

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
ÉCOLE DOCTORALE «LANGAGES, ESPACES, TEMPS, SOCIÉTÉS»

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en
SOCIOLOGIE

LA PROBLÉMATIQUE DE L'ACTION PUBLIQUE AU TOGO
ÉTUDE DE CAS : LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Présentée et soutenue publiquement par

Monsieur Tossou ATCHRIMI

le 4 décembre 2008

Sous la direction de M. le Professeur **Gilles FERRÉOL**

Membres du jury :

DUPONT Yves, Professeur émérite à l'université de Caen (*rapporteur*)

FERRÉOL Gilles, Professeur à l'université de Franche-Comté (LASA)

JACQUES-JOUVENOT Dominique, Professeur à l'université de Franche-Comté (LASA)

MAMONTOFF Anne-Marie, Maître de conférences à l'université de Perpignan

RIVIÈRE Claude, Professeur émérite à l'université de Paris-V Sorbonne (*rapporteur*)

À

**LA MÉMOIRE DE SIMPLICE KOUTCHORO, MON FRÈRE, PLUS
QUE JAMAIS ABSENT...**

À

MON PÈRE

À

MA MÈRE

À

AMA

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ici mes plus sincères remerciements et mon entière gratitude à Monsieur le professeur Gilles FERRÉOL directeur de cette recherche. La constance avec laquelle il sut, tout à la fois, m'encourager et m'aiguillonner, se révéla extrêmement précieuse dans le cheminement de mon travail, tout autant que le furent ses conseils avisés et son indéfectible disponibilité. Un autre directeur peut-être, faisant preuve des qualités susmentionnées, aurait estimé ne pas devoir faire montre d'autorité. Sachant parfaitement ce que « diriger » veut dire, Monsieur le professeur Gilles FERRÉOL sut en jouer quand elle s'avéra nécessaire.

Mes remerciements vont à tous les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Je me permets de rendre un hommage tout particulier au professeur émérite Claude RIVIÈRE, ce travail est le fruit de l'ensemble de son œuvre au Togo.

À mes parents, j'adresse ici toute ma reconnaissance. Leur enthousiasme, non moins que leurs prières, auront été autant de témoignages qui m'auront grandement aidé dans les moments de doute et de difficulté. De la même manière, je rends grâce à mon épouse Ama de m'avoir prodigué tant de patience et de soutien. Qu'elle sache qu'en dépit de la distance, bien souvent je me suis appuyé sur elle.

Qu'il me soit ici permis de mentionner les prénoms de mes deux enfants, Kévin et Karen. Quoique bien loin de moi, leur visage m'est souvent apparu au fil de ces pages.

Le prénom Amè doit figurer ici, preuve de ma gratitude pour celle qui le porte.

Mesdemoiselles Séverine Jusserand, Chloé Langeard et Danielle Étékpò bien souvent sollicitées, ont accepté de consacrer beaucoup de leur temps à la relecture critique de ces pages. Je m'en serais voulu de ne pas les mentionner.

Ces remerciements ne seraient pas complets s'ils omettaient de citer Monsieur Francisco Napo-Koura, ami de toujours et dont l'amitié une fois encore s'est trouvée illustrée par son implication et son dévouement. Bon nombre des contacts que j'ai eus lors de mes recherches n'auraient pas été possibles sans lui.

Enfin, je voudrais témoigner de l'estime dans laquelle je tiens MM. Godefried Lawson, ancien président d'Espoir Vie-Togo, Louis Odah Djangbo, chef du département information et diffusion à la Croix Rouge Togolaise et Blaise Sédoh, coordinateur du projet SIDA au sein du même organisme. Sans leurs contributions, ce travail aurait perdu de sa valeur, si tant est qu'il en ait.

Ne figurent pas ici toutes les personnes de mon entourage, parents et amis – qui ont participé à l'élaboration de ce travail, parfois même sans s'en douter, et qui, à un titre ou à un autre, m'ont soutenu et aidé. La liste en aurait été trop longue et néanmoins sans commune mesure avec la place qu'ils occupent dans ma mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	5
INTRODUCTION.....	10
1. Construction de la problématique	12
1.1. Énoncé du problème.....	12
1.1.1. L'État et la société civile en action	14
1.1.2. Le temps des associations	16
1.1.3. La question de la légitimité	20
1.2. Formulation des hypothèses.....	23
2. Méthodologie de la recherche	26
2.1. Présentation	26
2.2. Le terrain	27
2.3. La rencontre avec les volontaires.....	29
2.4. Les données d'enquête	29
2.4.1. La collecte des informations	29
2.4.2. L'analyse des données	30
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION HISTORIQUE ET SOCIOPOLITIQUE DU TOGO	31
CHAPITRE I : DE LA CONQUÊTE COLONIALE À L'INDÉPENDANCE	32
1. Du Togo allemand à la conquête franco-britannique	33
1.1. Le contexte	33
1.2. Le tournant	33
1.3. L'implantation.....	33
1.4. Les traités	34
1.5. L'administration allemande	35
2. Le Togo entre 1914 et 1918	38
3. Le Togo français : 1919-1960	39
3.1. La période mandataire : 1919-1946	39
3.1.1. L'administration française	42
3.1.2. La tutelle : 1946-1960	43
3.2. Une conquête problématique.....	44
3.3. Le problème éwé	45
3.4. L' <i>ablodé</i>	46
CHAPITRE II : DU TOGO INDÉPENDANT À LA DICTATURE MILITAIRE	48

1. Le régime Olympio	49
1.1. Les grands projets du nouveau président	49
1.2. Le désenchantement	50
2. Le coup d'État du 13 janvier 1963 : un tournant décisif.....	52
2.1. Le retour de Grunitzky : l'homme du compromis	54
2.2. Le régime militaire	55
2.2.1. L'irrésistible ascension du timonier national	55
2.2.2. La création du parti ou la « légitimation du pouvoir militaire » ...	57
2.2.3. Le mythe de la libération nationale	58
2.2.4. La politique des grands travaux	59
3. De la démocratie au Togo	62
3.1. Le nouveau paysage sociopolitique	63
3.1.1. Les partis	63
3.1.2. L'espace dit apolitique	64
3.2. La Conférence nationale	67
3.3. Les élections de 1993 et les désillusions du changement	70
CHAPITRE III : DONNÉES GÉOGRAPHIQUES, CULTURELLES ET ÉCONOMIQUES.....	74
1. Situation physique	75
1.1. Un climat de type tropical	75
1.2. Géographie humaine	77
2. La diversité ethnique	77
3. Langues et pratiques religieuses.....	79
4. Les religions nouvelles : l'islam et le christianisme	81
5. L'importance de la chefferie	82
5.1. Le pouvoir traditionnel avant la colonisation.....	82
5.2. Pendant la colonisation	85
5.3. Un pouvoir en perte de vitesse	86
5.4. Une autorité « dévaluée ».....	87
6. Le cercle de la sexualité et de la vie conjugale	88
6.1. Le mariage et le rite de la virginité	88
6.2. La polygamie.....	89
6.3. Le sororat	90
6.4. Le lévirat	90
7. Conception de la maladie	90
7.1. Une logique à l'épreuve de la modernité	90
7.2. Le cas des Éwé	92
8. L'économie togolaise	96
8.1. L'agriculture.....	96
8.2. Le café et le cacao	97
8.3. Le coton.....	97
8.4. L'élevage et la pêche.....	97
8.5. Les techniques agricoles	98
8.6. Les secteurs miniers et industriels.....	98
8.6.1. Le phosphate	98
8.6.2. Le port autonome de Lomé	99
8.6.3. La zone franche	99

8.6.4. Le Togo est-il un pays pauvre ?	100
9. Éducation et santé	102
9.1. L'éducation	102
9.2. La situation sanitaire	103
9.2.1. Des efforts non négligeables	103
9.2.2. Des moyens insuffisants et inégaux	103
9.2.3. Les indicateurs de santé	104
DEUXIÈME PARTIE : REPÈRES GÉNÉRAUX	106
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU SIDA	107
1. Histoire d'une pandémie	108
2. Un affront insupportable	112
3. Un problème étiologique	114
4. Sida et pratiques médicales	116
5. Des réponses lentes	120
CHAPITRE V : UN CORPUS THÉORIQUE	121
1. La notion d'État	122
1.1. Définition	122
1.2. La question de l'État en Afrique	123
1.3. De l'existence de l'État	125
1.4. L'État et société civile face à l'épidémie du sida	128
2. Sciences sociales et sida	134
2.1 Sida : un enjeu nouveau pour la science politique	135
2.2. Le rôle de l'anthropologie	140
3. Pratiques associatives et théories sociologiques	145
3.1. Le modèle utilitariste	145
3.2. Le paradigme du don	148
3.3. La sociologie compréhensive de Max Weber	150
3.4. De la sociologie des organisations : la bureaucratie associative	153
4. La problématique de l'individu	156
4.1. Individu et société	156
4.2. L'individu en Afrique	158
4.3. Corps et individu	159
4.4. De l'expérience individuelle à l'action collective	161
TROISIÈME PARTIE : LE CADRE DE L'ÉTUDE ET LES ACTEURS DE TERRAIN	165
CHAPITRE VI : LE CADRE DE L'ÉTUDE	166
1. Lomé, la capitale du Togo	167
1.1. Définition	167
1.2. La capitale, résidence du souverain et siège du pouvoir	167
1.3. Capitale macrocéphale d'un petit pays	168
1.4. Cadre physique	168
1.5. Composition ethnique et croissance démographique	170
1.6. Les activités professionnelles	171
1.7. Les Nanas Benz de Lomé	172

1.8. Une richesse occulte ?	173
1.9. La prostitution	174
1.9.1. La prostitution de proximité.....	174
1.9.2. La prostitution ambulante	175
1.9.3. Le multi-partenariat sexuel	175
1.10. Le sida dans la cité	175
1.11. Les infrastructures sanitaires.....	177
2. Présentation de notre échantillon	178
CHAPITRE VII : LE SIDA DANS L'ESPACE PUBLIC : ÉTAT, ONG,	
ASSOCIATIONS ET PARTENAIRES INTERNATIONAUX	187
1. L'État : un acteur clé	189
1.1. La création du PNLS et du CNLS	189
1.2. Des compétences mal identifiées pour une gestion problématique	191
2. Une lutte « sous embargo »	195
3. L'association Espoir Vie-Togo ou le pouvoir des malades	198
3.1. Rompre le silence	199
3.2. Se donner une nouvelle image	201
3.3. Le malade acteur	204
3.3.1. Les visiteurs à domicile (VAD)	209
3.3.2. Les visites à l'hôpital (VAH)	209
3.3.3. Les groupes de paroles : la formation d'une trajectoire collective	211
4. Le réseau RAS+ Togo	214
5. La Croix-Rouge togolaise (CRT) : du secourisme à la lutte contre le sida	218
5.1. Une petite note d'histoire	218
5.2. Organisation et fonctionnement de la CRT	220
5.3. Administration et gestion des volontaires	223
5.4. L'organisation du secours et la gestion des catastrophes.....	224
5.5. Information et diffusion	224
5.6. L'organisation de la santé	225
5.7. Le projet sida.....	227
5.7.1. Les pairs éducateurs	227
5.7.2. Le recrutement et la formation des volontaires.....	228
5.7.3. Le recours aux professionnels salariés ou le dilemme associatif..	232
5.7.4. L'information, un outil essentiel de prévention	238
5.7.5. Des compétences remises en cause	239
6. Les religions face au défi	240
7. Les guérisseurs dans l'arène.....	245
8. Le rôle des médias.....	252
9. L'acteur international	254
9.1. À propos des ONG	254
9.1.1. La question du développement	256
9.1.2. Les ONG et l'aide au développement.....	257
9.1.3. La solidarité comme valeur ajoutée	258
9.1.4. Le développement au cœur de l'action	259
9.1.5. Au niveau des idées et des pratiques sur le terrain.....	260
9.2. La communauté internationale au Togo.....	261
9.2.1. Le 25 janvier 1993	262

9.2.2. Un espace concurrentiel	265
10. De la réalité des chiffres.....	270
11. Le Fonds mondial.....	272
11.1. L'épineuse question des ARV.....	272
11.2. Mise à disposition des ARV.....	274
12. Le PSI ou la reconnaissance de l'expertise	277
12.1. Un nouveau partenariat	277
12.2. Une autre approche	278
13. Réflexion autour de la légitimité des acteurs	281
CONCLUSION.....	290
BIBLIOGRAPHIE.....	299
THÉORIES SOCIOLOGIQUES.....	307
TABLE DES ENCADRÉS	314
INDEX DES TABLEAUX.....	315
INDEX DES GRAPHIQUES	317
INDEX DES CARTES.....	318
ANNEXES.....	319
ANNEXE I : LE TOGO.....	320
ANNEXE II : AUTOUR DU SIDA.....	333
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE.....	342
ANNEXE IV : PROTOCOLE D'ENTRETIEN.....	347
ANNEXE V : LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES.....	350

INTRODUCTION

En 1962, René Dumont¹ faisait déjà le terrible constat d'une Afrique noire mal embarquée sur le chemin du développement. Aujourd'hui encore, l'image d'un continent figé, en marge de tout changement, reste encore présente dans les esprits.

Toutefois, le continent africain subit aussi des dynamiques profondes de changement qui touchent aussi bien la vie de ses populations que l'ensemble de ses États dans leur organisation et leur existence. Au croisement des modèles sociaux anciens et des réalités contemporaines issues de la modernité, les sociétés africaines s'inscrivent aussi dans la dynamique permanente du changement. Le milieu du XX^e, et plus précisément la période des indépendances, marquera un tournant dans l'histoire des peuples africains. Au fil du temps, l'histoire de ces populations, en même temps qu'elle suit une trajectoire interne bien définie, se détermine aussi en fonction du contexte international. C'est ainsi qu'il est intéressant de se pencher sur la question de la renégociation de la condition socio-économique de ces peuples.

Ce questionnement surgit au moment où l'épidémie du sida frappe de plein fouet l'Afrique, faisant d'elle le continent le plus touché. Les connaissances sur le virus et les attributs qui s'y attachent sont d'autant plus imprécis qu'ils doivent s'imposer sur de fausses évidences, sur les catégories *a priori*, et sur les jugements de valeurs, afin de dépasser les préjugés que chacun a pu et continue d'avoir sur eux.² C'est là le travail des sciences sociales.

¹ R. Dumont, *L'Afrique noire est mal partie*, Paris, Seuil, 1962.

² C. Grenier-Torres, *Situations de vie et itinéraires génésiques dans un contexte de pandémie de SIDA à Bouaké (Côte d'Ivoire)*, Bordeaux-II, Thèse de sociologie.

La nature complexe du sida rend nécessaire la multiplication des niveaux d'observation et d'analyse : les facteurs favorisants, le rôle des acteurs, les interactions. La compréhension des situations passe par une remise en cause et un déplacement des problématiques. Nous nous interrogerons alors sur les faiblesses et les choix des politiques en matière de lutte contre le sida.

L'étude de la vie en société révèle des conflits et des contradictions, entre individus, entre groupes ou entre institutions qu'il est essentiel d'analyser. L'apparition du sida a introduit une fois de plus cette logique. C'est ce que nous entreprenons de faire au Togo en décrivant la situation, en scrutant les actions qui s'opèrent et en décrivant les rapports de forces entre ceux qui disposent de la reconnaissance officielle – c'est-à-dire les pouvoirs publics – et ceux qui sont à sa recherche : associations et ONG. Le contexte semble rendre presque secondaire la situation alarmante des malades au regard des enjeux.

Quelles que soient les constats faits et la nature des réactions, la situation ne peut se traiter de façon plus approfondie qu'en se référant aux cas particuliers. C'est le but de cette recherche. Considérant les dynamiques évoquées plus haut, nous allons étudier particulièrement celles qui s'opèrent au Togo avec, comme cadre d'étude, sa capitale, Lomé.

Dans cette perspective, nous allons construire un corpus théorique autour d'un certain nombre de notions fondamentales : individu et action collective, tradition, modernité, organisation et légitimité.

C'est en s'appuyant sur ces données que nous aborderons le problème que nous nous posons : quels sont les modes d'action des acteurs engagés dans la lutte contre le sida au Togo ?

Nous avons organisé cette étude en trois parties.

Tout d'abord, nous présenterons la problématique avec les questions essentielles que nous nous sommes posé, les hypothèses que nous avons formulées, puis la méthodologie utilisée.

La première partie sera consacrée à une approche historique et socio politique du Togo.

Dans la deuxième partie, intitulée *Repères généraux*, il sera question de la présentation de la maladie et d'un corpus théorique nécessaire à la compréhension du sujet.

Enfin, la troisième partie sera consacrée aux études de cas qui porteront plus particulièrement sur la situation telle qu'elle se présente à Lomé et sur les acteurs de terrains.

1. Construction de la problématique

1.1. Énoncé du problème

L'avenir est un luxe pour ceux dont il est question en arrière-plan de cette recherche. Vivre avec les autres, partager avec eux les moments de joie et de bonheur est un vœu cher à toute créature humaine. Pour ces hommes et ces femmes, pour ces enfants, ces jeunes et ces adultes, meurtris dans leur âme par les affres de cette maladie, tant décriée par ailleurs, ces vœux sont d'une importance capitale. C'est pourquoi le sida appelle tant de mobilisations autour de la recherche de solutions.

Nous avons mis longtemps à trouver la trame de ce qui devait être l'objet de notre travail. Et du plus profond de nos pensées, nous découvrons, à l'image de Bernard Paillard³, que le sida est un analyseur social de notre société et qu'il en dévoile les traits spécifiques. Nous découvrons alors l'existence du rapport entre

³ B. Paillard, *L'Épidémie: carnets d'un sociologue*, Paris, Stock, 1994.

le sida et les hommes. Le sida a révélé les capacités individuelles et collectives de notre société à réagir un tant soit peu à une menace inattendue. Ainsi a-t-il provoqué une véritable mobilisation des femmes et des hommes, mobilisation qui s'est elle-même soldée par une renégociation des rapports entre la maladie et la société. Cette dernière s'est en effet trouvée contrainte de réviser ses jugements et de reconsidérer le sida pour l'appréhender non plus comme une maladie de la honte mais comme une cause d'intérêt national. Par ailleurs, tandis que certains s'attachent à diaboliser toujours plus les personnes touchées et les malades du sida, d'autres, grâce à la mobilisation, vont s'attacher à les considérer non pas comme une menace pour la société, mais comme des citoyens à protéger et, en définitive, des acteurs clés de la lutte contre l'épidémie.

La lutte contre le sida se trouve aujourd'hui au cœur de toute politique de santé publique. Elle est devenue un des grands enjeux des programmes internationaux en raison des grandes menaces que la maladie représente pour l'avenir du monde. La situation est plus inquiétante pour les pays du tiers-monde dont l'Afrique subsaharienne est un exemple criant. La réponse à cet état de fait, quoique tardive, est de plus en plus remarquable. *« L'originalité, voire le caractère inédit de la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida en Afrique, est qu'elles n'émanent ni de près ni de loin de groupes sociaux et des systèmes politiques locaux, mais d'une organisation internationale, donc de l'extérieur. »*⁴ Ainsi, d'inspiration internationale, la politique publique de lutte contre le sida en Afrique a connu des logiques diverses suivant les pays. Malgré des directives imposées par les organisations internationales (OMS, programmes communs des Nations Unies sur le sida), les dynamiques épidémiologiques, sociales et politiques dissemblables donnent à des partenaires nationaux impliqués dans cette lutte des trajectoires particulières.

« Dans les sociétés africaines qui sont engagées depuis de longue date dans un mouvement de profond changement, des espaces de choix se sont pourtant

⁴ F. Éboko, « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociale », in *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, 1999, p. 49.

ouverts, aussi fragiles et limités soient-ils. Mais quand le choix est possible, ce qui n'est pas souvent le cas, il ne peut se faire que dans un contexte d'extrême complexité, qui oblige à tenter de concilier une multiplicité de contraintes. De ce point de vue, l'irruption du sida, par l'intensité avec laquelle elle frappe l'Afrique au sud du Sahara, s'affirme comme un nouvel élément déterminant dans la construction de l'expérience collective. »⁵ Le risque de l'infection est présent à chaque geste de la vie, ce qui oblige à considérer que la contamination peut ne pas dépendre des seuls comportements volontaires. Toutefois, cette prise en compte relèverait d'une pure logique rationnelle que les faits, depuis le début de l'épidémie, démentent. En la matière comme dans bien d'autres domaines, les conduites, les choix, les attitudes sont bien loin de s'organiser exclusivement autour d'une logique purement rationnelle. Entrent aussi en jeu de nombreux facteurs culturels, sociaux, économiques, voire intimes⁶.

Au Togo, le sida a suscité un véritable élan de prise de conscience collective. Entre un contexte politique et socio-économique en déliquescence et une forte présence de la tradition, la lutte contre le sida dans ce pays a frayé son chemin jusqu'à aujourd'hui. C'est ainsi que nous nous posons la question suivante : comment et jusqu'à quel point, dans un contexte culturel, social et économique en pleine transformation, en pleine crise, au sein duquel le sida est à la fois révélateur et accélérateur du changement, les pouvoirs publics et la société civile se mobilisent-ils contre la pandémie ?

1.1.1. L'État et la société civile en action

*« Les problèmes de la vie et ceux de la politique sanitaire, nous dit Rosanvallon, constituent un terrain d'observation privilégié des transformations qui travaillent en profondeur le rapport de l'État et de la société. »*⁷ En effet, *« existe-t-il une matière où public et privé s'affrontent avec plus d'évidence que celui de la santé*

⁵ C. Grenier-Torres, *op. cit.*, p. 15.

⁶ F. Éboko, *op. cit.*, pp. 4-73.

⁷ R. Rosanvallon, cité par C. Raynaud, « Santé publique. Entre l'État et la Société civile », *Sociologie et santé*, n°13, décembre, 1995, p. 9.

*et de la maladie ? »*⁸. Le sida, de par ses enjeux publics – le social et le politique – est un terrain privilégié pour saisir les relations État-société civile. Si celles-ci sont plutôt conflictuelles, le cas de l'action contre le sida au Togo est souvent présenté comme un cas de coopération volontaire, où les relations entre État et société sont fondées sur la complémentarité. Les relations entre État et société civile en Afrique sont complexes et ne répondent aucunement à une dynamique unique de simple substitution de l'interventionnisme étatique par l'action des organisations de la société civile. Ce qu'apporte notre éclairage, c'est qu'à travers le repositionnement de l'État comme acteur majeur du développement local, nous suggérons que le caractère entremêlé des relations, voire les chevauchements entre les pouvoirs publics et les organisations de la société civile, ne sont pas dus uniquement à des dynamiques locales, qui évoquent un mode de gouvernement séculaire, mais également à des dynamiques contemporaines soutenues par les principales aides occidentales au développement de la société civile et plus globalement de la réforme de la gouvernance subsaharienne. On peut donc parler de coopération volontaire dans la mesure où le leadership gouvernemental incite la société civile, et particulièrement les associations, à s'engager dans la lutte contre le sida.

Au Togo, la société civile, ou ce qui pouvait s'y apparenter, avait été étouffée par les années de régime à parti unique. Avec les besoins nombreux suscités par l'épidémie du sida et les encouragements des organisations internationales, et à la faveur d'un contexte politique changeant, celle-ci renaît. On assiste alors à un foisonnement des organisations de la société civile, parmi lesquelles on a pu compter jusqu'à plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales et d'associations. C'est le lancement d'un « partenariat » entre l'État et la société civile. Ces collaborations sont reconnues, officialisées, institutionnalisées dans le but de rendre efficace la lutte. Avant la mise en route d'actions concrètes, parfois même sans que celles-ci ne prennent corps, la production d'un discours officiel fait partie des attributs du pouvoir. C'est un constat qui prend une dimension particulière dans le cas du sida, « *maladie qui*

⁸ *Ibid.*, p. 10.

fait brutalement irruption sur la scène épidémiologique, qui doit donc être nommée et dont il faut construire l'image publique. L'enjeu est de taille car cette image deviendra efficiente. C'est à partir d'elle que les actions se décideront, que les initiatives se prendront, que les comportements privés se décideront »⁹. Dès lors « Le projet d'une constitution d'une société civile peut favoriser le redéploiement de la puissance publique, à travers les modes de gouvernance renouvelés »¹⁰.

1.1.2. Le temps des associations

L'observation du manque d'une réponse idoine au niveau de l'État a amené d'autres acteurs, incités par les mouvements étrangers, à s'organiser. Ainsi, *« l'émergence associative part du sentiment éprouvé de l'absence de réponse adaptée face à un problème vécu »¹¹.*

Le nombre et la diversité des associations qui se sont mobilisées autour du sida est en soi un fait marquant de son histoire au Togo. Ces mouvements vont introduire, dans un registre de protestation, le corps biologique d'une façon singulière. Aussi *« une des causes centrales de la mobilisation dans une association de santé est-elle organique. Le corps apparaît comme un lien qui exige synthèse entre réalité biologique et réalité sociale construite. Les associations de santé ont pour fonction de lier corps biologique et corps social en faisant se rencontrer les attentes d'une société et les expériences d'une personne malade »¹².*

Aborder le thème de la prévention, c'est toucher indubitablement au point dur de la santé publique contemporaine. Selon l'adage populaire, *« mieux vaut prévenir que guérir »*, la prévention constituant aujourd'hui l'essentiel des

⁹ *Ibid.*, p. 13.

¹⁰ G. Pirotte, « Société civile importée et nouvelle gouvernance. Le nouveau secteur ONG au Bénin », in P. Quantin (sous la dir. de), *Gouverner les sociétés africaines, acteurs et institutions*, Paris, Karthala, 2005, p. 27.

¹¹ J.-L. Laville, R. Sainsaulieu, *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997, p. 67.

¹² D. Carricaburu, M. Ménoret, *Socialisation de la santé, Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 162.

objectifs et des justifications des logiques associatives. Celles-ci sont animées, dirigées par les bénévoles. Ce sont eux qui mettent en œuvre les orientations et les missions de l'association ; ils sont les relais entre les différents partenaires impliqués dans l'action des pouvoirs publics. Les associations, souvent aidées par les médias privés, proposent un service pour un, ou des besoins, identifiés comme tels, mais non encore couverts par les pouvoirs publics, ce qui nous fait penser que l'inscription dans l'espace public se fait sous le registre du collectif. La construction du mouvement associatif se trouve être une réponse à des mutations fortes qui s'opèrent dans la société togolaise à partir des années 1990. Cette période historique propulse la société vers la modernité dont le corollaire est le rationalisme. On assiste alors à une appropriation de nouveaux modèles dans les rapports sociaux.

Il convient, tout d'abord, de situer la société civile dans son rapport avec le monde politique incarné par l'État, puis de décrire l'émergence d'acteurs collectifs à travers le fait associatif. Ensuite, l'analyse des stratégies des individus pour s'insérer dans le champ collectif permet de mettre en valeur le jeu des réseaux qui se sont constitués. Comme l'a constaté Weber, « *l'action n'est sociale que dans la mesure où, du fait de la signification subjective que lui attache l'individu ou les individus qui agissent, elle tient compte du comportement d'autres acteurs et est affectée dans son cours* »¹³.

Au Togo, l'espace public a fait l'objet d'une occupation proliférante par les associations. Cette occupation a permis de montrer l'implication de plusieurs acteurs : l'État, les agents de santé, les associations. Deux principes guident la conception de l'appropriation et l'usage de l'espace public : d'un côté, une appropriation organisée, réglementée, car « *le citoyen n'est pas seul face à l'État* »¹⁴ ; de l'autre, une appropriation anarchique des espaces non occupés, même si la prééminence de l'État est reconnue par tous. Mais l'absence de contrôle réel des modes d'affectation de ces espaces fait que, d'une part, acteurs

¹³ M. Weber, cité par Alain Touraine dans *Sociologie de l'action*, Paris, Seuil, 1965, p. 49.

¹⁴ C. Raynaud, *op. cit.*, p. 11.

publics et privés s'approprient des portions du domaine de l'État, et que, d'autre part, des problèmes apparaissent au sein des instances étatiques (ministères, PNLS¹⁵, CNLS¹⁶, hôpitaux). Ce sont essentiellement des conflits de légitimité par lesquels la logique associative ordinaire se confronte à la pratique du clientélisme et aux lourdeurs de l'appareil administratif.

Au Togo, les associations suivent plus d'un tiers des bénéficiaires d'un traitement ARV (antirétroviral). Ainsi, en adoptant une logique d'action, ces associations, composées d'individus « *qui ont pris conscience, non d'être placés dans l'histoire, mais de faire leur histoire* »¹⁷, vont devenir la cible des pouvoirs publics qui les accusent de jouer un rôle qui n'est pas le leur. Aussi les limites de la lutte contre le sida se retrouvent-elles sous plusieurs formes comme dans le domaine de l'information, qui a été faible devant l'ampleur du fléau et encore dans le « *décalage existant entre les circuits administratifs lents car complexes [...] et la nécessité d'une décision et d'une action rapide* »¹⁸. Dans un extrait du journal *Liberté Hebdo* du 12 octobre 2005, on pouvait lire : « *Depuis mai 2005, le Togo fait partie des pays bénéficiaires du Fonds mondial pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida. Grâce au volet SIDA du fonds et aux différentes campagnes de sensibilisation, beaucoup de malades sont sortis de l'ombre. Les différentes associations de prise en charge ont vu le nombre des patients augmenter. Mais les comportements peu orthodoxes de Mme la Ministre de la santé [...] compliquent aujourd'hui les activités de ces associations. Selon les procédures, toute association qui bénéficie de ces fonds, versés par tranches, produit des rapports avec des pièces justificatives qu'elle transmet au PNLS, qui examine à son tour ces rapports et les transmet au PNUD. Au début, déclarait un responsable, certaines associations ont eu toutes les peines du monde à justifier leurs dépenses... Mais ce problème a été réglé. Le problème que rencontrent les associations est l'ingérence "maladroite" de Madame la Ministre, dans le décaissement et dans la gestion des fonds. Depuis février dernier, elle a bloqué*

¹⁵ PNLS : Programme national de lutte contre le sida.

¹⁶ CNLS : Comité national de lutte contre le sida, devenu Conseil national de lutte contre le sida.

¹⁷ A. Touraine, *Sociologie de l'action*, Paris, Seuil, 1965, p. 32.

¹⁸ A. Morelle, *L'Institution médicale en question, retour sur l'affaire du sang contaminé*, Paris, Esprit, 1993, p. 46.

les chèques en arguant que la situation qui avait été créée après le décès du général Eyadema¹⁹ avait conduit certains responsables d'association à prendre la poudre d'escampette avec les sous. Ce comportement est à l'origine de la lenteur dans l'exécution du projet. La Ministre a même créé une association... »

Dans la constellation des organisations togolaises qui œuvrent contre la progression de l'épidémie, Espoir Vie-Togo et la Croix-Rouge occupent une place qui peut servir de prisme ou de modèle à travers lequel on peut lire de manière intelligible la problématique générale des changements opérés dans l'histoire des mouvements associatifs contre le sida. Chez Espoir Vie-Togo, la grande innovation est qu'elle est constituée de personnes vivant avec le VIH. Ce qui constitue une étape importante dans un contexte où la maladie rime avec discrimination et rejet. Elle a inscrit son combat sous le signe de la dédramatisation de l'image des malades, et d'une politique de prise en charge médico-sociale. Quant à la Croix-Rouge, le volet sida est inscrit dans une démarche générale de politique sanitaire.

Afin de donner une ligne conductrice à notre étude, nous allons, en fonction des données que nous avons recueillies pendant notre phase exploratoire, et en nous appuyant sur une littérature consacrée à la problématique du sida au Togo (malgré son extrême rareté), tenter de poser ces interrogations : quelles politiques de prévention mettre en place en fonction des données socio-économiques et culturelles du pays ?

Répondre à cette question suppose une compréhension et une analyse des comportements des sujets sur lesquels porte notre étude. Les habitudes culturelles des populations, leurs conditions de vie et les moyens de subsistance seront examinés. Par ailleurs, si les raisons économiques ont souvent justifié les lenteurs des pouvoirs politiques à répondre à la menace du sida, ne faut-il pas plutôt penser à une question de choix politique ? La priorité n'était-elle pas ailleurs en ces temps où le régime est en proie à des vagues de contestations ?

¹⁹ Le décès d'Éyadema a ouvert une période de violences et de graves crises sociopolitiques.

La problématique de la lutte contre le sida au Togo se place dans le contexte général de l'analyse des mouvements associatifs en Afrique du sud Saharien. Mais marquées par le traumatisme dictatorial des années 1980, les associations togolaises, à l'image de la société, restent soumises à l'État qui se contente de mettre en place un « formalisme institutionnel » dont le but est de mieux contrôler les activités. La mainmise de l'État sur tous les secteurs du pays a vocation à assujettir les tentatives qui serviraient de contrepoids. Il convient de prendre en compte la portée politique de ces comportements où toute autre forme d'actions – même en matière de santé – est perçue comme une remise en cause de la stabilité nationale acquise grâce à « *l'équation personnelle du timonier de la nation* ». On retrouve ici deux approches qui s'opposent : l'une, centraliste, misant d'abord sur le secteur public pour construire une réponse étatique et uniforme, et l'autre, privée, incarnée par les associations, plutôt méfiantes à l'égard de l'État. L'action collective contre le sida se pose alors en termes de rapports de forces politiques et stratégiques avec des dilemmes permanents entre bureaucratie étatique et efficacité, entre les normes posées par des partenaires internationaux et l'urgence des réalités du terrain.

En accordant une large place aux associations, nous avons choisi d'étudier leurs logiques d'action. Au-delà de la compassion, de la solidarité envers les malades et du désir d'œuvrer pour faire reculer la pandémie, comment ces institutions s'organisent-elles ? Quels modes de fonctionnement mettent-elles en place pour devenir des acteurs crédibles et légitimes dans un contexte où les pouvoirs publics inspirent peu confiance ?

1.1.3. La question de la légitimité

Dans ce travail, en s'interrogeant sur la question de la légitimité et plus particulièrement sur le processus de construction de la légitimité des associations togolaises, il nous semble impératif de comprendre ce qu'en dit la sociologie. Pour cela, nous allons prendre appui sur les travaux de Max Weber. Selon l'approche weberienne, une situation est légitime lorsqu'elle est acceptée par ceux qui en subissent les conséquences. Depuis Max Weber, la légitimité est tradition-

nellement définie comme la capacité, pour le détenteur du pouvoir, de faire admettre ses décisions. Elle se situe donc du côté du dominé comme une adhésion ou au moins un acquiescement. Celui qui veut s'opposer au pouvoir doit s'appuyer sur une légitimité. Ainsi un mouvement révolutionnaire ne peut prendre corps que dans la mesure où la légitimité dont il se réclame est supérieure, dans l'esprit des dominés, à celle du pouvoir en place. Weber, dans cette optique, s'intéresse au problème de la légitimité dans le cadre de la domination. Et l'illustration la plus significative se trouve dans la bureaucratie, considérée comme le mode d'autorité reposant principalement sur la compétence et la recherche de l'efficacité.

La légitimité instaurée au travers de la bureaucratie doit être, selon Max Weber, entretenue au profit de l'action sociale. Ceci est une composante de la légitimité légale rationnelle, qui selon lui est fondée sur la domination et la légitimation politique, la légitimité des dirigeants à occuper leur place en lien direct avec la légitimité de leurs décisions. Dans ce cadre, un règlement détermine rationnellement chaque action, le choix d'un fonctionnaire, l'étendue de ses pouvoirs, les logiques, ainsi que les actions menées.

Au cœur du concept weberien, se trouve le processus de rationalisation des activités sociales. Pour rendre compte de ces phénomènes, il est nécessaire de connaître les motivations des acteurs. Ce sont ces motivations qui expliquent le sens des activités : les acteurs cherchent à rendre leurs raisons légitimes pour agir efficacement. Ainsi une association légitime est celle qui s'est dotée des moyens reconnus crédibles, des stratégies et des discours susceptibles de convaincre le public. Car « *la clé de la légitimité associative se situe au cœur même de ses fonctionnements collectifs* »²⁰. Le souci des associations est la reconnaissance de leur légitimité en tant que prestataires d'un service essentiel, et par conséquent, elles cherchent à avoir une place centrale dans un dispositif d'action politique et socio-sanitaire qu'elles jugent peu efficace. Les associations ne sauraient être le chantre d'un mouvement catégoriel œuvrant pour des causes ponctuelles. « *En définitive, quel que soit le ressort de l'action menant à la création d'une*

²⁰ J.-L. Laville, R. Sainsaulieu, *op. cit.*, p. 225.

association, celle-ci a pour caractéristique de reporter une rencontre interpersonnelle et d'opérer le passage de la sphère privée à la sphère publique [...]. Le ressort de la création associative est le sentiment que la défense d'un bien commun exige une action collective. »²¹

Ce grand mouvement contre le sida a aussi révélé une forme de conflits entre les parties en présence. Trop souvent, il s'agit d'un rapport de concurrence entre associations elles-mêmes. Au-delà des rivalités avec les pouvoirs publics, se joue aussi une compétition entre les associations concernées. Ici encore, l'enjeu est la lutte pour la légitimité et la visibilité. Les entretiens que nous avons menés ont révélé ces tensions : les associations s'accusent mutuellement de complicités avec les pouvoirs publics, de rétentions d'informations ou de pratiques illicites pour bénéficier des aides extérieures. « *Ces différents comportements correspondent à une forme invisible de conflits où se jouent les relations de pouvoirs, de légitimité et les compétitions pour l'appropriation de la rente, liée au développement au détriment des malades.* »²² Cet état de choses suscite des doutes de la part des partenaires étrangers qui conditionnent souvent leurs aides aux politiques de bonne gestion et à l'efficacité des actions. Contraintes de faire bonne figure vis-à-vis des bailleurs de fonds, les associations peaufinent leur image extérieure. Ce faisant, elles se détournent de leur objectif principal, celui d'être les représentantes des personnes touchées. Censées être à l'avant-garde de la lutte contre l'épidémie, elles confondent des logiques de visibilité, de légitimité et d'efficacité, posant alors le problème de leur structure et de leur fonctionnement.

Puisque les associations entendent relever le défi que représente la pandémie du sida, la mise en place de toutes les stratégies possibles pour y arriver s'impose. Il n'est pas question de s'enfermer exclusivement dans une logique de bénévolat au moment où, d'une part, les enjeux de la lutte nécessitent l'accroissement des capacités d'intervention et où, d'autre part, les conditions socio-économiques des militants bénévoles se détériorent. Chômeurs pour la plus

²¹ *Op. cit.*, p. 67.

²² F. Bourdier, « La lutte contre le sida en Inde », *Autrepart*, n° 12, 4^e trimestre, 1999, p. 118.

grande majorité, ils espèrent avoir des soutiens financiers et sont parfois frustrés de voir des responsables associatifs tirer de substantiels bénéfices de leurs activités.

Cette recherche n'est pas un traité scientifique sur le virus du sida et la maladie qu'il provoque. Aujourd'hui, la question du sida ne se pose plus seulement en termes de chiffres, de taux de prévalence ; il s'agit aussi de la comprendre à travers une approche socio-anthropologique. Ainsi espérons-nous, suite à notre longue expérience associative dans la lutte contre le sida, pouvoir contribuer activement à une réflexion laissée quelque peu en suspens dans notre pays.

Il sera question de faire l'état des lieux de la situation du sida au Togo et, notamment, dans la ville de Lomé, qui constitue une grande zone à risque de par sa situation géographique. La prévalence y est estimée à plus de 5% contre 3,2% sur le reste du territoire²³. C'est aussi le lieu où se jouent les grands enjeux autour des politiques de lutte contre le sida. Comment s'articulent intérêts individuels et intérêts collectifs, enjeux économiques et défense des droits des malades ? Le vrai problème est celui-ci : quels sont les rôles des différents acteurs et institutions ? Comment s'organisent-ils ? Quelles sont les conditions de mise en œuvre des actions et des programmes ? Quelles politiques de prévention mettre en place en fonction des données socio-économiques ? Bref, quel spectacle les acteurs togolais se donnent-ils à eux-mêmes en fonction des conflits qui découlent de l'influence de l'État et des conditions de partenariat fixées par des organismes internationaux ?

1.2. Formulation des hypothèses

Les associations existent à un moment historique donné, moment qui traduit l'état des rapports de force et des conflits entre les classes ou les groupes sociaux. La

²³ Source : ONUSIDA-Togo, 2006.

lutte contre le sida devient alors l'affirmation d'une mission pour le bien commun, un moyen d'être labellisé en tant qu'interlocuteur dans le débat public.

Nous nous positionnons dans une perspective de sociologie de l'action qui nous autorise à penser que les pratiques sociales sont la mise en œuvre des modes de pensées et des idéologies propres à chaque groupe. Le mouvement associatif contre le sida fait apparaître des méthodes et des stratégies mettant en scène des types d'acteurs qui *a priori* poursuivent les mêmes finalités.

Toutefois, la phase exploratoire qui a précédé et qui accompagne cette recherche nous amène à postuler que la situation de crise économique au Togo, née des troubles politiques et sociaux du début des années 1990, est un facteur favorisant la naissance des associations de lutte contre le sida.

La proclamation, à haute et intelligible voix, par les acteurs de leur engagement dans la lutte contre le sida a pour enjeu manifeste d'être identifiés, de se faire reconnaître et, par conséquent d'être légitimés aux yeux de l'opinion publique nationale et des partenaires internationaux.

Ainsi, cette forme de légitimation permettra à l'association d'accéder à un certain nombre de ressources économiques et symboliques. C'est cette accession à un certain nombre de ressources qui est l'enjeu de divergences entre les acteurs : entre associations d'une part, et entre associations et pouvoirs publics de l'autre.

En recherchant trop souvent la légitimité, les acteurs engagés dans la lutte contre le sida au Togo introduiraient une distorsion considérable dans les objectifs affichés et saperaient l'efficacité recherchée.

Ceux sont ces hypothèses que nous tenterons de vérifier en décrivant les enjeux auxquels se trouvent confrontées les associations.

Ce que nous identifions comme premier enjeu, c'est la capacité pour l'association à mobiliser ses membres (les bénévoles) afin de leur permettre de se

constituer en action collective. L'association est une création d'acteurs qui doivent se doter des capacités individuelles et collectives à réaliser ce qu'ils affichent comme une action de solidarité.

Le deuxième enjeu est le suivant: pour que les associations soient efficaces et puissent pérenniser leur activité, il faut une organisation et un fonctionnement moderne. C'est ce que tente d'expliquer Éric Neveu à travers cette démonstration : « *Tout mouvement social qui tente de s'inscrire dans la durée pour atteindre des objectifs est confronté à la question de l'organisation. L'organisation qui coordonne les actions, rassemble des ressources, mène un travail de propagande pour la cause défendue ressort comme une nécessité pour la survie du mouvement, ses succès.* »²⁴ S'appuyant sur William Gamson, Éric Neveu définit une norme de "bureaucratisation" des mouvements à partir de critères tels que l'existence de statuts écrits, la tenue d'un fichier des adhérents, une organisation structurée en plusieurs échelons hiérarchiques : « *Les mouvements sociaux dotés d'une telle organisation parviennent, dans 71% des cas, à être reconnus par leurs interlocuteurs, contre 28% pour les mouvements les moins organisés. Dans 62% des cas, ils font aboutir leurs revendications, contre 38% pour les mobilisations les moins organisées. Les chiffres montrent encore qu'une organisation fortement centralisée, mais surtout unie, se révèle plus efficace* »²⁵.

La quête de légitimité devrait s'appuyer sur les compétences des membres des associations telles que le recrutement des professionnels salariés. L'expertise devrait être un élément central du fonctionnement des organisations de lutte contre le sida. Cela serait de nature à pérenniser les actions et à améliorer le partenariat État - associations et associations - bailleurs de fonds étrangers.

²⁴ Éric Neveu *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, 1996, p. 24.

²⁵ *Ibid.*

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Présentation

Cette étude s'inscrit dans une approche plus large qui prend en compte toute la problématique du sida au Togo. Les différents concepts ou champs abordés sont ceux de la sociologie de l'action, de la sociologie des organisations, de l'anthropologie, des sciences politiques ainsi que ceux provenant des théories des sciences sociales appliquées à la santé. Les thématiques utilisées sont celles qui peuvent nous permettre de mieux comprendre le sujet de notre recherche. Ainsi nous nous sommes intéressé à des thématiques telles que l'individu au sein d'un collectif, la dynamique des groupes, la vulnérabilité, la religion et les mass médias. Il s'agit d'avoir un regard précis sur les théories et les expériences vécues. Tout au long de cette recherche, nous avons eu des interrogations et des remises en question que les théories nous ont aidé à élucider.

L'orientation théorique privilégiée pour appréhender cette recherche nous a incité à utiliser une méthodologie axée sur une enquête qualitative. Nous avons donné la parole aux acteurs pour savoir leurs conditions, leurs moyens d'actions, leurs représentations sur l'état de la lutte contre le sida au Togo.

Une fois le décor de notre étude planté, nous avons effectué en 2005 un premier voyage exploratoire au Togo, notamment à Lomé. Sur place, nous avons rencontré toutes les parties concernées par la lutte contre le sida. Il s'agissait, en effet, de nouer des contacts pour un prochain voyage. Celui-ci eut lieu en automne 2006. Cette fois-ci, nous avons rencontré des responsables et militants associatifs, des professionnels de santé et des institutions internationales représentées, des séropositifs et des malades, des prostituées, des guérisseurs traditionnels, des journalistes. Nous avons choisi de rencontrer ces acteurs parce que ce sont eux qui sont au cœur de la problématique du sida. Malades, séropositifs et prostituées sont tout indiqués pour nous parler de la manière dont ils apprécient l'action de l'État et des associations à leur égard. Le choix des religieux et guérisseurs est

nécessaire dans la mesure où ces deux corps qui s'accusent et se réclament possesseurs de pouvoir de guérison, attirent de plus en plus de personnes. Il s'agit donc d'analyser la portée de ces pratiques.

Il est à noter que nous avons eu, au départ, des difficultés à rencontrer l'ensemble des responsables des institutions publiques pour des raisons de procédure.

Ces rencontres étaient nécessaires pour recueillir des données pertinentes. L'intérêt était de discuter avec ces différents acteurs pour comprendre leur rapport à la pandémie, leur engagement et leurs difficultés quotidiennes. Nous avons choisi, dès lors, d'opérer par grilles d'entretien avec un questionnaire à l'aide duquel nous avons recueilli des données.

Nous avons réalisé 25 entretiens et 120 réponses aux questionnaires.

2.2. Le terrain

Comme nous l'avons souligné plus haut, cette recherche est à la fois sociologique et anthropologique. Ce qui impose l'utilisation de différentes techniques de recueil de données.

Concernant le travail sur les prostituées, nous avons utilisé la technique d'entretien individuel et parfois de groupes lorsque celles-ci avaient des affinités entre elles. Le quartier populaire de Dékon, en plein cœur de Lomé, nous a servi de cadre. Ce fut une occasion très enrichissante, tant dans l'approche des débats que dans la dynamique des femmes questionnées. Les prostituées nous ont fait part de leurs motivations par rapport à leur métier et de la conscience qu'elles ont des risques qu'elles encourent.

Pour les personnes séropositives, nous avons bénéficié du concours des associations qui nous avaient quelque peu préparé le terrain. Ici, l'entretien a été semi-directif, après les avoir rassurées sur le caractère confidentiel de notre

démarche (elles refusaient d'être prises en photo, ce que nous ne voulions d'ailleurs pas faire). Les entretiens ont eu lieu individuellement, souvent dans les locaux des associations les jours où ces personnes venaient chercher des médicaments. Elles se préoccupent très peu des conditions de contamination. Et le plus important pour elles maintenant consiste à trouver les moyens de réduire leur vulnérabilité, avec à la clé l'espoir de guérir. Toujours promptes à n'écouter que cet espoir, elles sont toutes disposées à voir, en l'étranger de passage, un éventuel sauveur. Parlant de la cherté du coût des antirétroviraux et du mépris dans lequel les tiennent les responsables politiques et associatifs, elles saisissent toutes les occasions de trouver des porte-voix capables de plaider leur cause auprès des institutions internationales. Nous fûmes par ailleurs surpris de constater qu'outre leur intérêt manifeste pour le sida, elles avaient une très bonne connaissance des méthodes de traitement.

L'association Espoir Vie-Togo nous a servi de cadre privilégié. Pour beaucoup de personnes infectées, c'est leur lieu de repos. Elles y viennent pour oublier un peu les difficultés liées à leur état. La plupart sont des jeunes célibataires et des divorcées en mal de solidarité familiale.

L'observation participante est l'une des plus classiques, depuis les travaux de Malinowski dans les îles Trobriand ; il s'agit, pour nous, de devenir familier du groupe que nous étudions afin de mieux en comprendre la vie quotidienne, les relations, les enjeux. Ainsi notre présence régulière au sein de l'association nous a permis d'écouter et de poser des questions sur sa structure et son fonctionnement.

Nous avons participé à certaines activités du département Santé et Jeunesse de la Croix-Rouge Togolaise. Ayant une bonne connaissance de cette institution, pour avoir été un de ses membres, le responsable en charge du sida n'a pas hésité à nous confier certaines missions. Nous avons travaillé avec des volontaires pairs éducateurs sur la sensibilisation des populations et la prise en charge psychosociale.

2.3. La rencontre avec les volontaires

La rencontre avec les volontaires est capitale. Principaux acteurs de la pratique associative, ils ont une grande responsabilité dans la conduite des activités. Les rencontrer permet de mieux comprendre leur place dans le dispositif associatif.

Les informations ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs et des questionnaires que nous leurs avons soumis. Les thèmes abordés étaient indiqués sur une grille d'entretiens, comme c'était le cas avec les prostituées et les personnes infectées. La première partie de la grille est composée de questions générales permettant d'avoir une vue d'ensemble du volontaire et de ses motivations. En fonction des informations recueillies, le volontaire était amené à répondre aux questions concernant la motivation économique, son engagement humanitaire, l'opinion qu'il se fait de la lutte contre le sida. Ces entretiens permettent de préciser non seulement le rôle de ces volontaires, mais aussi d'évoquer leurs points de vue sur les conflits entre les acteurs religieux, associatifs et politiques.

Il résulte de ces entretiens une forte tendance vers des motivations économiques et des critiques à l'égard des responsables associatifs et des pouvoirs publics.

2.4. Les données d'enquête

2.4.1. La collecte des informations

Nous avons entrepris notre démarche dans les services institutionnels, notamment les centres de documentation du PNLS, du CNLS, du ministère de la Santé et ceux de quelques associations. Dans ces lieux, nous avons bénéficié du concours de certains agents qui ont été des guides et des informateurs.

Les entretiens sont regroupés par thématiques. La collecte des questionnaires distribués s'est faite à chaque déplacement sur le terrain. D'autres

nous ont été envoyés par la poste : l'observation directe a été déterminante pour apprécier sur le vif certaines réalités du terrain. Les informations fournies par les responsables du programme Santé et leurs principaux collaborateurs nous ont été utiles.

Ensuite, les déclarations faites par les personnes interrogées ont été exploitées, analysées et interprétées.

2.4.2. L'analyse des données

Cette analyse est envisagée sous deux angles : l'un quantitatif, l'autre qualitatif.

Le premier aspect a pour but de faire ressortir les données les plus pertinentes en opérant des croisements de variables pour en dégager des tendances, des grands modèles concernant les acteurs.

Quant à la seconde perspective, elle concerne essentiellement l'étude des cas particuliers, nous permettant de travailler sur l'interaction de l'individu et des acteurs (publics et privés) dans la construction de la légitimité, la rencontre entre ces tendances, les modèles d'action et les trajectoires personnelles.

L'utilisation des discours et récits appelle une analyse nous permettant de voir comment, autour de l'exemple du Togo, l'irruption du sida en Afrique, dans le contexte d'une crise économique, sociale, politique et sanitaire, a fait naître d'autres enjeux et impliqué une réorganisation et un réaménagement des rapports entre les acteurs.

PREMIÈRE PARTIE :
PRÉSENTATION HISTORIQUE ET
SOCIOPOLITIQUE DU TOGO

CHAPITRE I :
DE LA CONQUÊTE COLONIALE
À L'INDÉPENDANCE

1. Du Togo allemand à la conquête franco-britannique

1.1. Le contexte

La politique coloniale de l'Allemagne fut un sujet controversé. Bismarck²⁶, à l'encontre de ce que pensait l'opinion publique de l'époque, était contre l'acquisition des colonies. Les contraintes économiques, les réflexions concernant la protection de ses intérêts et la concurrence des autres empires coloniaux quant à la répartition des dernières régions non colonisées l'amènèrent à changer d'avis. Ainsi dès 1876, il exprima l'idée qu'une nation aussi importante que l'Allemagne ne pouvait renoncer définitivement aux colonies. En 1884, une propagande pro colonialiste commença, soutenue par une large fraction de la bourgeoisie et par la frange non moins importante des voyageurs, commerçants et négociants détenteurs d'intérêts dans les régions d'outre-mer. Ceux-ci estimaient que la possession coloniale élargissait l'horizon culturel, politique et économique d'un peuple et augmentait ainsi ses richesses. Le pouvoir d'un État dépendait, entre autre, de la grandeur de ses possessions coloniales.

1.2. Le tournant

Les commerçants allemands, s'inquiétant de la prépondérance des Anglais dans les régions placées sous leur potentat, demandèrent à Bismarck d'envoyer des navires de guerre en Afrique de l'Ouest. Ceci l'obligea, malgré les rivaux coloniaux français et anglais, à conclure des traités de création d'empires coloniaux. Après le traité avec le Cameroun, ce fut le tour du Togo.

1.3. L'implantation

Sur la Côte des esclaves, le Togo actuel, formée par une partie du littoral et limitée par la Côte d'or à l'Ouest (Ghana) et le Dahomey à l'Est (Bénin), existaient plusieurs royaumes indépendants à la fin du XIXe siècle.

²⁶ [Chancelier](#) de l'empire allemand de [1871](#) à [1890](#).

Le 5 juillet 1884, Gustav Nachtigal, envoyé de Bismarck, signa le traité de protectorat avec Mlapa II, chef de la collectivité de Togo, d'où viendra le nom actuel du pays. Ainsi, à partir de la protection de ses commerçants, l'Allemagne s'adjugea un empire colonial qui allait se poursuivre au-delà des premières possessions. Après avoir installé des postes un peu partout dans le pays, les Allemands furent obligés de le pacifier en raison des conflits qui opposaient les peuples autochtones. La plupart mirent en cause l'influence des Éwé qui demeuraient encore réticents à la présence allemande ; c'est ce que soulignait l'historien Robert Cornevin en ces termes : « *Dans le sud, il reste encore à vaincre les réticences locales, celles des gros villages des pays éwé [...] qui n'ont pas encore l'habitude de voir commander les Blancs.* »²⁷. La nouvelle tâche des Allemands, après le traité de protectorat, était donc de pacifier ce territoire habité par « *ces populations nombreuses, anarchiques et fières qui n'ont jamais admis le commandement africain réel* » et qui « *refusent souvent l'autorité du Blanc* »²⁸. Les Allemands ont réussi à anéantir les rebellions locales, après de durs combats, grâce à leur armée de métier, dotée d'armements modernes.

1.4. Les traités

La plus grande partie des traités conclus pendant cette période sont presque tous identiques. En général, les chefs placent leur territoire sous protection de l'Allemagne, et notamment de l'empereur. Ils s'engagent à ne consentir à aucune autre nation une partie de leur territoire, ou de leur peuple, sans l'accord préalable de l'empereur, et à ne pas conclure d'autres traités.

Les chefs devaient promettre de protéger la vie et la propriété de tous les ressortissants allemands, de leur accorder le séjour, le droit d'acquérir des terres et d'exercer leur profession. De son côté, l'Empereur reconnaissait à la population autochtone le droit de percevoir des contributions qui leur appartenaient en vertu

²⁷ R. Cornevin, *Histoire du Togo*, Paris, Berger-Levrault, 1969, p. 159.

²⁸ *Ibid.*

des lois et usages de leurs régions, de prélever les impôts et les taxes habituellement payés par les empires.

1.5. L'administration allemande

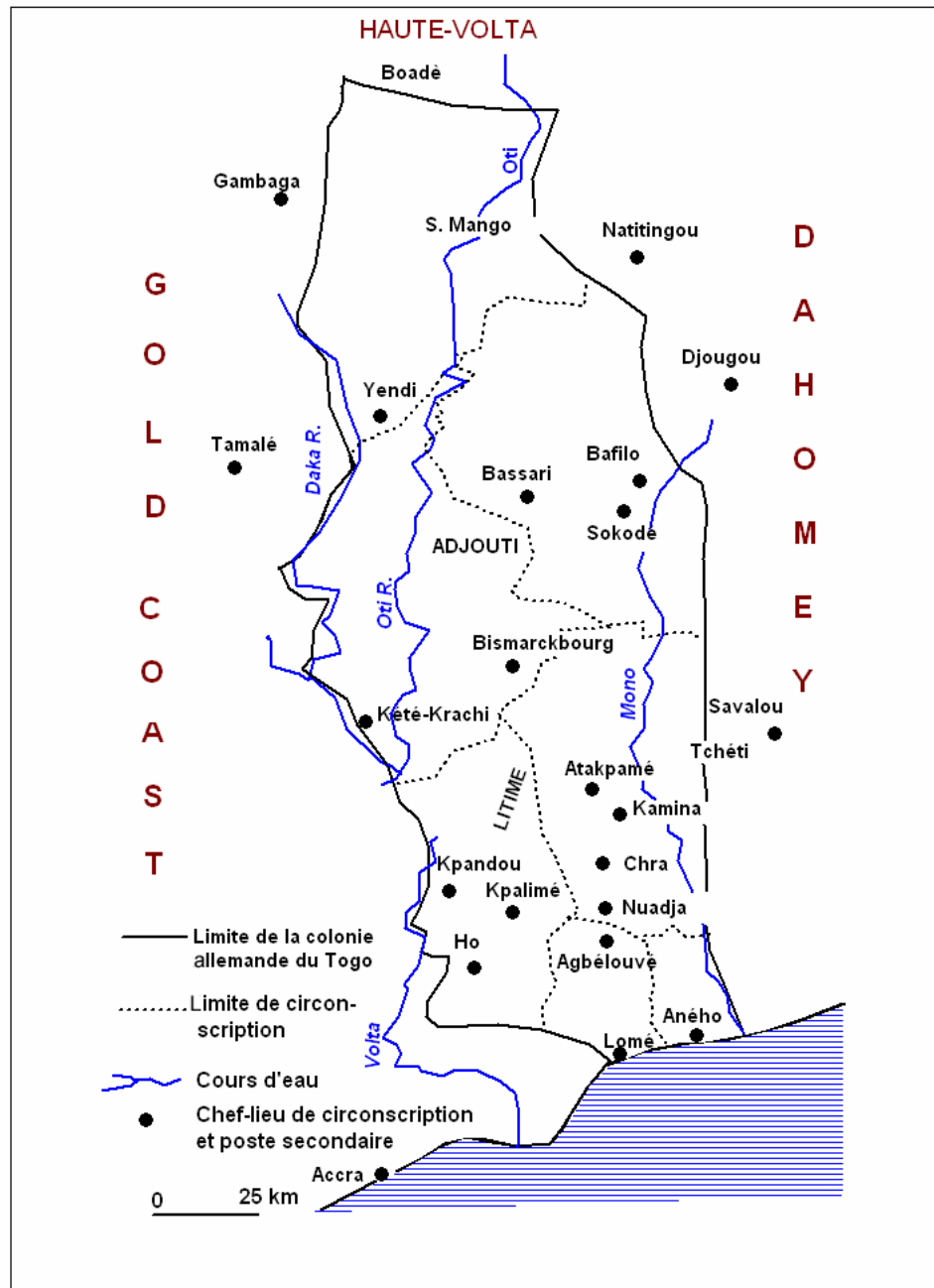
Aujourd'hui encore, beaucoup de Togolais sont nostalgiques de la période allemande. Par la transmission orale et par les récits d'historiens, cette période a été magnifiée pour être rangée parmi les icônes officielles du Togo. En effet, raconte-t-on, la politique allemande envers la population fut marquée par une cohérence remarquable. Elle s'était adaptée graduellement, avec une connaissance des plus approfondies des cultures autochtones.

Pour les Allemands, il n'était pas possible de changer les mœurs des groupes autochtones dans un laps de temps très court. Ces mœurs ne peuvent changer que lentement dans un processus intégrant l'apprentissage du travail selon les méthodes commerciales européennes. *« Les traditions, ne pouvaient qu'être changées très lentement à l'aide de gens capables et instruits, comme par exemple les médecins luttant contre certaines maladies, les scientifiques sur le plan de la flore et de la faune, les missionnaires dans le domaine de l'éducation, etc. »*²⁹

Le travail était organisé autour du recrutement de porteurs employés dans le transport de matériel et d'équipement destinés à la construction d'un réseau de voies ferrées et à l'implantation de stations télégraphiques. Quant à l'entretien des routes, il était prioritairement dévolu aux chefs traditionnels. Ces travaux ne faisaient évidemment l'objet d'une quelconque rémunération (travail forcé).

²⁹ L. Steltzer, cité par R. Cornevin, *op. cit.*, p. 30.

Carte n° 1. Le Togo allemand (le Togoland)



Source : R. Comevin, *Le Togo*, Paris, PUF, 1973, p. 48 (adaptation par nos soins).

Au sud, les travailleurs employés pour la construction du chemin de fer étaient, quant à eux, payés en fonction du nombre de mètres accomplis. Ces travaux allaient dans l'intérêt des commerçants et des administrateurs allemands qui, en œuvrant au développement économique du pays, servaient en même temps leurs propres intérêts.

Sur le plan sanitaire, l'administration allemande installa des hôpitaux à Lomé, Aneho, Kpalimé, Atakpamé sans pour autant étendre ces infrastructures au nord du pays où les interventions se limitèrent à de simples vaccinations. Elle s'efforça néanmoins d'amener les indigènes à une pratique médicale inspirée des connaissances occidentales. Le personnel, composé de médecins militaires hors-cadre et de médecins civils, travaillait sous contrat administratif. Dans l'ensemble compétent, il contribua au développement sanitaire du pays, en s'aidant des agents indigènes. La première école de sages-femmes africaines fut fondée au Togo. Un système de soins gratuits fut mis en place pour tous les agents de l'administration, leur famille, les élèves des écoles officielles, les prestataires, les prisonniers ainsi que ceux que l'autorité locale reconnaissait pour indigents. Avec un équipement remarquable pour l'époque, notamment au sud du territoire, les médecins allemands initialisèrent des recherches pour tenter d'endiguer la maladie du sommeil et la lèpre.

Les Allemands fondèrent le port de Lomé et mirent en place une économie de plantations, en particulier dans la région de Kpalimé, propice à la culture du cacao et du café.

L'enseignement s'y est développé relativement tôt. *« C'est ainsi qu'en 1914, avec 13700 élèves (soit un taux de scolarisation de 9%), le Togo allemand se plaçait en tête de tous les autres pays africains. »*³⁰ *« Le Nigeria du sud, en*

³⁰ G. Kponton, *La Décolonisation au Togo (1940-1960)*, thèse de doctorat, université de Provence, 1977, p. 42.

1912, avec huit fois plus d'habitants n'avait que trois fois plus d'élèves, et le Sénégal n'atteindra ce nombre qu'en 1938, avec deux fois plus d'habitants. »³¹

La gouvernance du Togoland était appréciée par le ministère des Colonies. La politique instaurée a été un succès grâce à un corps d'administrateurs, connaissant « admirablement » le pays, et des missionnaires, ayant une haute idée de « *la mission civilisatrice des nations européennes* ». En 1906, le budget est équilibré, ce qui constitue une exception dans les territoires africains allemands. Et les manuels scolaires outre-Rhin d'avant 1914 insistaient sur l'appellation de Musterkolonie (colonie modèle). « *L'œuvre accomplie est considérable [...]. La gestion allemande du Togo, peut, à juste titre, être considérée comme une belle réussite technique. Les seules difficultés rencontrées sont inhérentes au caractère des gouverneurs et de leurs subordonnés.* »³²

Près d'un siècle après leur départ, les Togolais, aujourd'hui encore, disent de l'ancien occupant qu'il était « *dur mais juste* ».

Nous retiendrons de la présence allemande une interaction entre les populations blanches et les populations locales. Ce qui devait conduire ces dernières à rompre avec les traditions anciennes.

2. Le Togo entre 1914 et 1918

La Guerre de 1914 va mettre fin à la prospérité économique que connaissait le Togo. Personne ne pouvait s'imaginer que le Togoland allait être un champ de bataille pour les belligérants. La déclaration de guerre de 1914 fut une surprise. Anglais et Français s'attaquèrent alors aux troupes allemandes. Conscient de la supériorité numérique des forces alliées, le gouverneur von Döring leur propose une neutralité qui évite de « *donner aux Africains le spectacle de luttes fratricides* ». Cette proposition fait le jeu des Allemands dont les forces se sont repliées sur Kamina (170 Km au nord de Lomé). Contre toute attente, ils

³¹ S. Amin, *L'Afrique de l'Ouest bloquée*, Paris, Minuit, 1971, p. 127.

³² R. Cornevin, *op. cit.*, p. 169.

réussissent à tenir en échec les forces alliées franco-anglaises le 22 août 1914 sur la rivière Chra. Mais le 26 août, ils signent leur réédition sans condition après avoir fait sauter, dans la nuit du 24 au 25 août, les installations radio de Kamina.³³ Ainsi, l'histoire retiendra que les alliés ont enregistré leur première victoire au Togo.

Le 27 août eut lieu, à Atakpamé, un premier partage du Togoland entre les vainqueurs. Un second partage est fait le 10 juillet 1919, à la suite de la déclaration franco-britannique de Londres. La partie anglaise, le Togo britannique, est rattachée à la Goal Coast³⁴, alors que la partie française représente le Togo actuel. Le Togo français obtint une superficie de 56 600 km² et le Togo britannique 33 800 km². Avant la Première Guerre mondiale, le Togo avait une superficie de 90 500 km². On peut dire que le Togo est le seul pays d'Afrique à avoir vécu successivement sous la colonisation allemande, sous la domination britannique et enfin sous mandat français.

3. Le Togo français : 1919-1960

La présence française qui dure du 10 juillet 1919 au 27 avril 1960, a connu deux périodes : la période du mandat, de 1919 à 1946, et celle de la tutelle, de 1946 à 1960.

3.1. La période mandataire : 1919-1946

Le passage de la présence allemande à l'administration française fut difficile. Pour de nombreux commis, enseignants et religieux togolais, cette reconversion

³³ Une station émettrice en liaison directe avec Berlin, ce qui, pour l'époque des grandes ondes, représentait une remarquable performance et servait de relais aux navires allemands opérant dans l'Atlantique-Sud.

³⁴ Le Ghana actuel.

apparaît éprouvante. À titre d'exemple, « *les pasteurs togolais restaient très attachés aux bons souvenirs de leur jeunesse et de leur séjour en Allemagne* ». ³⁵

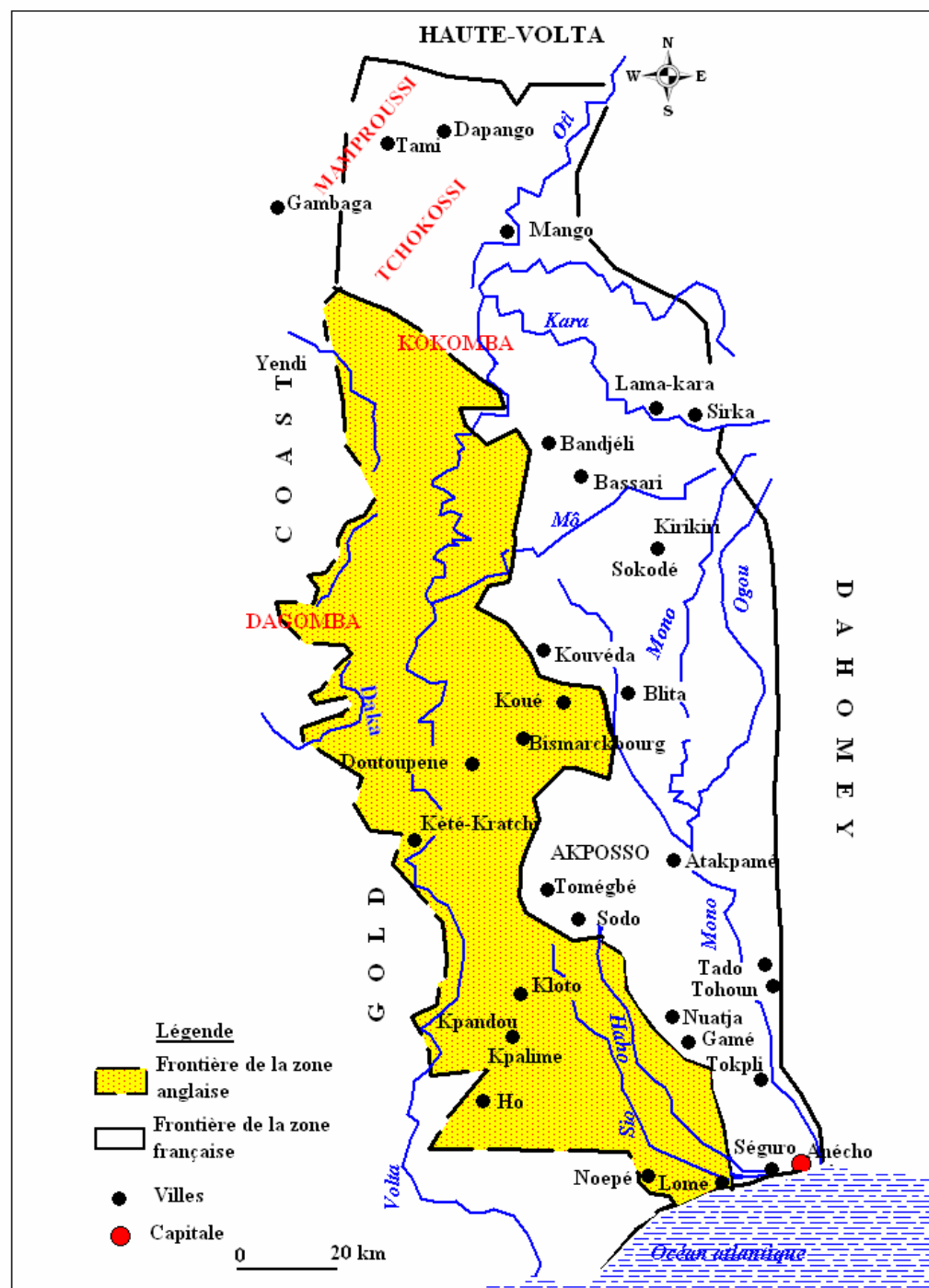
Le système administratif français laissait moins de pouvoirs aux chefs traditionnels que le système allemand. Aussi, poussé par la compagnie DTG (Deutsche Togo Gesellschaft), un groupe de Togolais, constitué en ligue, envoya une pétition à la SDN (Société des Nations). Les pétitionnaires sont, en fait, des nostalgiques qui avaient été à l'école allemande et se trouvaient déclassés par rapport à leurs collègues dahoméens ou à de jeunes Togolais ayant intégralement bénéficié de l'école française.

Par crainte que les Togolais restassent loyaux à l'Allemagne, les Français décidèrent de supprimer toute trace de la colonisation allemande. Tout en appliquant un régime plus souple, ils réduisirent à néant l'influence des Togolais instruits par les Allemands et interdirent l'usage de la langue allemande, notamment aux missionnaires alsaciens et lorrains. Le français devint la langue officielle et l'enseignement public se fit seulement dans cette langue.

À l'inverse des Allemands qui n'avaient pu définir, ni appliquer une politique linguistique cohérente, les Français imposèrent sans ambiguïté la langue française. Dès 1915, l'allemand fut interdit dans leur zone, puis ce fut le tour de l'anglais à partir de 1920.

³⁵ R. Cornevin, *op. cit.*, p. 71.

Carte n° 2. Le Togo de 1914 à 1919



Source : R. Comevin, *op. cit.*, p. 48 (adaptation par nos soins).

L'arrêté de 1922, qui organisait le secteur scolaire public et assurait le contrôle des écoles confessionnelles, imposa le français comme seule langue admise dans les écoles. Publié dans le *Journal Officiel* du Togo, son article 5 stipulait cette disposition sans équivoque : « *L'enseignement doit être donné exclusivement en français. Sont interdits les langues étrangères et les idiomes locaux.* » Les langues étrangères visées étaient l'allemand et l'anglais, les « idiomes locaux » (qui n'avaient pas droit au titre de « langue ») étaient les langues togolaises.

Les Français croyaient que, en raison du grand nombre des langues togolaises, il était inutile et impossible d'en choisir une comme « langue de communication » au détriment des autres, sans provoquer des conflits de préséance entre les ethnies. Ils croyaient surtout que les langues africaines étaient trop « primitives » et « inaptées à l'enseignement », c'est-à-dire tout le contraire du français décrit comme « supérieur ».

De leur côté, les Togolais n'ont pas semblé, à ce moment-là, porter un grand intérêt au problème de leurs langues nationales. Seules les communautés religieuses restaient préoccupées par l'enseignement en éwé dans les écoles.

3.1.1. L'administration française

L'organisation administrative du Togo sous mandat français fut calquée sur le modèle des autres colonies de l'AOF (Afrique Occidentale Française). Le développement de l'agriculture d'exportation est l'un des principaux axes de la politique économique de la France au Togo. Elle est marquée par l'introduction de la culture du café, du cacao et du palmier ainsi que par l'amélioration de la culture du coton entrepris par les Allemands. La période mandataire fut celui de l'essor de l'automobile en Afrique. Aussi le réseau routier au Togo connaîtra-il une amélioration avec le prolongement des voies ferrées.

L'essor du commerce est caractérisé par la création des succursales des grandes compagnies comme l'UAC (United Africa Company), CFAO

(Compagnie française de l'Afrique occidentale), SCOA (Société commerciale de l'Ouest africain), la GB Ollivan et la SGGG (Société générale du Golfe de Guinée) qui limitait ses activités au Togo.

L'argent gagné par les paysans sert à payer les impôts et à acheter des bicyclettes, des pagnes, des lunettes noires. Les marchés, indépendamment de leur fonction économique, sont des lieux de rencontre où les habitants vont volontiers boire quelques calebasses de *chapalo* (bière locale) dans le Nord ou du *déha* (vin de palme) dans le Sud.

La crise économique internationale de 1929 atteint le Togo en 1933. Le prix des produits s'effondre « *et, pour un tonnage presque identique, on compte 28 millions à l'exportation en 1938 pour 86 millions en 1928* ». La balance commerciale est constamment déficitaire.

Un important travail a été accompli pour l'enseignement et le service de santé. L'enseignement comprend l'école du village au niveau local et le cours complémentaire, l'échelon supérieur, uniquement à Lomé. L'enseignement privé reste important. Il est subventionné en fonction des résultats aux examens.

Le développement de la santé est organisé conformément à la division administrative. Les subdivisions sanitaires correspondent aux circonscriptions administratives et ont à leur tête un médecin assisté d'un auxiliaire, d'infirmiers et de sages-femmes. La principale activité de santé pendant la période mandataire est sans doute la lutte contre la maladie du sommeil dont le foyer se trouve dans la région de la Kara au nord du pays.

3.1.2. La tutelle : 1946-1960

Après la signature de l'armistice, l'assemblée générale des Nations-Unies remplace le statut mandataire du Togo par le régime international de la tutelle. Ce régime a pour objectif de conduire progressivement les populations à s'administrer elles-mêmes. Le Conseil de tutelle et l'Assemblée générale

examinent les rapports annuels fournis par la France et peuvent recevoir des pétitions de la population. Le Togo est inclus dans le mouvement de réformes de la Constitution française de 1946 au titre de territoire associé, et dispose d'une représentation dite Assemblée représentative du Togo (ART) qui comprend trente élus, dont six Français. L'ART, très tôt, a posé un acte politique fort en créant le CUT (Comité d'Unité Togolaise) qui regroupe l'ensemble des notables fidèles à la France. L'enjeu principal de cette création est de faire face aux revendications coloniales de l'Allemagne qui n'a jamais renoncé au Togo. Toutefois, contrairement au plan français, le CUT, sous la houlette de Sylvanus Olympio, se transforme en parti politique, le premier au Togo, et portera le flambeau du mouvement nationaliste qui mènera à l'indépendance.

3.2. Une conquête problématique

La scène politique togolaise était dominée par Sylvanus Olympio. Né à Lomé en 1902, issu d'une famille bourgeoise de souche brésilienne et d'un milieu d'intellectuels, il a suivi une formation puis une carrière davantage tournée vers la Grande-Bretagne que liées aux officines de Paris. L'homme est polyglotte, nanti de diplômes prestigieux, entre autres de la *London School of Economics*. Il « rassemblait en lui-même les complexes qualités des ancêtres portugais, africain et indiens qui faisaient de lui, parlant aussi bien anglais que français, une personnalité hors série de la vie politique africaine ».³⁶

En face du CUT, on retrouve le PTP (Parti Togolais du Progrès), dirigé par l'ingénieur Nicolas Grunitzky, beau-frère d'Olympio, qui rassemblait les fonctionnaires et les notables proches de l'autorité française dont l'objectif était l'indépendance dans l'amitié avec la France. Voulant marquer leur particularisme vis-à-vis du Sud, les populations du Nord se voient porter par l'UCPN (Union des Chefs et des Populations du Nord) qui est une alliance « tactique » avec le PTP, avec à sa tête une équipe de dignitaires, dont Derman Ayéva. L'alliance PTP et UCPN cherchait à contrer les visées régionalistes du CUT qui consistaient à la

³⁶ R. Cornevin, *op. cit.*, p. 81.

création d'une nation éwé : regrouper dans un même territoire les Éwé du Togo britannique et ceux du Togo français. Les Éwé se trouvent, coincés, entre trois entités géopolitiques qu'ils ne contrôlent pas : la Goad Coast, les Togo français et britannique

Tableau n°1. Répartition des Éwé sur les trois territoires, selon le recensement de 1948 (rapport de la mission de l'ONU de 1952, p. 58)

Mandat français	Administration britannique	Goal Coast
175 299	138 693, répartis dans le Sud	375 939, dont 298 410 regroupés sur la frontière entre la Goad Coast et le Togo sous administration britannique.

3.3. Le problème éwé

L'évolution politique au Togo, symbolisée par les personnalités de Nicolas Grunitzky et surtout de Sylvanus Olympio, est envisagée sous deux angles : l'aspect ethnique des données internes, marquées par les rivalités entre le Nord et le Sud, et l'aspect international. L'ensemble de ces données va accélérer le processus d'accession à l'indépendance dont le problème éwé fut déterminant. Ainsi, aux côtés du pouvoir officiel, sous la houlette d'un gouverneur, disposant de la police et de l'administration, existe aussi celui de Sylvanus Olympio. Ce dernier, de plus en plus charismatique et très écouté, œuvre pour la création d'un État éwé (regroupant les Éwé du Togo allemand). En 1946, le *All Ewe Conference* reçoit une vingtaine de chefs coutumiers du Togo français. Toutefois, une autre partie de la population revendique l'ensemble de l'ancien Togo allemand. Ainsi, les colons français et britanniques, prenant conscience de cette situation qui s'enlise, alerta l'ONU qui organisa des consultations en 1951. Le CUT est battu par le PTP de Grunitzky soutenu par l'UCPN et le projet de la réunification des Éwé est définitivement abandonné laissant tout de même entier celui du Togo

britannique après que l'autorité anglaise décida de donner l'indépendance à la Goald Coast. Une mission de l'ONU en visite au Togo parcourt le pays du nord au sud et prend acte de sa division. Quel sort pour le Togo britannique ? Le rattacher au Goald Coast ou lui donner son indépendance ? Les élections de mai 1956 furent un plébiscite. L'annexion fut proclamée grâce surtout aux voix des populations du *Northern Territories* (les populations du Nord opposées à la création d'un territoire éwé).

En application de la loi-cadre³⁷ du 23 juin 1956, un statut du Togo est élaboré et la République autonome du Togo, dirigée par Grunitzky, sera proclamée le 30 août suivant et installée par Gaston Defferre, alors ministre de la France d'Outre-mer. De nouvelles compétences, entre autres, la gestion de l'ordre public intérieur, la présidence du Conseil des ministres et le pouvoir judiciaire sont sous l'autorité exclusive du Premier ministre. À la suite de ces nouveaux accords, l'autorité française ne conserve plus que les relations extérieures, la monnaie et la défense. Ce fut une grande victoire pour Grunitzky, qui a réussi à arracher à la France ce qu'aucun nationaliste n'avait auparavant fait. « *Aussi son parti, sûr de l'emporter, fait-il à peine campagne [...] et le soir du 27 avril 1958 on assiste à la victoire du CUT* »³⁸ aux élections législatives. Le gouverneur Spénal³⁹ fait immédiatement appel à Sylvanus Olympio pour former le premier gouvernement du Togo indépendant.

3.4. L'*ablodé*⁴⁰

Ainsi appelé, Olympio constitue son gouvernement avec les hommes qui l'ont toujours soutenu dans son combat. Toutefois, cette victoire soulève de nombreux conflits au sein de la population. Sa célébration est l'occasion des provocations et des règlements de compte. Les anciens « amis » de l'autorité française sont

³⁷ Loi qui permet aux pouvoirs locaux des colonies d'avoir une autonomie vis-à-vis de la métropole.

³⁸ R. Cornevin, *op. cit.*, p. 86.

³⁹ Le gouverneur Spinal représentait le pouvoir français.

⁴⁰ *Ablodé* signifie en Èwé liberté au sens premier. Cependant, le terme est utilisé dans une deuxième acception pour signifier : indépendance (au sens politique du terme).

considérés comme des traîtres et pourchassés. Les velléités d'un regroupement des Éwé refont surface mais le Ghana interdit toute réunion sur son territoire dans ce cadre. La France, voulant clarifier définitivement la situation du Togo, fixe la date de l'indépendance totale, à l'issue de négociations, sur le deuxième anniversaire des élections : la République indépendante du Togo naissait donc le 27 avril 1960 et fut admise aux Nations-Unis le 20 septembre 1960.

CHAPITRE II :
DU TOGO INDÉPENDANT
À LA DICTATURE MILITAIRE

1. Le régime Olympio

La lutte pour l'indépendance fut rude. Des efforts ont été consentis. Les nationalistes, dynamiques et démagogues mobilisatrices oblige, traçaient le projet du Togo indépendant. Beaucoup ont cru que la fin de la colonisation ouvrait la voie à la prospérité.

1.1. Les grands projets du nouveau président

L'enseignement fut l'une des priorités du nouveau régime. Ce qu'on appelle l'*africanisation* ou, plus exactement, la *togolisation* des cadres est instaurée. Il s'agit de former une nouvelle élite devant prendre en main la gestion administrative. « *La durée des études y sera augmentée pour permettre de dispenser à nos étudiants et fonctionnaires un enseignement de valeurs qui fera d'eux des agents de l'État capables de faire face à toutes leurs responsabilités.* »⁴¹

Sur le plan social, il était question d'un plan qui consistait à recruter les jeunes dans la fonction publique et de créer un cadre institutionnel pour les apprentis et tous ceux qui désiraient s'orienter vers les professions libérales.

Dans le domaine de la santé, la collaboration avec l'OMS pour lutter contre le paludisme est lancée. Elle devait réduire sa fulgurante ascension. En 1960, au moins 200 000 personnes sont atteintes, pour 25% de décès. L'annonce de la création d'une école moderne d'infirmiers et de sages-femmes est le couronnement du projet sanitaire du président Olympio : « *Cette lutte décisive contre les maladies contagieuses par les campagnes sanitaires, l'assainissement, les travaux de laboratoires, devra s'appuyer sur un personnel compétent, au courant des dernières acquisitions de la médecine scientifique et surtout des méthodes actuelles de santé publique. Aussi, en dehors des programmes de bourses d'études et de perfectionnement à l'étranger pour nos médecins, sages-femmes, infirmiers et agents de salubrité, nous allons assurer sur place la*

⁴¹ Extrait d'un discours de Olympio dans R. Cornevin, *op. cit.* p. 44.

formation de nos infirmiers et sages-femmes et assistantes sociales en organisant à Lomé un école moderne d'infirmiers et de sages-femmes, toujours avec l'aide conjuguée de l'OMS et du Fonds international de Secours à l'Enfance auxquels s'adjoindra le FEDOM pour la construction de l'édifice qui servira de local de cours et de pensionnat pour les élèves. »⁴²

1.2. Le désenchantement

Le constat fut implacable, le pays n'avait pas les moyens de ses ambitions. *« Paralysé par les structures économiques et sociales désuètes et par la dépendance économique externe, le Togo n'est pas structurellement apte à l'expansion. »⁴³* Il a fallu opérer des changements nécessitant de la rigueur dans la gestion très stricte des affaires de l'État et aussi des sacrifices de la part de la population : *« Aucune augmentation de salaire n'est consentie aux travailleurs. Les remboursements de dettes togolaises au Trésor français le sont dans des conditions exceptionnelles de ponctualité. »⁴⁴*

Après l'indépendance, l'influence de Sylvanus Olympio s'accroît et s'étend sur toute l'Afrique noire. Sexagénaire, il était plus âgé que la plupart de ces pairs, ce qui, dans l'optique africaine où les anciens jouent un si grand rôle, lui donnait une place privilégiée. Par ailleurs, son aisance à s'exprimer aussi bien en français qu'en anglais lui est bien connue aux Nations Unies. Toutefois, on lui reproche un *ego* prononcé, et son attitude vis-à-vis de son opposition qui l'accuse de dérive totalitaire de par sa réticence à l'égard de tout ce qui aboutirait à un pouvoir collégial et au démantèlement de la chefferie traditionnelle dans tout le pays.

Faisant une lecture de la constitution togolaise, Marc Ducat souligne à propos du président : *« S'il reçoit les pouvoirs dévolus en France au Premier ministre, il n'en supporte pas la responsabilité. Il ne peut ni poser la question de*

⁴² Discours d'Olympio, le 30 septembre 1961.

⁴³ P. Lodonou, *Rassemblement du peuple Togo (RPT): instrument de légitimation du pouvoir militaire*, thèse de Sociologie, Bordeaux-II, 1988, p. 70.

⁴⁴ R. Cornevin, *op. cit.*, p. 92.

confiance ni être l'objet d'une censure (solution normale en régime présidentiel) alors qu'il est habilité à dissoudre l'Assemblée (l'équilibre est ainsi réduit). » En somme, « un président aussi fort que celui des États-Unis, un parlement aussi faible que celui de la cinquième République, tels sont les organes créés par la constitution togolaise »⁴⁵.

Isolé sur le plan régional et reconnu comme francophobe, le père du nouveau régime de Lomé noue des relations avec d'autres pays d'Europe et d'Amérique et envisage de « *frapper une monnaie nationale indexée sur la Deutsche Mark* »⁴⁶, ce qui n'intéressait guère la France qui voyait en cet homme une menace pour la bonne entente entre ces anciennes colonies.

Le président s'est mis aussi à dos les militaires démobilisés de l'armée française. Les accords d'Évian de 1962 mettaient fin à la guerre d'Algérie. Les volontaires démobilisés rentrèrent dans leurs pays respectifs. Ce qui n'est pas pour autant une bonne chose aux yeux de certains nouveaux chefs d'État africains. Olympio avait des appréhensions : « *À l'heure où la nouvelle est diffusée par les radios, Sylvanus Olympio est à Paris, à l'hôtel Grillon, en route pour une visite officielle aux États-Unis. Apprenant la fin de la guerre d'Algérie, il dit à son gendre Éric Amerdind : " C'est une bonne chose, mais je crains fort que les troupes africaines qui seraient démobilisées ne viennent semer le trouble dans nos pays. " »*⁴⁷

Les militaires contents de revenir servir leur pays se voient alors frustrés et humiliés par un président qui voit, en leur intégration, une source de gaspillage économique. Ils passèrent à l'action le 13 janvier 1963. Depuis lors, l'armée est devenue une force incontournable dans la vie politique togolaise.

⁴⁵ M. Ducat, cité par R. Cornevin, *op. cit.*, p. 23.

⁴⁶ G. Labarthe, *Le Togo, de l'esclavage au libéralisme mafieux*, Paris, Agones, 2005, p. 39.

⁴⁷ K. Agbobli, *op. cit.*, pp. 22-23.

2. Le coup d'État du 13 janvier 1963 : un tournant décisif

« Le dimanche 13 janvier au matin, le cadavre de Sylvanus Olympio en short est relevé devant la porte de l'ambassade américaine, un militaire de l'armée togolaise l'a abattu de trois balles de mitraillette. Il est 7 heures 15. »⁴⁸

Parlant de l'Afrique noire, certains Occidentaux n'hésitent pas à la comparer à un champ de bataille où *« les soldats ne conquièrent jamais que leur propres pays »*.⁴⁹

Dans la liste des coups d'État en Afrique, on peut citer le renversement du pouvoir élu au Soudan en 1956, la neutralisation du gouvernement de Patrice Lumumba au Congo Léopoldville (actuelle RDC) ; mais le cas du Togo fut particulier par sa violence et son caractère sanglant. *« Le meurtre du leader indépendantiste Olympio reste un cas d'école. D'abord, parce qu'il inaugure la longue série d'élimination physique de chefs d'État africains. Ensuite, parce qu'il renferme les principaux ingrédients des coups d'État militaires orchestrés depuis le début des années 1960 en Afrique francophone. »⁵⁰*

Ainsi, le coup d'État de 1963 est perçu comme un événement important dans l'histoire du Togo.

On avance, comme causes immédiates de ce tournant, un complot des opposants au régime, le projet de création d'une monnaie nationale et le rejet de la requête des militaires revenus des guerres d'Indochine et d'Algérie, visant leur intégration dans l'armée togolaise. La prise du pouvoir par les militaires peut donc s'expliquer par la conjonction de plusieurs facteurs dont les institutions elles-mêmes sont porteuses. Au dire de Jürgens Habermas, *« les crises naissent lorsque la structure d'un système social confronté à un problème admet moins de possibilités de solutions que le système n'en réclame, pour se maintenir. En ce*

⁴⁸ R. Cornevin, *op. cit.*, p. 92.

⁴⁹ M.-P. Roy, *Les Régimes politiques du tiers-monde*, Paris, LGDJ.

⁵⁰ T. Tété, *Démocratisation à la togolaise*, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 24.

*sens, les crises seront des troubles permanents de l'intégration du système ».*⁵¹ L'une des thèses fondamentales développées par les théoriciens à propos de l'intervention des militaires dans la politique, postule que le « *niveau de l'intervention militaire d'un pays est négativement lié au niveau de sa culture politique au degré d'attachement du public aux institutions civiles. En d'autres termes, les freins de l'intervention des militaires dans la politique sont plus puissant dans les pays qui ont une maturité ou dans les pays de culture politique développée que ceux qui ont une faible maturité* »⁵² ; « *la tendance à l'intervention militaire dans la politique s'accroît avec l'accroissement de la violence politique* ».⁵³

La mort du président est interprétée comme « *la fin d'un autocrate isolé* ».⁵⁴ Le parcours personnel de cet homme, ses influences comme ses aspirations à l'indépendance l'ont vite condamné aux yeux de la France, qui attendait conserver son influence outre-mer. « *À l'Élysée, on reconnaît que l'homme n'a "pas le bon profil". À Lomé, les responsables français le regardent de travers.* »⁵⁵

Un militaire revendiquant le coup d'État disait : « *C'est Dieu qui nous a inspiré parce qu'il fallait absolument un changement. Le 13 janvier 1963, nous avons délivré le peuple togolais.* »⁵⁶ Et le général De Gaulle, au nom de la France, d'enfoncer le clou : « *Ce pauvre Sylvanus Olympio était matois. Il voulait jouer au plus fin. C'était un homme d'Unilever. Il s'appuyait sur les Anglais. Il avait grandi dans l'opposition en France. Une fois arrivé au pouvoir contre nous, il avait affecté de ne pas vouloir d'accord avec nous. Puis voyant que ça lui était difficile de se maintenir sans notre aide, il a voulu un accord, mais sans en avoir*

⁵¹ J. Habermas, *Raison et légitimité : problème de légitimité dans le capitalisme avancé*, trad. fr., Paris, Payot, 1978 (1^{re} éd. allemande : 1884), p. 13.

⁵² E. Lieuwen, « Militarism and politics in latin America », in *Armées et politique en Afrique au sud du Sahara*, PUZ, 1979, p. 44.

⁵³ *Le monde* du 5 mai 1960, cité par P. Lodonou, *op. cit.*, p. 60.

⁵⁴ G. Labarthe, *op. cit.* p. 40.

⁵⁵ G. Labarthe, *Ibid.*, p. 37.

⁵⁶ C. Feuillet, *Les Dix jours qui ont fait le Togo*, ABC, p. 27.

*l'air. Il lui fallait tromper tout le monde. Naturellement, il a été puni par où il a péché. »*⁵⁷

Pour autant, les putschistes, encore inexpérimentés en politique, ne vont pas directement exercer le pouvoir dans l'immédiat. Appel fut fait, sur conseil de la France, à un ancien opposant du président défunt.

2.1. Le retour de Grunitzky : l'homme du compromis

Né à Atakpamé le 5 avril 1913, il est le troisième fils d'un juif polonais, officier de l'armée allemande, reconverti dans le commerce. Sa mère, prénommée Sossimé, appartient à la famille royale d'Atakpamé. Ancien élève du lycée Mignet d'Aix-en-Provence, il est diplômé de mathématiques et obtint le titre d'ingénieur de l'École spéciale de travaux publics de Paris. « *Calme de tempérament [...], il n'ose guère bousculer ni les amis, ni ses collaborateurs, et surtout pas les Togolais. »*⁵⁸

Grunitzky avait, pour première motivation, la recherche d'un équilibre entre les forces en présence. Ainsi, tous les partis politiques sont appelés au gouvernement. Le Togo se rapproche de nouveau de la France qui l'aide à structurer l'armée et à son intégration par des putschistes. Sur le plan international, les relations avec le Ghana voisin et les autres États africains s'améliorent, contribuant ainsi à la reconnaissance diplomatique du nouveau régime.

Un élément va remettre en cause les bonnes intentions affichées. Il s'agit de l'adoption d'une nouvelle constitution, créant un poste de vice-président confié à Antoine Méatchi, un homme du Nord, ce qui va faire renaître des rivalités ethniques et une lutte hégémonique au sommet de l'État, paralysant son fonctionnement. Le président Grunitzky devrait faire face à la fronde des caciques fidèles du président Olympio qui, d'ailleurs, vont pousser leur hostilité jusqu'à

⁵⁷ De Gaulle, cité par Alain Peyrefitte, in G. Labarthe, *op. cit.*, p. 40.

⁵⁸ A. Agbobli, *Sylvanus Olympio. Un destin tragique*, Dakar, Livre Sud, NEA, 1992, p. 103.

fomentier un coup d'État qui échoua le 21 novembre 1966. Cet événement a considérablement fragilisé le régime et renforça les militaires qui vont apparaître, dès lors, comme les vrais détenteurs du pouvoir.

Il ne s'agit donc pas de proclamer l'unité nationale pour qu'elle se réalise. Le partage du pouvoir sur des critères régionalistes et en fonction des partis s'avère un échec. En cela, nous adhérons à la pensée de Raymond Aron selon laquelle « *ce n'est pas une règle constitutionnelle en tant que telle qui assure stabilité et efficacité, c'est l'accord entre les règles et la structure du système de partis, leur programmes, leurs conceptions mêmes du jeu politique* ». ⁵⁹

La remise du pouvoir aux civils après le coup d'État de 1963 n'est qu'une manière de « reculer pour mieux sauter », le temps de bien s'imprégner du fonctionnement de l'appareil étatique. Mais les divergences nées du bicéphalisme et le manque de fermeté de Grunitzky ont servi de prétexte aux militaires qui ont attendu le 13 janvier 1967, jour anniversaire de la mort du président Olympio, pour annoncer la prise de pouvoir et assurer cette fois-ci pleinement leurs « responsabilités ».

2.2. Le régime militaire

2.2.1. L'irrésistible ascension du timonier national

« *L'homme qui ose déclarer avoir tiré s'appelle Étienne Gnassingbé. À l'époque, il est un illustre inconnu. Depuis lors, beaucoup l'ont brocardé. D'autres, à la recherche d'argent facile, l'ont encensé dans des hagiographies qui ne résistent pas à la postérité. À la recherche d'une légitimité, il semble s'être lui-même prêté à un jeu qui n'en vaut pourtant pas la peine [...]. Ainsi, à la fin de son existence si héroïque et si tumultueuse, le tout petit corse, caporal de son état, devenu*

⁵⁹ R. Aron, *Démocratie et totalitarisme*, Paris, Gallimard, 1955, p. 155.

Napoléon, dictateur, Empereur des Français et fondateur de la dynastie impériale des Bonaparte, peut-il s'écrier, à juste titre : "Quel roman, ma vie".»⁶⁰

Étienne Gnassingbé voit le jour le 26 décembre 1935 à Pya, village situé au nord du Togo en pays Kabyé. Issu d'une famille modeste, le jeune Gnassingbé s'imposait rapidement grâce à ses capacités physiques et devint champion de lutte traditionnelle de son canton.

D'origine protestante, sur les conseils du pasteur de son village, il s'engagea dans l'armée française et y demeurera une dizaine d'années. C'est au cours de ce séjour au sein de l'armée française que Eyadema s'initie au métier des armes. Il servit notamment au Dahomey (Bénin actuel), en Indochine, en Algérie et au Niger. Le sergent-chef Eyadema rentre au pays en 1962, deux ans après l'indépendance.

Après la prise de pouvoir des militaires en 1963, la France facilite son ascension en le faisant passer de sergent-chef au grade de lieutenant-colonel et lui confie le commandement de la compagnie d'infanterie regroupant les anciens d'Algérie. Au fil des années, il prend confiance en lui et affiche une profonde francophilie, voire un « *patriotisme français* »⁶¹, qui lui a ainsi permis de renverser le gouvernement Grunitzky en 1967. Dès lors, il assoie son régime par la promotion de son ethnie. Il s'agit là d'une réponse à Olympio accusé, en son temps, de favoriser les populations éwé. Pour justifier la domination de son ethnie, il développe une politique d'authenticité, une sorte de *togolité*, mettant en avant sa propre ethnie considérée, selon une théorie sans fondement, comme la plus ancienne à occuper les terres togolaises. La légitimation de cette supériorité ethnique se traduit par la narration mythique de la migration verticale du peuple Kabyè. L'ancêtre de celui-ci serait venu du ciel tandis que les autres ethnies seraient venues par migration horizontale. Ce récit mythique a pour objectif de démontrer la propriété historique que détiendrait les Kabyè, avec pour corollaire

⁶⁰ A. Agbobli, *op. cit.*, p. 161.

⁶¹ J. Foccart, *Foccart parle. Entretiens avec Philippe Gaillard*, vol. II, Paris, Fayard/Jeune Afrique, 1995, p. 152.

le droit de gouverner. Ainsi, cette prétendue supériorité, basée sur une tradition orale inventée de toute pièce, participe à la stratégie de « diviser pour régner » et a permis au général de conduire le pays durant presque quatre décennies pendant lesquelles il s'était déployé sans compter pour chercher une légitimité tant nationale qu'internationale.

Au Togo, il était chanté, loué ; des macarons, des posters géants et statues de bronze glorifient l'image du Timonier national qui cumule tous les pouvoirs. Il est l'égal du Christ Sauveur, et sa mère comparée à la Sainte Vierge⁶² « *Partir du plus bas de l'échelle sociale pour se hisser au sommet de la gloire, n'est-il pas, sous tous les cieux, le signe d'une promotion pour tout individu ?* »⁶³ Le général Eyadéma en était un symbole.

2.2.2. La création du parti ou la « légitimation du pouvoir militaire »⁶⁴

Les militaires ont pris le pouvoir au Togo mettant fin au tout jeune régime issu de l'indépendance. L'exercice de cette nouvelle fonction impose un fonctionnement dont un parti politique apparaît comme la seule alternative. Il contribue à créer ou à maintenir une conscience politique, en assurant l'information et la formation de l'opinion. Selon Joseph LaPalombara et Myron Weiner⁶⁵, la création d'un parti vient du souci de la recherche de la popularité : « *Toute dictature secrète rapidement une classe sociologique de soutien, un appareil bureaucratique, qui a intérêt à son maintien.* »⁶⁶ C'est en Afrique noire que se saisit très clairement le processus qui conduit du multipartisme au parti unique. Pour justifier l'installation du parti unique au Togo, les militaires ont évoqué deux raisons. La première fait de lui un instrument d'intégration des populations dans un seul et unique creuset national, alors que le multipartisme serait un danger en tant qu'il ressusciterait les divergences ethniques et tribales. Ainsi, lors d'une tournée officielle dans la région de Kpalimé, le Général annonçait, à propos du parti unique, qu'il s'agit

⁶² C. Toulabor, *Le Togo sous Eyadéma*, p. 121.

⁶³ Y. Dégli, *Togo. La tragédie africaine*, Paris, Éd. Nouvelles du Sud, 1996, p. 107.

⁶⁴ P. Lodonou, *Le Rassemblement du peuple Togolais (RPT) : Instrument de légitimation du pouvoir militaire*, Thèse de Sociologie, Bordeaux 2, 1988, p.

⁶⁵ J. LaPalombara, M. Weiner, in J. Charlot, *Les Partis politiques*, 1971, p. 22.

⁶⁶ R-G. Schwatzenberg, *Sociologie politique*, Laval, Montchrestien, 1988, p. 264.

d'un « *véritable creuset national où viendront se fondre toutes les forces vives de la nation à quelques partis qu'elles aient appartenu* ». Le deuxième argument est la mobilisation des énergies. Le parti impose une discipline dont le respect conduirait au développement économique et social de la nation. Ce vaste regroupement voulu par le Général, né donc de ce discours dit *Appel historique de Kpalimé*, est nommé RPT (Rassemblement du Peuple togolais), et servait d'instrument de contrôle pour les militaires. Ces objectifs sont, entre autres, l'unité et la solidarité nationales et il est soumis à l'autorité du président fondateur et d'un secrétariat général.

En instaurant le parti unique par la légitimation du pouvoir militaire, Eyadéma affirme son projet de contrôle social et politique sur le pays. Claude Rivière, dans *Anthropologie politique*, dira que « *chaque individu à ambition politique utilise quelque stratégie, manœuvre, pression, manipulation et prise de décision pour obtenir le pouvoir, pour s'y maintenir ou pour l'accroître* »⁶⁷. Les déclarations selon lesquelles le système de parti unique permettra d'éviter la dispersion des cadres ou la mobilisation des énergies en vue du développement sont loin de la réalité, car plus le régime se renforce au travers de ses organes, plus il devient intolérant, limitant l'actions des étudiants, des intellectuels et des syndicalistes. Au contraire, le parti favorise la délation, les militantismes zélés, et toutes opinions à l'encontre de ces principes sont réprimandées.

La prise de pouvoir par des militaires mérite d'être fructifiée et, pour cela, il faut conjuguer les énergies pour construire un Togo nouveau, un Togo libre.

2.2.3. Le mythe de la libération nationale

La date du 13 janvier rentre dans l'histoire et symbolise la libération du peuple togolais. Partout dans le pays, le nouveau régime se lance dans une campagne de sensibilisation où domine une littérature de griots aidant à l'élaboration des mythes autour des problèmes de développement. Le Togo rentre dans une nouvelle ère, celle qui devait faire de lui la Suisse d'Afrique. Comme ce fut le cas

⁶⁷ C. Rivière, *Anthropologie politique*, Paris, Armand Colin, 2000, p. 104.

dans les nouveaux pays indépendants d'Afrique noire, on assiste alors à des productions idéologiques autour de la légitimité de l'État. « *La production idéologique est l'une des fonctions et des armes des équipes au pouvoir.* »⁶⁸ C'est à ce titre que le discours sur le développement est devenu un enjeu majeur. Puisque « *c'est Dieu qui nous a inspiré, disait le général, il fallait absolument un changement* ». Ce changement doit se constater à travers le bonheur des Togolais.

La quête permanente de la légitimité est une émanation directe de la nature du pouvoir. Ayant été acquis par la violence, il se doit de transformer son visage. Le régime Éyadema s'inscrit donc dans la logique de Rousseau pour qui « *le plus fort n'est jamais assez fort pour être toujours le maître, s'il ne transforme pas sa force en droit et l'obéissance en devoir [...] car sitôt que c'est la force qui fait le droit, l'effet change avec la cause ; toute force qui surmonte la première succède à son droit, sitôt qu'on désobéit impunément on le peut légitimement et puisque le plus fort a toujours raison, il ne s'agit que de faire en sorte qu'on soit le plus fort* ». ⁶⁹

La libération du peuple est avant tout économique. C'est pour cela que les usines seront construites. Leur production devait apporter du bonheur au peuple.

2.2.4. La politique des grands travaux

Au nom du développement, le gouvernement se lance dans la politique de construction de grandes infrastructures administratives et industrielles, dite de grands travaux, planifiés selon des plans quinquennaux. L'option des grands travaux et la gestion macro-économique ont conduit à une impasse. Car elle se termine souvent en friche. « *Le plan quinquennal débute par une série de constructions massives, qui présentent toutes les caractéristiques des marchés*

⁶⁸ Y. Bénot, *Indépendance africaine, idéologie et réalités*, Paris, 1975, p. 30.

⁶⁹ J.-J. Rousseau, *Du contrat social ou principe du droit politique*, Paris, 1962 (1^{re} éd. : 1762).

*artificiels : pas d'étude de rentabilité, pas de projection sur le long terme, pas d'appel d'offres international. »*⁷⁰

Profitant du boom des prix des matières premières, (phosphates, café, cacao, coton) au cours de la première moitié des années 1970, le Togo s'était lancé à partir de 1975, dans le cadre de son troisième plan quinquennal de développement économique et social

La dimension de ce programme d'investissements publics a finalement dépassé les ressources intérieures disponibles. Ainsi, dans la majorité des cas, les critères du choix des investissements publics pour atteindre les objectifs de croissance économique accélérée qu'attendaient les populations n'ont pas été rigoureux et les ressources financières disponibles de l'État ont servi à financer, pour la plupart, des projets peu productifs et rentables (les éléphants blancs : usines sans études de faisabilité et de rentabilité, etc.).

Dans cette logique, furent créés plusieurs entreprises et des hôtels qui vont se révéler non rentables. Il en a résulté des déficiences productives répétitives sur les finances publiques car leurs pertes ont été non seulement supportées par l'État, mais en plus, leur maintien en activité nécessitait des subventions du fait qu'elles ne généraient pas suffisamment de ressources nécessaires pour financer leur propre fonctionnement. En fustigeant cette pratique en cours dans nombre de pays africains, Gilles Labarthe disait à propos du Togo : *« À lui seul, le Togo concentre un joli bestiaire d'anomalies. Au nord du pays, le gouvernement autoritaire de Gnassingbé Eyadéma avait inauguré en 1981, dans la grosse bourgade de Kara, une importante usine de textiles : production et exportation de sous-vêtements. Elle n'a jamais tourné qu'à 10% de ses capacités avant de fermer [...]. Plus au centre, à la hauteur de Dadjia, on aperçoit les vastes dépendances d'une autre usine Togotex. Fruit de la coopération germano-togolaise, elle a fermé en 1985,*

⁷⁰ G. Labarthe, *op. cit.*, p. 80.

avant d'être envahie par les hautes herbes, bradée et revendue à bas prix en 1992 à un groupe de Hong-Kong. »⁷¹

Le poids du service de la dette extérieure résultant de la politique d'investissements publics démesurée, joint à la détérioration des termes de l'échange et à la baisse de l'aide publique au développement, a accéléré la déconfiture économique du Togo au début des années 1980 comme le résumera plus tard *Le Canard enchaîné* : « Le Togo est en tête du hit-parade des pays pauvres qui gaspillent le peu d'argent qu'ils ont pour réaliser les projets coûteux et inutiles, mais générateurs de grosses ristournes. Certains banquiers créanciers estiment qu'entre 1976 et 1980 la surfacturation de projets d'investissement [...] a été largement supérieure à un milliard de francs. C'est beaucoup pour un pays de 2,5 millions d'habitants qui ne mangent pas tous à leur faim. Ce gaspillage représente une partie de la dette extérieure du Togo. »⁷²

Tableau n° 2. Exemple chiffré de l'évolution de la dette (Banque mondiale, 2004)

Année	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2002
Dette en millions de dollars	40	170	1120	940	1280	1480	1580

« Le premier principe de légitimité d'un régime [...] est sa capacité de développement économique. »⁷³ Quel sort réserve-t-on alors aux populations confrontées aux difficultés d'alimentation, d'accès à la santé et à emploi ? Parler du développement dans ce contexte, c'est évacuer ces problèmes et faire part d'un mythe idéologique. La réalité du terrain apporte un démenti sans détour à ces

⁷¹ G. Labarthe, *op. cit.*, pp. 77-78. Nous tenons à noter que l'usine de Kara est créée juste à des fins régionalistes. Dadja étant au sud, il fallait aussi une usine au nord pour l'équilibre régional, « ce choix » ignorant toute logique de rentabilité. L'usine de Dadja (notre village natal), inaugurée en 1964, prospérait à merveille jusqu'à la création de celle de Kara, une région qui ne produit pas le coton, contrairement à Dadja.

⁷² *Le Canard enchaîné* du 12 janvier 1983.

⁷³ A. Touraine, *op. cit.*, p. 139.

discours mystificateurs qui consistent, le plus souvent, dans une manipulation en vue d'anéantir les velléités de révoltes sociales.

3. De la démocratie au Togo

Au même titre que les pays de l'Europe de l'Est, l'Afrique a connu, à la fin des années 1980 le courant de la démocratie. Celle-ci s'ouvre à la plupart des pays francophones par des conférences nationales visant à dénoncer les politiques publiques et à favoriser l'instauration de nouvelles pratiques institutionnelles avec le retour du multipartisme et surtout l'adoption de nouvelles constitutions.

À la faveur de ce contexte international né de l'Est européen et du discours de la Baule au cours duquel le président Mitterrand plaida pour la démocratie en Afrique, « *la France apportera toute sa contribution aux efforts qui seront accomplis pour aller vers plus de liberté* »⁷⁴, Eyadéma étant contraint de démocratiser son pays. Selon Roland Dumas, ce discours se résume ainsi : « *Le vent de liberté qui a soufflé à l'Est devra inévitablement souffler un jour en direction du Sud [...]. Il n'y a pas de développement sans démocratie et il n'y a pas de démocratie sans développement.* »⁷⁵ Le Bénin voisin a déjà donné le ton par l'organisation d'une conférence nationale en réponse aux agitations des salariés et des étudiants. L'événement déclencheur au Togo est le soulèvement du 5 octobre 1990. Les manifestants, pour la plupart des jeunes sans emplois et étudiants, réclamaient de meilleures conditions de vie, plus de liberté et l'instauration de la démocratie. Le pouvoir, dans un premier temps, a réprimé violemment ce mouvement avant d'accepter des discussions avec l'opposition et l'ensemble de la société civile, ouvrant la voie à une transition qui devait conduire le pays à la démocratie.

⁷⁴ F. Mitterrand, *cité dans Tété Tété, op. cit.*, p. 45.

⁷⁵ R. Dumas, ministre des Affaires étrangères (1988-1993) sous F. Mitterrand.

3.1. Le nouveau paysage sociopolitique

Le multipartisme symbolisant l'expression de la liberté, les groupes de pressions, nés de façon spontanée pendant des manifestations populaires, tentent de s'organiser au travers des partis et des mouvements de la société civile.

3.1.1. Les partis

Analysant les partis politiques, Maurice Duverger⁷⁶ insistait sur leur fonction de création de nouvelles classes. Selon lui, ces partis traduisent la rentrée effective des masses populaires dans la vie politique, ce que Michel Offerlé⁷⁷ nomme « *légitimation de l'activité politique* ».

Réunis au sein du COD (Collectif de l'opposition démocratique), les partis seront les principaux artisans du processus démocratique au Togo. Face au RPT, attaché au président Eyadema, militent une cinquantaine de partis d'opposition. La multiplicité de ces partis, loin d'être un facteur de dynamique, marque plutôt des rivalités et des conflits régionalistes. Au lieu de procéder à l'éducation des populations, encore « ignorantes » des principes de la démocratie, ceux-ci se livrent à une course à la succession du président en place.

Les principaux partis, outre le RPT, sont :

- l'UFC : Union des Forces du Changement, dirigée par Gilchrist Olympio, fils du premier président. Il est considéré comme l'opposant le plus radical au régime ;

- le CAR : Comité d'Action pour le Renouveau de maître Yaovi Agboyibor, ancien bâtonnier et premier président de la Commission nationale des Droits de L'homme. Très proche du peuple, il était de ceux qui étaient à l'origine des premiers soulèvements populaires ;

⁷⁶ M. Duverger, *Les Partis politiques*, Paris, Armand Colin, 1967.

⁷⁷ M. Offerlé, *Les Partis politiques*, Paris, PUF, 1987.

- l'UTD : Union Togolaise pour la Démocratie. Elle est créée par Edem Kodjo. Ancienne figure du RPT, dont il fut le premier secrétaire, cet ancien énarque, promotion Blaise Pascal (1964), fut aussi plusieurs fois ministre avant que le président ne le pousse à prendre la tête de l'OUA (Organisation de l'unité africaine), une manière de l'éloigner, car sa popularité devenait de plus en plus menaçante. Il rentra dans l'opposition après son mandat. En 1999, par fusion avec quelques petits partis « amis », l'UTD disparaît au profit de la CPP (Convergence patriotique panafricaine) ;

- la CDPA : Convention Démocratique des Peuples Africains. Pendant longtemps, dans la clandestinité, ce parti est une initiative des Togolais de la diaspora : étudiants et intellectuels vivant pour la plupart en France. Son secrétaire général est le Professeur Léopold M. Gnininvi ;

- le PDR. : Parti pour la Démocratie et le Renouveau de Zairiou Ayéva, qui, lui aussi, était un ancien ministre passé dans l'opposition.

3.1.2. L'espace dit apolitique

3.1.2.1. Les religieux

Avant le souffle de la démocratie, trois courants religieux dominaient le Togo : le catholique, le protestant et le musulman. Les sectes étaient strictement interdites (mais autorisées à partir de 1990).

De toutes les confessions, c'est l'église catholique qui a eu une grande influence dans le processus démocratique togolais. Les protestants et les musulmans sont accusés d'être à la solde du pouvoir et n'ont pas la confiance des aspirants à la liberté. De même, une partie du clergé catholique est critiquée pour son accointance avec le régime et contrainte à la démission (cas de Mgr Dosseh, archevêque de Lomé)⁷⁸. Claude Rivière explique cette tendance du politique vers

⁷⁸ C. Rivière, *Anthropologie politique*, Paris, Armand Colin, 2000, p. 154.

le religieux par une volonté de se sacraliser pour fonder sa transcendance et se légitimer⁷⁹. Eu égard à sa fonction de formatrice d'élites, et de tâches d'éducation et santé, l'Église catholique est respectée au Togo. Aussi, à partir de 1990, profitant du contexte, avait-elle porté sa voix pour réclamer plus de liberté au peuple togolais. L'autorité religieuse, tout en refusant de se placer sur le terrain politique, n'en estime pas moins nécessaire de parler éventuellement à contretemps, pour rappeler certains points qui leur paraissent essentiels. Ainsi les prêtres et les évêques, dans leurs homélies, ne s'interdisent pas de sensibiliser les fidèles sur les bienfaits de la démocratie et les appellent, souvent de façon tendancieuse, à une prise de conscience.

3.1.2.2. Les femmes

En 1947, les femmes togolaises s'étaient déjà signalées en manifestant pour le droit de vote. Elles avaient aussi participé activement à la lutte pour l'indépendance : *« Elles ont manifesté pacifiquement, dans les rues de Lomé au cri de "rendez-nous nos enfants," le 15 mars 1991, lorsque ceux-ci ont été emprisonnées, faisant chanceler la dictature Eyadema qui s'est longtemps reposée sur elles. Elles étaient encore des dizaines de milliers à défiler en janvier 1992 pour revendiquer le droit à la sécurité et à la fin des exactions. »*⁸⁰

3.1.2.3. Les médias

L'espace médiatique togolais a connu une explosion sans précédent à partir de 1990. Les seuls journaux que l'on pouvait trouver étaient *La Nouvelle Marche*, et *Togo dialogue*. Tous étaient des presses de propagande du pouvoir, conséquence directe de la loi n° 90-025 du 30 novembre 1990. D'autres presses ont vu le jour et ont surtout servi de boîte à résonance des partis politiques. *La Parole*, *Ablodé*, *La Tribune des démocrates*, *Crocodile*, *Forum Hebdo*, *Carrefour*, *l'Éveil du peuple*, *Les Echos du matin*, *Le Courrier du golf* ou encore *Kpakpa désenchanté*

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Y. François, *Le Togo*, Paris, Karthala, 1993, p. 135.

représentaient l'opposition. Le RPT pouvait compter sur *La Dépêche*, *Le Patriote*, *Le Démocrate* ou *Le Dérangeur*. « Diffusées dans la rue, et spécialement aux arrêts des feux tricolores, elles doivent pour se vendre publier de gros titres toujours centrés sur la politique intérieure, la seule qui intéresse véritablement les habitants de Lomé. Il en résulte une surenchère dans la violence verbale, parallèle à la violence sanglante des forces militaires et paramilitaires. »⁸¹

Les radios privées ne sont pas en reste. La première, *La Radio liberté*⁸², diffusait dans la clandestinité et faisait part des réunions et des meetings des opposants. Le rôle des chaînes privées internationales comme la *BBC*, *RFI*, *La Voix d'Amérique*, et la *Deutsche Welle* fut remarquable. Elles ont beaucoup contribué à l'information des Togolais pendant les moments les plus difficiles.

3.1.2.4. Les syndicats

Le syndicalisme était l'un des aspects de l'autoritarisme du régime. La CNTT (Confédération nationale des Travailleurs du Togo) était une branche du parti d'État. Son premier secrétaire en est un membre de fait. Dans ces conditions, on imagine la marge de manœuvre des travailleurs qui avaient obligation de cotiser mensuellement pour les caisses du parti. L'aventure démocratique sonnait le glas du syndicalisme unique et verra la naissance d'un pluralisme dans le domaine. Il se posa alors la question du rapport entre l'action syndicale et l'action politique. L'*apolitisme* originel cessa au profit des actions politiques. D'un côté, on retrouve des syndicats qui soutiennent le pouvoir et, de l'autre, ceux proches des partis d'oppositions avec qui ils déclanchèrent la grève générale dite illimitée, qui paralysa le pays pendant neuf mois entre 1992 et 1993.

L'ensemble de ces mouvements ont exigé et obtenu la tenue de la conférence nationale pour jeter les nouvelles bases de la société togolaise.

⁸¹ *Ibid.*, p. 107.

⁸² Elle a disparu depuis 1993.

3.2. La Conférence nationale

Le 12 juin 1991, le président de la république togolaise, poussé par l'opinion populaire, accepte le principe de la conférence nationale. Elle eut lieu entre le 8 juillet et 28 août 1991. Elle réunit toutes les forces vives de la nation : Togolais de la diaspora, associations, religieux et partis politiques. Les accords du 12 juin définissaient les contours des débats dont la direction est confiée, comme ce fut le cas au Congo et au Bénin, à un ecclésiastique, en la personne de Monseigneur Philippes Kpodzro, alors évêque d'Atakpamé. Les conditions qui ont précédé cette conférence n'ont pas permis sa bonne préparation. Ainsi, l'opposition, prise de court, n'a pas su anticiper sur les principaux thèmes à aborder, l'attitude à adopter et l'organisation de la transition. L'épisode⁸³ du choix de Monseigneur Kpodzro illustre bien cette cacophonie. Situation similaire dans le camp au pouvoir. *« Ensuite, les Togolais manquaient à la conférence nationale de véritable morale, susceptible de servir, grâce à leurs conseils, de garde-fous aux débats et d'éviter les dérapages [...] Mgr Kpodzro n'avait pas la carrure et le charisme de son homologue du Bénin, Mgr Isidore de Souza. Connaissant peu le monde politique dont il s'était toujours tenu bien éloigné [...], ecclésiastique "pur sang", doté d'un conseil juridique qui, dans le feu de l'action, ne pouvait que difficilement se départir du carcan de sa sensibilité politique pour lui expliquer objectivement les problèmes et lui suggérer les solutions adéquates, le Président du Présidium avait à naviguer à vue. »*⁸⁴

Ces tergiversations allaient porter un coup à l'efficacité de la conférence. Les participants se sont livrés à un véritable *one man show*.

*« Dès sa première réunion, la Conférence nationale franchit les bornes qui lui sont fixées. Imitant les États généraux de 1789, elle se proclame souveraine. C'est l'amorce de la déchirure et du heurt de deux légitimités ; celle du président élu, celle d'une force autoproclamée de type révolutionnaire. »*⁸⁵ Les débats étant

⁸³ Le choix s'est fait le premier jour des assises sans concertation préalable.

⁸⁴ J. Dégli, *op. cit.*, p. 98

⁸⁵ C. Debbasch, *La Succession d'Eyadema. Le perroquet de Kara*, Paris, L'Harmattan, p. 18.

retransmis, les jeunes, de la diaspora surtout, s'en donnaient à cœur joie pour dénoncer, de la manière la plus acerbe, le régime Eyadema. Plus on critique, plus on est légitime vis-à-vis de la population dans la lutte pour la démocratie. Les « grands » de l'opposition ne pouvaient pas demander à ces jeunes de faire preuve de patience et de raison. Cela risquait d'entamer leur popularité.

Continuant dans cette logique de chasse aux sorcières et de quête de popularité, l'opposition proclame la souveraineté de la conférence, violant ainsi les accords du 12 juin. Les militaires, déjà touchés par la tournure des événements, quittèrent les assises et ne les reprirent jamais : « *Eyadéma avait ainsi réussi son premier coup : faire en sorte que son armée ne se sente nullement concernée par les décisions de ces états généraux de la Nation.* »⁸⁶

Ainsi, pour n'avoir jamais pu relever les débats et en laissant libre cours aux passions, la conférence n'a pas semblé atteindre les objectifs escomptés. Le régime Eyadema a certes beaucoup à se reprocher sur sa politique économique et sociale, sur la question des droits de l'homme, mais en se lançant dans l'adversité, les Togolais ont raté un virage décisif de leur histoire. La suite ne sera que désillusion.

Retour d'ascenseur

« Fêtes nationales, sommet de la Francophonie, réunions d'organisations internationales... : les occasions ne manquent pas de légitimer, par de chaleureuses accolades et franches poignées de main, le chef d'État togolais. Entre Paris et Lomé, les visites de présidents se confondent volontiers avec des visites de courtoisies. On y évoque ces « vieilles amitiés » qui unissent les dirigeants des deux pays. Le 13 janvier 1983, jour de la fête nationale togolaise qui coïncide par la volonté du général Eyadema avec l'assassinat de Sylvanus Olympio (13 janvier

⁸⁶ J. Dégli, *op. cit.*, p. 99.

1963) et le coup d'État de 1967, François Mitterrand s'est rendu au Togo pour assister aux célébrations. Eyadema n'a pas manqué d'exploiter cette visite hautement symbolique en déclarant : *" On ne pouvait pas mieux reconnaître la légitimité de la politique conduite depuis cette date "*, celle du 13 janvier 1963, qui a marqué par le meurtre d'Olympio l'entrée du Togo dans le grand club africain des « pays castrés », ces nations africaines dont les leaders indépendantistes ont été assassinés trop tôt... Nous avons vu comment l'ancien sergent-chef Eyadema a pris une part active avec la complicité de hauts responsables français. Cette complicité a noué des liens de sang indéfectibles. *" La longévité politique d'Eyadema se nourrit ainsi des secrets partagés avec les plus haut responsables civils et militaire parisiens "*, analyse François-Xavier Verschave.

Au début de juin 1985, Eyadema se rendit en France en visite d'État. C'était un honneur rarement accordé. Un journaliste du Monde, Jean-Claude Pomonti, étonné de l'accueil fait à Eyadema, pourtant devenu une des cibles d'Amnesty International, s'étendit répondre par un collaborateur de François Mitterrand : *"Eyadema renvoie toujours l'ascenseur."* C'était notamment faire allusion au fait que l'opposant centrafricain, Ange Patassé, ainsi que trois réfugiés basques espagnols, avaient trouvé refuge au Togo sur demande de Paris [...]. Peu avant la visite d'Eyadema en France, Giscard s'était rendu en visite à Lomé. Et, par la suite, pendant la période de cohabitation en France (1986-1988), le général reprendra ses bonnes relations avec Chirac, renouant à cette occasion avec Foccart, une vieille connaissance.

Pleins de respects et d'imagination, les ambassadeurs de la France au Togo ont pendant des années fait l'éloge du général togolais, tandis que son pays s'enfonçait toujours dans la misère. Même quand il subit les critiques de la plupart des diplomates européens ou américains, le chef d'État togolais conserve ses entrées à l'Élysée. Cette complaisance s'explique par plusieurs raisons. Pendant longtemps, l'Élysée a utilisé des sommes détournées sur les ressources togolaises pour financer les partis politiques français. En plus des secrets d'État

compromettants, ou des relations politiques et économiques qui lient les deux pays, le Togo se conçoit, depuis Paris, comme une extension africaine du territoire français sur le plan militaire. Les terres togolaises servent encore de repoussoir pour y envoyer des hommes d'affaires français, aventuriers de la France ou mercenaires du droit " se faire oublier un temps ", loin de la justice hexagonale qui les poursuit pour de malversations diverses. Dans le même registre, le Togo accueille barbouzes et autres réfugiés encombrants.

Selon les périodes, suivant les interlocuteurs, les relations franco-togolaises ont pris des tournures nuancées. Les brouilles n'étaient jamais que passagères [...]. Eyadema savait jusqu'où ne pas aller trop loin dans la condamnation de l'impérialisme français. Jacques Foccard raconte au sujet d'Eyadema : *" Plus tard, quand nous aurons des différends à régler, il me dira à plusieurs reprises : « Écoutez, si la France ne veut plus de moi, vous n'aurez qu'à me le dire, je partirai tout de suite ». J'ai été amené à lui faire observer, en toute cordialité, que ce n'était peut-être pas un langage très convenable de la part d'un chef d'État. Mais c'est à peu près ce qu'il devait répéter, en 1993, au ministre de la Coopération, Michel Roussin". »*

Source : Gilles Labarthe, *op. cit.*, pp. 127-13

3.3. Les élections de 1993 et les désillusions du changement

Le boycott de la conférence nationale, par les militaires, était un signe annonciateur de ce que devait être la transition démocratique au Togo. Tout le processus était gangrené par les rivalités entre le pouvoir, soutenu par les militaires, et le camp des « forces du changement ».

Les Béninois ont connu une issue heureuse à leur transition. Le régime militaire laissa place aux civils. Nicéphore Soglo fut élu président à la suite d'élections libres et transparentes. Les militaires promirent de ne jamais revenir aux « affaires ». Ils rentrèrent définitivement dans les casernes. Les Togolais rêvaient d'un scénario identique. L'enthousiasme qui les avait gagnés au sortir de

la Conférence nationale s'estompa. L'inscription dans une nouvelle dynamique tarda à prendre son envol. L'inquiétude et la peur refirent surface. Que pense la sentinelle de la nuit ? La nuit est longue mais le jour vient. Et le chanteur Éwé de garder espoir : « *La prière du pauvre est : demain sera meilleur.* » Sous ces rhétoriques, se découvre l'échec du processus démocratique du Togo.

Pour mettre fin aux crises répétées de la transition, opposition et pouvoir réunis à Ouagadougou, au Burkina Faso, signaient le 11 juillet un accord qui fixait les élections présidentielles au 25 août, remettant ainsi en cause l'ordre établi par la Conférence. L'opposition est prise de court, car elle « *avait commis l'erreur de laisser le terrain au Général puisque durant la grève générale ses représentants s'étaient tous repliés sur le Bénin. En politique, ce genre de faute ne pardonne guère. On n'abandonne pas un terrain politique à son adversaire. Surtout que le chef de l'État et son Premier ministre étaient demeurés seuls à apporter les derniers soins à la préparation des élections avec tout ce que cela comportait de dangereux. L'opposition se devait donc de négocier un délai suffisant pour se préparer et surtout vérifier que ce qui avait été fait en son absence l'avait été sans fraude. Elle se laissera piéger une nouvelle fois* ».⁸⁷

Conscients qu'aucun faux pas ne leur serait concédé, les responsables de l'opposition tentèrent, malgré tout, de tout mettre en œuvre pour une victoire finale. Pour cela, le choix d'un candidat unique s'imposait. Il portait sur Edem Kodjo considéré comme modéré. Celui-ci était un économiste et ancien secrétaire général de l'OUA, de quoi séduire la communauté internationale. Il était aussi un homme des réseaux, proche de Paris, à qui il fallait apporter des garanties, et par conséquent à même de rassurer le pouvoir sortant. Malgré ce choix, pourtant salué par une majorité des Togolais, une partie de l'opposition dont Gilchrist Olympio et Yaovi Agboyibor se désolidarisèrent et présentèrent leurs propres candidatures. Celle du premier, en exil, fut invalidée. Le second, dont « *la candidature, faute de la caution des 10 000 000 F C.F.A. exigée, n'était pas complète* »⁸⁸, se saisit de

⁸⁷ J. Dégli, *op. cit.*, p. 196.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 206.

cette occasion pour mobiliser la population à un boycott tant que Gilchrist ne sera pas candidat. Il est vrai que le nom Olympio est mobilisateur. Le mythe du père de l'indépendance continue de hanter les Togolais et son fils profite de la situation. Le collectif soutenant Edem Kodjo, ne voulant pas endosser la responsabilité d'un échec, demanda le report du scrutin. Le général Eyadema, constatant la cacophonie de ses adversaires, s'y opposa malgré l'intervention des missions internationales conduites par l'ancien président américain Jimmy Carter. Il s'ensuit alors un boycott de toute l'opposition qui échouera une fois encore. L'épilogue, on le connaît. Au lendemain du 25 août 1993, Eyadema fut élu pour un nouveau mandat. Les critiques affluent de partout. L'Allemagne désapprouve vigoureusement, les pays africains approuvent, Gilles de Robien, chef de délégation des observateurs français, juge les élections non libres et non transparentes, mais la France officielle, comme d'habitude, prend acte. Et l'histoire se répète à chaque élection : division de l'opposition et boycott.

Le Général Eyadema décède le 5 février 2005, ouvrant une difficile période de succession. Mais au bout de plusieurs rebondissements, suivis d'élections, une fois de plus controversées, son fils, Faure Gnassingbé, prend le pouvoir au nom d'une certaine stabilité. Il a pour mission de continuer l'œuvre salvatrice de son père. Celui que Charles Debbasch décrit en ces termes : *« Eyadema était un géant. Il en était ainsi des géants : les êtres que l'Éternel construit à une dimension exceptionnelle ne peuvent être jugés avec le même instrument de mesure que les hommes ordinaires. Leurs qualités, leurs défauts sont autres. Leur temps aussi. Il faut du recul pour les évaluer. Leur époque ne les reconnaît pas. Seule l'Histoire les replace dans leur juste dimension. De Gaulle ou Churchill, Senghor ou Bourguiba en sont les exemples contemporains. Eyadema fait partie de cette galerie. »*⁸⁹

⁸⁹ C. Debbasch, *La Succession d'Eyadema. Le perroquet de Kara*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 45.

En attendant l'histoire, la société togolaise construit son existence dans un espace où domine un mode de culture propre dans un contexte socio-économique difficile.

CHAPITRE III :
DONNÉES GÉOGRAPHIQUES, CULTURELLES
ET ÉCONOMIQUES

La République du Togo est un État de l'Afrique de l'Ouest, situé entre le 6^e et le 11^e degré de latitude nord et 0 entre et 2 degrés de longitude est, donc pratiquement aligné sur le méridien de Greenwich. Il s'étire sur 680 km de longueur et sur 50 km de largeur. Le Togo est limité au nord par le Burkina Faso, à l'ouest par le Ghana, à l'est par le Bénin, et au sud, par le golfe de Guinée sur lequel il possède une façade atlantique de 55 km. Avec une superficie de 56 785 km², soit un douzième de la France, il se classe au 173^e rang des 192 pays l'ONU et au 44^e des pays d'Afrique continentale. C'est le village de Togo, aujourd'hui Togoville, où avait été signé le traité de protectorat avec les Allemands, situé sur la rive nord du lac du même nom, qui a donné son nom au pays.

1. Situation physique

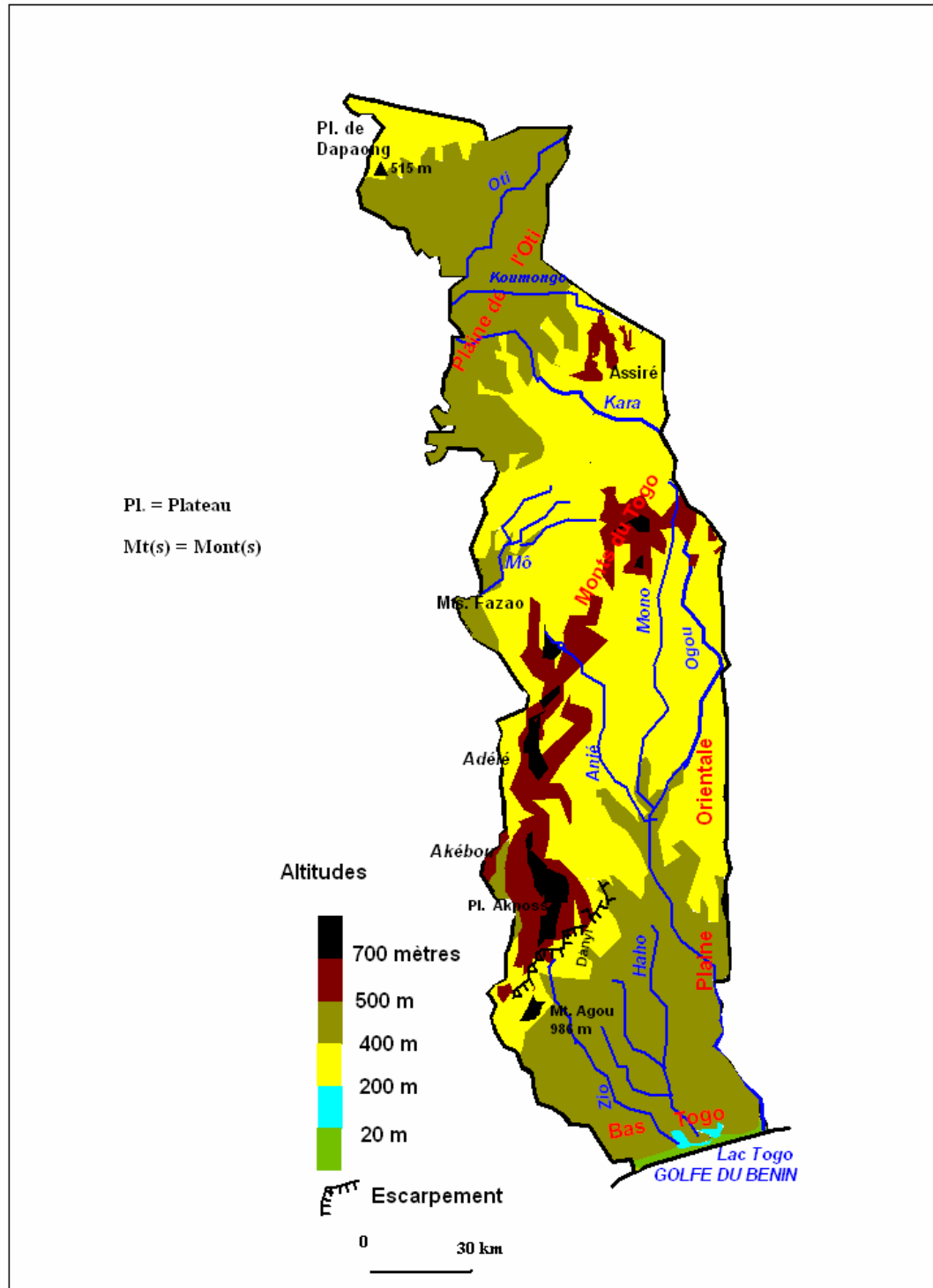
Plus de la moitié du Togo a une altitude inférieure à 200 mètres. Une chaîne de montagne granitique (Atakora ou monts Togo), formée de quatre massifs distincts culminant entre 850 et 1000 mètres, traverse le pays dans sa partie centrale. Cette chaîne constitue ce qu'on appelle le « *château d'eau du Togo* ». Le mont Agou, tout près de la frontière avec le Ghana, est le plus haut sommet du pays avec 986 mètres.

Les deux paysages naturels du Togo sont la forêt, plus ou moins dense (à peine 10% du territoire, principalement sur les massifs centraux et le long des cours d'eau) et la savane, plus ou moins arborée, qui verdoie pendant la saison des pluies. On distingue la savane sèche de l'Oti, et la savane humide du bassin du Mono. L'Oti et le Mono sont les deux plus grands fleuves du pays.

1.1. Un climat de type tropical

À cause de son climat intertropical, le Togo subit à la fois l'influence de la mousson, vent océanique humide qui apporte la pluie, et celle de l'harmattan, vent sec et poussiéreux qui engendre la sécheresse.

Carte n° 3. Relief du Togo



Source : D'après *Atlas du Togo*, Paris, Jeune Afrique, 1981, p. 5.

Le sud, proche de la mer, est caractérisé par un climat de type subéquatorial. Il se distingue par deux saisons pluvieuses : la principale débute en avril et se termine en juillet ; la seconde va de fin septembre à début novembre. Les températures varient entre 22° et 30°.

Au nord, le climat chaud et sec, de type tropical, est marqué par une seule saison pluvieuse allant d'avril à octobre, suivie par une longue saison sèche accentuée par l'harmattan, de novembre à mars, caractérisée par un vent puissant, chaud et sec qui est chargé de particules sableuses. Les températures moyennes des maxima atteignent 34° et celles des minima 22°.

1.2. Géographie humaine

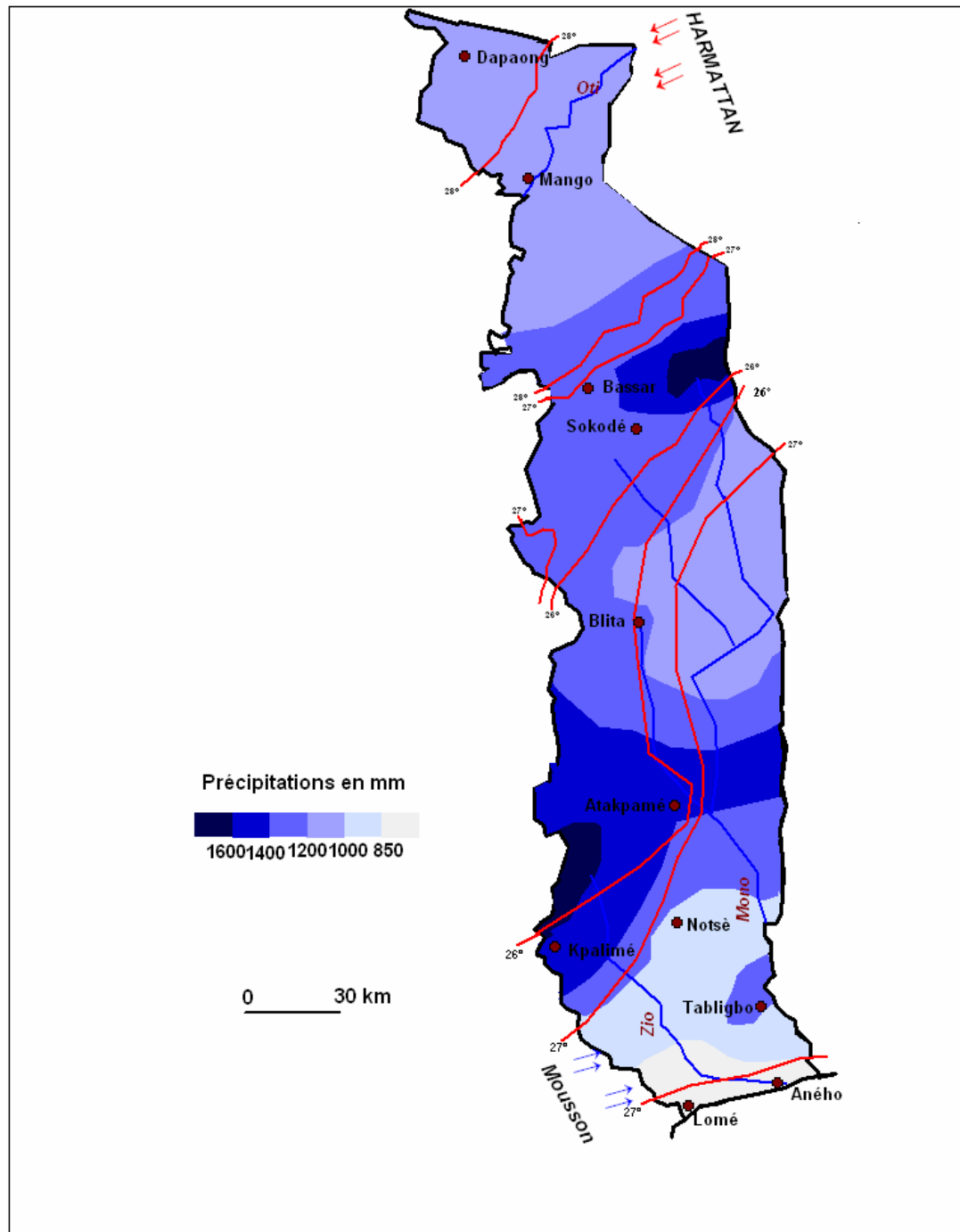
Le dernier recensement de grande envergure eut lieu en 1981. Les chiffres actuels sur la population du Togo viennent des estimations faites à partir des recensements électoraux et des enquêtes de la Direction générale de la statistique. Ainsi, en 2006, le Togo compte 5,9 millions d'habitants, ce qui le place à la 110^e place mondiale et à la 34^e en Afrique. Le Togo a une densité de population relativement élevée. Sa croissance est légèrement plus forte que la moyenne de l'Afrique subsaharienne et elle devrait se ralentir, d'un taux annuel de 3,1% sur les trente dernières années à 2,5 d'ici 2015. La répartition n'est pas homogène car les grandes étendues de réserve de faune sont totalement inhabitées alors que la plaine maritime est très peuplée. L'espérance de vie est passée de 35 ans en 1961 à 56 ans aujourd'hui.

2. La diversité ethnique

Selon J.-C. Barbier, « *une ethnie présente des caractères culturels (institutions, langues, folklores, etc.) qui la distinguent nettement des autres groupes. Ces membres en ont une vive conscience, ainsi que les populations voisines* ». ⁹⁰

⁹⁰ J.-C. Barbier, cité par Y. François, *op. cit.*, p. 59.

Carte n° 4. Les climats du Togo



Source : R. Comevin, *Histoire du Togo*, Paris, Berger-Levrault, 1969, p. 16.

Le Togo compte près de 45 ethnies différentes qu'on peut regrouper en des ensembles plus vastes.

Au Sud, on identifie celles qui sont issues de la civilisation adja. Il s'agit du groupe de loin le plus important, composé des Éwé, des Adja et des Ouatchi. À ce groupe se joignent les Anlo du littoral, les Guin venus du Ghana, qui fondent le royaume de Glidji et les Minas d'Anèho.

Dans les plateaux résident les peuples Ahlon et les Akposso, issus d'une immigration ancienne et, par conséquent, propriétaires des terres sur lesquelles habitent les Ifè et les Fon arrivés à une époque plus récente des royaumes Ifé au Nigeria et du Dahomey.

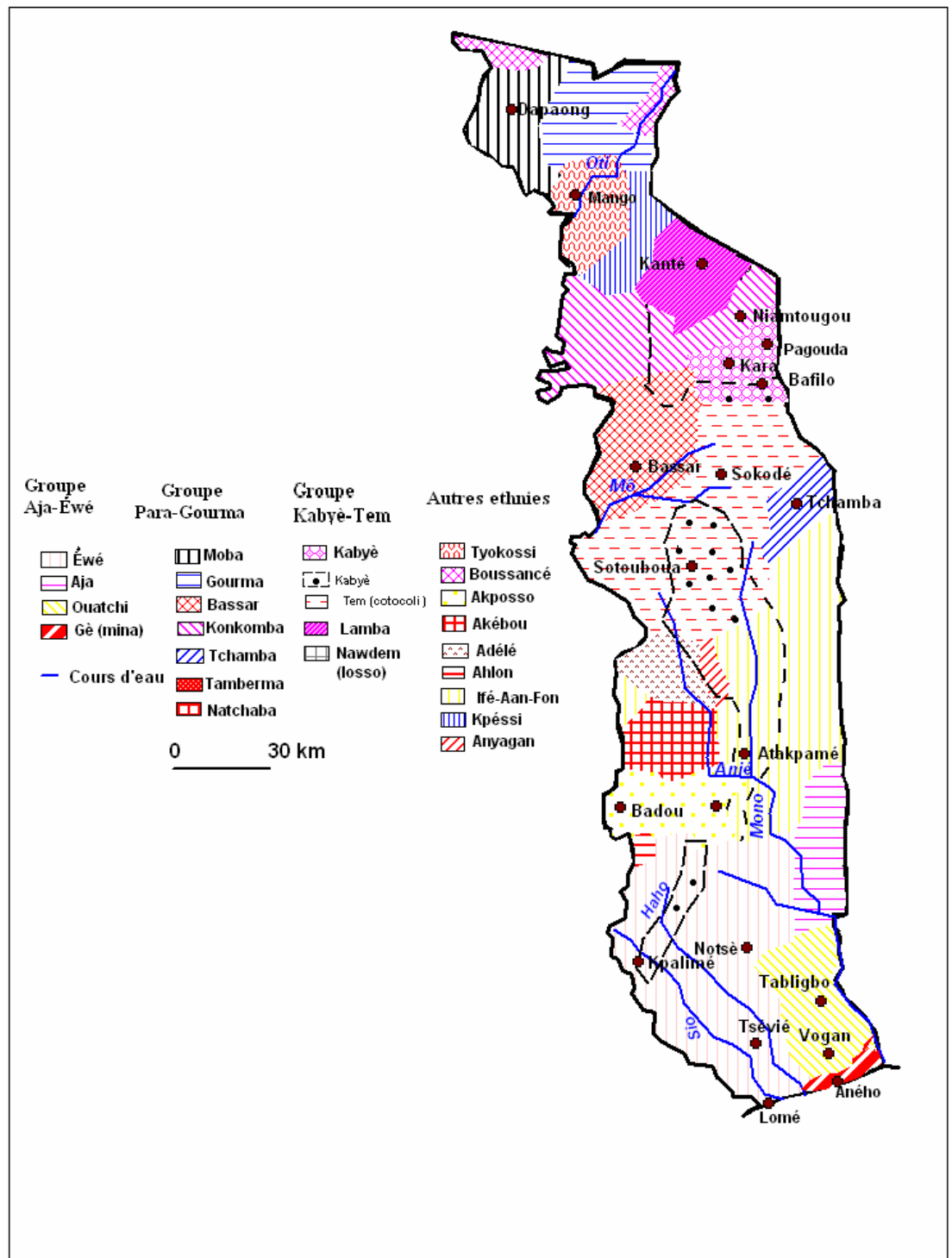
Le Centre et le Nord sont peuplés par les ethnies Kotokoli et Tchamba, et celles issues du groupe *gur* d'origine soudanaise. Il s'agit de l'ensemble Kabyè-Losso, les Bassar, les Lamba et les Konkomba.

Les Tamberma et les Moba-gourma se partagent les terres de la savane de l'extrême Nord. Si les premiers se considèrent comme les autochtones des lieux, les seconds sont venus de la Haute-Volta (Burkina Faso).

3. Langues et pratiques religieuses

À ce grand nombre d'ethnies correspondent autant de langues. Aucune ne domine véritablement sur tout le territoire. Seuls l'éwé et le kabyè (la langue natale du président Eyadema) sont enseignés à l'école, la première au Sud et la seconde au Nord. Toutefois, malgré le caractère officiel de la langue française, le mina, qui est une forme « diluée » de l'éwé, représente la langue commerciale dans tout le pays. Si l'allemand a complètement disparu, du fait de la colonisation française, la pratique de l'anglais est très répandue dans les villes du sud.

Carte n° 5. Les ethnies du Togo



Source : Ibid., p. 20.

Même si on note que 50% des Togolais sont animistes, la réalité révèle que la pratique des autres religions se fait parallèlement. Le culte des ancêtres se pratique partout ; par exemple, au Nord, on célèbre le culte de la déesse Terre car, selon certaines croyances, les morts ont pour demeure les profondeurs de la Terre. Quant au culte vaudou, qui a suivi ses adeptes du littoral jusque dans le Nouveau Monde, il s'attache à communiquer avec les grands esprits, Hébiesso, Dan, et Égou qui sont à la fois des forces naturelles et des intermédiaires entre Dieu et les Hommes. Chaque ethnie a ses dieux, ses croyances, ses rites et ses tabous. *« Cette multitude de formes recouvre un fond commun. L'animiste croit fondamentalement en l'existence d'un dieu suprême aux attributs presque immuables. Le " Grand dieu " est l'insurpassable, la force suprême incréée, hors d'atteinte du monde matériel. Source de la vie et de la force vitale, relégué très loin, il n'intervient pas directement dans l'existence humaine. »*⁹¹

Celle-ci est sous la dépendance et l'emprise des *esprits* : ancêtres du clan, ou de la famille, héros ou fondateurs qui, retournés au sein de la radiance divine, doués de puissants pouvoirs, interviennent sans cesse dans la vie de tous les jours. Ils sont censés protéger mais punissent aussi ceux qui se comportent mal.

4. Les religions nouvelles : l'islam et le christianisme

Autrefois « réservée » aux populations des régions centrale et de la savane, les Tchokossi et Kotokoli notamment, la pratique musulmane gagne de plus en plus l'ensemble du pays. Cette donne résulte du rapprochement avec la Libye qui a créé, en 1981, une grande école coranique et qui multiplie la construction des mosquées.

Les premières missions catholiques, composées de jésuites, de capucins et de dominicains, s'installent sur la côte au début du XVIII^e siècle. Mais la présence catholique va s'accroître dans le pays en 1920 avec l'arrivée des Pères de la

⁹¹ Y. François, *op. cit.*, p. 68.

mission africaine de Lyon. Aujourd'hui, on recense environ 25% de Togolais qui pratiquent cette religion.

La présence protestante, 10% de la population, est le fait des missions de Bâle (Suisse) puis de Brême (Allemagne). Elle est composée de plusieurs obédiences dont les plus importantes sont : les presbytériens, les méthodistes⁹², les évangélistes, les baptistes et les assemblées de Dieu. Depuis 1990, les sectes d'origine américaine font une forte percée dans le champ religieux alors que les confréries comme la Rose-Croix, la franc-maçonnerie et Eckankart, font de plus en plus leur place.

5. L'importance de la chefferie

La chefferie traditionnelle en Afrique est un phénomène simple mais qui présente de nombreuses complexités à l'analyse. Avec une structure représentant les réalités locales, à l'époque précoloniale, la colonisation en a fait une alliée. Après les indépendances, elle a connu diverses trajectoires selon les différents régimes qui se sont succédés.

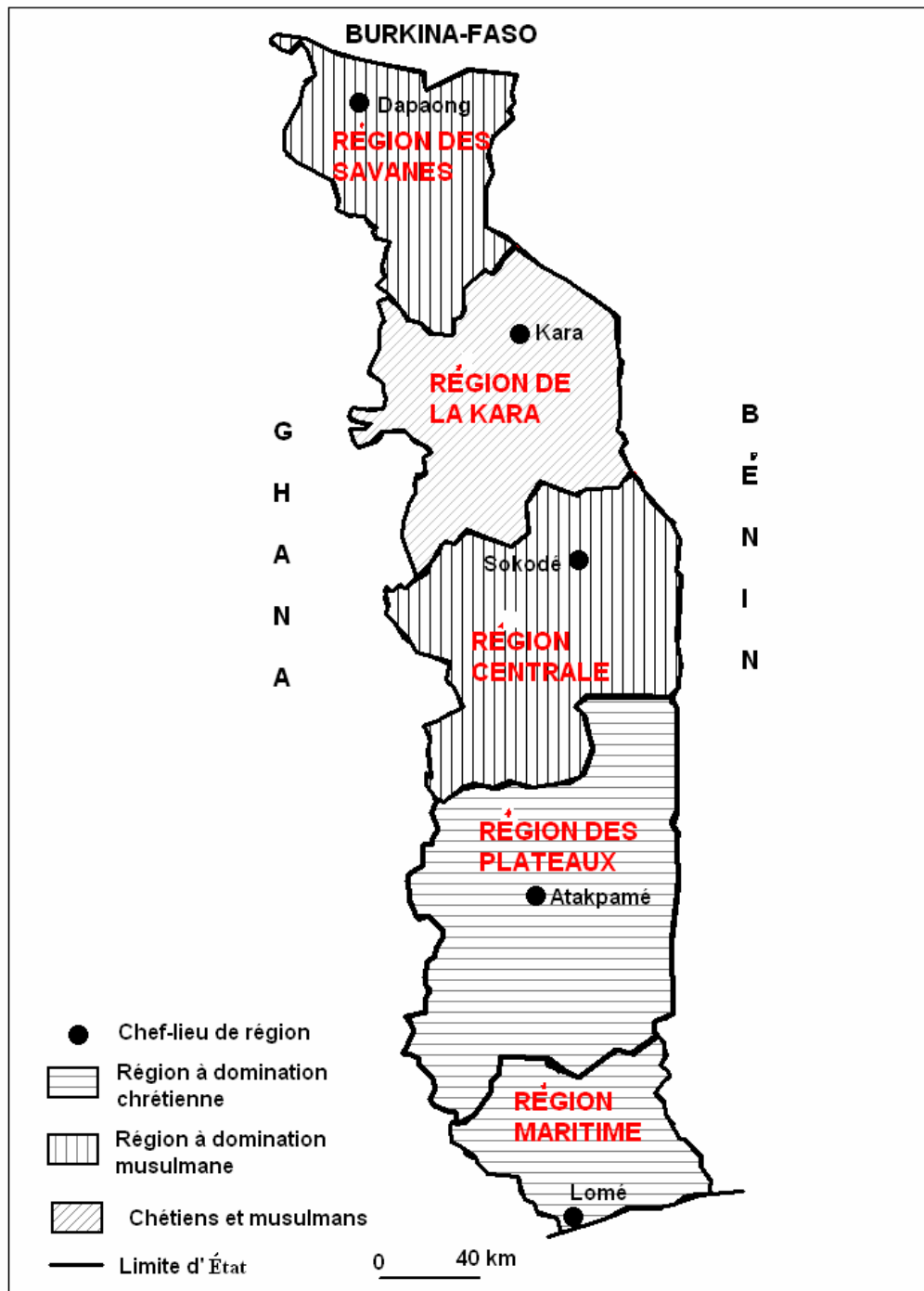
Une lecture de l'histoire de la chefferie au Togo montre que celle-ci se décline en trois étapes : une première, précoloniale, marquée par un fort pouvoir du roi ; une deuxième, sous l'administration coloniale et, enfin, la « nouvelle chefferie », considérée comme vassal ou griot du pouvoir.

5.1. Le pouvoir traditionnel avant la colonisation

Si nous nous référons à Claude Rivière, la chefferie désigne à la fois une institution et un territoire. Abordant plus spécifiquement son aspect institutionnel, cet auteur met l'accent sur le pouvoir sacré que détient le chef et qui lui confère une légitimité.

⁹² La mission méthodiste est moins représentée dans l'ensemble du pays. Elle limite son action dans la région d'Aneho.

Carte n° 6. La répartition de religions



Source : Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, Lomé, 2007
(adaptation par nos soins).

« Le pouvoir revêt généralement un caractère sacré, voire inviolable, dû à la légitimation par le rattachement généalogique privilégié des chefs aux premiers ancêtres mystiques du groupe ou par une idéologie de la concentration, en la personne du chef respecté et redouté, parfois isolé, de l'efficacité sacrale du groupe. »⁹³

Le sud du Togo, à majorité éwé, a connu une expérience d'un pouvoir sacralisé du chef. Ainsi en est-il du roi Agokoki des Ewé. Il était craint de son peuple. Le mythe du roi Agokoli est dans toutes les mémoires. Les livres d'histoire le présentent comme un chef qui a régné d'une main de fer sur son peuple. La tradition le dépeint comme un roi tyrannique à l'origine de la fuite des Éwé au XVI^e siècle de leur berceau, Notsé, vers le grand Sud, dont Lomé.

Concrètement, chez les Éwé, le chef, le *dufia*, entouré des notables, les *dumegan*, est à la tête d'un territoire appelé *du*, une structure qui dénote la notion du partage du pouvoir chez ce peuple. *« Dans certains cas, il s'agit d'une rotation entre les différents lignages composant le duko ou la communauté villageoise. »⁹⁴* Le pouvoir est exercé par le chef, entouré des notables qui sont souvent les sages représentant les quartiers qui composent le territoire. *« En réalité, il y a chez les Éwé coïncidence des deux pouvoirs temporel et spirituel, du fait que le roi est le gardien du culte national (c'est-à-dire de la tribu) que sont chargés d'honorer les prêtres. Ceux-ci délèguent, en quelque sorte, leur pouvoir au roi, dont l'office est de faire respecter par le peuple la mémoire des ancêtres représentés par leurs trônes devenus sacrés, et par le tronc consacré au sol de la tribu ; l'office des prêtres étant par ailleurs d'attirer sur l'ensemble de la tribu les bienfaits des divinités supérieures. »⁹⁵*

⁹³ C. Rivière, *op. cit.*, p. 58.

⁹⁴ A. Goeh-Akué, « Relation entre autorités traditionnelles et pouvoir public moderne au Togo », *Sciences sociales et humaines*, vol. 1, série B, 1^{er} trimestre, 1999, pp. 45-51.

⁹⁵ J. Pauvert, « L'évolution politique des Éwé », *Cahiers d'études africaines*, vol. 1, n°2, 1960, p. 172.

On retrouve ces mêmes structures dans chaque région du pays avec, toutefois, des caractéristiques particulières.

Ainsi dans la région des plateaux, chez les Ifé notamment, on distingue deux sortes de chefs : un chef, *olu*, qui a un rôle purement administratif et qui est le maître du territoire, et un chef spirituel, *iba*, détenteur d'un pouvoir sacré et garant des us et coutumes. On raconte qu'il connaît tous les sorciers de son village et ces derniers lui doivent allégeance au risque que le secret ne soit dévoilé. Les sorties d'*Iba* sont très rares. Elles ne surviennent que pendant les grandes cérémonies spirituelles comme celles pour invoquer les dieux à faire tomber la pluie pendant la sécheresse. Au centre du pays, l'introduction précoce de l'islam « *a abouti à un syncrétisme des structures politiques* » où la chefferie traditionnelle et la hiérarchie islamique cohabitent. Chez les Kabyè et les Nademba, la structure dispersée des habitats ne permet pas un pouvoir centralisé. Les chefs sont dans ce cas des doyens d'âge.

On constate donc que les notions de chefferie ou d'autorité traditionnelle varient selon les régions et les valeurs culturelles de chaque peuple. Elles connaîtront de fortes mutations pendant la colonisation.

5.2. Pendant la colonisation

La présence coloniale a profondément modifié les structures traditionnelles des peuples du Togo. En signant le traité de protectorat avec les Allemands, le roi Mlapa de Togoville faisait alors l'expérience de la modernité. Les structures anciennes tombaient et devenaient obsolètes face au projet de conversion des missionnaires. « *Les bureaucratie coloniales [...] encapsulèrent le pouvoir des chefs dans le système du droit coutumier, restreignant leur autorité dans la prise de décision et préparant à leur intention une fonction dans la société qui n'irait pas au-delà de l'honorifique et du cérémoniel. Les missionnaires s'efforceraient de sauver la jeune génération de l'emprise des rituels traditionnels et, par*

*conséquent, païens, en offrant des possibilités d'éducation qui échapperaient à l'emprise des chefs. »*⁹⁶

Un des changements importants apportés par l'administration coloniale est la remise en cause du territoire traditionnel avec l'apparition des cantons et la création d'autres centres de pouvoirs. La succession fondée sur le lignage s'efface au profit de la richesse matérielle ou du degré de zèle à l'égard des colons. En contrepartie, ceux-ci cédèrent des ristournes sur les impôts collectés. Ces pratiques vont à l'encontre du rôle traditionnel du chef perçu comme garant du sacré et protecteur de son peuple. Il devient un des moyens de répression de l'autorité coloniale mais aussi un intermédiaire entre l'administration et la population.

La nouvelle « chefferie administrative », née de la colonisation, va perdurer après l'indépendance. Elle sera fortement politisée et le régime Eyadema lui donnera une nouvelle orientation : les chefs vont devenir des militants à part entière de son parti.

5.3. Un pouvoir en perte de vitesse

La création des premiers partis politiques à partir de 1946 conduira aussi à la politisation de la chefferie. On aura donc des chefs « antifrçais », soutiens du CUT d'Olympio, qui prônait la réunification des deux territoires, placés respectivement sous mandats français et britannique, et des chefs profrançais réunis autour du PTP de Grunitzky. Il s'agit surtout des chefs du Nord. *« Le choix de certains chefs pour ce dernier parti s'explique par la politique coloniale elle-même : les chefs connus pour leur attitude antifrçaise étaient souvent révoqués. Ce fut le cas du chef des Adjigo, à Aného dans le sud du Togo, qui fut supplanté dans les années 20 par le chef des Lawson à la suite d'une décision prise par le gouvernement Bonnacarrère. »*⁹⁷ *« Ce fut aussi le cas de plusieurs chefs moba,*

⁹⁶ E. Adrian et N. Rouveroy, *L'État en Afrique face à la chefferie. Le cas du Togo*, Paris, Karthala, 2000, p. 23.

⁹⁷ Gayibor, cité par E. Adrian et N. Rouveroy, *op.cit.*, p. 120.

*décus par l'administration coloniale, et qui comptaient sur les promesses faites par le parti CUT, en cas de revirement politique, pour bénéficier d'une place de choix dans un Togo indépendant. »*⁹⁸

Ces pratiques créent des situations conflictuelles entre les chefs qui doivent dorénavant leur « trône » à leur soumission à l'un ou à l'autre camp politique. Ceux qui n'ont pas soutenu le parti vainqueur de l'élection pour l'indépendance sont pourchassés. Cette situation se répète à chaque changement de régime.

Dans ce contexte, la nature mythique et sacrée du chef se vide de plus en plus de sa substance originelle pour n'avoir aujourd'hui qu'une attribution bien politique.

5.4. Une autorité « dévaluée »

La politisation de la chefferie, commencée avec les régimes précédents, va s'accroître sous le général Eyadema. La création du parti unique annonçait déjà la couleur. Elle est le cadre de référence de tous les Togolais. Dans ce contexte, le chef n'a plus de territoire pour lui. Celui-ci est déterminé par le pouvoir. À la conférence nationale où les langues s'étaient déliées, le chef Kpelly III, de Mission-Tové au sud du Togo, déclarait : « *C'est le régime d'Eyadema qui a complètement réduit à néant la chefferie.* » Les chefs sont devenus des recruteurs de militants du parti, et sont chargés de dénoncer les opposants de leurs contrées. Certains, d'anciens militaires ou retraités, membres du parti, sont imposés, bafouant ainsi les règles de la succession.

Malgré tous ces changements qui ont marqué l'histoire de la chefferie au Togo, nous pouvons noter qu'aucun pouvoir public n'a jamais essayé de la supprimer. La raison en est simple : il en a besoin pour le maintien du lien social. La constitution de la V^e République vient de le réaffirmer : « *L'État togolais reconnaît la chefferie traditionnelle, gardienne des us et coutumes* » (article 143.)

⁹⁸ *Ibid.*

6. Le cercle de la sexualité et de la vie conjugale

Plusieurs rites initiatiques et comportements conjugaux caractérisent les peuples togolais. Ils déterminent souvent le passage de l'adolescence à l'âge adulte. L'excision est une pratique encore vivace au Togo, en dépit des campagnes de sensibilisation et des textes législatifs qui cherchent à l'abolir. Elle sévit principalement dans les milieux à majorité musulmane.

6.1. Le mariage et le rite de la virginité

Chez plusieurs peuples du Togo, on accorde une importance à la virginité. Une fille restée vierge jusqu'à son mariage est la fierté de ses parents et de tout le groupe dont elle est issue. C'est la preuve que celui-ci donne une bonne éducation à ses filles, et les hommes n'auront pas de réticence à « *lorgner de ce côté dans l'avenir* ». La virginité suppose aussi le poids de la dot : « *Le mari offre un cadeau à sa belle-mère et la cérémonie en est rehaussée. Dans le cas contraire, les preneurs de femmes se sentant lésés ou leurs donneurs atteints dans leur fierté peuvent, selon les cas, être habilités à sanctionner le défaut de la virginité. Les sanctions encourues étaient d'autant plus lourdes que la sexualité pré-nuptiale était plus éprouvée.* »⁹⁹ Chez les Ifé, l'époux récupère l'argent de la dot. La preuve décisive de la virginité est l'exhibition du linge taché de sang par les tantes paternelles de l'époux après la consommation de l'union¹⁰⁰.

Au Nord, les luttes traditionnelles *évalas*¹⁰¹ chez les Kabyè sont des moments forts pour les garçons qui affirment leur virilité, alors que chez les filles, le contrôle de la virginité consiste à l'invitation de la jeune *akpémou*¹⁰², âgée de 18 à 20 ans, de s'asseoir sur une pierre fétiche. Si elle s'exécute, elle prouve alors

⁹⁹ M.-P. Thiria, *Faire et défaire les liens du mariage. Évolution des pratiques matrimoniales au Togo*, Paris, CEPED, 1998, p. 50.

¹⁰⁰ C. Rivière, *Union et procréation en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1990, p. 144.

¹⁰¹ Les *évalas* sont un ensemble de rite qui font du jeune kabyè un adulte. À titre facultatif, le jeune *évalou* (au singulier) mange du chien et participe à une compétition de lutte traditionnelle pour prouver son aptitude à défendre sa société. À l'issue des *évalas*, le jeune garçon pourra prétendre au mariage.

¹⁰² *Akpémou* est l'appellation de la jeune fille vierge (*akpéma* au pluriel).

son statut de vierge et reçoit les félicitations. Dans le cas contraire, c'est le déshonneur. En réalité, le poids de la croyance est tellement fort que celle qui se sait « inapte » n'ose pas s'asseoir sur la pierre au risque d'être foudroyée par les dieux kabyè.

Le mariage devient effectif après le versement de la dot. Symbole de la valeur de la femme et de l'amour du mari pour elle, la dot est également le signe de la capacité de ce dernier à garantir la prospérité de sa famille. Autrefois représentée par des cauris (la monnaie d'échange) et quelques gourdes de vin (de palmes au Sud et mil au Nord), la dot aussi subit aujourd'hui le coup de la modernité. Le mariage se négocie à coup de fortune, surtout chez les peuples du Sud où le coût s'élève parfois à deux millions FCFA (3 000 euros).

Toutefois, le mariage traditionnel tend à disparaître à cause même de la nature des rencontres. Le jeune garçon et la jeune fille se rencontrent à l'école, au marché, à la fontaine publique, pendant les fêtes, ou à l'église à l'insu des parents.

6.2. La polygamie

Elle consiste à ce qu'un homme épouse plusieurs femmes. Elle est un avantage sur le plan économique en ce que ces dernières, par leur travail, « *nourrissent leur mari et les enfants* ». La polygamie est autorisée par la loi au Togo selon le Code des personnes et de la famille. Malgré la culture chrétienne en progression, la polygamie reste une habitude au Togo. Environ 54% des femmes mariées le sont dans une union polygame.

Les femmes sont victimes d'autres pratiques rituelles, notamment le sororat, le lévirat, l'excision et les scarifications rituelles.

6.3. Le sororat

Cette une pratique qui consiste pour une jeune fille à épouser le mari de sa grande sœur décédée. Elle tend à disparaître mais existerait encore dans certaines communautés du Nord.

6.4. Le lévirat

Il est plus répandu. La femme épouse le frère de son mari défunt. Il est très pratiqué dans les régions maritimes et dans celle des plateaux¹⁰³.

7. Conception de la maladie

7.1. Une logique à l'épreuve de la modernité

Comme c'est souvent le cas en Afrique noire, la société togolaise est encore largement déterminée par des considérations, des représentations qui appartiennent au registre ancestral. En effet, la configuration traditionnelle dans laquelle nous sommes nés (et qui opère encore fortement en nous) crée des pesanteurs en dressant des étiquettes, des codes, des ordonnances avec des « prescriptions ancestrales » formant l'économie mythique de ces communautés. La maladie a souvent des causes qui sortent de la logique biomédicale. Si ce n'est la vieille sorcière qui en est la cause, le sida serait dû aux mauvaises conduites des jeunes d'aujourd'hui. Certains estiment que les tueries lors de la crise politique des années 1990 auraient fait progresser l'épidémie du sida au Togo. Dans ce pays, on accorde au corps des attributs mythiques et métaphysiques, à tel point qu'il est affecté d'une valence énergétique et symbolique.

¹⁰³ J'ai deux demi-frères, nés d'un lévirat, mon père ayant épousé la femme d'un de ses cousins défunt. Il a été mis fin à cette relation à la suite de la naissance du deuxième enfant. Dans la tradition, la venue d'un garçon est une malédiction. Le défunt n'aurait pas approuvé une telle union. Par contre, la fille témoigne de sa bénédiction. Le nouvel époux court un malheur lorsqu'arrive un troisième garçon.

Au Togo, des maladies sont expliquées par des données mystiques ; ainsi le lépreux est malade parce qu'un interdit a été rompu. La rougeole est une maladie de Dieu et, si un malade meurt, on dira qu'un sorcier l'a dévoré.

Apparaissant comme un phénomène médical, le sida se révèle comme un « fait social » qui, bien qu'édifié à partir d'une catégorie biomédicale, prend tout son sens dans sa réinterprétation par la société. Ce type d'interprétation induit des traitements fort éloignés de ceux du domaine biomédical mais aussi de longs itinéraires de soins aggravant les pathologies et des conduites préventives spécifiques.

Si la médecine considère la maladie comme un dysfonctionnement physique affectant un sujet, elle est, dans les sociétés africaines, interprétée comme étant le signe d'un désordre social. Ainsi, malgré l'influence du christianisme, nous constatons l'ancrage de cette opinion. La santé, en Afrique, étant une émanation de la force vitale divine, la cause de la maladie aussi est une intervention d'ordre surnaturel.

À cet effet, les pratiques traditionnelles des soins de santé commencent habituellement par des cérémonies de libation pour invoquer les esprits dont le mécontentement serait à l'origine du mal. Pour des soins proprement dits, on a recours aux guérisseurs herboristes qui prescrivent des plantes spécifiques pour des cas de maladies. *« Convaincue que la maladie a une cause supranaturelle, le malade fera d'autant plus confiance à une thérapie qui vise à rétablir l'ordre rompu, à le réinsérer dans l'harmonie. »*¹⁰⁴

C'est alors que le « traitement » du corps humain devient problématique devant certaines nécessités de la médecine moderne. Il est vrai qu'en observant des croyances ancestrales, on peut constater des situations qui contrastent avec les mœurs modernes, des comportements d'inspiration ancestrale qui surviennent mal dans cette période de mutations techniques.

¹⁰⁴ Y. François, *op. cit.*, p. 114.

7.2. Le cas des Éwé¹⁰⁵

Le système religieux des Éwé est centré autour de l'existence de vaudous, c'est-à-dire de divinités qui règnent, en partie, sur l'univers des humains. Cette domination cosmologique reste cependant assez limitée puisque ces derniers sont responsables de la destinée de leurs dieux. L'existence métaphysique d'une divinité ne suffit pas à lui assurer leur vénération : sa présence doit, de surcroît, être reconnue sur terre par la construction d'un autel en son honneur.

Une divinité qui n'offre pas la protection demandée peut, au fur et à mesure, perdre les faveurs de ses fidèles. Inversement, une négligence prolongée peut mener à de sérieuses complications pour les humains, allant de la maladie à la mort. Cette dépendance mutuelle se fonde en fait sur une responsabilité réciproque : les humains se sentent en partie pris en charge par leurs divinités, leur assurant en retour leur légitimité.

Certains vaudous sont liés à des maladies spécifiques, tels que le *Sakpata*, dieu de la variole ; *Toxosu*, dieu des rivières, responsable du mongolisme, de l'encéphalite, des handicaps physiques et mentaux et de toute anomalie congénitale (nanisme, naissance gémellaire, etc.); *Heviesso*, divinité de la foudre et du tonnerre, dont la colère peut causer de mortelles affections.

Pour les Éwé, le corps humain dépend de – et est intimement lié à – l'existence cosmologique de leurs divinités et des ancêtres garantissant, par leur bienveillance et par leur persuasion, longévité, prospérité et bonne santé. Mais la présence physique des individus est aussi inséparable de la réalité spirituelle. Ainsi les Éwé ne distinguent-ils pas le corps de l'esprit, sauf dans les situations exceptionnelles. Cette dissociation s'opère, par exemple, dans les cas de sorcellerie, où le corps n'est plus considéré comme un « *réceptif vide, sans*

¹⁰⁵ Le mot a connu plusieurs orthographes au fil de l'histoire, qui chacune ont tenté de rendre au mieux la sonorité originelle. C'est ainsi que les graphies ÉVÉ puis EVHÉ de l'époque coloniale sont devenue ÉWÉ (Éwé prononcer e'ʒe en grammaire éwé), plus apte à restituer la véritable phonie du mot. C'est sur cette population qu'a portée notre étude de cas.

substance, celle-ci ayant été appropriée par un sorcier. Le corps est déjà celui d'un mort, puisque l'essence, la vie, l'ont quitté »¹⁰⁶.

Cette perception de la personne affecte la définition de la maladie, les comportements de santé et les démarches thérapeutiques. La nature de l'une de ces composantes dépend étroitement de celle de l'autre.

Cette notion moniste de l'individu et de sa position dans un univers cosmologique est étrangère à la définition occidentale de la médecine et de la santé. Les troubles physiques, dont les causes sont difficiles à identifier, ou ceux ne présentant pas de symptômes physiques observables, sont souvent réduits au domaine psychique ou psychologique. La médecine occidentale tend donc, par cette distinction entre le somatique et le psychique, à maintenir la dualité et la séparation du corps et de l'esprit, participant ainsi à l'association du psychique à un état individuel, dont la profession médicale au sens large se soucie peu, puisqu'il ne se soumet pas facilement au paradigme scientifique. Si le corps et l'esprit sont ainsi dissociés l'un de l'autre, la santé physique de l'individu peut, en certaines circonstances, être perçue comme victime de l'inconscient et de l'irrationnel, tous deux réduits à la responsabilité individuelle du patient et ainsi isolés du domaine social. Cette distinction est, au contraire, minimisée, le corps aussi bien que l'esprit viennent s'intégrer dans la composition de toute maladie, et celle-ci se maintient dans le domaine social. Car la maladie est, chez les Éwé, un phénomène qui se définit avant tout dans un contexte collectif.

Le lien entre la définition de la maladie et la conception du corps humain joue un rôle fondamental dans toute décision concernant le patient et dans les démarches entreprises à la recherche d'un traitement approprié. La maladie est ainsi souvent perçue comme un état progressif, suivant plusieurs phases, et où il est essentiel de trouver le traitement correspondant avant qu'il ne soit trop tard. En conséquence, la notion de la maladie incurable reste pratiquement inconnue.

¹⁰⁶N. Lovell, *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Éwé du Sud-Est Togo*, Paris, CEPED, 1995.

Les Éwé distinguent deux types de maladies. Certains troubles affectent simplement la surface du corps : il est question de maux externes et bien visibles ; ce type d'affection est souvent épisodique et sans conséquences à long terme. Par contre, toute maladie prolongée sera traitée différemment. En effet, plus une maladie est persistante, plus il devient impératif d'en identifier la cause véritable, qui est souvent d'ordre social. Le plus souvent, celle-ci est perçue comme étant liée à un déséquilibre de la personne vis-à-vis des ancêtres, des divinités ou de groupe lignager. Ce « *désordre cosmologique* » ne peut être soumis ni à l'hôpital, ni au dispensaire, les véritables causes échappant aux compétences de ces établissements.

D'une façon générale, les Éwé s'accordent, sans toutefois remettre en cause la notion traditionnelle de la maladie, pour dire que les centres de santé ne sont efficaces que lorsqu'il s'agit de blessures, ou d'abcès. Ils y vont aussi en cas de graves crises de paludisme. Si le mal n'est pas guéri, sa cause est remise en question. Dans de telles circonstances, tout traitement purement médical est voué à l'échec puisqu'il ne traite que les symptômes, et non les causes réelles de la maladie. Celles-ci sont, dans ce sens, un phénomène purement social.

En outre, la maladie est rarement perçue comme un problème individuel. Au-delà du lien existant entre le domaine rituel et la perception du bien-être de la personne humaine, s'ajoute une responsabilité partagée par les membres du groupe résidentiel ou lignager. Cet élément est souvent mentionné par la population. Une femme déclarait qu'elle n'irait pas à l'hôpital puisqu'elle se retrouverait toute seule, et que si elle succombait, personne ne viendrait pour la veillée funèbre. De même, pendant les visites aux guérisseurs, les patients se présentent-ils rarement seuls. La présence d'un parent est particulièrement importante lors de la première consultation (afin d'établir les bonnes conditions du traitement), ainsi qu'à la dernière. À cette occasion, *aflaxoxo*, une cérémonie marquant la guérison du patient, a lieu. Des sacrifices sont offerts aux ancêtres et aux divinités (présent pendant tout la période du traitement) en guise de remerciement.

Le philosophe Georges Canguilhem a bien montré que la norme qu'est la santé ne renvoie pas qu'à l'état organique individuel : « *C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même.* »¹⁰⁷ Pour lui, la santé se définit par la capacité, pour l'homme, de maîtriser son milieu non seulement physique mais aussi social : « *Le vivant ne vit pas parmi des lois mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois.* »¹⁰⁸

La maladie et la santé se définissent donc en fonction des exigences et des attentes liées à notre environnement, à nos insertions et à nos relations, familiales et professionnelles par exemple, et constituent des états sociaux.

Dans les sociétés où la médecine scientifique moderne s'est imposée, le savoir médical fournit à chacun des notions et des explications concernant la nature et les causes de son mal. Luc Boltanski¹⁰⁹ a bien démontré les conditions qui favorisent l'acquisition d'une telle « compétence médicale » par le malade : ce sont les membres des milieux les plus favorisés qui intériorisent le mieux les catégories conceptuelles du savoir médical. Les raisons en sont claires : ils consultent plus souvent le médecin ; proches de lui par l'origine sociale, ils partagent ses visions du monde et communiquent facilement avec lui ; enfin, leur niveau d'éducation élevé rend plus aisée la transmission de connaissances du médecin au malade. Ils sont donc les plus enclins à décrypter leurs maladies et à communiquer à son sujet selon les catégories de la médecine. Plus généralement, le rapport au corps est modelé par la proximité d'un groupe social avec le discours scientifique dominant dans les sociétés nouvelles.

Cette note culturo-anthropologique se justifie en ce qu'elle nous interpelle et nous invite à nous interroger sur quelques aspects de la société togolaise en interface avec certaines initiatives de développement de type moderne (cf. le débat sur la tradition et la modernité). Ainsi avons-nous constaté que les attributs

¹⁰⁷ G. Canguilhem, cité par P. Adam et C. Herzich, *Sociologie de la maladie et la médecine*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 7.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Société, Civilisations*, n° 1, janvier-février 1971, pp. 205-233.

métaphysiques, divins, sacrés, accordés à la personne humaine, et la valence symbolico-énergétique qu'ils affectent au corps (humain) en particulier, contrarient parfois certaines actions et initiatives des temps nouveaux. Toutes ces valeurs constituent des aspects à prendre en compte lorsqu'il s'agit des actions sanitaires en général et du sida en particulier. Elles deviennent des obstacles à la mise en œuvre des actions. Exemples : interdiction de voir la nudité de certaines femmes, refus du stérilet (car interdit de se loger dans un corps étranger), refus du don de sang, ou d'amputation d'un membre.

Dès lors que le sida est perçu comme un cas particulier de malheur, la tendance aussi bien collective qu'individuelle est de s'installer dans une logique de malheur, convaincu en cela que toute maladie n'est possible que si Dieu et les divinités secondaires s'y accordent.

À l'heure du sida, ces conceptions posent de sérieux problèmes. Il est particulièrement intéressant d'apprécier l'impact qu'a la connaissance de l'existence de la maladie sur les comportements matrimoniaux, spécialement les relations de couple. En usage dans la plupart des populations du Togo, la polygamie relève d'une pratique très ancienne. D'aucuns y cherchent un motif d'explication à la lenteur de la vitesse de propagation du sida, s'appuyant sur l'argument selon lequel dès lors qu'on a deux ou trois femmes à satisfaire à la maison on est peu enclin à aller en chercher dehors.

8. L'économie togolaise

Elle est principalement basée sur la production agricole et l'exploitation du phosphate.

8.1. L'agriculture

Le Togo reste encore un pays agricole avec 68% de la population vivant en zone rurale. Le secteur primaire emploie les trois quarts de la population active et

contribue à 40% du PIB en 2006, soit presque la moitié de la richesse nationale. En dehors des céréales cultivées un peu partout dans le pays, le café, le cacao, le palmier à huile et le coton représentent des cultures d'exportation.

8.2. Le café et le cacao

Ils sont cultivés dans la région sud-ouest, le long de la frontière ghanéenne. La production caféière a connu une augmentation en 1984 grâce à l'introduction de la variété dite robusta. Toutefois, le Togo reste un petit producteur comparé à la Côte-d'Ivoire. C'est aussi le cas dans la production du cacao cultivé seulement sur environ 500 hectares. En dépit de cette faiblesse dans la production, ces deux cultures représentent une part importante dans l'économie du Togo.

8.3. Le coton

La culture du coton n'est pas localisée dans une zone spécifique. La filière reste sous le contrôle de la SOTOCO (Société togolaise de coton) créée en 1974 et qui fixe le prix d'achat aux producteurs. C'est elle qui s'occupe de la recherche et de l'organisation des coopératives agricoles. En général, les exploitations sont de petites tailles. Le nombre des exploitants varie d'une année sur l'autre en fonction des campagnes précédentes.

8.4. L'élevage et la pêche

Ces deux activités représentent 5% du PIB agricole. Le potentiel du pays en pêche est assez limité en raison de l'étroitesse des eaux continentales et de leur pauvreté en poissons. La pêche lagunaire est très pratiquée dans la région maritime alors que la production maritime ne dépasse pas les 8 000 tonnes. L'activité est généralement artisanale et familiale. En témoigne l'existence des villages de pêcheurs au sud du Togo.

L'élevage est un peu plus répandu mais reste modeste. L'élevage, surtout des bovins, se concentre au Nord. Le Togo importe la plus grande partie de sa consommation bovine du Niger et du Burkina Faso.

8.5. Les techniques agricoles

Au Togo, comme c'est le cas dans la plupart des pays africains, les techniques agricoles sont plus extensives qu'intensives. Les paysans procèdent par défrichage au détriment de l'amélioration des terres exploitées. L'insuffisance d'engrais chimiques et la pratique des feux de brousse entraînent la destruction des matières organiques. La distribution des intrants agricoles et la production des semences sont assurées par l'État. Cette situation est dénoncée. Elle rend les paysans dépendants et ceux-ci en appellent à une privatisation du secteur.

8.6. Les secteurs miniers et industriels

8.6.1. Le phosphate

Cinquième producteur mondial, le Togo a dans le phosphate sa principale ressource d'exportation et sa richesse. Les mines, à une quarantaine de kilomètres à l'est de Lomé, notamment à Hahotoé et à Kpogamé, ont une réserve de 100 mégatonnes. Le minerai brut, acheminé par voie ferrée, est traité à l'usine de Kpémé sur le littoral. Comme la plupart de sites miniers, l'usine a des allures de villes fortifiées. L'Office togolais des phosphates (OTP), qui gère l'exploitation et la commercialisation, est une structure très stratégique. Ses dirigeants sont des personnalités politiquement impliquées et proches du régime. Mais à partir des années 1990, contexte sociopolitique oblige, l'exploitation va connaître un net recul. Et le gouvernement, suite aux injonctions de la Banque mondiale, sera amené à privatiser ce qu'on appelait autrefois « le poumon du Togo ».

Tableau n° 3. Évolution de la production du phosphate

	1975	1990	1998	2006	2007
Production en tonnes	1.160.500	3.355.540	2.253.400	1.174 000	800.000

8.6.2. Le port autonome de Lomé

Créé en 1968, le port actuel succède aux *wharfs* construits par les Allemands puis les Français. Seul port de la sous-région, avec celui d'Abidjan, en eau profonde, il peut accueillir n'importe quel type de navire. On y trouve de grandes aires d'entreposage, dont certaines appartiennent aux pays enclavés (Burkina-Faso, Mali, Niger). Le port de Lomé est réputé pour ses gigantesques parcs de voitures d'occasion venues d'Europe.

8.6.3. La zone franche

Vers la fin des années 1980, le Togo, sous l'instigation du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'Agence américaine pour le Développement (USSAID), s'est doté d'une zone franche dans le but d'attirer les investisseurs. La zone offre des avantages fiscaux et douaniers aux entreprises qui s'y installent. En contrepartie, celles-ci doivent répondre à certaines exigences telles que l'utilisation de beaucoup de main-d'œuvre et de matières premières locales. Toutefois, la politique des bas salaires donne à la zone franche une image d'exploitation de la population ouvrière.

8.6.4. Le Togo est-il un pays pauvre ?

La pauvreté se définit par rapport à la situation générale d'une société. Éliane Mossé la définit comme « *la situation de personnes, ou groupes de personnes, qui sont marqués par l'insuffisance de ressources disponibles, la disparité du statut social, et l'exclusion d'un mode de vie dominant* ». ¹¹⁰

Ainsi l'absence d'opportunités d'entreprendre et donc d'auto-emploi générateur de revenus, notamment en milieu urbain, a réduit les populations togolaises à la précarité. Une récente étude du gouvernement togolais¹¹¹ montre que le PNB par habitant est de 93 300 en 2006, alors que le PIB est passé de 59 405 FCFA en 1997 à 55 606 FCFA en 1999. Cette même étude révèle que plus de 61% des Togolais vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec moins d'un dollar (500 FCFA) par jour.

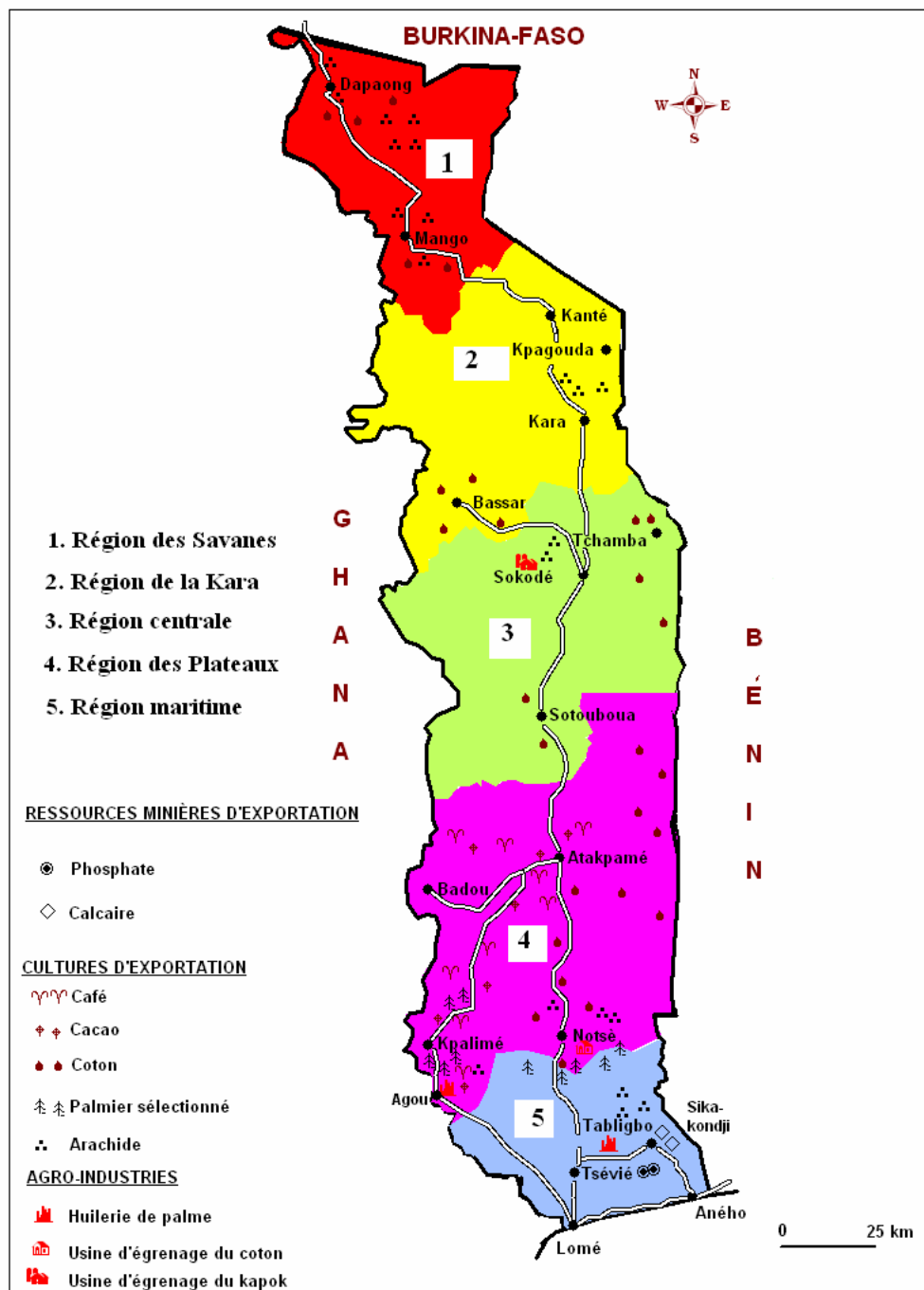
Au Togo, la région la plus défavorisée est celle des Savanes (au nord) où plus de 90% de la population vit dans la pauvreté. Viennent ensuite les régions Centrale (77%), de la Kara (75%) et Maritime (69%). Selon ces mêmes études, plus de la moitié de ceux qui sont pauvres ne bénéficient que de 20% environ des subventions publiques au Centre hospitalier universitaire (CHU) et 30% des subventions des hôpitaux et autres centres de santé. Environ 11% des personnes pauvres ont accès à l'électricité, tandis que 49% ont accès à l'eau potable.

La pauvreté apparaît, en définitive, comme une incapacité des individus à satisfaire les besoins vitaux essentiellement liés à l'alimentation, à la santé, à l'éducation, l'eau, l'habillement et le logement. Au niveau collectif, elle se caractérise par des facteurs tels que l'absence d'infrastructures de base (écoles, dispensaires, eau potable, marché) et la faiblesse des moyens de transport. Au vu des données sur le Togo, nous nous autorisons à dire qu'il est pays pauvre.

¹¹⁰ É. Mossé, citée par C. Debbasch et J.-M. Pontier, in *La Société française*, 4^e éd., Paris, Armand Colin (1^{re} éd. : 1991), p. 425.

¹¹¹ [Http://www.republicoftogo.com](http://www.republicoftogo.com).

Carte n° 7. Les régions économiques et les ressources d'exportation



Source : D'après *Atlas du Togo*, Paris, Jeune Afrique, 1986, p. 32 (adaptation par nos soins).

9. Éducation et santé

9.1. L'éducation

« L'éducation familiale et traditionnelle est une éducation orale. Elle est la base et le fondement d'une société qui puise en elle ses racines et sa fidélité à la tradition. Diverse selon les ethnies, les familles, l'éducation traditionnelle présente des caractères communs. Progressive, continue, insérée dans la vie, l'éducation familiale vise à développer les qualités morales et psychologiques en même temps que les aptitudes physiques et les connaissances pratiques, à transmettre les coutumes en même temps que les sens civiques et les secrets du métier et de la terre. »¹¹²

La scolarisation au Togo, nous rappelle Marie-France Lange¹¹³, débute en 1805 quand un certain Lawson Akwété est confié par son père à un navire anglais pour aller étudier en Angleterre. À son retour en 1809, il ouvre une petite école à Aného pour les enfants de notables qui veulent rivaliser avec les commerçants européens établis sur la côte. *« L'instruction leur apparaît comme une porte d'entrée, et dès cette époque commence à s'édifier la bourgeoisie locale qui sera l'une des caractéristiques de la société traditionnelle du sud Togo. »¹¹⁴* La scolarisation a pris son essor avec la colonisation.

Aujourd'hui, l'enseignement est structuré en trois échelles : le primaire, le secondaire et le supérieur.

L'enseignement primaire compte environ un million d'élèves, avec une forte concentration au Sud. Elle est dispensée dans les écoles publiques, confessionnelles et privées laïques. Le taux de scolarisation, à ce niveau, est de 79% avec un constat de progrès auprès des filles. Les chiffres dans le secondaire (collège et lycée compris) sont environ de 500 000 élèves en 2007 pour un taux de

¹¹² Y. François, *op. cit.*, p. 118.

¹¹³ M.-F. Lange, *150 ans de scolarisation au Togo*, Paris, ORSTOM-URD, 1991.

¹¹⁴ Y. François, *op. cit.*, p. 118.

réussite de 20% au baccalauréat. L'université de Lomé, créée en 1970, a accueilli, en 2005-2006, 14 500 étudiants répartis dans dix établissements. Une seconde université a été créée en 2005 à Kara.

En plus de la scolarité classique, se pratiquent aussi au Togo des séances d'alphabétisation à l'endroit des populations rurales et des femmes. Ces dernières sont souvent affectées par des pratiques traditionnelles qui empêchent leur scolarité, même si elles sont très présentes dans le commerce comme nous le verrons plus loin avec les Nanas Benz de Lomé.

9.2. La situation sanitaire

9.2.1. Des efforts non négligeables

Autrefois, foyer de nombreuses maladies endémiques comme la lèpre, le vers de guinée et la variole ou encore la maladie du sommeil, aujourd'hui disparue, le Togo a fait des progrès dans l'amélioration des conditions de santé de ses populations.

Le paludisme fait l'objet d'une lutte prioritaire. Des fonds spéciaux sont mis à disposition du programme national dont les principales actions sont les campagnes de prévention avec la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la formation des prestataires de soin, et la disponibilité des médicaments.

9.2.2. Des moyens insuffisants et inégaux

Malgré les progrès accomplis, les besoins en équipement et en personnel de santé sont loin d'être couverts. Il y a, en moyenne, un médecin pour 11 000 habitants et un infirmier pour 3 000. Certains agents opérant dans les dispensaires n'ont aucune formation ou sont formés sur le tas. Il faut noter aussi l'inégalité qui existe dans la couverture sanitaire. À titre d'exemple, Lomé concentrait, en 1999, 52% des médecins, 57% de dentistes, 41% de sages-femmes et 26% d'infirmiers. La

tendance n'a guère changé en 2006 : « *Le Togo comptait 346 médecins dont 201 (soit 58%) exerçaient dans la seule ville de Lomé).* »¹¹⁵ Sur le plan matériel, trois CHU (deux à Lomé et un à Kara) sont implantés alors que chaque région dispose d'un hôpital moyen. Toutefois, avec 90 centres médico-sociaux et 421 dispensaires, le Togo répond aux conditions de l'OMS de un centre pour 10 000 âmes.

9.2.3. Les indicateurs de santé

Ce sont les données par lesquelles on apprécie l'état de santé d'une population. Ils correspondent à ses caractéristiques sanitaires et démographiques. En général, ces indicateurs suivent quatre voies : la mortalité (mortalité infantile), la morbidité, l'espérance de vie à la naissance (la probabilité de nombre d'années à vivre à partir de la naissance) et le taux de fécondité. Les tableaux qui suivent montrent les évolutions de ces indicateurs entre 2003 et 2007, (*Source : CIA WOLD FACTBOOK*).

Tableau n° 4. Taux de fécondité

Année	2003	2004	2005	2006	2007
Taux de fécondité en ‰	4,97	4,61	5,01	4,96	4,9

Tableau n° 5. Espérance de vie à la naissance

Année	2003	2004	2005	2006	2007
Espérance de vie à la naissance	53,43	52,64	57,01	57,42	57,86

¹¹⁵ *Les Guides Ecofinances Togo*, 2006, p. 44.

Tableau n° 6. Taux de mortalité infantile

Année	2003	2004	2005	2006	2007
Taux de mortalité en ‰	68,73	66,61	62,20	60.63	59,12

Le Togo peine à passer en dessous de la moyenne mondiale des 50‰¹¹⁶, ce qui constitue une indice révélatrice de la pauvreté du pays. Si les campagnes régulières de vaccination ont éradiqué la variole et réduit la trypanosomiasse, les enfants, surtout en zones rurales, restent encore sous la menace des endémies comme le paludisme et les épidémies de rougeole. Alors que le tableau n° 6 ci-dessus montre une tendance à la régression, le problème du sida, auquel le Togo fait face, risque d’être un obstacle.

Longtemps sujet tabou, la « loi du silence » va être levée. Les premiers chiffres tombent. Femmes et hommes sont concernés, et la contamination semble être exclusivement hétérosexuelle. Qu’en est-il de cette maladie au Togo ? Nous avons choisi Lomé comme cadre de notre étude. Mais avant d’en parler, nous allons présenter, dans la partie qui va suivre, quelques repères qui permettront de mieux la comprendre.

¹¹⁶ Dans certaines régions d’Afrique, le taux de mortalité infantile atteint le chiffre de 100‰.

DEUXIÈME PARTIE :
REPÈRES GÉNÉRAUX

CHAPITRE IV :
PRÉSENTATION DU SIDA

1. Histoire d'une pandémie

C'est de manière tout à fait inattendue qu'a été découverte cette maladie dont on ne pouvait supposer qu'elle deviendrait la plus grave pandémie du monde contemporain. Dans le courant de l'année 1981, un organisme de contrôle américain constate une augmentation anormale de la consommation d'un médicament habituellement prescrit pour stimuler le système immunitaire, par exemple lors de certaines leucémies. Une enquête plus poussée fait apparaître que les nouveaux cas sont des hommes jeunes, homosexuels, sans maladie connue pouvant provoquer un déficit immunitaire.

Dans l'ignorance de tout autre élément de diagnostic, on désigne par le sigle SIDA, Syndrome d'Immuno Déficience Acquise, cette nouvelle maladie sexuellement transmissible.

Selon Hippocrate, une épidémie est une maladie *qui « attaque tout le monde tour à tour, jeunes et vieux, femmes et hommes, et, sans distinction, ceux qui boivent du vin et ceux qui boivent de l'eau, ceux qui se nourrissent de pain d'orge et ceux qui se nourrissent de pain de blé, ceux qui font beaucoup d'exercice, et ceux qui en font peu »*.¹¹⁷ Cette définition est la première des maladies épidémiques. Elle affirme le caractère général d'une épidémie qui n'épargne personne.

D'épidémie, le sida est devenu *pandémie*, c'est-à-dire une maladie qui touche un grand nombre de personnes sur une grande échelle. Deux grands types de virus se « partagent » le monde : le VIH 2, isolé en Afrique de l'Ouest (au départ), et le VIH 1 dont le double foyer de rayonnement est l'Afrique centrale et les États-Unis. C'est ainsi que ces parties du monde sont d'ailleurs considérées comme les origines de la maladie. Le virus aurait été « fabriqué » fin 1978 ou début 1979 par des virologues de Maryland dans le cadre du développement

¹¹⁷ Hippocrate, cité par G. Delobbe, in *Les Épidémies. Des pestes au sida*, Mouans-Sartoux, PEMF, 2003, p. 13.

biologique. Ces virologues l'auraient ensuite inoculé soit par erreur, soit sciemment à des Zaïrois.

Cette théorie fait référence à une forme de critique de la colonisation et du néocolonialisme occidental. Comme on pourrait l'entendre encore dans certaines causeries, « *ce sont les Blancs qui ont apporté le sida en Afrique* ».

D'autres récits se penchent sur la thèse selon laquelle le sida proviendrait des singes. Ceux-ci l'auraient transmis aux humains, Africains avec qui ils avaient des rapports sexuels. C'est une affirmation qui suscite de vives réactions chez les Africains comme le souligne L. Garrett ¹¹⁸ : « *En avril 1985, lors de la première conférence internationale sur le sida organisée par les CDC à Atlanta, une journaliste américaine demanda à l'un des trois médecins africains présents, à savoir Kapita, du Projet sida à Kinshasa, s'il était vrai que les Africains avaient des relations sexuelles avec des singes. Kapita bouillonnant de colère, répondit : "Madame, je ne sais pas de quoi vous parlez, nous ne faisons pas ce genre de choses. Mais je crois qu'en Europe, on tourne des films avec des femmes qui ont des relations sexuelles avec des chiens. Et j'ai également appris qu'aux États-Unis, on trouve déjà ce genre de petit chien de compagnie, au cas où..., vous comprenez ce que je veux dire"* »

L'histoire du sida commence par une première période de reconnaissance et de connaissance essentiellement marquée par l'incertitude due à la découverte d'une maladie inconnue à l'époque. Elle part de la découverte du virus en 1981 aux États-Unis. En effet, c'était l'équipe du CDC (Centers for Disease Control) d'Atlanta du docteur Gottlieb qui fait état de cinq cas graves de pneumonie dans la revue *Mortality and Morbidity Weekly Report* (MMWR). Il s'agit d'une maladie inhabituelle qui se manifeste lorsque le système immunitaire est perturbé. Après ces cinq premiers cas, le CDC signale d'autres cas plus importants chez d'autres personnes ayant un point commun. Ce sont de jeunes hommes homosexuels et

¹¹⁸ L. Garret, cité par D. Vangroenweghe, *Sida et sexualité en Afrique*, Anvers, EPO, 2000, p. 110.

plusieurs sont décédés. Le caractère mortel de cette maladie ne fait pas l'objet de doute. Les derniers chiffres parlent de plus de quarante millions de personnes atteintes, dont environ 25 millions en Afrique. En 2005, 150 000 personnes vivaient avec le VIH en France, et 7000 nouvelles contaminations ont été recensées.¹¹⁹

En France, c'est le docteur Willy Rozembaum qui a diagnostiqué le premier cas chez un patient homosexuel. En 1983, un premier virus responsable de cette déficience immunitaire est identifié par le professeur Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur à Paris.

Les principaux acteurs de cette étape initiale, qui consiste à faire reconnaître la maladie par l'accroissement du champ informationnel sur cette pathologie nouvelle, sont essentiellement les cliniciens qui soignent les premiers patients, les militants homosexuels qui défendent les intérêts de leurs malades, et les professionnels de la santé publique, souvent épidémiologistes, qui cherchent avant tout à maîtriser la diffusion de l'épidémie.

Un élément non moins important à signaler dans cette phase initiale est la mise en place du système de l'information autour de la maladie sous l'impulsion du docteur Rozembaum. « *En effet, pour obtenir une connaissance étiologique de cette maladie, il fallait se donner les moyens d'identifier les patients, de collecter des informations et de les analyser, puis de diffuser les connaissances [...], cela concernait plusieurs spécialités qu'il s'agissait de réunir dans un groupe de travail centré sur cette urgence.* »¹²⁰. Le dépistage obligatoire du VIH à tous les donneurs de sang a été une étape importante dans toute l'histoire du sida. Experts et politiques interviennent dans la définition du rôle du dépistage dans le suivi épidémiologique et le traitement des personnes infectées.

¹¹⁹ Source : Rapport ONUSIDA/OMS, 21 novembre 2006.

¹²⁰ W. Rozembaum, *La Vie est une maladie sexuellement transmissible constamment mortelle*, Paris, Stock, 1999, p. 29.

Le phénomène sida est devenu aussi un enjeu de politique internationale. Les débats sur la coopération internationale, surtout Nord/Sud, portent désormais sur le sida. Concernant l'Afrique, Charles Josselin, l'ancien ministre délégué à la Coopération et à la Francophonie (1997-2002), déclarait: « *Le sida est l'un des plus grands fléaux de l'histoire de l'humanité. Les plus grands pauvres d'entre nous sont les plus frappés. Cette tragédie sociale est en passe de mettre en péril les décennies d'effort et de développement. Les pays les moins avancés sont dans l'incapacité de renouveler leur personnel enseignant, décimé par la pandémie. Les systèmes de santé du monde en développement sont déstabilisés. Les conséquences sur l'expérience de vie et de la pyramide des âges risquent de compromettre, pour ces pays, toutes perspectives de puissance économique. C'est en Afrique subsaharienne que l'impact est actuellement le plus dévastateur. Si rien n'est fait, le sida tuera dans les vingt prochaines années 1/3 des Africains âgés de 15 ans.* »¹²¹ Il s'agissait-là d'un véritable cri d'alarme, un appel à l'éveil des consciences.

Dans ce contexte, ce qui était considéré comme un problème médical cesse de l'être. On ne peut plus aborder le problème du sida uniquement sur ce plan. La lutte scientifique contre la maladie s'avère plus difficile et nécessite de structurer la recherche et les soins. Il faut dorénavant préconiser une prévention qui fasse obstacle aux modes de contamination: les rapports sexuels, l'échange de seringues par voies intraveineuses et l'utilisation thérapeutique du sang. Toutefois, en dépit des discours et des positions, les pouvoirs tâtonnent quand il s'agit de mettre en place une politique efficace de lutte contre la pandémie. La maladie semble prendre à contre-pied les États qui se trouvent démunis, voire désemparés. Le sida, lui, tient bon, il fait des ravages et les lacunes des pouvoirs publics pèsent lourdement. Cet état de fait sera dénoncé par les associations de protection des malades. Elles apporteront leur pierre dans la lutte.

¹²¹ C. Josselin, *Politique de coopération internationale de la France en matière de lutte contre le VIH / Sida dans les pays en développement*, Paris, ministère des Affaires étrangères, 2001, p. 1.

Aujourd'hui, des progrès considérables ont été faits dans la connaissance de l'infection par le VIH, dans la gestion publique de la maladie. Le recours aux polythérapies et aux antirétroviraux dans les hôpitaux français est systématique et a donné une lueur d'espoir. Le dépistage obligatoire du VIH à tous les donneurs de sang est une étape importante dans toute l'histoire du sida. Experts et politiques interviennent dans la définition du rôle du dépistage dans le suivi épidémiologique et le traitement des personnes infectées. Et que dire des pays dans lesquels se pose la question de l'accessibilité à ces traitements ? Dans ces pays, un malade du sida est un individu qui est en sursis. Au Togo, le Fonds mondial est le principal partenaire des institutions en place. Grâce à sa présence, ce pays peut proposer des traitements à ses malades.

2. Un affront insupportable

Certains faits concernant la pandémie, aujourd'hui dans sa troisième décennie, sont déjà du domaine de l'histoire : découverte des symptômes d'une maladie jusque-là inconnue ; identification du germe responsable ; première étape de sa propagation ; impact psychologique sur les malades, leurs proches et sur la société entière ; premiers succès, hélas insuffisants, de la thérapeutique. Depuis que le virus a été identifié, les espoirs de trouver un vaccin ont été vains. Sur bien des points, le sida apparaît à l'observateur comme un affront insupportable. Si, dès 1983, avec la découverte du virus, l'essentiel des connaissances épidémiologiques nécessaires au lancement de programmes de recherche est acquis, plus de vingt ans d'études n'ont pu produire une réponse complète aux effets du virus. Il y a ce paradoxe entre l'extrême rapidité dans la découverte de ce que, jusqu'ici, il fallait de nombreuses années à établir, et cette lenteur dans la mise au point de traitements définitifs. Cet écart entre des fortes capacités de diagnostics et l'absence de thérapies efficaces est insupportable. Face à une épidémie, le savoir et le pouvoir des hommes n'ont jamais été si éloignés l'un de l'autre. Connaître les principales caractéristiques d'une maladie et ne pas pouvoir la contrer, comble de l'impuissance ! Le médecin est cantonné dans son incapacité à guérir. Le malade dans son sort qu'il ne peut que subir. Quant au public, il perçoit une

maladie déroutante, une mort « anormale » qui enferme dans le cycle de la dégénérescence physique, des êtres qui n'ont rien à y faire : « des jeunes ».

En France, le sida devient la principale cause de décès chez les 20-40 ans après les suicides et les accidents de la route. À New York, l'épidémie est la première cause de décès chez les hommes de 30-39 ans et les femmes de 25-35 ans. Le risque d'y succomber du sida est supérieur aux risques cumulés de décès par homicide, cancer, accident et suicide¹²² ! Là encore le sida introduit au cœur des symboles forts leur négation la plus radicale. Il parasite les sources de vie (rapports sexuels et grossesses), mine les actes censés sauver la vie comme la transfusion sanguine (maladie iatrogène).¹²³

Tableau n° 7. Évolution de la séroprévalence en France entre 1989-2006
(Source : Sidaction)

	1989	1997	2003	2005	2006
Nombre de cas	150000	106000	97000	6700	6400

En touchant l'intimité de l'homme, le sida porte un sérieux coup à l'ordre moral ; les esprits les plus débridés y trouvent une boutade. Pour eux, le sida est un « *syndrome imaginé pour décourager les amoureux* ». Pouvons-nous nous priver d'amour ? Quel sens donner à l'humanité ?

Le sida remet en question un certain nombre de repères relativement ancrés. Il brouille les cartes des représentations symboliques. Il ouvre une crise conceptuelle sans précédent.

¹²² N. Clumerk, « Le sida : un révélateur social », *Actions et recherches sociales*, vol. 32, n° 3, septembre 1988, pp. 33-37.

¹²³ Une maladie iatrogène est une maladie dont la cause est l'acte médical lui-même.

3. Un problème étiologique

Depuis longtemps, la maladie est source d'interrogations, de doutes et de peurs. Elle est l'objet de discours, souvent alarmistes, évoquant son caractère inguérissable. Perçue comme l'introduction d'éléments exogènes au sein de l'univers proprement humain, elle est nécessairement suspecte. Curieusement, les principales variables explicatives au phénomène se ramènent au même type de discours. Pour certains locuteurs, la maladie constitue la suprême punition, l'implacable ordalie qui punit le pécheur ; elle est alors sensée et guidée. C'est, semble-t-il, lors de la ravageuse épidémie de syphilis que connut l'Europe aux prémises de la Renaissance, que le thème de la volonté de Dieu a été introduit dans l'origine de la maladie. « *Dans sa colère, Dieu a introduit cette maladie pour punir les créatures qui ont outragé sa Majesté* »¹²⁴ ; c'est en ces termes qu'Ulrich Von Hutten désigne la volonté punitive de Dieu à l'encontre des gens dévoyés et des sociétés perverses.

Il existe également le cas de figure où la maladie n'est qu'un instrument aux mains de ce même Dieu. Dans ce cas, le mal et la souffrance s'abattent sur celui qui a été dévié des chemins du bien et du bon. Dieu instrumentalise alors la maladie pour faire se révéler la vérité. La maladie est donc une épreuve. Alors, elle touche même « l'innocent » ou le pieux afin qu'il renforce, par cette épreuve, sa foi. Ces modèles cherchent des causes exogènes aux maladies.

Outre l'origine divine de la maladie, un courant se détache pour penser les causes naturelles, donc endogènes, des maladies : c'est la tradition inaugurée par Hippocrate pour qui « *chaque malaise a une cause naturelle et sans cause naturelle, aucune maladie ne se produit* ». ¹²⁵

¹²⁴ Voir P. Stephenson, « Le Sida, la syphilis et la stigmatisation : la genèse des politiques et des préjugés », *Anthropologie et société*, vol. 15, n° 2-3, 1991, p. 97.

¹²⁵ Cité par M.-H. Congourdeau, « La maladie, la peur et la raison », *Éthique : la vie en question*, n° 10, avril 1993, p. 21.

Si la pensée scientifique s'est constituée et autonomisée en réaction à la pensée mystique, ces deux approches restent curieusement entrecroisées. Face aux maladies et aux épidémies, les réactions « positives » ont toujours combiné la charité et la raison. Il peut paraître étonnant qu'à plusieurs siècles d'intervalles, l'empereur byzantin Michel IV recevait les lépreux dans son palais, les fréquentait, posait son visage sur leurs plaies, les embrassait, les serrait sur son cœur¹²⁶, et qu'une actrice contemporaine embrasse, devant des téléspectateurs, une personne séropositive¹²⁷ ! Dans un cas comme dans l'autre, il faut apporter la preuve concrète que la raison l'emporte sur la peur. Jusqu'à l'apparition du sida et au travail de fond qui s'opère à partir de lui, les rapports à la maladie ont été commandés par une mixité entre la charité religieuse ou humaniste, et la raison fondée ou non sur la foi

Concernant plus précisément l'épidémie du sida, la maladie est parfois assimilée à une conséquence, à un résultat malheureux de la libération sexuelle et du brassage des populations, une maladie de l'échange et de la communication, le « *prix à payer pour avoir perturbé les équilibres écologiques* »¹²⁸, la déesse « nature », le Dieu divin. Pour tout dire, la maladie est alors une conséquence de la modernité, le sida devient la « *maladie métaphore de l'époque post-moderne* ». ¹²⁹

Chez certains peuples du sud Togo (Éwé, Ifè, Mina), les dieux Sakpata et Ogou seraient mécontents des agissements de leurs protégés. Cette vue renoue avec une conception extériorisante du mal, une recherche de causes exogènes.

Ces appels à la conformité à un ordre du monde mythique restent très présents et se doublent aujourd'hui de leur version actualisée qui consiste à dire que, au fond, « *on a ce que l'on mérite* ». Ici encore la maladie est la conséquence d'une faute mais dont la responsabilité incombe au seul malade ; elle devient le

¹²⁶ M.H. Congourdeau, *op. cit.*, p. 26.

¹²⁷ Cet évènement s'est déroulé lors d'une soirée de soutien à la lutte contre le sida, le 7 avril 1994.

¹²⁸ Thèse avancée par de l'historien de la médecine M. Gmerk dans *Histoire du sida*, Paris, Payot, 1995.

¹²⁹ M. Gmerk, « Les enseignements de l'épidémie du sida », *Éthique*, n° 10, 1993-1994, p. 8.

résultat logique d'actes manqués des individus à la raison défaillante. Ainsi, on entend de plus en plus souvent, corrélativement à l'augmentation de la masse des informations préventives, que contracter le virus devient un fait quasiment « voulu », comme si la connaissance devait se traduire automatiquement en acte approprié ! Ainsi, les séropositifs et les malades du sida sont, au fond, de mauvais gestionnaires de leur corps, de leur sexe et de leur vie, ces étapes qu'il faut réussir. Ces personnes seraient frappées d'une rationalité limitée et déficiente. En négligeant leur propre santé, elles trahissent et désavouent une certaine idée du progrès fondée sur la raison.

Avec l'apparition du sida, causes exogènes et endogènes se retrouvent une nouvelle fois confrontées l'une à l'autre. Le modèle étiologique biomédical fait face à un modèle étiologique psychosocial qui s'appuie sur les notions de « groupes » et de « style de vie ». Dans ce dernier cas, la maladie « choisit » ses cibles.

Le modèle étiologique biomédical s'impose peu à peu. Mais force est de constater la puissance du second modèle. Le sida est une maladie qui entraîne, dans son sillage, fantasmes et peurs. Depuis que nous avons commencé cette recherche, nous n'avons jamais vu autant de discours imaginaires sur une maladie. *« Vous n'avez pas peur de rencontrer les sidéens ? Vous risquez d'attraper la maladie... »*

La force du fantasme, les peurs irrationnelles de contagion sont des facteurs qu'il faut prendre en compte dans l'avènement du phénomène sida.

4. Sida et pratiques médicales

La médecine moderne se confond avec l'action thérapeutique individuelle et est essentiellement orientée vers la médecine curative, d'où l'abandon et le discrédit de la médecine en amont, c'est-à-dire la médecine préventive et notamment de l'épidémiologie qui a périclité avec la disparition des épidémies. Aujourd'hui, le

cancérologue jouit d'un prestige plus important que le nutritionniste dont la pratique est d'avantage axée sur la prévention et la prophylaxie de confort. Si la France est un des pays les plus touchés, cela tient en parti au fait que « *la société médicale reste inculte en matière de santé publique* ». ¹³⁰ Et « *une des raisons les plus profondes de cette inculture réside dans la vision technicienne de la médecine* ». ¹³¹ Cette caractéristique a clairement été mise au jour par la gestion de la transmission sanguine. L'avènement du sida pousse ainsi à reconsidérer l'action médicale dans son plus large éventail, de la prévention aux soins.

De plus, le fait que le sida soit une maladie transmissible réintroduit les groupes et les réseaux au cœur du dispositif de prise en charge médicale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'épidémiologie est l'étude des facteurs qui déterminent la fréquence et la propagation de la maladie. Cette discipline conçoit donc des groupes humains contrairement à la conception dominante de la pratique médicale qui se focalise sur la cure de pathologies individuelles. Si l'action curative s'adresse à des individus, la transmissibilité du virus met en valeur une conception « holiste » de la prise en charge de la maladie. L'acte médical, qui est une affaire de consentement individuel et qui est laissé au jugement intime, se retrouve confronté aux impératifs de santé publique. Cette dualisation de l'approche de la santé fragilise la relation médecin-patient parce qu'elle fait intervenir des considérations de santé publique et de préservation de la population globale dans un rapport inter-individuel marqué par le sceau de la confiance.

Cette nouvelle donne est difficilement gérable. Aujourd'hui encore, ce problème se pose comme celui du secret médical. A-t-on le droit, ou non, de briser la confidentialité qui entoure l'état de santé d'un individu au nom des impératifs de santé publique ? Outre les problèmes éthiques et déontologiques posés aux praticiens, la relation médecin-patient est considérablement fragilisée.

¹³⁰ A. Morelle, *L'Institution médicale en question*, Paris, Esprit, 1993, p. 35.

¹³¹ *Ibid.*, p. 37.

Les règles de cette rencontre singulière semblent faire, de moins en moins, l'objet d'une unicité d'approches.

Selon Emmanuel Langlois, le rapport soignant-soigné à évoluer avec le sida : « *Le médecin doit faire face à de nouveaux impératifs : fréquentes mises à jour de ses connaissances, gestion des éléments anxigènes liés à la maladie et, surtout, lors de l'annonce de la séropositivité. Quant au malade, il fait émerger de nouvelles demandes jusqu'ici relativement inconnues dans le suivi médical des pathologies lourdes : volonté de prendre connaissance de son propre dossier médical, émergence des problèmes liés à la souffrance et aux effets secondaires des traitements, volonté de maîtriser le parcours thérapeutique. Peu à peu, ajoute l'auteur, les soignants s'adaptent à cette nouvelle distribution. Progressivement, on passe d'une application à une bijection. Le savoir médical se partage et la relation devient bilatérale.* »¹³²

C'est en ce sens que Daniel Defert considère le malade comme un « *réformateur social* ». Selon lui, plusieurs éléments ont bouleversé cette relation : la position de la mort et la révélation de l'intimité ont intensifié le rapport émotionnel entre médecin-malade. Le partage du savoir médical et l'insertion du médecin dans un réseau de confrères (à cause de la diversité des manifestations de la maladie) ont relativisé la relation.

Les soignants, notamment dans les hôpitaux, ont été appelés à accompagner des malades jusqu'en fin de vie. En absence de traitement, le patient ne peut plus être enfermé dans la technologie et l'hyper-médicalisation. Les soignants, principalement les infirmières, sont également exposés à la cruauté de cette maladie. La répétition des décès dans les services hospitaliers, la proximité d'âge entre les patients et les soignants, l'issue fatale de la maladie et la difficulté de monter des stratégies d'évitement et de protection¹³³ à ces phénomènes, exposent

¹³² E. Langlois, *Les Associations Aides et Act Up : deux modèles de lutte contre le sida, Mémoire de sociologie*, Bordeaux-II, 1994.

¹³³ M.-J. Lertf, « Les soignant face à la mort des patients atteints du sida », *Sociologie du travail*, vol. 35, n° 2, avril-juin 1993, pp. 199-214.

les soignants à des phénomènes d'épuisement professionnel. Les effets sur le milieu médical se font sentir également dans l'organisation du travail. Si d'un côté, les services se décroissent peu à peu pour mieux répondre à la diversité des manifestations du sida, de l'autre « *l'afflux de malades et la demande croissante de lits dans les services à capacité d'accueil constante ont conduit à une situation de concurrence entre les disciplines médicales* ». ¹³⁴ Concurrence accrue et rapprochement des services vont de pair.

Au niveau de la recherche, on observe le même phénomène. Les chercheurs se rapprochent les uns des autres, cassent les frontières étanches de la communauté scientifique en les ouvrant à des publics qui, jusqu'ici, en étaient exclus. Le cas le plus spectaculaire est sans doute celui des malades parce qu'« *il est devenu clair que leur participation volontaire, active et responsable est une condition indispensable à la réussite des essais de nouveaux traitements, de nouveaux médicaments* ». ¹³⁵ L'apparition d'une épidémie nouvelle et médiatique a fait exploser la concurrence au sein de la recherche (du moins l'a rendu extrêmement visible). Les étapes du mandarinet ont été grillées et « *c'est ainsi que quelques trentenaires accèdent à des carrières auxquelles ils n'auraient pas osé rêver quelques mois plus tôt* ». ¹³⁶

Toutes ces transformations sont des tendances à l'œuvre et, dans bien des cas, les systèmes en place ne bougent pas, rivés aux oripeaux d'une science toute puissante. Et Howard Grubert de prévenir : « *Le pouvoir et la beauté de la science ne reposent pas sur l'infailibilité, qu'elle ne possède pas, mais sur sa faculté à pouvoir être corrigée, faculté sans laquelle elle n'est rien.* » ¹³⁷

¹³⁴ M.-J. Lertf, *ibid.* p. 51.

¹³⁵ F. Edelman, « Pourquoi s'informer sur le sida ? », in *Arcat-sida-Af/s*, 1993.

¹³⁶ J. Strazulla, *Le Sida 1981-1985. Les débuts d'une pandémie*, Paris, La Documentation française, 1993, p. 51.

¹³⁷ E. Howard, cité par D. Vangroenweghe, *op. cit.*, p. 103.

5. Des réponses lentes

L'apparition de la pandémie a dévoilé un certain nombre de failles qui se déclinent sous plusieurs formes.

En matière de prévention, le sida a montré les carences étatiques en matière de communication et d'information, a souligné le « *décalage existant entre les circuits administratifs, car complexes [...], et la nécessité d'une décision et d'une action rapide* ». ¹³⁸ Devant l'urgence, il n'y a eu que lenteur. Les efforts publics d'information ne sont pas à la hauteur de l'efficacité, au demeurant, limitée des campagnes de prévention. L'État moderne s'avère incapable de contrer un risque de santé malgré l'arsenal médico-social dont il dispose.

Mais il semble que le décalage le plus profond « *existe entre ce temps précieux et si difficile à vivre pour les personnes séropositives ou malades et les lenteurs de tous les systèmes administratifs [...], entre ce que garantit la collectivité à un individu malade [...] et les aspirations de l'individu* ». ¹³⁹ Ce sont sur ces failles que viennent se greffer les interventions et les revendications des associations et de toutes organisations que nous nommons sociétés civiles et sur lesquelles nous reviendrons.

¹³⁸ A. Morelle, *op.cit.*, p. 46.

¹³⁹ J.-L. Cassarangue, « Sida, choix financiers et sociaux », in P. Auvergnon (sous la dir.de), *Le Droit social à l'épreuve du sida*, Bordeaux, MSHA, 1992, p.107.

CHAPITRE V :
UN CORPUS THÉORIQUE

1. La notion d'État

1.1. Définition

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici ce que Engels écrivait au sujet de l'État : « *Comme l'État est né du besoin de réfréner des oppositions des classes, mais comme il est né, en même temps, au milieu du conflit de ces classes, il est, dans les règles, l'État de la classe la plus puissante, celle qui domine au point de vue économique et qui, grâce à lui, devient aussi classe politiquement dominante et acquiert ainsi de nouveaux moyens pour mater et exploiter la classe opprimée. C'est ainsi que l'État antique était avant tout l'État des propriétaires d'esclaves pour mater les esclaves, comme l'État féodal fut l'organe de la noblesse pour mater les paysans serfs et corvéables, et comme l'État représentatif moderne est l'instrument de l'exploitation du travail salarié par le capital.* »¹⁴⁰ Engels fait appel à la nature coercitive de l'État qu'il définit comme un instrument de contrainte et de répression utilisé par la classe dominante pour se maintenir. Cette classe est à la fois possédante (possède des instruments de production) et dirigeante (dirige l'appareil d'État).

Max Weber, de son côté, observe que « *comme tous les groupements politiques, l'État consiste en un rapport de domination de l'homme fondé sur le moyen de la violence* »¹⁴¹. Dans ce cas, l'État constitue un système de domination fondé sur le monopole de la violence légitime (ou plutôt légale).

Pour Jean-Pierre Magnant, anthropologue, spécialiste de l'Afrique, l'État est « *l'une des formes de domination d'un groupe social sur les autres groupes qui constituent avec lui une société. Cette forme se distingue des autres par l'existence d'un appareil constitué d'individus retirés de la production et qui vivent du surproduit social prélevé chez les producteurs sous forme d'impôt. Cet*

¹⁴⁰ F. Engels, *L'Origine de la famille, de la propriété privée et de l'État*, trad. fr., Paris, Alfred Costes, 1946 (1^{re} éd. allemande : 1884).

¹⁴¹ M. Weber, *Le Savant et le politique*, trad. fr., Paris, Plon, 1959, p. 8 (1^{re} éd. allemande : 1919).

*appareil d'État, chargé de la gestion de la société, du maintien de son ordre interne et de la garantie de sa sécurité extérieure, est dirigé par un gouvernement ».*¹⁴²

La conception classique est celle qui définit l'État à partir de ses éléments constitutifs : un territoire, une population, un gouvernement souverain et reconnu par la communauté internationale. Aussi Georges Burdeau affirme-t-il que « l'État, c'est le pouvoir institutionnalisé ».¹⁴³ Dans ce contexte, l'État est présenté comme un modèle particulier d'institutionnalisation du pouvoir et d'organisation des rapports sociaux. Si un consensus tend à se dégager pour rendre compte de sa logique profonde, il apparaît comme un phénomène qui trouve sa source dans la relation très particulière qu'il entretient avec la société, dans le rapport entre dirigeants et gouvernés, et dans la construction de la légitimité. Claude Rivière, dans *Anthropologie politique*, le définit comme un instrument de contrôle et de régulation de la société. Il permet de fixer des « normes, des sanctions, des coutumes des modes de règlement des conflits, des conditions d'emploi de la force ».¹⁴⁴ C'est donc le gage d'une stabilité dans le réseau complexe de relations et de conflits au sein de la société, parce qu'il est la seule force légitime pour le maintien de l'ordre. À défaut de cette harmonie, il y a risque de mise en cause de la « sécurité sociale » et de la politique. C'est à ce titre que Marc Abélès dira que « l'État émerge historiquement quand les contradictions sociales s'amplifient ».¹⁴⁵

1.2. La question de l'État en Afrique

Qui veut se faire une juste idée de ce que le mot « État » recouvre sur le continent africain, se confronte immédiatement à une réelle difficulté. À s'en tenir à la définition classique, l'État y est, comme partout ailleurs, une autorité souveraine

¹⁴² J.-P. Magnant, « Tchad, crise de l'État ou crise de gouvernement ? », in J.F. MEDARD (sous la dir. de), *États d'Afrique noire*, Paris, Karthala, 1991, p. 175.

¹⁴³ G. Burdeau, *Traité de science politique : l'État*, 3^e éd., Paris, LGDJ., 1980, p. 183 (1^{re} éd. : 1923).

¹⁴⁴ C. Rivière, *op. cit.*, p. 38.

¹⁴⁵ M. Abélès, *Anthropologie de l'État*, Paris, Armand Colin, 1990, p. 100.

qui s'exerce sur l'ensemble d'un peuple et d'un territoire déterminé. Mais, de pays à pays, l'observateur qui veut approfondir la question se retrouve aux prises avec des réalités d'une variété infinie où l'orthodoxie de la science politique se voit passablement bousculée.

Pris un à un, les pays africains connaissent tous, ou presque, des crises de tous ordres et d'autant plus aiguës qu'elles ont une nette propension à s'étendre à toutes les strates d'une société donnée : crises économiques, crises sociales, crises politiques, dont les racines plongent souvent fort loin dans le sol des histoires respectives, mais qui ont eu tendance à atteindre leurs paroxysmes ces dernières années. Si l'on y rajoute l'ensemble des maux dont ces pays sont atteints – le sida entre autres – on comprendra que la gestion de la chose publique par les autorités étatiques ne soit pas à proprement parler chose aisée. Pour autant, ces autorités restent investies du pouvoir et, par là même, sont tenues d'exercer les responsabilités qui en découlent. Sur ce diptyque, viennent s'inscrire toutes les exigences, toutes les attentes, tous les espoirs.

Dans ce contexte, les mouvements de contestation vont croissant, au point de remettre en cause l'ordre établi et l'autorité publique. Les situations extrêmes qui en résultent, caractérisées par le désordre, pour ne pas dire le chaos, amènent les politologues à considérer que, dans certains pays, il serait plus juste d'affirmer qu'il n'y a pas d'État en tant que tel. Tout au plus est-il question d'une équipe dirigeante qui s'efforce, avec les moyens du bord, de se maintenir en place. C'est ainsi que bon nombre des systèmes politiques, élaborés au lendemain des grandes dates d'indépendance, continuent de balbutier et, faute d'une véritable efficacité dans la gestion des affaires publiques, se retrouvent en butte aux mécontentements permanents. La contestation, normalement contenue par le jeu de la politique institutionnelle, devient ici un mal endémique qui fragilise le corps de l'État.

Devant cette donnée très factuelle, les différentes analyses politiques dont le continent africain fait l'objet se recoupent toutes pour parvenir à la même conclusion : s'il y a bien une réalité du pouvoir, celle-ci n'est en rien contenue

dans une réalité étatique. Sur ce point, les auteurs sont unanimes, quoique les causes et les explications invoquées à l'appui de leurs démonstrations ne soient pas toujours identiques. Tous, néanmoins, mettent en exergue l'incompatibilité existant entre les modes d'exercice du pouvoir et les principes légaux sur lesquels tout État digne de ce nom se doit de s'appuyer. Précisons cependant que certaines de ces analyses sont sujettes à caution parce qu'elles font appel à des notions dont on sent qu'elles ne recouvrent pas le même sens d'un auteur à l'autre. Voulant se pencher sur l'État, ce sont tout à la fois les concepts de régime, de système politique, de gouvernement, voire de nation, auxquels il est fait appel, dans une sorte de grand mélange où l'esprit peine à s'y reconnaître.

Nous tâcherons ici de nous focaliser sur le concept d'« appareil d'État », pour examiner ensuite la façon dont il fonctionne dans les pays africains de nos jours. Ce qui supposera en préalable de nous arrêter sur une définition consensuelle de l'État. Nous espérons ainsi éviter le travers que dénonce Jean Copans qui affirme qu'à propos de l'État en Afrique : « *Tout le monde en parle, mais personne ne sait finalement de quoi il s'agit.* »¹⁴⁶ En faisant de la réalité de l'État notre postulat et pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'une simple hypothèse, nous nous demanderons en quoi les sociétés africaines actuelles témoignent de son existence. Le cadre historique, qui explique à bien des égards la naissance de cet État, nous servira de point de départ.

1.3. De l'existence de l'État

Certains auteurs ont affirmé qu'il n'existait pas d'États en Afrique ou que, s'il en avait existé, ils avaient désormais disparu. Dans *Le Développement de l'État nigérian*¹⁴⁷, Jibrin Ibrahim nous cite quelques-unes de ces plumes qui soutiennent cette thèse. Pour beaucoup, l'État en Afrique ne serait, tout au plus, que l'ombre d'un appareil institutionnel imaginaire, une coquille vide imitée des systèmes occidentaux. Et, pour asseoir cette vision des choses, sont avancés, comme autant

¹⁴⁶ J. Copans, « Une crise conceptuelle », *Politique africaine*, n° 26, juin 1987, p. 2.

¹⁴⁷ J. Ibrahim, « Le développement de l'État nigérian » in J.- F. MÉDARD, *op. cit.*, p. 142.

de raisons, tous les faits qui témoignent de la mauvaise santé du continent. Sont cités pêle-mêle les politiques erronées, l'économie extravertie, la pauvreté endémique, le désastre écologique, la dégénérescence des mœurs politiques par la pratique généralisée de la corruption et le recours aux formes despotiques de gouvernement. L'État en Afrique n'existerait donc qu'au travers des regards et du droit qui, dans les relations internationales, participe d'une reconnaissance à son endroit. Hors ce cadre, point d'État, du moins pas dans le quotidien des peuples et des sociétés dont l'État est censé être une émanation.

La conception wébérienne, selon laquelle l'État est un système de domination fondé sur le monopole de l'exercice de la coercition légitime (ou plutôt légale), offre bien une opportunité d'analyse de la situation qui prévaut dans les pays africains. Telle qu'elle est présentée, il est question du pouvoir despotique que l'on reconnaît à l'État dans la société, et, d'autre part, il s'agit du pouvoir infrastructurel, ce qui signifie la capacité dont dispose l'État de pénétrer la société civile.

La dimension de ce pouvoir despotique est la plus manifeste en Afrique. Dans tous les pays, il existe un centre qui engage l'essentiel des moyens de contrainte physique légale.

Autrement dit, les forces armées, les forces de l'ordre et les services de sécurité dépendent de ce centre de commandement connu sous l'appellation d'État. Au Togo, cette présence est fortement remarquée dans la plupart des institutions dont le Programme national de Lutte contre le Sida (PNLS).

Avec l'amorce du processus de démocratisation en Afrique, le contrôle du pouvoir despotique est, plus que jamais, l'enjeu de nombreux tiraillements au sein des classes dirigeantes des pays africains. Ce moyen permet effectivement aux dirigeants de mater les manifestations populaires lorsque celles-ci leur paraissent porter atteinte à leurs intérêts personnels.

Le pouvoir despotique de l'État doit être complété par sa dimension normative. En clair, il s'agit d'élaborer les normes devant régir la vie dans la société tout en faisant respecter les règles ainsi édictées. Pensons par exemple, aux dispositions légales ou réglementaires tendant à assurer une large protection des dignitaires du régime devant la justice ou encore celles qui leur accordent des avantages fiscaux. Dans ce cas, le rôle normatif de l'État est, en quelque sorte, détourné au profit des animateurs et des griots de l'appareil politique.

« À l'inverse, écrit Jean Pierre Kalala, le pouvoir infrastructurel semble faire défaut dans de nombreux pays africains. Les relations entre l'État et le peuple semblent rencontrer de multiples difficultés. En effet, l'appareil d'État ne pénètre nullement la société au point de lui imposer sa logique bureaucratique. L'administration publique, au moyen de laquelle le pouvoir infrastructurel de l'État s'impose aux populations, se caractérise par des pratiques contraires à la rationalité légale et bureaucratique spécifique à l'appareil administratif sous d'autres cieux. Le pouvoir infrastructurel de l'État est pourtant fondamental dans la gouvernance du pays. »¹⁴⁸ L'auteur ajoute que les crises économiques et sociales qui se manifestent actuellement en Afrique relèvent de ce domaine : « À vrai dire, dans certains pays, l'État manœuvre mal son pouvoir infrastructurel dans la mesure où il peut, par exemple, privilégier le recouvrement de l'impôt alors qu'il cesse de verser le traitement de ses fonctionnaires. Ou bien il impose des taxes nouvelles pour remplir ses caisses alors qu'il ne répond plus aux demandes sociales auxquelles tiennent ses citoyens. Cette contradiction constante plonge régulièrement la société et l'État dans une situation de conflit et parfois de crise. »¹⁴⁹

Après avoir identifié les acteurs composant la société civile et insisté sur l'importance de son interaction avec l'État, il importe donc d'examiner les relations qu'entretient cette société civile avec l'État dans l'action contre le sida.

¹⁴⁸ J.-P. Kalala, *L'État en Afrique* (<http://www.ulg.ac.be/pogere>).

¹⁴⁹ *Ibid.*

1.4. L'État et société civile face à l'épidémie du sida

La société civile est un concept mal défini, englobant des acteurs nombreux et diversifiés. Par-delà le flou de cette notion, il semble que l'une des certitudes la concernant tienne à une nécessité de l'appréhender dans sa relation avec l'État. Nous allons donc essayer de cerner les relations État / société civile en Afrique subsaharienne, afin de pouvoir nous attacher à la nature de ces relations dans la lutte contre le sida au Togo.

Née dans les pays occidentaux, la société civile est devenue un concept utilisé dans l'analyse des pays du Sud et de l'Afrique à partir des années 1980. Elle a surtout fait une intrusion spectaculaire au début des années 1990 pendant les mouvements de démocratisation. Le terme de « Société civile » désignait alors la troisième composante de la société: syndicats, religieux, étudiants, associations de femmes, etc., les deux autres étant la mouvance présidentielle et l'ensemble des partis de l'opposition. Au Togo, il y avait le RPT (Rassemblement du Peuple Togolais) au pouvoir et le COD (Coordination d'Opposition Démocratique). Nous reviendrons sur l'histoire et l'évolution de ces partis politiques.

Les acteurs de la société civile paraissent jouer en Afrique un rôle de tout premier plan dans la conduite des politiques publiques, particulièrement quand celles-ci touchent aux questions sociales, sanitaires ou qu'elles ont trait au développement économique. Mais avant toute chose, le concept de société civile est indéfectiblement lié aux problématiques de la démocratisation et de l'État.

Prolongement des mouvements civiques qui, dans les années 1970, s'opposèrent aux régimes communistes des démocraties populaires en Europe de l'Est, la société civile est fréquemment associée à une notion de contre-pouvoir et de réaction que des acteurs vont opposer à un régime autoritaire. C'est d'ailleurs par l'entremise de la société civile que la notion même de société a fait son apparition en Afrique subsaharienne. Celle-ci est appréhendée en fonction du *« rôle majeur qu'elle aurait joué dans la démocratisation et le développement »*

économique des pays africains libérés du joug des partis uniques ».¹⁵⁰ Pour ce qui est de cette région du monde, parler de « société civile » renvoie à la problématique du désengagement de l'État. La société civile est alors présentée « comme vecteur d'une meilleure gouvernance et d'une grande imputabilité des dirigeants », selon « une opposition normative entre l'État qui renverrait à l'ordre de la contrainte, et la société, qui renverrait à celui de la liberté ».¹⁵¹ À l'opposé de la conception libérale de la société civile qui tend à considérer celle-ci comme un substitut à l'État, d'autres auteurs montrent que ces deux entités ne sont pas concevables l'une sans l'autre : la société civile est à la fois autonome par rapport à l'État et dépendante de lui, elle n'existe donc qu'en relation avec lui.¹⁵² Cette interaction a donc trait à une relation dynamique, complexe et ambivalente (pas seulement conflictuelle), entre l'État et la société, et non forcément à un champ distinct, repérable en tant que tel, entretenant des rapports de pure extériorité avec un pouvoir territorialisé.¹⁵³

Deux objections sont cependant soulevées quant à l'application du concept de société civile aux sociétés africaines. La première, soulignée par Adam Seligman¹⁵⁴, réside dans l'articulation étroite entre société civile et individualisme. L'émergence de la société civile serait l'affirmation de l'individu comme « sujet » et le passage de la solidarité mécanique (fondée sur des liens objectifs) à la solidarité organique (fondée sur des liens choisis). Bertrand Badie souligne ainsi trois conditions nécessaires à l'émergence de la société civile : la différenciation des sphères publique et privée, l'individualisation des relations sociales ainsi que la primauté des relations horizontales sur les relations verticales¹⁵⁵. Outre l'émergence de processus d'individualisation étudiés par Alain Marie¹⁵⁶, il est possible de soutenir, avec Christophe Jaffrelot, l'hypothèse d'une société civile fondée sur les groupes « organiques », comme l'ethnie ou la caste.

¹⁵⁰ R. Otayek, « Vu d'Afrique. Société civile et démocratie. De l'utilité du regard décentré », *Revue internationale de Politique comparée*, vol., 9 n° 2, 2002, p. 194.

¹⁵¹ R. Otayek, *op.cit.*, p. 197.

¹⁵² *Ibid.*, p. 202.

¹⁵³ J.-F. Bayart, *op.cit.*, p. 99.

¹⁵⁴ Cité par R. Otayek, *op.cit.*, p. 203.

¹⁵⁵ B. Badie, cité par R. Otayek, *ibid.*, p. 204.

¹⁵⁶ A. Marie, *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 1997.

Si, dans les processus historiques d'émergence de la société civile en Occident, celle-ci est liée au processus d'individualisation, à l'expression par le sujet d'une volonté individuelle, il ne semble pas impossible que la société civile, comme lieu de mobilisation et d'interaction entre la société et l'État, puisse reposer davantage sur des communautés que sur des individus

La seconde objection consiste à affirmer que la société aurait été, en Afrique, absorbée par l'État, niant ainsi l'existence d'une société civile qui ne se définit qu'en interaction avec celui-ci. Jean-François Bayart, postulant la « *revanche des sociétés africaines* », nous permet à nouveau de nous opposer à cette objection, en soulignant toutes les stratégies d'évitement et de défiguration de l'État développées par la société africaine. Il s'agit ici de réhabiliter les sociétés africaines dans leur capacité d'action et leur historicité.

Ces deux obstacles levés, il semble bien qu'on puisse utiliser le concept de société civile en Afrique. Son utilisation invite à « *remettre l'État à sa juste place* »¹⁵⁷ tout en tenant compte que la société civile n'existe qu'en interaction avec l'État.

Au travers de ces débats sur la société civile et l'émergence de ces concepts, une définition, parmi tant d'autres, peut être retenue. Jean Cohen et Andrew Arato la définissent ainsi comme « *une sphère d'interaction entre l'économie et l'État, composée par dessus tout de sphère intime (particulièrement la famille), d'associations de volontaires, de mouvements sociaux et des formes de communication publique. La société civile moderne est formée par des formes d'autoconstitution et l'auto-mobilisation [...]. À long terme, des actions à la fois indépendantes et institutionnelles seront nécessaires pour la reproduction de la société civile* ».¹⁵⁸

¹⁵⁷ R. Otaeyek, *op.cit.*, p. 208

¹⁵⁸ J. Cohen et A. Arato, cités par R. Otaeyek, *op. cit.*, p. 211.

L'État et la société civile

« Tout l'enjeu d'un développement économique et social effectif est qu'il doit tendre, non pas à séparer société civile et État, mais d'une part à développer et à renforcer leur autonomie et, d'autre part, à les articuler étroitement. Les organisations de la société civile ont vocation à peser sur les politiques publiques par la participation au processus décisionnel car la chose publique ne relève plus exclusivement de l'État. Même si celui-ci a un rôle d'arbitrage, de régulation, la production de biens publics n'est pas le monopole de l'État. L'analyse des rôles de la société civile pose donc question quant aux modes émergents de choix publics, aux critères et processus par lesquels sont adoptées les décisions, aux critères de définition de l'intérêt public et d'arbitrage. Cela renvoie à de nombreux enjeux politiques en termes de représentativité, de légitimité, de responsabilité et d'efficacité de ces organisations. La contribution de la société civile peut se jouer à deux niveaux : la lutte pour la prise en compte par l'État de certaines questions ou acteurs (rôle de lobby ou de plaidoyer) ; le débat sur la définition des modalités mise en œuvre (rôle de négociation et d'expertise).

La démocratie se caractérise par un mode de gestion des conflits par la délibération et la négociation dans l'espace public. On peut opérer une distinction entre trois grandes formes de relations collectives qui aboutissent à deux modèles distincts de prise de décision. Bien entendu, dans la réalité, les formes s'enchevêtrent et la décision résulte souvent de processus complexes où il y a eu négociation et consultation.

Incités par les principaux bailleurs de fonds, les pouvoirs publics, aux niveaux local, national et régional, tendent à institutionnaliser leur partenariat avec la société civile. Le choix des modalités de représentation de la société civile dans ces cadres de concertation est alors un enjeu fondamental : qui a le droit de

participer ? Qui est considéré comme légitime et représentatif ? Qui est exclu du cadre de concertation ? Alors qu'un nouveau modèle de gestion de la société commence à être mis sur pied, on peut évoquer un risque de dérive vers un corporatisme de nouveau type, instaurant une relation privilégiée entre l'État et certains acteurs au détriment d'autres, considérés comme illégitimes. La collaboration entre l'État et certaines organisations de la société civile renforce leur légitimité respective, d'où des logiques de sélectivité et d'exclusion très fortes dans ces espaces de dialogue. Le souci de nombreux gouvernements est de pouvoir s'entretenir avec un nombre limité d'acteurs, considérés comme représentatifs et légitimes. Cette préoccupation est parfois confortée par la prétention de certaines associations à fédérer toutes les initiatives. Le risque existe alors de mettre en exergue quelques portes paroles dominants de la société civile, dont la forte capacité de s'exprimer et la récurrence de la prise de parole contribuent à l'énonciation d'une problématique unique de la société civile.

Le renforcement des moyens pour la société civile de peser sur les politiques publiques passe sans doute aujourd'hui par le dépassement de cette forme de néo-corporatisme comme mode de gestion des conflits sociaux. L'enjeu est peut-être de redéfinir les modalités de la subsidiarité associative, favorisant une régulation conjointe de l'ordre politique, social et économique par les citoyens, par la mise en place de mécanismes permettant la participation au processus de décision au niveau le plus bas. Lorsqu'un désaccord survient, le pouvoir de contrôle des pouvoirs publics permettrait de trancher, ceux-ci disposant alors toujours de la capacité à préserver l'intérêt général. Enfin, si le renforcement de la société civile nécessite la systématisation des cadres de concertation avec les pouvoirs publics, une réelle prise en compte des revendications de la société civile passe avant tout par l'imposition d'un rapport de force plus favorable à celle-ci, d'où l'importance de leur fonction de plaidoyer.

Au sein des organisations de la société civile, la prise de conscience du fait que les projets de développement seuls n'auront jamais d'impact sur les causes profondes de la pauvreté et des injustices n'est pas nouvelle. Aujourd'hui, le débat

entre priorité à la satisfaction des *basic needs* ou changement social est dépassé. Il est admis qu'un changement durable requiert une gamme étendue d'actions à différents niveaux, de la communauté locale aux institutions internationales. Depuis le début des années 1990 ont émergé des programmes de plaidoyer au sein des ONG de développement, qui se sont alors rapprochées d'autres organisations de la société civile plus habituées à cette fonction, syndicats ou mouvements sociaux.

La fonction de plaidoyer est de nature éminemment politique, à la fois en elle-même et en termes objectifs recherchés, car il s'agit d'un ensemble d'actions, de techniques, d'information et de communication en vue d'orienter une décision dans un sens favorable à l'intérêt défendu et représenté.

Outre les ressources financières, organisationnelles et techniques, elle implique notamment des compétences et qualités politiques : vision globale des enjeux, cohérence entre les pratiques des organisations et les revendications, légitimité et responsabilité. Le rôle de plaidoyer pose de nombreuses questions, notamment quant à l'incapacité de structuration des sociétés civiles au niveau national ou régional, car l'élément central est le type de rapport de force que les organisations de la société civile sont capables d'imposer à des pouvoirs publics sur une thématique ou une revendication précise.

Ainsi, une conceptualisation dynamique des relations entre la société civile et l'État doit être capable d'associer un rôle d'opposition, en particulier de son plaidoyer en faveur des droits et un potentiel de complémentarité en termes d'offre de services. Par ailleurs, cette dynamique de la relation se pratique à différents niveaux du gouvernement, du local au national, voir à l'international. »

Source : *Gret-coopérer aujourd'hui*, n° 38, août 2004, pp. 35-37.

(<http://www.gret.org/cooperer38>)

Cette large définition permet de rendre compte de l'importance de l'interaction pour la société civile en la présentant comme un espace

intermédiaire, autonome, mais dont les contours semblent être souples. Elle nous permet ensuite de définir les acteurs qui la composent, en soulignant que les groupes mentionnés peuvent aussi bien relever de liens organiques que de liens mécaniques.

Les associations sont l'une des composantes majeures de la société civile. Ainsi, pour Robert Fossaert¹⁵⁹, la société civile devient consistante lorsqu'un nombre significatif d'organisations s'interposent entre l'État et l'espace familial. En Afrique, les associations ont un rôle d'autant plus important que le tissu associatif est très développé. Les ONG ont ainsi un rôle croissant dans le paysage politique et dans les processus de politique publique. Cette participation accrue serait liée au fait qu'elles font preuve de compétences plus élevées que les institutions étatiques dans certains domaines, particulièrement dans la réduction des précarités et le développement.

Parmi ces associations prises au sens large, il faut distinguer, pour ce qui est de la lutte contre le sida, les associations et ONG locales, les organisations à base religieuse, voire les organisations communautaires qui se confondent souvent avec les associations. Les médias (privés en l'occurrence) sont d'autres acteurs considérés comme appartenant à la société civile, tout comme les professionnels de santé.

2. Sciences sociales et sida

La société est le cadre d'étude des sciences sociales. Celles-ci nous parlent de l'homme en société. Ainsi en est-il de l'histoire, de l'anthropologie et de la sociologie. Les recherches qu'elles ont menées ont permis de comprendre le comportement des individus, mais aussi de souligner l'impact du sida sur la société et son rapport avec le politique.

¹⁵⁹ R. Otayek, *op. cit.*, p. 205.

2.1 Sida : un enjeu nouveau pour la science politique

La question du sida n'a été que récemment abordée par les chercheurs. Si la science politique en fait aujourd'hui un domaine de prédilection, elle est souvent traitée par les sciences sociales. Notre sujet fait appel à trois soubassements essentiels: l'analyse des politiques publiques, le rôle de la société civile et l'étude des enjeux. Car on ne saurait vider la question sans l'aborder au travers de ces trois éléments. En effet, la politisation du sida (tant sur le plan de l'épidémie elle-même que sur celui de la recherche), l'application de l'étude des politiques publiques au terrain africaniste, ainsi que l'étude des modèles, posent problème. Tout d'abord, le sida est un objet spécifique, relevant de l'intimité et du social, qui est souvent difficile à politiser. Ensuite, les analyses des politiques publiques sont nées au Nord pour appréhender les réalités des pays du Nord, et n'ont été que récemment utilisées pour les pays du Sud. Il semble donc important de revenir sur chacun de ces enjeux théoriques, afin de mettre en perspective le cœur de ce travail. Nous essaierons tout d'abord de situer l'étude de l'action publique de la lutte contre le sida dans le contexte général du sida en Afrique et de son étude en sciences sociales. Dans un second temps, nous mènerons une réflexion sur les problèmes posés et les atouts de l'étude des politiques publiques sur un terrain africaniste et, notamment, concernant le sida. Enfin, nous essaierons de clarifier les divers apports théoriques existant sur les modèles, afin de donner un cadre cohérent à la suite de nos analyses.

Dès que les premiers signes d'une déficience immunitaire sont diagnostiqués aux États-Unis en 1981 chez des hommes de la communauté homosexuelle, le sida s'apparente à une maladie de l'intime. Au Nord, les modes de transmission homosexuelle et sanguine, par les injections intraveineuses de drogues, sont les premiers à être mis en évidence et projettent rapidement sur les malades une stigmatisation liée à l'immoralité, à l'«inconvenance» de leurs pratiques. Le VIH/Sida est donc d'abord apparu comme une maladie honteuse. Relevant essentiellement de la sexualité, et plus particulièrement encore en Afrique subsaharienne où la transmission hétérosexuelle est le premier mode de

contamination, le sida renvoie aux comportements personnels et à la vie privée. Ce lien à l'intimité et à l'individualité est probablement ce qui a conduit les anthropologues, suite aux demandes des chercheurs biomédicaux, à être les premiers chercheurs en sciences sociales à s'intéresser à cette question. Cependant, l'ampleur de l'épidémie a provoqué sa nécessaire politisation, de par son inscription sur la scène publique puis sur les programmes politiques. Cette politisation de l'épidémie, dans les faits, ne fut que tardivement suivie par une politisation de la recherche. L'étude du sida et des enjeux qu'il soulève est cependant aujourd'hui un vaste terrain d'étude pour la science politique et les sciences sociales.

Les premières enquêtes hygiénistes de la fin du XIX^e siècle, puis le développement de l'État-providence dans les pays industrialisés ont fait de la santé une question politique, un problème public engageant la collectivité et l'État. Plus récemment, la santé publique s'est imposée « *comme un lieu central de l'espace social et politique* »¹⁶⁰, les enjeux sanitaires occupant une place de choix au sein des institutions sociales et politiques ainsi qu'au sein des programmes de gouvernement. Les « *principes de la santé publiques, c'est-à-dire à la fois l'idée même d'une gestion politique des corps et la manière de la mettre en œuvre* »¹⁶¹ s'imposent aux pays d'Afrique subsaharienne comme un enjeu politique d'importance dès leur accession à l'indépendance.

En tant qu'épidémie, le sida relève des objectifs de la santé publique. Il est nécessaire de « *gérer les corps* » pour faire face aux conséquences mortelles et, avant cela, à l'affaiblissement des malades. Cependant, certaines spécificités du sida, mises en exergue dès le début de l'épidémie, ont conduit à le rejeter dans le domaine privé, retardant son entrée dans la sphère politique

¹⁶⁰ D. Fassin et J.-P., Dozon, « L'universalisme bien tempéré de la santé publique », in D. Fassin et J.-P. Dozon, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 7.

¹⁶¹ D. Fassin, *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 129.

Tableau n° 8. Chiffres de séroprévalence au VIH/SIDA dans quelques pays africains avec pourcentages des 15-49 ans

PAYS	Nombre de personnes vivant avec le VIH	Pourcentage des 15-49 ans
Afrique du Sud	5 500 000	18,8
Angola	320 000	3,7
Côte d’Ivoire	750 000	7,1
République centrafricaine	250 000	10,7
Togo	110 000	3,2
Botswana	270 000	1,8
Ouganda	1000 000	6,7
Mali	130 000	1,7
Niger	79 000	1,1
Sénégal	61 000	0,9
Algérie	19 000	0,1
Tunisie	8 700	0,1
Maroc	19 000	0,1

Source : ONUSIDA, *Rapport sur l’épidémie mondiale de sida*, Genève, mai 2006).

Dans les pays du Nord comme du Sud, ce sont les modes de transmission qui ont rapidement participé à la stigmatisation de certains groupes « à risque »,

désignés ainsi à cause des pratiques qui, étant à risque, étaient aussi et surtout disqualifiées moralement.

L'épidémie s'est accompagnée de « *constructions de l'altérité* », associant le sida aux homosexuels et aux toxicomanes dans les pays occidentaux, puis à des particularismes culturels et à la prostitution pour ce qui est de l'Afrique subsaharienne.

Maladie sexuellement transmissible, le sida renvoie à tous les fantasmes et idées reçues sur une prétendue « liberté sexuelle », rapidement désignée comme principal mode d'expansion de l'épidémie. Des pratiques dites « culturelles » ou « traditionnelles » telles que la polygamie, le lévirat¹⁶², la prostitution précoce sont mises en cause, évoquant « *cette fameuse liberté sexuelle africaine, fantasme de tant de coopérants, de rêve colonial fait de femmes faciles et sensuelles* »¹⁶³. Pour d'autres, le sida renverrait, en Afrique subsaharienne, à des systèmes idéologiques reposant sur les dialectiques de la pureté et de l'impureté, du sexe et de la mort¹⁶⁴, qui participent du discrédit jeté sur cette maladie. Nous reviendrons sur ces imaginaires et réalités sociales qui sous-tendent les représentations du sida, mais il importe de constater que, puisant dans ces registres difficilement évoqués au sein des communautés, des familles, ou même des couples, le sida se retranche derrière l'individu. En 2001, dans un discours officiel, le président ougandais, Yoweri Museveni, rappelle qu'il considère le sida comme « *une bonne maladie, une maladie de choix, car à l'exception des enfants qui sont contaminés par leur mère, ou de quelques rares personnes qui contractent le sida par le sang non testé, les gens cherchent une maladie par des relations sexuelles avec des partenaires multiples* ». ¹⁶⁵ Le discrédit jeté sur les malades, leur culpabilisation rend la question du sida d'autant plus secrète et dissimulée.

¹⁶² Une coutume qui veut que la femme endeuillée épouse le petit frère de son mari.

¹⁶³ H. Prolongeau, *op.cit.*, p. 35.

¹⁶⁴ Lire M. Boumpoto, « Sida, sexualité et procréation au Congo », in C. Becker *et al.*, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codestria, Karthala-IRD, 1999, pp. 363-375.

¹⁶⁵ Y. Museveni, discours rédigé pour le prix *Leadership Afrique*, 13 octobre 2001, <http://www.thp.org/french/ap01speeches/museveni.htm>

Selon Élise Demange, « *ce sont la nature de l'épidémie et les imaginaires qu'elle véhicule qui en font un objet délicat à saisir pour le politique. Le caractère intime du sida questionne les frontières entre sphère publique et sphère privée. Il soulève des questions éthiques très proches des problématiques de la " nouvelle santé publique ", dans laquelle les comportements et les habitudes de vie prescrits ou proscrits sont définis et un cadre normatif et moralisateur est établi. Moralisation et normativité, ajoute-elle, sont des enjeux que le sida pose avec plus d'acuité à la santé publique* »¹⁶⁶.

Les réactions politiques ont été très lentes dans la plupart des pays confrontés à l'épidémie du sida. Monika Steffen¹⁶⁷ isole une première période dite de « reconnaissance » de l'épidémie, qu'elle constate aux États-Unis comme en Europe. Suite aux diagnostics de la maladie, les responsables politiques adopteront une attitude attentiste pendant environ quatre ans. Dans les pays du Nord, on se confronte aux rigidités des systèmes de santé en place, ainsi qu'aux réticentes politiques. En Afrique subsaharienne, une phase de déni peut être également constatée. Les cas de sida sont tout d'abord niés par l'ensemble des pays. On peut y voir une réaction aux discours qui tenaient le continent africain pour responsable du sida. Cependant, ce sont surtout la multiplicité des défis lancés par le sida aux États qui ont certainement repoussé sa politisation. Pour Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon¹⁶⁸, ces « *raisons d'État* » relèvent autant de considérations de politique intérieure (éviter les réactions de panique, les divisions au sein d'unités nationales fragiles), de politiques internationales méfiantes envers les communautés scientifiques, journalistiques et politiques que de considérations économiques (préserver le tourisme). Cependant, l'ampleur du fléau pousse les États à organiser la prévention. L'Organisation mondiale de la santé, qui fait

¹⁶⁶ R. Massé, « La santé publique comme objet politique individuel », in B. Hours (sous la dir. de), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, p. 41.

¹⁶⁷ É. Demange, *De l'Action publique au modèle : la lutte contre le sida en Ouganda*, DEA de sciences politiques, IEP, université de Bordeaux-IV, 2004, p. 16.

¹⁶⁸ J.-P. Dozon et D. Fassin, « Les États africains à l'épreuve du sida », *Politique Africaine*, n° 32, décembre 1998, p. 80-81.

dépendre son aide de la déclaration des cas, a contribué à une inscription du sida dans les sphères publiques et politiques.

Par nécessité, le sida est passé du statut de *maladie*, relevant du seul registre de l'intimité, à celui d'un *enjeu politique*. Plus encore, « *le sida apparaît comme un jeu autour duquel l'État se découvre et se révèle* ». ¹⁶⁹ Il met à nu les faiblesses économiques et politiques des États africains, provoque des effets secondaires (économiques, démographiques, sociaux...) auxquels ces États vont également devoir se confronter. Accepter que cette maladie de l'intime se politise implique, pour les États africains, de prendre le risque de devoir se remettre en cause, de prendre le risque d'une « épreuve politique » s'ajoutant à l'épreuve sanitaire.

Ce passage de l'intime à la politisation de l'épidémie semble trouver, quoique de façon encore limitée, son prolongement en sciences sociales dans le passage de la recherche anthropologique à la recherche en science politique.

2.2. Le rôle de l'anthropologie

Certains scientifiques ont longtemps pensé que les anthropologues, compte tenu de leur spécialité, n'étaient que fort peu à même d'apporter le moindre éclairage sur la question du sida. Cette position est aujourd'hui encore de mise, notamment chez les médecins et dans les milieux médicaux. Mais il faut pourtant reconnaître que les anthropologues font évoluer les recherches dans ce domaine. « *Effectivement, dans certains cas, nous ne changeons pas leurs décisions immédiates, mais nous changeons le regard de ceux qui vont décider. Ils vont tenir compte de facteurs qui autrement auraient été des facteurs inaperçus. Ils prendront conscience que ce qu'ils considéraient jusque-là comme des " fausses croyances " fait partie du réel, parce que le faux fait partie du réel s'il appuie sur*

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 83.

*des décisions. Nous enrichissons certainement l'épure sur laquelle ils construisent leurs décisions, sans que cela soit immédiatement perceptible. »*¹⁷⁰

L'anthropologie, particulièrement l'anthropologie de la santé, est la première discipline des sciences sociales à avoir étudié la problématique du sida en Afrique. Pour des raisons historiques, liées à la proximité entre anthropologie et conquête coloniale, elle fut déjà la première à étudier le continent africain avant la colonisation. Cette même tendance se retrouve pour l'analyse des politiques de développement qui, initiées par des économistes, retourne aux anthropologues *« dès lors qu'elles mettent en scène des contradictions inhérentes aux facteurs humains, aux "cultures", aux réalités, aux idéologies afférentes à l'implication des groupes sociaux dans ces programmes »*.¹⁷¹

En ce qui concerne le sida, le recours à l'anthropologie est à mettre en relation avec les demandes issues du monde médical. Laurent Vidal relève ainsi les formes courantes d'appel à l'anthropologie.¹⁷² Le cas de figure le plus fréquent est celui d'une enquête possédant des volets épidémiologiques et cliniques (où l'anthropologue est sollicité) *« afin d'éclairer les chercheurs et ces disciplines sur les fondements culturels de comportements que les médecins estiment être à l'origine de réticences pour participer à l'étude ou d'obstacles à l'application de ses conclusions »*.¹⁷³ Dans le second cas de figure, des praticiens font appel aux anthropologues lorsqu'ils sont *« confrontés, dans l'exercice de leur travail, à des difficultés qu'ils imputent, rejoignant en cela les hypothèses des anthropologues, à des représentations individuelles [...] qui s'élaborent dans un contexte familial et plus largement social donné, et font alors appel aux anthropologues »*¹⁷⁴. Cette collaboration a permis à l'anthropologie de s'ancrer dans le champ du sida et de *« s'attaquer à la « déconstruction des prénotions culturalistes et*

¹⁷⁰ J. Benoist, « Quelles questions les anthropologues acceptent-ils de ce poser ? », *op.cit.*, p. 81.

¹⁷¹ F. Éboko, *Pouvoir, jeunesse et sida au cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et construction des sujets*, Thèse de doctorat en science politique, Bordeaux-IV, 2002, p. 6.

¹⁷² L. Vidal, *Le Silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Économica, 1996, p. 7.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

idéologiques »¹⁷⁵, qui prévaut encore à propos des comportements et « cultures » en Afrique subsaharienne, tout en permettant une meilleure compréhension de certaines pratiques ou résistances.

Nombre de travaux, anciens comme récents, touchent ainsi aux comportements individuels et pratiques sociales examinés dans leurs relations à l'épidémie. Il en est ainsi, entre autres, de ceux d'Alice Desclaux¹⁷⁶ sur l'allaitement en Afrique de l'ouest, de ceux d'Isabelle Gobatto sur les femmes et la prostitution¹⁷⁷. Il faut également citer Laurent Vidal qui, dans *Le Silence et le sens*, s'attache à faire une anthropologie des représentations que les individus et les malades ont du sida. On compte aussi des écrits sur les questionnements éthiques et épistémologiques de la recherche anthropologique face au sida.¹⁷⁸

L'intrusion précoce de l'anthropologie dans le champ du sida, si elle est liée à l'appel du monde médical, en a largement dépassé le cadre. Les anthropologues sont ainsi les premiers à s'intéresser à la question du politique face au sida en Afrique. L'article de Jean-Pierre Dozon et de Didier Fassin, *Les États africains à l'épreuve du sida*¹⁷⁹, a initié ces recherches, soulignant la faiblesse de la marge de manœuvre et les problèmes de légitimité des États africains face aux sida. On peut également citer les travaux de Didier Fassin et Marc-Eric Gruénais, tous deux attachés à l'aspect politique du sida. Ainsi, dans un article intitulé *Le Sida comme cause politique*¹⁸⁰, Didier Fassin montre comment le sida, notamment en Afrique du Sud de Thabo Mbéki, peut être utilisé comme ressource politique pour se positionner sur la scène internationale. En effet, l'histoire du sida dans ce pays a retenu l'attention du monde entier, non seulement en raison de l'ampleur des cas mais surtout par le déni de son président, pour qui la maladie se présente plus

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ A. Desclaux et B. Taverne, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, Paris, 2000.

¹⁷⁷ I. Bardem, I. Gobatto, *Maux d'amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain (Ouagadougou)*, Paris, L'Harmattan, 1995.

¹⁷⁸ J.-P. Dozon et L. Vidal (sous la dir. de), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, 1995.

¹⁷⁹ J.-P. Dozon, D. Fassin, *op. cit.*

¹⁸⁰ D. Fassin, « Le sida comme cause politique », *Les Temps modernes*, n° 620-621, août - novembre 2002, pp. 429-448.

comme une crise de pauvreté que de sexualité, mettant en cause la crédibilité des données statistiques de prévalence et le taux de décès dû au virus. Il en révéla plutôt un caractère racial : « *Ce qui rend cette question si problématique est qu'il y a un nombre considérable d'individus dans notre pays qui croient que la plupart des Noirs sont porteurs du VIH. Les estimations hystériques de l'incidence du VIH dans notre pays et en Afrique subsaharienne produites par certaines organisations internationales et associées avec les affirmations antérieures sauvages et insultantes sur les origines africaines et haïtiennes du sida, renforcent ces dangereux préjugés fermement ancrés.* »¹⁸¹

Depuis, certaines recherches anthropologiques s'attachent explicitement à l'évaluation des politiques de lutte contre le sida.¹⁸² Fred Éboko souligne le processus d'« *effet induit* » par lequel le politique s'est imposé aux anthropologues : il est apparu comme un objet indispensable dans la compréhension du sida.

L'anthropologie a ainsi, avec ses méthodes et ses concepts, ouvert la voie aux sciences politiques et aux autres sciences sociales en soulignant le poids de la coopération internationale ou les problèmes de capacité des États en posant les questions de la place des acteurs dans la lutte contre le sida, du poids des dynamiques sociales ou la question de l'évaluation, domaines qui relèvent également, et dans une large mesure, du domaine de compétence des autres disciplines de recherche. Longtemps absentes de la recherche sur le sida, les sciences politiques et, à un moindre degré, la sociologie commencent à s'y intéresser et à en appeler au développement d'un corpus théorique plus important. Toutefois, la richesse de l'approche anthropologique impose une collaboration entre ces disciplines.

¹⁸¹ *The Sunday Times*, « Thabo Mbeki versus Leon : Dear Tony, July 1 2000 », 9 juillet 2000.

¹⁸² C. Raynaut, « Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique », in J.-F. Baré (sous la dir. de), *L'Évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 318-354.

À titre d'exemple, nous allons procéder à une analyse de l'approche du changement culturel représentée par Bronislaw Malinowski. Cet anthropologue compte certainement parmi ceux qui ont le plus influencé l'élaboration théorique d'une conception du développement qui fut ensuite appliquée pendant la colonisation anglaise du XX^e siècle. Il définit le changement culturel dans ces termes : « *C'est le processus par lequel l'ordre existant d'une société, c'est-à-dire sa culture sociale, spirituelle, passe d'un type à un autre. L'évolution culturelle englobe donc les processus plus ou moins rapides de changements dans la constitution politique d'une société, dans ses institutions intérieures et ses méthodes de colonisation territoriale, dans ses croyances et ses méthodes de connaissance, dans son instruction et ses lois, de même qu'en ce qui concerne ses outils essentiels et leur emploi, la consommation des biens sur laquelle est fondée son économie sociale. Au sens le plus large du terme, l'évolution culturelle est un facteur permanent de civilisation humaine ; elle se fait partout et en tous temps.* »¹⁸³

Selon Malinowski, l'analyse du changement culturel doit tenir compte de l'impact de la culture occidentale, des caractéristiques de la vie des populations autochtones sur lesquelles est dirigé cet impact, et du phénomène du changement tel qu'il se produisait à l'époque.

Très tôt, l'Afrique s'est trouvée au cœur des débats : par l'ampleur particulière que l'épidémie a prise dans cette partie du monde ; par le débat sur les origines géographiques ; par des interrogations sur les raisons de la particulière vulnérabilité dont témoigne le continent.

Afrique et sida étant associés de façon à la fois si forte et si singulière, quoi de plus naturel que de se tourner vers l'anthropologue, spécialiste des terrains « exotiques », observateur et analyste de la diversité des sociétés et des cultures, pour lui demander non seulement de contribuer à un effort de

¹⁸³ B. Malinowski, cité par U. Schüeterkens, *Du Togo allemand aux Togo et Ghana indépendant. Le changement social sous régime colonial*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 13.

compréhension des mécanismes de diffusion épidémique, mais aussi de participer à l'élaboration de formes d'intervention touchant la prévention comme la prise en charge qui soient adaptées au contexte africain ?

Certes, l'intervention de l'anthropologie dans le champ du sida ne se limite pas à ces terrains « exotiques ». Elle a toutefois accumulé par le passé un capital exceptionnel de connaissances dont il est naturel que l'on cherche à tirer parti.

« À divers égards, donc, l'anthropologie occupe une place singulière dans la conduite d'un effort pour mieux comprendre l'épidémie et pour chercher les moyens d'y comprendre. »¹⁸⁴

3. Pratiques associatives et théories sociologiques

3.1. Le modèle utilitariste

L'utilitarisme, une doctrine sur laquelle sont basés les travaux de Jérémy Bentham, postule que le seul mobile des individus est la satisfaction de leurs intérêts égoïstes. Pour lui, les hommes, à travers ce qu'ils désirent, ne cherchent en réalité qu'une seule chose, le bonheur. Bentham pense que l'individu est uniquement mû par un intérêt égoïste et rationnel. On retrouve ces idées dans les travaux de John Stuart Mill. Dans son *Essai sur l'utilitarisme de Bentham*¹⁸⁵, tout en épousant les idées de celui-ci, il en perçoit aussi les limites. Il met l'accent sur l'aspect qualitatif du bonheur général et prend en compte la différence qui existe entre le bonheur individuel et le bonheur public. Il revient donc à l'humanité de réduire cet écart par un travail de solidarité.

Un des théoriciens de la solidarité fut Émile Durkheim, pour qui, le passage d'un état de solidarité mécanique à un état de solidarité organique est l'apanage des sociétés complexes et industrialisées. « *Ce passage est celui d'une solidarité*

¹⁸⁴ J. Benoist et A. Desclaux, *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, 1996, p. 44.

¹⁸⁵ J. S. Mill, *L'Utilitarisme. Essai sur Bentham*, trad. fr., Paris, PUF, 1998 (1^{re} éd. anglaise : 1863).

*fondée sur la similitude des conditions à une autre fondée sur la division sociale du travail, accroissant ainsi la spécificité des tâches mais aussi la dépendance des uns vers autres...»¹⁸⁶ Ce passage d'un type d'organisation sociale à un autre fait que la « *solidarité change de nature mais demeure la loi constitutive de la société* ». ¹⁸⁷*

En caractérisant ainsi des types de société, dont on sait qu'il s'agit d'une construction, d'une image, « *d'une idée de société* »¹⁸⁸, Durkheim montre que la solidarité va s'organiser autour de différents types d'institutions interdépendantes, métaphoriquement comme un corps, dont les organes sont fonctionnellement dépendants les uns des autres et surtout permettent la constitution ou le renforcement du lien social et la pérennité de la société dans son ensemble.

Selon cette approche, que l'on nomme fonctionnaliste, les pratiques de solidarité organisées et volontaires peuvent être comprises dans la perspective d'un réajustement d'un dysfonctionnement dû à un affaissement des institutions chargées d'éduquer, de socialiser, de transmettre des valeurs. Ce sont les travaux de Dan Ferrand-Bechmann, qui illustrent le mieux, selon nous, ce point de vue. Ces travaux nous montrent une action bénévole perçue et analysée comme un rôle ajusté à une fonction sociale non ou mal remplie. Les actions bénévoles de solidarité sont référées à un ensemble de valeurs humanistes, altruistes, qui composent alors dans un développement harmonieux des rôles et des conduites socialement attendus et acceptables. Les plus « *socialisés* » d'entre nous sont par essence des bénévoles, pour certains qui s'ignorent, mettant en œuvre des actions répondant à diverses fonctions. La solidarité est donnée comme un ensemble de conduites participant de l'ordre social. La métaphore de la société, vue ou perçue comme un corps, est souvent utilisée pour bien montrer le caractère indispensable du bénévole. La société est construite comme un tout homogène ou l'homéostasie est recherchée.

¹⁸⁶ J. Donzelot, *L'Invention du social*, Paris, Seuil, 1994, p. 32.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 80.

¹⁸⁸ F. Dubet et D. Martucelli, *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil, 1998.

« Militant associatif »: de quoi s'agit-il ? Nous désignons sous cette appellation, l'engagement de l'individu dans un mouvement social pour une cause précise. De ce fait, le militant est cet individu qui participe au fonctionnement du mouvement. En termes de mobilisation de ressources, il en est même le principal acteur. Dans le monde associatif, on utilise plus spécifiquement les termes de *volontaires* et de *bénévoles*.

La sociologue Ferrand-Bechmann a essayé d'expliquer le sens de ces mots. Selon elle, le volontariat ou le bénévolat sont l'illustration du sentiment de solidarité envers la société. Ils instaurent une relation d'aide, de service à autrui, à son prochain, et sont « *en France indispensables au fonctionnement légitime des associations* ». ¹⁸⁹

« *Le plus frappant est la constante régénération des cellules bénévoles. Elles se forment, se défont (on parle alors de décès associatif) et se refont ailleurs par division cellulaire. L'énergie qui les produit est bénévole.* » ¹⁹⁰ Les citoyens pratiquant le bénévolat y « *trouvent une réalisation d'eux-mêmes...* »

Le rôle attendu est magnifié par une société qui perd le sens des valeurs. Ainsi le bénévole est l'exemple même de la manière dont s'organise ou se réorganise une société pour ne pas sombrer dans le chaos ou l'anomie, « *car chaque fois que l'on fait ou produit quelque chose que d'autres ne font pas, on est bénévole et la femme porteuse d'enfants est la première bénévole de notre société, comme l'est celui qui accompagne le mourant. Le bénévole est proche de tous les actes essentiels de la vie et de la mort* ». ¹⁹¹

Ferrand-Bechmann conçoit le bénévolat et les actions solidaires selon un mode évolutionniste. L'action solidaire serait ainsi une réponse inhérente à un moment donné de notre histoire, notamment le déclin des institutions dont on sait

¹⁸⁹ D. Ferrand-Bechmann, *Bénévolat et solidarité*, Paris Syros-Alternatives, 1995, p. 92.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 91.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 92.

l'importance qu'elles revêtent dans la théorie fonctionnaliste, dans un prolongement - nous semble-t-il - à la fois libéral et positiviste.

Cette conception de la pratique de la solidarité par les bénévoles montre que, dans la perspective fonctionnaliste, il s'agit bien de ne pas prendre en compte les causes de l'apparition de certaines pratiques de solidarité dans une période donnée, mais plutôt de prendre en considération les effets positifs de la pratique bénévole sur la résolution d'un dysfonctionnement. Rejoignant en cela Durkheim qui considère qu'il existe bien évidemment des formes anormales de solidarité, il s'agira, notamment dans le cas de solidarité contrainte par la division du travail, de ne pas être reconnu en fonction de ses talents réels. Par extension, on peut comprendre que la solidarité du point de vue fonctionnaliste, et les pratiques qui en découlent, auront tendance à faire valider l'idée que le pauvre est globalement à sa place dans une relation d'aide avec autrui.

3.2. Le paradigme du don

L'exploration de données théoriques sur le sujet du fait associatif et de l'engagement bénévole, a donné lieu à la lecture des travaux sur la question du *don*. Selon les tenants de l'approche anthropologique, il existe un lien évident entre la question de la signification du don et celle du statut de l'action associative. Alain Caillé¹⁹² propose de saisir le fait associatif comme se déployant à l'interface de la primarité et de la secondarité, de la communauté organique (*Gemeinschaft*) et de la société contractuelle (*Gesellschaft*). L'auteur estime que le don est le moyen par lequel se noue le pacte associatif.

Un tel concept est assimilé à la charité et à la solidarité en ce qu'il passe (le don de ce que l'on possède) et révèle aussi des valeurs de militance (donner de sa personne et de son temps). Donne-t-on vraiment par charité ? C'est là la question qu'il faut se poser dans la nouvelle société qui nous impose rationalité et individualisme accrus. On la pose même à travers le sacrifice du Christ. Jésus a-t-

¹⁹² A. Caillé, *Don et association*, Paris, La Découverte, 1998.

il un intérêt à souffrir le calvaire ? On y trouve, bien sûr, un acte intéressé, le salut des hommes en est bien la récompense. Et l'acte de charité de nous enseigner que, plus on donne, plus le Seigneur nous le rend au centuple. Le sacrifice du don, selon David le Breton, est une manière symbolique de provoquer une réponse de ceux dont on attend le salut, un contact bénéfique ou, simplement, la protection du donateur et de son groupe. « *En acceptant de perdre une part de soi, l'homme entend gagner sur un autre plan : s'assurer la sérénité de son chemin vers l'au-delà, se concilier le sort, donner une part de sa fortune pour qu'elle lui demeure acquise, sauver ses biens et ses proches, etc.* »¹⁹³

Cette notion de *réciprocité*, étudiée par Marcel Mauss dans les sociétés primitives, se transpose dans les sociétés modernes. Mauss met en évidence le paradoxe du don, à la fois volontaire, intéressé et désintéressé. Les échanges ne s'interprètent pas seulement en termes économiques ; ils revêtent aussi une dimension symbolique lorsque, dans la théorie *maori* du *hau*, quelque chose de la personne du donneur passe dans l'objet et doit revenir à lui.

Francis Dupuy, s'appuyant sur les travaux de Marcel Mauss, le premier à s'intéresser à la question du don, insiste sur sa face cachée qui est l'obligation de le rembourser. Le fait de donner établit un rapport de domination entre le donateur et le donataire. Et ce rapport dure jusqu'au remboursement. C'est ce qu'il nomme le contre-don. « *Le donataire initial est devenu donateur, et le donateur initial se retrouve donataire.* »¹⁹⁴ Le don et le contre-don, tout en maintenant un lien social, créent aussi de la différenciation. Et l'auteur de conclure que le don est avant tout un acte politique « *par ce qu'il se réalise par des biens précieux qui assurent le prestige, lequel est l'ingrédient nécessaire et même le plus sûr du pouvoir, parce qu'il enclenche ou pérennise la dette, le germe le plus efficient de la subordination* »¹⁹⁵. Et « *par la violence qu'il contient, cette part*

¹⁹³ D. Le Breton, « Le sacrifice dans les usages médicaux du corps humain », in *À quoi bon (se) sacrifier ? Sacrifice, don et intérêt*, La Revue du MAUSS, n° 5, 1^{er} semestre 1995, Paris, La Découverte, p. 31.

¹⁹⁴ F. Dupuy, *Anthropologie économique*, Paris, Armand Colin, 2001, p. 67.

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 74.

*d'assujettissement en devenir, le don nous apparaît bel et bien comme un acte d'essence politique ».*¹⁹⁶

Les associations ne peuvent vivre sans les donateurs. Ceux-ci donnent par bienveillance mais on leur prête ici aussi l'intention d'un acte intéressé. On donne parce qu'on pourrait se retrouver dans la situation de la victime. Il s'agit donc d'un pacte pour sécuriser le futur. On retrouve souvent ces cas dans des organisations religieuses, des personnes dont la richesse est notoire font des dons considérables, souvent en espèces, à leur paroisse. Les curés et les pasteurs en font une tonitruante publicité et demandent à la communauté de saluer, par des chants et des louanges, ce geste de charité. Mais le comble est que ces mêmes individus sont de véritables bourreaux des personnes qu'ils emploient à titre de domestique et personnel de maison. Ces personnes n'ont parfois rien à manger. Alors que leurs maîtres, donateurs du dimanche, achètent, à prix d'or, le Salut de Dieu. Elles n'ont rien à offrir, ne peuvent participer à un quelconque contrat. Pas de don puisqu'il n'y aura pas de contre-don. Cependant, qu'ils donnent de leur personne.

3.3. La sociologie compréhensive de Max Weber

Max Weber a théorisé de manière très explicite les modalités de constitution de ce qu'il nomme la « *sociation* ». Pour lui, le mouvement de création de cette forme de sociation s'inscrit dans un mouvement plus vaste, historiquement repérable, d'un passage de l'agir communautaire à l'agir sociétaire.

Ce courant sociologique utilisé pour la compréhension du phénomène de la pratique bénévole de solidarité, celui sur lequel nous nous appuyons pour construire notre modèle d'analyse, s'inscrit dans une logique d'une sociologie de l'action, qui tente de saisir les motifs de l'activité des individus dans le cadre d'une organisation particulière qu'est l'association. L'activité sociale est à considérer comme un processus de socialisation, c'est-à-dire « *conçue comme construction de formes sociales significatives mais différenciées...* ». La société

¹⁹⁶ *Ibid.*

n'est donc pas à comprendre ou à saisir dans sa complexité comme unifiée et fonctionnelle.

Max Weber propose une analyse compréhensive de l'action humaine en la considérant du point de vue de sa signification subjective. Pour saisir cette signification, nous dit Dubar, « *Weber s'attache à reconstituer des configurations historiques types liées à des formes compréhensibles rationnellement* ». ¹⁹⁷

Dans *Économie et société*, Max Weber définit la sociologie comme « *une science qui propose de comprendre par interprétation son déroulement et ses effets. Nous entendons par activité un comportement humain quand et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif. Par activité sociale l'activité qui, d'après son sens visé par l'agent ou les agents, se rapporte au comportement d'autrui par apport auquel s'oriente son déroulement* ». ¹⁹⁸

Pour saisir les mécanismes de socialisation, Weber nous propose deux cadres de l'activité sociale : la première forme est la *communication*, que les sociologues contemporains ont traduit par *agir communautaire*, qui se rapprocherait de la communauté de Ferdinand Tönnies où la nature de cette dernière d'ordre affectif et sentimental est définie comme « *relation sociale lorsque et tant, que la disposition de l'activité sociale se fonde sur le sentiment subjectif (et traditionnel) ou affectif des participants d'appartenir à une même communauté* ». ¹⁹⁹

La *forme sociétaire* (*agir sociétaire*) ou la *sociation*, se rapprochant de la société décrite par Tönnies, qui elle, est de l'ordre de l'abstrait, correspond cette fois à une séparation de l'individu dont les rapports sont régis par le calcul et l'utilité , et revêt la particularité d'être « *une relation sociale lorsque, et tant que, la disposition de l'activité se fonde sur un compromis d'intérêts rationnellement motivés (en valeur ou en finalité) ou sur une coordination d'intérêts motivés de la*

¹⁹⁷ C. Dubar, *La Crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000.

¹⁹⁸ M. Weber, *Économie et société, les catégories de la sociologie*, trad. fr., Paris, Plon, 1995 (1^{re} éd. allemande : 1921).

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 77.

même manière ».²⁰⁰ Pour Tönnies, la société représente la complexité, la rationalité, la forte division du travail. Elle est donc le contraire de la communauté dans laquelle évoluent des castes et non des classes sociales. La société apparaît ici comme un ensemble où l'individu se distingue des autres et réalise des actions qu'il estime être à son avantage. Ainsi on déduit une remise en cause de la dialectique de réciprocité entre les individus. Ce qui dans la modernité tendrait à remplacer l'agir communautaire

Max Weber écrit que la forme moderne de l'association est reliée au passage à la modernité, au désenchantement du monde, à la complexité. Puisque, selon lui, le passage à la modernité induit une perte de sens dans le monde immergé, en perdant les repères d'une transcendance qui donnait du sens aux actions, « *la seule instance donatrice de sens est l'activité signifiante de l'individu humain* ».

Sans référence ultime, l'homme est obligé de réfléchir à la finalité de ses actions dans une conception de la vie orientée de manière à en mesurer les effets sur autrui et son environnement.

Sans prendre vraiment position sur la rationalité en valeur ou en finalité typiquement incluse dans l'un des modèles proposés, Weber indique que la « *communalisation* » serait plus une tendance rationnelle en valeur alors que la « *sociation* » serait plus vraisemblablement utilisée par ses membres dans une logique de rationalité en finalité. « *Max weber fait dans la rationalité, constatent Gilles Ferréol et Jean-Pierre Noreck, la clef explicative et le moteur de la dynamique sociale. Il ne s'agit pas, poursuivent-ils, du triomphe de la raison comme valeur, mais d'une formalisation des buts de l'action, des moyens pour y parvenir, et de la recherche de leur combinaison la plus efficace.* »²⁰¹

²⁰⁰ *Ibid.*, p. 78.

²⁰¹ G. Ferréol et J.-P. Noreck, *Introduction à la sociologie*, 7^e éd., Paris, Armand Colin, 2007 (1^{re} éd. : 1989), p. 44.

L'association, on l'aura compris, ne peut se saisir dans sa complexité sans comprendre les motifs ayant présidé à l'engagement du bénévole. On peut rapprocher l'action associative de l'agir sociétaire de Weber dans la mesure où l'action est déterminée de manière :

- rationnelle *en finalité*, « *en fonction d'attentes (d'expectation) du comportement des objets du monde extérieur ou de celui d'autres hommes, en exploitant ces expectations comme conditions ou comme moyen pour parvenir rationnellement à des fins mûrement réfléchies que l'ont veut atteindre* »²⁰² ;

- rationnelle *en valeur*, par la croyance en la valeur intrinsèque inconditionnelle, d'ordre éthique, d'un comportement déterminé qui vaut pour lui-même et indépendamment de son résultat.²⁰³.

Nous pouvons trouver là des éléments de conceptualisation de l'association contemporaine au sens où, cherchant à finaliser des actions et à leur donner du sens, le bénévole, par l'action collective dans un cadre organisé, trouve un intérêt ou une utilité dans l'engagement. Les militants qui agissent dans les associations inscrivent leurs actions dans un modèle de rationalité qui vise à la fois à proposer un sens éthique à l'action, une donnée universelle, mais aussi une rationalité en finalité puisque les objectifs visent à inscrire l'association dans un environnement constitué. Nous retrouvons la différence entre *l'éthique de la responsabilité* et *l'éthique de la conviction*.

3.4. De la sociologie des organisations : la bureaucratie associative

Les organisations sont des systèmes complexes et rationnels associés à la modernité qui, elle-même, est en relation avec l'évolution globale de la société. Ainsi Talcott Parsons considère que l'étude des organisations s'intègre dans le cadre d'une théorie globale des systèmes sociaux. Ces organisations sont des

²⁰² M. Weber, *op. cit.*, p. 78.

²⁰³ *Ibid.*

moyens privilégiés, pour les sociétés actuelles, d'atteindre des résultats efficaces au-delà de ce que peut faire un individu.

Les changements qu'ont connus les organisations ces dernières années et les nombreuses interprétations qui en ont été données ont fait apparaître la nécessité d'analyses plus rigoureuses. Tous les acteurs, dirigeants comme personnels, politiciens ou syndicalistes chercheurs et consultants se trouvent confrontés à la nécessité de comprendre comment les organisations évoluent, se développent ou disparaissent. La sociologie des organisations tente de répondre aux besoins de ces acteurs confrontés aux questions organisationnelles.

L'intervention sociologique, selon Erhard Friedberg, cherche à déterminer les « *processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique* »²⁰⁴. Le concept d'organisation se présente alors comme intimement lié à l'Histoire de l'Homme. Philippe Scieur, dans le premier chapitre de son ouvrage *Sociologie des organisations*²⁰⁵, souligne qu'il est une condition *sine qua non* pour l'aboutissement de tout projet initié par l'homme. Se référant à Xénophon et Platon, il fait observer que l'augmentation des revenus dans une exploitation agricole dépend d'un mode d'administration efficace et d'une gestion de la variable temps. Ainsi, cet exemple montre que « *l'idée même d'efficacité puise ces fondements dans les principes comme la spécialisation des travailleurs, la définition exhaustive de leurs tâches, la prise en compte de la variable temporelle comme critère de productivité, et la mise en œuvre d'une structure de gestion appropriée à la situation vécue et son contexte, qui intègre le système de fabrication et les hommes qui le composent* ».²⁰⁶

La notion d'*organisation* constitue une aide à l'intelligibilité des réalités fonctionnelles des groupements humains dont les associations sont aujourd'hui

²⁰⁴ E. Friedberg, *Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Seuil, 1993, p. 15.

²⁰⁵ P. Scieur, *Sociologie des Organisations*, Paris, Armand Colin, 2005.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 5.

des exemples. En effet, la singularité de ces associations tient sans doute à leur organisation et leur mode de fonctionnement. « *Une société ne peut se fonder et perdurer si elle n'élabore pas des " institutions ", c'est-à-dire des ensembles ayant une fonction d'orientation et de régulation sociale globale...* »²⁰⁷ L'association a besoin d'une organisation concrète pour exister et fonctionner. La structure organisationnelle limite, en effet, de multiples façons le type de rationalité que les acteurs peuvent choisir. En délimitant de façon précise les tâches et les postes et en spécialisant les fonctions de chaque membre selon les principes de division de travail et de hiérarchie (en termes d'autorité, de commandement et de fonction), elle crée des rôles qu'il faut remplir.

Pour avoir une place de choix parmi le mouvement associatif, être un partenaire crédible de l'État, il est fondamental qu'à l'intérieur de l'association s'installe une organisation dont le rôle est de gérer les programmes. Il s'agit d'un organe régulateur, d'un pouvoir directeur plus précisément.

L'originalité et la force de l'association se trouvent dans le réseau qu'elle a su créer et développer progressivement région par région. Ce réseau s'est constitué en fonction des mobilisations locales, de la pression de l'épidémie et des initiatives de personnes touchées ou concernées. En ce sens, les comités régionaux ont pour mission d'aider à l'intégration des nouvelles initiatives dans le réseau, à l'harmonisation des pratiques et des structures selon quelques grands principes; leur mission est aussi de synthétiser les besoins enregistrés et de diffuser les réponses novatrices suggérées par le comité.

Les associations sont dotées d'un organe décisionnel. Celui-ci veille à la mise à disposition des comités d'appuis techniques en matière d'information, de formation, de documentations tant médicales que sociales, éthiques et juridiques. C'est cet organe qui assure le rôle de régulateur. Car « *les administrations publiques, les entreprises industrielles, commerciales et de services, les partis politiques et les associations de toutes sortes sont des organisations, c'est-à-dire*

²⁰⁷ Littré, cité par E. Enriquez, in *L'Organisation en analyse*, Paris, PUF, 1992, p. 46.

des ensembles ordonnés et hiérarchisés en vue d'assurer la coordination de leurs membres pour des buts visés »²⁰⁸.

4. La problématique de l'individu

4.1. Individu et société

Le sens commun représente l'individu comme un être séparé de la société. Et la nouvelle société de compétitivité l'oblige à être autonome. La remise en cause des structures sociales des sociétés modernes entraîne le règne de l'individu qui se considère comme personne, avant d'être membre de la société, par sa capacité à tisser des liens avec d'autres, à reconnaître qu'il vit dans un environnement qui représente le cadre de socialisation.

L'individu contemporain est tiraillé entre le besoin d'autonomie et son appartenance communautaire. Tocqueville et Durkheim, l'un à travers le progrès de la démocratie et l'autre par le processus de la division social du travail, ont montré les changements majeurs dans les représentations du rapport entre l'individu et sa société. En effet, l'idée de démocratie rend libre l'individu et tente de renforcer son émancipation de toute autorité. Pour Tocqueville, puisque chaque individu est l'égal de l'autre, plus personne ne peut revendiquer une quelconque supériorité qui légitimerait un pouvoir personnel. La division sociale du travail vient remettre les pendules à l'heure puisque, par la complémentarité des fonctions, elle entretient la cohésion. Ce qui est réaffirmé par l'École de Chicago qui fait une lecture des phénomènes sociaux à travers une analyse des interactions entre les individus dont la ville est le cadre. Les gens y vivent ensemble non parce qu'ils sont semblables mais parce qu'ils sont utiles les uns aux autres. La personnalité de l'individu se transforme dans la dynamique de son assimilation dans la société.

²⁰⁸ R. Boudon, P. Besnard, M. Cherkaoui, B.-P. Lecuyer, *Dictionnaire sociologique*, Paris, Larousse Bordas/HER, 1999, p. 271.

Et Durkheim de rappeler que l'individu n'est pas le fruit d'un processus naturel mais est un construit social. Inversement, la société, au travers des associations et des institutions, n'est rien d'autre que le résultat de l'action des individus.

De ce qui précède, il apparaît que l'individu ne peut exister seul, indépendamment de sa société. Si nous sommes des individus de plus en plus autonomes, nous ne sommes pas pour autant isolés et renfermés sur nous-mêmes. *« L'individu, trouve le principe de son action non pas en dehors de lui-même, dans les contraintes de la tradition et du contrôle omniprésent, mais dans les règles sociales qu'il a faites siennes en les intériorisant, en les percevant comme son propre. »*²⁰⁹

Norbert Élias²¹⁰, quand à lui, voit en l'homme des valeurs individuelles, produit de l'affirmation de son autonomie, et des valeurs collectives reçues de la société. Une telle position définit l'individu comme un processus et, par conséquent, son rapport avec la société n'est pas fixe. Chercher à opposer individu et société est un débat stérile. Ni la société, ni l'individu ne doivent être pensés comme des entités distinctes, irréductibles, voire antagonistes, mais comme le produit d'une configuration historique, c'est-à-dire comme le produit d'interdépendances plus ou moins sujettes à des tensions entre les hommes dans un contexte. Individu et société se construisent de concert dans la relation sociale, dans la relation à l'autre. L'individu est le produit de sa société qu'il contribue à façonner par ces actions.

Le passage aux valeurs contemporaines impose à l'individu la construction de son identité sans pour autant l'exempter d'une inscription dans le moule sociétal. Les associations de lutte contre le sida apparaissent alors comme des lieux où se construisent des solidarités en offrant à chacun des membres le fruit d'une mémoire collective partagée.

²⁰⁹ F. Dubet, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994, p. 37.

²¹⁰ N. Élias, *La Société des individus*, trad. fr., Paris, Fayard, 1991 (1^{re} éd. allemande : 1987).

4.2. L'individu en Afrique

« *Berceau de l'humanité* », continent aux valeurs exotiques considérables, l'Afrique était un vaste laboratoire pour des chercheurs, anthropologues surtout. Ils se sont ainsi intéressés à la question de l'individu.

En Afrique, l'individu se définit comme spécifiquement dépendant de la lignée familiale, de la communauté qui englobe les vivants et les morts, les ancêtres proches et lointains qui se perpétuent dans leurs descendants auxquels ils ont transmis leurs gènes. « *Pour l'Africain, écrit Hubert Deschamps, l'isolement est inconcevable. Sa force vitale est en relation constante avec des ancêtres et des membres du groupe. La plus grande calamité consiste à en être retranché et réduit à une existence déficiente, sans protection, voué au néant.* »²¹¹ Et parlant des Éwé du Togo, Albert de Surgy nous enseigne qu'« *ils sont parfaitement conscients de toutes les forces à l'œuvre dans ce que nous nommons la personne humaine, mais, essentiellement pragmatiques, ils n'ont pas éprouvé de se forger un concept tel que celui de personne qui risque de conférer une certaine rigidité de ce qu'il savent être essentiellement plastique ou changeant. Pour eux, le masque est indissociable de ce qu'il exprime, comme pour d'autres la matière est indissociable de la forme.* »²¹²

Georges Balandier révèle la nature des rapports existant entre l'individu africain et sa société. Selon lui, la ville exerce une grande influence sur le citadin. Dans son ouvrage intitulé *Sociologie des Brazzavilles Noirs*, il insiste sur le fait que la ville impose à l'individu un véritable « *dépaysement* ». Il y découvre d'autres pratiques et coutumes dont il est contraint de tenir compte à cause de l'existence de nouveaux rapports sociaux.

Prenant l'exemple du Congo d'avant l'indépendance, l'auteur montre comment la capitale, Brazzaville, se présente comme un espace de forces qui

²¹¹ H. Deschamps, *Les religions de l'Afrique noire*, Paris, PUF, p. 19, 1965.

²¹² A. De Surgy, « Les puissances du désordre au sein de la personne Évhé », in G. Dieterlen, *La Notion de la personne en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 1973, p. 92.

pèsent lourdement sur les besoins et les intérêts du nouveau citoyen. L'individu noir se trouve en présence de modèles sociaux totalement importés, sur lesquels il n'a guère de prise. *« Situé au sein d'une société en pleine reconstruction, contrarié quant au devenir qu'il pourrait imposer à cette dernière, le citoyen Noir se trouve ici aux prises avec des problèmes qui sont souvent quasi insolubles ; l'antagonisme et le déséquilibre subsistant alors, en permanence, au cœur du milieu social qui l'a accueilli. »*²¹³ Pour autant, ce dépaysement n'est nullement un frein. Il permet de prendre une distance à l'égard de la parenté, des vieilles habitudes, et de la tradition. Cette rupture conduit à l'autonomie et favorise des *« inclinations personnelles »*, caractéristiques de la modernité.

Dans leurs travaux, François Leimdorfer et Alain Marie pensent que l'individu africain est pris entre son appartenance communautaire et sa condition sociale d'existence, entre les logiques sociales du village et celles de la ville. C'est alors que le rôle des regroupements sociaux apparaît sous l'angle de données nouvelles à travers lesquelles les individus doivent négocier leur survie et leur insertion dans leur nouvelle société. En termes de réseaux, ils pensent aux associations de ressortissants, des coopératives regroupant des personnes ayant des intérêts, des pratiques et des problèmes communs. *« Ces associations ou ces intermédiations individuelles sont donc ici appréhendées dans un rôle spécifique : assurer l'articulation entre les acteurs individuels et les instances centrales politiques, économiques et sociales, ou assurer un service collectif que les pouvoirs politiques sont incapables de remplir. »*²¹⁴

4.3. Corps et individu

Le corps fut d'un grand intérêt pour la philosophie classique antique. Platon le considère comme une prison dont il faut se débarrasser. *« Tant que nous aurons notre corps, dit-il, et que notre âme sera embourbée dans cette corruption, jamais nous ne posséderons l'objet de nos désirs, c'est-à-dire la vérité. »* Et il

²¹³ G. Balandier, *Sociologie des Brazzavilles Noirs*, Paris, Armand Colin, 1985, p. 179.

²¹⁴ F. Leimdorfer et A. Marie, *L'Afrique des citoyens, société civile en chantier*, Paris, Karthala, 2003, p. 117.

poursuit : « *Le corps nous oppose mille obstacles par la nécessité où nous sommes de l'entretenir, et avec cela les maladies qui surviennent troublent nos recherches. D'ailleurs, il nous remplit d'amours, de désirs, de craintes, de mille imaginations et de toutes sortes de sottises, de manière qu'il n'y a rien de plus vrai que ce qu'on dit ordinairement : que le corps ne nous mène jamais à la sagesse. Car qui est-ce qui fait naître les guerres, les séditions et les combats ?* »²¹⁵ Platon nous suggère de choisir entre le corps et l'âme. L'un incarne le chaos, l'autre la liberté et la vérité.

Cette vision est battue en brèche par Spinoza, pour qui le corps et l'esprit ne représentent qu'une seule entité indissociable. L'indissociabilité entre le corps et l'individu est aussi la conception de la société traditionnelle. Elle symbolise l'identité de l'homme. Chacun représente son corps de la manière qui lui convient. C'est le cas chez la plupart des peuples africains qui considèrent le corps humain comme la reproduction en miniature de la terre et, par extension, du monde entier. Dans la tradition bambara (au Mali), il symbolise un sanctuaire où tous les êtres se retrouvent en interrelations.

Auteur de nombreux travaux sur le corps, David Le Breton s'est penché sur sa signification à travers les temps et les espaces. Selon lui, chaque société a une conception spécifique. Cette conception a connu une évolution en Occident. Celle-ci est le résultat de la progression de l'individualisme. Ainsi, dans les sociétés traditionnelles, le corps est inséparable de la personne, « *entre l'homme, le monde et les autres, une même étoffe règne avec des motifs et des couleurs différents qui ne modifient en rien la trame commune* »²¹⁶.

Dans ces sociétés dominées par des pratiques communautaires, le corps symbolise la force collective. Mais, par le fait de la modernité, il se sépare de l'individu et des autres, et caractérise le passage de la communauté à la société ainsi que l'affirmation de soi. Au Moyen-Âge, la pratique de la dissection est

²¹⁵ Platon, *Phédon*, 66b-67a.

²¹⁶ D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, 4^e éd., Paris, PUF, 2005 (1^{re} éd. : 1990), p. 8.

interdite voire impensable : « *L'effraction de l'outil dans le corps serait une violation de l'être humain, fruit de la création divine. Ce serait aussi attenté à la peau et à la chair du monde.* »²¹⁷ Mais les premières dissections pratiquées par les anatomistes vont sonner le glas du corps qui « *cesse désormais d'être l'immanence de l'homme et de l'ubiquité du cosmos* ».

C'est dans cette perspective que le monde biomédical s'est emparé du corps comme objet de recherches et d'expérimentations. Il est aussi le lieu des inégalités sociales. Selon Didier Fassin, dans toutes les sociétés, l'ordre social se transcrit dans les corps, mais cette transcription ne s'exprime pas toujours sous la forme d'inégalités face à la maladie et à la mort. La relation entre l'homme et la femme dans les sociétés traditionnelles en est un exemple. Le corps des femmes est le lieu premier où s'inscrivent non seulement les manifestations de l'inégalité, mais aussi leur mode de légitimation. Il porte les stigmates de la violence des hommes, mais sert en même temps à la justifier.²¹⁸

4.4. De l'expérience individuelle à l'action collective

Les individus sont des initiateurs de mouvements sociaux et acteurs collectifs à travers leurs réseaux.

Après avoir été déterminé par les conditions sociales de naissance, une condition marquée par des obstacles quotidiens, voilà l'individu enfin libre de choisir sa propre vie. « *Chacun, désormais indubitablement confronté à l'incertain, doit s'appuyer sur lui-même pour inventer sa vie, lui donner un sens et s'engager dans l'action.* »²¹⁹ Longtemps resté en dehors des décisions dont il est pourtant le premier concerné, l'individu togolais en général, et plus particulièrement, celui dont le sida interpelle au premier chef, à la faveur des ébauches de transformations politiques, se doit donc de s'assumer pleinement car « *nous sommes rentrés dans une société de responsabilité de soi : chacun doit*

²¹⁷ *Ibid.*, p. 47.

²¹⁸ D. Fassin, *L'Espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996, pp. 52-122.

²¹⁹ A. Ehrenberg, *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 12.

*impérativement se trouver un projet et agir par lui-même pour ne pas être exclu du lien, quelle que soit la faiblesse des ressources culturelles, économiques ou sociales dont il dispose ».*²²⁰

Notre propos visera alors à montrer que ce mouvement d'action contre le sida témoigne de l'attention de l'individu à lui-même. L'action collective organisée autour du sida est une expérience du principe d'engagement pour l'acteur togolais.

La question du statut de l'individu en tant que tel et du processus d'individualisation dans les associations africaines nous avait conduit à étudier, à partir de récits, la tension que vivent ces individus pris entre leurs appartenances communautaires et leurs conditions sociales d'existence. Cette recherche avait mis en évidence les négociations et les compromis permanents auxquels étaient astreints des citoyens, dès lors amenés à s'ériger en sujet, dans la mesure où il leur faut constamment inventer, proposer ou imposer leurs propres arbitrages entre logiques individualistes (celle de la lutte pour la vie) et logiques anti-individualistes (celles de la solidarité communautaire).

L'individualisation apparaît comme un processus central, à la base du développement de la société civile africaine. Nous entendons par cette notion de « société civile » un espace commun d'interlocution et d'action tel qu'il est défini par le principe de l'État-nation, par la séparation entre acteurs étatiques privés et par le jeu des rapports alternatifs de coopération et de conflit entre les différentes forces sociales. Ce développement d'une société civile s'alimente des mises à distance objectives (indépendantes de volonté) et des prises de distances subjectives (animées par leurs aspirations) des individus les uns vis-à-vis des autres, tant dans le cadre de leurs appartenances communautaires originelles que dans leurs luttes pour s'insérer dans la société moderne et dans leurs prises de positions face au pouvoir qui contrôle celle-ci. La société civile s'engendre dans un mouvement dialectique entre production de l'individu individualisé par la

²²⁰ *Ibid.*, p. 14.

société moderne et ses institutions, et production de la société du contrat et du débat public par les individus.

En Afrique, les intermédiations personnelles ou associatives se constituent encore souvent à partir du lien communautaire, mais elles deviennent aussi de plus en plus « fonctionnelles », c'est-à-dire dédiées aux objectifs spécifiques de regroupements catégoriels, sur la base d'intérêts et de projets communs et d'une proximité résidentielle ou socioprofessionnelle. Comme l'écrit Guy Rocher dans son excellent petit livre : *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, « l'action sociale, c'est toute conduite humaine qui est motivée et guidée par les significations que l'acteur découvre dans le monde extérieur, significations dont il tient compte et auxquelles il répond. Les traits essentiels de cette action résident donc dans la sensibilisation de l'acteur à la signification des choses et des êtres ambiants, la prise de conscience de ces significations et la réaction aux messages que ces dernières transmettent ».²²¹

En général, selon les travaux de François Leimdorfer et Alain Marie²²², on peut considérer que l'émergence et le développement de la société civile se manifestent selon deux processus congruents :

- un *processus d'individualisation*, qui amène l'individu à devoir prendre en charge sa destinée sociale en mobilisant des ressources matérielles et des compétences qu'il lui faut surtout acquérir par lui-même, même si par ailleurs certains peuvent s'appuyer sur des héritages matériels et culturels, et des aides dont leur communauté d'origine peut les faire bénéficier ;

- un *processus d'insertion* de plus en plus complexe, aux plans professionnel, social, juridique, culturel et politique, dans une société globale qui se construit sous l'impulsion d'un État central de type patrimonial, certes, mais aussi sur la base d'une administration bureaucratique promouvant une intégration

²²¹ G. Rocher, *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, PUF, 1972, p. 44.

²²² F. Leimdorfer et A. Marie, *op. cit.*, p. 11.

directe des individus en tant qu'individus, ce qui tend à les détacher de leur enracinement communautaire.

En clair, isolé l'individu ne peut rien, seule une démarche collective, politique ou associative est susceptible de produire les effets escomptés.

TROISIÈME PARTIE :
LE CADRE DE L'ÉTUDE ET LES ACTEURS DE
TERRAIN

CHAPITRE VI :
LE CADRE DE L'ÉTUDE

1. Lomé, la capitale du Togo

Afin de mieux aborder le contexte dans lequel évoluent les acteurs de la lutte contre le sida au Togo, nous allons présenter la ville de Lomé.

1.1. Définition

Étymologiquement, le mot capitale, en français, vient du latin *capitalis* qui dérive lui-même de la racine (toujours latine) *caput*, qui signifie tête. À partir de cette origine étymologique, on peut dire que la capitale d'un pays est la tête d'un être vivant comparé à l'État. C'est cette tête pensante qui prend les décisions et donnerait des ordres aux autres parties du corps (les petites et les moyennes), à savoir les différentes régions du pays. La fonction de commandement apparaît déjà dans les attributs d'une capitale.

1.2. La capitale, résidence du souverain et siège du pouvoir

Généralement, la capitale est le lieu où réside le souverain : empereur, roi ou, de nos jours, président de la République. Elle est donc le siège du gouvernement, symbole du pouvoir. C'est le lieu d'élaboration, de prise de décision et d'exercice de ce pouvoir. On comprend aisément la bravoure avec laquelle les capitales sont défendues contre les agresseurs extérieurs. Quand la capitale tombe, c'est tout le territoire qui tombe, avec tous ses symboles. C'est pour cela que, dans certains royaumes, le palais du souverain est construit à quelque distance du centre, sur des sites d'accès difficile.

En dernière analyse, on peut dire que la capitale d'un État donne les impulsions aux autres villes et aux gens. Elle contrôle et organise le territoire, redistribue les ressources suivant les besoins de chaque ville ou région.

1.3. Capitale macrocéphale d'un petit pays

La création de la ville de Lomé remonte vers la fin du XVII^e siècle à la suite de la diaspora des Éwé de Notsé. Le nom de Lomé vient du mot Éwé *alo-mé*.²²³ Lomé est devenue capitale du Togo allemand en 1897. Centre de décision politique et siège des services administratifs de la colonie, elle en sera aussi le centre unique de desserte. Elle sera reliée à l'intérieur du pays, surtout le Sud et le Centre, par trois voies ferrées²²⁴ et constitue le point de convergence de l'infrastructure routière : « *La macrocéphalie du Togo trouve là son origine, et Lomé les moteurs de sa croissance.* »²²⁵ Les Français en occupant l'espace en 1919, à la suite de la réédition des Allemands et de la courte présence anglaise, vont accentuer le processus qui fera, en définitive, de Lomé le point d'entrée et de sortie des marchandises, le seul centre de décision où les aspects de la modernité ont droit de cité.

1.4. Cadre physique

Lomé est située à 6°10' Nord, 1°15' Est et est bâtie sur un cordon littoral, d'altitude comprise entre 5 et 8 mètres. Elle est une zone très sableuse, d'une forte perméabilité avec une nappe phréatique dont la profondeur est rarement supérieure à 3 mètres. On y trouve aussi un plateau de barre de terre, avec des formations argilo-sablonneuses qui se raccordent par un escarpement qui prend parfois la forme d'une véritable falaise.

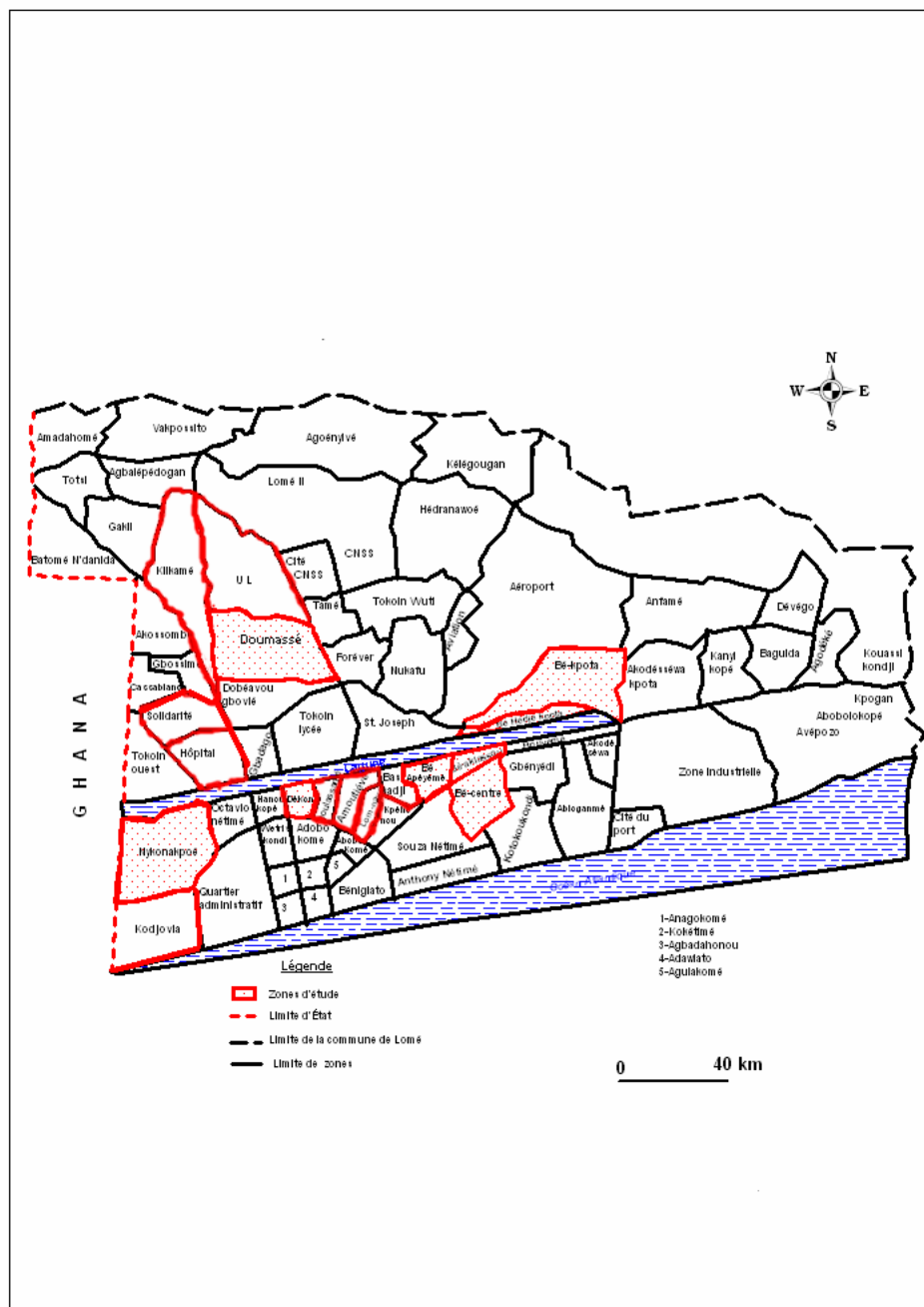
Ville côtière, Lomé présente une anomalie pluviométrique avec un total annuel inférieur à 1 mètre. Cette anomalie négative s'explique par la présence des courants marins des Canaries (Mauritanie) et de Benguela (Namibie) qui refroidissent les masses d'air maritime poussées vers le continent.

²²³ *Alo-mé* = parmi les *alo* (un arbuste formant la forêt qui couvre le littoral).

²²⁴ Ces voies sont : la ligne des cocotiers à l'est : 45 Km Lomé-Aneho ; la ligne du café-cacao à l'ouest : 116 km, Lomé-Kpalimé ; la ligne du coton au centre : 160 km, Lomé- Atakpamé puis 276 km Lomé-Blitta.

²²⁵ Y. Marguéat, « Les origines de Lomé », in *Séminaires sur les sciences sociales au Togo*, Lomé, UB-UCLA, 1985, pp. 107-117.

Carte n° 8. Lomé et son agglomération



Source : Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, Lomé, 2007 (adaptation par nos soins).

1.5. Composition ethnique et croissance démographique

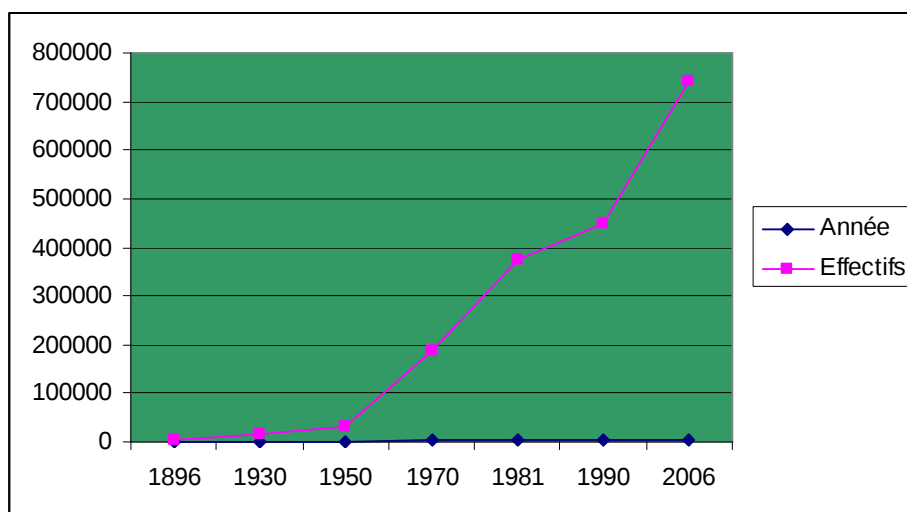
Toutes les composantes ethniques, du Togo sont représentées à Lomé. Toutefois, on note une prédominance des Éwés qui occupent les anciens quartiers de Bè, Kokétimé, Adawlato et Ahanoukopé.

Viennent ensuite les Minas puis les populations originaires du Moyen Togo et des régions septentrionales qui s'installent le plus souvent dans la partie nord de la capitale : Doumasséssé, Tokoin-Forever.

Tableau n° 9. Évolution de la démographie depuis 1896 (Source : *Lomé-wikipedia, the free encyclopedia*)

Année	1896	1930	1950	1970	1981	1990	2006
Habitants en milliers	2 500 (dont 31 Blancs)	15 000	33 000	186 000	375 000	450 000	737 751

Graphique n° 1. Évolution de la population entre 1896 et 2006



De moins de 200 000 d'habitants en 1970, le double en 1980 et plus de 700 000 deux décennies plus tard, la population de Lomé connaît une forte évolution qui s'effectue de pair avec l'extension de l'aire géographique donnant naissance à des quartiers résidentiels, comme les cités du Bénin et de l'OUA, souvent occupés par les plus nantis et les Blancs. Cette extension fut fatale au terroir agricole périphérique.

Lomé, ville carrefour, capitale cosmopolite, est aussi un centre de grandes activités commerciales où se développent à la fois les secteurs formels et informels révélant le dynamisme des jeunes conducteurs de taxis motos, le courage des filles portefaix et le savoir-faire des femmes revendeuses de pagnes du grand marché, les redoutables Nanas Benz.

1.6. Les activités professionnelles

Lomé abrite de grandes entreprises publiques et privées et de nombreux « petits centres commerciaux ». Ces derniers, souvent détenus par des hommes d'affaires pakistanais, sont fréquentés par la bourgeoisie loméenne. Les autres couches de la population se contentent de côtoyer des marchands de quartiers et ambulants.

Dans le domaine de l'emploi et de la production, on note une forte sollicitation de la main-d'œuvre enfantine et féminine et le développement du phénomène des taxis motos. Dans le secteur informel, les femmes occupent 68% des activités commerciales et 43% du monopole des biens de consommation. Il s'agit là d'une forme de division sexuelle du travail par défaut, les hommes étant occupés par les travaux agricoles.

Il apparaît impossible d'analyser l'activité économique de la ville de Lomé sans parler des *Nana Benz*.

1.7. Les Nanas Benz de Lomé

Au premier étage de l'immeuble du Grand Marché (Assigamè) de Lomé, on retrouve ces femmes assises devant de grands étalages de pagnes. Elles ont de l'embonpoint comme aiment à avoir les femmes d'Afrique de l'Ouest. C'est le signe de la femme heureuse au foyer, celle dont l'époux prend bien soin et qui ne manque de rien. Bref, cette forme symbolise la prospérité et la réussite sociale. Elle dégage une certaine assurance. La Nana Benz est internationalement connue et reconnue.

Pourquoi Nanas Benz ? Si le mot *nana* existe en langue éwé, la juxtaposition récente du terme moderne *benz* met en évidence le néologisme caractérisant l'expression *nana benz*. « *Na* » est un concept classificateur de la mère : celle-ci d'une autorité certaine dans les sociétés africaines. Par extension, « *na* » ou « *ena* » est une marque de respect adressée aux éléments féminins de la lignée maternelle.

Elles sont les premières à introduire des Mercedes Benz dans le pays à un moment où l'État n'en disposait pas encore dans son parc automobile. Elles les lui prêtaient pour l'accueil des chefs d'État étrangers. Outre la possession de la Mercedes Benz, elles adoptent un style de vie européen. Leur alimentation quotidienne comprend des produits importés, en provenance de France notamment, leur procurant un signe de distinction supplémentaire. L'accès à la culture occidentale, par le biais ici de la gastronomie, est en effet rendu prohibitif par des tarifs maintenus excessivement élevés : il n'est ouvert qu'à la minorité argentine, à laquelle appartiennent les nanas.

La fortune de ces femmes, pour la plupart analphabètes, vient de la commercialisation des célèbres tissus pagnes importés d'Europe, de la Hollande surtout. Au Togo, cette activité, comme dans les pays de la côte ouest africaine, est du domaine des femmes. À l'origine, simples revendeuses, elles ont su saisir les opportunités s'offrant à elles pour constituer un véritable trésor. Le chiffre

d'affaire des Nana Benz, situées au sommet de la hiérarchie des revendeuses, s'élevait en 1979 à plus d'un milliard de francs CFA (1, 5 millions d'euros). À titre de comparaison, les exportations de phosphates, principales ressources du pays, rapportent à l'État un montant équivalent aux chiffres d'affaire groupés de ces commerçantes.²²⁶

Ce pouvoir économique des femmes du « Grand marché » ne laisse pas insensibles les hommes togolais. L'accumulation de richesses semble engendrer l'accumulation d'amants au profit des nanas, qui pratiquent généralement le multi-concubinage, signe distinctif et de distinction pour ces revendeuses. Le fait d'avoir une Nana Benz comme maîtresse est un privilège pour les hommes. Les jeunes, les étudiants en l'occurrence, sont les plus prisés. Ils leur apportent un peu de leur touche intellectuelle et du « *sang frais pour leur organisme* ». Le multi-concubinage est, sur le plan des mœurs, le signe d'une certaine puissance économique. « *IL est en quelque sorte la consécration de l'autonomie financière des nanas, qui s'arrogent par l'argent une des principales prérogatives du pouvoir mâle, le choix d'époux (ses) et de concubins (ines).* »²²⁷ La nana met fin à cette relation dès que son aimant tente d'installer une quelconque autorité.

Toutefois, la richesse des Nanas Benz suscite des commentaires. Comment peuvent-elles détenir une telle fortune dans un environnement aussi pauvre ?

1.8. Une richesse occulte ?

La richesse de ces femmes ne pourrait provenir des pratiques qu'elles mettent en œuvre pour faire fructifier leur argent. En effet, traditionnellement, la femme togolaise n'est pas prédestinée à une telle condition. Par leur forme massive, ces femmes cacheraient dans leur ventre un serpent qui cracherait de l'argent. « *L'expression Nana Benz renvoie à la femme forte [...] qui engendre non des*

²²⁶ J.-C. Mitterrand, « Matriarcat : les pagnes des Nanas-Benz », *Libération*, 17 septembre 1979, cité par L. M. Mora, *Histoire de pagnes et de femmes. Les revendeuses de pagnes de la ville de Lomé*, Bordeaux, mémoire de DEA, IEP, 1999, p. 42.

²²⁷ C. Rivière, « Rumeur de métamorphose », *Ethnopsychologie*, vol. 3, n° 1, 1978, pp. 55-80.

enfants mais la richesse. »²²⁸ Selon Claude Rivière, les serpents qu'abritent ces femmes et qui seraient nourris de bananes, de haricots et d'œufs, représentent, dans la mythologie éwé, la puissance féminine et celle de l'argent. Cette lecture des choses apparaît comme une confiscation de la femme togolaise dans sa représentation traditionnelle.

Aujourd'hui, le temps et la concurrence semblent avoir raison de ces femmes. Elles ont encore de la notoriété mais elle est plus historique que réelle. L'environnement politico-économique du pays n'est plus propice à leurs activités. Ce qui entraîne la paupérisation des jeunes filles qui travaillent dans ce secteur. La prostitution devient alors une issue pour elles.

1.9. La prostitution

Selon l'ONUSIDA, la prostitution se définit comme *« tout accord conclu entre deux ou plusieurs partenaires dont l'objet est exclusivement limité à l'acte sexuel et qui prend fin avec celui-ci, avec pour principe une négociation préalable, du prix. Il se distingue ainsi des contrats de mariage, du clientélisme sexuel et des accords conclus entre " amoureux " qui peuvent comporter des dons en nature ou en argent, mais dont la valeur est sans rapport avec le prix du rapport sexuel »*. Au Togo, comme dans la plupart des pays africains, le modèle prédominant est la prostitution hétérosexuelle, dans laquelle l'homme est le client, et la femme la prestataire. On y distingue trois types de prostitution.

1.9.1. La prostitution de proximité

Les prostituées, majoritairement d'origine étrangère, reçoivent leurs clients à leur domicile. Il y a une organisation interne (leader, règlement de conflits, épargne), le prix de base était de 500 FCFA.

²²⁸ *Ibid.*

1.9.2. La prostitution ambulante

Dans ce cas, les prostituées partent à la recherche des clients dans les lieux où ceux-ci peuvent se trouver. C'est un groupe plus insaisissable, non organisé, peu connu et plus varié.

1.9.3. Le multi-partenariat sexuel

C'est un type de prostitution où l'aspect transaction financière n'est pas posé *a priori* et dont les personnes qui s'y adonnent ne se reconnaissent pas dans l'appellation de prostituée. Il s'agit de la prostitution informelle, plus ou moins « occasionnelle », représentant le dernier recours pour celles qui la pratiquent et fréquemment rencontrées dans les zones d'activités économiques.

1.10. Le sida dans la cité

Dans un intéressant article sur le sida au Togo, Pierre-Lawoeté Lawson²²⁹, dénonçant le mutisme du gouvernement, relate aussi comment, au milieu des années 1980, l'imaginaire populaire s'est emparée de cette pandémie. Les prostituées et les Européens en seraient les causes. *« Il faut dire aussi que d'autres thèses, selon lesquelles le sida serait d'origine européenne, parce que lié aux pratiques homosexuelles assez rares au Togo, ont été véhiculées ici et là. Pendant les quelques mois qui suivirent l'annonce discrète de la maladie, le mutisme officiel fût presque absolu. Par la suite, lorsqu'il apparut impossible de taire plus longtemps un secret qui n'en était plus un, la réaction du gouvernement et du ministère de la Santé publique fut des plus coercitives. Plusieurs opérations dites de "salubrité publique" furent rondement menées dans les quartiers chauds de Lomé. »*²³⁰ Cette attitude officielle eut pour mérite de renforcer la population sur l'idée qu'elle se faisait de la responsabilité qu'avaient les prostituées dans l'avènement de la pandémie au Togo. Ainsi, après plusieurs mois d'hésitation, les autorités publièrent les premiers chiffres en 1987 sur la ville de Lomé. Les

²²⁹ P.-L. Lawson, « Le sida au Togo », in <http://www.politique-africaine.com>, pp. 125-129.

²³⁰ P.-L. Lawson, *op. cit.*, p. 25.

femmes ghanéennes, qui constituent la majorité des prostituées locales, surtout à Kodzoviakopé, quartier frontalier du Ghana, sont réprimandées par la police togolaise. Ce fut une mesure bien accueillie car, pour beaucoup de Togolais, les femmes ghanéennes ont cette réputation historique d'*ashao*²³¹. « *Cependant, pour certains Togolais, l'émancipation sociale des Ghanéennes n'étant pas un phénomène nouveau, le fait d'associer leur nationalité à l'origine du sida parut quelque peu outré. L'idée fit son chemin selon laquelle, par le biais d'une telle accusation, on occultait une réalité traditionnellement connue et qui a toujours été le fait des grands carrefours et des villes frontalières, endroits où s'échangent et se développent toutes sortes de maladies.* »²³² Et Lomé en est un cas.

Les observations ont montré que la crise socio-économique qu'a connue le pays au début des années 1990 a entraîné une paupérisation aiguë des couches les plus vulnérables. Les jeunes filles en sont les grandes victimes. Elles sont contraintes à l'abandon scolaire. Il s'ensuit un fort exode rural et une importante migration vers Lomé qui représente le seul, d'ailleurs illusoire, pôle de prospérité économique du pays. Toutes y viennent pour trouver leur compte. Parmi celles-ci, on note surtout les portefaix *agbatètô* des marchés de la capitale, et des domestiques qui, pour arrondir leurs journées, s'adonnent à la prostitution. Le phénomène de la *dot libératoire*²³³, une véritable manne pour les patronnes, est une des causes de prostitution des jeunes filles togolaises qui, par ignorance et parfois parce qu'elles n'ont pas le choix, prennent ainsi le risque de la contamination au VIH/sida. Les nouveaux riches qui attirent les filles togolaises sont les hommes d'affaires libanais, vendeurs de voitures d'occasion au port de Lomé, et les commerçants d'origine nigériane.

²³¹ Mot vulgaire pour désigner les prostituées (ici, on le comprend par pute). Dans l'entendement des Togolais, épouser une Ghanéenne c'est faire le choix de vivre avec une prostituée.

²³² P.-L. Lawson, *op. cit.*, p. 26.

²³³ Pratique courante au Togo, elle consiste à faire des dons en nature et en espèces par les apprenties couturières et coiffeuses à leurs patronnes à la fin de leur apprentissage. C'est la dernière étape après celle du contrat, avant de commencer l'apprentissage.

1.11. Les infrastructures sanitaires

Centre des décisions politiques, siège du gouvernement, Lomé ne déroge pas à la règle lorsqu'il est question de la santé. C'est le lieu où toutes les mesures en matière d'orientation sanitaire sont prises. Aussi trouve t-on services et hôpitaux publics, privés ou confessionnels.

En matière d'infrastructures hospitalières, le CHU de Tokoin est la référence. Construit en 1954, sa capacité a augmenté avec la construction du pavillon militaire destiné exclusivement aux militaires et à quelques hauts dignitaires du régime.

En 1989, voit le jour l'hôpital secondaire dans le quartier populaire de Bè, fruit de la coopération germano-togolaise par le biais de l'organisme GTZ²³⁴, réputé pour la qualité de sa maternité. Le CHU campus au sein de l'université est doté d'une imagerie (aujourd'hui hors d'usage).

En plus des cliniques privées dont les plus prestigieuses sont Saint Joseph, Alodo, Biassa et Espérance, beaucoup de cabinets médicaux privés ont été ouverts par des médecins peu enclins à s'engager dans les hôpitaux publics où ils gagneront nettement moins d'argent. Ces hôpitaux privés sont spécialisés dans certains actes proscrits dans le public comme les IVG (interruptions volontaires de grossesse). Aux côtés de ces centres on trouve aussi de petits dispensaires comme ceux d'Amoutivé, du camp RIT, de la caisse nationale de Sécurité sociale, de la Croix-Rouge qui offrent des services moins coûteux. Il existe aussi l'Institut national d'hygiène en charge des vaccinations et des épidémies courantes (choléra, varicelle), le centre de lutte contre la tuberculose et des maladies infectieuses de Tokoin Gbossimé.

²³⁴ GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, agence de coopération technique allemande opérait dans le développement rural et la promotion de l'artisanat. Très présents à Lomé et dans la région centrale, et qui s'occupait de la restructuration et l'équipement des hôpitaux, et des projets d'assainissement et d'hydraulique villageoise. L'action la plus spectaculaire de la GTZ au Togo est la construction et l'équipement de l'hôpital et Bè. En matière de sida elle appui des projets des associations et la nomination d'un référent chargé de coordonné les actions associatifs sur le terrain.

Sur le plan de la planification, l'ATBEF (Association togolaise pour le bien-être familial), implantée dans le quartier dit Togo-Gaz, accueille des femmes pour les conseils concernant l'espacement des naissances, la pratique de la contraception et les bienfaits de l'allaitement maternel.

Le centre national d'IEC (Information, Éducation, Communication) est chargé de conseils et des politiques de prévention. C'est ce même service qui s'occupe du dépistage du VIH.

Pour la prise en charge du sida, Lomé possède un service au sein du CHU de Tokoin et, surtout, une importante offre associative dont l'association Espoir et vie Togo et la Croix-Rouge togolaise.

2. Présentation de notre échantillon

Un échantillon est un ensemble restreint d'indicateurs provenant d'une population qui sert de base à une étude. Aujourd'hui la population de Lomé est estimée à 750 000 habitants ? Avec une forte concentration dans les quartiers comme Bè et Dékon où nous avons choisi, pour les besoins de notre enquête, un échantillon représentatif de la population concernée. Les rencontres se sont faites sur les lieux de travail, dans les marchés, dans la rue ou dans les bars ; soit au total 120 personnes, hommes et femmes, âgées de 15 à 64 ans. Parmi ceux-ci nous trouvons :

- des fonctionnaires, hommes et femmes, communément appelés les agents de l'État, âgés de 20 à 55 ans ;
- des médecins exerçant dans les hôpitaux publics et les cabinets privés ;
- des universitaires (au nombre de deux), intervenant dans les départements de sociologie et d'anthropologie ;

- des commerçants : il s'agit des femmes et des hommes opérant dans le secteur informel. Ils sont les plus nombreux ;
- des taxis motos : exclusivement des hommes âgés de 18 à 55 ans. Ils sont très disponibles et participent activement à la vie économique de Lomé ;
- des ouvriers de tous les secteurs ;
- des étudiants que nous avons rencontrés en grande partie sur le campus universitaire ;
- des apprentis : des jeunes filles et garçons âgés de 16 à 28 ans, qui apprennent, pour la plupart, les métiers de couturier, de coiffeur, de maçon et de menuisier ;
- des retraités et les sans emplois.

La population ainsi décrite se caractérise par les données que les tableaux qui suivent tentent de représenter.

Tableau n° 10. Répartition selon le sexe des personnes ayant répondu aux questionnaires

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	62	51,7
Féminin	58	48,3
Total	120	100

Ce tableau montre une répartition plus ou moins égale des deux sexes, soit 51,7% pour les hommes, et 48,3% pour les femmes. Ce que confirment les chiffres officiels au niveau de l'ensemble de la population, même si le

recensement officiel donne une tendance inverse avec une légère avance des femmes.

Graphique n° 2. Répartition de l'échantillon selon le sexe

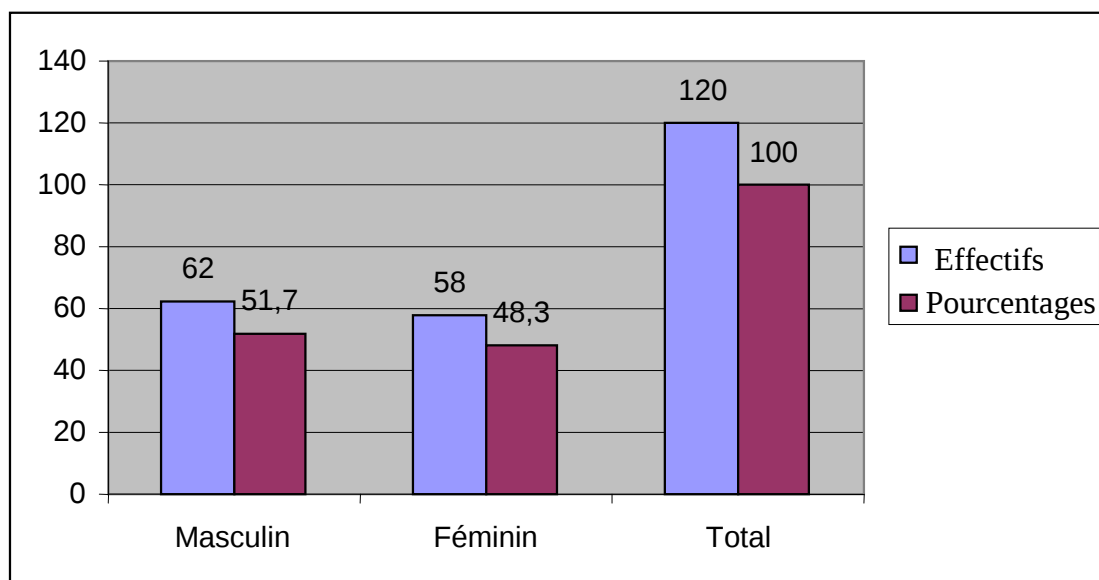


Tableau n° 11. Répartition de la population togolaise selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	2 878 282	49,09
Féminin	2 984 491	50,91
Total	5 862 773	100

Source : Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, Lomé, 2008.

Tableau n° 12. Répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
De 15 à 19 ans	16	13,33
De 20 à 24 ans	25	20,83
De 25 à 35 ans	42	35,00
De 36 à 45 ans	21	17,50
De 46 à 55 ans	12	10,00
Plus de 55 ans	4	3,33
Total	120	100,00

Les tranches d'âge les plus représentatives sont celles des 20/24 ans, 25/35 ans et 36/45 ans. Il s'agit d'une population essentiellement jeune. Ceci caractérise la ville de Lomé qui attire ces tranches d'âge à la recherche d'emploi. La capitale togolaise est le seul endroit du pays qui peut offrir des opportunités d'embauche aux jeunes. Ceux-ci concentrent et travaillent souvent comme ouvriers, manœuvres ou taxis motos. Ils sont aussi présents dans la distribution des journaux et dans la vente des pièces détachées d'automobiles et de motos à prix défiant toute concurrence²³⁵.

En considérant la situation du sida, ces chiffres révèlent que les jeunes sont les plus exposés à la pandémie.

²³⁵ Ces pièces proviennent de vol sur les automobiles et les motos d'occasion des dépôts du port de Lomé.

Graphique n° 3. Répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge

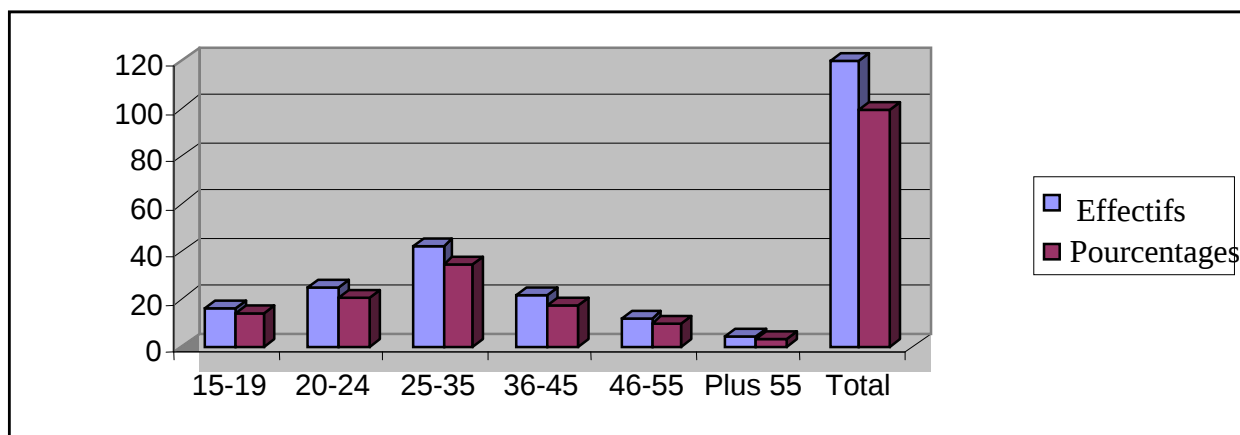


Tableau n° 13. Répartition de l'échantillon selon la situation familiale

Situation de famille	Effectifs	Pourcentages
Célibataire	65	54,17
Marié(e)	40	33,33
Divorcé	8	6,67
Veuf (ve)	7	5,83
Total	120	100,0

La majorité des personnes rencontrées était soit célibataire (54,17%), soit mariée (33,33). La forte présence des célibataires confirme une tendance nouvelle. En effet les jeunes filles, en raison de la faible situation financière des hommes, hésitent à s'engager en couple. Elles restent le plus longtemps possible célibataires dans l'espoir de trouver un mari comme elles le souhaitaient. La faible représentation du nombre de divorcés témoigne de la réalité des coutumes africaines où les divorces sont souvent proscrits. Les couples qui ne s'entendent pas vivent, malgré tout, ensemble pour « protéger les enfants » ou pour éviter la colère des proches qui s'efforcent à ressouder les liens, les mariages étant souvent

coutumiers. Nous sommes dans un contexte où la tradition et la modernité se croisent.

Graphique n° 4. Répartition de l'échantillon selon la situation familiale

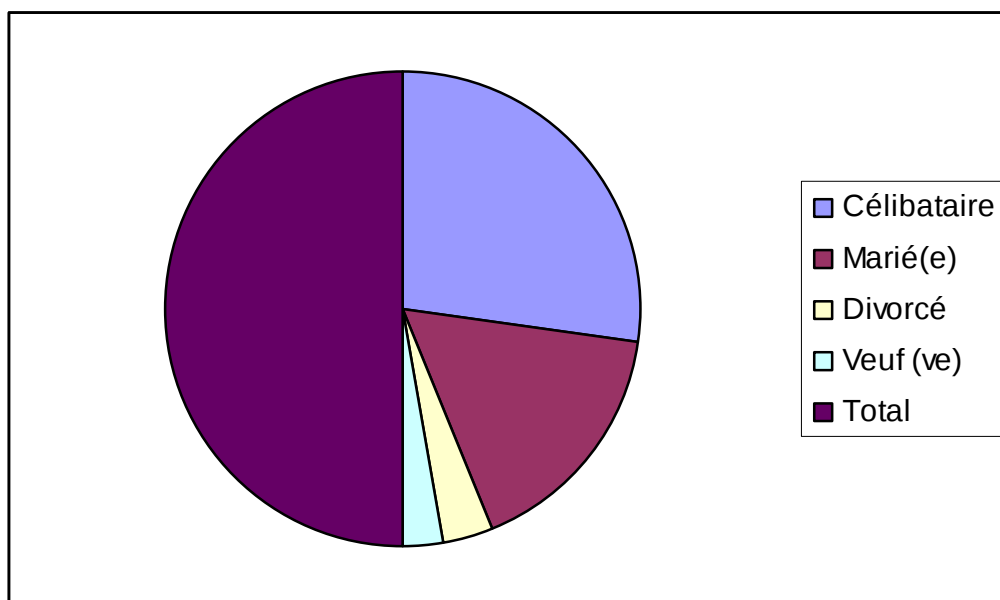


Tableau n° 14. Répartition de la population selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages
Analphabète	14	11 ,5
Élémentaire	21	17,5
Intermédiaire	58	48,5
Avancé	27	22,5
Total	120	100

Le niveau d'instruction le plus répandu au sein de l'échantillon est l'intermédiaire (48,5%). Nous désignons ainsi l'ensemble de ceux qui ont atteint

un niveau compris entre la sixième et la terminale. La catégorie des analphabètes reste faible (11,3). Avec 22,5% appartenant à la catégorie de niveau d’instruction avancée (bac et plus), on constate dans ces chiffres la distribution observée dans l’ensemble de la population. Ces données révèlent que la population de Lomé est minoritairement analphabète. Elle est, par conséquent, apte à s’intégrer dans une dynamique de changement.

Graphique n° 5. Répartition de la population selon le niveau d’instruction

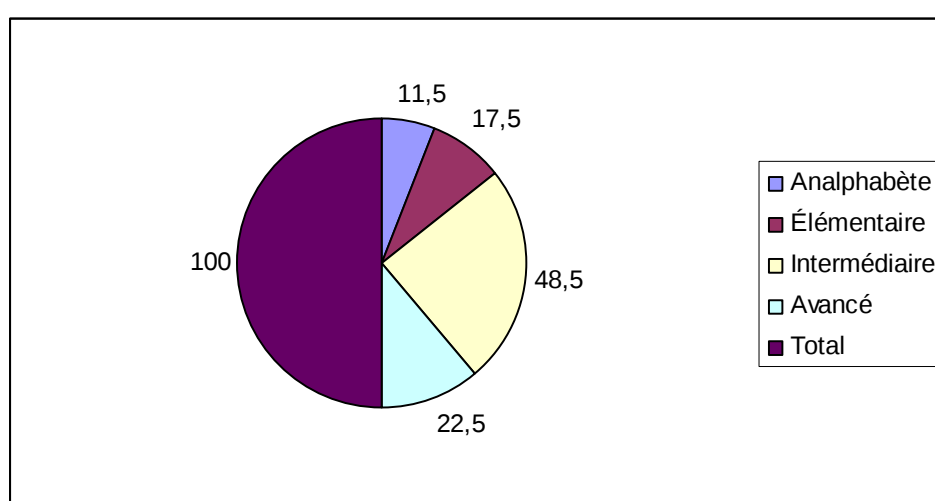


Tableau n° 15. Niveau d’instruction en fonction du sexe

Niveau d’instruction	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Analphabète	6	8	14
Élémentaire	10	11	21
Intermédiaire	34	24	58
Avancé	12	15	27
Total	62	58	120

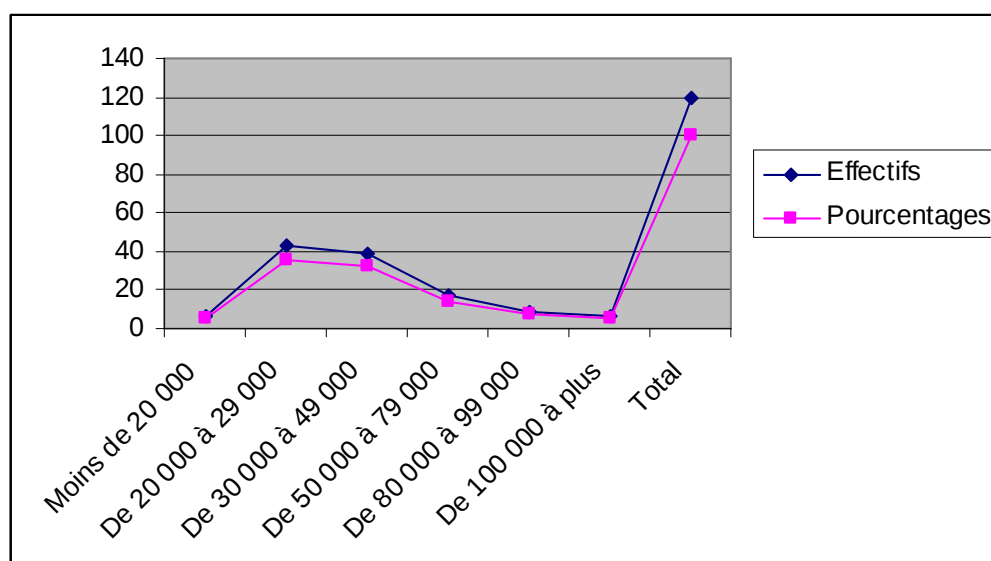
Tableau n° 16. Répartition selon les catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Etudiants	10	12	22
Apprentis	6	6	12
Taxis motos	13	0	13
Ouvriers	7	9	16
Artisans	4	9	13
Commerçants	14	13	27
Agents de maîtrise	2	4	6
Cadres	1	3	4
Retraités	3	0	3
Sans emplois	2	2	4
Total	62	58	120

Tableau n° 17. Distribution des revenus des personnes rencontrées

Tranche de revenu en CFA	Effectifs	Pourcentages
Moins de 20 000	6	5
De 20 000 à 29 000	43	35,83
De 30 000 à 49 000	39	32,5
De 50 000 à 79 000	17	14,17
De 80 000 à 99 000	9	7,5
De 100 000 à plus	6	5
Total	120	100

Graphique n° 6. Répartition des revenus



Dans cette répartition nous constatons que les revenus les plus répandus se situent entre 20 000 et 29 000 CFA (30 et 50 euros). Ce qui révèle le très bas niveau de vie de cette population.

Tableau n° 18. Répartition de l'échantillon selon la pratique religieuse

Religion	Effectifs	Pourcentages
Animiste	16	13,30
Catholique	53	44,20
Protestante	37	30,80
Musulmane	14	11,70
Total	120	100,00

La distribution en termes de religion montre que la majorité de l'échantillon est catholique. Ce qui reflète la situation générale. Comme nous le verrons, cela semble être une donnée importante dans les attitudes et les comportements touchant à la sexualité et au sida.

CHAPITRE VII :
LE SIDA DANS L'ESPACE PUBLIC :
ÉTAT, ONG, ASSOCIATIONS
ET PARTENAIRES INTERNATIONAUX

*« Outre la personne publique, nous avons considéré les personnes privées qui la composent, et dont la vie et la liberté sont naturellement indépendantes d'elle. Il s'agit donc de bien distinguer les droits respectifs des citoyens et du souverain, et les devoirs qu'ont à remplir les premiers en qualité de sujets, du droit naturel dont ils doivent jouir en qualité d'hommes. On convient que tout ce que chacun aliène, par le pacte social, de sa puissance, de ses biens, de sa liberté, c'est seulement la partie dont l'usage importe à la communauté ; mais il faut convenir aussi que le souverain seul est juge de cette importance. »*²³⁶

L'action publique n'est pas seulement une manifestation de l'État mais une production de l'ensemble des acteurs qui composent la société que nous désignons ici par *espace public*. Celui-ci rassemble l'État, les associations, les ONG et les acteurs internationaux. Les trois premiers, internes, s'approprient les données locales, mettent en exergue les problèmes qui en découlent. L'acteur international se distingue, quant à lui, de ces particularités nationales et propose, voire dicte souvent, les stratégies d'une meilleure politique publique.

En Afrique et notamment au Togo, les vocables d'« association » et d'« ONG » sont souvent similaires. Les acteurs privés préfèrent le terme d'ONG qu'ils trouvent plus attrayant et plus prestigieux aux yeux des bailleurs de fonds et des partenaires étrangers. La tendance actuelle accorde une place importante à l'expression plus globalisante de « société civile ».

*« La sociologie de l'action publique s'intéresse à l'articulation de régulations sociales et politiques, aux conflits, aux ressources, aux activités politiques et aux questions de légitimités des acteurs. »*²³⁷ À l'épreuve du sida, l'action publique devient le cadre à la fois de convergence et de divergence des initiatives de ces acteurs. Visant à résoudre les problèmes au nom de l'intérêt

²³⁶ J.-J. Rousseau, cité par C. Raynaud, in « Santé publique : l'État et la société civile », *Sociologie de la santé*, n° 13, décembre, 1995, p. 7.

²³⁷ P. Lascoumes et P. Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 9.

général, l'action publique est aussi un espace de négociation entre une multitude d'acteurs privés et étatiques.

Comment la question de l'action publique autour du sida a-t-elle émergé au Togo ? Tel est l'objet de la partie qui va suivre.

1. L'État : un acteur clé

Détenteur d'un rôle fondamental dans l'action publique contre le sida, l'État en a lui-même défini le cadre institutionnel et structurel. Pour mieux analyser l'exacte étendue de son champ d'intervention, nous nous attacherons à en comprendre l'organisation et les modes de fonctionnement.

1.1. La création du PNLIS et du CNLS

Désormais inscrit dans les priorités de l'OMS, le sida est aujourd'hui devenu première cause humanitaire mondiale. Partant, c'est toute une politique qui s'est mise en place sous l'égide de l'organisation. En toute logique, les regards se sont donc tournés vers l'Afrique, où se dénombrent à l'échelle planétaire les proportions les plus alarmantes de personnes infectées. Dans le cadre de cette politique, les autorités locales se sont vu demander la mise en place de structures à même de faire face à la pandémie. Grâce aux injonctions de l'OMS et sur un modèle conçu par elle, les différentes instances nationales ont accepté de considérer le sida comme un problème relevant de leurs compétences et attributions. Des programmes nationaux de prophylaxie ont commencé à voir le jour. *« Ces programmes se caractérisent par leur verticalité, parfois accentuée du fait de leur rattachement direct aux ministres de la santé des pays, et ont ainsi pu faire figure de programmes d'exception, puisque non intégrés à l'organigramme des directions de la santé, disposant alors d'une certaine autonomie de décision,*

*particulièrement bien dotés, mais très dépendants de l'extérieur, et notamment de l'OMS qui était leur principal bailleur de fonds. »*²³⁸

En 1990 au Togo, le PNLS, créé par décret pris en Conseil des ministres, fut annoncé par une déclaration solennelle destinée à démontrer l'engagement officiel de l'État. Émanation directe de l'appareil en place et prolongement de son organisation politique, cette nouvelle structure fut placée, contrairement aux vœux de l'OMS, sous la houlette du pouvoir militaire. Le colonel Kpanté Bassabi, jusqu'alors responsable du service de pédiatrie du Centre de santé du camp militaire de Lomé, en prit la direction. En tant qu'organe technique du ministère de la Santé, il se vit confier trois missions principales : la prise en charge médicale, le dépistage et le suivi et l'évaluation des projets. Toutefois, son rôle, cantonné à la prise de décision, ne devait pas concerner les actions concrètes à proprement parler. Celles-ci relèvent, en effet de, la compétence conjugée des institutions publiques (hôpitaux et dispensaires) et des institutions privées (associations et ONG).

Dans un second temps, l'affirmation d'une prise de conscience effective relayée par une volonté d'agir se traduisit, en 2001, par la création du CNLS : (Conseil national de lutte contre le sida). Pourvue d'un bureau regroupant tout à la fois le Premier ministre et les ministres de la Santé, des Finances et de l'économie ainsi que celui des affaires sociales, cette nouvelle institution est, depuis sa création, présidée par le chef de l'État. Avec un secrétariat composé de sept personnes dont deux permanents (le coordinateur et son adjoint), le Conseil prend à son compte les missions de coordination et de programmation. Multisectoriel et polyvalent de par son positionnement et son statut, il s'octroie le monopole de toutes les décisions relatives à la politique de santé publique. C'est donc lui qui construit et diffuse le discours officiel autour de la question épineuse du sida ; lui encore qui définit la stratégie de mobilisation des fonds ; lui enfin qui, par voie de conséquence, décide de leur distribution. Il n'est donc pas étonnant que, dans cette

²³⁸ M.-É. Gruénais, *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État /société civile en Afrique*, Paris, ANRS, 1999, p. 13.

configuration, le PNLS lui soit directement subordonné. Lien de subordination d'autant plus fort qu'il le place sous la tutelle très officielle du premier personnage de l'État.

1.2. Des compétences mal identifiées pour une gestion problématique

Cependant, contrairement à d'autres pays où la centralisation des politiques publiques est un gage d'efficacité, le système togolais pose de sérieux problèmes de dysfonctionnements. La coexistence, sur le même terrain, des deux instances que sont le PLNS et le CLNS en est la cause majeure. Tout en dépendant de ce dernier, le PLNS, compte tenu de sa spécialité, est une structure qui se voit également rattachée au département des Maladies infectieuses et donc de la Direction générale de la santé. Ce double lien n'est pas pour simplifier les choses. Outre les problèmes relatifs à l'identification des missions et des responsabilités de chaque entité, il permet le développement d'un mécanisme pervers, par lequel les imperfections du système sont toujours là pour fournir la bonne explication capable de justifier tel manquement ou insuffisance, tel échec ou retard. À partir de là, c'est l'ensemble de la politique de prévention qui se trouve comme viciée à la source avec, pour conséquence directe, une déperdition d'énergie et d'efficacité à tous les échelons de sa mise en œuvre. Étant un service technique du ministère, le Programme appartient à la division des maladies infectieuses de la Direction générale de la santé. Cependant, d'autres acteurs du système de santé participent à la mise en œuvre de la politique de prévention sans que leur place soit toujours identifiable. Les relations entre ces échelons ne sont pas toujours claires, du fait d'un manque de lisibilité, et de cohérence de l'État. Entre autres témoignages, nous avons recueilli, lors d'une interview, les propos d'un des hauts responsables de l'État qui, de par ses fonctions, vit la problématique de l'intérieur. Nous en restituons ci-après un extrait : « *Cela pose des problèmes que les gens ne veulent pas soulever dans ce pays. La preuve en est que, lors du dernier voyage du chef de l'État au sommet international sur le sida, le coordinateur du CNLS n'a pas été associé à l'équipe qui a fait le voyage. Aucun membre du Conseil n'a fait le déplacement. Alors que c'est nous qui avons tout préparé. Quand il s'agit de*

travailler, on fait bien appel à nous. La préparation de ce sommet au niveau du Togo a été une très grande réussite. Le coordinateur s'est impliqué corps et âme. Il connaît les difficultés, et la présence du chef de l'État est une occasion pour faire un plaidoyer efficace auprès du Fonds mondial. Il fut surpris de ne pas faire partie de la délégation. Cela crée une sacrée frustration. Comment vous pouvez comprendre cela ? C'est dire qu'il y a des gens qui travaillent tandis que d'autres en profitent. C'est cela aussi le sida. C'est tout ce que nous avons connu comme problème dans ce pays qui continue. Les compétences ne sont pas reconnues, on préfère faire autrement sans penser que l'objectif principal est quand même la lutte contre un fléau. Nous sommes tous dégoûtés mais, en même temps, on a une satisfaction morale. Vous voyez comme le chef de l'État est applaudi, comment les gens semblent être contents du travail qu'on fait. Tout cela est préparé dans cette maison. Mais il va falloir que les choses soient clarifiées, les rôles bien définis pour que dans l'avenir ne se reproduise plus une situation pareille. » (E15).

**Discours du chef de l'État togolais au sommet de l'ONU sur le sida,
New-York, 10 juin 2007**

Le problème majeur du Togo est un approvisionnement régulier en médicaments antirétroviraux

Monsieur le Présidente de l'Assemblée générale,
Monsieur le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies,
Messieurs les chefs d'État et de Gouvernement,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais tout d'abord adresser mes sincères remerciements à Monsieur Ban Ki-Moon, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, pour l'invitation qui m'a été faite et vous dire ma pleine satisfaction d'être parmi vous à l'occasion de cette réunion de haut niveau sur le SIDA. Je me félicite de la participation de

chefs d'État et de Gouvernement à ces assises. Cela prouve, si besoin était, que la problématique du SIDA, en tant qu'équation du développement de notre société, est une préoccupation mondiale. Il me plaît également de rendre hommage à l'ONUSIDA, à ses agences coparrainantes, au Fonds mondial et à tous les partenaires bilatéraux pour leur présence constante à nos côtés. Je salue enfin les organisations de la société civile, les personnes vivant avec le VIH pour leur engagement permanent et leurs actions de proximité. Dans mon pays la prévalence du VIH avait atteint en l'an 2000 un pic de 6%. Aujourd'hui, cette prévalence est estimée à 3,2%. C'est là un chiffre encore trop élevé, certes, mais la tendance générale est à la stabilisation depuis 2005.

Monsieur	le	Président,
Mesdames	et	Messieurs,

La réponse au SIDA au Togo au cours des derniers mois a été faite par un cofinancement avec nos partenaires. C'est ainsi que le budget du plan stratégique national 2007 – 2010 est financé à hauteur de 13% par le Togo. L'élaboration du rapport UNGASS 2008 est financée à hauteur d'environ 50 000 dollars US, soit 64% du financement total. Il faut, en outre, souligner qu'à plusieurs reprises, dans les conditions économiques difficiles que nous subissons, le Togo a lancé sans appui extérieur l'achat des médicaments antirétroviraux pour les malades. Entre 2006 et 2007, les dépenses pour la lutte contre le SIDA ont été évaluées à environ 25.000.000 dollars US, dont 73% ont été consacrées à la seule prévention, alors que la part du traitement ne fait que 7%. Le plan stratégique de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2007-2010 coûtera environ 120.000.000 dollars US. L'État togolais y contribue pour environ 20.000.000 dollars US ; nous avons cependant de sérieuses difficultés à mobiliser des ressources additionnelles. Les cibles prises en compte par ce plan stratégique national sont spécifiquement :

- les professionnelles du sexe, cible prioritaire des services de prévention ;
- les jeunes, pour lesquels des stratégies sectorielles seront disponibles en 2010 en milieu scolaire et universitaire de même qu'en milieu extrascolaire ;

- les femmes, pour lesquelles des activités de prévention seront intégrées dans la vie de leurs organisations ;

- et le milieu du travail, où la prévention du VIH, et des IST sera généralisée.

Par ailleurs, une loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH, que nous avons promulguée, prend en compte tous ces aspects. Cette loi a été largement diffusée et fait l'objet d'une promotion au sein de la population, notamment auprès des personnes vivant avec le VIH. Au cours de cette année 2008, nous allons renforcer cet arsenal juridique.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Nous avons, au Togo, accompli quelques progrès dans la réponse à la pandémie. La prévention de la transmission mère enfant (PTME) se fait aujourd'hui dans 45 sites. Mais ceci ne couvre que 11% de la population cible togolaise. Le conseil et le dépistage volontaire du VIH sont offerts dans 54 sites. En 2007, 16% des adultes ont fait le test et en connaissent le résultat. Il en est de même de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans. Chez les professionnelles du sexe, la proportion est de 90%.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Toutes ces tendances montrent que le Togo est sur la bonne voie, vers l'accès universel. Cependant, il me faut rappeler encore que mon pays souffre, pendant presque deux décennies de la suspension de l'aide internationale. Malgré cela, il s'est inscrit dans des actions d'envergure pour lutter efficacement contre le SIDA. Le problème majeur du Togo aujourd'hui est un approvisionnement régulier en médicaments antirétroviraux. Dans le financement de la lutte, nos partenaires nous ont surtout aidés dans la prévention qui, nous avons dit plus haut, dépasse de loin l'apport financier pour les traitements. Il y a là un équilibre à rechercher. Cet équilibre pourra notamment passer par l'allègement des procédures pour accéder aux ressources du Fonds mondial pour des pays post-conflit ou post-crise comme le nôtre.

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs,

Je ne saurais terminer mon propos sans saluer les efforts des pays donateurs, efforts qui reflètent la solidarité internationale et l'engagement collectif. La lutte contre le SIDA est le développement. La lutte contre le SIDA est le recul de la pauvreté. Investir dans la lutte contre le SIDA, c'est rendre à l'Afrique sa dignité. Je vous remercie.

Source : Togo-Presse du 16 juin 2008.

2. Une lutte « sous embargo »

Outre les difficultés d'ordre purement structurel qui, nous l'avons vu, grèvent passablement les effets de la lutte internationale entreprise au Togo contre le sida, c'est également une crise politique et économique sans précédent – de nature conjoncturelle celle-là – à laquelle tous les acteurs se confrontent quotidiennement. Apparue à partir des années 1990, cette crise trouve son origine dans deux causes principales. La première tient aux troubles sociaux qui accompagnèrent l'avènement de la démocratie au Togo. La seconde, d'ordre économique, s'explique par la brusque chute de la production de phosphates qui avait jusqu'alors constitué une des premières richesses du pays (*cf.* tableau n° 3). L'une et l'autre sont du reste liées : à la faveur de l'agitation à laquelle le pays fut en proie, la gestion des sites de production, déjà approximative, s'aggrava. Pour ne rien arranger, une baisse des cours du phosphate vint modifier la donne du marché et, en dépit de l'excellente qualité du produit togolais, les acheteurs se tournèrent vers des pays offrant de meilleures garanties de stabilité, donc d'approvisionnement.

Il n'en fallut pas plus pour que la jeune démocratie togolaise cède le pas aux vieux démons de l'autoritarisme et de la dictature. Lorsque la crise prit une proportion suffisamment aiguë pour que le pouvoir se sente menacé, un tour de vis fut donné aux droits et libertés individuelles. Ce retour en arrière fut

évidemment perçu par les instances internationales comme un déni ouvertement proféré à l'endroit de la démocratie – déni justifiant de reconsidérer les termes des accords passés. Ainsi, l'Union européenne décida-t-elle de suspendre son programme de coopération et, dans la foulée, on assista au gel pur et simple des financements par les institutions de Bretton-Woods²³⁹. À compter de cet instant, ce furent donc toutes les capacités de la politique étatique de lutte contre le sida qui se retrouvèrent anéanties. Pour ce militant associatif, « *la suspension de la coopération a eu des incidences sur nos activités. Tous les partenaires étaient plus ou moins réticents à injecter de l'argent* » (E 4).

Cette situation est d'autant plus grave qu'elle révèle un profond décalage entre le caractère alarmant que tend à prendre la progression de l'épidémie et la perception que consentent à s'en donner les pouvoirs publics. L'État, tout absorbé par ce qu'il estime relever de sa propre survie, n'a de cesse que de préserver et de consolider les rouages de son pouvoir, passablement entamé par les mouvements sociaux. Dès lors, la question du sida, sans pour autant perdre son étiquette de grande cause nationale, se voit, dans les faits, reléguée à l'arrière-plan des préoccupations du moment. Premières à en faire les frais, les politiques de prévention qui, en perdant de leur ampleur, ne touchent plus aussi efficacement ceux auxquelles elle étaient destinées en priorité : personnes vivant avec le VIH, prostituées, écoliers...

La crise des institutions étatiques entraîne ce que Françoise Mazuir appelle la « *désacralisation du politique* » et « *l'entrée en politique du social* ». ²⁴⁰ On assiste alors à un déplacement des valeurs et des croyances du politique vers le social. Ce déplacement rejoint le concept de *mutation* évoqué par Georges Balandier pour qui les nouvelles forces, par un processus de légitimation, s'emparent du pouvoir : nous sommes alors dans le « *temps de la transition* »

²³⁹ Bretton-Woods est une ville des États-Unis d'Amérique qui a donné son nom aux accords économiques qui dessinent les grandes lignes du système des financements internationaux. La Banque mondiale et le Fonds monétaire international sont les principales institutions directement issues de ces accords.

²⁴⁰ F. Mazuir, *Les Déchirures de la modernité. La transformation des représentations symboliques*, Paris, L'Harmattan, p. 85.

*accélérée, sinon soudaine et totalement imprévisible, durant lequel tout se montre sous l'aspect du mouvement, de la décomposition et de la recomposition aléatoire, de la disparition et de l'irruption continue de l'inédit ».*²⁴¹

Dans la brèche ouverte par les défaillances des institutions étatiques, le secteur privé a trouvé non seulement un positionnement mais également une dynamique et une légitimité qui lui permettent de se forger une véritable identité et un statut à part entière. Pour illustration, nous présenterons quatre de ces organisations et associations qui, en intervenant au niveau local, s'inscrivent dans ce processus :

- *Espoir Vie-Togo* : tout comme ce fut le cas un peu partout en Occident et notamment en France, les personnes vivant avec le VIH ont très vite compris la nécessité qu'il y avait à se constituer en associations et groupes de pression. Au Togo comme ailleurs, la gravité du mal et son caractère tabou, associés à l'indolence manifeste des pouvoirs publics, plaidaient en la faveur des initiatives privées. À l'instar de AIDES ou de Act Up, l'association Espoir Vie-Togo est la résultante directe de responsabilités endossées, non par les sphères de l'administration étatique, mais par des acteurs anonymes, recrutés dans les rangs des personnes directement touchées par l'épidémie. Ce faisant, c'est à eux surtout et à Espoir Vie-Togo en particulier, que revient le mérite d'avoir obtenu les premiers résultats dans le combat engagé contre l'extension exponentielle de la maladie ;

- la *Croix-Rouge togolaise* : à vocation plus généraliste, elle a su prendre une place de tout premier ordre dans le processus de prévention, notamment grâce à son important bataillon de volontaires. Organisés en un réseau constitué de multiples ramifications, ces nombreux bénévoles sont autant de pions à même de porter la lutte dans les endroits les plus reculés de l'échiquier togolais ;

²⁴¹ G. Balandier, *Le Détour : pouvoir et modernité*, Paris, Fayard, 1985, p. 8.

- les *religieux* : par nature et par vocation impliqués dans tout ce qui touche au développement socio-économique des pays en queue de peloton, ils représentent aujourd'hui une des plus grandes forces de mobilisation sur le terrain de la prévention. Grâce à leur forte capacité de mobilisation, ils constituent une bonne passerelle pour les messages de prévention ;

- les *tradipraticiens* ou *guérisseurs* : à défaut d'une réponse médiale appropriée, ces derniers font leur intrusion dans un espace où ils comptent faire entendre leurs voix.

3. L'association Espoir Vie-Togo ou le pouvoir des malades

Durant les premiers temps qui suivirent l'apparition du sida, le terme de séropositivité ne fut perçu, dans toute l'étendue de sa réalité, que par les séropositifs eux-mêmes. Alors que les membres du corps médical appréhendaient le phénomène en praticiens et donc sous l'angle technique (diagnostic, symptômes, prescription, pronostics), le corps social, lui, n'avait, pour s'en faire une juste idée, que ce qu'on voulait bien lui en dire (ou pas). Il se passa donc un laps de temps assez long durant lequel les séropositifs, seuls avec leur séropositivité, se virent regardés, soit comme des condamnés en sursis par des médecins impuissants, soit comme des dangers ambulants par la frange bien portante de la population, toute disposée à écouter ses peurs et ses phobies, soit enfin comme totalement niés, occultés par une société et des institutions enclines à préférer le confort du tabou. Dans ce contexte, il apparut évident aux malades que leur propre séropositivité, jusqu'alors vécue comme état maladif et strictement contenue dans les limites de cet état, devrait désormais prendre une nouvelle dimension : celle d'un moyen d'action destiné à être retourné, sinon contre le sida lui-même, du moins contre toutes les attitudes susceptibles d'en favoriser le développement. C'est ainsi que, le 11 août 1995, huit personnes infectées s'associèrent et fondèrent, avec l'appui de l'organisation internationale des Ambassadeurs de l'espoir, l'association Espoir Vie-Togo.

3.1. Rompre le silence

Le premier objectif que se donna l'association fut de parvenir à une rupture du silence. La mobilisation devait aboutir à une occupation de la scène publique par des malades, de manière à ce que le mot même de sida se retrouve sous le feu des projecteurs. Première étape d'une stratégie d'ensemble, cette « publicité », en permettant une occupation du terrain jusque-là laissé au déni et au silence, devait aboutir à une double prise de conscience : celle du corps social d'abord, mais aussi et surtout, celle des malades eux-mêmes, en tant qu'acteurs cette fois, capables eux aussi, de transformer leur état en un moyen d'action. *« Leur apparition sur la scène publique devait permettre un véritable changement d'état des personnes atteintes par la maladie, qui allaient ainsi pouvoir enfin passer d'inactives à actives. »*²⁴² Et de susciter la mobilisation des autres composantes de la société : *« Pendant un temps au Togo, au tout début des années 1990 et avec l'explosion de l'information sur le développement du sida, les populations pensèrent que seules les prostituées seraient touchées parce qu'elles avaient été, les premières, contaminées. Cela a été finalement un avantage de travailler en direction des populations et notamment avec les associations de malades comme Espoir et Vie Togo qui avait une grande envergure. »* (E5).

Consciente que la discrimination était l'un des obstacles majeurs à la mise en place d'une politique efficace de lutte et de prévention, l'association s'attacha à obtenir le concours actif de l'État, seul détenteur du pouvoir d'édicter le cadre juridique adéquat et les règles appropriées. Les réflexes toujours vivaces de rejets qui ne manquent jamais d'opérer dès lors qu'un groupe d'individus – ici les malades – se voient assimilé à une menace ou un danger commandaient de porter le combat sur le terrain des institutions. Mais avant même de prétendre s'attaquer à la discrimination, il fallait à l'association l'habileté nécessaire pour n'en être pas elle-même victime au tout premier chef. Cela supposait donc, comme préalable, d'établir avec les représentants des pouvoirs publics un lien fondé sur un dialogue responsable par lequel l'association s'attacherait à développer l'image d'un

²⁴² D. Defert, cité par E. Hirsch, in *Aides Solidaires*, Cerf, 1991, p. 33.

interlocuteur crédible, convaincant et respectable. Volet politique de la stratégie, cette action visait d'abord à faire accepter Espoir Vie-Togo comme partenaire référent auprès des pouvoirs publics et des institutions médicales, seul moyen de dépasser le discrédit social attaché à la séropositivité et les blocages qui en découlent. « *On commence alors à militer pour que les autorités mettent en place un cadre juridique à cet effet* » (E3). De la réussite de ce premier défi dépendait le succès futur de la mobilisation.

Étant ainsi parvenu à dépasser la logique purement identitaire, le « malade-acteur » a permis – et permet aujourd'hui encore – de donner une autre perception du sida. De maladie menaçant la seule communauté indéfinie et anonyme des personnes infectées, le sida est devenu un fléau susceptible de toucher sans distinction tout un chacun. Et de constater alors que s'est opérée une transformation de la composante sociologique des malades du sida. C'est sur cela que l'association va jouer pour construire une légitimité et une crédibilité dans l'opinion publique²⁴³. Ce médecin, délégué d'une représentation internationale, confirme : « *Je pense qu'ils ont des valeurs qui sont extrêmement ancrées au niveau de ce qu'ils veulent faire passer sur le sida. Mais ils ont une manière différente de les présenter. Cela doit les aider au niveau des pouvoirs publics. Ils ont aussi su se doter de quelque chose qui aide à leur reconnaissance : tout le monde connaît le logo de EVT, tout le monde connaît ses actions. Si bien qu'au niveau des pouvoirs publics, ils ont une certaine légitimité. C'est dans la tête de tout le monde qu'EVT est une référence sur le sida. Ceux sont des gens qui savent très bien de quoi ils parlent et qui ont une façon d'agir très clairement définie. Ils ont une légitimité et une crédibilité qui, selon moi, ne se discutent pas. Pour les avoir rencontrés à des réunions où plusieurs associations participaient sur le thème de la santé, leurs discours et leurs propositions, leurs façons d'agir, leurs préoccupations sont toujours ressentis comme tout à fait importants, et à prendre en compte* » (E5).

²⁴³ J.-L. Laville et R. Sainsaulieu, *op. cit.* p. 54.

3.2. Se donner une nouvelle image

Maintenu derrière le paravent du tabou, le malade du sida est tout au plus appréhendé comme un nouveau paria. Pestiféré des Temps modernes, lépreux mal-venu, sa seule présence déclenche le mécanisme de la sanction sociale, dont la sévérité est d'autant plus forte qu'elle repose souvent sur la condamnation morale d'un comportement sexuel jugé répréhensible parce qu'en dehors des normes. De cette sanction est né le statut du malade. Il était donc prévisible que la lutte aille également se porter sur le terrain de cette stigmatisation. En effet, par delà les atteintes physiologiques qui altèrent la santé physique et psychique de l'individu, celui-ci se voit menacé dans ce qui constitue l'un des éléments essentiels de son équilibre et de son devenir, à savoir ses liens sociaux et affectifs. À la menace d'une précipitation du processus de la maladie vient donc s'ajouter celle du risque d'exclusion, voire d'abandon. Cette donnée très factuelle, explique que dans bien des cas, le malade, assujéti à sa peur d'être rejeté, cultive toute une série de comportements qui participent au développement de l'épidémie. Notamment, il a été constaté que la crainte de n'être pas accepté en tant que malade conduisait le sujet à refuser lui-même sa sérologie, refus qui se soldait, entre autres, par des risques pris dans des rapports non protégés. Fort de ce constat, l'association s'est appliquée à mettre l'accent sur le caractère capital que pouvait revêtir l'humanisation du malade.

Dès lors, il est apparu primordial de développer un discours axé à la fois sur la tolérance et sur les droits fondamentaux des personnes. Pour passer de la stigmatisation à la compréhension, de l'exclusion à la solidarité et du rejet de la différence à son acceptation sereine, un travail de communication a été entrepris. Essentiellement basée sur des appels lancés au bon sens de tous et de chacun, cette approche repose sur le postulat d'une société à même d'évoluer historiquement vers la raison. Ainsi s'articulent à la fois une analyse de modalité souhaitable dans les interactions individuelles et l'appel à la tolérance dans l'espace public.

Si l'enjeu de la lutte contre le sida est relationnel, dans la pratique il s'agit de faire en sorte que le malade ait plus de considération dans la société en étant un malade tout court : *« Ce qui me choque, c'est la façon dont sont rejetés les gens qui ont le sida. C'est comme les gens qui avaient la lèpre au Moyen Âge. On les met à part. Ça me révolte. Une fois, j'ai entendu à la télévision une malade dire que personne ne venait jamais la voir et ça m'a fait de la peine. Les gens sont abandonnés parce qu'ils ont cette maladie, qui n'est pas plus contagieuse que l'hépatite dont personne ne parle. J'ai décidé de faire partie d'un groupe où je peux apporter ma solidarité et tout ce que je peux pour que ces malades ne soient ainsi abandonnés. Ils sont des hommes comme vous et moi, et comme vous et moi, méritent le respect. Espoir et Vie m'a inspirée et je m'y suis engagée. Et toujours ici nous travaillons pour que ces hommes et femmes ne soient pas ainsi traités. Vous aussi vous pouvez le faire. Partout où vous passez, dites que le sida est une maladie comme les autres. Quand quelqu'un a mal au ventre, on s'occupe de lui ; quand quelqu'un a le palu, on s'occupe de lui. On lui apporte telle ou telle chose, sans l'éviter comme on le fait pour le sida. Pourquoi fuirait-on le sida alors qu'on ne fuit pas les autres maladies ? Il faut que les gens le comprennent »* (E15).

Dans le même temps, le discours que développe l'association contribue à forger une éthique destinée aux militants eux-mêmes. Construite autour de quelques principes fondamentaux – respect, tolérance, confidentialité, l'association n'a pas seulement vocation à concourir au mieux-être des malades. Elle est aussi destinée à produire du lien, au sein même de la structure, en réclamant de quiconque se voulant acteur un engagement de toute sa personne. Dès lors, l'individu qui prétend rejoindre les rangs de l'association ne peut véritablement s'engager dans l'action qu'en prenant d'abord à son compte, pour les faire siennes, les principes et les valeurs constitutifs de cette éthique.

L'efficacité de cette démarche se voit considérablement renforcée par l'approche communautariste que l'association a sciemment voulu donné à sa politique. Considérant que toute personne infectée constitue, de par son état, un élément de la réponse à apporter au problème de l'épidémie, tout est fait pour que

le malade soit placé au centre de la dynamique. Ce faisant, les séropositifs membres de l'association, en remplissant le rôle qu'on leur offre de tenir, prolongent, partout où ils sont présents, la mission de l'association. Relais d'une redoutable efficacité, ils participent, en témoignant activement de leur expérience, à étendre et fortifier la prise de conscience. Porteurs de leur propre vécu qu'ils donnent à partager partout où se fait l'échange et où se noue la relation, ils contribuent à convaincre de la réalité du virus et de sa dangerosité. Le témoignage de cette responsable est édifiant : *« Au début, nous avons eu toutes les difficultés du monde pour faire passer les messages, pour donner de l'espoir aux malades. Mais ce qui me satisfait maintenant, c'est de voir que ces personnes, hier désespérées, sont celles qui aujourd'hui, nous aident plus dans la prise en charge psychologique. En cas de tests positifs, les gens tombent, pleurent, s'effondrent. Il est alors indispensable de leur parler, pour dès cet instant les prendre en charge »* (E7).

Cette méthode, qui consiste à faire du malade la clé de voûte du dispositif de lutte et de prévention, présente par ailleurs d'autres avantages. Loin de cantonner les personnes infectées dans une fonction instrumentale par laquelle ils se verraient simplement utilisés comme moyen, elle permet de les aider à dépasser leur propre condition. Placés en rapport direct et sur un pied d'égalité avec tous les autres acteurs liés par ce même esprit de communauté – personnels soignants, entourage des patients, volontaires – les malades sont partie prenante dans l'élaboration des réponses et des services à mettre en place au sein de la société. Ce faisant, ils reprennent en main leur vie. En acceptant d'en appeler à leurs propres ressources et facultés, ils parviennent à s'extraire du statut réducteur de malade qu'ils ne regardent plus comme un carcan justifiant tous les défaitismes, renoncements et retraits. Ainsi promus au rang d'acteurs sociaux agissant au cœur de la société, ils œuvrent du même coup au changement de celle-ci. *« Il s'agissait d'établir les conditions adéquates à la restauration, au maintien et au développement des liens de l'individu malade dans la société. En d'autres termes, de lutter contre la maladie en tant qu'elle constitue un facteur de désaffiliation*

sociale et de dénaturation des liens sociaux. »²⁴⁴ Cette attitude, répétée en autant de fois qu'il se compte de personnes, a considérablement influé sur la manière de regarder l'épidémie, sur la façon aussi de la gérer et ce à tous les niveaux – médical, psychologique, social et même éthique. Forte de ce savoir-faire élaboré dans le creuset de la pratique, l'association a pu ainsi mettre en avant son expérience, la diffuser et s'en prévaloir pour prodiguer ses conseils et ses services. *« Ce que nous, on met en exergue souvent, c'est ce qu'on rencontre sur le terrain; les difficultés des personnes, ça peut être à plusieurs niveaux, les problèmes de santé, les problèmes de logement des personnes séropositives. Je fais un crédit et on me refuse parce que je suis insolvable, parce que je suis quelqu'un de séropositif qui n'est même pas en stade de maladie; ce sont des appréhensions qui ne sont pas justes, donc ils sont pas moins compétents qu'une personne soi-disant, qui n'a rien eu mais qui pourrait décéder dans les deux ans parce qu'elle a eu autre chose »* (E 4).

3.3. Le malade acteur

« Ce sont les malades qui peuvent comprendre les autres malades. L'État tout comme les médecins ne sont pas vraiment motivés. Ce sont eux, les malades, qu'il faut placer au sommet, eux à qui il faut confier des responsabilités quand leurs diplômes le leur permet » (E18).

Désormais affranchi des mécanismes de passivité, de fatalité et de soumission à l'égard de son état, le malade se sent désormais investi d'une mission. En modifiant le rapport qu'il entretient avec son propre état et la lecture qu'il s'en donne, il se fait gestionnaire de son capital santé. Ce changement d'attitude et de perception emporte, avec lui, des conséquences non négligeables sur l'approche médicale du sida par les praticiens et les professionnels de la santé. Dans les faits, il s'agit d'amener les deux parties, malades et médecins à une prise de responsabilité. Mais un peu comme si l'on avait affaire au principe des vases communicants, on constate que la prise croissante de responsabilités par le malade

²⁴⁴J. Bardot, *Les Malades en mouvement*, Paris, Balland, 2002, p. 306.

a tendance à augmenter la conscience que le médecin se fait de ses propres responsabilités. En faisant l'exposé de son expérience au médecin, le patient travaille indirectement à la lui transmettre et, par voie de conséquence, enrichit la sienne. Comme le souligne Jean de Savigny: « *Le nouveau type de rapport avec un patient devenu très exigeant est en définitive, pour le médecin, plutôt une incitation à développer ses connaissances scientifiques et à améliorer sa formation à la relation avec les malades.* »²⁴⁵

Aujourd'hui, la majorité des associations se voient reconnaître une totale légitimité, tant dans les politiques qu'elles développent que dans la place qu'elles occupent sur la scène publique. Légitimité à représenter les malades et à les défendre dans leurs droits ; légitimité à interférer dans les programmes de santé publique ; légitimité dans les actions menées au plus près du terrain (prévention dans les écoles, etc.) ; légitimité enfin, parce que personne désormais ne songerait à nier que la reconnaissance du sida comme priorité résulte essentiellement du pragmatisme de leurs stratégies.

C'est sur cette base que Espoir Vie-Togo a pu, sans difficultés, associer les professionnels de santé à ses modes de fonctionnement, tout comme elle les associe à ses interventions. En retour, ces mêmes professionnels, dans la nécessité où ils se trouvent d'agir efficacement, considèrent ne pas pouvoir se passer de toutes celles et ceux qui, malades ou bien portants, grossissent les rangs du tissu associatif.

Cette étroite collaboration a passablement concouru à l'effacement des clivages et des frontières qui maintenaient et les uns et les autres dans des rôles bien définis. Jusqu'alors, la culture médicale avait toujours eu tendance à reproduire les schémas classiques par lesquels un malade est lié au médecin par un lien de soumission et de dépendance. Inapte par méconnaissance à pouvoir comprendre tous les tenants et aboutissants de sa maladie, il se devait de s'en

²⁴⁵ J. Savigny, *Le Sida et les fragilités française : nos réactions face à l'épidémie*, Paris, Albin Michel, p. 283.

remettre à la science médicale et à son représentant direct : le médecin. De la même façon, l'approche du médecin et son regard avaient tendance à relever de cette même logique. Avant d'être appréhendé en tant que personne, le malade était, aux yeux du praticien, un cas appelant diagnostic, une pathologie réclamant prescription et protocole de traitement. Mais l'intervention d'Espoir Vie-Togo a, là aussi, largement changé la donne. Une pharmacie approvisionnée en médicaments antirétroviraux (ARV) a été mise à la disposition des malades, qui par ailleurs, bénéficient également des compétences d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, de psychologues et sociologues. Cette initiative a permis d'instaurer, entre le corps médical et les personnes infectées, des rapports d'une nature toute différente et par lesquels le malade a perdu son statut « *d'objet médical* » pour recouvrer sa condition de sujet. Dès lors, c'est la qualité même des échanges qui s'est améliorée.

Des dialogues, plus ouverts et plus francs ont pu s'instaurer, avec pour corollaire direct un éclaircissement des zones d'ombre liées aux maladies opportunistes. Il n'est donc pas exagéré de dire qu'à la faveur de ce processus, est né ce malade d'un genre nouveau que Daniel Defert nomme « *réformateur social* ». Car, selon lui, « *la question du sida ne pouvait être plus longtemps confinée comme question médicale...* » Est aussi prôné « *l'appropriation du savoir médical* »²⁴⁶ par les personnes atteintes. Defert plaçait alors résolument l'individu, la communauté, au cœur du dispositif en tant qu'acteur incontournable. « *On ne peut pas mettre les gens malades d'un côté et puis les traiter comme des enfants non plus; ils sont quand même en première ligne. Il y a le clivage médecin et malade qui est transformé. Ce serait important à partir du moment où des personnes qui sont concernées ont leur mot à dire sur la manière dont on peut les soigner, la manière dont eux-mêmes peuvent appréhender leur santé* » (E14). Quant à ce médecin, il insiste sur le développement de cette donnée relationnelle : « *Oui, les relations sont capitales. Elles sont d'autant plus capitales que le monde médical a besoin des associations. Le monde médical, par*

²⁴⁶D. Defert, *Un nouveau réformateur social: le malade*, Communication à la séance plénière du 6 juin 1989 de la V^e Conférence internationale sur le sida à Montréal.

définition, est là pour soigner, il n'est malheureusement pas là pour éduquer. Or, face à des luttes comme celles contre le sida, il y a une part capitale de travail à faire en matière d'éducation. Bien sûr, un médecin, une infirmière va faire de l'éducation quand il va être confronté au malade et à son entourage immédiat. Mais cela veut dire qu'on est déjà dans la partie traitement clinique bien après la question de la prévention. Ce n'est pas le milieu médical qui va faire de la prévention. Il va, au contraire, donner tout ce qu'il peut comme informations, comme supports, comme données, pour que les associations puissent, elles, faire le travail préventif, d'éducation à la santé. À savoir les risques de contamination sous toutes ses formes. Donc la complémentarité des deux est vitale et fonctionne bien » (E25).

D'avantage axée sur la personne, cette approche présente le mérite de ne plus enfermer le malade dans le statut restrictif et réducteur du porteur de virus n'ayant d'existence qu'au travers des symptômes qu'il déclare et des pathologies qu'il développe. Regardé avant tout et jusqu'au bout comme un individu doué de raison et doté d'une faculté de jugement, le malade est maintenant considéré comme personne à même de faire des choix, de prendre des décisions. C'est ce type d'acteur que Emmanuel Langlois nomme par *sujet*. Celui à qui on demande de devenir responsable, de savoir prendre du recul et de développer sa réflexivité sur son expérience de malade : « Il s'agit d'un sujet rééquilibré, en tension permanente entre deux registres de l'existence généralement présentés comme exclusifs l'un de l'autre. D'un côté, une série de valeurs et de postures qui renvoient à la normalité du sujet où l'individu est enjoint à devenir l'auteur de sa vie, le chef d'orchestre de son existence. Mais ce qui rend l'expérience du sida spécifique, tient au fait que cette posture héroïque valorisant l'action est toujours indexée à une seconde dimension qui complète la représentation du sujet défendu par les malades et à partir de laquelle ils désirent être reconnus. »²⁴⁷

²⁴⁷ E. Langlois, *L'Épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 19.

En dehors même de la stricte sphère où s'opère la relation entre patients et médecins, cette approche trouve des prolongements auprès de l'ensemble de la population. Construit à partir de l'expérience et du vécu des praticiens, un discours de prévention s'est peu à peu élaboré à destination des personnes non encore touchées par le virus. Loin de la rhétorique théorique et du jargon technique, le propos développé pour informer et mettre en garde produit un impact propre à réveiller les consciences et à susciter l'exercice individuel des responsabilités. *« À l'hôpital, nous sommes habitués à traiter des personnes portant une maladie transmissible prévenu. Mais une association est toujours quelque chose d'important puisqu'elle pointe souvent certains manques où les prises de conscience des uns et des autres. Le rôle d'une association pour moi semble essentiel, ne serait-ce que pour l'information. Ce sont des gens qui sont très proches du terrain, ce qui change un peu des mesures hospitalières. Les associations sont utiles surtout pour l'information et donc, qui dit information, dit prévention, et c'est cela qui est important. Moi, je vais parler de la santé en général alors que les associations comme EVT vont aborder l'aspect prévention. Je considère qu'il doit y avoir des liens entre les uns et les autres. Il ne faut pas dire que chacun a son rôle : on a aussi des choses en commun, ne serait-ce que les gens de l'association soient informés sur les traitements et sur les préventions »* (E25).

La santé, sa prise en charge, sa gestion et son entretien apparaissent alors comme autant de gestes qui relèvent d'un comportement responsable et citoyen. Cette conception des choses revient à transcrire dans les faits l'esprit de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

Dans cette même perspective, Espoir Vie-Togo s'attache à intervenir au plus près du terrain et des populations. Cette stratégie par laquelle est privilégiée

l'action concrète se fonde essentiellement sur un accompagnement tant médical que psychologique et social. Parce que l'association entend être présente partout où elle se sait pouvoir agir, cet accompagnement s'effectue en milieu hospitalier mais aussi à domicile.

3.3.1. Les visiteurs à domicile (VAD)

Cela consiste à assurer le suivi des PVVIH (Personne vivant avec le VIH) sans les extraire de leur cadre de vie habituel. Formés à cette fin, les VAD (Visiteurs à domicile) observent leurs conditions socio-économiques et décèlent les contraintes susceptibles de malmener leur équilibre psychique et affectif. Une fois ce premier travail d'observation et d'analyse, ils s'efforcent de trouver les solutions les plus indiquées. Par ailleurs, ces interventions permettent de toucher l'entourage immédiat du patient. Des informations peuvent alors lui être communiquées, notamment sur le caractère primordial des comportements à adopter à l'égard du malade. Enfin, ces interventions sur les lieux même où vit la personne présentent l'avantage de tenir immédiatement informé des accidents de parcours qui émaillent parfois le processus de suivi. Tel malade peut en effet, pour de multiples raisons, adopter des attitudes de renoncement qui l'amènent à se démarquer, voire à se retirer du processus, en disparaissant sans laisser de traces. Dans ces cas extrêmes, le VAD peut parfois rattraper la situation et ramener le malade à des attitudes plus constructives en restaurant l'image qu'il a de lui-même. *« Ils [les VAD] incarnent, affirment et défendent une bienveillance sociale et " s'inscrivent" dans une tradition ouverte qui reconnaît, sans grandiloquence, la grandeur de la générosité personnelle, du respect du collectif et d'une certaine conception du vivre ensemble, du vivre avec, du vivre pour. »*²⁴⁸

3.3.2. Les visites à l'hôpital (VAH)

Il s'agit ici de faire un référent des malades qui se voient suivis et orientés par des conseillers spécialement destinés à assurer leur encadrement. Présents au sein même des structures sanitaires, ces conseillers peuvent ainsi intervenir dès le

²⁴⁸ E. Hirsch., *La Révolution hospitalière, une démocratie du soin*, Paris, Bayard, 2002, p. 236.

commencement de la visite hospitalière et tout au long du parcours que va suivre le malade. Mais leur rôle ne se limite pas à prodiguer un simple soutien, même si celui-ci revêt une importance toute particulière au cours des examens médicaux. Leur aide prend une dimension plus pratique et, pour ainsi dire, plus terre-à-terre quand elle touche aux aspects financiers de la prise en charge. L'association bénéficie, en effet, de subsides destinés à être redistribués aux patients qui en ont le plus besoin. Par l'entremise des conseillers, ces aides sont allouées en fonction des impératifs qui caractérisent la situation de l'individu : subvention à la prescription, participation aux frais qu'engendrent les examens médicaux, prise en charge des coûts relatifs au suivi psychologique et, parfois même, dotations alimentaires. D'autre part, ces mêmes conseillers peuvent, le cas échéant, jouer les médiateurs auprès des services sociaux pour obtenir, soit la réduction, soit l'exemption des coûts de traitement.

Telle qu'elle est implantée, l'association est présente dans les quatre centres hospitaliers qui accueillent le plus souvent ces patients, à savoir les deux CHU de Tokoin et du Campus, et les deux CHR d'Aného et de Sokodé.

Tableau n° 19. Répartition des patients bénéficiaires de l'association en 2006

PROFIL ↓	VILLE→	Lomé	Sokodé	Aného	Total
Hommes		60	13	31	104
Femmes		85	19	67	171
Enfants		9	-	5	14
Total		154	32	103	289

3.3.3. Les groupes de paroles : la formation d'une trajectoire collective

Autre initiative à mettre au crédit de l'association : l'organisation de groupes de parole au sein de chacun de ses centres. Un cadre d'échange est ainsi mis à la disposition de toute personne désireuse de partager ou de faire partager tout ce qui peut participer à enrichir l'expérience de chacun. On tente d'apprendre au « nouveau venu » que l'infection par le virus du VIH ne signifie pas la mort. Ces groupes fonctionnent comme un lieu d'apprentissage d'un certain mode de vie avec le VIH.

Tandis que les nouveaux arrivants s'imprègnent du savoir de leurs prédécesseurs, ces derniers, en leur communiquant leur vécu, entretiennent une démarche positive et constructive qui renforce leur image et les aide à bien tenir leur rôle. Ce modèle de socialisation de la séropositivité a donc une fonction pour les bénévoles eux-mêmes qui trouvent là le moyen de gérer leur propre état. Ils « *s'aident eux-mêmes en aidant les autres* » de sorte que leur engagement prend un sens thérapeutique. Sans doute celui-ci permet-il aux volontaires atteints de relativiser leur propre situation puisqu'il leur est possible de se comparer à d'autres, plus désemparés. Et de retrouver une certaine estime de soi grâce à l'action altruiste.

Par cette façon de procéder, la confiance de chacun prend en importance et conduit au final à une acceptation sereine de son état. Mais la méthode, dont Espoir Vie-Togo s'est fait spécialiste, conduit aussi à démultiplier le réseau des acteurs de la lutte contre le sida. Informés, les nouveaux arrivants sont également formés à ce qui va devenir leur propre mission. Engagés par leur simple présence dans une solidarité active, il leur est demandé de souscrire aux valeurs de l'association et de les décliner en actes. Si, dans un premier temps, le participant au groupe d'échange n'est rien d'autre qu'un participant désireux d'en savoir plus, dans un second temps il passe outre sa condition d'individu pour endosser un rôle, une responsabilité et une mission. « *Par-delà les histoires individuelles, les conditions de prise en charge comme les situations dans lesquelles la maladie est vécue renvoient à un même univers de références. Les événements, les*

*interrogations, les difficultés ou encore les repères élaborés par l'activité médicale se partagent. La maladie forme un espace commun de pratique et de relations sociales, espace d'autant plus spécifique que la perception d'être discrédité (ou discréditable) renforce le sentiment d'appartenir à un monde social à part. »*²⁴⁹

Témoignages de personnes bénéficiaires de EVT

Témoignage n° 1

« Je suis veuve, j'ai trente-huit ans. Je suis mère de trois enfants. Après le décès de mon premier mari, ma belle famille, en accord avec ma famille, m'a proposé un homme qui doit m'épouser et qui m'aidera à élever mes enfants. C'est le neveu de mon défunt époux. Je ne pouvais pas refuser. J'ai donc accepté. Comme je ne savais pas de quoi était mort mon mari, nous faisons les rapports non protégés jusqu'au jour où mon dernier enfant, qui était une fille de deux et trois mois, a commencé par faire des infections s diverses. Le médecin au CHU m'a demandé le test à moi et à mon enfant. Je l'ai fait et nos deux résultats s'étaient révélés positifs. J'ai été donc référée à EVT pour la prise en charge. Le médecin de EVT nous a mises sous ARV. Après un mois, le psychologue a insisté pour rencontrer mon nouveau mari. J'ai hésité mais il m'a rassurée. Au rendez-vous, il nous a fait faire le test. À ma grande surprise, mon second mari avec qui je vivais depuis huit mois déjà était séronégatif. Il nous a expliqué qu'il y a des couples sérodiscordants. Par la suite, nous avons eu à rencontrer d'autres couples comme nous. Mon mari, après les explications du psychologue, a accepté de me garder pour honorer la mémoire de son grand frère défunt. Au début, malgré mon état il n'aimait pas les rapports protégés. Le psychologue, à qui je me suis confié, m'a dit qu'il me répudiera quand il sera finalement infecté. J'ai eu peur et je l'ai prié d'en porter. Il n'aime pas le préservatif mais il le porte malgré lui. Je

²⁴⁹ C. Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002, p. 72.

constate qu'à cause de cela il ne m'approche que rarement, mais moi ça ne me gêne pas. .

Témoignage n° 2

« J'ai douze ans, je suis en classe de cinquième. J'ai fait deux fois le zona. Depuis lors, on m'amène à EVT où je prends des soins. Mon papa, avant ma maladie, avait fait une crise cardiaque et il est devenu invalide (hémiparétique). C'est mon jeune oncle paternel qui s'occupe de nous. Papa ne peut plus travailler. Ma petite sœur, mon petit frère et moi venons ensemble prendre les soins à EVT, mais je ne savais pas exactement de quoi il s'agissait. La pédiatre qui nous suit m'a dit que je dois commencer à prendre un produit. J'ai donc été convoquée par le psychologue.

Après m'avoir posé beaucoup de questions sur les maladies en général et sur le VIH en particulier, il m'a dit que je suis porteuse du VIH. Il m'a cependant rassurée : si j'observais le traitement, rien de mal ne m'arrivera. Je lui ai demandé l'origine de mon infection. Il m'a expliqué la transmission mère/enfant du VIH. J'ai compris alors que moi et toute ma famille sommes porteurs du virus. Durant une semaine, j'avais eu envie de partir de la maison. Je ne voulais plus entendre parler personne ni entendre parler du VIH et j'ai eu du mal à aller à l'école. Mais le psychologue m'appelle souvent pour avoir de mes nouvelles. À deux reprises, il m'a convoquée avec ma mère, mais il nous a reçus individuellement. Finalement, j'ai compris qu'on peut vivre avec le VIH si on le sait et si on prend soin de soi. Il m'a désignée pour animer le groupe de parole du mois et j'ai accepté. Au groupe de parole pour enfants, j'ai compris que je ne suis pas la seule enfant dans le cas. Désormais, j'ai reçu l'ordre de veiller à ce que mon petit frère et ma petite sœur, qui ignorent encore leur statut, prennent leurs produits régulièrement. Je prie que Dieu aide les savants à trouver un médicament pour guérir le sida. »

4. Le réseau RAS+ Togo²⁵⁰

« Nous avons décidé de nous organiser en réseau afin d'avoir suffisamment plus de poids et de légitimité pour un meilleur plaidoyer » (E7).

Afin d'avoir plus de visibilité sur l'échiquier national et plus de représentativité, les associations de lutte contre le sida se sont regroupées en un réseau. Composé au départ de personnes vivant avec le VIH, le réseau a changé de dimension pour prendre en compte la réalité sociale de l'épidémie. Le sida touche la population de manière transversale, à la fois les personnes vivant avec le virus, et celles qui sont meurtries affectivement par l'infection d'un proche : parent, ami, conjoint, partenaire sexuel, etc.

Le RAS+Togo est une initiative du laboratoire canadien GlaxoSmithKline, qui a fait le constat que la force des acteurs associatifs est le gage de leur efficacité. Il est question de renforcer leur capacité de mobilisation de ressources et de plaidoyer. Sur le plan national la GTZ, est l'un des premiers partenaires du RAS+. À ces débuts, ce sont les locaux de cette organisation qui leur servait de cadre pour les réunions. Le réseau favorise une meilleure coopération aux dires du coordinateur de la GTZ : *« Nous avons décidé de leur apporter notre soutien parce que nous avons constaté un déficit d'organisation au niveau de certaines associations. Si elles sont ensemble, sous forme de réseau, celles qui ont atteint un niveau d'organisation plus ou moins acceptable peuvent entraîner les autres. Comment rédiger les rapports, comment monter et présenter les dossiers de financements, voilà les choses que nous essayons de leur apprendre. Il est très important pour nous de mettre l'accent sur la force des associations car elles sont les vrais acteurs de terrains. L'État n'a pas les moyens de les soutenir financièrement et il leur appartient de se prendre en charge. Cela aide énormément dans la mesure où il y a cet aspect de pouvoir être une référence sur le sida dans à peu près n'importe quel district, ce qui donne à la fois une force*

²⁵⁰ RAS+ Togo : réseau des associations de lutte contre le sida au Togo.

humaine importante puisque ces volontaires sont nombreux et qu'ils sont reconnus du grand public » (E5).

PRÉSENTATION DES PRINCIPALES ASSOCIATIONS DU RÉSEAU

ESPOIR VIE-TOGO (cf. Chapitre VII, n° 3)

AIDES MÉDICALES ET CHARITÉS (AMC)

Fondé en 1996, AMC est une association regroupant au départ des agents de santé. Actuellement, elle est ouverte à tout volontaire et patient. Elle a un bureau au CHU-CAMPUS de Lomé et une antenne à la polyclinique de Tsévié.

AMC a deux volets d'activités :

- *la prise en charge des personnes affectées par le VIH/sida ;*
- *la prévention des IST/VIH/sida.*

L'association, avec l'appui de ses partenaires, a mis sur pied, en 2002, un Centre d'information et de Soins de Santé ambulatoires (CISSA) qui a pour mission d'assurer une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Togo. Le centre (CISSA) se localise dans le District sanitaire n°5 de Lomé, plus précisément dans le quartier de Totsi, non loin du commissariat de police du 6^e arrondissement.

AMC propose, comme activités, le dépistage volontaire anonyme ainsi qu'un continuum de soins aux PVVIH. Bien que le centre soit installé à Lomé, des dizaines, de patients parcourent des centaines de kilomètres pour solliciter ces prestations.

Accueil et activités d'IEC : l'accueil est assuré par les bénévoles de l'association selon un calendrier mensuel établi. Le rôle de ces bénévoles est de renseigner et/ou de diriger les visiteurs vers le service ou la personne recherchée. Ils donnent

également des renseignements téléphoniques. Des séances d'IEC sont également organisées à l'attention des élèves.

Le dépistage volontaire anonyme et gratuit : le service de *counseling* est assuré tous les lundis et mardis de 7h à 12h, par deux bénévoles et le coordinateur du centre. Dans la plupart des cas, il s'agit du conseil pré-test, suivi du prélèvement. Les prélèvements sont envoyés au CHU-Tokoin pour être analysés et les résultats sont obtenus dans un délai de dix jours. L'annonce du résultat est effectuée tout les vendredis, de 7h à 12h après le conseil post-test.

Les consultations médicales et actes médicaux : en vue d'un meilleur suivi des patients, un médecin assure la consultation de médecine générale du lundi au vendredi et une permanence le samedi et les jours fériés, de 8h à 12 h. D'autres médecins viennent en appui, pour les consultations spécialisées. Les soins infirmiers sont assurés par 2 infirmières avec une permanence les samedis et dimanches ainsi que les jours fériés de 8 h à 16 h. Les médicaments sont disponibles pour tous les patients recensés et suivis par le CISSA.

Les partenaires : Ensemble contre le sida, Solidarité Sida, ONUSIDA, Family Health International, - Aides section de Loire-Atlantique, CEFA, Bon Secours Resiac, délégation de Toulouse.

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE LA FEMME (ASPROFEM)

Cette association est une association féminine créée en 1977 avec pour objectifs :

- organiser et soutenir les femmes et les jeunes filles autour des activités génératrices de revenus ;
- susciter et encourager les petits prêts tournant à caractère solidaire ;
- aider à l'alphabétisation de la femme et de la jeune fille ;
- promouvoir la santé et l'amélioration des conditions de vie de la famille ;
- être à l'écoute de la femme et de la jeune fille pour les problèmes les concernant ;

- développer l'esprit de solidarité et d'unité entre les femmes de tous les pays du monde ;
- promouvoir le dépistage volontaire ;
- identifier les personnes vivant avec le PVIH/sida ;
- offrir un soutien moral aux personnes victimes du VIH/sida ;
- assurer la prise en charge médicale des maladies « opportuniste » ;
- offrir un soutien moral aux personnes victimes du VIH/sida
- assurer la prise en charge médicale des maladies opportunistes
- prévention des IST/VIH/sida ;
- prise en charge psychosociale et médicale des PVVIH ;
- suivi des travailleuses du sexe ;
- recherche de partenariats ;
- formations des membres ;
- participation aux activités de la journée mondiale du sida.

LONLONYO

L'association Lonlonyo a été formellement créée en 2001. Cependant, Lonlonyo a commencé ses activités comme troupe théâtrale en 1999. Ses activités se résument à des présentations, par un petit groupe, de sketches sur la problématique du VIH/sida. Lonlonyo s'est transformée en association au cours d'une Assemblée Générale constitutive le 28 août 2001 à Lomé. Lonlonyo, qui signifie en Éwé « *l'amour est bon* », opte pour la prévention et la prise en charge des personnes infectées ou affectées.

Le Bureau exécutif (BE) est composé de 7 membres: un président, un secrétaire général, une trésorière générale, un trésorier général adjoint, un commissaire aux affaires médicales et sociales. Lonlonyo compte, à ce jour, une vingtaine de membres actifs et 13 bénévoles dont 3 sont à temps plein et 3 à temps partiel. Parmi ces membres bénévoles, on compte un médecin des maladies infectieuses, un médecin gynécologue obstétricien, un médecin neurologue, 3 médecins

généralistes, deux infirmiers d'État, un kinésithérapeute, une technicienne de laboratoire, deux psychologues, quatre logisticiens.

Les actions principales :

- la formation des pairs éducateurs
- la prévention des IST/VIH/sida
- les consultations médicales
- le suivi des patients

5. La Croix-Rouge togolaise (CRT) : du secourisme à la lutte contre le sida

5.1. Une petite note d'histoire

C'est à l'initiative de Jean Henry Dunant que fut créée la Croix-Rouge. Homme d'affaires genevois, Dunant avait en charge les intérêts d'une société de moulins en Algérie. Les tracasseries que l'administration française lui opposait dans le développement de son activité l'amènèrent à solliciter un entretien avec l'empereur Napoléon III. Mais pour que cette entrevue puisse avoir lieu, Dunant dut se rendre au nord de l'Italie où les armées françaises, conduites par l'empereur, s'affrontaient aux côtés des Piémontais contre l'envahisseur autrichien. Arrivé sur le théâtre des opérations au soir du 24 juin 1859 – date historique de la bataille de Solferino – il se trouva du même coup témoin de l'abominable carnage qui venait de laisser sur le sol italien une quantité ahurissante de morts et de blessés : près de 40 000 au total, ce qui, rappelons-le, fait de cette bataille l'une des plus meurtrières de toutes celles que compta le XIX^e siècle. Tout à son émotion et oubliant les affaires qui l'avaient décidé à faire le voyage, Dunant entreprit de secourir les victimes en recrutant des volontaires. Trois ans plus tard, la publication de *Un souvenir de Solferino*²⁵¹, récit bouleversant signé de la main de Dunant, participa à convaincre les dirigeants du

²⁵¹ H. Dunant, *Un Souvenir de Solferino*, Berne, Croix-Rouge Suisse, 1986.

monde entier de la nécessité d'une institution à vocation humanitaire. Quelques temps plus tard, naquit la Croix-Rouge.

Cent ans après Solférino, en pleine époque coloniale, la Croix-Rouge togolaise, émanation de la Croix-Rouge française, joua un rôle de tout premier plan en 1958, dans le rapatriement des Togolais, des Ghanéens et Béninois décrétés indésirables en Côte-d'Ivoire. Un comité d'accueil fut constitué afin de distribuer des vivres aux réfugiés et de pourvoir à leur réinstallation à Lomé et à l'intérieur du pays. À la suite de ces événements et sur la base de la convention de Genève et de ses principes fondateurs, fut créée le 26 février 1959, la CRT. Suivirent alors une série de reconnaissances officielles. Celle du gouvernement togolais le 13 septembre 1960 comme organisation de secours volontaire. Celle du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) le 7 septembre 1961. Enfin, le 2 octobre 1961, ultime consécration, la CRT intégra la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FISCR) en tant que 87^e membre.

De par son domaine d'intervention et sa spécialisation, la CRT fut l'une des premières organisations à comprendre très tôt que la santé était un facteur essentiel à toute entreprise de développement. Les activités qu'elle entreprit et dont on peut mesurer aujourd'hui encore les résultats sur tout le territoire national en témoignent : trente-huit dispensaires de santé installés dans de simples cases ; vingt-et-un centres médico-sociaux ; un centre médical doté de laboratoire d'analyses médicales ; deux centres de transfusion sanguine ; un centre de formation de matrones²⁵² ; sans omettre, ni les nombreux dons qui alimentèrent en matériels et en médicaments les structures sanitaires de l'État, ni les séances d'éducation prodiguées aux populations, ni encore les interventions ponctuelles quand survinrent les épidémies.

²⁵² Étaient ainsi dénommées – et le sont encore aujourd'hui – les femmes qui aident à l'accouchement. Le mot n'a donc pas la connotation péjorative qu'on lui connaît en français et doit s'entendre comme « sage-femme ».

Nul doute qu'à l'heure actuelle, le soutien de la FISCAR, pèse de tout son poids dans la réussite des programmes santé de la CRT. À ce titre, le cas de l'initiative ARCHI 2010²⁵³, dont le Togo a conduit la phase pilote, en donne une parfaite illustration. Il s'agit d'une intervention à vocation sanitaire des Sociétés africaines de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour la décennie 2000-2010. Ce programme à court/moyen terme est axé sur deux objectifs prioritaires : l'amélioration du soutien sanitaire de première nécessité dispensé aux plus vulnérables, et le renforcement des capacités des sociétés africaines à répondre plus efficacement aux futurs besoins de leur population.

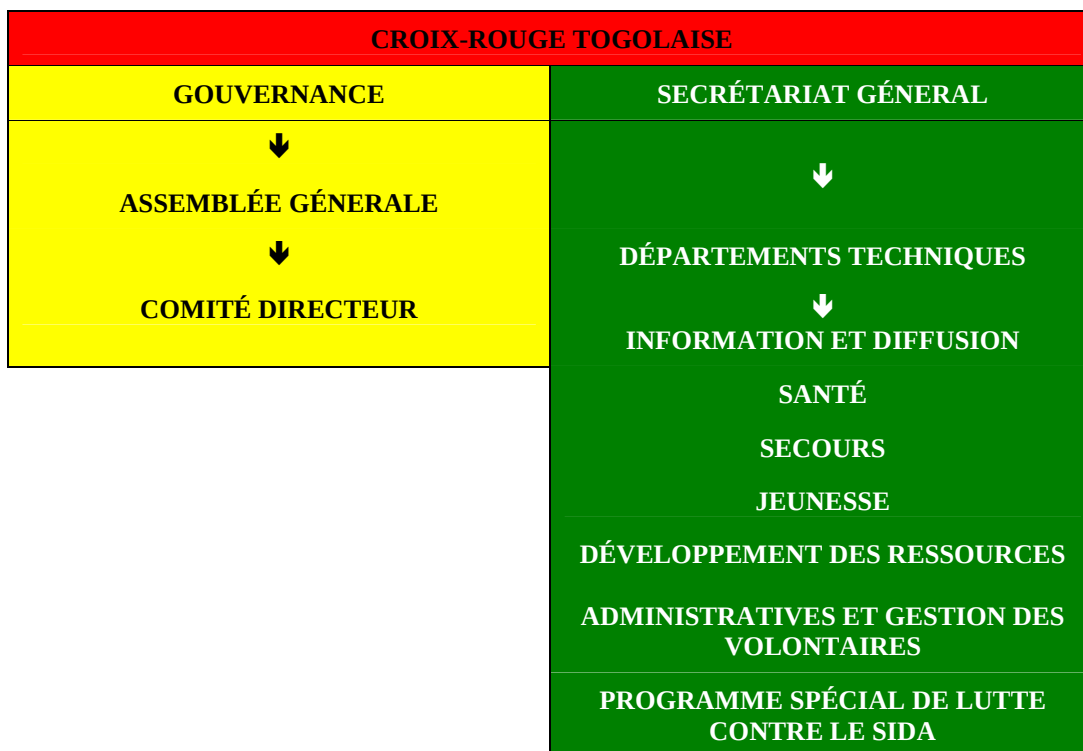
Pour ce faire, des secouristes agents de santé communautaire (SASC) et des pairs éducateurs (PE)²⁵⁴ sont recrutés et formés pour travailler sur les problèmes de santé qui se posent avec une telle acuité qu'ils ne peuvent être perçus que comme prioritaires.

5.2. Organisation et fonctionnement de la CRT

Comme il est fréquent de le voir dans les institutions de ce genre, la CRT se structure autour de deux pôles principaux. Le premier, appelé Gouvernance, est l'instance suprême chargé de la direction et de la politique d'orientation. Constituée d'une Assemblée générale dont les membres sont élus pour un mandat de cinq ans, elle détient le pouvoir d'élire les onze membres du Comité directeur. La gestion, quant à elle, relève des compétences d'un Secrétariat général sous la responsabilité duquel sont placés l'ensemble des départements techniques. Ces départements détiennent chacun des attributions et des domaines d'intervention bien spécifiques. Nous nous contenterons ici de les faire apparaître dans un organigramme général (voir schéma ci-après), pour ultérieurement nous arrêter sur ceux qui méritent un développement particulier.

²⁵³ ARCHI : African Red-Cross and Red Crescent Health Initiative.

²⁵⁴ Pairs-éducateurs = des jeunes formés pour sensibiliser et éduquer leurs pairs en matière de VIH/Sida.



Ce sont les responsables des départements techniques qui sont chargés de la mise en œuvre effective des programmes. « *Car la direction est constituée de volontaires qui n'ont pas souvent le temps matériel* », fait remarquer ce chargé de programme (E2). Compte tenu des besoins et de l'urgence de la situation, il n'en demeure pas moins que cette direction, comme tous les autres acteurs en présence, ne jamais perdre de vue la nécessité d'entretenir et d'asseoir en permanence sa légitimité.

Outre l'accomplissement de ses missions et l'atteinte de ses objectifs, elle est donc contrainte à une constante surveillance interne pour opérer les réformes et les remises en cause qu'impose le mouvement politique du moment, que ce mouvement du reste, vienne du gouvernement togolais ou des instances internationales.

La question de la construction des règles par lesquelles un groupe social se structure, se tient au cœur du principe de l'action collective. Selon cette théorie,

les acteurs établissent librement le système de règles qui leur permettra d'agir collectivement. Dans l'impossibilité où ils se trouvent de tout inventer ou réinventer, ils n'ont d'autres choix que de s'appuyer sur le système normatif existant, système lui-même né des contraintes extérieures qu'il leur est désormais impossible d'occulter dans la négociation de compromis.²⁵⁵

Au départ simple conglomérat de bénévoles et de volontaires, la CRT put, grâce à leur nombre et leur dévouement, atteindre des résultats suffisamment probants pour que s'amorce un début de reconnaissance et de légitimité. Cette efficacité des premières heures eut tôt fait de propulser l'institution dans la cour des grands. Dès lors, l'amateurisme sympathique qui caractérisait le mouvement à ses débuts, certes efficace sur le terrain de la lutte contre l'épidémie, se retrouva confronté à ses insuffisances dans tout ce qui touchait à la gestion et à l'organisation. Ce manque s'avéra d'autant plus criant que la CRT, en se voyant décerner le statut d'utilité publique, fut du même coup placée sous les regards attentifs des pourvoyeurs de fonds et des comptables chargés d'en surveiller l'usage. Dans un même ordre d'idée, le développement simultané de l'activité et de la structure obligeait à reconsidérer les modes d'exercice et de répartition du pouvoir et des responsabilités. Avec Renaud Sainsaulieu et Jean-Louis Laville²⁵⁶, nous affirmerons ici qu'il s'agit aussi de rendre compatible le principe hiérarchique d'exercice du pouvoir puisqu'un groupe ou une organisation est toujours une construction sociale qui n'existe et ne perdure que dans la mesure où elle peut s'appuyer sur des mécanismes permettant d'intégrer les stratégies divergentes des membres. En conséquence, des réformes institutionnelles furent entreprises aux fins de garantir le respect des exigences que toute institution digne de ce nom ne saurait ignorer sans prendre le risque d'obérer gravement son avenir. La transparence financière, le contrôle des activités, la mise en place d'un organigramme dessinant clairement les niveaux hiérarchiques, furent autant obligations auxquelles la CRT dut faire face.

²⁵⁵ J.-D. Reynaud cité par H. Amblart, in *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil, 1996, p. 44.

²⁵⁶ R. Sainsaulieu et J.- L. Laville, *Sociologie de l'association*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.

Le développement institutionnel de la CRT conduisit, au mois de mai 2006, à l'analyse des aptitudes et compétences par la Société nationale lors d'un atelier destiné à élaborer un plan participatif de renforcement des capacités de la CRT. Ce bilan fut plus précisément effectué à l'aune du projet « *Prévention et Lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la région des Plateaux* », mis sur pied dans le but d'accroître l'efficacité de la CRT. Cette évaluation, menée selon la méthode FFOM²⁵⁷ mit en exergue points forts et faiblesses, opportunités et menaces de la Société nationale. Des efforts se firent de part et d'autre pour renforcer les points forts et améliorer les points faibles de cette évaluation. Surtout, on arriva à la conclusion que le volontariat, loin d'être un simple principe, représentait l'axe majeur sur lequel il fallait appuyer le développement présent et futur de la CRT. Pour ce faire, il fut décidé d'étoffer le département ayant en charge le recrutement et la gestion des volontaires.

5.3. Administration et gestion des volontaires

Dans l'optique de renforcer l'efficacité du département responsable du management des volontaires, la CRT élaborait une charte destinée à perfectionner les modes de fonctionnement et les méthodes de gestion du contingent de bénévoles. La conception et la rédaction de cette charte ne furent possibles qu'en réunissant autour du projet, un échantillon représentatif de toutes les instances de la CRT. Cette méthode participative était en effet le gage d'une adhésion sans faille aux principes, valeurs et règles que la charte entendait promouvoir. C'est ainsi que, de la base au sommet de la pyramide hiérarchique, chacun put faire valoir ses points de vue, réflexions et idées. Sur le chapitre plus particulier de la gestion des volontaires, les chefs de programmes, les coordinateurs régionaux et les secrétaires, purent activement contribuer au perfectionnement d'un logiciel dont la base de données, tout en permettant le suivi des volontaires, présentait jusqu'alors quelques insuffisances.

²⁵⁷ FFOM : Forces, faiblesses, opportunités, menaces.

5.4. L'organisation du secours et la gestion des catastrophes

Détentrice de par son histoire et sa vocation d'un fort degré d'expertise en secourisme, et par ailleurs reconnue d'utilité publique, il était tout naturel que la CRT se voit épaulée dans ses actions par tous les corps compétents en matière de sécurité publique. Ainsi sont mis à sa disposition, chaque fois que nécessaire, des forces de police et de gendarmerie, des militaires, hommes de rang, sous-officiers et officiers. Pour accroître l'efficacité de leurs interventions, ces fonctionnaires de la sécurité suivent des programmes de formation qui leur sont dispensés par l'intermédiaire des Sections locales de la CRT. Ces dernières, implantées un peu partout sur le territoire national, touchent ainsi toutes les strates de ces corps constitués, qui peu à peu deviennent experts au même titre que les membres de la CRT. Rompus au secourisme et ouverts aux notions de droit international humanitaire, ils peuvent ensuite adopter les attitudes adéquates et accomplir les gestes que réclame la spécificité des situations rencontrées. C'est notamment le cas dans les périodes où la vie politique du pays prend une intensité particulière en raison des élections. Marquées par un regain d'intérêt sur les questions nationales et une flambée généralisée des passions et des engagements, elles emportent souvent dans leur sillage des troubles dont la gravité peut parfois justifier des interventions d'urgence. Ainsi s'explique le plan de contingence élaboré et mis en œuvre par la Société nationale de 2002 à 2005.

5.5. Information et diffusion

Destiné à renforcer les relations avec les médias, le Département information et diffusion fait de la visibilité des actions de la Société nationale sa priorité. Soucieux de garantir une totale transparence des activités – transparence sans laquelle, on l'a vu, il ne saurait y avoir de véritable légitimité –, le département entretient des rapports constants avec tous ceux qui, par quelque moyen que ce soit, font métier d'informer. Radio, télévision, presse sont autant d'organes avec lesquels les responsables de la communication collaborent étroitement. Cette politique de partenariat vaut à la CRT de pouvoir porter à la connaissance du

public les missions dont elle s'acquitte. Mais en rendant compte ainsi de ses interventions, la CRT se donne du même coup le moyen de promouvoir ses valeurs fondatrices et ses principes directeurs. C'est donc, on le voit, un plan global de communication que ce département fait vivre au jour le jour. À en mesurer les effets, on constate d'ailleurs que ses retombées dépassent souvent le simple registre de la communication et de la publicité. Sur le plan juridique par exemple, le programme a eu d'importantes répercussions sur l'utilisation qui était faite de l'emblème de la Croix-Rouge. Dénonçant par l'intermédiaire des médias les usages abusifs et les usurpations, a obtenu que soient appliqués plus rigoureusement les textes relatifs à sa protection.

5.6. L'organisation de la santé

Concernant le domaine plus particulier de la santé, le Département investi des missions qui relèvent de ce secteur a largement contribué à l'augmentation du taux de fréquentation des centres de santé grâce à la mobilisation des volontaires engagés dans la lutte contre le paludisme. Des campagnes d'information et de sensibilisation sur la prise en charge des cas de paludisme simples, menées essentiellement auprès des ménages par les volontaires, a engendré une augmentation significative des gestes de salubrité et de prévention (traitement des moustiquaires avec des répulsifs). Ces mêmes campagnes, parce qu'elles étaient menées sur le terrain, ont entraîné indirectement un *référencement* plus précis des cas graves. Il faut enfin relever, comme conséquence directe de cette mobilisation, une surveillance plus accrue des risques d'épidémies liés à la survenance de foyers de contagion, toutes maladies confondues. En parallèle, la vaccination, en particulier des enfants, s'est élargie à des couches de la population qui, jusqu'alors, n'en bénéficiaient que fort peu. Tous ces résultats sont à mettre sur le compte de la campagne officielle que la CRT a mise sur pied dans douze districts sanitaires en 2004 et qui eut pour premier effet de produire une mobilisation sociale massive.

Consciente aussi que l'état de santé d'un individu est pour une large part le reflet de son statut social et des conditions de vie qui lui sont inhérentes, la CRT, au travers de son département Santé, a promu ce que l'on appelle encore aujourd'hui des « *Clubs des Mères* ». Donnant la primauté aux aspects économiques de la condition des femmes, cette approche a abouti à ce que les mères parviennent à occuper des activités génératrices de revenus. L'amélioration matérielle de leur quotidien a eu, dans un deuxième temps, des effets extrêmement bénéfiques sur la conscience qu'elles pouvaient avoir des risques liés à une hygiène approximative et des conditions de vie insalubres. Plus éveillées aux dangers qui pouvaient menacer la santé de leurs enfants, elles ont également appris à surveiller la leur.

La prévention supposant toujours de s'attaquer aux causes, d'énormes efforts ont été déployés pour résoudre le problème des foyers infectieux liés à la qualité de l'eau. La très grande quantité de regroupements de population dans des endroits dépourvus de toutes infrastructures entraîna un développement constant des maladies diarrhéiques et des pathologies oculaires (cécité) consécutives à la consommation d'eau non potable. Un service d'approvisionnement fut donc mis en place, accompagné d'actions d'assainissement, en particulier dans la région centrale.

Non plus cette fois en amont mais en aval des problèmes de santé, le département intervient à l'étape des soins par l'intermédiaire de son Centre médical Catalunya, ainsi dénommé parce qu'il est subventionné par la région de Catalogne.

Enfin, s'agissant de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA/IST, les équipes de terrain, après avoir reçu une formation intensive, ont été pourvues de kits destinés à parfaire leurs interventions. Ces kits, spécialement conçus pour ce genre de missions *in situ*, comprennent des documents didactiques et une trousse équipée en matériel de première nécessité (gants, désinfectants etc.). Ce faisant, le département peut porter sa politique de prévention dans les endroits les moins

accessibles du pays : région centrale et région des plateaux, avec l'appui financier de la CRD (Croix-Rouge danoise) et la CRS (Croix-Rouge suisse).

5.7. Le projet sida

Il s'agit d'une initiative de la Fédération internationale de la Croix-Rouge, dans le cadre d'un projet appelé « *Agir avec les jeunes* », et reposant sur une association avec le mouvement scout. Sa déclinaison au niveau des Sociétés nationales reprit le système des Pairs éducateurs de l'OMS. Trois pays, le Bénin, le Ghana et la Jamaïque, expérimentèrent les premiers cette nouvelle façon de procéder. Le caractère concluant de ces expériences amena à l'étendre en tissant les fils d'un réseau qui couvrit peu à peu toutes les Sociétés nationales d'Afrique de l'Ouest. En toute logique, la CRT manifesta le désir de s'inscrire dans cette démarche, donnant ainsi naissance au Projet sida. Le caractère novateur de l'entreprise et l'importance de sa dimension amenèrent la CRT à solliciter le concours du PNLS pour développer l'approche des Pairs éducateurs.

5.7.1. Les pairs éducateurs

Portés par des valeurs fortement teintées d'altruisme, les pairs éducateurs dans leurs motivations, témoignent d'un indéniable désir d'aider leur prochain. Certains de pouvoir se rendre utiles partout où on voudra bien d'eux, ils présentent, dans leurs discours et leurs comportements, un naturel et une spontanéité toujours très convaincante. Par ailleurs, conscients des enjeux que représente l'extension de l'épidémie et de ses ravages, ils font preuve d'une parfaite compréhension de la nécessité d'agir en masse et, par voie de conséquence, épousent sans difficulté l'esprit communautaire. Ainsi ont-ils très vite su occuper une place de tout premier ordre dans la mobilisation pour la lutte contre le VIH. Il faut ici rappeler qu'au commencement de l'épidémie, les tout premiers à réagir, bien avant les autorités, bien avant aussi les institutions officielles, furent des personnes privées, des individus anonymes, sans doute animés du désir d'agir mais aussi conscients du pouvoir de le faire puisque détenteurs du brevet de secouristes. Ces anonymes, touchés au plus profond

d'eux-mêmes devant le spectacle des dégâts perpétrés par la maladie dans les rangs de leurs familles, de leurs amis et de leurs proches, n'eurent de cesse d'agir, dans la mesure de leurs modestes moyens. Peu nombreux sont ceux qui soupçonnent aujourd'hui l'ampleur de ces initiatives, longtemps maintenues dans l'ombre, parce qu'accomplies sans bruit, sans tapage et sur les terrains les plus névralgiques : prostituées, homosexuels, drogués dont on sait qu'ils ne suscitent au mieux qu'un apitoiement. C'est pourtant à partir de ces groupes – et dans ces groupes – que commencèrent de prendre forme les structures que l'on connaît aujourd'hui.

Désormais, la Croix-Rouge togolaise compte dans ses effectifs un assez grand nombre de ces volontaires au profil très marqué, engagés dans la lutte pour des raisons souvent personnelles et intimes. Leur haut niveau de compétences et de connaissances, tout autant que leurs motivations fortement imprégnées de leur histoire et de leur vécu, en font le fer de lance de la mobilisation. Car s'ils savent accomplir les gestes, ils sont aussi en mesure de diffuser la parole et le message, toutes choses qui s'efforcent à endiguer, autant que faire se peut, les progrès de la maladie. Acteurs sans équivalent dans tout ce que la politique de prévention compte de structure et d'effectifs, leur présence est, à bien des égards, un prolongement de tous ceux qui, murés dans la maladie, n'ont ni relais ni porte-voix pour se faire entendre.

On peut donc affirmer que ces volontaires, appelés Pairs éducateurs, sont l'incarnation vivante des principes et des valeurs dont se réclament les institutions qu'ils représentent.

5.7.2. Le recrutement et la formation des volontaires

Cependant, si fortes qu'aient pu être les motivations initiales de ces bénévoles, il fallut très rapidement pallier aux carences de leur formation. Le degré d'expertise qui est aujourd'hui le leur, et que nous avons souligné dans le paragraphe précédent, illustre assez bien le travail de fond qui a été réalisé dans l'acquisition et le développement des compétences. Car leurs connaissances se limitaient, dans

la majeure partie des cas, à quelques vagues notions de secourisme qui faisaient pâle figure en comparaison de celles qu'exigeait l'épidémie. Arrivant le plus souvent avec leur seule bonne volonté, il convenait donc de leur fournir de quoi s'armer, pour engager la bataille qu'ils prétendaient mener. En première lecture, la formation apparaissait comme le maître-mot et, tout compte fait, la solution sur laquelle miser d'abord et avant tout. Cependant, pour que les cursus proposés apportent tous les résultats escomptés, il apparut très vite nécessaire de faire passer les postulants par ce que l'on pourrait appeler un protocole de vérification. Ce mode opératoire, placé en préalable à toute formation, s'avéra indispensable pour évaluer au plus juste la profondeur et la solidité des motivations affichées par le candidat. En effet, si honnêtes que puissent être certains dans l'affirmation de leur désir d'agir, il n'en demeure pas moins vrai qu'au contact du terrain, la réalité brute déstabilise les volontés les mieux trempées. *« Il est peut-être dans l'histoire de l'association de considérer que, pour lutter contre l'épidémie, il ne suffit pas simplement d'être avec les personnes touchées ; il faut faire plus. »*²⁵⁸ En conséquence, il fut admis que l'entrée en formation des volontaires ne vaudrait pas recrutement d'office ni intégration définitive. Depuis que l'on procède ainsi, des résultats significatifs ont été obtenus. *« Il ne faut pas prendre les gens simplement parce que nous avons besoin. Il faut s'assurer de leur motivation. Nous avons connu des cas où les gens venaient spontanément. On leur faisait confiance et, après quelques temps, ils disparaissaient. C'est en est fini avec ça. Aujourd'hui, on s'attache avant tout à connaître les futurs volontaires et, avant de les accepter définitivement, on cherche à savoir s'ils pourront faire le travail avec nous »* (E6).

Voilà qui explique qu'outre le premier entretien par lequel il est possible de se faire une exacte idée des raisons profondes de son engagement, le volontaire est soumis tout au long de son parcours à des exercices qui éprouvent tout à la fois ses compétences techniques et son endurance psychologique. La méthode, pour déconcertante qu'elle soit, présente le gros avantage de réduire considérablement la marge d'erreur. Son application a d'ailleurs fait ses preuves. Alors que l'on

²⁵⁸ Extrait des propos de A. Marty-Lavauzelle dans *Le bénévolat et la santé en France*, p. 58.

dénombrait jadis un taux important de défections et d'abandons en cours de route, on constate aujourd'hui une augmentation du nombre de vétérans. Il faut néanmoins préciser ici que d'autres causes de retrait, notamment la précarité des volontaires, sont venues depuis éclaircir les effectifs de, au grand désarroi de la CRT.

Un autre aspect, non moins important, de la formation tient au fait qu'en œuvrant à l'intégration du nouveau venu, elle le débarrasse progressivement de toute sa subjectivité et partant des *a priori* qui pourraient représenter une entrave à la bonne marche de son évolution : « *Le dispositif de formation emporte une conversion identitaire des volontaires. Il permet de définir, de faire respecter et évoluer les règles du jeu sociales, seules capables d'assurer et de rétablir un consensus. En d'autres termes, la formation est une forme historique de régulation sociale et professionnelle* », affirmaient Claude Dubar et Pierre Tripier²⁵⁹. Cette régulation permet de faire passer le novice, au départ acteur individuel, à la position d'acteur collectif. Grâce à un mécanisme d'appropriation, chaque individu finit par rejoindre une communauté de vue et d'esprit, qui le conduit à se représenter les enjeux et les objectifs conformément à la lecture qui doit en être faite au regard des priorités de l'organisation. Sur bien des points, ce système s'inscrit dans la droite ligne des organisations politiques militantes. Parmi toutes les vocations déclarées, certaines peuvent être identifiées comme répondant le mieux à l'esprit associatif. La responsabilité d'intégrer les nouveaux arrivants relève donc de ces compétences. Promoteurs de la culture de l'organisation, de son langage, de ses idéaux et de ses principes, les volontaires deviennent en quelque sorte les gardiens de son éthique. Car « *les associations sérieuses sont des écoles de civisme et remplissent un rôle auparavant dévolu à l'enseignement primaire. Elles regroupent ceux que l'on appelle les "motivés" qui, habités par une idée ou un idéal, ont un potentiel d'action ou d'abnégation au service des*

²⁵⁹ C. Dubar et P. Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, Armand colin, 1998.

centres d'intérêts collectifs ou généraux. Elles nourrissent et entretiennent ces élans en leur préparant des points d'application, des combats »²⁶⁰.

Bien évidemment, ce qui vient d'être dit ne doit pas faire oublier la dimension didactique de la formation. Les programmes sur lesquels elle s'appuie ont vocation à donner aux volontaires les connaissances indispensables au bon exercice de leur mission. Occasion leur est ainsi donnée d'acquérir le savoir médical dont ils ont besoin pour, le cas échéant, agir de concert avec les services hospitaliers. Dans un même souci d'efficacité, il leur est demandé d'intégrer les notions de pédagogie sans lesquelles leurs interventions auprès du grand public perdraient de leur impact. *« On part de la formation des volontaires en vue de contribuer à l'éducation des populations pour faire des interventions pédagogiques dans les collèges, dans les lycées; je pense qu'il est important d'avoir en face de soi des gens qui connaissent et maîtrisent bien leur sujet, qui ont des connaissances réelles, qui ont eu des formations, un peu en médecine, en statistique, en sociologie, etc., parce qu'ils vont avoir en face d'eux des enfants, des gens qui vont leur poser des questions pertinentes »* (E2). Il s'agit donc, pour tout nouveau venu, de rentrer dans une dynamique d'apprentissage, et *« tout apprentissage consiste à tirer d'un ensemble de faits ou d'actions particulières un principe général d'interprétation ou d'action. Autrement dit, tout apprentissage fait passer du particulier au général »²⁶¹*. Mais cette acquisition de compétences reste, quoiqu'il advienne, sous-tendue par une logique de militantisme ou, à tout le moins, d'engagement et d'adhésion au cadre idéologique de référence. La nécessité d'être solidaire ne suffit donc pas à faire du volontaire un pair éducateur. Encore faut-il qu'il soit convaincu de la pertinence du projet associatif et du bien-fondé des valeurs qui l'animent.

Enfin, il apparaît que la formation des volontaires est l'un des piliers sur lesquels se construisent la légitimité et la crédibilité de l'institution. Or, il ne faut

²⁶⁰ A. Holleaux, cité par C. Debbasch et J. Bourdon dans *Les Associations*, Paris, PUF, 1990, pp. 14-15.

²⁶¹ E. Bourdieu, *Savoir-faire: contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*, Paris, Seuil, 1997, p. 280.

pas perdre de vue que, dans l'inextricable réseau de structures qui ont vu le jour ces dernières années, des sommes d'argent faramineuses sont en jeu. Nerf de la guerre toujours – une guerre ici qui est loin d'être gagnée –, cet argent ne manque pas de susciter les convoitises. On comprendra donc que ceux qui décident de son attribution évaluent avec beaucoup de vigilance le sérieux avec lequel les bénéficiaires en font usage. En cela, la crédibilité et la légitimité ne peuvent en aucun cas se résumer à de simples paroles ou déclarations d'intention. Et pour que l'une et l'autre se traduisent dans les faits, il faut que pairs éducateurs et volontaires, débarrassés de leur défroque de novice, méritent le qualificatif de professionnels. Après bien des efforts, nombre d'entre eux peuvent aujourd'hui arguer effectivement de ce professionnalisme auquel les a conduit leur cursus de formation. Et, en définitive, il paraît opportun de rappeler ici que la formation *« permet l'acquisition des compétences techniques [...], assure l'intégration des nouveaux à la culture de l'association, à son langage, à ses idéaux, à ses principes ethniques. En d'autres termes, elle donne l'accès à l'esprit de corps en même temps qu'elle concourt à le former »*.²⁶²

5.7.3. Le recours aux professionnels salariés ou le dilemme associatif

Aujourd'hui reconnue par ses partenaires comme une institution à part entière et un acteur majeur sur la scène de la lutte et de la prévention, la Croix-Rouge togolaise n'en est pas moins arrivée à un point critique de son évolution. Au reste, toute entreprise humaine qui se propose de concrétiser tel ou tel projet, de quelque nature qu'il soit, rencontre à un moment ou à un autre de son développement des difficultés similaires – difficultés dont on a tôt fait de se rendre compte qu'elles sont justement, *inhérentes à et indissociables de* ce développement.

Qu'il s'agisse d'une société à vocation purement économique ou d'une association à but non lucratif, qu'il s'agisse encore d'une équipe sportive ou d'un mouvement politique, tout groupe humain fédéré autour d'un même corpus de

²⁶² P. Pinell, *Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France*, Paris, PUF, 2002, p. 64.

valeur, soudé par une identité de culture et animé du désir d'atteindre un même objectif, obéit à un processus d'évolution quasi mécanique qui se déroule, à chaque fois, selon un même scénario. Passés les premiers temps de la phase pionnière où la motivation débridée des acteurs et leur envie d'en découdre viennent à bout de toutes les difficultés, passées ces premières heures où le manque de moyen est avantageusement compensé par la force imaginative et la débrouillardise, où le manque de bras et de temps ne porte pas à conséquence tant sont forts l'investissement et l'implication de ceux-là mêmes qui portent le projet, passé ce temps donc, arrive la phase de croissance – croissance d'autant plus forte que les efforts fournis dans la phase précédente ont été conséquents. À cette étape de son évolution, ce groupe (ou cette équipe), en même temps qu'il récolte ses premiers résultats, se voit contraint de faire face à des exigences d'un tout nouvel ordre. Parvenu à une certaine notoriété grâce à ses premiers succès, il lui faut désormais tenir son rang, honorer cette image en devenir et, sous peine de décevoir, répondre avec la même efficacité et le même degré de qualité aux nouvelles demandes qui affluent, aux nouvelles attentes qui se formulent, aux nouvelles espérances qu'il suscite.

C'est dire qu'à cette étape de leur évolution, l'entreprise, l'équipe, l'association, le mouvement, n'ont d'autre choix que celui de se professionnaliser et de se structurer. Cet impératif comporte en filigrane un enjeu de taille, car qui dit professionnalisation et structuration dit aussi recrutement et accroissement des effectifs. Ce sont alors toute une série de problèmes qu'il convient de résoudre en dépit de leur complexité et sans pour autant bénéficier d'une marge d'action très étendue. L'alternative, en effet, est la suivante : doit-on promouvoir aux nouveaux postes les combattants de la première heure, au risque de perdre les compétences les plus aguerries aux endroits où elles sont le plus utiles (la base et le terrain) ? Ou bien doit-on faire appel à l'extérieur et recruter de nouveaux éléments, au risque cette fois de mécontenter les anciens, déçus de n'être pas promus aux nouveaux postes ? Cette question n'est certainement pas la seule à devoir être posée et d'autres mériteraient que l'on s'y penche pour venir à bout du problème. Nous ne retiendrons cependant que celle-là, parce que d'une certaine façon, elle

renvoie à la difficulté que rencontre aujourd'hui la Croix-Rouge togolaise. Parvenue à cette phase de croissance évoquée plus haut, elle se doit de répondre concrètement aux problèmes que soulève son développement. Le professionnalisme dont elle doit faire preuve à tous les niveaux, et non plus seulement sur le terrain des interventions dévolu prioritairement aux volontaires, suppose qu'elle se structure et qu'elle s'organise à proportion des exigences, obligations et contraintes inhérentes à sa taille, son importance et son statut d'institution. La question est donc posée : à qui doivent revenir les postes qu'il va falloir désormais occuper et les missions qu'il va falloir remplir ? À vouloir y répondre, on en soulève immédiatement une autre, tout aussi épineuse parce qu'elle oblige en même temps à ouvrir un débat sur la politique globale de la CRT. Le problème est le suivant : comment conjuguer l'éthique et la culture du volontariat dont l'institution tire sa force, avec la nécessité de recourir au salariat pour se professionnaliser ?

La pérennité de l'activité et sa continuité ne laissent guère de choix. La CRT, si elle veut être des combats de demain, doit aujourd'hui opter pour cette solution. Consécutives à son développement, de nouvelles tâches réclament la création de nouveaux postes, qui eux-mêmes appellent de nouvelles compétences. Une bonne part d'entre elles touchent à l'administratif et à la gestion. Suivi des dossiers et traitement des courriers, faute d'être accomplis en temps et en heure par des gens du métier, s'accumulent à un point tel que c'est la structure dans son entier qui en pâtit. Dans les faits, il s'agit d'embaucher des professionnels pour l'exécution de tâches techniques et spécifiques. De la même manière, l'augmentation des effectifs suppose, en contrepartie, un management professionnel où l'improvisation et l'amateurisme n'ont guère leur place. Cela signifie qu'il est désormais temps de disposer d'un véritable département des ressources humaines, dont la direction ne pourrait être confiée qu'à des professionnels. *Idem* pour la comptabilité. *Idem* encore pour tout ce qui touche à la politique de communication dont chacun sait aujourd'hui qu'elle tient une place tout aussi primordiale. Le salariat, on le voit, paraît être la solution la mieux appropriée puisqu'il en va de l'avenir de la CRT : « *Les salariés sont un gage de*

pérennité. Parce qu'il nous faut de vrais comptables, notamment quand on voit les sommes d'argent qui nous passent entre les mains. Ce ne sont certainement pas des volontaires qui, avec quelques heures à donner, vont pouvoir tenir la comptabilité de tout un département ou d'une région. Mais les salariés aujourd'hui ne sont pas nombreux. Quand on sait que les volontaires, pour la plupart d'entre eux, viennent donner de leur temps après leur journée de travail et quand ils le peuvent, on comprend toute la difficulté qu'il y a à faire fonctionner la machine, sans parler de la nécessité de planifier et d'animer les temps collectifs, les réunions indispensables désormais pour parvenir à une coordination de l'ensemble...» (E2).

Au regard de la croissance et du développement de l'institution, le salariat s'impose donc comme une évidence. Solution responsable et pragmatique au regard de ce que sont devenues, et l'épidémie et l'activité qui en découle, ce salariat constitue la seule réponse possible aux attentes et aux exigences que la politique de santé publique formule à l'endroit de la CRT.

Mais cette stratégie n'est pas sans poser de sérieuses difficultés. La tendance normale voudrait que le recrutement de permanents se fasse en priorité dans les rangs de ceux qui, jusqu'alors simples volontaires, ont prouvé à maintes reprises leur engagement et leur implication. Comme une manière de récompense à l'égard de ceux qui ont porté au jour le jour les valeurs et les principes fondateurs, leur intégration en tant que salarié équivaldrait à une promotion bien méritée. Sous cet angle, l'option ne paraît pas contestable. Il s'agit là, d'ailleurs, d'appliquer le principe de la théorisation de l'intervention sociale par la promotion dans l'emploi associatif. D'autre part, à procéder de la sorte, l'esprit associatif se verrait préservé. Le salarié étant avant tout un membre « historique » de la structure, l'accession à ses nouvelles fonctions ne remettrait en cause ni son esprit ni son attachement à la culture interne. Cependant, les partisans de cette approche se voient opposer un argument de poids dont la pertinence est directement liée à la lecture des faits. Qu'on en juge avec le témoignage suivant, recueilli de la bouche d'un bénévole promu salarié : « *Depuis que je suis devenu salarié j'ai beaucoup*

plus de travail car ce qu'on me demande moyennant salaire vient se surajouter à tout ce que je faisais et que je continue à faire en tant que volontaire. Vous voyez, en tant que salarié, je devrais terminer ma journée à 18 heures Il est déjà 19 heures passée. Je suis toujours là et je suis loin d'avoir terminé...» (E6).

Le propos a le mérite d'être clair. Surtout, il met le doigt sur un problème qui ne semble pas prêt d'être résolu. Faire passer le bénévole au statut de salarié implique inmanquablement de trancher une alternative dont les deux propositions sont également douloureuses. Soit le bénévole, en intégrant ses nouvelles fonctions, abandonne l'ensemble des tâches qu'il effectuait jusqu'alors, auquel cas il n'y a rien moins qu'une perte sèche de compétence et de productivité à la base de l'activité. Soit ce même bénévole, désormais rémunéré, est tacitement tenu d'être présent sur les deux fronts que constituent sa nouvelle et son ancienne mission, avec à la clé le risque évident de s'entendre dire par les personnes concernées qu'au fond, le jeu n'en vaut pas la chandelle. À ce jour, les quelques tentatives réalisées n'ont pas encore révélé toute la dimension du problème. Les volontaires promus s'acquittent sans broncher de toutes les tâches qui leur reviennent, sans non plus faire de *distinguo* entre celles pour lesquelles ils reçoivent rémunération et celles qui relèvent du bénévolat. À ce titre, le lien qui existe entre le salarié et l'institution ne relève pas de ce qui caractérise, dans sa logique originelle, le salariat. Autant dire que ce nouveau « professionnel » n'est pas un salarié au vrai sens du terme. Il s'établit, entre lui et l'institution, une relation non marchande qui garantit la spécificité du fonctionnement associatif. Par exemple, « *l'employé devra, en dehors de ses heures de travail, représenter l'association dans une manifestation extérieure* »²⁶³. Cette solution a des allures de pis-aller. Sans doute applicable d'une façon toute temporaire, elle ne saurait être envisagée comme stratégie durable. Le propos de cette volontaire en atteste : « *Je pense que la vie même de l'association dépend des deux, de l'équilibre des deux. Mais, au final, il faudra que le pouvoir décisionnel reste aux mains des volontaires, des bénévoles, des militants. Quoiqu'il adviene, ils devront rester majoritaires et décideurs de l'avenir et des orientations. S'il doit y avoir des*

²⁶³ B. Rebelle et F. Swiatly, *op. cit.*, p. 143.

professionnels, alors il faudra que ces derniers soient au service de la politique voulue par les volontaires et non l'inverse. À mon avis, ce ne serait pas bon. Mais il est vrai que la vie d'une structure comme la notre repose sur les uns comme sur les autres, un peu comme un moteur à deux temps. Il faut qu'il y ait des bénévoles et des professionnels pour que l'ensemble fonctionne» (E24).

En admettant alors qu'il faille recourir de manière plus systématique au salariat et partant aux recrutements externes, c'est une nouvelle difficulté qui vient à surgir. En tout premier lieu, se pose la question de la culture de l'institution. Nous avons eu l'occasion déjà de développer tout ce que ce mot de « culture » sous-entend. Derrière lui ce sont toute une organisation, des valeurs, des modes de fonctionnement, un esprit qui, parce qu'ils ont été respectés et suivis à la lettre, ont participé à faire de la CRT ce qu'elle est devenue aujourd'hui. Il est donc normal que ce patrimoine immatériel et informel ne soit pas oublié et encore moins renié. D'autres institutions, pour avoir passé outre ce principe, se sont gravement fourvoyées dans des orientations qu'elles ont chèrement payées. Il suffit, pour s'en convaincre, de reprendre quelques exemples de grandes organisations dont les noms et l'histoire sont, aujourd'hui encore, entachés de souvenir peu reluisants. L'ARC et son fondateur Jacques Crozemarkie en sont peut-être l'un des exemples les plus manifestes dans l'histoire du mouvement associatif humanitaire. Il convient donc de comprendre qu'à s'éloigner de ses fondements premiers, une institution encourt le risque de les perdre totalement de vue, jusqu'à se perdre elle-même. C'est parce que les décideurs de la CRT en ont une parfaite conscience que le débat sur la stratégie à adopter est aujourd'hui aussi crucial. En optant pour le recrutement massif d'éléments externes il y aurait, de fait, mutation profonde au cœur même de l'institution. La négociation de ce virage, si elle veut avoir quelque chance de succès, appelle donc une réflexion de fond.

D'autre part, l'option du salariat par l'intégration de nouvelles recrues, implique de s'interroger sur la perception qu'en ont les volontaires. Le contexte de l'emploi étant ce qu'il est, nombre d'entre eux espèrent asseoir leur position

dans une situation autrement plus intéressante que celle qu'ils occupent dans la vie civile. Sachant que de nouveaux postes sont à pourvoir, plusieurs prennent leurs marques et affichent leur désir d'accéder à un rôle qui, par delà la rémunération, leur vaudrait stabilité, reconnaissance, voire évolution et carrière. Cette perception des choses, intimement liée à des motivations personnelles qui ne sont pas en soi critiquables, peut être comparée à une bombe à retardement dont on aurait commencé à amorcer le mécanisme. Une part non négligeable des volontaires, en cultivant cette manière de voir, distille jour après jour des espérances dont on pressent qu'à être trop longtemps portées, elles finiront par devenir frustration et déception. Cette analyse n'est malheureusement pas pure conjecture et les faits tendent d'ores et déjà à montrer que parmi les volontaires, certains, lassés de ne pas obtenir un retour proportionnel à leur investissement, jettent l'éponge et quittent l'institution. Au final, c'est de nouveau le problème de l'éclaircissement de la base qui se retrouve posé.

5.7.4. L'information, un outil essentiel de prévention

Aux fins d'accroître l'efficacité de la politique de prévention, il est apparu que certains outils de médiation devenaient indispensables pour toucher le plus large public possible. Grâce à un opportun partenariat avec des professionnels de l'édition, un petit fascicule intitulé *Trait d'union* a pu voir le jour. Son impression à un grand nombre d'exemplaires et sa diffusion régulière ont eu pour conséquence immédiate de toucher une part toujours plus grande de population, jusque-là assez peu, ou mal informée. La qualité des articles rédigés a joué une grande part dans l'accueil favorable qu'a reçu la revue. Écrits par l'ensemble des acteurs de la prévention, ces articles se font fort de couvrir l'ensemble des thématiques de la maladie. Chemin faisant, cette publication est parvenue à se tailler la part du lion dans le monde des brochures de prévention, si bien qu'à l'heure actuelle, elle fait figure de référence en la matière. Ce succès tient essentiellement au fait que l'on peut trouver dans ses colonnes une très grande variété d'articles qui, chacun à leur niveau, retranscrivent la réalité de l'épidémie sous des angles différents. Tandis que le monde scientifique y trouve le moyen de

faire un exposé didactique sur les causes et les conséquences du sida, les volontaires, eux, témoignent de ce qu'ils vivent au quotidien. Pour être tout à fait complète cependant, une large place a été faite aux témoignages des malades qui, en prenant la plume, décortiquent tout le processus par lequel ils ont été amenés à contracter le virus. Placés les uns à côtés des autres sur un même support, ces récits et exposés, volontairement rédigés dans une langue claire et accessible, amènent le lecteur à se faire récepteur de l'information. Mieux peut-être que ne saurait le faire un message oral, *Trait d'Union*, en misant sur l'écrit, exploite un canal d'information par lequel le lecteur, plus actif dans sa démarche, est aussi plus réceptif.

5.7.5. Des compétences remises en cause

Si la plupart des membres de la Croix-Rouge ont tout lieu de se satisfaire des résultats engrangés, les avis extérieurs sont en revanche moins unanimes. Compte tenu du point d'évolution où l'institution est désormais arrivée, il semble que les problématiques de développement évoquées plus haut trouvent de fâcheux prolongements. Nous avons précédemment cru devoir détailler ce que le passage de la phase pionnière à la phase de croissance accélérée pouvait engendrer en termes de difficultés. Qu'il nous soit permis de reprendre ici cette analyse pour faire remarquer que, dans le scénario classique du développement d'une entreprise, d'une association ou de toute autre structure, l'étape de la structuration et de la professionnalisation comporte toujours le même piège – un piège d'autant plus difficile à éviter qu'il est tendu à ceux-là mêmes qui dirigent la structure. Si le travail acharné des premières années a conduit désormais à un statut officiel d'institution reconnue pour ses résultats (et donc sa réussite), on constate néanmoins que les préoccupations ont tendance à changer de nature. Sous couvert de s'organiser et de se professionnaliser, sous couvert aussi d'assurer la pérennité et le développement, on observe qu'une fracture s'opère entre la base et les instances dirigeantes, entre les troupes du terrain et ce que l'on a coutume de désigner par le mot « siège ». Ce dernier terme de résumé d'ailleurs à lui seul le problème. Par un phénomène difficilement explicable, il semble qu'à ce stade, il

faillie toujours plus de bureaux, dans lesquels se concentre toujours plus de monde, qui participe à toujours plus de réunion. Bref, toutes choses qui n'ont qu'un très lointain rapport avec la cause initiale – ici la lutte contre le sida. Loin de nous l'idée d'appliquer ce trait volontairement caricatural à l'institution qui nous occupe. Néanmoins, les propos de certains bailleurs de fonds et partenaires prennent des accents de critiques qui devraient susciter quelques interrogations. Est-ce un manque de compétence ou d'implication, ou s'agit-il d'un phénomène de déviance assez semblable à celui que nous venons de décrire ? Nul ne sait ; mais il ne fait pas de doute qu'ici et là, on trouve à redire. La déléguée de la Croix-Rouge danoise, dans l'analyse qu'elle nous donne de la situation, semble corroborer ces critiques. Selon ses dires, il semble qu'il y ait effectivement une nette différence de perception entre les instances dirigeantes qui occupent le siège et les sessions locales où s'accomplit le travail de terrain, perception décalée qui pourrait conduire à une sorte de fracture. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée, car la quasi-totalité des partenariats reposent sur la qualité du travail effectué au niveau local. Si celui-ci venait à s'interrompre ou à perdre de son intensité, il est probable que ces mêmes partenaires n'hésiteraient pas à se tourner vers d'autres acteurs.

6. Les religions face au défi

Historiquement, les catholiques et les protestants ont toujours été partie prenante dans les initiatives destinées à promouvoir le progrès social en Afrique. Si leur domaine de prédilection reste l'éducation, l'enseignement et la formation, il faut aussi leur reconnaître un rôle non négligeable dans la lutte contre le sida, via l'exercice de leur ministère. De fait, les messages passés au cours des offices et des prêches ont, dans une certaine mesure, participé à la prise de conscience qu'appelait cette catastrophe. Sans qu'il soit ici question d'émettre la moindre opinion sur le prosélytisme qui les anime, nous pouvons cependant examiner en quoi leur action, tout en contribuant à la prévention, trouve rapidement ses limites. Gardien des valeurs morales et promoteur des bonnes mœurs, le corps ecclésiastique intègre, dans son discours, l'accablante réalité de la pandémie. Mais

les marges de manœuvre restent extrêmement étroites si l'on considère l'ensemble des sujets que l'on se doit d'aborder pour avoir un éclairage complet du problème et un discours préventif efficace.

Le sida étant avant tout une maladie sexuellement transmissible, il ne paraît guère raisonnable de faire l'économie du réalisme et du pragmatisme que réclame tout avis sur la question. À ouvrir le débat sans faux fuyant, telle personne qui prétend y prendre une part active n'a d'autre choix que d'entrer de plain-pied dans un registre sémantique que d'aucuns considèrent comme relevant de la plus abjecte crudité. Indépendamment même de la gêne que provoque l'usage d'un vocabulaire approprié, c'est aussi une gêne engendrée par les difficultés que représente le dépassement du tabou. Les autorités ecclésiastiques ne semblent pas prêtes à consentir l'effort réclamé, loin s'en faut. Le socle de leurs croyances et de leurs convictions, le dogme qu'elles sont tenues de respecter, la hiérarchie à laquelle ils sont soumis, tout ou presque empêche que les choses soient dites comme elles devraient l'être. Aussi, catholiques et protestants, en dépit de la sincérité qui les animent, travaillent avec des outils de bien faible portée. Les appels à la fidélité, la proscription de rapports sexuels en dehors des liens du mariage, l'indissociable lien prôné entre jouissance et procréation : autour de ces trois prescriptions, s'articule le credo qu'ils opposent à la pandémie. La notion même de protection, par l'usage de moyens dont la fonction première reste la contraception (préservatif), pose aussi problème. Comment recommander l'usage systématique du préservatif sans reconnaître du même coup la normalité d'un comportement que la doctrine réprouve, parce qu'il est estimé immoral ? Enfin, à supposer qu'il soit possible aux représentants de l'église de dépasser tous ces freins, l'impact de leurs interventions se trouverait encore limité, parce que prodiguées au seul cercle des fidèles. *Quid* de ceux qui ne se rendent pas à l'office ? Ces questions, on le voit, renvoient à la nécessité d'un positionnement qui suppose de se confronter aux contradictions. Ceci étant dit, reconnaissons que prêtres et pasteurs ont, dès le début de l'épidémie, retroussé leurs manches. Laissant de côté les réflexions purement théologiques, ils se sont employés à combattre, avec leurs moyens, la maladie. La création en 1994 de l'Association

protestante des œuvres médico-sociales du Togo, regroupant les membres du Conseil chrétien, s'inscrit dans cette démarche. Elle a pour mission de coordonner les actions sanitaires de toutes les structures appartenant aux églises protestantes. Un accent particulier a été mis sur le volet sida et les maladies sexuellement transmissibles. Des débats publics ont été organisés avec, pour objectif, la sensibilisation des fidèles.

De la même manière, les tenants de la doctrine catholique, confrontés eux aussi à la déflagration de cette catastrophe, ont usé de leur forte implantation pour atteindre leur public. Dans un pays qui compte une majorité de chrétiens ralliés à cette confession, l'Église a pu obtenir une assez vaste audience, notamment sous l'égide de l'OCDI (Organisation de la charité et du développement intégré). Il semble néanmoins que ces interventions soient, en grande partie, restées dans le cadre essentiellement spirituel. Des messes, organisées spécialement à l'intention des malades, témoignent assez bien de la façon dont le problème est abordé. À titre d'exemple, citons la paroisse Saint Kisito de Tokoin Doumassessé. Située au nord de Lomé, elle dispense des cérémonies tous les mercredis et, d'une façon plus solennelle, tous les premiers dimanches du mois. Des milliers de personnes souffrant de maux divers – du sida entres autres – accourent des quatre coins du pays pour d'hypothétiques guérisons. Portés par l'euphorie de ces rituels de masse où le désespoir se mue en une négation collective du réel, certains vont jusqu'à évoquer une guérison totale. On verra sans doute, dans ces manifestations, une application de l'adage qui veut que « *la foi seule sauve* ». Notre démarche reposant sur l'objectivité, nous nous abstiendrons d'émettre un avis, sauf à faire remarquer que, dans toutes les circonstances où l'homme se voit menacé dans son existence même par un danger à grande échelle, la raison, impuissante à expliquer, opère un retrait. Et de laisser la place alors à des comportements qui n'ont qu'un très lointain rapport avec l'approche rationnelle que mériterait la situation.

En tant que vecteur de la prévention, les religieux opèrent donc sur un champ forcément circonscrit à la lecture qu'ils s'en donnent. Cette situation cause aujourd'hui une certaine tension entre le corps ecclésiastique et l'État. Alors que

ce dernier avait toujours apporté son soutien et sa caution aux entreprises du clergé, la question du sida est venue semer le trouble dans leurs relations. Toujours disposé à reconnaître la légitimité du spirituel, le temporel, à qui incombe la responsabilité de mettre en œuvre la prévention, se satisfait mal des positions ecclésiastiques : *« Nous nous efforçons de mettre en place une coordination des religieux. Mais les positionnements sont difficiles à obtenir. Certains éprouvent du mal à se retrouver dans un collectif. Entre ceux qui sont pour l'utilisation des préservatifs et ceux qui sont contre, la cohabitation est difficile. Cependant, nous ne pouvons les tenir à l'écart parce qu'ils sont de véritables leaders d'opinion, très efficaces dans la diffusion des messages »* (E15).

Le sujet des préservatifs et de leur usage est devenu pomme de discorde, à telle enseigne que le pays entier se voit aujourd'hui divisé entre « pro » et « anti ». Mais l'exaspération que suscite le discours moraliste de ceux qui sont contre, chez ceux qui sont pour, multiplie les prises de position : *« Sur le plan social, je crois que la pratique du préservatif, avant d'être un support de lutte contre le sida, reste une mesure de planification familiale et, à ce titre, je pense que chacun doit décider de la procréation. Il est un moyen de contrôle. Sur le plan spirituel et religieux, il n'y a aucun passage de la Bible qui l'interdit. S'il empêche la grossesse, il n'y a pas de péché. Chez nous, les baptistes, on l'encourage d'ailleurs. Maintenant, je comprends le combat de l'église catholique qui reste toutefois hypocrite. On prône l'abstinence jusqu'au mariage, si cela advient, c'est une grâce. Mais pour l'enjeu, je crois qu'il sera plus utile et plus honnête d'encourager les préservatifs pour des rapports occasionnels. L'église catholique pense que c'est une manière d'encourager la débauche sexuelle ou l'immoralité. Il faut être réaliste tout de même... »* (E22).

Au final, l'observation des faits conduit néanmoins à un relatif optimisme puisque une certaine indépendance d'esprit semble vouloir s'imposer dans la façon que chacun a de vivre sa sexualité.

Tableau n° 20. Répartition de l'utilisation des préservatifs selon la pratique religieuse

Religions	Préservatifs		Effectifs	Pourcentages
	Oui	Non		
Animiste	12	4	16	13,33
Catholique	44	9	53	44,17
Protestante	32	5	37	30,83
Musulmane	9	5	14	11,67
Total	97	23	120	100

Ce tableau montre qu'une majorité des personnes rencontrées adhèrent à la méthode préventive et utilisent des préservatifs. Sur 53 catholiques par exemple, 44 ont déclaré en faire usage, soit un pourcentage de 83%. Les messages religieux n'auraient donc qu'un impact somme toute limitée puisque, s'agissant de cette confession, l'écrasante majorité n'y adhère pas. Est alors soulevée la question de la légitimité de cette institution dans la lutte contre le sida. Pour un responsable des associations de malades, il importe que chaque personne fasse la part des choses : *« N'attendons pas de l'église catholique un changement de ton. Elle prône ses valeurs morales et ce n'est pas au cours d'un sermon qu'un prêtre ira contre. Tous, du reste, savent parfaitement que pas grand monde ne les écoute. Mais exactement comme les associations accomplissent leur devoir en faisant campagne pour le préservatif, l'Église, elle, mène son travail comme elle estime devoir le mener »* (E4).

Ainsi ne se fait-on pas d'illusion sur les méthodes religieuses. Devant ces accusations d'hypocrisie, il importe que chacun se détermine par rapport au risque que représente la pandémie. *« Le sida doit nous amener tous à être*

intelligents. »²⁶⁴ C'est en cela que Dali Boubakeur dira : « Il ne faut pas considérer que la permission du préservatif, dans certaines doctrines comme la mienne, ne prend pas en compte certaines réticences de l'Église catholique. Nous ne considérons pas que l'autorisation du préservatif soit une incitation ou un vecteur de permissivité sexuelle. Il est vrai que les quelques campagnes que l'on peut observer dans les écoles ne sont pas sans choquer certaines familles, quand elles proclament que, la sexualité étant acquise dès l'adolescence, dès l'école ou dès le lycée, on peut tout se permettre puisque, grâce au préservatif, il n'y plus de risque à prendre. »²⁶⁵

7. Les guérisseurs dans l'arène

Comme dans d'autres pays du continent africain, le Togo compte, à côté des pratiques orthodoxes de la médecine, les pratiques traditionnelles fondées sur une culture qui fait une large place aux guérisseurs. Enracinés depuis la nuit des temps sur le sol togolais, ceux-ci le sont également dans la conscience collective et les mœurs de la population. La déferlante du sida est arrivée à point nommé pour redonner à leurs activités une santé que le modernisme avait contribué à malmenier. Considéré, au même titre qu'un praticien, comme un spécialiste des maladies et des maux, les guérisseurs tiennent consultation, diagnostiquent et prescrivent, selon un corpus de connaissances et de savoir-faire, qui n'ont évidemment aucun rapport avec la science médicale. Invoquant les esprits pour identifier l'origine de la pathologie, ils définissent ensuite un mode opératoire de guérison, parsemé de recommandations, d'interdits et d'instructions dont l'incongruité semble vouloir être une garantie d'efficacité. L'essentiel des prescriptions porte sur des aspects alimentaires et, s'il est conseillé à tel patient de consommer de la poule au lever du soleil pour stopper ses migraines, il lui sera en revanche interdit de manger du coq à son coucher sous peine de les voir s'aggraver. Cette approche thérapeutique, dont l'étendue dépasse largement les contours de l'imagination la plus débridée, présente le grand avantage de couvrir

²⁶⁴ Bertrand Delanoë, cité par J. Bancal dans *Chrétiens et Sida*, n° 40, janvier-mars 2003, p. 11.

²⁶⁵ D. Boubakeur et al., *Sida : les religions s'interrogent*, Paris, L'Harmattan., 1994, p. 66.

absolument tous les maux dont un homme peut souffrir. Maux physiques, bien sûr, mais également déconvenues professionnelles, malheurs sentimentaux, cauchemars et autres insomnies... Totale­ment libres d'exploiter à l'envie ce que la tradition leur offre d'opportunités, ils ont su occuper le terrain de l'épidémie d'autant plus facilement que la médecine classique est longtemps restée dans l'incapacité de proposer un protocole de traitement, d'autant plus facilement aussi que les quantités astronomiques de personnes touchées suscitent un désarroi très favorable à la récupération des croyances et des superstitions.

Plutôt que de nier les faits, l'État a préféré les intégrer dans son analyse et, aujourd'hui, tout est fait pour tenter de les impliquer dans la politique de prévention. C'est ce que nous a confirmé ce représentant des pouvoirs publics : *« Lors du dernier conseil, nous avons donné l'opportunité aux tradithérapeutes de s'exprimer. Ils ont lancé un message fort intéressant qui a retenu l'attention du chef de l'État. Au lendemain de cette rencontre, audience leur a été donnée pour examiner dans quelle mesure ils pourraient être associés aux principaux acteurs »* (E14).

Une majorité de Togolais recourant à ces pratiques ancestrales, il apparaissait nécessaire de prendre en compte ceux qui en font leur activité – guérisseurs et tradithérapeutes. *« Outre la reconnaissance officielle que ce programme implique pour des médecines qui avaient plutôt jusqu'alors été dédaignées par les tenants de la modernité, il s'agissait plus concrètement d'identifier des guérisseurs susceptibles de collaborer avec les services sanitaires. »*²⁶⁶ Cette attitude, empreinte de bon sens, prenait en compte la réalité culturelle du pays. *« Aucun État ne peut mettre à dos cette partie de la population [...]. Il y a tous ceux qui n'ont pas les moyens d'aller consulter les médecins et de fréquenter les pharmacies. Et ce sont justement tous ceux-là qui se tournent vers les tradithérapeutes »* (E22).

²⁶⁶ D. Fassin, *op. cit.*, p. 173.

Malheureusement, cette volonté d'intégrer les guérisseurs dans les rangs des acteurs agissants conduit parfois à provoquer des effets pervers, la plupart d'entre eux ne connaissant que les maladies opportunistes. « *Ces dernières, souligne Laurent Bocéno, sont depuis longtemps connues et combattues en tant que telles par l'art médical africain. Les thérapeutes africains contrôlent ces pathologies car elles sont inscrites dans leurs univers.* »²⁶⁷ Ne pouvant être suffisamment contrôlés dans l'exercice de leurs fonctions, en ce qui concerne le sida, il n'est pas possible de vérifier la façon dont ils procèdent à l'égard de la maladie et des malades. Mais des témoignages, drainés çà et là, indiquent que leur méconnaissance, conjugée à leurs croyances, participe à entretenir dans les populations une lecture toute fallacieuse des causes et conséquences du sida. Présenté comme un châtiment venu punir les mauvais sujets, le sida pourrait être guéri à force de repentir, de contrition et de rachat. De l'argent, quelques noix de colas, un animal offert en sacrifice peuvent, le cas échéant, venir appuyer la démarche salutaire. Comme nous l'a expliqué ce ritualiste, il existerait deux sortes de sida : « *Le sida naturel et le sida surnaturel. Le sida naturel est celui qu'on attrape de façon bien réelle. Le sida surnaturel, quand à lui, s'attraperait par envoûtement. De ce dernier, il est possible de guérir grâce à l'intervention du guérisseur* » (E9). Et ce ritualiste de nous affirmer, lors de ce même entretien, qu'il était en mesure de nous « *donner* » le sida, pour nous en « *guérir* » ensuite – façon la plus probante, selon lui, de nous convaincre... Nous n'avons pas cru devoir donner suite.

Ces dérives sont, en partie, le fait des efforts fournis pour légitimer officiellement les tradithérapeutes. Aussi serait-il temps de reconsidérer la pertinence de cette stratégie. Au sein même des guérisseurs, il se rencontre des « praticiens » qui, conscients des limites de leur art et de la nature virale de la maladie, reconnaissent la dangerosité de cette politique d'intégration. Selon eux, la formation serait une piste à explorer. Le propos de l'un de ces guérisseurs va dans ce sens : « *Quand un guérisseur dit qu'il guérit le sida, c'est parce qu'il*

²⁶⁷ L. Bocéno, « Sida », in Yves Dupont (sous la dir. de), *Dictionnaire des risques*, 2^e éd., Paris, Armand Colin, 2007 (1^{re} éd. : 2003), p. 433.

pense qu'il le peut vraiment. Lui-même est dans l'ignorance. Il ne connaît pas le sida. Il confond sida et maladies opportunistes qui lui sont liées. Il s'en tient aux manifestations cliniques et n'est pas capable de faire la différence. Pour qu'il évite de faire des déclarations aussi graves, il faut que l'état donne les limites du métier. D'où la nécessité de relever son niveau en le formant. Il n'est peut-être pas très utile de critiquer ces gens, il faut plutôt les former » (E10). Mais là encore, à s'en tenir à l'ampleur de la tâche, la lourdeur du programme rebute, car il s'agirait rien moins que de procéder à la révision en profondeur d'une culture portée par des sujets peu enclins à la remise en cause.

Une fois de plus, on se retrouve contraint de constater que la question de la légitimité et de la crédibilité vient pervertir les raisonnements. Si, de part et d'autre, existe une volonté de voir les guérisseurs accéder au statut de corporation à part entière, les motifs qui se tiennent en amont sont quant à eux, assez divergents, leur seul point commun étant sans doute qu'ils n'ont aucun rapport avec le sida. D'un côté, se tiennent ceux qui aspirent à rentrer dans le sérail institutionnel, certains qu'ils sont d'en tirer pouvoir et profit ; de l'autre, ceux qui voient d'un mauvais œil tout ce qui, en marge du cadre légal, représente une force difficilement gérable. Nous laisserons au lecteur le soin de savoir qui est qui... L'histoire des professions en France, dont Claude Dubar et Pierre Tippier²⁶⁸ sont d'éminents spécialistes, nous apprend que toute l'institution dérive d'une stratégie étatique visant à contenir les contre-pouvoirs. Faute de pouvoir supprimer les particularismes, il s'agit de les intégrer au système en place, ce qui reste à tout prendre le meilleur moyen de les juguler. Les groupes professionnels n'échappent pas à la règle. La méthode qui avait fait ses preuves sous l'Ancien Régime avec les corporations fut tout naturellement reprise ultérieurement et, aujourd'hui encore, elle reste un des rouages essentiels dans l'exercice du pouvoir partout où il y a pouvoir, les dictatures exceptées.

²⁶⁸ C. Dubar et P. Tripier, *Sociologie des professions*, 2^e éd., Paris, Armand Colin, 2005 (1^{re} éd. : 1998).

Avec l'arrivée du sida, les guérisseurs, demandeurs de légalité et de légitimité, ont eux-mêmes mis en marche ce mécanisme. *« Le CNLS s'est toujours refusé à prendre en compte les tradithérapeutes. Mais aujourd'hui les autorités ont enfin compris que la majorité de la population, qui s'adressait à nous avant l'épidémie, continue de le faire et n'est pas prête de s'arrêter, sida ou pas. Les gens ont beau s'ouvrir à la culture dite moderne, ils n'en continuent pas moins de porter, au-dedans d'eux, leur culture et tout ce qu'elle implique. Je crois que c'est respectable. Je crois aussi que les réticences à notre égard viennent de certaines craintes des laboratoires qui ne veulent pas que nous nous organisions et travaillions à nous diaboliser. Mais si tous les tradithérapeutes s'organisent, nous serons en mesure de représenter une grande force capable de concurrencer la médecine moderne »* (E10). Le propos est tenu par le secrétaire général du Collectif des guérisseurs. Et son président de rajouter : *« Je regrette qu'on ait mis autant de temps pour nous associer à la lutte. J'avais pourtant fait des propositions constructives. À l'époque où le colonel Bassabi dirigeait le PNLS, j'avais demandé à ce que soit mise en place une structure, une forme de laboratoire, où nous pourrions analyser les plantes et mener nos recherches. Mais les autorités n'ont pas jugé utile de donner suite. Si on l'avait fait, je suis convaincu que nous aurions enregistré des avancées significatives en matière de traitements »* (E9).

Tableau n° 21. Catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	Appellations courantes
Indépendants	- Agriculteurs - Artisans - Commerçants - Médecins privés - Avocats - Religieux - Tradithérapeutes
Salariés secteur public	- Employés civils et agents d'État - Enseignants - Services de santé - Ouvriers - Agents de maîtrise - Cadres - Policiers et militaires - Ouvriers
Salariés secteur privé	- Employés de commerce - Employés d'entreprise - Ouvriers - Taxis motos
Retraités	
Apprentis/Aides à domicile	
Inactifs chômeurs	- Élèves - Étudiants - Personnes de moins de 60 ans sans activités professionnelles (à l'exception des retraités) - Personnes de 60 ans et plus sans activités professionnelles (à l'exception des retraités)

Source : Direction nationale de la statistique et de comptabilité nationale, Lomé, 2007.

Le Tobakoak : un médicament miracle qui tue les malades

« Il y a quelques années, le fameux Dr Toudji, installé au Togo, met au point et fabrique localement le Tobakoak, médicament censé guérir le sida en éliminant le virus de l'organisme. Le produit est lancé à grand renfort de publicité : publications dans la presse, présentation lors d'une conférence de presse internationale sur le sida en Afrique... Le Dr Toudji se base sur des résultats obtenus *in vitro*, qui ont démontré l'efficacité du « médicament » sur le virus. En fait, ce produit est de l'alcool à fort titrage. Or, comme chacun le sait, l'alcool détruit, *in vitro*, le VIH. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une activité antivirale dans des tubes à essai.

Le "bouche-à-oreille" fonctionne très bien, et le Dr Toudji bénéficie d'appuis importants. Il est soutenu par des "hauts d'en haut", comme le précise un médecin français en poste au Togo à l'époque. Un véritable réseau se constitue autour de Toudji : de nombreux médecins, y compris des professeurs d'université exerçant à l'hôpital, lui envoient leurs patients.

Le traitement est fourni après consultation avec examen clinique et bilan biologique, reprenant les critères thérapeutiques classiques. Le patient doit ensuite suivre une "cure" et ingurgiter plus d'une dizaine de bouteilles du breuvage miracle. Les malades se sentent très mal après ce traitement de choc, un certain nombre mourant rapidement d'hépatite alcoolique, due à la grande quantité d'alcool ingéré en peu de temps. Mais la toxicité du produit devient presque un argument publicitaire. Les terribles effets secondaires sont analysés comme des critères d'efficacité, et le discours est véhiculé par les malades eux-mêmes, sur le mode : " *c'est normal : c'est une maladie grave, le virus est puissant, il faut donc lui opposer un remède encore plus puissant.*"

Le Tabakoak étant présenté comme une alternative locale aux antiviraux, les personnes atteintes par le VIH sont prêtes à payer des sommes importantes,

d'autant qu'elles sont conseillées par des médecins qui ont une réputation. Les "auxiliaires" du Dr Toudji possèdent en effet une vraie légitimité et peuvent difficilement être suspectés de charlatanisme.

Il y a environ quatre ans, le président de la République du Togo interpelle le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) sur cette question. Le Dr Bassabi, ex-directeur du PNLS à Lomé, prend position contre ce traitement, alerte sur la toxicité du produit et publie même un article fracassant dans *Togo-presse*, accusant Toudji d'exercice illégal de la médecine. Mais il est peu suivi par ses confrères... Cela n'empêche donc le Tobakoak d'avoir un rayonnement d'abord national, puis sous-régional, le produit étant depuis distribué au Bénin, au Burkina Faso, en Côte-d'Ivoire...

Aujourd'hui, des centaines de malades en font encore les frais, et le Dr Toudji voyage toujours pour faire la promotion de son produit. Il faut dire que l'entreprise est fort lucrative. Selon l'association lonlonyo, une cure de Tobakoak "nécessite" 18 litres de produit, vendu 25.000 F CFA²⁶⁹ le litre, soit 18 fois le salaire moyen d'un ouvrier togolais. »

Source : Transversal, n° 17, décembre 2003, p. 18.

8. Le rôle des médias

À la suite des grands bouleversements qui marquèrent l'arrivée de la démocratie, le paysage audiovisuel togolais changea totalement de visage. À côté des radios et télévisions publiques plus ou moins inféodées au nouveau pouvoir émergent, on assista – liberté oblige – à la multiplication des antennes privées. Lorsqu'il fut question de prendre parti sur ce qu'il convenait de faire pour répercuter sur les ondes l'épidémie du sida, trois options se présentèrent : informer, autant que faire se pouvait, les populations sur la situation sans pour autant céder à la panique ;

²⁶⁹ 1 F CFA= 0,0015 euro

attendre d'en savoir plus et passer la chose sous silence ; choisir une position médiane en donnant à la maladie une place identique à celle accordée aux autres faits de l'actualité.

La fragilité du régime, toujours menacé par les troubles sociaux, incita les autorités à jouer la prudence. En conséquence, les médias publics, sans chercher à dissimuler l'épidémie, s'appliquèrent néanmoins à la présenter sous l'angle banal du fait divers. Précisons ici que les connaissances de l'époque les y aidèrent considérablement. Le sida n'était-il pas pour beaucoup la maladie des prostituées et des marginaux ? Il ne fut donc pas très difficile d'évoquer le virus en laissant entendre qu'il ne s'attaquait qu'à ces profils de population. D'aucuns d'ailleurs le croyaient fermement. Lorsqu'on s'aperçut qu'il pouvait aussi toucher des ministres et des attachés d'ambassade, des généraux et des journalistes, de bons pères de famille, des mères et leurs enfants, la réaction ne se fit pas attendre. Une chape de silence tomba sur le pays. Il fallut toute l'indépendance d'esprit et la liberté d'action des radios privées pour la fissurer. Encore n'y arrivèrent-elles qu'à force d'obstination. De bulletins d'information en émissions et d'émissions en campagne de sensibilisation, les médias privés finirent par entraîner dans leur sillage les médias publics.

Mais cette mise au pied du mur prit un temps durant lequel l'épidémie gagna un terrain considérable. Au point où nous en sommes arrivés aujourd'hui, les médias, toutes obédiences confondues, s'efforcent de remplir leur rôle. La majorité des associations et organisations le reconnaissent volontiers, et récemment encore, la secrétaire générale du réseau des associations de PVVIH se félicitait de leur travail : *« Ils ne se font pas prier quand nous les sollicitons. Ils acceptent volontiers de venir couvrir nos activités. Je peux dire que la collaboration se passe bien entre nous »* (E7). Ce satisfecit, malheureusement, est entaché par la propension qu'ont certains journalistes à monnayer leurs services. *« Quand nous avons besoin d'eux, ils pensent sur le coup que nous avons des financements pour cette activité-là. Ils te disent alors que le document doit être traité et cela nécessite du temps, beaucoup de travail. Vous comprenez alors*

qu'ils veulent de l'argent. Il nous faut passer par des réseaux d'amis journalistes pour pouvoir faire des reportages. Parfois, nous abandonnons par faute de pouvoir payer le service. Mais quand la TVT (la télévision nationale) a besoin de nous, pour ses reportages, il faut voir comment ses journalistes nous harcèlent... » (E3).

9. L'acteur international

9.1. À propos des ONG

Observés avec curiosité puis courtisés par les pouvoirs publics, les agences internationales de coopération, les partenaires financiers des grandes banques d'affaires ainsi que les organisations de solidarité internationales sont aujourd'hui les soldats de la lutte contre la misère, la pauvreté, la faim, les maladies et pour la dignité et le développement des peuples du tiers-monde.

À la suite des décolonisations et de la division du monde en deux, un Nord riche et moderne et un Sud pauvre et sous-développé, vont apparaître les premières ONG dites de développement qui vont se donner pour mission d'aider les peuples du tiers-monde à accéder à la modernité.

Du fait de leur puissance financière, et de leur réseau de relations, les ONG avaient pour mission de rééquilibrer les rapports entre riches et pauvres. Depuis, leur nombre ne cesse d'augmenter, et elles investissent tous les domaines, allant de l'agriculture à la santé. Elles disposent, aujourd'hui, de moyens financiers importants de telle sorte que certains observateurs n'hésitent pas à parler de « *capitalisme humanitaire* », de « *secteur économique à part entière* » et de constater le poids qu'elles ont acquis dans la gestion de la vie politique internationale. Elles sont maintenant associées « *de facto* » à la politique extérieure des États et des institutions de coopération internationales et suscitent débats et commentaires de la part des médias et de l'opinion publique mondiale.

Mais si, dans la pratique, le terme ONG peut sembler se limiter aux organisations bénéficiant d'une certaine médiatisation, notamment dans le domaine du développement ou de l'action humanitaire, les associations que l'on peut regrouper sous ce terme dépassent largement ce cadre. Pour le milieu onusien par exemple, ce terme se rapporte à toute organisation « non gouvernementale » avec laquelle l'institution a des rapports surtout pour diffuser son message. Ainsi le terme peut aussi bien recouvrir des organisations internationales que des organisations nationales ou même locales, qui peuvent être des organisations bénévoles, des associations de fabricants (elles même sans but lucratif), des associations scientifiques, professionnelles.

Toutefois la définition d'une ONG et la conception que chacune a de sa nature et de ses activités propres varient d'un pays à l'autre, même si les principaux éléments requis sont presque toujours la nature privée, non gouvernementale de l'association, son but non lucratif et une certaine permanence de l'institution.

Dans le cas des ONG qualifiées d'internationales, c'est tout simplement leur rôle international qui s'ajoute aux éléments constitutifs de l'ONG nationale.

Ainsi, le conseil de l'Europe les définit comme étant des « *associations, fondations et autres institutions privées qui remplissent les conditions suivantes : avoir un but non lucratif d'utilité internationale ; avoir été créées par un acte relevant du droit interne d'une partie ; exercer une activité effective dans au moins deux États ; avoir leur siège statutaire sur le territoire d'une partie et leur siège réel sur le territoire de cette partie ou d'une autre partie.* »

Par ailleurs, qu'elles soient nationales ou internationales, leurs actions s'effectuent principalement sous trois formes :

- « l'action directe » qui se traduit, par exemple, par des soins médicaux, des dons de nourriture, la collecte et la distribution de vêtements, l'éducation ;

- Le financement d'activités caritatives ou de développement en faveur d'ONG, d'associations locales du Sud ou de populations ;
- La promotion médiatique et éducative de thèmes politiques, économiques, sociaux, religieux, tiers-mondistes des Droits de l'Homme et de l'Enfant, promotion destinée à influencer les opinions publiques, les autorités nationales, les organisations intergouvernementales et autres bailleurs de fonds.

En ce qui concerne leurs actions dans le domaine du développement des Suds, elles apparaissent, dans la vision de certains observateurs, comme indispensables à toute perspective future. Toutefois, évoquer le rôle et la place des ONG dans le processus de développement du tiers-monde mérite largement de revenir sur l'idée même de développement et les pratiques qui l'accompagnent car c'est cette idée qui anime et définit les relations Nord /Sud ainsi que les relations entre les ONG et les territoires sur lesquels elles interviennent.

9.1.1. La question du développement

Ce terme, venu en remplacement de celui de « *civilisation* » dont l'État colonial avait la charge, semble avoir été la solution de remplacement à la charge de l'État du tiers-monde né de la décolonisation. Cependant, l'histoire de ce concept ne peut être séparée de celle des concepts qui lui sont antérieurs tels que « *évangélisation* », ou « *assimilation* » car, comme ces derniers, la référence au développement émane directement de la nature des relations que l'Europe a tissées avec le reste du monde pendant plusieurs siècles.

En effet, pendant les quelques siècles de son expansion coloniale, l'Europe avait été guidée par la croyance que la civilisation, phénomène qui lui était propre, devait être apportée aux autres peuples plus ou moins attardés. Ce qui revenait à affirmer que toutes les sociétés devaient évoluer dans le même sens pour arriver un jour dans le monde de civilisation qu'incarnait la société occidentale. Ceci dit, la position de l'Europe relevait donc plus d'une « *avance historique* » que d'un « *rapport de force* », avance historique que l'« *évangélisation* », la

« civilisation », « l'assimilation » et plus tard le « développement » devaient permettre d'effacer. Aussi, la révolution industrielle est-elle venue conforter ce sentiment car à travers les progrès des sciences et des techniques elle entrouvrait la voie de la domination de l'homme sur la nature et même sur l'univers, symbole d'un monde idéal dans les croyances occidentales.

Parallèlement aux grands projets internationaux guidés par la Banque mondiale ou le FMI naissent des ONG qui tentent d'innover en matière de développement et qui agissent souvent à des niveaux plus ponctuels et plus pointus, impliquant davantage les populations du Sud et plus particulièrement celles plus touchées par la crise du développement.

9.1.2. Les ONG et l'aide au développement

Depuis bientôt cinq décennies que se succèdent les politiques, les programmes, les projets, les recommandations qui accompagnent toutes sortes de stratégies de croissance, de lutte contre la pauvreté, de libéralisation économique, le Sud continue à se peupler de pauvres qui en appellent à d'autres formes d'assistance, d'aide ou de coopération que celles qui accompagnent les stratégies de développement proposées de l'extérieur par les institutions de coopération et qui aboutissent le plus souvent aux résultats mitigés que l'on connaît.

Les logiques qui sous-tendent les actions des ONG dites de développement et les stratégies qu'elles développent dans le cadre de ce processus sont-elles plus appropriées pour répondre à l'énormité des problèmes auxquels doivent faire face les pays du Sud et dans lesquels la course du développement continue à les précipiter ?

Il semble en effet que plusieurs logiques soient à l'origine et accompagnent les ONG dans leurs démarches vers le tiers-monde. Ce sont principalement des logiques humanistes qui portent en elles les valeurs de la solidarité, du respect de l'être humain, des logiques de changement, de transformation qui s'inspirent

beaucoup des valeurs du développement et auxquelles s'ajoutent des logiques économiques et des considérations idéologiques.

9.1.3. La solidarité comme valeur ajoutée

La solidarité est à l'origine de la création et l'une des valeurs fondamentales du mouvement des ONG. D'abord inspirées par la tradition chrétienne de charité et d'assistance à son prochain, les associations de solidarité vont aussi intégrer les idées nées de la philosophie des Lumières qui à travers le concept d'« Humanité » reconnaissent la totalité du genre humain et le devoir d'améliorer son sort quelles que soient sa naissance et sa race. Ce sont ces valeurs de commune humanité, associées plus tard à celle de la démocratie, qui vont accompagner les organisations de solidarité du XVIII^e siècle à nos jours avec, toutefois, un renforcement de leur engagement pendant et après la Seconde Guerre mondiale et dans le cadre des mouvements tiers-mondistes. D'ailleurs avant d'engager des actions de développement proprement dit et à long terme, les ONG se sont d'abord investies dans l'aide d'urgence et l'aide humanitaire avec du personnel essentiellement composé de volontaires. Elles continuent, face à la gravité de certaines situations, à allier secours d'urgence, aide humanitaire et aide au développement.

Des projets de développement agricole ou des projets sanitaires sont ainsi accompagnés par des dons de vêtements, de nourriture, par une présence physique régulière de volontaires, de médecins.

Ainsi les actions de dénonciation, d'information au Nord s'inscrivent dans une logique de solidarité avec des régions lointaines marquées par les inégalités sociales et économiques. Mais les ONG apparaissent aussi comme le vecteur privilégié des représentations idéologiques construites comme dominantes dans le sens où elles s'emploient à construire une image uniforme de l'altérité, à défendre des concepts uniques des Droits de l'Homme, notamment à travers les médias, même si paradoxalement elles dénoncent toute forme de discours dominant.

9.1.4. Le développement au cœur de l'action

L'un des constats quant au fonctionnement des ONG est que celle-ci, nées au Nord, s'inscrivent « *au moins initialement dans la civilisation occidentale et son modèle de développement* » et véhiculent dans leurs ambitions des valeurs inspirées des expériences de ces pays. Il apparaît en effet que, conformément à l'esprit du « *rattrapage* » ou de « *l'accélération* » qui accompagne le développement, les programmes des ONG vont consister à fournir aux pays du Sud des ressources financières, une assistance technique de spécialistes et de volontaires et du matériel, afin de permettre leur « décollage » économique, de « moderniser » les structures sociales et les moyens de production qui apparaissent comme traditionnels, peu efficaces et peut-être inadaptés à l'esprit des Temps modernes.

Dans le cadre des actions initiées en faveur du développement rural par exemple, les politiques ont souvent, et pendant longtemps, été basées sur des systèmes de formation-vulgarisation plus ou moins figés, qui considéraient les ruraux (paysans ou artisans) comme des catégories de population à convaincre plutôt que des partenaires à écouter. Il fallait, à tout prix, introduire de nouvelles techniques plus modernes, des engrais plus riches, parfois au mépris des pratiques locales souvent anciennes et des raisons d'aspiration ou de résistance au changement.

L'intervention des ONG dans le domaine du développement s'inscrit très souvent dans une dynamique de transformation.

Ces organisations ont aussi pu jouer un rôle majeur dans la réévaluation des causes du sous-développement et la remise en cause des aides et des recettes traditionnelles (aides liées, par exemple), de l'assistance ou de la coopération technique et économique internationale. Contrairement aux institutions officielles qui privilégiaient un traitement technique des problèmes du développement à travers des programmes (économiques, industriels ...), les ONG vont travailler à remettre en première place, dans la gestion du développement, les États du Sud et

leurs gouvernements et à rappeler les valeurs démocratiques de participation de la population à la politique, à l'économie, au social et à la culture. Pour que le développement devienne un processus humain et non technique, une grande majorité d'ONG basent leur politique et leurs actions sur ces valeurs.

En soulignant que les citoyens doivent être des agents actifs de leur propre développement, les ONG ont contribué de façon majeure à l'évolution du concept et de l'idée du développement. Dès lors, la réflexion ne s'articule plus autour de tel programme à adopter ou de tel outil à appliquer pour qu'advienne le développement, mais plutôt autour de la création des conditions d'un développement plus adapté.

Ainsi sont nés les développements « *autocentrés* », « *endogènes* », « *participatifs* », « *communautaires* », « *intégrés* », « *authentiques* », « *autonomes* », « *équitables* », « *durables* », « *locaux* » : on parle aujourd'hui d'« *endo-développement* » ou encore d'« *ethnodéveloppement* » : ce changement de vocabulaire est dû à un changement de valeur propre à la modernité qui considère l'acteur comme autonome, authentique et qui valorise les systèmes représentatif.

Si la multiplicité de ces concepts ne constitue pas une solution en soi, elle témoigne quand même de la richesse de la réflexion en faveur du développement. Les ONG jouent souvent un rôle de précurseur, d'« *alerteur* » et arrivent à modifier les orientations gouvernementales en matière d'environnement par exemple.

9.1.5. Au niveau des idées et des pratiques sur le terrain

Mais les ONG sont connues et reconnues pour leur aptitude à mobiliser des groupes communautaires, à stimuler les activités d'auto-assistance, leur efficacité à réaliser des projets sur une petite échelle, ainsi que pour leur capacité à mobiliser l'opinion internationale et à attirer aussi bien des fonds privés que publics pour leur fonctionnement.

Le rôle des ONG dans le domaine du développement n'est pas un rôle figé comme celui des institutions officielles qui se contentent d'appliquer des modèles économiques, technocratiques et de penser le développement comme un processus au-dessus des hommes. Elles vont vers les populations et ne cessent de proposer des réformes, d'inventer et d'innover. Les ONG sont des acteurs du développement humain, là où les autres sont des acteurs du développement matériel.

Les plus grandes ONG au Togo, de par leur action en faveur de la santé sont la GTZ, CARE international, Plan international au Togo et PSI.

9.2. La communauté internationale au Togo

Nous avons eu l'occasion d'examiner ce que les soubresauts de l'histoire togolaise avaient pu avoir comme conséquences dans l'approche de l'action humanitaire développée après l'arrivée du sida. À la lumière de la crise qui accompagna l'accession du pays à la démocratie, il apparut manifestement que les compétences du pouvoir furent, sur nombre de chapitres, bien en deçà du niveau exigé. Alors que la page de la dictature et des temps obscurs semblait avoir été tournée avec succès, la communauté internationale commença à regarder le Togo comme l'un de ces pays sur lequel il était permis d'avoir les espérances les plus prometteuses. Lorsque la déferlante du sida, après s'être abattue avec la soudaineté que l'on sait sur le monde occidental, obligea à comprendre qu'elle se moquait bien des frontières et des découpages géopolitiques, on commença à mesurer l'ampleur de la catastrophe dans les pays en voie de développement. Les coopérations Nord-Sud qui s'annonçaient, au départ, destinées à faire émerger économiquement les pays concernés pour en faire des partenaires dignes de ce nom, se trouvèrent devoir être reconsidérées à la lumière de la catastrophe. Aussi l'accent fut-il prioritairement mis sur des aides à vocation humanitaires, même si par ailleurs continuaient de se mener les politiques plus spécifiquement économiques. Un fait survint alors, qui atteignit de tels sommets de violence et de barbarie qu'il est demeuré, encore à ce jour, comme un événement tristement historique.

9.2.1. Le 25 janvier 1993

Ce jour-là, au plus fort de la crise politique togolaise, les dirigeants des mouvements d'opposition voulurent profiter de la présence de dignitaires étrangers, pour organiser une vaste manifestation. Place Fréau jardin, au plein cœur de Lomé, il fut prévu de tenir un grand meeting pour attirer les regards – ceux du pouvoir en place sans doute, ceux, aussi et surtout, des ministres français et allemand, en visite officielle au Togo pour appeler le gouvernement à plus d'ouverture dans les pratiques de la démocratie. Depuis plusieurs mois en effet, un véritable bras de fer entre gouvernants et opposants préoccupait tous ceux qui travaillaient à ancrer les principes démocratiques dans la vie politique quotidienne du Togo. Le conflit, qui semblait vouloir pourrir chaque jour davantage, donnait le spectacle d'affrontements brutaux qui auguraient mal de l'avenir du pays. Considérant qu'il fallait opportunément prendre à témoin la présence étrangère pour obliger le gouvernement à accepter et intégrer la réalité du multipartisme, l'opposition opta pour la stratégie du poil à gratter. Un immense rassemblement eut lieu, d'autant plus important que tous ceux qui estimaient avoir de bonnes raisons de se plaindre avaient été conviés à se tenir présent, ce jour-là. Ce qui se passa ensuite appartient au pitoyable catalogue des atrocités sanguinaires que l'histoire de chaque pays se plaît à collectionner. Une tuerie en règle laissa sur le pavé des centaines de morts de tous âges et de toutes conditions. Ce grand moment d'humanité ne put jamais être imputé à des responsables identifiés.

Aujourd'hui encore, ceux qui occupaient des fonctions à des postes suffisamment hauts placés pour qu'on les estime pour le moins concernés tiennent un discours qui laisse songeur. Le ministre de l'Intérieur d'alors, Agbéyomè Kodjo, aujourd'hui dissident du parti au pouvoir, donne sa version : *« D'abord, je n'ai pas donné des ordres à qui que ce soit, pour réprimer une manifestation pacifique. Le directeur de la sûreté de l'époque est vivant et encore en activité, il peut être interrogé. Le commissaire central de la ville de Lomé est aussi vivant ; on peut le contacter. Déjà, au moment des faits, il a été établi que les armes utilisées pour cette forfaiture n'appartenaient pas à la police. En fait, il s'agissait,*

à l'époque, de ce qu'on appelait la Brigade Rouge, qui existait au sein de la police nationale, et qui, qui selon le commissaire, avait pris les véhicules de la police pour commettre ce forfait. De qui ont-ils reçu des ordres ? Qui a pu les armer ? Autant de questions qui conduisent à la responsabilité de la hiérarchie militaire d'alors... »²⁷⁰

Mis au ban de la communauté internationale, le Togo et son gouvernement récoltèrent immédiatement les fruits de cette politique. La France, l'Allemagne et les États-Unis, entre autres sanctions, se désengagèrent de l'accompagnement dans lequel ils s'étaient jusqu'alors impliqués. Ce retrait fut d'autant plus facile à opérer que, sous bien d'autres aspects, les autorités togolaises prêtaient le flanc aux critiques les plus virulentes. L'impéritie et l'incompétence rencontrées à tous les niveaux des affaires de l'État avaient déjà beaucoup entamé les volontés de partenariat. Conséquence directe de ce repli, les institutions financières mirent sous clé les fonds qu'elles destinaient au Togo. Au chaos politique et économique, vint donc se rajouter l'isolement de tout un peuple qui comprit que, par la faute de ses dirigeants, il venait d'être condamné à une sorte de réclusion à l'intérieur d'une prison dont les murs étaient les frontières du pays. Commencèrent alors de s'élever, un peu partout au Togo, des appels à l'aide et au secours international. Il ne paraît pas nécessaire ici de développer par le menu tout ce qui put être entrepris pour faire revenir, à des vues plus magnanimes, les déçus et les mécontents de l'hémisphère nord. Mais de gros efforts furent fournis pour tenter de faire fléchir dans leurs positions ceux qui, partisans de la sévérité, se tenaient arc-boutés sur des logiques de boycott. La situation en était là lorsque le sida vint obliger tout le monde à reconsidérer la question dans sa totalité. Le caractère proprement catastrophique de l'épidémie convainquit les instances internationales qu'il ne serait plus possible de tenir très longtemps un discours dont la logique venait d'être purement et simplement balayée. Sans que soit remise en cause la suspension des programmes qui avaient été interrompus suite à ces événements, on vit se mettre en place des programmes d'aide sous les auspices d'ONG et d'associations humanitaires.

²⁷⁰ Extrait d'un entretien au journal *L'Autre Afrique*, n° 24, du 17 au 30 juillet 2002.

Ainsi la scène togolaise venait à peine d'être abandonnée par les acteurs qui s'y étaient jusqu'alors produits, que d'autres commençaient à l'investir. Ce chassé-croisé fit beaucoup pour attiser les espoirs du peuple togolais. Après la terrible déconvenue du retrait par laquelle tous eurent conscience qu'il signifiait peu ou prou un arrêt de mort pour le pays, le retour du partenariat fut perçu comme la réouverture d'une porte qu'on avait cru définitivement fermée. Sur son seuil se présentèrent alors, plus vifs que jamais, l'ensemble des espoirs et des volontés que les récents événements avaient rendu exsangues. Union européenne, Banque mondiale, coopération internationale redevinrent les leitmotive d'une population disposée à croire que son destin pouvait encore faire sens puisque les grandes puissances consentaient de nouveau à s'impliquer, par l'entremise des organisations humanitaires. Peu importait ensuite de s'attarder sur les causes... Par le jeu des enthousiasmes retrouvés, des espérances rallumées, on ne s'arrêta que sur les conséquences ; on s'y focalisa au risque peut-être de perdre de vue ce que cette nouvelle coopération sous-entendait. Le propos suivant, pour bref qu'il soit, témoigne assez bien du décalage de perception qui se rencontre fréquemment sur les places, dans les rues et les campagnes. « *Nous attendons la reprise de la coopération pour reprendre les affaires.* »

La longue attente des Togolais à l'égard des grandes puissances économiques est peut-être une explication de cette confusion des genres. Entre le discours de La Baule tenu par François Mitterrand et les jours que nous connaissons aujourd'hui, bien des choses se sont passées qui ont participé à une redistribution brouillonne des cartes. Il est vraisemblable que les mots prononcés ce jour-là par le président français soient, chez beaucoup, passés par perte et profit. Il n'empêche qu'à l'heure actuelle, leur résonance n'a rien perdu de sa vigueur dans les consciences togolaises, pour ne citer que celles-ci. À tenir pour insignifiants et l'histoire et le contexte, on prendrait le risque de méjuger des mécanismes en jeu. Le sida a ramené le Togo sur le dessus de la pile de dossiers que les grandes organisations internationales ont à traiter en urgence. Il n'est pas une politique de soutien, pas un programme, pas une décision qui ne soient en rapport – direct ou indirect – avec les pronostics assourdissant face auxquels cette

calamité place la planète toute entière. « *Il est apparu qu'un programme commun unissant les institutions des Nations Unies dont les compétences et mandats sont complémentaires était nécessaire au vu de l'urgence et de l'ampleur de l'épidémie, de ses profondes racines socio-économiques et culturelles, des tabous et de l'hypocrisie qui entourent la question du VIH et de ses modes de transmission, de la discrimination et des violations des droits de l'homme auxquelles sont confrontées les personnes infectées et celles menacées de l'être.* »²⁷¹

Et de devoir, dans la foulée, nous rendre à l'évidence : par une alchimie tout aussi absurde que réelle, un virus des plus meurtriers que l'humanité ait jamais connu est parvenu à devenir une manne, où l'intérêt immédiat de chacun pousse chacun à en tirer profit.

9.2.2. Un espace concurrentiel

À tenter de brosser un tableau exhaustif des travers et déviances que la politique de lutte contre le sida porte dans ses flancs, on en vient à avoir une sorte de vertige. Ce sont d'abord des quantités astronomiques d'associations et de structures qui ont fleuri au gré des orientations prises par les décideurs internationaux et nationaux. Comme si le terme d'ONG était devenu la formule magique, le *sésame ouvre-toi* qui vient à bout de tout, des légions de pseudo organisations s'en réclament et brandissent ce statut (ou les bonnes raisons qu'ils auraient de l'obtenir) pour justifier de la place qu'ils revendiquent dans la course aux subventions.

Il serait souhaitable que ce mouvement frénétique de création soit tenu pour ce qu'il est : une opportunité d'accession à l'emploi dans un pays qui n'en offre que très peu. Le tissu économique et social, faut-il le rappeler, reste à ce point déchiré qu'il n'est pas à même de répondre aux besoins de la population. Celle-ci se tourne donc vers des palliatifs de toute nature. L'intégration du milieu

²⁷¹ ONUSIDA 1999, in *Politique de coopération internationale de la France en matière de lutte contre le sida dans les pays en développement*, Paris, DGCID, 2001, p. 11.

associatif en fait partie, quitte à ce qu'il faille pour cela créer de toute pièce une nouvelle association. Il ne faut donc pas être surpris de voir, çà et là se multiplier les sigles les plus originaux, sigles derrière lesquels il n'est rien d'autre que du papier, un tampon administratif et deux ou trois personnes qui font des pieds et des mains pour convaincre leur prochain du sérieux de leur projet. « *Écoute, il te faut tout faire pour nous trouver des partenaires en France. Nous voulons monter une association contre le sida. En tous cas, ce qui est sûr c'est qu'il y a de l'argent à se faire.* » Ce propos, nous l'avons entendu. Il nous a été tenu par un jeune Togolais que nous avons recruté dans le cadre de nos enquêtes. Militant associatif, il cherchait à développer tous les contacts susceptibles de pouvoir soutenir son entreprise. D'autres, du même acabit, et dont nous fumes aussi témoins, montrent combien le mouvement humanitaire se dévoie à la faveur des difficultés économiques et sociales du Togo. Les premiers à en pâtir sont évidemment les malades, tandis qu'à l'inverse les groupes les moins exposés, ou les moins concernés par les risques, en tirent de substantiels bénéfices.

En cela, le Togo ressemble à bien des parties du monde, où sida et retard dans le développement se conjuguent, au profit d'un détournement des causes humanitaires et de tout ce qui se tient derrière. Le cas de l'Inde, évoqué par Frédéric Bourdier²⁷², présente une similitude quasi parfaite avec celui du Togo. Ce chercheur a relevé trois grands types d'organisations : les premières, très actives, accomplissent un travail de fond et de terrain qui les place en tête de pont de la politique de lutte et de prévention. La constance des efforts déployés en vue d'accomplir les objectifs qu'elles se sont données – objectifs par ailleurs quantifiables et mesurables – plaide en la faveur du système associatif. Malheureusement, elles sont les moins nombreuses et, malheureusement aussi, elles jouent, à leur corps défendant, le mauvais rôle de l'arbre qui cache la forêt. Dans cette forêt sont celles, majoritaires cette fois, qui partiellement actives, se créent et agissent en fonction des fonds disponibles. Leur latitude d'action étant calquée sur leurs disponibilités financières, on les voit qui emploient tout ce qu'elles ont de temps et d'énergie à remplir leurs caisses, jusqu'à en oublier

²⁷² F. Bourdier, *op. cit.*, pp. 105-122.

parfois le pourquoi de leur existence. Enfin, loin derrière, se tiennent les structures embryonnaires qui attendent, avec une obstination déconcertante, la reconnaissance officielle. Dans l'espoir de l'obtenir, on les voit qui jouent des coudes et se bousculent sur une invisible ligne de départ dont le franchissement leur vaudra existence.

Si nous devions utiliser une image qui résumerait la situation, nous pourrions évoquer celle d'une chaloupe, affrétée pour aller secourir les victimes d'un naufrage et qui, à peine mise à l'eau, se verrait prise d'assaut par une armée de prétendants, lesquels seraient animés par des motivations sans rapport avec le but final du sauvetage. Tout est dit, ou presque, car les places étant peu nombreuses à bord, tout les coups sont permis, à commencer par les plus bas. De fait, aujourd'hui au Togo, la cause humanitaire a pris des allures de veau d'or pour lequel s'est engagée une compétition sans merci. Délation, corruption, chantage politique, clientélisme, népotisme, campagne de déstabilisation, coalitions et tractations en coulisses, ententes déloyales, détournement, débauchage de personnel : tout y passe.

On serait tenté, dans un jugement un peu empressé, de condamner et de fustiger, mais ce serait allé un peu vite en besogne. Tout observateur un peu soucieux de creuser la question a tôt fait de mettre à jour des mécanismes qui participent grandement à favoriser ces glissements. La toile de fond économique et sociale du pays est, on l'a vu, pour partie responsable de cet état de fait. Mais les rouages de la machine humanitaire sont également une cause prépondérante. Les procédures de sélection qui permettent de retenir telle ou telle ONG, au détriment de telle ou telle autre, obligent ces dernières à montrer patte blanche. Les appels d'offre une fois lancés, il va s'agir, pour chacune d'elles, d'y répondre en mettant en avant, dans l'exposé de leurs projets, tout ce qui pourra s'apparenter à une réponse adéquate aux exigences formulées. Rien n'étant possible sans l'aval financier des bailleurs de fonds, les critères sur lesquels sont forgés les convictions font donc l'objet d'une minutieuse attention, tout autant que la manière de les lire.

Pour emporter l'adhésion des décideurs, la pratique veut que l'on recourt à des compétences spécialisées. C'est ainsi que certains éléments des milieux institutionnels, sollicités pour leur degré d'expertise et leurs aptitudes rédactionnelles, se voient confier la responsabilité de rédiger des projets en parfaite adéquation avec la demande formulée. Rompus aux arcanes du milieu et familiers de ses alcôves, ils en possèdent pour ainsi dire la science. Le rôle qui leur est dévolu, de par leurs connaissances, n'est donc pas sans rappeler celui d'un bon technico-commercial à qui l'on confierait la tâche de remporter un marché. Cette comparaison n'a du reste rien d'outrancier quand on sait qu'au final, l'appel d'offre remporté leur vaut rétribution. Et puisqu'il y a marché à décrocher, les démonstrations de pertinence vont tout naturellement porter sur les critères les plus sensibles, au tout premier rang desquels figurent la clarté des cibles et la mesurabilité des résultats.

Ainsi les organisations candidates s'appliquent-elles à souligner la haute efficacité de leurs outils d'évaluation et le sérieux avec lequel il en sera fait usage, à telle enseigne que chiffres et statistiques, dont on penserait normalement qu'ils ne sont que des indicateurs de résultats, se substituent au résultat lui-même et l'estompent au point de devenir la finalité. Notons, au passage, que ce penchant n'est pas propre aux cercles associatifs et non gouvernementaux. Nombreux sont les secteurs – économiques, institutionnels et politiques – qui, en se faisant une obsession de courir après le résultat, courent après les preuves de son existence. Les démarches de qualité, grandes pourvoyeuses de chartes, de labels, de garanties, s'inscrivent dans cette ligne névrotique où chacun n'a de cesse, évaluations et diagrammes à l'appui, de rendre compte. Résultats atteints ou pas, reconnaissons que le procédé a au moins le mérite de garantir l'irréprochabilité, une irréprochabilité de papier dans laquelle les consciences et les narcissismes trouvent un miroir complaisant. Il est vraisemblable que ces effets pervers ont un lien direct avec les montants faramineux des enveloppes engagées. Les sommes colossales que les décideurs ont en charge laissent imaginer le poids de leur responsabilité. Elles laissent aussi imaginer dans quel état d'esprit elles sont allouées. Est-il déraisonnable de penser que la hantise du gaspillage, du

détournement, de la dilapidation ait pour corollaire direct l'obsession de mesurer, évaluer et quantifier ? Cette disposition d'esprit, pour compréhensible qu'elle soit, entraîne de regrettables conséquences sur le terrain de la lutte. En mettant la focale sur le « combien », c'est le « comment » qui passe au second plan, pour ne pas dire à la trappe. Les stratégies, faute d'être tenues pour essentielles, font le plus souvent l'objet d'une imprécision bien dommageable. Or, c'est sur le terrain de l'action que se remportent les victoires et ces victoires n'ont de chance de s'obtenir qu'en prenant en compte le particularisme des situations rencontrées. D'où la nécessité de réfléchir avant, sur la meilleure manière d'agir, pour décider ensuite des plans d'action et modes d'intervention les plus opportuns.

L'expansion du sida, est-il besoin de le rappeler, tient pour une large part à des problèmes de comportements, eux-mêmes indissociables de la nature humaine. Nul ne saurait valablement affirmer être capable de la comprendre dans tous ses tenants et aboutissants. La seule position raisonnable consiste à prendre acte de sa complexité, pour l'intégrer ensuite comme paramètre. Car c'est de cette complexité que le sida tire sa force. À s'en tenir à l'allégorie d'une bataille menée contre un ennemi, force est ici de reconnaître à l'adversaire une supériorité qui lui donne l'avantage. La culture, les croyances, les traditions, la profession, l'implantation géographique et jusqu'à l'histoire personnelle des individus, se posent en autant de variables déterminantes dans l'expansion de la maladie. Sans qu'il s'agisse de demander à des programmes internationaux de descendre à l'échelon individuel, il serait néanmoins bienvenu de retenir qu'un programme n'est rien s'il ne repose pas sur une connaissance maximale du milieu concerné. Et le mot « stratégie » de prendre ici tout son sens. C'est à cette condition que les projets peuvent atteindre leur pleine efficacité.

Si les petites structures et les acteurs du terrain en sont bien conscients, les grandes figures de la scène internationale et nationale semblent ne pas en faire grand cas. Toutes préoccupées par leur statut et leur image, elles travaillent à les entretenir en collant au plus près des desideratas formulés par les bailleurs de fonds. En conséquence, on en arrive à une distribution des rôles où les plus

talentueux se taillent la part du lion, le talent consistant ici à jouer avec brio de son aura et de sa réputation. Quant aux petits et moyennes structures, l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent d'honorer le schéma les relègue au rang de seconds couteaux et autres cinquièmes roues de carrosse. Au mieux parviennent-elles parfois à prendre la place du valet favori à qui on va confier la responsabilité de porter la traîne. Convoqués comme sous-traitant des grandes organisations, elles n'ont alors d'autre choix que de se plier à leurs directives et participent ainsi à un inexorable mouvement d'uniformisation et de standardisation. Certaines d'entre elles clament d'ailleurs haut et fort leur indignation et mettent en exergue les effets délétères de cette politique. Mais n'ayant pas accès à la salle où se tient le bal, leurs voix ne portent pas jusqu'à la scène. Y arriveraient-elles, qu'on en aurait cure, puisqu'il n'est désormais plus question que de savoir danser sur la musique officielle et selon des chorégraphies standardisées.

10. De la réalité des chiffres

Pour fausser davantage le jeu, le gouvernement togolais, soucieux des mauvais effets que pourraient produire, à l'international, des chiffres par trop alarmants, continue à croire aux vertus de la dédramatisation. Par un raisonnement où l'on peine à entrevoir la plus petite once de raison au sens cartésien du terme, les autorités, convaincues qu'il importe de faire bonne figure auprès des organisations et partenaires étrangers, s'appliquent à développer l'image d'un premier de la classe en produisant des chiffres tronqués comme autant de bonnes notes à mettre à son crédit. Cette attitude irresponsable, qui privilégie l'image et le paraître au détriment de l'efficacité, est en droite ligne de toutes celles qui récupèrent le sida pour en faire un moyen, ici un moyen de consolider une légitimité par ailleurs bancale. N'est-il pas, dans la nature du VIH, de charrier à sa suite toutes sortes de maladies opportunistes ? Au reste, personne n'est dupe. Les 3,2% de prévalence annoncés dans les discours officiels ne parviennent à convaincre et aveugler que ceux qui les produisent. Le témoignage de cette représentante d'une organisation internationale en atteste. Et, d'affirmer que ces chiffres ne sauraient décevoir

pas refléter la réalité : « Je pense que les chiffres qui sont donnés ne sont pas vrais. La prévalence est plus élevée. Pour le compte de la journée internationale du sang, nous avons fait une enquête sur la transfusion sanguine. Nous avons constaté que le pourcentage des personnes contaminées était de l'ordre de 10 à 15%. Ce qui me fait interroger sur les chiffres de la prévalence. J'ai beaucoup de mal à comprendre l'État. Avec cette attitude, on ne pourra jamais obtenir de financement. La semaine dernière, j'ai assisté à une rencontre pour défendre un dossier togolais, et d'ores et déjà, je sais que ça ne marchera pas. Avec des chiffres pareils et compte tenu de ceux annoncés dans les autres pays, les fonds iront en priorité à ceux-là » (E8). Allant dans le même sens, ce conseiller d'association, malgré toute sa prudence, prend ces chiffres avec réserve : « En tout cas, c'est compliqué de parler des chiffres du sida, je reconnais que le 3,2 n'est pas issu d'une enquête à proprement parler. Nous, on le prend avec des pincettes. De 6%, nous sommes passés à 4 puis à 3,2. Et étant consigné dans tous les documents officiels, nous ne pouvons que les admettre. Mais, au vu de ce que nous constatons sur le terrain, je pense que la réalité est plus inquiétante. Pour preuve ici à EVT, nous recevons 15 à 20 nouveaux cas de séropositifs par jours. Mais nous acceptons les 3,2 malgré tout » (E3).

Cette même réalité, qui conditionne l'existence des organisations à l'obtention d'enveloppes, est en plus marquée par des logiques administratives de dotation. Les règles en vigueur font apparaître un ensemble complexe de contraintes et d'obligations dont le respect conduit à des méthodes de dépenses pas toujours empreintes de logique. Il arrive ainsi, assez fréquemment, que les caisses soient vidées à seule fin de justifier de nouvelles demandes ou pour simplement donner une impression d'utilité. D'autre part, ces mêmes procédures se transforment en freins dès qu'il s'agit de les appliquer au niveau local où la nature des interventions se conjugue assez mal avec les modes opératoires administratifs.

11. Le Fonds mondial

11.1. L'épineuse question des ARV²⁷³

En 2004, le Togo a bénéficié d'une dotation du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. La gestion de cette enveloppe, d'un montant de 14 185 638 de dollars, attribués pour deux ans, revenait, conformément à l'organigramme onusien, au PNUD, son organe principal de gestion, sous la tutelle duquel sont placées toutes les formations ONU Sida implantées dans les différents pays. Le déblocage de cette somme devait permettre le financement et la mise sur pied d'un programme élaboré par le Comité de coordination médical du Togo (CCM). Ce programme intitulé « Intensification de la lutte contre le VIH/Sida au Togo » présentait la nouveauté de permettre une décentralisation des dotations budgétaires par un mécanisme de cascade, très attendu dans les antennes locales au regard des besoins. Ce système allait en effet donner aux derniers échelons de la structure togolaise, le Centre régional de lutte contre le sida (CRLS), des perspectives d'autonomie qui promettaient d'accroître considérablement leurs capacités d'action. Grâce à cette orientation, les six régions sanitaires (Savanes, Kara, Centre, Plateaux, Maritime et Lomé), allaient pouvoir recevoir des fonds à proportion des besoins exprimés par les acteurs de terrain en fonction des réalités les plus pathogènes, en fonction aussi des particularismes locaux, souvent déterminants dans l'efficacité des interventions.

En outre, cette approche présentait l'immense avantage d'augmenter, de façon significative, la réactivité des équipes et, partant, de gagner un temps précieux. En contrepartie, il était entendu qu'aux échelons intermédiaires, le

²⁷³ Les antirétroviraux sont des médicaments spécifiques qui empêchent le VIH de se multiplier dans l'organisme. Le plus ancien et le plus connu est l'AZT, ou le zidovudine, utilisé depuis 1987. Depuis, la recherche a beaucoup progressé et il existe aujourd'hui plus d'une vingtaine de médicaments différents dont l'association de deux ou trois d'entre eux donne de meilleurs résultats. On est donc passé de la monothérapie à la bithérapie, puis à la trithérapie. Très puissants, ces médicaments, qui ne se prennent qu'en cas de baisse conséquente des défenses immunitaires, peuvent provoquer des effets indésirables qui diffèrent d'un médicament à un autre ou d'une personne à une autre. Leur maniement est très délicat et exige un suivi médical très régulier.

CNLS et le PNLS, en tant que relais produiraient annuellement et trimestriellement les rapports capables de rendre compte avec fiabilité de l'utilisation des fonds et du niveau d'avancement du programme. Tout semblait donc devoir marcher à proportion des espérances soulevées, à juste titre, par le projet. À ceci prêt que pour prendre corps, l'implication des autorités gouvernementales s'imposait comme une condition *sine qua non*. Le système présentant une certaine complexité, des attermoissements de tous ordres entraînèrent des retards dans sa mise en place. Mais ces impondérables n'auraient été que demi-maux sans les errements du ministère de la Santé. La signature des chèques du Fonds mondial relevant de sa compétence, il fallut attendre le bon vouloir du ministre de tutelle qui estima devoir les bloquer en raison d'une situation politique jugée peu propice. À force d'interventions extérieures, ces chèques furent enfin signés mais, quelques mois plus tard, le scénario se reproduisit. Cette fois, des activités durent être suspendues, faute de financement. Des personnels se retrouvèrent au chômage technique ; des aides alimentaires furent interrompues ; *idem* pour la prise en charge de la scolarisation des orphelins du sida, qui se retrouva suspendue.

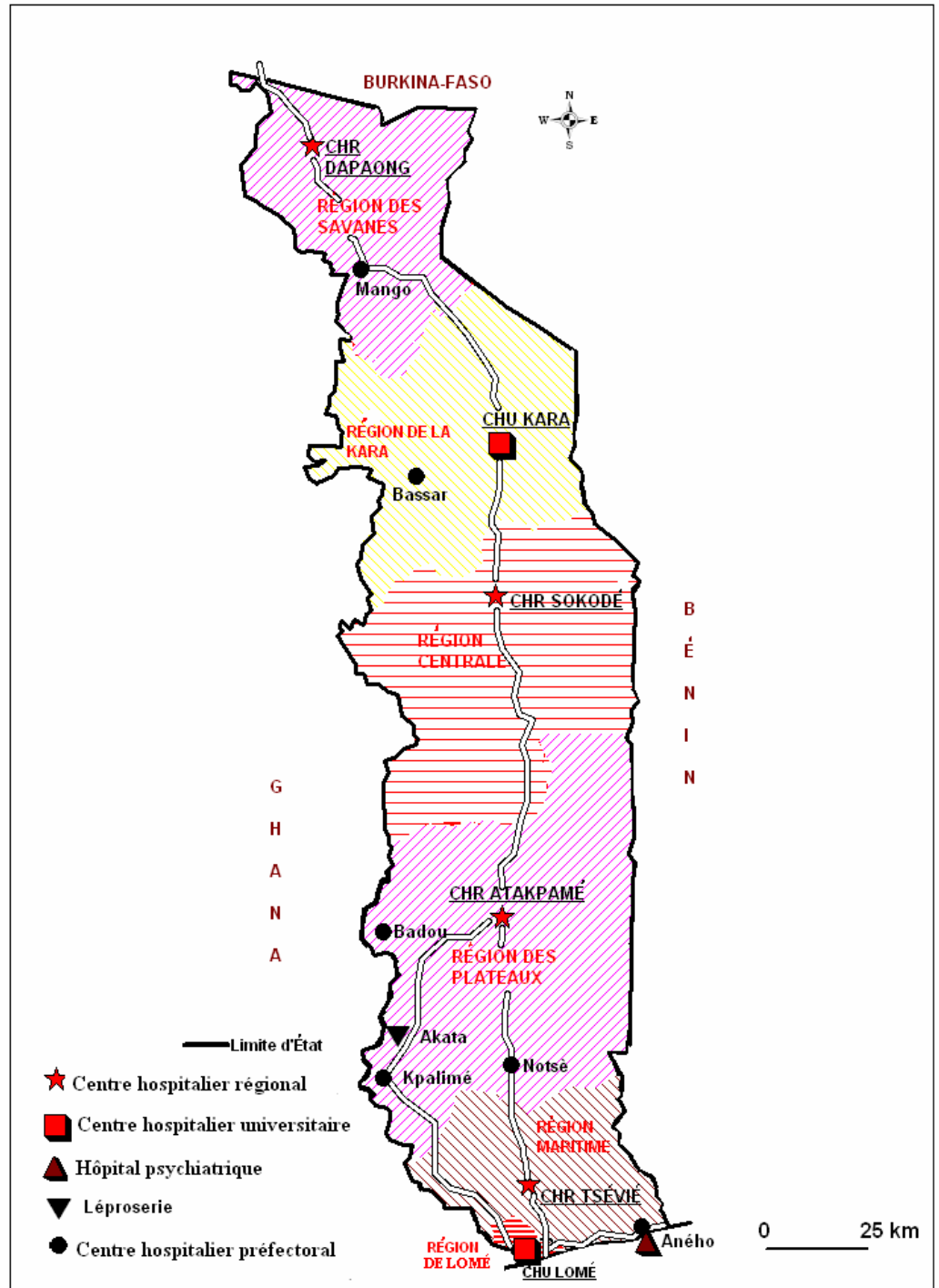
Pour expliquer cette position, deux motifs furent invoqués. D'abord, il fut avancé que la justification des dépenses antérieures présentait des insuffisances qui motivaient le blocage des nouvelles dotations. L'argument, sans doute recevable, perdit néanmoins de son poids quand il fut dit que, pour le suivi des pièces justificatives des vingt-cinq associations concernées, un seul et unique fonctionnaire avait été désigné... Ensuite, on s'appuya sur des rumeurs de corruption. Le bruit courut que certains acteurs institutionnels avaient subordonné le déblocage des fonds au versement d'une commission. Devant de pareilles allégations, on se serait attendu à ce qu'une enquête soit ouverte. À tout prendre, c'eut été la seule bonne façon de vérifier si ses dires avaient quelque fondement à charge ensuite de prendre les décisions qui s'imposaient. Mais les autorités préférèrent opter pour la mise sous scellé des fonds, sans se préoccuper des répercussions que cette attitude pouvait engendrer. Ne sachant à quoi s'en tenir, le Fonds mondial commença à demander des comptes avec à la clé menace de

suspension de programme. Quand la presse donna écho à l'affaire dans ses colonnes, la mobilisation de certains bailleurs de fonds occidentaux parvint à un déblocage de la situation. L'incident, qui n'est qu'un parmi tant d'autres, témoigne des nombreuses difficultés qui émaillent la chaîne du processus de mise en place des programmes et projets. Surtout, il fournit un exemple très parlant des écarts de perception qui se rencontrent à tous les niveaux de la lutte contre l'épidémie. Comme il en va des échelles, le sol paraît d'autant plus éloigné qu'on s'y élève en y grimpant.

11.2. Mise à disposition des ARV

L'arrivée des thérapies antirétrovirales sur la scène de l'épidémie marque, elle aussi, un tournant dans la façon dont les bailleurs de fonds et les organisations internationales se sont positionnés. Le caractère très probant de leurs effets conduisit à décider rapidement de leur diffusion au plus grand nombre possible de personnes contaminées. En constatant ce que cette distribution extensive des traitements pouvait avoir de salubre, on admit aussitôt qu'il fallait en faire un axe majeur de la politique de lutte contre le fléau. Restait à intégrer le coût de ces médicaments dont les prix, terriblement élevés, annonçaient qu'ils ne profiteraient pas à tout le monde. Pour faire face à ce problème, l'option de la prise en charge des PVVIH parut être la meilleure solution. Selon des critères préétablis prenant en compte la situation matérielle et financière des personnes contaminées, une mise à disposition des ARV fut mise en place, coordonnée par le PNLS au niveau de l'ensemble des structures, publiques ou privées. Restait à en assurer la distribution. Une structure nationale fut spécialement créée, baptisée CAMEG (Centrale d'Approvisionnement des Médicaments essentiels et génériques).

Carte n° 9. Les régions sanitaires



Source : d'Après *Atlas du Togo*, Paris, Jeune Afrique, 1981, p. 49 (adaptation par nos soins).

L'accession aux traitements pour les plus défavorisés nécessita cependant l'appui de partenaires privés et, aujourd'hui, le marché pharmaceutique étant ce qu'il est, la couverture des soins ramène, dans 60% des cas, les ARV à un prix mensuel de 11 500 FCFA (17, 5 euros). Toutes variations prises en considération, ces prix peuvent osciller entre 1610 FCFA (2,50 euros) et 39 110 FCFA (59, 65 euros) en fonction de la lourdeur de la thérapie. Le nombre des protocoles thérapeutiques prescrits au Togo s'élève à douze, ce qui dépasse de loin les cinq préconisés par l'OMS. Mais les problèmes de résistance aux thérapies prescrites ou les problèmes de ruptures dans les stocks complexifient la tâche. Malgré cela, on parvint, avec le soutien du Fonds mondial, à assurer la gratuité des prescriptions pour les enfants et certains profils, reconnus bénéficiaires de droit, au vu des critères d'éligibilité retenus.

La encore, les carences de l'État en matière de gestion précipita l'interruption des financements, avec pour conséquence une diminution progressive mais constante du nombre de contaminés bénéficiaires des traitements pris en charge. Le principal motif de ce désengagement tint à un manque patent de visibilité. Parmi les outils mis en place pour connaître réellement la situation, des carnets nominatifs avaient été instaurés par le Fonds mondial. Ces documents, en même temps qu'ils permettaient un travail d'identification et de suivi, permettaient de recueillir un ensemble de données très précieuses dans l'orientation des politiques. La rigueur et le sérieux que réclamait leur utilisation les voua à l'échec et, faute d'en obtenir la transparence qu'ils en attendaient, les instigateurs de cette procédure décidèrent qu'il y avait motif à couper court.

Nous n'en finissons pas de faire l'exposé de toutes les difficultés et problèmes inhérents au développement de la politique de lutte et de prévention. En les prenant un à un, il apparaît que l'ampleur de l'entreprise et le nombre très élevé des acteurs qu'elle mobilise, multiplient à l'infini les blocages. Avec la meilleure volonté du monde, chacun à son niveau, sans doute soucieux de bien

faire, se laisse néanmoins prendre dans des mécanismes qui expliquent qu'on en arrive à ce manque de fluidité. Les visions et interprétations personnelles, sous-tendues par les convictions, le désir d'avoir raison et les motivations parasites, ne favorisent pas la hauteur de vue distanciée que réclame la situation. Mais depuis les toutes premières actions menées voici près de vingt ans et ce qui se fait aujourd'hui, les consciences se sont aiguisées. La façon d'appréhender les choses s'est infléchie. Du moins est-ce ce qui semble ressortir des orientations actuelles, fortement marquées par une concentration des responsabilités entre des mains peut-être moins nombreuses mais plus professionnelles et plus expertes. Témoin l'entrée en scène du PSI, à qui a été confié le rôle de premier pilote.

12. Le PSI ou la reconnaissance de l'expertise

12.1. Un nouveau partenariat

Choisi par le Fonds mondial qui recherchait un organisme capable de porter efficacement la politique de lutte et de prévention, le PSI (*Population Services International*), en intégrant dans son programme d'action l'ensemble des contraintes, exigences et obligations définies au cahier des charges, est devenu le partenaire référent du Fonds mondial. Se définissant lui-même comme une ONG à but non lucratif, le PSI n'en épouse pas moins les modes de fonctionnement en vigueur dans les entreprises privées, et ceci tant en interne que dans ses interventions externes. C'est ainsi par exemple que les membres du personnel, recrutés comme le serait n'importe quel autre candidat du secteur privé, intègrent tel ou tel département de la structure pour y tenir un poste en adéquation avec leurs domaines de spécialité et champs de compétences. Chercheurs, gestionnaires, porteurs de projets et autres intervenants y ont donc le statut de salariés, rémunérés pour accomplir les missions qui leur sont confiées. Ce système, parce qu'il repose sur la culture de l'entreprise, présente l'avantage d'accroître considérablement l'efficacité dans le déroulement des programmes. Ceci tient du reste à trois facteurs essentiels : le pouvoir de décision appartenant à la responsabilité de personnes désignées, il est du même coup moins délayé et

plus à même de s'exercer selon des stratégies d'ensemble. Répercutées à chaque échelon de la structure, leur mise en œuvre tombe dans la juridiction de responsables qui, par le procédé de la délégation, en deviennent comptables. Il en ressort une plus grande homogénéité dans leur application. Le second élément réside dans une meilleure aptitude à coordonner, en fonction de ces mêmes stratégies, l'action des différents acteurs. Enfin, le professionnalisme requis à tous les niveaux (et garanti par la politique de recrutement) aboutit à ce que le volet financier des activités soit pris en main par des gens dont c'est le métier.

Implanté dans plusieurs pays, le PSI, dont le siège est à Washington, n'était au départ présent pour l'Afrique de l'Ouest qu'au Togo, Burkina, Côte-d'Ivoire et Cameroun. Dans ces quatre pays, le PSI avait, au début, été sollicité pour intervenir sur des problématiques d'IST, de contraception et également de maladies diarrhéiques. Les résultats positifs qui furent obtenus amenèrent le Fonds mondial à considérer qu'il y avait là matière à partenariat.

12.2. Une autre approche

Présent au Togo depuis 1996, le PSI s'est fait une spécialité des politiques de santé. Désormais récipiendaire principal des budgets alloués par le Fonds mondial, il est devenu la clef de voûte de l'édifice que constituent toutes les parties impliquées dans la politique de lutte contre le VIH. En étroite collaboration avec plusieurs institutions nationales – PNLS et CNLS – et dans le respect des stratégies voulues par le gouvernement, PSI Togo a passé contrat avec nombre d'ONG et prestataires de services qui se sont ainsi vus associés à sa stratégie. À charge, pour chaque partenaire, de la décliner selon les objectifs fixés et dans le respect des exigences formulées. Cette méthode pourrait laisser penser que nous nous retrouvons dans la même posture que celle évoquée plus haut et dont nous faisons remarquer qu'elle conduisait à une uniformisation et d'une standardisation des processus d'intervention. Il n'en est rien, et c'est l'un des points forts du PSI qu'il convient ici de souligner. Parce que les aspects financiers et la nécessité de rendre compte, si importants soient-ils, n'ont pas damé le pion à

la dimension stratégique, le PSI subordonne ses programmes d'intervention à des travaux de recherches et de réflexion qui, en amont, vont obliger à définir des plans d'action et des modes opératoires élaborés selon les particularismes observés, selon aussi la spécificité des besoins et des contraintes rencontrées sur le terrain. Les populations cibles présentant chacune des profils très disparates, ce sont autant de programmes qui sont élaborés. En effet, il n'était guère pensable de traiter, sur un pied d'égalité, des professionnels de la route, des militaires, des collégiens, des prostituées et des agriculteurs. Si le système des pairs éducateurs a été adopté partout où cela pouvait être possible, il n'en demeure pas moins que les actions ont, quant à elles, su prendre des formes originales directement inspirées par les milieux et les publics concernés. La population des 15-24 ans, qui représente un groupe cible crucial, fait, par exemple, l'objet d'une campagne d'information spécialement étudiée. Dans ce cas-là, il s'agit de mettre l'accent sur la meilleure façon de vivre sa première expérience, en dissociant, dans l'esprit des plus jeunes, précocité et maturité. Sous la supervision de professeurs, les pairs éducateurs mènent des débats de groupes, mais aussi des entretiens individuels, au cours desquels le passage à la vie sexuelle active est abordé comme sujet d'analyse et de réflexion. Sont ainsi passés en revue les cas de figure qui peuvent se présenter, de sorte que l'auditoire se retrouve placé dans une position adulte et responsable où le sujet sexuel est examiné sous un jour plus objectif et plus rationnel. Mais d'autres moyens sont également employés qui, ceux-là, font appel au registre de la créativité et du talent artistique. La sensibilisation aux problématiques du VIH emprunte ici les vecteurs de la danse, du théâtre ou de la chanson, pour ne citer que ceux-là. Enfin certaines manifestations sportives, organisées ponctuellement, constituent autant d'occasion de diffuser les messages de prévention.

Dans un autre registre, on peut ici citer l'exemple de la prévention destinée aux professionnels de la route. Il était de notoriété publique que, sur les grands axes qui assurent le gros des échanges commerciaux entre le Togo et les pays limitrophes, la population des chauffeurs représentait une voix de propagation du sida. Loin de leurs familles durant de longues périodes, les hommes qui

empruntent ces routes et connaissent les conditions de vie éprouvantes de cette profession, sont parfois sujets à des comportements à risque. Sur la voie la plus empruntée, ont donc été implantés, à leur intention, des sites de prévention. Là aussi, les missions ont été confiées à des pairs éducateurs. Le message a principalement porté sur la nécessité du port systématique du préservatif et du dépistage volontaire.

Les corps portant uniformes, pour des raisons similaires (longues absences et éloignement du domicile), ont eux aussi fait l'objet de toutes les attentions des campagnes orchestrées par le PSI. Militaires, pompiers, douaniers, policiers se sont vus dispenser des temps d'information spécialement dédiés à leurs corps de métier.

En milieu rural, où se dénombrent 65% de la population togolaise, la politique de prévention a usé de méthodes de communication intégrant la culture et les traditions encore très présentes dans le quotidien des groupes ciblés. Les messages à faire passer l'ont été par le truchement du folklore et de la danse. Les croyances erronées qui, autour l'usage du préservatif, avaient cours dans ces populations ont pu ainsi être « attaquées » à la source.

Enfin, fait majeur dans tout ce qui avait été jusqu'alors entrepris, les populations ayant des pratiques sexuelles hors normes ont pareillement fait l'objet de campagnes spécifiques. Jusqu'alors tenus pour déviants et donc assez peu considérés en tant que personnes, les prostituées et les homosexuels n'avaient guère suscité l'intérêt des pouvoirs publics. Dépassant les tabous et les dénis, privilège a été donné à une approche réaliste et à une prise en compte effective de ces groupes particulièrement exposés par leurs pratiques. La barrière de l'isolement social ayant été franchie, les messages ont pu atteindre des communautés qui, jusqu'alors, n'en avaient que peu bénéficié.

13. Réflexion autour de la légitimité des acteurs

Ce travail de recherche s'inscrit dans la problématique de l'action publique contre le sida au Togo, et a pour objectif de montrer les stratégies des acteurs en présence afin d'être reconnus et inscrits comme membre de l'espace de mobilisation. Pour comprendre le processus de cette inscription, nous sommes amené à émettre l'hypothèse principale : l'espace de mobilisation contre le sida au Togo est composé d'acteurs dont la préoccupation est la quête permanente de légitimité.

À partir de là d'autres hypothèses se sont déclinées :

- les capacités d'action des acteurs sont renforcées par la mise en place d'une organisation et d'un cadre de travail correspondant aux besoins ;
- des conflits de légitimité peuvent naître entre les différents acteurs ;
- des conflits, nés de la recherche de légitimité, peuvent porter un coup aux objectifs fixés et, par conséquent, à l'efficacité des actions ;
- le fonctionnement bureaucratique des organisations de lutte contre le sida en vu de leur efficacité peut engendrer de effets pervers ;

Nous observons, que tout au long de ce travail il a été question de quête de légitimité sur laquelle se fonde la politique publique du Togo. Au niveau des pouvoirs publics, cette quête symbolise une crise de ses représentations et de ses institutions.

Au niveau des représentations et des symboles, on assiste à une remise en cause de l'État qui n'arrive pas à répondre aux besoins sociaux des populations et qui subit une crise de légitimité vis-à-vis d'un social qui se détériore.

Concernant les institutions officielles, la fissure des rapports entre l'État et ses sujets laisse libre court à l'intrusion d'autres acteurs.

Ces hypothèses sont vérifiées et validées tout le long du chapitre VII.

Tableau n° 22. Importance de la solidarité familiale et associative

Solidarité	Effectif	Pourcentage
Oui	100	83,3
Non	20	16,7
Total	120	100

La question de la solidarité nous paraît intéressante dans la problématique du sida. Ce dernier pèse le plus sur les foyers et les familles, et les structures associatives sont les unités de base où se mène le combat contre la maladie et ses conséquences. C'est ainsi que la solidarité par le mécanisme de ces institutions est très importante. Elles proposent foncièrement l'image d'une société communautaire fondée sur l'amour du prochain. Confirmant notre propos, le tableau ci-dessus fait observer que plus de 83% de l'échantillon ont recours aux réseaux associatifs en cas de besoin. *« Les gens me regardaient avec mépris. J'étais très abattue. Les gens m'ont conseillée de venir ici. J'ai rencontré le psychologue et les camardes que vous voyez [elle montre les autres séropositifs qui étaient dans la salle de réunion], j'ai pris confiance en moi-même et le regard des gens ne me gêne plus. Si je n'étais pas venue ici, je ne serais plus en vie »* (E18).

Alors qu'on assiste de plus en plus à l'éclatement de la solidarité familiale en Afrique, dû à l'interpénétration interculturelle, effet de la mondialisation, sa reviviscence dans le cadre associatif est révélatrice d'une prise de conscience collective contre le sida. Ce dernier a modifié la société par les valeurs auxquelles il renvoie : la solidarité ne se fait plus d'une façon objective, d'autres modèles se

sont imposés. Cette valeur de solidarité reflète les fondements d'une société togolaise où la conscience collective se traduit par des alliances entre ceux qui se sentent écartés par l'État.

Tableau n° 23. Quelle impression avez-vous de l'action de l'État ?

Impression	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	36	30,0
Mitigée	53	44,2
Bonne	28	23,3
Très bonne	3	2,5
Total	120	100,0

Parmi les personnes interrogées, la majorité (44,2%) a une impression mitigée sur l'action de l'État. Ce résultat témoigne du manque de visibilité de l'engagement des pouvoirs publics. Les populations ne perçoivent pas concrètement le rôle de ces derniers.

Tableau n° 24. Que pensez vous de l'action des associations ?

Impression	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	12	10
Mitigé	22	18,3
Bonne	58	48,3
Très bonne	28	23,3
Total	120	100,0

Les résultats de ce tableau montrent que la population trouve satisfaisant le rôle que jouent les associations dans la lutte contre le sida. Cette reconnaissance correspondrait à une certaine efficacité. Les personnes infectées et leurs proches fréquentent les structures associatives plus que les services officiels. Car ces

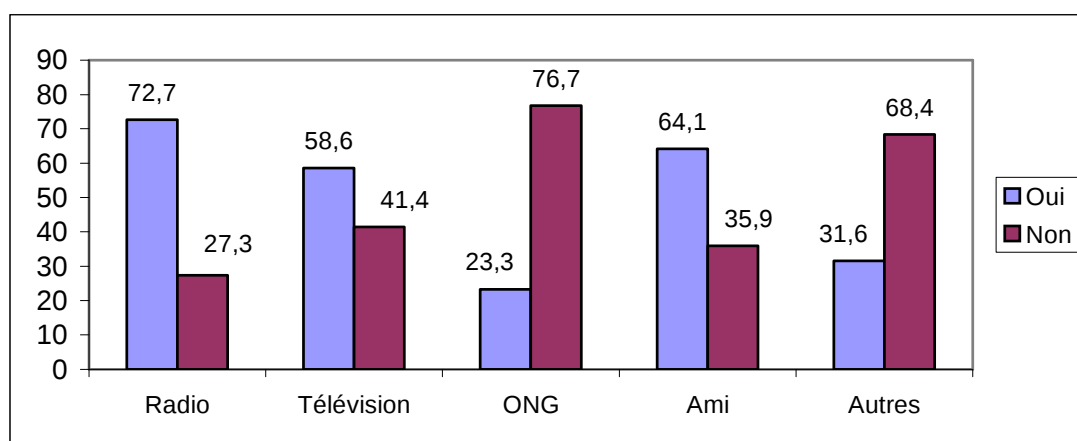
personnes pensent qu'elles peuvent y rencontrer des acteurs plus engagés à leur cause. Seuls les militants associatifs sont actuellement en capacité de donner des informations, de proposer des traitements et faire le suivi des malades.

Tableau n° 25. Par quels moyens êtes-vous informé sur le VIH/Sida ?

Moyen d'information	Effectif	Pourcentage
Sensibilisation	57	47,5
Proche	37	30,8
Média	26	21,7
Total	120	100,0

Ce tableau va dans le sens des deux précédents. Si la place des médias et des réseaux de proches n'est pas négligeable dans l'information sur le sida, c'est l'importance des sensibilisations qu'il faut retenir. Elles sont le fait du travail des associations. Le graphique ci-dessous, issu d'une enquête de la Croix-Rouge Togolaise, confirme nos résultats. Les ONG sont identifiées comme les principales sources d'information sur le VIH. Les ONG sont identifiées identifiées comme les principales sources d'information sur le VIH/Sida.

Graphique n° 7. Répartition des sources d'informations



Source : Recherche opérationnelle sur le VIH / SIDA, CRT, 200

Tableau n° 26. Ne pensez-vous pas que les conflits entre les associations constituent un obstacle à la lutte contre le sida

Réponse	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	37	30,8
D'accord	33	27,5
Tout a fait d'accord	50	41,7
Total	120	100

S'agissant des rivalités entre les associations, nous observons qu'une majorité des personnes interrogées (plus de 69%) reconnaissent que les rivalités entre les acteurs associatifs constituent un obstacle dans la politique de lutte contre le sida.

La logique marchande liée à la problématique de la pandémie, entraîne les associations dans une relation de concurrence. Nous l'avons souligné, leur création est parfois le fait d'une existence de financement. Et le mode associatif deviendrait un moyen pour obtenir des financements et une source de revenus. Une situation qui cause des tensions entre les associations qui s'accusent d'illégitimité (et de disqualification) dans l'espace sida. « *Les associations comme la Croix-Rouge n'ont rien à faire avec le sida, pense une militante du réseau. Leur mission, ajoute-t-elle, est dans le secours, maintenant elles sont dans le sida parce qu'elles savent qu'il y a de l'argent à gagner. Et comme elles ont des facilités de financement, elles font des publicités et tout le monde pense qu'elles font du bon travail. Elles vont perdre. Il faut que, nous aussi, on développe l'aspect visibilité...* » (E7). Ces propos, d'une responsable du RAS+, symbolisent le sentiment de marginalisation qu'éprouvent certaines associations de personnes affectées. L'investissement de nouveaux acteurs fait émerger des critiques sur le fait que le mouvement de lutte contre le sida exclut les personnes atteintes par la maladie au profit de groupes qui ne sont que peu concernés par les risques.

Sur un autre plan, les conflits internes entre les responsables et les autres membres et volontaires entravent l'efficacité des actions. Certains membres du bureau n'ont qu'un rôle de figuration. Le plus souvent, le rôle de décision est du domaine exclusif du président. Ce qui pose le problème du fonctionnement de ces organisations qui semblent plutôt répondre à une double logique : d'une part, légitimer l'association vis-à-vis de l'État et des bailleurs de fonds en lui donnant une image d'une organisation bureaucratique (au sens de Max Weber) et efficace, et de l'autre, partager, en interne, le pouvoir et le « gâteau » entre une minorité. L'association, ici, semble être un espace de promotion personnelle au détriment du collectif et des objectifs fixés.

Tableau n° 27. Ne pensez-vous pas que le déficit d'engagement de l'État aux côtés des associations est une menace pour la lutte contre le sida ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	26	21,7
D'accord	57	47,5
Tout a fait d'accord	37	30,8
Total	120	100

Plus de 77% des personnes interrogées reconnaissent que les divergences entre les pouvoirs publics et les acteurs privés ne sont pas de nature à faire avancer les politiques de lutte contre la pandémie dans le pays. On assiste à une tendance à la spoliation des associations (*cf.* le rôle des médias) et d'un manque de soutien à ces dernières : « *Depuis treize ans que nous existons, nous avons pas encore un bâtiment propre à nous, déplore ce conseiller de EVT. Nous sommes toujours en location et le loyer ne cesse d'augmenter. Nous avons demandé à l'État de nous donner un terrain pour se faire bâtir un siège. Des terrains ont été ciblés et nous leur avons proposé. Mais rien n'est fait. Les différents ministères se repoussent les responsabilités, alors que la Fondation de France, un de nos gros bailleurs, est prête à financer un tel projet. Il suffit que nous trouvions un terrain.*

Vous voyez le paradoxe. Les partenaires extérieurs ont la volonté de nous aider et cette volonté manque à notre niveau. En tout cas, nous n'allons pas baisser les bras, nous allons continuer par lutter... » (E3). Ce manque d'engagement est aussi déploré par le président du RAS+ : « Il faut aller au-delà des réunions et des proclamations d'intention [...]. Aujourd'hui, la lutte est menée à 70% par les associations, l'État et les autres acteurs privés se répartissent les 30% restants. Vous convenez, avec moi, le poids que nous représentons. Tous les partenaires, l'État y compris, le reconnaissent, mais dans les faits ils sont toujours réticents à nous appuyer. Nous ne sommes des concurrents d'aucun partenaire, encore moins de l'État. Nous faisons ce que ce dernier devrait faire, nous l'accompagnons, alors cela devrait être le contraire » (E4). Tout porte à penser que ces structures n'ont aucune reconnaissance de l'État. En témoigne cette opinion de ce représentant, rapporté par Marianne Bernède : « Le domaine associatif est instable. Les associations se font la guerre, elles veulent se partager le gâteau. Le gouvernement ne peut pas les subventionner. Elles doivent apprendre à trouver des fonds auprès des donateurs, d'entreprises ou de partenaires privés. Et elles ne peuvent pas faire le travail du service public. »²⁷⁴ Et l'auteur ajoute : « Une visite dans un grand hôpital de Lomé suffit pourtant à se faire une idée de la prise en charge dans le service public : un manque de moyens flagrant, un personnel médical désespéré, des lits collés les uns aux autres dans des dortoirs miteux, des gamins atteints par le VIH, rachitiques, qui s'accrochent littéralement aux jupes de leurs mères. Le linge et la nourriture doivent être amenés par la famille, car les cuisines de l'hôpital n'alimentent pas les malades [...]. Il serait temps que les responsables politiques aillent visiter les associations pour comparer et constater la qualité de l'accueil et de la prise en charge. »²⁷⁵

Ce que les associations déplorent aussi, ce sont les lourdeurs des formalités administratives qui rendent inefficaces les programmes. C'est le cas de la rupture administrative au nom d'une gestion, ce qui remet en cause l'État à qui les populations ne font pas confiance. Celles-ci évoquent les difficultés d'accessibilité

²⁷⁴ M. Bernède, « Fonds mondial : de la théorie à la réalité », *Transversal*, n° 28, janvier-février, 2006, p. 24.

²⁷⁵ *Ibid.*

dues aux lourdeurs administratives et de prise en compte de leurs besoins. C'est pour échapper à ces « *procédures fastidieuses qui ralentissent la résolution des problèmes et des difficultés* »²⁷⁶ que les malades, accompagnés de leurs proches, se sont tournés vers les associations. Ces difficultés sont perçues avec plus d'acuité par les usagers lorsqu'il s'agit de l'approvisionnement en médicaments ARV. Cette valeur de solidarité reflète les fondements de la société togolaise où la conscience collective se traduit par des alliances entre ceux qui se sentent écartés par l'État.

Tableau n° 28. Comment jugez-vous l'action des institutions internationales ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Pas efficace	65	54,2
efficace	55	45,8
Total	120	100

Quant à l'implication des institutions internationales, les avis sont partagés sur leur efficacité. Mais une majorité (54,2%) s'accorde à dire que leur rôle est loin d'être un succès. De la même manière que Fred Éboko l'évoque à propos du Cameroun, l'évolution de la question du sida au Togo révèle des logiques classiques internationales. « *La gestion des déséquilibres mondiaux induit des réseaux particuliers et procure à certains acteurs les moyens de réorienter ceux-ci à leur profit et de les capitaliser.* »²⁷⁷ La question qui s'impose est celle des procédures restrictives utilisées dans le suivi et l'évaluation des projets. Ces méthodes deviennent des gages de légitimité sur lesquels certains acteurs locaux fondent leur fonctionnement, malgré leur inefficacité sur le terrain : « *La*

²⁷⁶ M. Rehim, *Le Problème de développement en Libye. Étude de cas : la société locale de la ville d'El-Beida*, thèse de sociologie (sous la dir. de G. Ferréol), université de Poitiers, 2007, p. 299.

²⁷⁷ F. Éboko, « Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », *Autrepart*, n° 12, 4^e trimestre, 1999, p. 137.

*rationalisation des actions sociales dans tous les champs de la société a contaminé et sapé les fondements des valeurs. »*²⁷⁸

²⁷⁸ G. Ferréol et J.-P. Noreck, *op. cit.*, p. 45.

CONCLUSION

Le samedi 8 octobre 2005, dans ce tout petit pays qu'est le Togo, enclavé dans les terres de l'Afrique de l'Ouest entre Bénin, Burkina, Ghana et Golfe de Guinée, l'équipe nationale de football - les Éperviers- parvint à se qualifier pour la coupe du monde. Exploit ! En réalisant ce tour de force, c'est le pays tout entier qui, ce jour-là, rentra dans la cour des grands. D'aucuns affirmèrent même qu'en marquant ces trois buts, les Éperviers avaient hissé le Togo sur le podium de l'histoire. La liesse s'accommode assez bien de la confusion des genres.

L'événement, comme il se doit, fut amplement fêté, démesurément fêté. Koffi, qui tient boutique à Agoènyivé, sur la route empruntée par les régiments des forces d'intervention rapide, raconte comment, en quelques heures, il vendit tout son stock de préservatifs. Des hommes en tenue et en armes, mobilisés pour assurer la sécurité et prévenir les débordements d'une foule ivre de joie, firent provision de cet accessoire destiné à un autre type de sauvegarde et de prévention. La leur, en l'occurrence, puisque eux-mêmes portés par l'enthousiasme et la joie, entendaient, comme chacun, jouir de la fête dans tout ce qu'elle promettait de plaisir. Au Togo, comme dans beaucoup d'endroits sur cette planète, le sport en général et le football en particulier sont de grands pourvoyeurs de bonheur et d'allégresse. Cette victoire fut, comme il fallait s'y attendre, le signe de la bienveillance et de la mansuétude divine. Car, au Togo, Dieu est partout et partout célébré. Dans les noms des échoppes, dans celui des écoles, les Togolais affirment leur foi et s'efforcent de rendre grâce au Tout-Puissant. Atelier de couture *Dieu protège*, bar restaurant *Amour de Dieu*, collègue *Anna Maria*.

Dieu ne fut du reste pas le seul à bénéficier des retombées positives de cette victoire. Dans les hautes sphères de l'État, on se fit fort également d'aller arracher quelques feuilles à la couronne de lauriers. Pour un peu, d'aucuns auraient même

été prêts à en ceindre le front de l'ex-président²⁷⁹. Peut-être que le fiasco, qui se passa ensuite, les en dissuada. Car l'équipe ne sut pas concrétiser les espoirs. Et pour cause ! Dans la première marche qui devait mener au podium, très vite, les Éperviers trébuchèrent sur les embûches de la culture togolaise et de ses travers : défaut patent d'organisation, grève des joueurs au sujet des primes, conflit de légitimité entre les membres de la délégation, corruption...

Mais la confusion des genres, qui pourrait, peut-être, prêter à sourire dans de telles circonstances, se pare des attributs du drame lorsqu'on examine l'ampleur de la catastrophe qui frappe aujourd'hui le Togo. Car dans les premiers temps de l'épidémie, Dieu fut le seul antirétroviral que ce peuple eut à sa disposition pour tenter, vaille que vaille, de faire face. On sait désormais que ni Dieu, ni le football ne sont – et ne seront – en mesure d'épargner les Togolais des ravages que provoque le sida. Cette vérité est, semble-t-il, acquise et intégrée. Les chiffres y ont aidé. Et plus encore que les chiffres, les parents, les voisins, les amis, les collègues décimés.

Aujourd'hui, ce sont les malades eux-mêmes, soutenus par leur entourage et leurs proches, qui ont pris à leur compte la bataille contre l'épidémie. Affranchis des liens de subordination et de domination dans lesquels les institutions médicales et publiques avaient tendance à les enserrer, ils se sont arrogés le droit d'être acteurs sur une scène où ils n'avaient été conviés qu'à titre de figurants. Ce faisant, ils ont battu en brèche les schémas traditionnels par lesquels le monde des hommes sains et bien portants se penche en expert sur celui des miséreux, pour regarder ces derniers comme des cas et leur prodiguer ce que la science et la morale savent produire de diagnostics et de compassion.

Dans le même temps, leur existence au sein de la société et leur visibilité ont porté un coup sans précédent à l'illusion occidentale d'un monde définitivement débarrassé des grandes épidémies. Cette croyance, pour infondée qu'elle soit,

²⁷⁹ Un dignitaire du régime appelé à réagir, après la qualification, déclarait : « Je suis content mais je regrette que le président Eyadema, qui a beaucoup fait pour ce pays et notamment pour les Éperviers, ne soit plus là pour partager avec nous ce moment. »

s'était néanmoins peu à peu enracinée dans bon nombre de pays de l'hémisphère nord. Le sida, ses cohortes de malades et ses millions de morts, sont venus rappeler qu'il n'en était rien. Ils sont aussi venus éclairer, d'un jour tristement nouveau, l'impuissance de systèmes de santé, tous acteurs confondus, dès lors que l'on se retrouve confronté – et c'est ici le cas – à des phénomènes épidémiques qu'on pensait à jamais révolus.

Devant l'inertie et l'apathie de ceux qui, en temps normal, font tout pour obtenir (par les scrutins, la force ou la ruse) la responsabilité de la chose publique, les associations, après s'être cherchées, surent dans quelle offensive il leur faudrait se lancer. Avant que de vouloir livrer bataille sur le terrain de la maladie, c'était sur celui des institutions et des rapports de force qu'il importait de remporter des victoires. La ségrégation, la stigmatisation, l'oubli, le tabou, furent les cibles sur lesquelles elles portèrent leurs efforts, pour finalement obliger l'État à entrer dans la danse.

À la lumière de ces faits et de cette histoire, il est apparu que les sciences sociales avaient leur mot à dire et leur éclairage à apporter. Le sida, dans ce qu'il peut révéler d'une société donnée à un moment donné, pose des interrogations qui débordent largement le strict champ de la science médicale. Commencer d'y répondre – pour peu qu'on veuille y répondre – suppose de recourir à d'autres prismes. Les sciences sociales en apportent un, différent sans doute, complémentaire à tout le moins, indispensable oserions-nous dire, si nous ne craignons de trop prêcher pour notre paroisse.

Au regard de ce que furent les réactions, les positions et les rôles qu'adoptèrent l'ensemble des acteurs – publics ou privés, institutionnels ou individuels –, il importait de poser des questions qui ne l'auraient sans doute pas été, si les sciences sociales n'étaient venues les inscrire à l'ordre du jour. Nous n'en reprendrons pas les termes ici, considérant que les développements précédents s'y sont suffisamment attardés.

En revanche, qu'il nous soit permis, dans cette conclusion, de reprendre à notre compte quelques phrases d'une œuvre qui valut en son temps un prix Nobel à son auteur. L'extrait que nous avons choisi d'incorporer dans ses lignes nous a en effet paru exprimer l'idée sur laquelle nous souhaiterions terminer. Voici ce qui est dit : « *Les fléaux, en effet, sont une chose commune, mais on croit difficilement aux fléaux lorsqu'ils vous tombent sur la tête. Il y a eu, dans le monde, autant de pestes que de guerres. Et pourtant, pestes et guerres trouvent les gens toujours aussi dépourvus [...]. Quand une guerre éclate, les gens disent : "Ça ne durera pas, c'est trop bête." Et sans doute une guerre est certainement trop bête, mais cela ne l'empêche pas de durer. La bêtise insiste toujours, on s'en apercevrait si l'on ne pensait pas toujours à soi. Nos concitoyens à cet égard étaient comme tout le monde, ils pensaient à eux-mêmes ; autrement dit, ils étaient humanistes : ils ne croyaient pas aux fléaux. Le fléau n'est pas à la mesure de l'homme, on se dit donc que le fléau est irréel, c'est un mauvais rêve qui va passer. Mais il ne passe pas toujours et, de mauvais rêve en mauvais rêve, ce sont les hommes qui passent, et les humanistes en premier lieu, parce qu'ils n'ont pas pris leurs précautions.* »²⁸⁰ Si nous nous sommes autorisé à emprunter à Camus un tout petit peu de son œuvre, c'est parce qu'il nous a semblé que, bien des fois, elle se faisait l'écho et le miroir de tout ce que nous avons pu observer tout au long de nos recherches. Nul ne saurait raisonnablement affirmer que le sida n'est pas un fléau. Son arrivée a été l'occasion de toutes les interprétations, de toutes les conjectures et, parfois même, de toutes les élucubrations. Mais il est partout acquis que le virus est à inscrire au registre des grandes calamités de l'histoire de l'humanité. Et, devant ce désastre, les hommes une fois encore sont « *toujours aussi dépourvus* ».

Le continent africain est aujourd'hui celui qui paye le plus lourd tribut à la maladie et, parmi les pays qui le constituent, le Togo verse en vies humaines une « contribution » effrayante. C'est qu'au Togo aussi, on est humaniste, plus qu'ailleurs peut-être ? Chaque acteur, à sa place, agit avec les moyens qui sont les siens et, vraisemblablement aussi, avec beaucoup de conviction et une indéniable

²⁸⁰ A. Camus, *La peste*, Paris, Gallimard, 1947, p. 41.

volonté de bien faire. Ne pas le reconnaître serait manquer au devoir d'objectivité que nous nous sommes fixé au départ de ce travail. Parvenu à ce stade de notre développement, il ne saurait être question de nous en départir. Nous la conserverons donc pour affirmer qu'aujourd'hui, au Togo, le sida tire en partie sa bonne santé des stratégies utilisées dans la mise en œuvre des programmes de prévention et de prophylaxie. Il n'est pas impossible qu'au fond, la gravité du mal et sa dimension proprement catastrophique n'aient pas encore suffisamment pénétré les consciences pour que, toute affaire cessante, soit mise en place une politique draconienne de lutte contre la maladie, pilotée par des instances capables d'en assumer la charge et désireuses de le faire. Or, il n'existe aujourd'hui qu'une multiplicité infinie d'intervenants, pris dans la toile inextricable de leurs intérêts médiats et immédiats. Tous ceux sans doute qui se sont vus reconnaître le statut d'acteur officiel se trouvent assis à la même table – les autres n'aspirant qu'à les rejoindre – mais les raisons pour lesquelles les heureux élus s'y trouvent assis ne laissent pas d'interroger sur la partie qui s'y joue. De ce que nous en avons observé, il ressort qu'il y est question de surenchères, d'alliances, de gains, d'image et d'un panel de règles compliquées qui interdisent l'accès du cénacle aux non initiés (quand bien même ils souhaiteraient d'y entrer). Au final, il apparaît manifeste que le sida seul en sort véritablement vainqueur en faisant quotidiennement toujours plus de malades et, par conséquent, toujours de vaincus.

Mais il est certain qu'aujourd'hui, il reste toujours possible de rendre des comptes à qui veut en demander. La procédure pointilleuse par laquelle on s'applique à vérifier – puis à démontrer – qu'il y a concordance effective entre les actions programmées et les actions réalisées vaut preuve. Et de cette dernière découlent les reconductions des programmes à ceux qui en ont la charge. Nous savons aujourd'hui que les chiffres sont là pour témoigner d'une avancée constante de l'épidémie. Avant même que de se demander quoi faire et comment le faire, se pose la question de l'attitude à adopter face à cette réalité. La première, somme toute assez classique, commanderait que l'on établisse un constat d'échec. Cette option nous paraît dangereuse. D'abord parce qu'elle entraîne souvent des réactions maximalistes et démesurées qui conduisent à faire table rase de tout, y

compris de ce qu'il y avait de bon et de constructif. Il ne faut au radicalisme, pour convaincre de ses vertus, qu'une lucidité trop abîmée par le découragement et la lassitude. Dangereuse aussi, parce qu'elle fait la part belle au cynisme qui dévoie l'intelligence en lui faisant échafauder toutes les bonnes raisons que l'on a de renoncer.

Une autre attitude, non moins classique, consiste à s'enfoncer dans le déni et ses variantes. Plutôt que d'avoir à supporter l'inconfort douloureux, où nous place l'échec d'une politique ou ses insuffisances, on opte pour une lecture falsifiée de la réalité ; et de continuer à croire, coûte que coûte, que tout ce qui doit et peut être fait, est fait et bien fait. Entre ces deux approches, reste une zone médiane à explorer qui ne l'a encore que fort peu été.

En premier lieu, ce n'est guère la concordance entre prévision quantitative et réalisation effective des programmes qu'il importe de s'appliquer à mesurer. Car cette retranscription chiffrée ne témoigne en rien de l'efficacité des dits programmes. Or, c'est bien sur ce point qu'il convient de mettre la focale. Si chiffres il doit y avoir, ce sont d'abord ceux qui rendent compte de l'ampleur de l'épidémie par un dénombrement réaliste des cas de contamination ; viennent ensuite, tout aussi importants, ceux qui témoignent de l'impact des politiques engagées. Sur les premiers (et pour les raisons exposées plus haut), nous savons que nous sommes loin de pouvoir leur accorder crédit. Quant aux seconds, il semble que, aujourd'hui encore, on ne veuille pas les tenir pour essentiels. Et les uns et les autres pourtant, sont seuls à même de rendre compte, et du réel, et de la pertinence des politiques qu'on se propose de mettre en place pour en modifier le cours. En un mot, il convient de s'interroger sur ce que l'on entend faire de la logique arithmétique : un miroir rassurant ou un outil de diagnostic capable d'infléchir efficacement les politiques entreprises ?

À poser la question, on mesure l'ampleur de la remise en cause que supposerait une réponse sinon honnête, du moins rationnelle. Si l'on admet, aujourd'hui, que seuls ces chiffres doivent tenir lieu de repères et d'indicateurs,

chaque acteur se retrouve du même coup à devoir reconsidérer son rôle et son positionnement.

Côté bailleurs de fonds d'abord, la prise en compte de chiffres capables d'établir une estimation fiable de l'efficacité des politiques engagées, obligerait à revoir les critères d'attribution de budgets. Mais en établissant ces critères à l'aune d'une efficacité réelle et non supposée, ces mêmes bailleurs de fonds se verraient contraints d'intégrer des réalités par trop négligées aujourd'hui. Les données sociales, culturelles et économiques du pays constituent de sérieux freins à la politique de prévention, mais elles le sont d'autant plus qu'on les a tenu pour quantité négligeable. Le moment est peut-être venu d'en faire des paramètres à part entière.

Par ailleurs – et ce serait là un deuxième bénéfice – en admettant que les enveloppes soient accordées au regard de l'efficacité des programmes engagés, chiffres à l'appui, par des bailleurs de fonds ayant intégré les réalités du terrain, comme autant de critères déterminants, il y a fort à parier que les institutions, publiques et privées, reconsidèreraient leurs missions et leur raison d'être, leurs politiques d'intervention et leurs méthodologie d'action. Le propos n'est assurément pas de défendre, à tout crin, une culture du résultat, mais de ramener les esprits à davantage de pragmatisme et d'efficience.

Enfin, en donnant aux bailleurs de fonds les moyens de décider au vu de l'efficacité effective de tel ou tel programme, l'ensemble des acteurs se verraient amenés à réviser les termes de leurs partenariats et la façon dont ils se proposent de les faire vivre. Les rapports existant entre acteurs privés et publics s'entretiennent, au jour le jour, au gré des circonstances et souvent aussi des connivences ; de sorte que la latitude d'action et la liberté de mouvement de tel ou tel acteur privé sont subordonnées au rang qu'il occupe dans les petits papiers officiels. Rien d'étonnant alors à ce que chacun surveille de près sa cote d'amour ou de popularité et s'emploie à l'entretenir pour rester en bonne place dans les répertoires et les agendas. Là encore, ce sont beaucoup d'énergie, de temps et

d'argent qui se voient dépensés, pour pallier à ce qui n'est qu'un dysfonctionnement.

L'absence d'un cadre institutionnel précisément défini et structuré en est la cause principale. La pleine et entière liberté d'action des acteurs privés ne paraît pas devoir être contestée, et mieux encore, il serait souhaitable qu'elle soit érigée en principe. Car elle est une des clés, sinon la seule, du succès de la politique de lutte contre le sida. Mais pour que cette liberté n'aboutisse pas à une déviance, il convient de la canaliser.

Le premier garde-fou tient essentiellement dans la lecture des faits et du réel. Redisons le ici : il y a tout à gagner à prendre pour seul compas les chiffres dont nous avons fait mention plus haut : la prévalence d'une part, si difficile que cela soit, le taux d'efficacité des programmes d'autre part. Car s'ils parviennent à être mesurés avec assez d'exactitude, les organisations en charge de les appliquer, commenceront d'abord par les élaborer selon cette exigence, reste aux bailleurs de fonds de leur laisser, en contrepartie, toute latitude sur les données à prendre en considération et les moyens à mettre en œuvre.

Le deuxième, tient davantage à une question d'organisation et de management. Il importe peu de faire du sida une grande cause nationale. L'important n'est pas là. Ce qui compte, avant tout, c'est de le considérer pour ce qu'il est : un problème majeur de santé publique. Nous souhaiterions que les mots « *santé publique* » parlent d'eux-mêmes et évoquent dans les esprits togolais ce qu'ils évoquent généralement, à savoir une conscience politique de devoir agir dans l'intérêt général. Dans cet ordre d'idée, il paraît manifeste que les succès futurs dépendront, pour une large part, de l'aptitude qu'auront les autorités gouvernementales à exercer les rôles qui leur reviennent de droit : rôle de coordinateur, de décideur et de responsable des politiques publiques. Ce qui n'exclue nullement la concertation et le partenariat, mais sous-entend, en revanche, une centralisation minimale des prises de décision relatives à tout ce qui touche justement à la santé publique ; quitte à ce que conseils et avis soient pris

auprès de ceux qui sont le plus à même de les donner, compte tenu de leur degré d'expertise et de compétence.

Pour en terminer, nous dirons que ces suggestions ne sont pas le résultat d'une construction intellectuelle, mais le fruit d'une étude menée au plus près du terrain. C'est la seule raison pour laquelle nous nous sommes sentis habilités à les énoncer en guise de conclusion. Pour autant, nous nous garderons de les considérer comme une solution miracle. Cependant, et pour simples pistes qu'elles soient, nous avons la conviction de penser que ces réflexions mériteraient d'être considérées comme un éclairage à même de modifier un tant soit peu la lecture des faits et, peut-être, dans un second temps, d'infléchir les manières de faire. Si tel devait être le cas – et nous le souhaitons ardemment – nous aurions alors une très grande satisfaction : celle du sociologue qui voit la sociologie rendre aux hommes tous les services qu'elle est en mesure de leur rendre.

BIBLIOGRAPHIE

TOGO

ADRIAN E. et ROUVEROY N. (2000), *L'État en Afrique face à la chefferie. Le cas du Togo*, Paris, Karthala.

AGBOBLI A. K. (1992), *Sylvanus Oympio, un destin tragique*, Dakar, Livre Sud.

CHATELARD A. (2000), *Les Femmes togolaises aujourd'hui. Étude sur l'émancipation des loméennes*, Bordeaux-IV, Mémoire de recherche en sciences politiques.

CORNEVIN R. (1963), *Le Togo : nation pilote*, Paris, Nouvelles Éd. Latines.

CORNEVIN R. (1969), *Histoire du Togo*, Paris, Berger- Levrault.

CORNEVIN R. (1973), *Le Togo*, Paris, PUF.

CORNEVIN R. (1988), *Le Togo: des origines à nos jours*, Paris, Académie des sciences d'outre-mer.

DEBBASCH C. (2006), *La Succession d'Eyadema. Le perroquet de Kara*, Paris, L'Harmattan.

DÉGLI J. (1997), *Togo. La tragédie africaine*, Paris, Éd. Nouvelles du Sud.

DE SURGY A. (1973), « Les puissance du désordre au sein de la personne Évhé », in G. Dieterlen, *La Notion de la personne en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, pp. 91-118.

DUSSEY L. (2001), *Le Rôle des capitaux extérieurs dans le développement du Togo*, Lille-II, Thèse de droit.

FEUILLET C. (1995), *Les Dix journées qui ont fait le Togo*, Paris, Delmas.

FRANÇOIS Y. (1993), *Le Togo*, Paris, Karthala.

KPONTON G. (1977), *La Décolonisation au Togo (1940-1960)*, université de Provence, Thèse d'histoire.

LABARTHE G. (2005), *Le Togo, de l'esclavage au libéralisme mafieux*, Marseille, Agone.

LANGE M.-F. (1991), *150 ans de scolarisation au Togo*, Paris, ORSTOM-URD.

LOCOH T. (1984), *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain*, Paris, INED et PUF.

LOCOH T. (1995), *Familles africaines, population et qualité de vie*, Paris, CEPED.

LOCOH T. (1995), *Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine*, Paris, CEPED.

LODONOU. P. (1988), *Le Rassemblement du peuple togolais (RPT) : instrument de légitimation du pouvoir militaire*, Bordeaux-II, Thèse de sociologie.

MARGUÉRAT Y. (1985), « Les origines de Lomé », in *Séminaires sur les sciences sociales au Togo*, Lomé, UB-UCLA, pp. 107-117.

MENTHON (de) J. (1993), *À la rencontre du Togo*, Paris, L'Harmattan.

MORA L. (1997), *Histoire de pagnes et de femmes, les revendeuses de pagnes de la ville de Lomé*, Bordeaux-IV, Mémoire de recherche en sciences politiques.

ODAH-DJANGBO A. (1994), *Impact économique et socioculturelle de l'implantation de la mission baptiste dans le village de Morétan (Togo)*, université de Dakar, Mémoire en sciences de l'information et de la communication.

PAUVERT J. (1960), « L'évolution politique des Éwé », *Cahiers d'études africaines*, vol. 1, n° 2, pp. 161-172.

RIVIÈRE C. (1978), « Rumeur de métamorphose », *Ethnopsychologie*, vol. 3, n° 1, 1^{er} trimestre, pp. 55-80.

RIVIÈRE C. (1981), *Anthropologie religieuses des Éwé du Togo*, Dakar, NEA.

RIVIÈRE C. (1990), *Union et procréation en Afrique : rites de la vie chez les Évé du Togo*, Paris, L'Harmattan.

TÉTÉ-ADJALOGO T. (2002), *Histoire du Togo: le régime et l'assassinat de Sylvanus Olympio (1960-1963)*, Paris, NM7.

TOPANOU K. (1997), *Les Modes populaires d'action internationale au Togo*, Septentrion.

TOULABOR C. (1996), « Les mots sont fatigués ou la désillusion démocratique au Togo » *Politique africaine*, Paris, n° 64, janvier, pp. 62-72.

TOULABOR C. (1993), « Le culte Eyadema au Togo », in BAYART J.-F. (sous la dir. de), *Religion et modernité politique en Afrique noire : Dieu pour tous et chacun pour soi*, Paris, Karthala, pp. 277-297.

SIDA - SANTÉ - SOCIÉTÉ

ADEPOJU A. (1999) (sous la dir. de), *La Famille africaine : politiques démographiques et développement*, Paris, Khartala.

ALFONSI G. (2002), *Sida : ordre et désordre du monde*, Villeurbanne, Golias.

AMIN S. (1971), *L'Afrique de l'ouest bloquée*, Paris, Minuit.

BADIE B. (1992), *L'État importé*, Paris, Fayard.

BALANDIER G. (1955), *Sociologie des Brazzavilles Noirs*, Paris, Armand Colin.

BALANDIER G. (1957), *Afrique ambiguë*, Paris, Plon.

BALANDIER G. (1985), *Le Détour : pouvoir et modernité*, Paris, Fayard.

BALANDIER G. (1988), *Le Désordre. Éloge du mouvement*, Paris, Fayard.

BALANDIER G. (1992), *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, Paris, PUF.

BALANDIER G. (2006), *Le Pouvoir sur scènes*, Paris, Fayard.

- BARBOT J. (2002), *Les Malades en mouvements: la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- BAYART J.-F. (1989), *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard.
- BANCAL J. (2003), « Les risques de la première fois », *Chrétiens et sida*, n° 40, janvier-mars, pp. 10-11.
- BENOIST J. et DESCLAUX A. (1996), *Anthropologie et sida*, Paris, Karthala.
- BOUMPOTO M. (1999), « Sida, sexualité et procréation au Congo », in BECKER C. et al., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codestria-Karthala-IRD, pp. 363-376.
- BOURDIER F. (1999), « La lutte contre le sida en Inde », *Autrepart*, n° 12, 4^e trimestre, pp. 105-122.
- BURDEAU G. (1980), *Traité de science politique : l'État*, Paris, LGDJ.
- BRUNEL S. (2004), *L'Afrique. Un continent en réserve de développement*, Paris, Rosny.
- CARRICABURU D. et MENORET M. (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Amand Colin.
- CHAZEL F. (2003), *Du pouvoir à la contestation*, Paris, LGDJ.
- DAGO-CAILLARD A. (1997), *La Lutte contre le sida en Côte d'Ivoire : pratiques et problèmes juridique*, Paris VII, Thèse de droit.
- DEBR É B. (1989), *Le Voleur de vie, la bataille du sida*, Paris, De Fallois.
- DEFERT D. (1988), *Épidémies et démocratie*, Paris, Actes et Recherches Sociales.
- DESCHAMPS H. (1965), *Les religions de l'Afrique noire*, Paris, PUF.
- DELOBBE G. (2003), *Les Épidémies. Des pestes au sida*, Mouans-Sartoux, PEMF.
- DEMANGE É. (2004), *De l'action publique au modèle : la lutte contre le sida en Ouganda*, Bordeaux-IV, Mémoire de recherche.

- DODIER N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS.
- DOZON J.-P. et FASSIN D. (1989), *Raison épidémiologique et raisons d'État, les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique*, Paris, Sciences sociales et santé.
- DOZON J.-P. et L VIDAL L., (sous la dir. de) *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, 1995.
- DOZON J.-P. (1996), « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique », in BENOIST J. et DESCLAUX A. (sous la dir. de), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, pp. 231-235.
- DUMONT R. (1962), *L'Afrique noire est mal partie*, Paris, Seuil.
- DUPONT Y. (sous la dir. de) (2007), *Dictionnaires des risques*, 2^e éd., Paris, Armand Colin, (1^{re} éd. 2003).
- DURISCH N., ROSSI I. et al., (sous la dir. de) (2007), *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides.
- ÉBOKO F. (2002), *Pouvoirs, jeunesse et SIDA au Cameroun. Politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Bordeaux-IV, Thèse de Science politique, IEP-CEAN.
- ÉLA J.-M., (1990), *Quand l'État pénètre en brousse : les ripostes paysannes à la crise*, Paris, Karthala.
- FASSIN D. (1996), *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FASSIN D. et DOZON J.-P. (2001), « L'universalisme bien tempéré de la santé publique », in FASSIN D. et DOZON J.-P., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, pp. 7-19.
- FASSIN F. (2000), *Les Enjeux politique de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.

FAURE Y., MÉDARD J.-F. (1995), « L'État-business et les politiciens entrepreneurs », in ÉLLIS S. et FAURE Y. (sous la dir. de), *Entreprise et entrepreneurs africains*, Paris, Karthala, pp. 289-309.

FRANCINE S. et GENEST S. (sous la dir. de) (2006), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris, Économica.

GOBATTO I. (sous la dir. de) (2003), *Les Pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala.

GOUDIABY T. (2001), *Le rôle et la place des ONG de développement dans la dynamique d'aide aux populations : le cas du commerce équitable avec Artisan du monde*, Mémoire de DEA de sociologie, Bordeaux-II.

GRENIER-TORRES C. (2003), *Situations de vie et itinéraires génésiques dans un contexte de pandémie de SIDA à Bouaké (Côte d'Ivoire)*, Bordeaux-II, Thèse de sociologie.

GRUÉNAIS M.-E. (sous la dir. de) (1999), *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État /société civile en Afrique*, Paris, ANRS.

GRUÉNAIS M.-E. (2004), « Les qualités de l'offre de soins confessionnelles en Afrique subsaharienne », *Autrepart*, n° 29, septembre, pp. 29-49.

HONNETH A. (2002), *La Lutte pour la reconnaissance*, trad. fr., Paris, Cerf (1^{re} éd. allemande : 1992).

KOUROUMA A. (1998), *En attendant le vote des bêtes sauvages*, Paris, Seuil.

LANGLOIS E. (2006), *L'Épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

LANGLOIS E. (1994), *Les Associations Aides et Act Up : deux modèles de lutte contre le sida*, Mémoire de sociologie, Bordeaux-II.

LANGLOIS E. (2002, « La place des pairs dans la confrontation à la maladie », in CHATEL V. et SOULET M.-H. (sous la dir. de), *Faire face et s'en sortir: développement des compétences et action collective*, vol. 2, Fribourg, Éditions universitaires de Fribourg, pp. 59-64.

LEIMDORFER F. et MARIE A. (2003), *L'Afrique des citoyens, sociétés civiles en chantier*, Paris, Karthala.

MAGNANT J.-P. (1991), « Tchad : crise de l'État ou crise de gouvernement ? », in MÉDARD J.F. (sous la dir. de), *États d'Afrique noire*, Paris, Karthala, pp. 41-64.

MARIE A. (1997), *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala.

MASSÉ R. (2001), « La santé publique comme objet politique individuel », in HOURS B. (sous la dir. de), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.

MAZUIR F. (2006), *Les Déchirures de la modernité*, Paris, L'Harmattan.

MOMBEIG M. (2000), *Le Bénévolat d'action sociale, la construction d'une légitimité*, Mémoire de DEA, Bordeaux-II.

MORELLE A., *L'Institution médicale en question, retour sur l'affaire du sang contaminé*, Paris, Esprit, 1993.

MWISSA C. (2005), *Parenté et famille dans les cultures africaines*, Paris, Karthala.

ONUSIDA (2000), *Analyse de la situation en matière du VIH / SIDA au Togo*, Lomé, ONUSIDA / Togo.

ONUSIDA (2006), *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève, Édition spéciale 10^e anniversaire de l'ONUSIDA.

OTAYEK R. (2002), « Vu d'Afrique. Société civile et démocratie. De l'utilité du regard décentré », *Revue internationale de Politique comparée*, vol. 9, n°2, février, pp. 193-212.

PAILLARD B. (1994), *L'Épidémie: carnets d'un sociologue*, Paris, Stock.

PINELL P. (2002), *Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France*, Paris, PUF.

POLLAK M. (1988), *Le Sida: une question de justice*, Paris, Action et recherches sociales.

POLLAK M. (1988), *Les Homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.

POLLAK M. et ROSMAN S. (1989), *Les Associations contre le sida, éléments d'évaluation et de réflexion*, Paris, MIRE, Groupe de Sociologie Politique et Morale.

PROLONGEAU H. (1995), *Une mort africaine. Le sida au quotidien*, Paris, Seuil.

PSI-TOGO (2007), *Rapport annuel*, Lomé, PSI, janvier-décembre.

RAYNAUT C. (1996) « Afrique et sida : traditions ou changement », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 2, juin, pp. 107-112.

RAYNAUT C. (1997), « Contexte social et dynamique de l'épidémie de sida en Afrique: tradition et changement », in *Le Sida en Afrique, Recherches en Sciences de l'Homme et de la Société*, Paris, ANRS/ORSTOM, pp. 11-16

RAYNAUT C. (1997), « L'Afrique et le sida: questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n° 4, janvier, pp. 9-38.

SARA D. (2003), *Le Sida en Afrique, des réponses associatives*, Paris, Milan.

SAVIGNY J. (1995), *Le Sida et les fragilités françaises. Nos réactions faces à l'épidémie*, Paris, Albin Michel.

SETBON M. (1993), *Pouvoir contre le sida*, Paris, Seuil.

STEFFEN M. (2000), « Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie. France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie », *Revue française de sociologie*, vol. 41, n°1, janvier-mars, pp. 5-36.

TCHAK S. (2000), *L'Afrique à l'épreuve du sida*, Paris, L'Harmattan.

THIAUDIÈRE C. (2002), *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte.

VANGROENWEGHE D. (2000), *Sida et sexualité en Afrique*, Anvers, EPO.

VIDAL L. (1996), *Le Silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Économica.

VIDAL L. (2004), *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Paris, Karthala/IRD.

MÉTHODOLOGIE

GAUTHIER B. (1984), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'université du Québec.

OUELLET A. (1981), *Processus de recherche : Une Approche systémique*, Québec, Presses de l'université du Québec.

FERRÉOL G. (sous la dir. de) (2002), *Dictionnaire de sociologie*, 3^e éd., Paris, Armand Colin (1^{re} éd. : 1991).

FERRÉOL G. (sous la dir. de) (2004), *Sociologie. Cours, Méthodes, Applications*, Rosny, Bréal.

KAUFMANN J.-C. (1996), *L'Entretien compréhensif*, Paris, Nathan.

KINNEAR P. et GRAY C. (2005), *SPSS appliquée à la psychologie et aux sciences sociales*, Bruxelles, De Boeck.

THÉORIES SOCIOLOGIQUES

ABÉLÈS M. (1990), *Anthropologie de l'État*, Paris, Armand Colin.

ADAM P. et HERZLICH C. (2004), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.

AMBLARD H. (1991), *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil.

ANDRIEU B. (sous la dir. de) (2006), *Le Dictionnaire du corps*, Paris, Éd. CNRS.

ARON R. (1965), *Démocratie et totalitarisme*, Paris, Gallimard.

ARON R. (1967), *Les Étapes de la pensée sociologique*, Paris, Gallimard.

BADIE B. (1993), *Culture et politique*, Paris, Économica.

BARE J.-F. (sous la dir. de) (2001), *L'Évolution des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan.

BARTHÉLÉMY M. (2000), *Association : un nouvel âge de la participation ?* Paris, Presses de Science po.

BECK U. (2001), *La Société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, trad. fr., Paris, Flammarion (1^{re} éd. allemande : 1986).

BOLTANSKI L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, vol. 1, n° 1, janvier-février, pp. 205-233.

BOLTANSKI L. et THÉVENOT L. (1971), *De la justification*, Paris, Gallimard.

CHANIAL P. (2001), *Justice, don et association. La délicatesse, essence de la démocratie*, Paris, La Découverte/MAUSS.

CHAZEL F. (sous la dir. de) (1993), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF.

CHEBEL M. (1998), *La Formation de l'identité politique*, Paris, Payot et Rivage.

CROZIER M. (1963), *Le Phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisations modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Seuil.

CROZIER M. (2000), *À quoi sert la sociologie des organisations ?*, Paris, Seli Arslan.

DARMON M. (2006), *La Socialisation*, Paris, Armand Colin.

DONZELOT J. (1994), *L'Invention du social*, Paris, Seuil, 1994.

- DUBAR C. (1991), *La Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DUBAR C. (2000), *La Socialisation*, Paris, Armand Colin (1^{re} éd. :1996).
- DUBAR. C. (2005), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin (1^{re} éd. :1998).
- DUBET F. (1994), *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.
- DUBET F. (1995), « Sociologie du sujet et sociologie de l'expérience », in DUBET F. et WIEVIORKA M. (sous la dir. de), *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, Paris, Fayard, pp. 103-121.
- DURAN V. (1999), *Penser l'action publique*, Paris, LGDJ.
- DURKHEIM É. (1983), *De la division social du travail*, Paris, PUF (1^{re} éd. : 1893).
- DUVERGER M. (1967), *Les Partis politiques*, Paris, Armand Colin.
- ENGELS F. (1946), *L'Origine de la famille, de la propriété privée et de l'État*, trad. fr., Paris, Alfred Costes (1^{re} éd. allemande : 1884).
- ÉLIAS N. (1991), *La Société des individus*, trad. fr., Paris, Fayard (1^{re} éd. allemande : 1987).
- FARNEL J.-F. (1994), *Le Lobbying, stratégies et techniques d'intervention*, Paris, Éd. d'Organisation.
- FERRAND-BECHMANN D. (1995), *Bénévolat et solidarité*, Paris, Syros-Alternatives.
- FERRÉOL G. et DEUBEL P. (1990), *Économie du travail*, Paris, Armand Colin.
- FERRÉOL G. et NORECK J.-P. (2007), *Introduction à la sociologie*, 7^e éd., Paris, Armand Colin (1^{re} éd. : 1989).
- FILLIEULE O. (1994), « La mobilisation collective », *Sciences humaines*, n° 40, juin, pp. 10-13.

- FOUDRIAT M. (2005), *Sociologie des organisations*, Paris, Pearson Éducation.
- FRIEDBERG E. (1993), *Le Pouvoir et la règle: dynamique de l'action organisée*, Paris, Seuil.
- FRIEDBERG. E. (1995), *L'Individu certain*, Paris, Calmann-Lévy.
- GAUTHIER N. et al. (sous la dir. de) (2007), *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides.
- GODBOUT J. (1992), *L'Esprit du don*, Paris, La Découverte.
- GOFFMAN E. (1974), *Les Rites d'interaction*, trad. fr., Paris, Minuit (1^{re} éd. américaine : 1967).
- GOFFMAN E. (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, trad. fr., Paris, Minuit (1^{re} éd. américaine : 1963).
- GRANDGUILLAUME N. (1996), *Théorie générale de la bureaucratie*, Paris, Économica.
- GUIGOU J. et WAJNSZTEJN J. (sous la dir. de) (1998), *L'Individu et la communauté humaine*, Paris, L'Harmattan.
- HABERMAS J. (1978), *Raison et légitimité : problème de légitimité dans le capitalisme avancé*, trad. fr., Paris, Payot (1^{re} éd. allemande : 1973).
- HOUNOUNOU A. (2007), *Sociologie et modernité*, Rosny, Bréal.
- ION J., et PÉRONI M. (1997) (sous la dir. de), *Engagement public et exposition de la personne*, La Tour d'Aigues, L'Aube.
- KAUFMANN L. et GUILHAUMOU J. (2003), *L'Invention de la société*, Paris, EHESS.
- LAPLANTINE F. (1992), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- LASCOUMES P. et Le GALÈS P. (2007), *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.

- LAVILLE J.-L. et SAINSAULIEU R. (1997), *Sociologie de l'association: des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer.
- LAZORTHES G. (1997), *Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine*, Paris, Masson.
- LE BRETON D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.
- LE BRETON D. (2004), *La Sociologie du corps*, Paris, PUF
- LEGROS P. (1997), *Introduction à une sociologie de la création imaginaire*, Paris, L'Harmattan.
- LIVIAN Y.-F. (2001), *Organisation: théories et pratiques*, Paris, Dunod.
- LOCHARD Y. et SIMONET-CUSSET M. (sous la dir. de) (2003), *L'Expert associatif, le savant et le politique*, Paris, Syllepse.
- LOUCHE C. (sous la dir. de) (1994), *Individu et organisation*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- MANN P. (1991), *L'action collective. Mobilisation et organisation des minorités actives*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI D. (1999), *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard.
- MARTUCCELLI D. (2006), *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.
- MILL J. S. (1988), *L'Utilitarisme*, trad. fr., Paris, Flammarion (1^{re} éd. anglaise : 1863).
- MOLENAT X. (sous la dir. de) (2006), *Vers une société des individus ?*, Paris, PUF.
- MULLER P. (2008), *Les politiques publiques*, 7^e éd., Paris, PUF (1^{re} éd. : 1990).
- NEVEU É. (1996), *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte.
- OFFERLÉ M. (2006), *Les Partis politiques*, Paris, PUF.

- OLIVIER de SARDAN J.- P. (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.
- PARSONS T. (1955), *Éléments pour une sociologie de l'action*, trad. fr., Paris, Plon (1^{re} éd. américaine: 1939).
- PIROTTE G. (2001), *L'Invention des sociétés civiles en Europe de l'Est (Roumanie), et en Afrique subsaharienne (Bénin)*, Liège, Thèse de sociologie.
- REBELLE B. et SWIATLY F. (1999), *Libre association*, Paris, Desclée de Bouwer.
- RIVIÈRE C. (1978), « Rumeur de métamorphose », *Ethnopsychologie*, vol. 3 n° 1, 1^{er} trimestre, pp. 55-80.
- RIVIÈRE C. (1997), *Socio-anthropologie des religions*, Paris, Armand Colin.
- RIVIÈRE C. (2000), *Anthropologie politique*, Paris, Armand Colin.
- ROCHER G. (1972), *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, PUF.
- ROGEL T. (2003), *Le Changement social contemporain*, Rosny, Bréal.
- SCIEUR P. (2005), *Sociologie des organisations*, Paris, Armand Colin.
- TOCQUEVILLE A. (1981), *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion. (1^{re} éd. : 1835).
- TÖNNIES F. (1944), *Communauté et société*, trad. fr., Paris, PUF (1^{re} éd. allemande : 1887).
- TOURAINÉ A. (1965), *Sociologie de l'action*, Paris, Seuil.
- VIIENNE J.-F. (2002), *Le Lien social dans le modèle de l'individualisme privé. De chair et d'os*, Paris, L'Harmattan.
- WEBER M. (1959), *Le Savant et le politique*, trad. fr., Paris, Plon (1^{re} éd. allemande : 1919).
- WEBER M. (1995), *Économie et société, les catégories de la sociologie*, trad. fr., Paris, Plon (1^{re} éd. allemande : 1921).

WEBER (2004), *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, trad. fr., Paris, Gallimard (1^{re} éd. allemande : 1904-1905).

SITES INTERNET

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Togo>

<http://www.aids.net>

<http://www.lecrips.net>

<http://www.politique-africaine.com>

<http://www.republicoftogo.com>

<http://www.sidaction.org>

<http://www.sida-info-service.org>

<http://www.ssd.u-bordeaux2.fr>

<http://www.unaids.org>

<http://www.gret.org>

<http://www.ulg.ac.be/polgereg>

<http://www.franceevasion.com/toutsavoir/pays-togo.htm>

<http://www.croix-rouge.fr/goto/presentation/mouvement/principes.asp>

TABLE DES ENCADRÉS

Retour de l’ascenseur	68
L’État et la société civile.....	131
Discours du Chef de l’État togolais à l’ONU.....	192
Témoignages des bénéficiaires d’EVT	212
Les principales associations du Réseau	215
Le Tobakoak : un médicament miracle.....	251

INDEX DES TABLEAUX

Tableau n° 1. Répartition des Éwé sur les trois territoires.....	45
Tableau n° 2. Exemple chiffré de l'évolution de la dette.....	61
Tableau n° 3. Évolution de la production du phosphate	99
Tableau n° 4. Taux de fécondité	104
Tableau n° 5. Espérance de vie à la naissance	104
Tableau n° 6. Taux de mortalité infantile	105
Tableau n° 7. Évolution de la séroprévalence en France entre 1989-2006.....	113
Tableau n° 8. Chiffres de séroprévalence au VIH/SIDA dans quelques pays africains avec pourcentages des 15-49 ans	137
Tableau n° 9. Évolution de la démographie depuis 1896	170
Tableau n° 10. Répartition des personnes ayant répondu aux questionnaires selon le sexe	179
Tableau n° 11. Répartition de la population togolaise selon le sexe	180
Tableau n° 12. Répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge	181
Tableau n° 13. Répartition de l'échantillon selon la situation familiale	182
Tableau n° 14. Répartition de la population selon le niveau d'instruction	183
Tableau n° 15. Niveau d'instruction en fonction du sexe	184
Tableau n° 16 : Répartition selon les catégories socioprofessionnelles	185
Tableau n° 17. Distribution des revenus des personnes rencontrées	185
Tableau n° 18. Répartition de l'échantillon selon la pratique religieuse	186
Tableau n° 19. Répartition des patients bénéficiaires de l'association	210
Tableau n° 20. Répartition de l'utilisation des préservatifs selon la pratique religieuse	244
Tableau n° 21 : Catégories socio professionnelles.....	250
Tableau n° 22 : Importance de la solidarité familiale et associative.....	282
Tableau n° 23: Quelle impression avez-vous de l'action de l'État ?	283
Tableau n° 24. Que pensez vous de l'action des associations ?.....	283
Tableau n° 25 : Par quels moyens êtes-vous informé sur le VIH/Sida ?	284

Tableau n° 26. Ne pensez-vous pas que les conflits entre les associations constituent un obstacle à la lutte contre le sida ?	285
Tableau n° 27. Ne pensez vous pas que le déficit d'engagement de l'État aux cotés des associations est une menace pour la lutte contre le sida ?	286
Tableau n° 28. Comment jugez-vous les institutions internationales ?	288

INDEX DES GRAPHIQUES

Graphique n° 1. Évolution de la population entre 1896 et 2006.....	170
Graphique n° 2. Répartition de l'échantillon selon le sexe.....	180
Graphique n° 3. Répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge	182
Graphique n° 4. Répartition de l'échantillon selon la situation familiale	183
Graphique n° 5. répartition de la population selon le niveau d'instruction	184
Graphique n °6. Répartition des sources d'informations	186
Graphique.n° 7. Répartition des revenus	284

INDEX DES CARTES

Carte n° 1. Le Togo allemand (Togoland)	36
Carte n° 2. Le Togo de 1914 à 1919	41
Carte n° 3. Le relief du Togo	76
Carte n° 4. Les climats du Togo.....	78
Carte n° 5. Les ethnies du Togo	80
Carte n° 6. Répartition des religions	83
Carte n° 7. Les régions économiques et les ressources d'exportation	101
Carte n° 8. Lomé et ses agglomérations.....	169
Carte n° 9. Les régions sanitaires	275
Carte n° 10. Les subdivisions administratives	322

ANNEXES

« 1. L'Époque coloniale

La colonie est alors divisée entre le [Royaume-Uni](#) et la [France](#). La partie sous contrôle français passe sous tutelle de l'[ONU](#) en [1946](#). Le [Royaume-Uni](#) rattache la partie Sud de la région qu'il contrôle au [Ghana](#) en [1956](#).

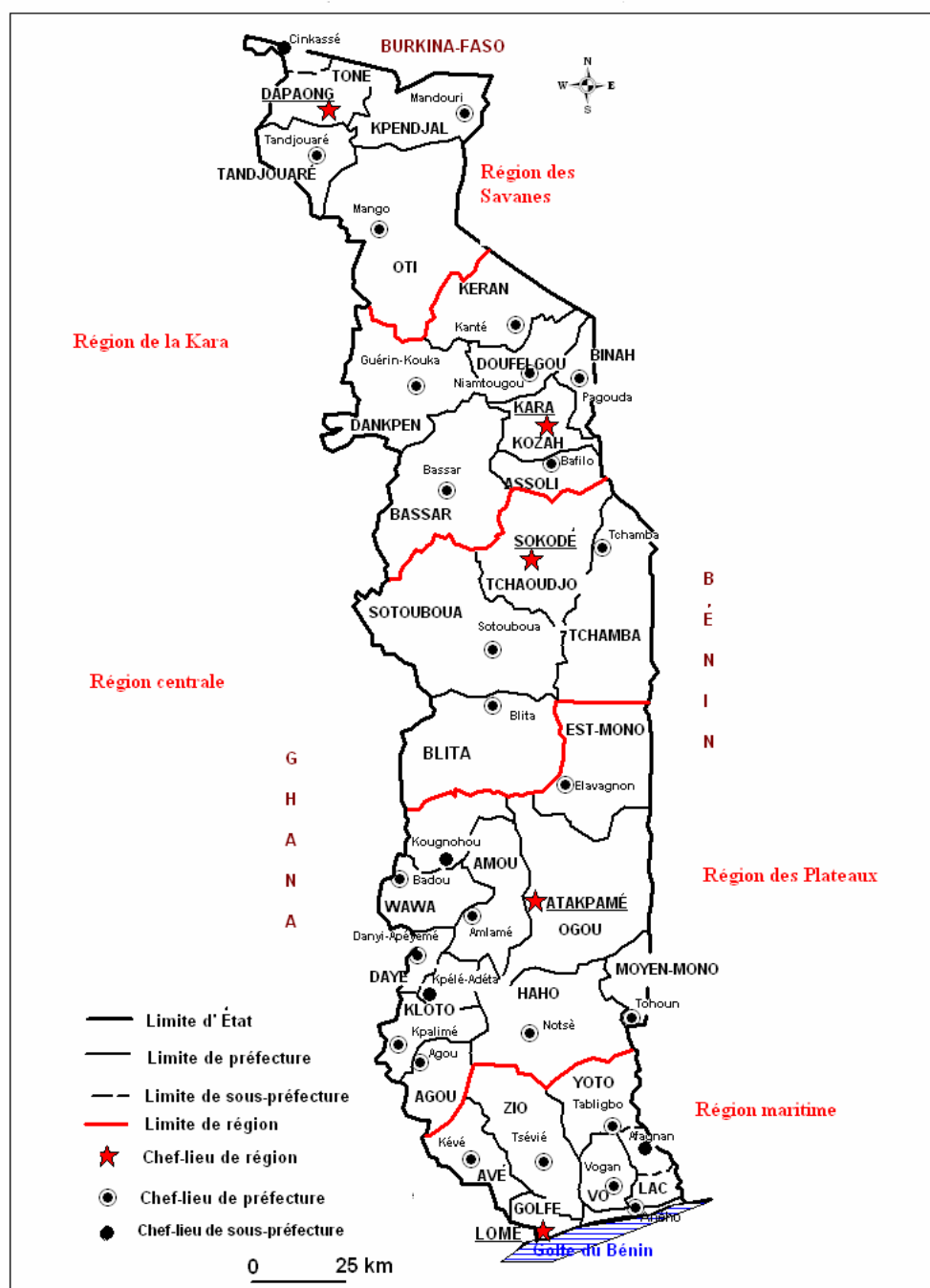
2. L'indépendance et les régimes successifs

Le Togo acquiert son indépendance, le 27 avril [1960](#), par un accord avec l'administration française, sous le contrôle de l'[ONU](#). En 1958, le CUT, partisan de l'indépendance, remporte les élections organisée et supervisée par l'ONU et M. [Sylvanus Olympio](#) devient Premier ministre.

Sous l'instigation du commandant français Maitrier, chef de la gendarmerie nationale et conseiller du président dont le contrat de coopération arrivait à terme, 626 vétérans togolais de l'armée française, dont une grande partie avait combattu en [Algérie](#) et en [Indochine](#), demandent à être intégrés dans les forces de sécurité togolaises qui comptent 300 membres. [Sylvanus Olympio](#) refuse. Celui-ci est destitué dans un coup d'État, le 13 janvier [1963](#), dans lequel il trouve la mort. [Nicolas Grunitzky](#) devient président du Togo à la suite du coup d'État, le premier de toute l'histoire de l'Afrique noire après les indépendances, organisé par un groupe de soldats, dirigé par le sergent [Étienne Gnassingbé Eyadema](#). Nicolas Grunitzky est destitué, à son tour, en 1967, par un autre coup d'État, organisé par le même Étienne Gnassingbé. Celui-ci décède le [5 février 2005](#), mettant fin à 38 ans de présidence consécutifs. Le 24 [avril 2005](#), son fils, Faure Gnassingbé, est élu président à la suite d'une élection controversée. Le 3 mai 2005, il prête serment et déclare qu'il se concentrera sur " *la promotion du développement, le bien commun, la paix et l'unité nationale* ".

3. Généralités géographiques

Carte n° 10. Les subdivisions administratives



Situé en Afrique Occidentale sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo est une étroite bande qui s'étale sur une superficie de 56 600 km². S'étirant sur une longueur de 600 km et une largeur variant entre 50 et 150 km, il est limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana.

Sur le plan administratif, le Togo est subdivisé en cinq régions économiques. Mais sur le plan sanitaire, il compte six régions sanitaires qui sont du Sud au Nord, les régions Lomé-Commune, Maritime, des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes.

Chaque région est subdivisée en districts sanitaires. La dernière réforme administrative a réparti le pays en 30 préfectures, 4 sous-préfectures et 5 arrondissements dans la Commune de Lomé. Ainsi, le pays compte 35 districts sanitaires dans la mesure où les 5 arrondissements de la Région Lomé-Commune sont également érigés en districts sanitaires.

Selon les estimations de la Direction générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale (DGSCN), la population togolaise est passée de 2 719 000 habitants en 1981 à 5 337 000 habitants en 2006, soit une densité de 94 habitants par km² et un taux d'accroissement annuel de 2,4 %. Les projections estiment la population à 6 850 000 habitants en 2010 et à 7 432 000 habitants en 2015. La répartition de la population sur le territoire national est inégale. En effet, Lomé, la capitale, compte, à elle seule, environ un million d'habitants.

Les principaux problèmes de population liés à la pauvreté sont :

- une fécondité caractérisée par des maternités précoces, non désirées et rapprochées causant de graves problèmes de santé de la reproduction ;
- une mortalité élevée chez les enfants de moins de 5 ans (146‰) ;

- une prépondérance des enfants et des jeunes de moins de 15 ans (48%), avec d'épineux problèmes de prise en charge en matière de services sociaux de base ;
- un niveau élevé d'analphabétisme (47% en 2000), surtout chez les femmes (67,5%) contre 31,5% chez les hommes.
- une croissance urbaine anarchique, due essentiellement à un exode rural massif entraînant la prolifération d'habitats malsains.

La population togolaise, à l'instar de celle de la plupart des pays du tiers monde, porte en elle une dynamique considérable. Selon les estimations, au 31 décembre 2006 est de 5 620 000 habitants. »

Source : <http://www.franceevasion.com/toutsavoir/pays-togo.ht>

« 4. Situation socio-économique

Le pays est essentiellement agricole (coton, café, maïs, manioc, sorgho, riz, etc.). Plus de la moitié de la population active travaillent dans le secteur primaire. Mais il existe également un secteur minier, dominé par l'exploitation des gisements de phosphates. Le revenu annuel par habitant est estimé à 330 dollars US et le PNB est de 440 dollars US par habitant.

Le Togo fait partie du groupe des pays les moins avancés (PMA) du monde. Il occupait la 145^e place sur 175, selon le rapport du PNUD sur le développement humain en 2000. Cette situation a été aggravée et entretenue par la crise sociopolitique que traverse le pays depuis 1990, la chute des cours des matières premières, la dévaluation de la monnaie (Franc CFA) en 1994 et les programmes d'ajustement structurel.

Les conséquences de cette crise politique sont la détérioration de l'économie, la désintégration du tissu social, la paupérisation croissante de la population, une chute drastique des dépenses publiques de santé (9% du PIB) et la

rupture de la coopération avec les partenaires, essentiellement avec l'Union européenne.

Toutes ces situations ont entraîné la dégradation de l'état de santé des populations en particulier les couches les plus vulnérables telles que les enfants et les femmes et aussi des personnes déplacées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays.

Selon le *Rapport mondial sur le développement humain* publié en 1999, 38% de la population togolaise vivent dans la précarité et ont d'énormes difficultés pour accéder aux soins de santé, au minimum d'éducation, à une alimentation adéquate et sont exposées à toutes sortes de maladies. L'espérance de vie d'un enfant togolais né entre 2000 et 2002 est de 40 ans.

5. Contexte sanitaire

Une attention toute particulière est accordée à la santé par les autorités togolaises comme moyen de réduction de la pauvreté et, par voie de conséquence, de la lutte pour un développement humain durable. Malgré ces efforts du gouvernement, beaucoup de personnes vivent toujours dans un état de pauvreté et de précarité extrême.

De 1970 à 1980, l'accent a été mis sur la lutte contre les endémies majeures comme le paludisme, la trypanosomiase, la lèpre, la tuberculose, etc. L'après ALMA-ATA s'est caractérisée par la volonté politique « *d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble grâce à une couverture aussi large que possible en rapprochant les services de santé des populations* ». Le gouvernement togolais a donc adopté la stratégie des soins de santé primaires, considérée comme partie intégrante du système national de santé.

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- la base de la pyramide représente le niveau périphérique, correspondant aux 35 districts sanitaires (directions préfectorales de la santé, hôpitaux de

préfecture, unités de soins périphériques, services privés de soins) et structures communautaires de base ;

- le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire, correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier, des services privés de soins. Lomé, la capitale, est érigée en une 6e région dénommée, Direction régionale Lomé Commune ;

- le sommet de la pyramide représente le niveau central ou national, correspondant au ministère et à la direction générale de la Santé publique et ses directions centrales et leurs divisions et services, ainsi que les spécificités à intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et écoles de formation en santé), les services privés de soins.

- le niveau central est chargé notamment de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socio-économique du gouvernement et des problèmes prioritaires de santé publique ;

- le niveau intermédiaire est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé et d'assurer l'appui technique et logistique aux districts sanitaires ;

- la principale structure responsable de ces fonctions est l'équipe cadre régionale qui inclut des responsables du secteur de la santé et ceux des autres secteurs ministériels présents dans la région ;

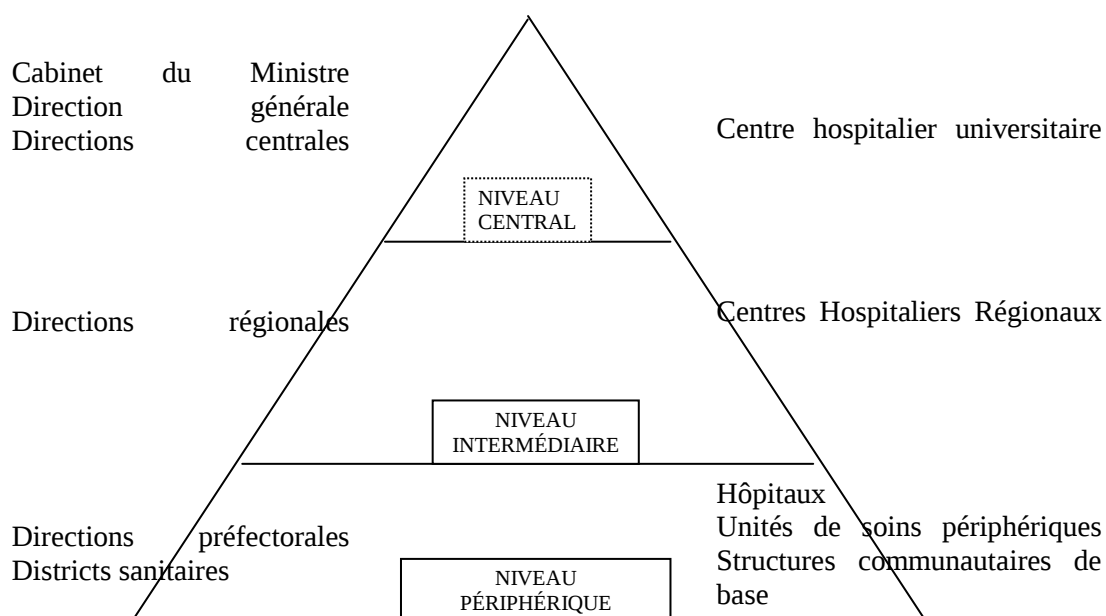
- le niveau périphérique est chargé de la mise en œuvre des interventions de santé visant à atteindre les objectifs de la politique sanitaire. C'est là également que s'exprime la volonté politique d'accroître la participation des communautés à l'effort de développement local. Le district constitue l'entité opérationnelle du système de santé ;

- la mise en œuvre et le suivi de ces interventions est à la charge de l'équipe cadre de district qui est aussi multisectorielle.

QUELQUES INDICATEURS SOCIAUX

Libellé	Date	%
Taux d'accroissement démographique	2004	2,5%
Taux de mortalité infanto-juvénile	2005	139‰
Taux de mortalité infantile	2005	78‰
Espérance de vie à la naissance	2004	55ans
Taux d'alphabétisation fonctionnelle des adultes	2000-2005	53%
• pour les hommes		69%
• pour les femmes		39%
Taux de scolarisation	1996-2005	
• pour les garçons		75%
• pour les filles		65%
Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	1996-2005	52 %
• milieu urbain		80 %
• milieu rural		36 %
Pourcentage de la population ayant accès à des ouvrages sanitaires d'assainissement	2004	35 %
• milieu urbain		71 %
• milieu rural		15 %
Proportion d'enfants ayant eu la diarrhée et traités avec du SRO	1996-2004	25%
Proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant dormi sous moustiquaire	1999 - 2005	56%
Proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant dormi sous MII	1999 – 2005	54%
Taux de malnutrition	1999 – 2005	14%
Proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant une fièvre et traités avec un antipaludéen	1999 – 2005	60%
Selon les indicateurs de Développement durable, le Togo occupe le 147 ^e rang sur le plan mondial		

Pyramide sanitaire du Togo



Sur le plan des ressources humaines, il y a au Togo un médecin pour 12 470 habitants, une sage-femme pour 9 330 femmes en âge de procréer et un infirmier pour 3 093 habitants. Ce personnel est très inégalement réparti sur le territoire national. Près de la moitié du personnel soignant est concentré dans la capitale et ses environs. Ainsi Lomé, qui compte 25% de la population du pays, dispose de 53% de médecins, de 42% de sages-femmes, de 26% des infirmiers, soit 33% du personnel médical et paramédical.

Par ailleurs, le département de la Santé fait actuellement face aux difficultés relatives à la pénurie de ressources humaines, à la non disponibilité du code de la santé publique (il est élaboré mais n'a pas encore été adopté par le Parlement), à la prise en charge urgente des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et des personnes démunies désemparées ainsi qu'à l'insuffisance du financement du secteur.

En matière de VIH/SIDA/IST, aucune enquête de prévalence du VIH dans la population générale n'a été effectuée au Togo depuis le début de la pandémie. Cependant, selon les estimations de l'ONUSIDA en 2004, cette prévalence était de 4,1%, et le nombre de PVVIH était estimé à environ 128 980. La prévalence du VIH décroît de la région méridionale (Région Lomé-Commune) vers la région septentrionale (Savanes). En 2004, la surveillance épidémiologique a révélé une prévalence de 4,5% chez les femmes enceintes venues en consultation prénatale (CPN). Malheureusement, cette expérience n'a pas pu être renouvelée en 2005 par manque de ressources financières. Mais, selon le PNLS, le nombre de cas cumulé de SIDA diagnostiqué s'élève de 17 600 entre 1987 et 2005.

La prévalence des IST (infections sexuellement transmissibles) dans la population en générale n'est pas aussi connue. Les données disponibles au ministère de la Santé sont celles des formations sanitaires dont la "*complétude du reportage*" est de 95%. Ainsi, en 2004, 17 222 cas d'IST ont été notifiés par les formations sanitaires et ces données sont agrégées.

Parmi les déterminants socio-comportementaux et économiques les plus importants, on peut citer :

- une activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes et la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la non perception du risque et le déni de la maladie ;
- la pauvreté et l'extrême vulnérabilité économique et financière des femmes ;
- la prostitution, de plus en plus marquée, des femmes togolaises ;
- l'utilisation très faible des préservatifs chez les jeunes ;
- la stigmatisation des PVVIH ;
- l'insuffisance de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le paludisme demeure l'endémie au premier rang des pathologies parasitaires rencontrées au Togo et il sévit de la même façon sur toute l'étendue du territoire. Il constitue la première cause de morbidité et de mortalité et représente 43% des consultations avec, en moyenne, 487.000 cas par an et 44% des hospitalisations, soit 29.500. Chez les enfants de moins de 5 ans, la morbidité est de 49% et la morbidité hospitalière de 66%. Le taux de létalité palustre est de 6%. Il faut noter que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus touchés.

Dans une enquête nationale commandée par l'UNICEF en 2006 – 2007, il ressort que le Togo présente un taux de prévalence de malnutrition alarmant (14 %), plus aggravé dans la région des Savanes (32 %), où plus d'un enfant sur deux est malnutri.

En outre, le pays connaît, depuis octobre 2006, une situation d'épidémie de fièvre jaune avec, au total, cinq cas notifiés et confirmés provenant des régions des Savanes, de la Kara, des plateaux et Maritime.

Cette situation d'épidémie de fièvre jaune a nécessité deux campagnes de vaccination et une grande campagne au profit des populations des régions septentrionales (Savanes et Kara) et des districts sanitaires de Yoto et Haho.

Les activités de vaccination de routine sont marquées par la mise en œuvre de l'approche « *Atteindre Chaque District* » ou approche ACD dans l'ensemble des 35 districts sanitaires du pays, grâce à l'appui de GAVI et des autres partenaires (OMS, UNICEF, Plan-Togo). L'approche ACD vise à améliorer, au niveau de chaque district, l'organisation des services de vaccination, afin de garantir la vaccination de manière durable et équitable pour chaque enfant. Elle met l'accent sur des stratégies à utiliser pour accélérer les progrès vers l'atteinte du 4^e Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), à savoir ; « *Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015.* » .

Par ailleurs, en vue d'augmenter le spectre de protection des enfants togolais contre les maladies évitables par la vaccination, le ministère de la Santé sollicite l'appui du Fonds GAVI et des partenaires techniques et financiers pour intégrer deux nouveaux vaccins, ceux contre l'hépatite virale B et l'*Haemophilus influenzae* type B (vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib), dans le programme de vaccination de routine dès janvier 2008.

À l'instar d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, le Togo exprime son inquiétude face à l'allure que prend la propagation du virus de la grippe aviaire dans le monde et, plus particulièrement, en Afrique, un continent déjà rendu vulnérable par plusieurs maux dont la pandémie du Sida et le paludisme. Cette inquiétude a motivé l'adoption, par l'État togolais de mesures préventives au rang desquelles nous notons l'élaboration, en avril 2006, du Plan stratégique national de Prévention et de lutte contre la grippe aviaire.

D'autres problèmes non moins importants méritent d'être soulignés :

- problèmes liés à la qualité des soins et aux services, surtout dans le secteur hospitalier ;
- prévalence de la cécité, due particulièrement aux maladies évitables par la prévention. Selon les enquêtes effectuées entre 1981 et 1986, les causes de cécités non infectieuses représentaient 70% des cécités. La cataracte était l'étiologie la plus fréquente (44%), le glaucome représentait 6% des cas.

En dépit des progrès réalisés depuis 1987 pour l'instauration de la Santé pour Tous pour les Togolais, des insuffisances persistent notamment :

- l'état de santé des populations, particulièrement celui des groupes les plus démunis reste, précaire ;
- les besoins fondamentaux sont loin d'être satisfaits et l'accessibilité aux soins essentiels pose encore des problèmes pour un grand nombre d'individus ;

- l'État n'a pas encore réussi à accroître la capacité des populations à prendre en charge leur propre développement sanitaire par une participation soutenue.

L'analyse des principaux indicateurs renseigne que le pays, malgré toutes ces difficultés, se positionne favorablement pour l'atteinte des OMD.

Les principaux atouts sont entre autres :

- la disponibilité d'un plan national de développement ;
- l'existence d'un monde associatif très dynamique ;
- élaboration d'un plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (2007-2010). »

Source : CRT, Plan stratégique 2007-2011, Lomé, 2007, pp. 7-11.

ANNEXE II : AUTOUR DU SIDA

SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DANS LE MONDE EN 2007

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007

- **Total** 33,2 millions [30,6-36,1 millions]
- Adultes 30,6 millions [28,2-36,6 millions]
- Femmes 15,4 millions [13,9-16,6 millions]
- Enfants de moins de 15 ans 2,5 millions [2,2-2,6 millions]

Nouvelles infections à VIH en 2007

- **Total** 2,5 millions [1,8-4,1 millions]
- Adultes 2,1 millions [1,4-3,6 millions]
- Enfants de moins de 15 ans 420 000 [350 000-540 000]

Décès dus au sida en 2007

- **Total** 2,1 millions [1,9-2,4 millions]
- Adultes 1,7 million [1,6-2,1 millions]
- Enfants de moins de 15 ans 330 000 [310 000-380 000]

Source : Rapport annuel ONUSIDA, 2007 (<http://www.unaids.org>).

Le Sida au Togo

Le premier cas de SIDA a été notifié en 1987 dans un groupe de travailleuses du sexe à Lomé.

À partir de ce premier cas, l'infection à VIH s'est propagée, de façon exponentielle, au sein de la population touchant beaucoup plus la population sexuellement active. Le nombre de cas officiellement enregistrés de 1987 à 2005 est de 17 600, dont un peu plus de 80% sont des sujets de la tranche d'âge de 19 à 49 ans. Le sex-ratio homme/femme est de 0,8, ceci s'explique par la précocité des rapports sexuels chez les jeunes filles.

Selon les voies de contamination, on observe 82,4% de cas par voie hétérosexuelle et 6,5% de transmission de la mère à l'enfant. Les autres voies, notamment, la transmission par voie sanguine (transfusion de sang infecté, usage multiple des instruments tranchants contaminés et autres), représentent 11,1%. La répartition selon le lieu de résidence montre que 67,07% des cas de SIDA proviennent des zones urbaines et 32,3% des zones rurales. La séroprévalence chez les femmes enceintes, d'après une surveillance sentinelle menée en 2003 en consultations prénatales, était de 4,8% en moyenne ($n = 3\ 845$). Cependant, il existe des différences entre le milieu urbain (6,81%) et le milieu rural (2,43%). La séroprévalence était plus élevée chez les travailleuses du sexe: 53,9% ($n=386$) dans la ville de Lomé et 13,3% ($n=315$) chez leurs clients en 2003. En 2004, la prévalence du VIH dans la population générale en activité sexuelle (15 à 49 ans) était de 4,5% ($n = 4\ 623$): elle atteignait 6,7% dans la région maritime contre 2,38% dans la région centrale. Aujourd'hui, la prévalence est de 3,2 dans l'ensemble de la population.

Source : ONUSIDA et CNLS, *Rapport sur les indicateurs de base*, Lomé, 2005, p. 18.

**Siège de l'association Espoir Vie-Togo à Lomé
(Tokoin Agbalépédogan)**



Présentation du Conseil d'administration



ESPOIR VIE-TOGO

Cel : 00 228- 906 15 08 Tél. 00 228 251 46 56 E-mail : espoirvietogo@laposte.tg
N° compte bancaire Ecobank 100717801018

N°Réf. /EVT/07

Lomé, le 24/06/ 2007

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA) DE ESPOIR VIE -TOGO (EVT)

N°	Nom et Prénoms	Contacts	Poste	Signature
1	AMOUZOU Sidemeh Améyo B	9939659	Présidente	
2	ALLEY Atsoutsè	9172618	Secrétaire général	
3	AWESSO Mazalo P.	9037874	Trésorière générale	
4	Dr BASSABI Kpanté	9043981	Conseiller	
5	Pasteur LAWSON Tési Godson	9053111	Conseiller	
6	DRAMANI Kafouyéma Yawa	9483734	Conseillère	
7	KOUSSADE -DOAHO Kossi	9971276	Conseiller	
8	TEGNAMA Mébinesso Bissankou	9135220	Représentant d'antenne de Sokodé	
9	NASSOUMA Tchapo Wally	9593713	Représentant d'antenne de Sokodé	
10	AZIAKOU Ephoé Mawu- Lolo	9326715	Représentant d'antenne d'Aného	
11	HOUSSOU Afiavi	9842546	Représentante d'antenne d'Aného	

Association reconnue d'utilité publique N°401 du 30 mars 2000; BP : 14543 Lomé-Togo ; Fax : 00228- 251 6
Siège social: Agbalépédogan, 3047 rue de la Bretelle de Klikamé, Immeuble contigu à Inades Forma

Séance de distribution de dons par Espoir et Vie-Togo



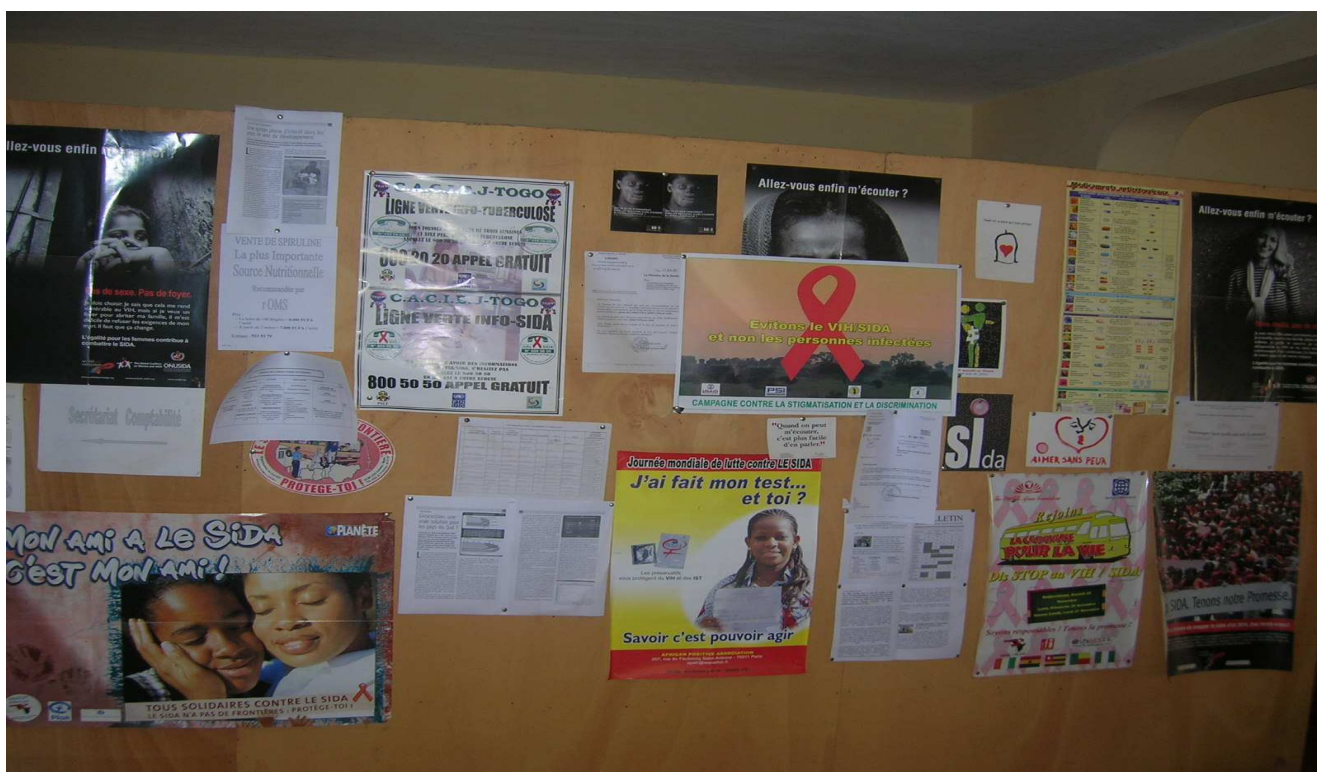
Veuves et orphelins bénéficiaires de Espoir et Vie-Togo



La Croix-Rouge togolaise



Le Réseau RAS+



LES SEPT PRINCIPES FONDAMENTAUX DU MOUVEMENT INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE

L'HUMANITÉ : Né du souci de porter secours sans discrimination aux blessés des champs de bataille, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, sous son aspect international et national, s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Il tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

L'IMPARTIALITÉ : Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détresses les plus urgentes.

LA NEUTRALITÉ : Afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique.

L'INDÉPENDANCE : Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humaines et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés Nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.

LE VOLONTARIAT : Il est un mouvement de secours volontaire et désintéressé.

L'UNITÉ : Il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.

L'UNIVERSALITÉ Le Mouvement international de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.

Source : <http://www.croix-rouge.fr/goto/presentation/mouvement/principes.asp>

PARTENARIAT

Partenaires	Domaines d'activité
Croix-Rouge danoise	Santé communautaire, Club des mères, lutte contre le sida
Croix-Rouge suisse	Santé communautaire, lutte contre le sida et lutte contre la cécité
Croix-Rouge allemande	Santé communautaire, Club des mères, lutte contre la lèpre
Croix-Rouge italienne	Santé communautaire
Croix-Rouge espagnole	Santé communautaire, Club des mères, lutte contre la traite et l'exploitation des enfants
Croix-Rouge française	Secourisme, sport et loisirs
FISCR	Logistique, santé communautaire, secourisme
CICR	Rétablissement des liens familiaux, défense des principes, information et diffusion
UE	Eau et assainissement
PSI	Lutte contre le VIH/SIDA/IST
Agence du système des Nations Unies	Santé communautaire, VIH/SIDA/IST, secourisme
État togolais	Divers appuis

Source : Source : CRT, *Plan stratégique, op. cit.*, p. 16.

Chez un guérisseur traditionnel à Lomé



ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

1. Sexe :

- Masculin ☐
- Féminin ☐

2. Votre âge est de :

- 15 à 24 ans ☐ ▪ 25 à 45 ans ☐
- 46 à 55 ans ☐ ▪ Plus de 55 ans ☐

3. Situation familiale :

- Célibataire ☐ ▪ Marié(e) ☐
- Divorcé(e) ☐ ▪ Veuf (ve) ☐

4. Quelle religion pratiquez-vous ?

- Animiste ☐ ▪ Catholique ☐
- Protestante ☐ ▪ Musulmane ☐

5. Êtes-vous issu d'une famille nombreuse ? Si oui, précisez la composition :

- Oui ☐ ▪ Non ☐

6. Votre niveau d'instruction (achevé ou en cours)

- Analphabète ☐ ▪ Élémentaire ☐
- Avancé ☐ ▪ Intermédiaire ☐

7. Avez-vous des enfants ? Si oui, combien

- Oui ☐ ▪ Non ☐

8. Depuis combien de temps habitez-vous dans la ville de Lomé ?

- Moins de 10 ans ☐ ▪ De 11 à 20 ans ☐ ▪ Plus de 20 ☐

9. Êtes-vous originaire de Lomé ?

- Oui ☐ ▪ Non ☐

10. Sinon, pourquoi y habitez vous ?

- Pour des raisons professionnelles ☐
- Parce qu'à Lomé il est plus facile de trouver du travail ☐
- On est plus considéré quand on vit à Lomé ☐

11. Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- 1. Étudiant ☐ ▪ 2. Apprenti ☐ ▪ 3. Taxis motos ☐
- 4. Ouvrier ☐ ▪ 5. Commerçant ☐ 6. Agent de maîtrise ☐
- 7. Cadre ☐ ▪ 8. Retraité ☐ ▪ 7 Sans emploi ☐

12. Comment évaluez-vous votre situation financière ?

- 1. Excellente ☐ ▪ 2. Bonne ☐
- 3. Moyenne ☐ ▪ 4. Mauvaise ☐

13. Votre revenu mensuel en FCFA :

- De 10000 à 20000 ☐ ▪ De 20000 à 35000 ☐ ▪ De 35000 à 500000 ☐
- De 50000 à 80000 ☐ ▪ De 80 000 à 10.000 ☐ ▪ Plus de 100 000 ☐

14. Quelles sont vos connaissances sur le VIH ?

- Très bonnes ☐ ▪ Bonnes ☐
- Assez bonnes ☐ ▪ Pas assez bonnes ☐

15. Pensez-vous que vous êtes bien formé sur les le VIH/Sida?

- Oui ☐ ▪ Non ☐

16. Avez-vous un proche atteint du VIH ?

- Oui ☐ ▪ Non ☐

17. Comment jugez-vous l'action des associations ?

- 1. Excellente ☐ ▪ 2. Bonne ☐
- 3. Moyenne ☐ ▪ 4. Mauvaise ☐

18. Comment prenez-vous connaissance des activités de l'association ?

- Au cours d'une sensibilisation ☐
- Par les médias ☐
- Par des amis ☐

19. Que pensez-vous du recrutement des salariés ?

- Pour ☐ ▪ Contre ☐

20.

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

21. Pensez-vous que la solidarité sociale entre les familles est bien supérieure à celle de l'État ?

- Oui ☐ ▪ Non ☐

22. En cas de maladie vous affectant ou l'un de vos proches, à qui vous adressez-vous ?

- 1. À des spécialistes ☐
▪ 2. À des religieux ☐
▪ 3. À des guérisseurs ☐

23. Quand vous avez besoin d'argent, à qui vous adressez-vous ?

- 1. Aux services sociaux ☐ ▪ 2. Aux associations ☐
▪ 3. À vos proches ☐ ▪ 4. À vos amis ☐

24. Êtes-vous satisfait des services offerts par votre pays dans les secteurs suivants :

a. Santé :

- 1. Très satisfait ☐ ▪ 2. Satisfait ☐
▪ 3. Peu satisfait ☐ ▪ 4. Pas du tout ☐

b. Éducation :

- 1. Très satisfait ☐ ▪ 2. Satisfait ☐
▪ 3. Peu satisfait ☐ ▪ 4. Pas du tout ☐

c. Travail :

- 1. Très satisfait ☐ ▪ 2. Satisfait ☐
▪ 3. Peu satisfait ☐ ▪ 4. Pas du tout ☐

25. Quelles sont, parmi les causes suivantes, celles qui peuvent représenter un obstacle à la lutte contre le sida ?

N°	Cause	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	Conserver les valeurs traditionnelles				
2	Maintenir les valeurs religieuses				
3	Manque de moyens financiers des associations				
4	Pauvreté des volontaires				
5	Pauvreté des jeunes filles				
6	Abandon précoce de la scolarité				
7	Sélectionner les bénéficiaires aux soins sur des affinités familiales ou amicales				
8	La non-professionnalisation des associations				
9	La concurrence entre les associations				
10	Les conflits entre associations et État				
11	Manque d'experts étrangers				
12	Insuffisance de méthodes pédagogiques et préventives				
13	Manque de compétences professionnelles des volontaires				
14	Réserver des soutiens et des aides au secteur public				
15	Soutenir le secteur privé				
16	Difficulté d'accès aux ARV				

26. Estimez-vous que la lutte contre le sida connaît des avancées au Togo :

- 1. Très rapides ☐ ▪ 2. Rapides ☐
▪ 3. Moyennes ☐ ▪ 4. Lentes ☐ ▪ 5. Très lentes ☐

27. Les institutions internationales (le Fonds mondial, l'Union européenne et les agences indépendantes) disent mettre chaque année des millions de dollars dans la lutte contre le sida au Togo. Comment jugez-vous ces apports financiers ?

- Efficaces ☐ ▪ Pas efficaces ☐

28. Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

29. Quelles sont les remarques ou suggestions que vous souhaiteriez ajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE IV : PROTOCOLE D'ENTRETIEN

QUESTIONS INTRODUCTIVES

- QUESTION N°1 : Quel est l'historique de votre structure ?
- QUESTION N°2 : Quelles sont les conditions d'adhésion ?

ORGANISATION

- QUESTION N°3 : Quelle est l'évolution des effectifs ?

FONCTIONNEMENT

- QUESTION N°4 : Comment garantir un bon fonctionnement pour que les actions soient efficaces ?
- QUESTION N°5 : Quels sont vos financements ?

ACTIVITÉS

- QUESTION N°6 : Quelles sont les différentes activités de l'association ?
- QUESTION N°7 : Comment, et en fonction de quoi, le choix est-il fait ?

LOGIQUES D'ACTION

- QUESTION N°8 : Quelles sont les priorités de l'association ?
- QUESTION N°9 : Pourquoi faire de la lutte contre le sida un enjeu du développement ?
- QUESTION N°10 : Les associations de lutte contre le sida ne sont-elles pas devenues des lobbies ?
- QUESTION N°11 : Ne faut-il pas centraliser les actions au lieu de les démultiplier ?
- QUESTION N°12 : Qu'attendez-vous des slogans et des campagnes de sensibilisation ?
- QUESTION N°13 : Quel est le rôle des volontaires ?

MODES D'ACTION

- QUESTION N°14 : Quelles sont vos principales cibles ?
- QUESTION N°15 : Comment organisez-vous vos campagnes et les manifestations qui s'y rapportent ?
- QUESTION N°16 : Quels en sont les thèmes ?
- QUESTION N°17 : Quel en est le calendrier (périodes les plus propices) ?
- QUESTION N°18 : Sur quelle logistique vous appuyez-vous ?
- QUESTION N°19 : Vos interventions peuvent-elles être fonction de l'actualité ou des réalités rencontrées sur le terrain ?
- QUESTION N°20 : Comment s'organisent vos actions de prise en charge et de soins ?

PARTENARIAT

- QUESTION N°21 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les bénéficiaires (malades et séropositifs) ?
- QUESTION N°22 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les pouvoirs publics ?
- QUESTION N°23 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les autres associations ?
- QUESTION N°24 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les familles ?
- QUESTION N°25 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les mass média ?
- QUESTION N°26 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les partenaires étrangers ?
- QUESTION N°27 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les institutions internationales (ONU SIDA, UE, Coopération française) ?
- QUESTION N°28 : Quelles sont les relations que vous entretenez avec les ONG ?
- QUESTION N°29 : Quels sont les réseaux auxquels vous appartenez ?
- QUESTION N°30 : Quelles sont les relations qui vous font aujourd'hui défaut et que vous souhaiteriez avoir ?

PROFESSIONALISATION

- QUESTION N°31 : Que pensez-vous de la professionnalisation des associations ?
- QUESTION N°32 : Que pensez vous des relations entre bénévoles et salariés ?

ENGAGEMENT

- QUESTION N°33 : Quelles conclusions pourriez-vous tirer de votre expérience dans l'action associative contre le sida ?

POUVOIRS PUBLICS

- QUESTION N°34 : Quelle est la politique de l'État en matière du sida ?
- QUESTION N°35 : Quel est aujourd'hui le positionnement et la réaction de l'État face à la maladie ?
- QUESTION N°36 : Quelles furent les premières mesures mises en place par les pouvoirs publics ?
- QUESTION N°37 : Quel est le type de relations que l'État entretient avec les associations et ONG ?

PARTENAIRES INTERNATIONAUX

- QUESTION N°38 : Quelles sont les relations que les partenaires internationaux entretiennent avec les pouvoirs publics ?
- QUESTION N°39 : Quelles sont les relations que les partenaires internationaux entretiennent avec les associations et organisations privées ?
- QUESTION N°40 : À quoi sont aujourd'hui conditionnés les financements ?

ANNEXE V : LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Entretien	Sexe	Âge	Niveau d'instruction	Profession
1	M	53	Universitaire	Chargé de programme
2	M	44	Universitaire	Chargé de programme
3	M	42	Secondaire	Ancien président d'association (personne ressource)
4	M	40	Secondaire	Président du Réseau associations des PVVIH
5	M	46	Universitaire	Médecin délégué dans une institution internationale
6	M	43	universitaire	Chargé de programme
7	F	39	Universitaire	Membre du réseau association des PVVIH
8	F	38	Universitaire	Déléguée représentante institution internationale
9	M	60	secondaire	Responsable (réseau des tradipraticiens)
10	M	40	Secondaire	Responsable (réseau des tradipraticiens))
11	M	40	Universitaire	Démographe (chargé de programme ONG)
12	M	50	Universitaire	Directeur (ONG nationale)
13	M	54	Secondaire	Chargé de programme (institution publique)
14	M	45	Universitaire	Responsable coordination (institution publique)
15	M	50	secondaire	Diacre catholique
16	M	30	Universitaire	Responsable associatif
17	M	40	Universitaire	Militant associatif
18	F	36	Secondaire	Sans emploi, PVVIH
19	M	42	Universitaire	Militaire, PVVIH
20	F	36	Universitaire	Journaliste
21	F	43	Secondaire	Secrétaire administrative, catholique
22	M	44	Universitaire	Journaliste, protestant
23	M	47	Secondaire	Enseignant, musulman
24	F	50	Secondaire	Chef d'entreprise privée
25	M	47	Universitaire	Médecin, hôpital public