questions suivantes⁴ :

- qu'est-ce que les AGR ont permis de faire financièrement ? individuellement : Achat de médicaments ? Indépendance par rapport à la famille ? / au niveau de l'association : générer des fonds propres permettant une indépendance vis-à-vis des bailleurs
- les AGR ont-elles structuré le groupe ? ou au contraire l'argent entraîne-t-il des conflits ?
- les AGR permettent-elles une réinsertion sociale ? Quel est l'impact psycho-social ?

On peut s'interroger sur le lien qui existe entre le développement d'AGR et l'accès aux soins ? Les AGR permettent-elles individuellement ou collectivement l'accès aux soins et aux médicaments (ARV par exemple) ? Il semble qu'il n'y ait pas de lien entre les AGR qui ne sont pas pérennes et les ARV, que l'association s'engage à fournir durant toute la vie du bénéficiaire. A Vie positive, 7 femmes sont sous ARV mais sans que leur traitement soit lié aux AGR : 4 sont prises en charge par Aid seti et 3 par le CTA.

L'impact financier des AGR est variable selon les charges des femmes et leur état de santé. Toutes ne peuvent pas subvenir à leurs besoins. Elles ont souvent recours à l'association ou à la famille.

L'impact social et psychologique est considérable. Les activités sont les moments de confidences. Certaines n'ont pas besoin de ces revenus, elles viennent pour discuter.

IV- Limites et difficultés

Les associations de lutte contre le SIDA ont tendance à vouloir faire tous les volets. Dans le cas des AGR, on ne peut généralement pas parler de professionnalisme. Les associations se veulent multifonctionnelles. En revanche, il existe des institutions de micro-finance spécialisées dans ce secteur. Pourquoi n'y a-t-il si peu de collaboration entre les associations de lutte contre le SIDA et les institutions de micro-finance ? Du côté des organismes de micro-crédit, comment pourraient-ils envisager le micro-crédit à une population cible que sont les PVVIH ? L'état de santé intervient-il dans les modalités de remboursement ?

La question des taux de remboursement soulève la question de la viabilité des AGR. Les AGR représentent certainement des moments de sociabilité pour les PVVIH, elles constituent peut-être des petits revenus, mais quel est l'impact réel ?

⁴ Il a cependant été difficile de pouvoir y répondre étant donné que j'ai reçu l'autorisation du SP/CNLS d'étudier ces trois associations la dernière semaine de mon séjour.

Les AGR ont connu beaucoup d'échecs dans les associations de lutte contre le SIDA car il n'y a souvent pas d'études préalables de faites (sur la viabilité de l'activité). Le développement des AGR demande des compétences en gestion comptable que la plupart des associations n'ont pas. Il demande aussi des logiques d'entreprises : savoir quelles activités développer, parce que le but des activités devient lucratif. Ce ne sont plus des logiques associatives.

Les AGR doivent-elles être visibles ? Une trop grande visibilité ne va-t-elle pas entraîner la stigmatisation des personnes qui travaillent dans le kiosque, le cybercafé...?

Excepté à AAS, les AGR sont développées à petite échelle pour les raisons suivantes :

- Les AGR ne sont pas des activités faciles à développer, leur gestion est très technique. Les associations de lutte contre le SIDA n'ont pas les compétences pour les développer (étudier la viabilité des projets, gestion des fonds...) (à AAS, présence d'un comptable expérimenté)
- Certains bénéficiaires ont des contraintes de santé qui ne permettent pas de mener les activités de façon continue (à AAS, une partie des personnes qui exercent les AGR ne sont pas des PVVIH)

Difficultés et limites (soulevées par Vie positive) :

- santé précaire des femmes qui fragilise la pérennité des activités
- bénéfices fréquemment dépensés et pas réinvestis (de fait, dépenses de santé liées à la maladie ajoutées à la situation de pauvreté)
- aspects théoriques établis lors de la conception du projet loin de la réalité
- appropriation et niveau de participation active à la création, à la conception et à la mise en place des AGR assez faibles et variables.

Même lorsque l'initiative vient du groupe de parole, l'appropriation du projet par les femmes n'est pas assurée et homogène.

Chapitre 4 – Le plaidoyer : une activité peu répandue

Le plaidoyer, assez peu développé au Burkina Faso, se présente sous trois formes.

Tout d'abord, le plaidoyer que l'on peut observer le plus fréquemment est celui qui vise l'accès à des financements, aux médicaments essentiels génériques et aux ARV. Ce travail de lobbying, effectué principalement vis-à-vis des gouvernements et des bailleurs de fonds, est essentiellement assuré par les acteurs du Nord. Certains comme Ensemble Contre le SIDA ou Act up, qui n'ont pas de bureaux au Burkina Faso, sont très actifs au Nord. Parallèlement à l'appui au CMA de Pissy, MSF Luxembourg fait également un travail de plaidoyer pour l'accès aux ARV aux pays du Sud.

Ensuite, on peut observer une autre forme de plaidoyer, celle que l'association REVS+ a su développer au sein du centre hospitalier national de Bobo-Dioulasso. Il s'agit là de faire pression auprès de l'hôpital pour que l'exonération de certains frais médicaux tels que les examens biologiques et les consultations soient accordée aux personnes atteintes par le VIH/SIDA.

Enfin, les activités de plaidoyer menées par l'IPC consistent à faire intégrer les organisations à base communautaire dans la politique nationale de lutte contre le SIDA. En étant membre du SP/CNLS, l'IPC encourage la participation des associations au processus national de lutte contre le SIDA, en orientant les politiques vers la base communautaire.

Chapitre 5 – Vers la professionnalisation des associations de lutte contre le SIDA

La tendance à la professionnalisation des associations de lutte contre le SIDA peut être vue sous deux angles.

Tout d'abord, au niveau des **profils des acteurs**, la présence de personnels du secteur socio-sanitaire au sein des associations est de plus en plus fréquente, notamment dans les associations de prise en charge. Comme nous l'avons vu plus haut, ce sont une assistante sociale, deux médecins et d'autres personnels de santé qui sont à l'origine de la création de ALAVI. Aujourd'hui, deux médecins vacataires, 1 infirmier permanent et 3 infirmiers vacataires y travaillent. A Vie positive, le personnel de l'association est composé d'un animateur social (le président), d'un psychologue, de deux médecins, de 6 conseillers pour le dépistage, de 5 personnes qui assurent les permanences, de 3 institutrices qui s'occupent des enfants et de 3 infirmiers.

Certaines associations de prise en charge ont donc un médecin, ce qui leur permet d'effectuer, en plus du continuum de soins⁵, la prescription des ARV (traitement et protocole de suivi).

La présence de professionnels du secteur socio-sanitaire dans les associations soulève la question du salariat. Deux associations emploient plus de 10 salariés fixes et permanents, ce sont deux associations qui répondent aux critères du cabinet médical, à savoir AAS et La Bergerie. Dans les autres structures, la majorité des acteurs a un statut de "volontaire" ou de "bénévole", ce qui n'exclut pas un "salaire" ou une indemnisation. En réalité, la notion de "bénévolat" telle que nous la connaissons en Europe n'existe pas au Burkina Faso. La dynamique associative n'est pas alimentée de la même manière, les conditions à l'engagement personnel ne sont pas les mêmes.

Ensuite, la professionnalisation des associations peut être vue comme **l'acquisition de savoir-faire, de compétences nouvelles**, notamment en matière de spécificité de la prise en charge des PVVIH et de Conseil et Dépistage Volontaire Anonyme. Certaines associations ont accumulé de réelles compétences. C'est le cas de l'APRODEC, association basée à Bobo-Dioulasso. Spécialisée dans le CDVA, l'APRODEC a été lancée par un groupe de professionnels de la santé en 1995. Initialement soutenue par la Coopération française, cette association s'est tout de suite professionnalisée avec la formation à Abidjan de 9 infirmières en conseil et dépistage. Mais au delà des nombreuses initiatives, toutes les associations n'ont pas ce savoir-faire.

La professionnalisation des associations se traduit donc par l'offre de soins qu'elles représentent. Les associations telles que la Bergerie (qui fonctionne avec du personnel de santé engagé par l'Etat), AAS et AMMIE ont les critères du modèle de cabinet privé à but non lucratif. Si cela élargit l'offre de soins, elles doivent avoir l'agrément du Ministère de la Santé.

⁵ En amont de la prescription il y a la sensibilisation, l'acceptation de la maladie, l'éducation, apprendre le suivi ; en aval (lorsque le patient repart "dans la nature" avec de lourds médicaments) il y a l'observance, l'alimentation, le repérage des symptômes et effets secondaires, le soutien.

Longtemps encouragée, l'implication des PVVIH dans les actions de prévention et de prise en charge soulève actuellement des interrogations. Quelles sont les pratiques efficaces de participation des PVVIH dans les programmes de lutte contre le SIDA ? Les PVVIH représentent-elles des acteurs pérennes ?

La mobilisation des PVVIH au Burkina est un phénomène assez récent. Elle a commencé dans la ville de Bobo-Dioulasso, où quelques personnes infectées par le VIH/SIDA ont témoigné à visage découvert et se sont engagées dans l'association REVS+. Si l'implication des PVVIH dans la lutte contre le SIDA s'est étendue à Ouagadougou, la crainte de stigmatisation et de discrimination est encore omniprésente.

Vie positive est la 1^{ère} association à s'être constituée sur cette principale identité (REVS + a deux identités, celle d'être une association de PVVIH et celle d'être une association d'agents de santé).

D'après l'ONUSIDA, le rôle des PVVIH est très variable d'une association à une autre. Les personnes infectées par le VIH/SIDA peuvent être un auditoire cible, contributeurs (participation), orateurs (porte-parole dans les campagnes de sensibilisation), exécutants (prestataires de services), experts (PVVIH reconnues comme source d'information, de savoirs...) ou encore décideurs (les PVVIH font partie des organes de décision, de définition des politiques).

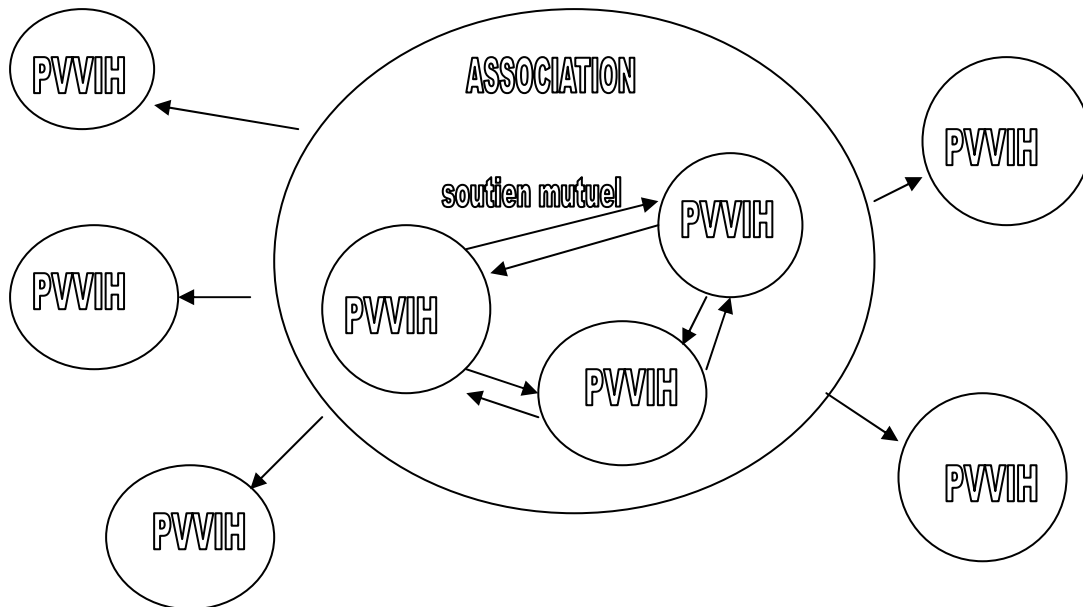
L'implication des PVVIH au sein des associations de lutte contre le SIDA a fait l'objet d'un projet global de recherche-action de cinq ans (1997-2002), l'étude Horizons, financée par l'Alliance Internationale. Ce projet, qui a concerné cinq associations burkinabè⁶, avait pour objectif d'identifier les éléments des programmes et politiques qui permettent de lutter efficacement contre le VIH/SIDA, de tester les solutions potentielles en vue d'améliorer les programmes de prévention et de prise en charge et de diffuser et utiliser les conclusions des recherches dans le but de reproduire et de développer à plus grande échelle les interventions réussies.

Le projet Horizons a identifié 3 types d'organisations et de niveau de participation des PVVIH. Le premier est le modèle caritatif, dans lequel la majorité des membres sont des professionnels de la santé et dans lequel les PVVIH, qui ne font pas partie des fondateurs de l'association, sont uniquement des bénéficiaires. AMMIE correspond à ce modèle. Le second modèle est le modèle d'auto-support assisté dont fait partie La Bergerie. Il est caractérisé par la présence de PVVIH parmi les membres, prestataires de service mais les PVVIH ne font pas partie des membres fondateurs. La contribution des PVVIH au planning et à la conception des activités est minimale si bien que les besoins réels risquent de ne pas être identifiés rapidement. Enfin, le troisième modèle est le modèle d'auto-support dont font partie REVS+ et ALAVI. Ce sont des associations fondées en partie par des PVVIH, présentes à tous les niveaux de la hiérarchie et impliquées dans le processus de décision, de conception et de réalisation des activités. Une partie des membres (environ 1/3) sont des

⁶ A savoir AAS, ALAVI et La Bergerie à Ouagadougou ; REVS+ à Bobo-Dioulasso et AMMIE à Ouahigouya.

professionnels du secteur social ou sanitaire et les PVVIH sont bénéficiaires et prestataires de services.

Modèle d'auto-support :



Les caractéristiques des associations au modèle d'auto-support décrites dans l'étude Horizons sont les suivantes :

- un nombre important de PVVIH parmi les membres de l'association
- des PVVIH et des personnes affectées par le VIH parmi les fondateurs de l'association
- un nombre important de personnels de santé parmi les membres de l'association
- certaines des PVVIH sont des professionnels des secteurs sanitaire et social
- les PVVIH sont à la fois bénéficiaires et prestataires de services
- les PVVIH sont plus ou moins impliquées dans les organes de décision
- les PVVIH peuvent avoir une visibilité importante à l'extérieur de l'association

On peut supposer que ce modèle permet une bonne évaluation des besoins. Cependant, il arrive que le modèle d'auto-support soit un peu artificiel, notamment lorsque la gestion est centralisée. (ALAVI)

L'étude a fait apparaître les différents impacts positifs de l'implication des PVVIH dans la lutte contre le SIDA. Tout d'abord, l'impact sur la santé et la qualité de vie des PVVIH s'est révélé important. On a pu noter une baisse de l'isolement des personnes infectées et un meilleur accès à l'information et aux soins. Ensuite, la mobilisation des PVVIH a également eu des impacts positifs sur l'attitude des autres membres de l'association à l'égard des PVVIH. En effet, les PVVIH sont perçus

comme des acteurs et non plus uniquement comme des bénéficiaires. Enfin, l'identification des besoins par les acteurs qui sont également les bénéficiaires a eu un impact considérable sur les prestations offertes, sur l'efficacité des activités et sur la qualité et l'adéquation des services de soutien et de prise en charge.

Le réseau national pour une grande implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA (REGIPIV) a été créé en 2001 par un ancien membre de REVS+. L'objectif de cette association est d'œuvrer pour l'implication des PVVIH dans la lutte contre le SIDA en leur donnant les moyens de gérer les associations. Après avoir identifié un "point focal" (professionnel de santé ou de l'action sociale) et des PVVIH en province, le REGIPIV appuie le groupe pour la création d'une association dans la localité.

**3^{ème} partie : Logiques et pratiques des différents acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA :
convergence ou divergence ?**

Chapitre 1 – Relations entre les différents acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA

En 2001, la lutte nationale contre le SIDA devient multisectorielle. Le Comité National de lutte contre le SIDA devient le Conseil National de Lutte contre le SIDA. Le Secrétariat Permanent du CNLS a pour mission d'organiser la prise en charge médicale, mobiliser les fonds pour les structures et les aider à mettre en place le cadre stratégique de lutte contre le SIDA. Chaque ministère voit la création d'un Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS) en lien direct avec le CNLS. N'étant plus rattaché au ministère de la Santé mais directement à la présidence du Faso, le CNLS compte parmi ses membres des acteurs institutionnels mais également des structures issues de la société civile tels que l'IPC ou l'AAS. Nous pouvons nous demander si les relations entre les différents acteurs, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, deviennent horizontales.

Nous pouvons classifier les différents acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso de la manière suivante :

- Les Institutions nationales burkinabè (le Ministère de la Santé, le CNLS, les CMLS, le PAMAC)
- La Coopération bilatérale (la coopération française, hollandaise, allemande...)
- La Coopération multilatérale (l'OMS, l'USAID, le PNUD, l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque Mondiale...)
- Le CTA (mi-public, mi-associatif)
- Les ONG étrangères et internationales (bailleurs et acteurs)
- Les ONG burkinabè
- Les associations locales, les organisations à base communautaire

I- Relations au sein de l'association et avec les communautés

Au sein d'une association, les différents acteurs sont partagés entre logique individuelle et logique collective. Les profils professionnels sont parfois très différents, la hiérarchie peut être très marquée. Au sein de l'hôpital par exemple, les techniciens qui agissent rencontrent des difficultés à travailler avec les administratifs qui donnent les moyens d'agir. Au sein d'une association, on retrouve également ces rapports d'opposition, d'ignorance, ou de proximité entre les différentes personnes qui la composent. Dans le cas des associations de lutte contre le SIDA, les enjeux et les intérêts sont tels que l'on assiste de plus en plus à des tensions entre les différents acteurs, liées aux nombreux intérêts personnels et avantages générés par les activités de l'association (voyage pour les conférences internationales entre autres). Ce petit risque de dérive peut être à l'origine de la désorganisation du milieu associatif.

Dans son rapport, Bénédicte Fonteneau souligne que les associations agissent selon deux logiques :

- la logique organisationnelle caractérisée par l'histoire de l'association, ses modes de fonctionnement et de décision, la nature de ses relations avec les autres acteurs
- la logique opérationnelle relevant de l'action, les raisons de l'action, les influences, les acteurs et les bénéficiaires.

Etant donné les problèmes de stigmatisation que peut susciter l'arrivée d'une association dans un quartier, certaines structures ont mis en place des « stratégies » d'intégration dans le quartier où elles s'installent.

C'est le cas de AAS et de la Bergerie, qui offrent des services médicaux (autres que la prise en charge de PVVIH) dans le quartier mettant alors à disposition leurs services à tous les habitants du quartier.

Quant à Vie positive, elle a entrepris une étude préalable à son installation dans le quartier qui visait deux objectifs :

- évaluer le niveau de sensibilisation des habitants du quartier
- évaluer les besoins et les attentes des personnes en terme de prévention et prise en charge.

Généralement, on retrouve très peu d'assise communautaire dans les projets des associations, leur zone d'attraction est d'ailleurs souvent vaste et mal définie.

II- Relations inter-associatives

A/ Concurrence sur un "marché du SIDA"

On parle souvent de « marché du SIDA » pour désigner le milieu dans lequel des acteurs de plus en plus nombreux obtiennent des financements de plus en plus importants de bailleurs divers (coopération multilatérale avec la création de l'ONUSIDA, coopération bilatérale et ONG internationales) pour intervenir dans la lutte contre le SIDA. Le Burkina Faso étant un pays très touché par la pandémie dans la sous-région et un pays apprécié des bailleurs de fonds, la scène nationale de la lutte contre le SIDA est investie par de très nombreux acteurs qui connaissent parfois des relations de concurrence. Nous avons évoqué plus loin la demande massive des associations d'intégrer les réseaux afin de pouvoir bénéficier des financements nationaux et étrangers. A l'intérieur de ces réseaux et pour en faire partie, peut se ressentir une véritable concurrence entre les associations. La concurrence peut également se percevoir à travers la multiplication des associations de développement qui ont développé un volet SIDA depuis que beaucoup d'argent est disponible pour la lutte.

B/ Complémentarité

Si les accords de collaboration entre les différentes structures sont quasi inexistantes, en pratique, le système de référence et de contre référence fonctionne plutôt bien. Sur quoi cette

complémentarité est-elle basée ? Y'a-t-il complémentarité des associations sur le plan de la couverture géographique ?

Il semble que la proximité géographique ne soit pas un critère de choix important pour les populations. Le choix de recourir à une association se fait davantage en fonction de l'accueil, du profil de la structure et des services proposés. De plus, les problèmes de stigmatisation et de discrimination rencontrés par les PVVIH n'encouragent pas les patients à consulter dans leur quartier. Le CICDoc avait tenté de faire une cartographie des associations de lutte contre le SIDA à Ouagadougou dans le but d'encourager une meilleure couverture associative et d'encourager les populations à avoir recours à l'association de leur quartier. Ce projet fut un échec pour les raisons que nous avons citées précédemment.

La complémentarité entre les différentes associations s'exprime essentiellement au niveau des activités, de la qualité de l'accueil et des soins. Les critères qui distinguent les associations des autres peuvent être déterminants dans le choix d'un patient de recourir à cette structure. Les critères les plus déterminants sont la gratuité des soins offerte par certaines structures, l'exclusivité dans certains domaines comme la ligne verte d'information pour AFAFSI, l'accompagnement en fin de vie pour la Bergerie et la définition d'un public cible tel que les routiers, les migrants, les femmes.

C/ Création de réseaux d'associations : peut-on parler de réseaux de solidarité conceptuelle ?

Si le concept de "réseau" est très répandu dans le milieu associatif en général, la création de réseaux d'associations de lutte contre le SIDA au Burkina Faso est assez récente. Les premiers réseaux datent en effet de 1998, et les plus nombreux de 2001.

Si la distribution des financements accordés aux associations a été attribuée au CNLS, ce dernier, de par sa création récente et sa position, connaît peu le terrain investi par les associations depuis le début de la lutte. C'est pourquoi le CNLS passe aujourd'hui par les réseaux pour distribuer les financements nationaux et étrangers aux associations. Ne peuvent donc accéder à la plupart des financements que les associations appartenant à un réseau.

Cette « réglementation » comporte des risques non négligeables. Des associations se constituent en réseau uniquement pour accéder aux financements, sans logique de réelles coordination et concertation. De plus, un réseau est censé se constituer du bas vers le haut (un ensemble d'individus ou d'associations se rassemblent pour réfléchir à des objectifs communs). Or, beaucoup d'associations rejoignent les réseaux pour accéder aux financements, ce qui est légitime puisqu'on leur dit qu'il faut faire partie d'un réseau pour en avoir. Par conséquent, les réseaux ne se constituent pas toujours par solidarités conceptuelles.

Du fait de l'importance accrue du rôle des réseaux dans la distribution des financements aux associations et de la multiplication de ces réseaux, l'Etat burkinabè tente de mettre en place un cadre stratégique d'intervention avec l'élaboration, par le PAMAC, d'un document présentant les missions et

les fonctions d'un réseau telles que la coordination, la supervision, la mise en place de projet commun ou encore la mise à disposition de matériels.

III- Relation entre milieu associatif et milieu institutionnel burkinabè

Dans le domaine de la lutte contre le SIDA, le gouvernement burkinabè souhaite aujourd'hui cadrer les interventions des associations. On peut s'interroger sur le rôle réel joué par l'Etat et sur la nature de ses relations avec les structures issues de la société civile.

Les relations entre les acteurs associatifs et l'Etat peuvent se caractériser par :

- Un contrôle de l'Etat sur les prestataires de services (pouvoir hiérarchique vertical de l'Etat) : normes de qualités de soins, poursuite d'objectifs de santé publique
- Une contractualisation avec les prestataires et les autres acteurs
- Une promotion des nouveaux acteurs dans un souci de désengagement (de prestation et de financement)
- La coexistence ou le partenariat : relations plus horizontales entre Etat et acteurs. Absence de coordination par l'Etat et de concertation entre les acteurs

En se plaçant du côté des associations, une question a fréquemment été soulevée concernant le devoir de travailler ou non avec le milieu institutionnel. Cela posait aussi la question de la marge de manœuvre dont disposait l'association ?

L'Association African Solidarité, en s'appuyant sur les dynamiques locales issues de la société civile et en développant très tôt un partenariat avec des associations étrangères, a développé une offre de soins parallèle à l'offre publique.

D'autres structures considèrent, du moins en théorie, qu'elles ne peuvent pas uniquement pallier aux carences de l'Etat, qu'il faut appuyer et renforcer le système de santé, travailler en synergie avec les Institutions nationales. C'est un discours que l'on a retrouvé au CTA de la Croix-rouge, chez MSF et auprès de la Coopération française.

A/ Le fonctionnement d'une structure mi-publique / mi-associative : le CTA

Le Centre de Traitement Ambulatoire de Ouagadougou est une structure de la Croix-Rouge, de l'OPALS et du Ministère de la Santé burkinabè. Il est composé d'un personnel administratif employé par l'Etat et du personnel et services techniques suivants :

- 2 médecins contractuels de la Croix-Rouge (pour les consultations médicales et les hospitalisations de jour)
- 5 infirmiers employés par l'Etat
- 2 agents au service psychosocial : 1 attaché en santé mentale, 1 assistante sociale (conseil dépistage, pré et post test)
- le laboratoire polyvalent (suivi biologique des patients et dépistage)

- la pharmacie avec deux pharmaciens qui dispensent les MEG et les spécialités pour les infections opportunistes et les ARV

On a donc dans une même structure un personnel technique employé par l'Etat et un personnel technique employé par la Croix-Rouge, avec des contrats et des salaires différents.

Le CTA est une structure très importante dans la prise en charge médicale des PVVIH : elle dispense des ARV pour 300 patients avec la Croix-Rouge, 100 avec le Ministère de la Santé et 100 patients qui se procurent le traitement par eux-mêmes. Pour les traitements ARV pris en charge par la Croix-Rouge et le Ministère de la Santé, les patients sont catégorisés selon leur revenu :

- catégorie A (revenu supérieur) : le patient paie 20 000 FCFA le traitement (catégorie qui concerne 4 personnes)
- catégorie B (revenu moyen) : le patient paie 15 000 FCFA
- catégorie C (revenu faible) : le patient paie 5 000 FCFA
- catégorie D (pas de revenu) : le patient est exonéré (catégorie qui concerne 70% des patients du CTA)

En théorie le CTA de la Croix-Rouge est intégré au système de soins burkinabè, il représente une "solution alternative et pertinente face à la surcharge des structures hospitalières". En pratique il semble qu'il y ait peu de partenariat entre la Croix-Rouge et le système de soins national. Le Ministère de la Santé burkinabè a mis à disposition du CTA du personnel de santé mais la structure de la Croix-Rouge ne semble pas rendre des comptes au Ministère.

A l'origine des problèmes actuels, on retrouve un problème politique. Construit sur un terrain appartenant au Ministère de la Santé, le CTA fonctionne avec du personnel de santé en partie employé par l'Etat. Toujours est-il que subsiste un gros différend dans la gestion. La Croix-Rouge entend gérer le CTA en totale autonomie alors que le Ministère de la Santé veut une collaboration étant donné qu'une partie du personnel relève de la Fonction Publique. Dans la pratique, il n'y a pas de véritable connexion, le CTA n'est pas le service de référence en matière de SIDA de l'hôpital Yalgado.

Un second Centre de Traitement Ambulatoire a été construit à Bobo-Dioulasso. Il semble que la création de ce centre soulève également de nombreuses polémiques et que les professionnels de santé de l'hôpital Sanou Sourou ne soient pas tenus au courant de l'évolution du CTA.

B/ Logiques institutionnelles / logiques associatives

Nous avons vu que les associations de lutte contre le SIDA étaient de plus en plus contrôlées et cadrées par les Institutions burkinabè. Si l'importance de réglementer les interventions des associations et de répartir les rôles de chacun est nécessaire, cela peut comporter certains risques et freiner les dynamiques associatives.

Nous nous sommes donc interrogés sur les logiques des structures de contrôle et de coordination telles que le CNLS ou le PAMAC pour tenter de savoir si ces logiques allaient à l'encontre des initiatives associatives. Les logiques des bailleurs, du CNLS, du PAMAC et des associations sont en effet très différentes. Le contrôle du PAMAC ou du CNLS peut être vécu par les associations comme de l'ingérence. On retrouve parfois chez les Institutions une certaine dichotomie entre un discours participatif et une pratique plus imposante. Le risque de tuer l'initiative associative en imposant des pratiques à des associations qui interviennent depuis longtemps dans la lutte contre le SIDA a souvent été évoqué. Par exemple, cela pourrait être le cas si le PAMAC imposait les pratiques de dépistage à une association comme l'APRODEC. Le dépistage est effectué par certaines associations depuis des années, l'arrivée des Institutions sur ce champ peut être vécue comme opportuniste et non légitime. En quoi le PAMAC qui est une structure émergente peut-elle former des acteurs d'associations qui pratiquent le CDVA depuis longtemps ? Il faut une concertation : qui sait faire quoi ? Le PAMAC aidant à la structuration des associations, il devra jouer plus un rôle de coordinateur, d'appui à la promotion du dépistage que de maître d'œuvre et d' « Institution ».

IV- Relations entre les associations et les bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds qui interviennent dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso sont des bailleurs institutionnels mais aussi des bailleurs associatifs. Les relations entre les associations et les bailleurs de fonds institutionnels sont souvent marquées par une relation de dépendance financière qui limite parfois la marge de manœuvre pour l'ONG.

Les logiques des bailleurs de fonds institutionnels sont très différentes des logiques des associations burkinabè. Les premiers passent par la production de documents, contrairement aux associations dont la faiblesse institutionnelle et la culture orale ne facilitent pas la production de documents. Cette différence de pratique entraîne incompréhension et blocage. La Banque Mondiale a également été confrontée à un blocage dans la mise en œuvre du Projet Population Lutte contre le SIDA (PPLS) qu'elle a financé. Le mandat des partenaires est normalement d'aider les pays à identifier leurs difficultés et les accompagner dans la mise en œuvre de réponses. En réalité, ce qui se passe souvent c'est que les bailleurs identifient eux-mêmes les problèmes et importent des solutions sans concertation avec le pays.

Au Burkina, 50 000 personnes auraient besoin d'être sous ARV. La Banque Mondiale a décidé d'intervenir sur ce champs d'action et d'importer de nombreux traitements, mais sans forcément prendre en compte les réalités locales. Une métaphore m'a été faite par un médecin travaillant au PAMAC. « La BM est un énorme paquebot. Elle a décidé de virer à 180°, et d'introduire 10 000 ARV au Burkina en 2004 avec une Fondation américaine, en passant par les circuits associatifs ». Mais cette arrivée massive de traitements est difficile à gérer dans un pays où le nombre de médecins n'atteint pas 400 pour 12 millions d'habitants et où le personnel est peu formé à la spécificité de la prise en charge du VIH/SIDA. Il y a tout un système à organiser et pour cela, au moins 50 médecins hautement formés à la prescription des traitements ARV sont indispensables. Cela

signifie la mobilisation de tous les médecins formés pour le milieu associatif, ou bien la prise en charge et la prescription des traitements par du personnel non qualifié.

Les logiques des bailleurs institutionnels peuvent également s'opposer aux logiques associatives à propos de la rémunération des ressources humaines. La Banque Mondiale ne veut pas que les structures de coopération (ONG et coopération bilatérale) augmentent la masse salariale du personnel concerné alors que MSF donne des rémunérations à son personnel médical quatre fois supérieures à celles de l'Etat. Pour le personnel du CMA et de la maternité, MSF a instauré un système de primes mensuelles qui varient selon les responsabilités assumées, la fonction et l'activité supplémentaire induite par le projet. Pour le calcul des primes, un système de notation est mis en place, la note globale donnant droit à un pourcentage de la prime maximale.

Chapitre 2 – Trois exemples de pérennité d'actions menées par les associations

Avec l'augmentation des personnes atteintes par le VIH/SIDA et l'augmentation des besoins identifiés, le modèle dit « substitutif », c'est-à-dire le principal modèle que l'on retrouve au Burkina dans lequel les associations font un travail important de prise en charge en palliant aux carences de l'Etat, est de plus en plus contesté. Dans un contexte où beaucoup d'associations connaissent le problème de la suspension des financements extérieurs, comment pérenniser les services de prise en charge fournis par les associations ? La plupart des acteurs qui travaillent à la lutte contre le SIDA prône maintenant le modèle complémentaire, dans lequel les associations travailleraient en synergie avec les services médicaux publiques.

Dans les associations, on s'interroge sur la pérennisation des acteurs et des activités. L'étude Horizons a fait ressortir les différentes stratégies recommandées pour la pérennité de la lutte :

- encourager la prescription et l'utilisation des Médicaments Essentiels Génériques
- la participation des bénéficiaires à l'achat des médicaments
- mettre en place des mutuelles de santé, des AGR pour l'association et pour les bénéficiaires
- assurer une couverture associative et une collaboration entre les différentes structures

I- L'opération SIDA routiers de l'AFVP

Lorsque l'AFVP lance l'Opération Routiers en 1990, l'objectif était de limiter le risque de contamination par le VIH chez les routiers et leurs partenaires en assurant l'information de 3 000 routiers sur 4 ans (1991 à 1995). Pour cela, l'ONG a formé 150 routiers leaders à Ouagadougou qui seront capables à leur tour d'informer leurs collègues sur les dangers du SIDA et les mesures de prévention. Les activités menées étant un succès, les actions sont étendues à Bobo-Dioulasso en 1993, puis aboutissent la même année à la création d'une association, l'URBLS, dont l'objectif est la poursuite des actions de sensibilisation et d'information sur le SIDA et un soutien moral, matériel ou financier aux membres.

Défini sur la base d'une pré-enquête et effectué à partir d'une méthode qui implique activement les participants, le projet a été une réussite avec la mise en place d'une association permettant la pérennisation de l'action après la fin du projet

II- Le projet d'appui à la prise en charge des PVVIH au CMA de Pissy (MSF Luxembourg)

Le projet de MSF, d'une durée de 5 ans, a été mis en place au niveau du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Pissy à Ouagadougou en novembre 2001. Au début, il ne comportait que des activités de dépistage au sein du CMA. Ensuite, MSF a développé une consultation et un volet « prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ». En 2003, l'ONG luxembourgeoise démarre un programme d'accès aux ARV pour 200 personnes.

La prescription des ARV se fait par le médecin de MSF qui forme les médecins du CMA de Pissy. A terme, il faudra impliquer les infirmiers dans la prescription et renforcer le rôle des associations dans l'observance. A partir d'un forfait de 2 500 FCFA, le patient peut avoir accès gratuitement à la consultation médicale, aux médicaments pour les infections opportunistes, à un kit d'examens biologiques et à l'hospitalisation. Cet argent va dans une caisse de solidarité qui peut servir à payer les examens payants. Ceci est en phase expérimentale. Au CMA, il y a 3 médecins, dont 1 MSF qui appuie et forme les médecins locaux. Pour le moment seul le médecin MSF prescrit les ARV. 500 personnes sont suivies pour des infections opportunistes. L'augmentation des besoins ne cessent de croître (placement des orphelins et enfants vulnérables, femmes enceintes...), ils sont souvent identifiés mais le manque de liens entre les structures ne permet pas une prise en charge globale.

Pour les ARV, il existe un autre forfait de maximum 15 000 FCFA par mois (normes nationales). Pour le moment, 20 personnes sont mises sous ARV, sur critère d'inclusion urgente. Un comité technique va être mis en place pour la sélection des personnes mises sous ARV (critères médicaux, sociaux, d'observance)

Parallèlement, MSF poursuit des activités de plaidoyer pour un meilleur accès aux ARV. Rendre les ARV plus accessibles est indispensable pour que soit envisagé une possibilité de relais pour la prise en charge des 200 personnes lorsque MSF partira.

La population de la zone d'attraction du district de Pissy est estimée à 250 000 personnes. Avec une prévalence de 7 à 10 %, ce sont environ 9 000 PVVIH qui sont théoriquement concernées par le programme, dont 2 000 patients symptomatiques et 1 000 femmes enceintes séropositives par an.

MSF collabore avec Sidaction et Vie positive pour les visites et les soins à domicile. L'ONG travaillait également avec La Bergerie mais a cessé pour des raisons de divergences. Lorsque IPC avait cessé d'appuyer cette association, MSF avait décidé de prendre le relais pour que les activités puissent redémarrer (appui technique et ponctuellement financier, pas pour le fonctionnement de l'association). Sidaction réfère automatiquement tous les malades à MSF pour un enregistrement et une prise en charge médicale.

MSF travaille également avec des structures sanitaires privées pour la référence des malades telles que la clinique SUKA pour le laboratoire et la radiologie et d'autres structures publiques que le CMA (convention de partenariat avec la maternité du secteur 8 pour la prévention de la transmission mère-enfant).

Comme nous l'avons vu précédemment, pour le personnel employé, MSF a développé un système de primes pour encourager améliorer l'engagement et la motivation.

Pour la pérennisation des activités et des acteurs de la lutte contre le SIDA dans le district de Pissy, MSF a fixé les objectifs suivants :

- Appropriation du projet par les associations locales
- Renforcement de capacités du système de soins public

- Travail parallèle de plaider pour un meilleur accès aux ARV

Objectif général (mentionné dans le rapport) :

- augmenter la qualité et la durée de vie des PVVIH dans le district sanitaire de Pissy

Objectifs spécifiques (mentionnés dans le rapport) :

- accroître l'accessibilité au dépistage anonyme et volontaire au centre de dépistage du CMA
- assurer un accès à des soins de qualité au CMA de Pissy
- améliorer la continuité des soins aux PVVIH
- améliorer la prise en charge psychosociale des PVVIH en collaboration avec les associations
- améliorer la coordination et la synergie entre les partenaires (associations, structures publiques) impliqués dans la lutte contre le SIDA
- contribuer à réduire la transmission du VIH/SIDA au niveau du CMA
- améliorer l'accessibilité aux ARV et la qualité du suivi de ces traitements
- diminuer l'incidence VIH chez les enfants nés de mère séropositive

Rapport d'évaluation des activités de novembre 2002 en avril 2003 du projet SIDA :

- Objectif spécifique 1 : accroître l'accessibilité au dépistage anonyme et volontaire au centre de dépistage du CMA

Depuis le démarrage du projet en novembre 2001 jusqu'en avril 2003, 1 524 personnes ont été testées au centre de dépistage volontaire anonyme du CMA. Sur les 1 524 tests réalisés, 302 se sont révélés positifs, soit une séroprévalence de 5,04 %.

Sur une période de 18 mois, 0,61 % de la population totale du district de Pissy s'est donc rendu au CDVA du CMA pour y faire un test.

De novembre 2002 à avril 2003, 99,52% des personnes qui se sont rendues à la consultation du conseil pré-test ont effectivement fait le test. On a donc un taux d'abandon très faible. Quant à la consultation du conseil post-test, 86,23% des personnes testées s'y sont rendues. Une grande majorité des personnes qui ont fait le test VIH/SIDA a suivi les consultations de conseils pré et post-test. Si le CDVA n'a touché qu'un petit pourcentage de la population du district de Pissy, le suivi pré et post-test a été positif.

- Objectif spécifique 2 : assurer un accès à des soins de qualité au CMA de Pissy pour 500 malades

En avril 2003, 400 patients étaient enregistrés à la consultation du CMA. Les patients qui ne venaient pas du centre de dépistage du CMA avaient été référés par le CTA, les associations ou les structures sanitaires.

On note des résultats positifs concernant la prise en charge des malades : une meilleure prise en charge des infections opportunistes et des malades hospitalisés, et le début des ARV en mars 2003.

On note également des limites :

De l'accès aux soins : une file d'attente importante des PVVIH pour la consultation spécialisée qui gêne la consultation médicale générale et qui a pour conséquences la baisse des entrées pour la

consultation médicale ordinaire. Une capacité d'accueil (de 500 patients) quasiment atteinte alors que le projet est à peine à mi-parcours.

Des soins de qualité : absence de prise en charge de certains examens complémentaires (comme la bronchoscopie, la numération leucocytaire des liquides de ponction). Insuffisance face à la tuberculose. Insuffisance de la gestion des médicaments, du suivi des stocks ayant entraîné des ruptures de stocks. Mauvaises conditions d'hygiène au CMA.

III- AAS : l'acquisition d'une indépendance financière

Les acteurs de l'AAS ont réussi à professionnaliser leur travail en étant capable de rémunérer le personnel. C'est cette transition vers la professionnalisation du travail que la plupart des associations n'ont pas réussi à faire. A partir de fonds propres (acquis par les AGR), et d'un multipartenariat financier, l'Association African Solidarité a acquis une indépendance qui lui assure également une continuité dans les activités, indispensable notamment dans la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV (prise en charge à vie)

Chapitre 3 – Limites des associations, remise en question et redéfinition de leur rôle

Dans le domaine de la lutte contre le SIDA, on peut s'interroger sur l'interaction qui existe entre la demande et l'offre. Il y a une réelle demande mais toutes les associations n'ont pas été créées pour y répondre. En effet, on pu relever un certain nombre d'associations opportunistes, dont la motivation première semblait résider dans la captation de fonds. Depuis quelques années, on assiste à l'arrivée massive d'argent destiné au mouvement associatif de lutte contre le SIDA au Burkina. Si une partie des associations fait un vrai travail efficace de prise en charge ou de prévention, il existe également des associations ayant développé des activités de lutte contre le SIDA pour récolter des fonds et des associations n'ayant pas les ressources (humaines, matérielles ou financières) nécessaires à la pérennisation des activités dans le domaine.

L'initiative privée est indispensable, elle résulte d'un malaise des services publics et représente une dynamique sociale. Cependant, les associations doivent également travailler au renforcement du rôle de l'Etat. Elles ne peuvent pas uniquement pallier les carences sans objectif de pérennité sur le long terme. C'est là la limite du modèle associatif substitutif, prestataire de services mais rarement incitateur communautaire. Les associations représentent-elles les bases communautaires ou un groupe d'intérêt ? Quelles sont les limites de l'association ? A quel moment ce sont les services de santé qui doivent prendre le relais ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge des personnes atteintes par le VIH s'est principalement effectuée par les associations. Cette prise en charge assurée par les acteurs associatifs, même si elle a souvent été encouragée du fait que les services publics n'avaient pas de solutions alternatives à proposer, soulève actuellement de nombreuses questions.

Avec l'arrivée des ARV par les circuits associatifs, le risque est qu'il y ait un gros décalage entre une Institution faible et des associations très appuyées, et que l'afflux des ARV s'effectue sans structuration du pays. Cela entraînerait la déstabilisation du système de santé burkinabè. A terme, on pourrait avoir un monde associatif du SIDA fort et un système de santé (pour toutes les autres pathologies) laissé à l'abandon, ce qui va à l'encontre du système de développement qui passe par l'équité. C'est dans ce sens que la coopération française entend appuyer les institutions nationales et renforcer leurs capacités afin de ne pas créer un monde médical du SIDA à part.

Il est reconnu que les associations qui travaillent dans le domaine de la lutte contre le SIDA font un travail très encourageant, mais force est de constater que la couverture géographique des actions menées par les associations est assez faible. Seuls les citoyens des grandes villes bénéficient d'une prise en charge régulière.

Mais les grandes villes connaissent également des difficultés. Si le dépistage est très développé, la prise en charge des personnes dépistées positives ne peut pas toujours être assurée, faute de moyens. Beaucoup de structures de prise en charge comme le CTA sont débordées. Connaître son statut sérologique dans un contexte où l'on peut difficilement se soigner n'est pas facile

à faire accepter. Le CTA prend actuellement en charge 2 000 patients, dont 500 bénéficient des traitements ARV. Leur capacité maximale est donc atteinte. Plusieurs structures sont confrontées à cette situation : doit-on arrêter le CDVA lorsque la capacité de la prise en charge est atteinte ou continuer le dépistage en sachant que les patients dépistés positifs ne pourront être pris en charge dans la structure ? Le CTA a décidé de continuer les activités de CDVA mais ne prend plus de dossier médical dans sa structure.

Médecins Sans Frontières a également rencontré des difficultés qui font apparaître les limites des structures associatives. L'association fait face à un problème d'accès aux soins. La file d'attente des PVVIH est très importante pour la consultation spécialisée, ce qui gêne la consultation médicale générale et qui a pour conséquence la baisse des entrées pour la consultation médicale ordinaire. Par ailleurs, la capacité d'accueil des PVVIH de la structure gérée par MSF (qui est de 500 patients) est quasiment atteinte alors que le projet est à peine à mi-parcours.

De plus, les acteurs associatifs ne sont pas forcément des acteurs pérennes. En effet, beaucoup d'entre eux sont étudiants en médecine ou élèves infirmiers ou ne sont pas encore embauchés par l'Etat.

Quant au travail de MSF, il s'appuie sur un partenariat entre le milieu associatif et le système de soins. C'est une approche qui peut être répliquée. Cependant on peut s'interroger sur la pérennité des acteurs formés par MSF qui touchent actuellement 4 fois le salaire d'un fonctionnaire. Lorsque MSF partira et laissera le CMA fonctionner seul, le personnel acceptera-t-il de voir son salaire baisser ?

Une redéfinition du rôle associatif est en train d'être élaborée par le CNLS. Les associations qui ont une structure de soins et qui délivrent des ARV doivent avoir une autorisation du Ministère de la Santé, un médecin formé pour la consultation et un pharmacien formé pour la dispensation. Des normes ont été mises en place en février 2003 mais peu de personnes en ont entendu parler.

CONCLUSION GENERALE

L'étude que nous avons conduite sur les associations de lutte contre le SIDA dresse un tableau général de la lutte contre la pandémie au Burkina Faso. Elle permet d'avoir une approche des différents acteurs intervenant dans le domaine, avec une approche plus précise des acteurs associatifs.

Ma position d'extériorité ne m'a pas permis d'approfondir les pratiques d'une ou plusieurs associations. Les informations ont été recueillies à partir d'entretiens semi-directifs et de lecture de documents. Le manque de temps et l'arrivée tardive de l'autorisation du SP/CNLN ne m'ont pas permis de compléter ces techniques d'enquêtes par l'observation participante au sein des associations.

Malgré l'implication des Institutions burkinabè dans le domaine de la lutte contre le SIDA, le rôle et les responsabilités de chaque acteur demeurent mal définis. On peut constater une « dérive » des associations vers de la prise en charge médicale mais en attendant, on n'a pas ou peu d'alternatives à proposer.

De plus, du fait de la « mauvaise réputation » des Institutions africaines et de la reconnaissance internationale des dynamiques associatives au Burkina Faso, les partenaires financiers passent par les circuits associatifs et non par les circuits institutionnels pour l'acheminement des aides. Les associations ont en effet gagné la confiance des bailleurs, des ONG et des Institutions internationales alors que les Institutions africaines sont considérées comme peu fiables. Seule l'initiative ESTHER, lancée par l'ancien ministre de la santé français, Bernard Kouchner, s'intéresse aux structures hospitalières. Par conséquent, le personnel médical fuit les hôpitaux, et les services médicaux hospitaliers ne s'améliorent pas. Il est pourtant important d'associer le milieu associatif au milieu hospitalier car le patient infecté par le VIH finira toujours par être hospitalisé. De plus, l'initiation du traitement se fait à l'hôpital, contrairement au suivi qui peut se faire à l'extérieur.

Pour conclure, nous pouvons nous interroger sur le lien entre recherche et action, entre chercheurs et acteurs du développement. En matière de santé, quelle est l'utilisation possible des travaux des chercheurs par les acteurs du développement ?

Les travaux de recherche accumulent de solides connaissances en matière de santé, que ce soit en épidémiologie (mécanismes et diffusion des pathogènes), en anthropologie (attitudes et croyances, besoins des populations), en géographie (disparités spatiales des risques sanitaires). Nécessaires à la mise au point de techniques préventives ou curatives utilisables par les acteurs, ces connaissances « n'aboutissent que très rarement à un produit nouveau utilisable par les acteurs du développement » (Pierre Gazin).

La lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest⁷ par la lutte anti-vectorielle et par la diffusion d'un nouveau microfilaricide (activité issue de la recherche) constitue une des rares réussites.

⁷ Lancé en 1974 sous l'égide de l'OMS, l'Onchocerciasis Control Program (OCP) s'est achevé en 2002.

A l'échelle du Burkina, dans le domaine de la lutte contre le SIDA, le Projet de recherche-action Horizons a pu faire apparaître les éléments des programmes et des politiques qui permettent de lutter efficacement contre le VIH/SIDA, tester les solutions potentielles en vue d'améliorer les programmes de prévention et de prise en charge, et les prestations de service et diffuser et utiliser les conclusions des recherches dans le but de reproduire et de développer à plus grande échelle les interventions réussies.

REFERENCES

Bibliographie générale – Développement et ONG

BUREAU DE SUIVI DES ONG ; *Répartition des ONG par pays d'origine - couverture géographique et sectorielle au Burkina Faso* ; Ouagadougou ; Août 2000.

BUREAU DE SUIVI DES ONG ; *Aspects juridiques et organisationnels des ONG au Burkina Faso* ; Séminaire de formation des dirigeants des ONG organisé par l'Institut International du droit de Développement à Ouagadougou du 27 novembre au 1^{er} décembre 2001 ; 32 p.

GAZIN P. ; *Le difficile dialogue entre chercheurs et acteurs du développement. Qu'en est-il dans le domaine de la santé ?* ; Cahiers Santé Vol. 5 n°2 ; Mars - avril 1995 ; pp. 131-132.

IBRIGA L.M ; *Le statut d'ONG du Sud : réalités, problèmes et enjeux. Analyse à partir du cas burkinabè* ; in DELER J.P, FAURE Y.A (et al) ; *ONG et développement. Société, économie, politique* ; Ed. Karthala ; Paris ; 1998 ; pp 501-512.

OLIVIER DE SARDAN J.P ; *Ce que pourrait être un programme de recherche sur les ONG* ; in DELER J.P, FAURE Y.A (et al) ; *ONG et développement. Société, économie, politique* ; Ed. Karthala ; Paris ; 1998 ; pp 23-27.

OLIVIER DE SARDAN J.P ; *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* ; APAD – Karthala ; Paris ; 1995 ; 221 p.

YARO G.J ; *De l'évangélisation au développement local. Spécificités des ONG d'inspiration protestante au Burkina Faso* ; in DELER J.P, FAURE Y.A (et al) ; *ONG et développement. Société, économie, politique* ; Ed. Karthala ; Paris ; 1998 ; pp 143-155.

Bibliographie thématique – SIDA

AIDES ; *Réponses associatives à la lutte contre le SIDA en Afrique* ; Réseau Afrique 2000 ; octobre 2001 ; 140 p.

AVENTIN L. ; *Etude des associations auto-promues et des mouvements de solidarité de lutte contre le SIDA à Ouagadougou* ; Rapport de stage de DESS ; Université Paris I / ORSTOM ; 1994 ; 133 p.

CICDoc ; *Analyse situationnelle des animatrices des "kiosques café santé" de AAS* ; Ouagadougou ; août 2001 ; 56 p.

CNLS, PNUD ; *Analyse et cartographie des associations de lutte contre le SIDA* ; Ouagadougou ; février 2002.

DELAUNAY K. (et al) ; *Des ONG et des associations : concurrence et dépendances sur un "marché du SIDA" émergent. Cas ivoirien et sénégalais* ; in DELER J.P, FAURE Y.A (et al) ; *ONG et développement. Société, économie, politique* ; Ed. Karthala ; Paris ; 1998 ; pp 115-141.

DESCLAUX A. ; *Dix ans de recherches en sciences sociales sur le SIDA au Burkina Faso. Eléments de prévention* ; Cahiers Santé Vol. 7 n°2 ; Mars - avril 1997 ; pp. 127-134. .

DESLAUX A. ; *Evaluation des interventions dans le domaine social concernant le SIDA au Burkina Faso. Compte-rendu de mission du 24/03 au 06/04/94* ; Mission française de Coopération ; 34 p.

DESCLAUX A. (et al) ; *Le dépistage VIH et le Conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux* ; Karthala ; Paris ; 1997 ; 326 p.

DESGREES DU LOU A. ; *SIDA et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne* ; Notes et projets n°4 ; ORSTOM ; Paris ; 1997 ; 25 p.

FONTENEAU B. ; *Les associations de lutte contre le SIDA au Burkina Faso. Analyse descriptive de leurs identités, de leurs pratiques et de leur environnement institutionnel* ; Direction Générale de la Coopération Internationale ; Leuven ; septembre 2002 ; 177 p.

GENTILINI M., CHIEZE F. ; *L'OPALS et les Centres de Traitement Ambulatoire en Afrique. L'art et l'urgence des possibles* ; John Libbey ; 168 p.

HORIZONS – POPULATION COUNCIL / ALLIANCE INTERNATIONALE ; *La participation des personnes vivant avec le VIH / SIDA dans les activités communautaires de prévention et de prise en charge au Burkina Faso* ; Rapport général de l'étude ; juin 1999 ; Ouagadougou ; 80 p.

HORIZONS – POPULATION COUNCIL / ALLIANCE INTERNATIONALE ; *Profil. Association La Bergerie, Foi, Univers, Compassion. Burkina Faso. Etude sur la participation des PVVIH dans les activités communautaires de prévention et de prise en charge* ; Ouagadougou ; 47 p.

HORIZONS – POPULATION COUNCIL / ALLIANCE INTERNATIONALE ; *Profil. Association ALAVI Laafi la Viim. Burkina Faso. Etude sur la participation des PVVIH dans les activités communautaires de prévention et de prise en charge* ; Ouagadougou ; 52 p.

MARTET C. ; *SIDA : l'Afrique entre en résistance* ; Guide Têtu + ; 2002-2003 ; pp. 22-29.

MSF – Luxembourg ; *Projet d'appui à la prise en charge des PVVIH au CMA de Pissy* ; Ouagadougou ; décembre 2001 ; 18 p.

MSF – Luxembourg ; *Rapport d'évaluation des activités de novembre 2002 en avril 2003 du projet SIDA* ; Ouagadougou ; juin 2003 ; 15 p.

PNUD ; *Rapport sur le développement humain. La lutte contre le VIH/SIDA* ; Ouagadougou ; 2001 ; 208 p.

TAVERNE B (et al) ; *Annuaire des associations et ONG intervenant dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso, installées à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, 1996-1997* ; ORSTOM / CNLS ; Ouagadougou ; 1997 ; 72 p.

TESTA J. (et al) ; *Evaluation d'une action d'information et d'éducation sur le SIDA chez des chauffeurs routiers du Burkina Faso* ; Médecine d'Afrique Noire ; vol. 43 ; 1996 ; pp. 25-29.

Sites Internet

Association African Solidarité – www.aas-burkina.org

Ensemble Contre le SIDA – www.sidaction.org

IRD au Burkina Faso – www.ird.bf

MSF-Luxembourg – www.msf.lu

SIGLES ET ACRONYMES

AAS	Association African Solidarité
ABI	Association Burkinabè des Infirmières
AFAFSI	Association des Femmes Africaines Face au SIDA
AFVP	Association Française des Volontaires du Progrès
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ALAVI	Association Lafi La Viim
AMMIE	Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant
APRODEC	Association pour la Promotion du Dépistage volontaire et du Conseil
ARUP	Association Reconnue d'Utilité Publique
ARV	Antirétroviral / Antirétroviraux
BSONG	Bureau de Suivi des ONG
BURCASO	Bureau de Coordination des Associations de lutte contre le SIDA
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAPC	Connaissance, Attitude, Pratique, Croyance
CAS/VIH	Coordination des Associations de Soutien aux personnes infectées par le VIH/SIDA
CDVA	Conseil et Dépistage Volontaire Anonyme
CICDoc	Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le SIDA et la Tuberculose
CISMA	Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique
CHNYO	Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo (Ouagadougou)
CHNSS	Centre Hospitalier National Sourou Sanou (Bobo-Dioulasso)
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMLS	Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
CNLS	Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST (anciennement Comité)
CRLT	Centre Régional de Lutte contre le Tuberculose
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DED	Service Allemand de Développement
DEP/Santé	Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé
DITRAME	Projet de Diminution de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECS	Ensemble Contre le SIDA
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FAIC	Fonds d'Appui à l'Initiative Communautaire
IEC	Information, Education et Communication
IPC	Initiative Privée Communautaire
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible

MEG	Médicament Essentiel Générique
MSF	Médecins Sans Frontières
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCP	Oncocercariasis Control Program
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAMAC	Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire
PEC	Prise en charge
PERSAN	Population et Espaces à Risques Sanitaires (IRD - Unité de Recherche R093)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS	Projet Population et Lutte contre le SIDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAJS	Réseau Africain des Jeunes contre le SIDA
RALIS	Réseau des Associations de Lutte contre les IST et le SIDA
REGIPIV	Réseau national pour une plus Grande Implication des Personnes Vivant avec le VIH
REVS+	Association Responsabilité, Espoir, Vie, Solidarité
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises
SP/CNLS	Secrétariat Permanent/Conseil National de Lutte contre le SIDA
SPONG	Secrétariat Permanent des ONG
SWAA	Society for Women and Aids in Africa
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
URBLS	Union des Routiers Burkinabè de Lutte contre le SIDA
USAID	Agence de Développement International des Etats-Unis
VIH	Virus d'Immunodéficiences Humaines

ANNEXE

Tableau 1 – Répertoire des associations intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social (associations contactées)

Tableau 2 – Répertoire des associations intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social (associations non contactées)

Tableau 3 – Associations spécialisées dans la lutte contre le SIDA intervenant à Ouagadougou

Tableau 4 – Associations ayant développé un volet de lutte contre le SIDA intervenant à Ouagadougou

Tableau 1 - Répertoire des associations intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social (associations contactées)

NOM DE L'ASSOCIATION	LOCALISATION	TELEPHONE	DATE	ACTIVITES	PAYS
<i>(en gras, les associations au statut d'ONG)</i>					
ADVENTIST DEVELOPMENT AND RELIEF AGENCY (ADRA)	Zone du bois	36 18 15		vaccination épidémie + cabinet dentaire	USA
AIDE A L'ENFANCE CANADA - SAVE THE CHILDREN	Somgandé	36 41 87 / 36 42 16	1982	Réinsertion sociale des jeunes	CA
ALLIANCE MISSIONNAIRE INTERNATIONALE	Dassasgo	24 65 97 / 36 54 22		Soutien aux veuves et orphelins	BF
APES - FEMMES				Prévention SIDA	BF
ASSO ACTION / FEMMES-MINEURS EN MILIEU CARCERAL	1200 logements	43 12 34		Assurer le min. de soins médicaux en prison	BF
ASSO AFRICAN SOLIDARITE (AAS)	Kologho-Naba	31 01 47	1991	SIDA : sensibilisation + prise en charge	BF
ASSO AMIE DES ENFANTS (ASAME)	Dassasgo	36 47 42	1992	Prise en charge des enfants	BF
ASSO BURKINABE ACTION SOLIDARITE FEMMES / ENFANTS (ABASF/E)		43 54 66	1995	Prév. SIDA, orphelins et enfants vulnérables	BF
ASSO BURKINABE DES INFIRMIERES (ABI)	Lycée Nelson	31 76 23		SIDA : prévention + dépistage	BF
ASSO BURKINABE POUR LA SURVIE DE L'ENFANCE (ABSE)				orphelins et enfants vulnérables	BF
ASSO BURKINABE POUR LE BIEN ETRE FAMILIAL (ABBEF)	Koulouba	31 05 98 / 31 75 10	1979	planning familial + prév et dépistage SIDA	BF
ASSO CONTACT HORS LIMITE	Hôpital Yalgado	31 16 55/poste 595	1997	Prise en charge médicale des enf des rues	BF

ASSO DE SOUTIEN AUX ENFANTS EN CIRCONSTANCES DIFFICILES	Pissy	34 01 39 / 34 33 26	2000	prévention (scolarisation...) enf des rues	BF
ASSO DE SOUTIEN AUX PERSONNES AGEES	Cissin	38 47 24	2001	Assist. et soutien aux personnes âgées	BF
ASSO DES ENFANTS ET JEUNES TRAVAILLEURS DU BURKINA (AEJTB)		31 48 03 / 24 70 76		Prévention SIDA	BF
ASSO DES FEMMES AFRICAINES FACE AU SIDA (AFAFSI)	Koulouba	31 23 94 / 30 73 03		Promotion du test de dépistage VIH	BF
ASSO DES FEMMES UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (AFUD)	Pissy	83 22 49 / 64 91 80	2000	Prév. SIDA, orphelins et enfants vulnérables	BF
ASSO DES FEMMES UNIQUE SOUTIEN DE FAMILLE (OFUS)	Kalgondin	21 19 01 / 37 16 36	1994	Réinsertion des enf, encadr des orphelins	BF
ASSO DES JEUNES EN CROISADE CONTRE LE SIDA	Dassasgo	36 37 30	1997	Prév SIDA auprès des jeunes et migrants	BF
ASSO DES JEUNES POUR LA PROMOTION DES ORPHELINS (AJPO)	Dassasgo	23 76 92 / 23 48 54		SIDA : sensibilisation + prise en ch. + dépist.	BF
ASSO DES PARENTS D'ENFANTS ENCEPHALOPATHES (APEE)	Tanghin	35 61 26	1988	Institut médico-psycho-éducatif	BF
ASSO DES VEUVES ET ORPHELINS DU BURKINA FASO (AVOB)	Kologho-Naba	30 78 95 / 33 60 51	1977	SIDA : prévention + prise en charge	BF
ASSO DES VOLONTAIRES POUR LE DVPT, L'AUTOPROMO ET LA SOLIDARITE	Sect 30	37 08 95	70's	SIDA : séance de sensibilisation par vidéo	BF
ASSO ESPACE KOAMBA	Bilbalgho	62 58 63		Education : soutien scolaire	BF
ASSO FEMININE POUR L'ENTRAIDE AU DEVPT DURABLE	Somgande	36 00 31 / 32 60 31		Ponctuel. santé : excision, maladie infantile	BF
ASSO FRANCAISE DES VOLONTAIRES DU PROGRES (AFVP)	Koulouba	30 70 43	1973	Appui (SIDA à partir de novembre	FR

				2003?)	
ASSO FRANCAISE RAOUL FOLLEREAU	Koulouba	31 23 71	70's	Appui à la lutte contre la lèpre	FR
ASSO HALTE AU TABAC AU BURKINA FASO	Dassasgo	39 10 14		Lutte contre le tabagisme	BF
ASSO JOHONSON NKOSI - ELEVES ET ETUDIANTS DU BURKINA	université	64 08 81	2001	Prév et dépistage du VIH/SIDA à l'université	BF
ASSO MANAGRE NOOMA POUR LES ORPHELINS (AMPO)	Wemtenga	37 02 76 / 20 52 47	90's	Soutien aux malades du SIDA, orph + EDR	BF
ASSO NATIONALE PR L'EDUCAT ET LA REINSER SOCIALE DES EDR (ANERSER)	Pissy	60 12 21 / 43 10 61	1992	Prise en ch. des enf des rues, réinsertion...	BF
ASSO POUR LA FORMATION ET L'INSERTION DES JEUNES	Pissy	43 09 46	1991	Education à la santé, formation profession.	BF
ASSO POUR LA PAIX ET LA SOLIDARITE	Pissy	34 21 96	1986	SIDA : prévention + prise en charge	BF
ASSO POUR LE DEVELOPPEMENT PAYSAN	Cissin	24 95 77		Alimentation infantile, SIDA	BF
ASSO POUR L'EPANOUISSEMENT DES JEUNES	1200 log, villa 96	36 91 93		Lutte contre les IST et le VIH/SIDA	BF
ASSO SOLIDARITE JEUNES		25 96 45 / 23 20 65	1995	Enfants des rues, soins, aide psy et juridique	BF
ASSO TRAIT D'UNION DES JEUNES BURKINABE	Pissy, Tampouy	26 72 41 / 34 44 09	1999	Alphab et réinsertion enf des rues + IST	BF
BUREAU DE COORD DES ASSO DE LUTTE CONTRE LE SIDA (BURCASO)			2001	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
BUREAU DES INITIATIVES POUR L'ENFANCE	1200 log	62 44 64	2001	Enf des rues, prise en charge et éducation	BF
CENTRE CANADIEN D'ETUDE ET DE COOPERATION INTERN.	Zone du bois	36 29 92	1985	Santé communautaire	CA

(CECI)					
CENTRE DE REINSERTION SOCIALE DES ENFANTS	Bilbalogho	61 08 61 / 31 00 44		tabac (sensibil), SIDA (prév + prise en ch)	BF
CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE - CROIX ROUGE FRANCAISE				Prise en charge SIDA	BF
CENTRE D'INFORMATION, DE CONSEIL ET DE DOCUMENTATION (CICDoc)		36 96 90	1998	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
CENTRE KAMB-ZAKA, enfance en péril	Kologho-Naba	65 15 79	1998	Prise en ch psy, médicale et scolarisation	BF
CERCLE D'ASSISTANCE, DE FORMATION, D'EMPLOI ET DE STAGE (CAFES)	Sect 5, maternité	31 42 34	1994	SIDA, IST : prévention + prise en charge	BF
CHRETIENS POUR LE SAHEL	Patte d'oie	38 46 17 / 38 40 64		Appui aux asso de lutte contre le SIDA	LUX
CHRISTIAN CHILDREN FOUND OF CANADA	Dassasgo	36 91 60	1997	Prise en ch. des enfants à Nioko	CA
CHRISTIAN RELIEF AND DEVPT ORGANIZATION (CREDO)	Gounghin, stade	34 40 98	1992	Enf des rues, prise en ch des réfugiés	USA
COMMISSION SOCIALE JEAN XXIII	Quartiers Saints	30 72 09	1973	Centre d'accueil (alphab, pharmacie)	BF
COORD DES ASSO DE SOUTIEN AUX PERS INFECTEES PAR LE VIH (CAS/VIH)			1998	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
CROIX ROUGE BELGE	Dassasgo	37 12 87	1997	Enfants des rues : alphab, soins, activités	BEL
DIALOGUE SIDACTION	Pissy	26 31 12		SIDA : prévention + prise en charge	BF
DJIGUI	1200 log	23 30 33		SIDA : prévention + prise en	BF

				charge	
ENTRAIDE FEMININE BURKINABE (EFB)	Gounghin	34 38 44	1969	Education et sensibilisation des jeunes filles	BF
FAMILY CARE INTERNATIONAL	Zone du bois	36 93 58		Aide au support film pour sensibilisation	USA
FEMMES EN ACTION	Pissy	23 80 09		Dépôt pharmaceutique et soins	BF
FONDATION ISLAMIQUE INTERNATIONAL DE CHARITE	Hamdalaye	34 34 68 / 20 34 39		Soutien financier et matériel au dispensaire	KOW
FONDATION L'HYMNE AUX ENFANTS	Zogona	36 12 35	1997	Noma et autres pathologies "d'exclusion"	SUI
GRAINE DE GENIE				Prévention SIDA	BF
HANDICAP INTERNATIONAL	Samandin	33 14 95 / 33 24 83	1990	Soutien aux asso travaillant avec handicapé	FR
HELEN KELLER INTERNATIONAL (HKI)	Gounghin nord	34 02 60		Ponctuellement appui aux DS en nutrition	USA
INITIATIVE PRIVEE COMMUNAUTAIRE CONTRE LE VIH/SIDA AU BF (IPC)	Patte d'oie	38 03 64		soutien techn et financ aux asso + formation	BF
JEUNESSE DU MONDE	1200 logements	61 33 00	1999	Appui aux structures-accueil enf des rues	CA
JEUNESSE SOLIDARITE CHAINE DE L'AMITIE (JSCA)	Dassasgo	23 11 12		Centre de prise en charge (SIDA)	BF
KASABATI		25 71 56		Appui aux associations	BF
LA BERGERIE, FOI, UNIVERS, COMPASSION	Pissy	34 41 51		SIDA : prévention + prise en charge	BF
LA MAISON DU CŒUR	Cissin	38 22 92	1987	enf des rues et filles-mères + SIDA	BF
LAAFI LA VIIM (A.LA.VI))	Wemtenga	30 54 03 / 36	1995	SIDA : prévention + prise en	BF

		91 16		charge	
L'ARCHE NONGR MAASEM	Tanghin / Nemné	31 04 35	1978	Prise en ch des pers hanicapées, éveil, éduc	BF
MEDECINS SANS FRONTIERES Luxembourg	Gounghin (siège)	31 22 82 / 34 06 52	1995	Enf des rues (Koulouba) + SIDA (Pissy)	LUX
MEDICUS MUNDI CATALOGNE				Prévention et conseil dépistage SIDA	ESP
MOUVEMENT ATD QUART MONDE	Cour 100 métiers	30 79 40		Enfants des rues, lutte contre la pauvreté	FR
MWANGAZA ACTION	Zogona	36 07 70		Planning familial (contraception)	BF
ORGANISATION CATHOLIQUE POUR LE DEVPT ET LA SOLIDARITE (OCADES)	Wemtenga	37 00 34 / 43 01 76	1998	Appui aux structures de soins privés catho	BF
ORGANISATION DA'AWA ISLAMIQUE	Gounghin	34 52 52		Prise en charge des orphelins et veuves	SOU D
PHARMACIENS SANS FRONTIERES-Comité international	Cité An III	30 37 63		Appui technique et financier aux DS et PEV	FR
PHYTOSALUS COOPERATIVE D'HERBORISTERIE DE PABRE	Dapoya	31 53 97 / 33 03 39	1993	promotion de la pharmacopée traditionnelle	BF
PLAN BURKINA	Patte d'oie	38 55 81		SIDA sensibilisation	BF
POPULATION SERVICE INTERNATIONAL BURKINA	Dassasgo	36 45 47 / 36 45 48	1998	Produit et sce de santé mis à dispo des pop	USA
POPULATIONS SANTE DEVELOPPEMENT	1200 logements	36 25 48		SIDA : prévention + prise en charge psy	BF
PROJET BAPTISTE AU BURKINA	Koulouba	31 49 83	1971	Comité de lutte contre le SIDA	USA
PROMO-FEMMES / DEVPT SOLIDARITE	1200 logements	36 96 94	1982	sensibilis SIDA, santé maternelle	BF

				et infantile	
PROMOTION AVEUGLES ET MALVOYANTS	Gounghin	34 33 86 / 20 36 99		Ponctuellement SIDA + planning famil	BF
PROMOTION DES PERSONNES DEFAVORISEES	Gounghin nord	34 16 42		Prévention SIDA	BF
PROTECTION ET RESTAURATION DE L'ENVIRONNEMENT	Dassasgo	27 26 94 / 36 58 57		Ponctuellement SIDA, prévention	BF
RESEAU AFRICAIN DES JEUNES CONTRE LE SIDA (RAJS)			2001	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
RESEAU DES ASSO DE LUTTE CONTRE LES IST ET LE SIDA (RALIS)			2001	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
RESEAU NATIONAL PR UNE GDE IMLPLICATION DES PERSONNES... (REGIPIV)			2001	Réseau d'asso de lutte contre le SIDA	BF
SAMU SOCIAL	Hôpital pédiatrique	81 97 07		Soins primaires pour enf dans les quartiers	BF
SANTE SOLIDARITE AFRIQUE	Nonsin	24 57 99 / 35 31 49		Education à la santé	FR
SECOURS DENTAIRE INTERNATIONAL	Dassasgo	36 46 15		Prév et prise en charge en santé dentaire	SUIS
SECOURS POPULAIRE Français	Bilbalogho	31 36 70		Centre de soins, éducation sanitaire	FR
SIRA YIRI	Dapoya	60 94 79		Insertion sociale des enfants des rues	BF
SOS OMS-Orphelins et malades du SIDA				SIDA	BF
SOS SIDA JEUNESSE MOBILISEE	Sect 20	31 48 20 / 35 16 45	1992	SIDA : prévention + prise en charge	BF

TAAB YINGA	Patte d'oie	26 29 75 (M.Sow)	2002	hébergement enfants des rues et formation	BF
UNION DES ROUTIERS BURKINABE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (URBLS)	Pissy	34 71 49 / 25 49 69		SIDA : prévention + prise en ch. des routiers	BF
VIE POSITIVE		23 67 74 / 63 75 33		SIDA : prévention + prise en charge	BF
VIGILANCE	Gounghin, lycée	34 23 25		SIDA : prévention + prise en charge	BF
VILLAGE D'ENFANTS SOS DANS LE MONDE	Polsogho	30 72 98 / 35 79 67		Infirmierie pour ZI, quartiers Ouaga	FR
YAMWEKRE	Bilbalogho	31 33 77 / 23 87 10		Prise en charge	BF
ZEMS TAABA	Dapoya	33 22 91 / 85 67 76		Prise en charge	BF

Tableau 2 – Répertoire des associations intervenant à Ouagadougou dans les secteurs sanitaire et social (associations non contactées)

NOM DE L'ASSOCIATION	LOCALISATION	TELEPHONE	DATE	ACTIVITES	PAYS
<i>(en gras, les associations au statut d'ONG)</i>					
ACTION SAHEL					
ACTION SOLIDARITE FEMMES ET ENFANTS	Pissy				BF
AGENCE DES MUSULMANS D'AFRIQUE	Dassasgo				KOW
AGENCE INTERNATIONALE POUR LE DEVPT SECTION BF		32 61 40 / 41 / 42			FR
AMICALE DES FEMMES DE LA CITE SONG TAABA	Cissin			Ponctuellement SIDA	BF
AMICALE POUR LA PROMOTION DE L'EQUILIBRE SOCIAL			1991	SIDA : prévention en milieu scolaire	BF
ASSEMBLEE SPIRITUELLE NATIONALE DES BAHAIS DU BF					USA
ASSO AIDS ENEMIES	Cité An III, porte 87			Ponctuellement SIDA	BF
ASSO ALERTE				Ponctuellement SIDA	BF
ASSO BAO-WEND-MANEGRE			2000	Socio-sanitaire	BF
ASSO BURKINABE DE SOUTIEN AUX VICTIMES DU SIDA			1993	SIDA : prévention + prise en charge	BF
ASSO BURKINABE DES SAGES-FEMMES	route de l'hôpital			entraide, hygiène, formation	BF
ASSO BUUD NOOMA NAMANEGBZANGA	Pissy		2001	Information sur l'excision, le SIDA	BF
ASSO CLUB UNIVERSEL DES JEUNES PLANETIENS DE OUAGA			2002	Information sur les IST et le SIDA	BF

ASSO COMMUNAUTAIRE POUR LE BIEN ETRE DES ENF ET FEMMES	Boulmiougou		2001		BF
ASSO D'AIDE AUX MALADES DEMUNIS ET DU SIDA			2002	Orientation des malades vers spécialistes	BF
ASSO D'AMITIE ET DE SOUTIEN AUX PARSONNES DESHERITEES	Dassasgo		2000	Cible : membres de l'asso	BF
ASSO DEL-WENDE DES FEMMES DU SECTEUR 21	Sect 21		2001		BF
ASSO DES EGLISES EVANGELISTES REFORMEES DU BF					BF
ASSO DES FEMMES DU SECTEUR 30	Sect 30		1988	éducation à la santé	BF
ASSO DES JEUNES DE KILWIN POUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION	Kilwin		2002	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO DES JEUNES DE SIG-NOGHIN POUR LA LUTTE ANTI SIDA	Sig-noghin		2001	Lutte contre le SIDA et l'excision	BF
ASSO DES JEUNES ENGAGES DE KOSSODO FACE AU SIDA			2002	Lutte contre le SIDA	BF
ASSO DES JEUNES ISLAMIQUES TIDJANIA NOUROUL ISLAM			2002	Info sur le VIH / SIDA	BF
ASSO DES JEUNES POUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT				Santé publique	BF
ASSO DES JEUNES POUR LE DEVPT DE DAYOUBSO	Dayoubso		2002		BF
ASSO DES NATIONS UNIES - SERVICE INTERNATIONAL (UNAI)		31 17 45			GB
ASSO DES TRADIPRATICIENS ET HERBORISTES DU KADIOGO			2001		BF
ASSO DES VOLONTAIRES DE LUTTE CONTRE LE SIDA		30 09 49		SIDA : prévention + prise en charge	BF
ASSO ENERGIE JEUNE POUR L'ENVIRON. ET LE BIEN ETRE SOCIAL				Aide aux personnes démunies	BF

ASSO ENFANTS DE DIEUX			2000	Réinsertion des enfants des rues	BF
ASSO EVANGELIQUE POUR LA PROMOTION DES SOURDS					BF
ASSO EVANGELIQUE TEEL-TAABA			2000	Lutte contre malnutrition des nourrissons	BF
ASSO FEMININE BASYARDA			2000	Cible : femmes et jeunes filles du sect 30	BF
ASSO FEMININE POUR L'ENTRAIDE ET LE DEVPT COMMUNAUTAIRE			2000	Cible : enfants, orphelins, enfants délaissés	BF
ASSO FEMININE WENDSONGDA			2000	Cible : enfants, jeunes filles et femmes	BF
ASSO FEMMES EDUCATRICES ET DEVELOPPEMENT				Ponctuellement SIDA	BF
ASSO FEMMES, ESPOIR ET SOLIDARITE DU FASO			2001	Cible : pop. Féminine et membres de l'asso	BF
ASSO GUESIWEND-BALA DU SECTEUR 30	Sect 30		2002	Information autour de la santé	BF
ASSO HOMMES SANTE TROPIQUES					FR
ASSO JEUNESSE UNIES POUR LA PROMOTION SOCIALE			2001	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO KOUL-BIISSO WAZEELE			2002	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO LAAFI-REGTAORE DE BOGODOGO	Bogodogo		2000	Soins de santé	BF
ASSO LABANCOYOUMA				Lutte contre l'excision	BF
ASSO LAGM-TAABA-TUM-BEOG-YIIGA			2001	Cible : membres de l'asso	BF
ASSO LAIQUE D'AIDE ET D'INITIATIVES AUX MARGINAUX			2001		BF
ASSO LES VOIX DE L'ESPERANCE		24 56 21			BF
ASSO MALGUE-YAGLEM DU SECTEUR 17	Pissy		2000	Entraide entre les membres de l'asso	BF
ASSO MATERNITE SANS RISQUE					BF

ASSO MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO			2002	Amélioration et promo des soins de santé	BF
ASSO NABONSWENDE NE MANEGRE	Somgande		2002	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO NAMALGBZANGA DE SOMGANDE	Somgande		2002	Santé et assainissement	BF
ASSO NATAAB ZANGA	Dapoya		1999	Réinsertion des enfants (formation et éducat)	BF
ASSO NOOM-WENDE DU SECTEUR 27	Wemtenga		2000	Cible : pop. féminine du secteur	BF
ASSO PAQUISTO DE CISSIN TANG-SEIGA	Cissin tang-seiga		2001	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO POUR LA PROMO DES FEMMES DE KILWIN PAAGA LA ZAAKA	Kilwin		2002	Information autour de la santé	BF
ASSO POUR LA PROMOTION DE LA JEUNESSE AFRICAINE			1994	SIDA : prévention auprès des étudiants	BF
ASSO POUR LA PROMOTION DE L'ALIMENTATION INFANTILE AU BURKINA	Wemtenga	31 41 09			BF
ASSO POUR LA RECHERCHE DU DVPT DES JEUNES DU BURKINA			2002	VIH / SIDA	BF
ASSO POUR LA REHABILITATION DES HANDICAPES DU BF		33 20 28	1976		BF
ASSO POUR LE BIEN ETRE DE L'ENFANT DE LA RUE			2001		BF
ASSO POUR LE BIEN ETRE DES POPULATIONS RURALES				Planning famil., lutte IST et excision	BF
ASSO POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE LA FEMME			2002		BF
ASSO POUR LE DEVPT ET L'EPANOUISSEMENT DE LA JEUNESSE			2001		BF

ASSO POUR LE DVPT, LA SOLIDARITE ET LA COOPERATION		33 28 37			BF
ASSO POUR L'ENTRAIDE DES ENFANTS JUMEAUX DE OUAGA			2000	Apporter des solutions aux pb des jumeaux	BF
ASSO PR LE SOUTIEN, L'ENCADR ET LE SUIVI DES DETENUS ET EDR		30 12 08		Enfants des rues	BF
ASSO SIDKEATA DES TRADIPRATICIENS DU SECTEUR 17	Pissy		2001	Collabor médecine moderne et traditionnelle	BF
ASSO SOLIDARITE AFRIQUE DE L'OUEST					ALL
ASSO SOLIDARITE ECOLE ET SOUTIEN FAMILIAL	Pissy				BF
ASSO SONG-TAABA DU SECTEUR 17	Pissy		2000	Réinsertion sociale	BF
ASSO TEEGA-WENDE POUR LE DVPT DES HANDICAPES VISUELS			2002		BF
ASSO TEEGAWENDE VEUVES ET ORPHELINS				Promotion sociale et lutte contre maladies	BF
ASSO TIETAA POUR LE DEVELOPPEMENT			2001	IST et SIDA	BF
ASSO VIVE LES AMIS DU KADIOGO			2000	Lutte contre le SIDA et les IST	BF
ASSO WENDPANGA DE LOUBA				Ponctuellement SIDA	BF
ASSO WEND-WAOGA DES COMMERCANTS DU SECTEUR 10			2001	promotions des activités sanitaires	BF
ASSO WUSGO PEEGDA			2001	Soutien des femmes et enfants abandonnés	BF
ASSO YAQB-NAAGDA DE BISSIGHIN	Bissighin		2001		BF
ASSO YERELON DU SECTEUR 17	Pissy		2002	Information sur les IST et le SIDA	BF
ASSO YII-MASSIN			2002	Pop cible : jeunesse	BF
ASSO ZEMS-TAABA POUR L'ENTRAIDE ET L'EPANOUISSEMENT DES FEMMES			2001	Lutte contre l'excision et le SIDA	BF

BOOXEND SOMDE DU SECTEUR 27	Wemtenga		2000	Cible : pop. De Toeghin et Ouidi	BF
CAMPO DI LAVORO PER IL SANTO NATALE					ITA
CENTRE D'ANIMATIONS EDUCATIVES ET SOCIALES					BF
CENTRE DE COOPERATION INTERN. DE SANTE ET DEVELOPPEMENT				Lutte contre le SIDA	BF
CLUB DES ELEVES DE LA SANTE POUR LA LUTTE ANTI-SIDA				SIDA : prévention auprès des jeunes	BF
COAL DES FAMILLES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET LA PAUVRETE			2001		BF
COMITE CATHOLIQUE CONTRE LA FAIM ET POUR LE DEVPT (CCFD)				Social	FR
CONSTRUIRE LE BURKINA				Tous secteurs	BF
COORD. NATal DES ACTIONS DU CONSULAT HELMUT TROITZASCH					ALL
DIRECT AID INTERNATIONAL TRUST		31 04 56			GB
EAU AGRICULTURE ET SANTE EN MILIEU TROPICAL	Derrière Silmandé				FR
ENSEMBLE CONSTRUISONS UN AVENIR MEILLEUR PR NOS ENFANTS			2001		BF
ENTRAIDE INTERIE DES SCOUTS DE LA REGION DES CLUSES					FR
FEDERATION DES FEMMES DU BURKINA					BF
GENERATION SOLIDAIRE				Soutien aux personnes âgées, lutte diabète	BF
GROUPE DE RECHERCHE D'ACTION POUR UN DVPT		30 32 92			BF

ENDOGENE...					
GROUPE MARIA DU SECTEUR 19	Nonsin		2000	Cible : membres de l'asso	BF
GROUPEMENT TEGA WENDE			1984	éducation à la santé	BF
JAPAN BURKINA FASO FRIENDSHIP ASSOCIATION		30 77 92			JAP
KINESITHERAPEUTE DU MONDE					FR
LES PUISATIERS					FR
LIGUE MONDIALE ISLAMIQUE		30 47 65			A.SAO U
LION'S CLUB INTERNATIONAL (SECTION BURKINABE)		31 45 98			BF
MISSION INTERNATIONAL EL BETHEL					FR
MOUVEMENT POUR LA PAIX, LE DESARMEMENT ET LA LIBERTE					ESP
MUTUELLE DE SANTE DU KADIOGO			2001		BF
NAMANEGBZANGA			2000	Cible : membres de l'asso	BF
NE PECHE PLUS				Lutte contre le SIDA et réinser prostituées	BF
NEB-NOOMA	Pissy		2000	Social, pop. Féminine du sect 17	BF
ORG. DE LA JEUNESSE AFRICAINE POUR LE DVPT ET L'INTEGRATION	Samandin			Ponctuellement SIDA	BF
ORG. POUR LA PLANIF. ET LA PROMOTION DES ACTIONS LOCALES				Santé publique	BF
ORTHOPEDIE SANS FRONTIERES					FR
ORTHOPEDISTES DU MONDE					FR
OXFAM UNITED KINGDOM AND IRELAND		36 18 07	1974	ONG d'appui	GB
PALINGWENDE DES VEUVES DU SECT 28	Dassasgo		2000	Cible : membres de l'asso	BF

POPULATION COUNCIL		33 57 95			USA
PROJET FEMMES ET SANTE		36 59 55	1988	SIDA : prévention	BF
PROMOTION ECONOMIQUE ET SOCIALE				Ponctuellement SIDA	BF
PROMOTION JEUNESSE AFRICAINE ET DEVELOPPEMENT				Ponctuellement SIDA	BF
REHABILITATION ET REINSERTION DES MARGINAUX		21 21 29			BF
RELWENDE	Somgande			Ponctuellement SIDA	BF
SANTE POUR TOUS				SIDA : prévention + prise en charge	BF
SERVICE DES VOLONTAIRES ALLEMANDS		30 20 88			ALL
SOLIDARITE JEUNESSE POUR ENTRAIDE SOCIALE	Wemtenga				BF
SOS HUMANITE			1992	SIDA : prévention	BF
SOUGRI-NOOMAN SU SECTEUR 28	Dassasgo		2000	Cible : membres de l'asso	BF
SRK / AIDE A L'ENFANCE					P.BAS
TERRE DES HOMMES SUISSE GENEVE					SUIS
TERRE DES HOMMES SUISSE LAUSANNE		31 64 67			SUIS
URGENCE SANTE EUROPE BURKINA		43 65 86			FR
VILLAGES SANS FRONTIERES		31 41 20			BF
WEND BENEDO				Ponctuellement SIDA	BF

Tableau 3 – Associations spécialisées dans la lutte contre le SIDA intervenant à Ouagadougou

Nom de l'association	Activités principales	Nationalité	Début des activités
Association African Solidarité – AAS	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	1991
Association des jeunes en croisade contre le SIDA	Prév.	Burkinabè	1997
Association des Femmes Africaines Face au SIDA – AFAFSI	Prév. / PEC	Burkinabè	1994
Bureau de Coordination des Associations de lutte contre le SIDA	Coordination	Burkinabè	2001
Centre de traitement Ambulatoire (CTA)	PEC	Burkinabè	2000
Centre d'Information, de Conseil et de Documentation – CICDoc	Coordination / Appui / CDVA	Burkinabè	1998
Coordination des Associations de Soutien aux personnes infectées par le VIH/SIDA – CAS/VIH	Coordination	Burkinabè	1998
Dialogue Sidaction	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	
Djigui	Prév. / PEC	Burkinabè	
Ensemble Contre le SIDA – ECS	Appui	Française	1994
Initiative Privée Communautaire contre le VIH/SIDA – IPC	Appui aux associations	Burkinabè	1994

Jeunesse Solidarité Chaîne de l'Amitié – JSCA	PEC	Burkinabè	
Kasabati	Appui aux associations	Burkinabè	2003
La Bergerie, Foi, Univers, Compassion	Prév. / PEC	Burkinabè	1994
Nom de l'association	Activités principales	Nationalité	Début des activités
Laafi La Viim – ALAVI	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	1995
Réseau africain des jeunes contre le SIDA – RAJS	Coordination	Burkinabè	2001
Réseau des associations de lutte contre les IST et le SIDA – RALIS	Coordination	Burkinabè	2001
Réseau national pour une grande implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA – REGIPIV	Appui à la création d'associations	Burkinabè	2001
SOS OMS – orphelins et malades du SIDA	Prév./ PEC orphelins	Burkinabè	
SOS SIDA jeunesse mobilisée	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	1992
Union des routiers burkinabè de lutte contre le SIDA – URBLIS	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	1993
Vie positive	Prév. / PEC / AGR	Burkinabè	2000
Vigilance	Prév. / PEC	Burkinabè	1996

Yamwekre	PEC	Burkinabè
Zems taaba	PEC	Burkinabè

Prév. Prévention

PEC Prise en charge

CDVA Conseil dépistage volontaire anonyme (comme seul volet de PEC développé)

AGR Activités génératrices de revenus

Tableau 4 – Associations ayant développé un volet de lutte contre le SIDA intervenant à Ouagadougou

Nom de l'association	Activités principales	Nationalité
Apes – femmes	Prév.	Burkinabè
Association burkinabè action solidarité femmes / enfants	Prév. / PEC orphelins / AGR	Burkinabè
Association Burkinabè des Infirmières – ABI	Prév. / PEC	Burkinabè
Association Burkinabè pour la Survie de l'Enfance – ABSE	PEC orphelins	Burkinabè
Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial – ABBEF	Prév.	Burkinabè

Associations des Enfants et Jeunes Travailleurs du Burkina – AEJTB	Prév.	Burkinabè
Associations des femmes unies pour le développement	Prév. / PEC orphelins / AGR	Burkinabè
Association des Jeunes pour la Promotion des Orphelins – AJPO	Prév. / PEC	Burkinabè
Association des Veuves et Orphelins du Burkina Faso – AVOB	Prév. / PEC	Burkinabè
Association des volontaires pour le développement, l'autopromotion et la solidarité	Prév.	Burkinabè
Association Johnson Nkosi – élèves et étudiants du Burkina	Prév. / PEC	Burkinabè
Association Managre Nooma pour les Orphelins – AMPO	PEC orphelins	Allemande
Association pour la paix et la solidarité	Prév. / PEC	Burkinabè
Association pour l'épanouissement des jeunes	Prév.	Burkinabè
Nom de l'association	Activités principales	Nationalité
Association trait d'union des jeunes burkinabè	Prév.	Burkinabè
Centre de réinsertion sociale des enfants	Prév. / PEC	Burkinabè
Cercle d'Assistance, de Formation, d'Emploi et de Stage – CAFES	Prév. / PEC	Burkinabè

Chrétien pour le Sahel	Appui aux associations	Luxembourgeoise
Graine de Génie	Prév.	Burkinabè
La maison du cœur	Prév.	Burkinabè
Médecins Sans Frontières – Luxembourg – MSF	PEC	Luxembourgeoise
Medicus Mundi Catalogne	Prév. / CDVA	Espagnole
Plan Burkina	Appui à AFAFSI	Burkinabè
Populations santé développement	Prév. / PEC	Burkinabè
Promo-Femmes / Développement Solidarité	Prév.	Burkinabè
Promotion aveugles et malvoyants	Prév.	Burkinabè
Promotion des personnes défavorisées	Prév.	Burkinabè

Prév. Prévention

PEC Prise en charge

CDVA Conseil dépistage volontaire anonyme (comme seul volet de PEC développé)

AGR Activités génératrices de revenus
