Aperçu global de la coopération suisse au développement dans le domaine de la santé 1960– 1993

Jean–Pierre Gontard

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/aspd/1057>

DOI : [10.4000/aspd.1057](https://doi.org/10.4000/aspd.1057)

ISSN : 1663-9669

Éditeur

Institut de hautes études internationales et du développement

Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 1994

Pagination : 169–184

ISSN : 1660-5934

Référence électronique

Jean–Pierre Gontard, « Aperçu global de la coopération suisse au développement dans le domaine de la santé 1960–1993 », *Annuaire suisse de politique de développement* [En ligne], 13 | 1994, mis en ligne le 27 mai 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/aspd/1057> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/aspd.1057>

Aperçu global de la coopération suisse au développement dans le domaine de la santé 1960 – 1993*

Jean-Pierre Gontard

Il est possible de distinguer schématiquement trois phases dans l'histoire de la coopération suisse en matière de santé entre 1960 et 1993 (1).

1960-1973: Gestion de l'héritage missionnaire et découverte des réalités

En 1960, il y avait dans les pays en développement plus d'une centaine d'hôpitaux et de centres de santé gérés par des organisations suisses, essentiellement

* Cet article est rédigé principalement sur la base d'un travail effectué ces derniers mois par le professeur Antoine Degrémont, Directeur de l'Institut Tropical Suisse, Bâle, que nous tenons à remercier ici.

1) La préparation de ce dossier a souffert du manque de données quantitatives en matière de santé sur la coopération suisse au développement. Ces lacunes n'ont pu être comblées que très partiellement par une enquête auprès des organisations non gouvernementales suisses et en utilisant les données préliminaires de l'analyse sectorielle de la DDA, aimablement mises à notre disposition par le responsable de l'Unité santé de son Service sectoriel des ressources humaines. Par ailleurs, plusieurs personnes d'expérience ont accepté de contrôler et compléter nos appréciations. Que tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cet article soient assurés de notre reconnaissance et reçoivent nos excuses si nous avons insuffisamment exploité leurs informations. Les lacunes ou erreurs éventuelles sont, bien entendus, imputables à l'auteur.

missionnaires ou caritatives. Compte tenu de son absence de passé colonial et de ses dimensions, la Suisse était très active dans le domaine de la santé dans le Tiers Monde. L'heure était, comme partout, à "l'hospitalocentrisme" et à "l'hippocratisme".

En 1973, plus de 60 médecins et au moins le double de personnels paramédicaux, principalement suisses, y travaillaient encore. Les pays de concentration étaient avant tout la Tanzanie, le Ghana, le Cameroun, le Zimbabwe, le Lesotho, le Zaïre, l'Inde et l'Indonésie, mais on trouvait aussi des "projets suisses" au Kenya, en Angola, au Brésil ou à Taïwan par exemple.

Il n'existait alors en Suisse que très peu d'expertise en médecine tropicale et encore moins en santé publique tropicale. Par contre dans les pays tropicaux, cette expertise était très forte même dans le domaine clinique, mais restait cantonnée au sein des projets.

Progressivement, beaucoup de personnes impliquées dans la coopération internationale réalisent que le développement ne passe pas par une transposition pure et simple de la technologie et du savoir-faire suisses et des voix commencent à affirmer qu'il faut former les nationaux et leur transférer les responsabilités. Rien n'est cependant prêt sur les plans stratégique et pratique pour mettre en oeuvre ces nouveaux concepts.

Durant cette période, le personnel médical et paramédical continue en général d'être formé en Suisse ou selon des curriculums, sinon des approches, suisses. La Tanzanie fait exception, car elle a très vite développé sa propre politique de santé et incite l'aide extérieure à la suivre. Ainsi, le Rural Aid Centre d'Ikara forme déjà en 1961, en une année, des précurseurs des agents de santé communautaire. En 1973, toujours avec l'appui de la Coopération technique suisse – devenue depuis la DDA – et d'une fondation privée, ce centre est transformé en un "Medical Assistants Training Centre" puis entièrement remis aux autorités tanzaniennes en 1978 (2).

Dans les années 1960, les nouveaux projets de santé sont avant tout "opportunistes", très variés, liés à des initiatives ou des contacts personnels. Il s'agit, par exemple, du projet de contrôle des schistosomiasés dans le périmètre irrigué du Bas-Mangoky, Madagascar, de la construction ou de l'extension d'hôpitaux en Tanzanie, au Gabon, en Indonésie, de la construction du Centre de pathologie de Dar-es-Salaam, du fonctionnement de l'hôpital de référence Duke of Harrar d'Addis-Abeba, etc. Répondant certes à des demandes, mais le plus souvent pas aux besoins réels des communautés, et introduisant une technologie difficile à maintenir, ces projets seront pour la plupart abandonnés ou confrontés à de graves problèmes de pérennisation.

La stratégie suisse en matière de développement de santé est alors essentiellement l'affaire de médecins et très accessoirement de personnels paramédicaux, pourtant largement présents sur le terrain. Cependant, au contact de la réalité, dès le début des années septante, des médecins suisses entreprennent de nouvelles interventions, tenant mieux compte des problèmes et des besoins des communautés (services de santé maternelle et infantile et centres de réhabilitation nutritionnelle). De retour en Suisse, certains de ces médecins vont prolonger leur

réflexion et passer à l'action en cherchant à influencer les organisations suisses soutenant ces projets, puis en créant en 1973 la branche suisse de *Medicus Mundi*.

Sous l'impulsion d'Immita Cornaz, sociologue ayant longtemps travaillé en Afrique, le "groupe santé", groupe de travail constitué de professionnels externes à l'administration, créé pour conseiller la DDA en matière de projets médicaux, s'ouvre à des approches et des disciplines non médicales et commence à analyser la situation en terme de priorités locales et de pertinence des interventions.

L'Institut Tropical Suisse (ITS), reconnu officiellement par la Confédération, développe ses activités médicales. Par ailleurs, certaines universités suisses commencent à s'intéresser de plus près aux problèmes de santé du Tiers Monde (Lausanne à Beni-Messous, Algérie, et Genève à Yaoundé, Cameroun, etc.). Ainsi le vide institutionnel, qui caractérisait aussi cette période, est en train de se combler.

1974-1983: Le tournant conceptuel et stratégique

Au sein du "groupe santé", il existe une réelle volonté de changement que la Conférence d'Alma Ata (1978) vient conforter et renforcer. Les dirigeants des milieux concernés sont cependant loin de suivre le mouvement et manifestent une certaine inertie.

D'une façon générale, les projets de santé soutenus par des organismes non gouvernementaux (ONG) suisses s'orientent très vite, par conviction ou par nécessité, vers les Soins de Santé Primaires (SSP) en retenant surtout d'Alma Ata la stratégie des agents de santé villageois ou communautaires (ASV, ASC). Mais il y a souvent divergence entre les médecins, qui voient avant tout dans le nouveau concept une diminution de leurs prérogatives, et les non-médecins, persuadés qu'ils vont réussir là où les techniciens ont échoué.

L'absence de politique nationale de santé des pays du Tiers Monde et le manque de concertation et de coordination des bailleurs de fonds permettent alors pratiquement à chaque organisation de faire ce qu'elle veut, ou ce que veulent ses responsables locaux. Les organisations suisses n'échappent pas à ce processus. Chaque projet se doit d'avoir ou de créer sa clinique de santé maternelle et infantile, son centre de réhabilitation nutritionnelle et ses agents de santé villageois. Lorsque ce sont des médecins qui sont aux commandes, ces nouvelles approches restent le plus souvent focalisées sur les centres de santé et le personnel paramédical. A l'opposé, les développeurs non médicaux "produisent" surtout des agents villageois, coupés de toute référence et mal supervisés. Dix ans plus tard, il n'en restera souvent au mieux que des pharmacies de village.

Certaines ONG adaptent cependant leur technologie médicale et introduisent progressivement de plus en plus d'éléments de la politique de soins de santé primaires. Elles travaillent en général dans des pays où leurs activités sont coordonnées étroitement entre elles et avec leur ministère de tutelle, comme par exemple le Lesotho. Dans ces ONG, les vrais changements proviennent de la

nouvelle génération de médecins et de paramédicaux formés au début des années septante et s'intéressant parallèlement aux problèmes du Tiers Monde. Certains groupes d'étudiants, à Zurich et Bâle notamment, ont même une attitude militante, où le paternalisme côtoie l'idéalisme. L'un d'eux essaie de promouvoir la création d'un bateau suisse d'intervention sanitaire lors de catastrophes. Reprise par les milieux officiels, l'idée donnera naissance en 1973 au Corps suisse d'aide en cas de catastrophes, dont la première mission eut lieu au Tchad. Ce fut une mission de rodage, car le personnel arriva après la phase aiguë. Plus tard, adapté et réorienté, ce Corps sera intégré à la DDA.

Le passage de ces personnels de santé a laissé des traces concrètes dans les projets. Les plus motivés d'entre eux ont poursuivi l'analyse critique du développement et la promotion de nouvelles approches, au sein de la Déclaration de Berne et de *Medicus Mundi* notamment. Cette dernière organisation a joué un rôle important en convainquant la plupart des ONG suisses de la nécessité de donner une formation spécifique à leur personnel expatrié, en diffusant parmi ses membres le concept des SSP et en favorisant le dialogue Nord-Sud par des rencontres.

Par ailleurs, pendant cette période, les institutions suisses spécialisées en médecine tropicale ou en développement, qui disposent de trop peu de personnel et de ressources, ne peuvent qu'affiner leurs concepts et se préparer à l'action.

D'autre part, le secteur de la recherche a mauvaise presse dans les milieux du développement, qui craignent de voir les projets profiter surtout aux scientifiques. Il est vrai que, jusque-là, les recherches sur la santé ont relativement peu tenu compte des besoins réels des communautés, ou n'ont pas été vraiment opérationnelles.

L'aide humanitaire prend aussi un virage à cette époque, poussée, comme les ONG, par ceux qui reviennent du terrain. Au Comité International de la Croix-Rouge (CICR), l'aide médicale se professionnalise avec la création d'un département médical. Elle n'est plus considérée comme un simple moyen de mieux remplir les tâches traditionnelles. Ses responsables réalisent que, pendant la phase aiguë déjà, il faut préparer les conditions d'un maintien adéquat des prestations après le départ du CICR.

De son côté, la DDA fixe ses priorités, parmi lesquelles le développement des SSP figure en première place. En 1979 sont définies les premières lignes directrices ou "points de repères pour la coopération suisse au développement dans le domaine de la santé". La santé est étroitement associée au développement social. Elle prend une dimension beaucoup plus large – transsectorielle et transdisciplinaire – que, cependant, les responsables opérationnels saisissent mal. De ce fait, les projets bilatéraux de santé continuent d'être isolés dans les opérations de coopération au développement et ce n'est que lors des évaluations que la section d'appui technique peut suggérer des réorientations aux responsables des opérations.

Après avoir surtout investi dans les infrastructures de santé, sans trop poser de questions ni de conditions, la DDA s'intéresse de plus en plus aux stratégies des organismes multilatéraux de coopération internationale (UNICEF et OMS principalement). Assistés de conseillers, elle commence à y marquer la présence suisse

par des idées et non plus seulement par des contributions financières, d'ailleurs en nette augmentation durant cette période.

Les groupes à risques (femmes, enfants, les plus pauvres) reçoivent une attention spéciale. Des lignes directrices sur la qualité et les conditions de mise à disposition de laits en poudre suisses dans le cadre de l'aide alimentaire sont élaborées et approuvées. Parallèlement, la DDA prend résolument position dans les réunions internationales pour une codification de la commercialisation et de la promotion des substituts du lait maternel. Elle soutient aussi d'emblée le programme OMS d'action pour les médicaments essentiels et initie en 1983 au Mozambique un projet de laboratoire de contrôle des médicaments. L'Ambassadeur Marcel Heimo, directeur de la DDA, prit une position stratégique claire dans une longue préface à l'étude de Pascale Brudon "Médicaments pour tous en l'an 2000? Les multinationales suisses face au Tiers monde: l'exemple du Mexique" (3): "Les pays en développement eux-mêmes devront améliorer les structures publiques et privées existant chez eux par des mesures qui vont du renforcement de leur capacité technologique, de l'adoption de listes de médicaments essentiels et de la régulation des monopoles et des ententes à la création d'industries pharmaceutiques nationales." Le docteur Silvio Berthoud, de l'IUED, crée la collection Bien gérer la santé, qui se spécialise dans les manuels de prescription rationnelle des médicaments essentiels. Fait remarquable, il en résultera en 1985 une politique commune des trois offices fédéraux (DDA, Office fédéral des affaires économiques extérieures et Office fédéral de la santé publique) en matière de médicaments dans les pays en développement.

Développement démographique et planification familiale sont aussi au centre des réflexions de cette unité. Dans les années quatre-vingts, la DDA reviendra sur sa décision de ne pas s'engager directement dans la distribution de contraceptifs. Ainsi, dès le début de 1980, sera lancé au Népal un projet de planification familiale, notamment par des méthodes naturelles.

L'OMS lance en 1978, avec le PNUD et la Banque mondiale, son premier Programme spécial de recherche et formation (TDR) sur six maladies tropicales prioritaires. La DDA contribue d'emblée à ce programme à un niveau élevé et suit de près son déroulement, en insistant continuellement sur la promotion des recherches de terrain et sur la prise en compte des dimensions socioéconomiques de ces maladies. Elle soutient financièrement, également depuis son origine, le programme OMS/FAO/Banque mondiale sur le contrôle de l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP).

Les interventions bilatérales de la DDA sont très variées, mais presque toujours ciblées sur un ou plusieurs districts sanitaires périphériques de pays de concentration (Tanzanie, Népal, Pérou, Tchad, Mali, Bénin). La formation des personnels de santé intermédiaires garde un haut niveau de priorité et se développe au Tchad, en Tanzanie, au Mali et au Népal.

1984-1993: Mise en pratique des concepts et professionnalisme institutionnel

Sur le plan de la santé, le paludisme devient de plus en plus résistant aux médicaments, le SIDA fait une brutale apparition, les épidémies de choléra et de méningites se succèdent et la tuberculose réapparaît en force.

Lancés souvent trop vite, sans connaissance suffisante du milieu socio-culturel et parfois sans bases de référence ni de suivi, la plupart des projets de développement des services de santé de base par des agents villageois sont dans l'impasse. Rattachés à des hôpitaux périphériques, les responsables nationaux et expatriés voient parfois des solutions aux problèmes, mais se heurtent aux institutions, au manque de clarté des politiques nationales de santé et à l'aggravation de la situation financière des gouvernements du Tiers Monde qui provoque d'importants ajustements structurels.

Les bailleurs de fonds réalisent soudain l'importance de la mortalité maternelle et découvrent que les structures de base ne peuvent fonctionner correctement sans niveau intermédiaire de référence. Ils s'entourent alors de planificateurs, de spécialistes en santé publique pour lancer de nouvelles interventions ciblées pouvant, d'après eux, court-circuiter les structures périphériques de santé lorsqu'elles sont insuffisantes ou inexistantes. Il en découle de nombreux programmes internationaux verticaux, parfois efficaces à court terme, mais dont la pérennité est difficile à assurer et qui perturbent souvent les services de base.

Le plus souvent focalisées sur un petit nombre, voire une seule structure de santé, les ONG suisses sont mal placées pour réagir devant une telle situation. La plupart vivent très mal les interférences des programmes verticaux internationaux. Au lieu de réviser leurs stratégies, elles se replient sur leurs bases curatives ou, parfois, lancent des interventions focalisées et ciblées tenant beaucoup mieux compte des besoins ressentis par les communautés.

Les organismes suisses d'aide humanitaire qui se sont lancés dans le développement découvrent que celui-ci, tout comme l'aide humanitaire, ne s'improvise pas et demande une compétence professionnelle spécifique. De même le CICR renforce considérablement son expertise et s'engage dans la formation (par exemple cours HELP).

Par le biais du co-financement, la DDA, qui dispose maintenant de lignes directrices, est en mesure d'influencer la stratégie de quelques ONG suisses en matière de SSP, de santé maternelle et infantile et de médicaments essentiels notamment. Elle se lance dans l'appui à des projets, également très variés, d'ONG locales: revue Famille et Développement en Afrique; formation nutritionnelle en Amérique Centrale et planification familiale en Inde; santé de base au Paraguay et en Inde; survie de l'enfant et recherche sur les diarrhées au Bangladesh. Beaucoup de ces projets d'ONG locales ont une dimension comparable à celle de projets gouvernementaux.

A l'exception du Mozambique, où le support passe directement par le Ministère de la santé, et du Népal, où elle garde en main la régie, la DDA transfère la responsabilité de ses projets bilatéraux les plus importants à des institutions

spécialisées: la lutte contre la tuberculose en Tanzanie, au Bénin, au Mozambique, à l'Association internationale de lutte contre la tuberculose; les programmes d'appui aux ministères de santé publique du Mali, du Bénin et de Madagascar à l'IUED, du Tchad à l'ITS. Ces institutions ont une influence considérable sur le déroulement des opérations. Pour la première, il s'agit principalement de l'introduction à large échelle du schéma court de traitement de la tuberculose. Pour les deux autres, il s'agit surtout de promouvoir la décentralisation par le concept du district sanitaire, d'intégrer les interventions verticales à la périphérie, d'introduire les médicaments essentiels et de mettre en place un système de recouvrement des coûts.

La recherche, surtout appliquée et opérationnelle, reçoit de la DDA une plus grande priorité; des projets bilatéraux sont lancés à Ifakara, Tanzanie, où le poids est mis sur des recherches pouvant contribuer au développement sanitaire du district et de la région et sur la formation de chercheurs nationaux, et à l'International Centre for Diarrhoeal Diseases Research (ICDDR), Bangladesh, pour contribuer à trouver des solutions adaptées à un des problèmes de santé les plus importants du Tiers Monde, les diarrhées.

A la fin des années quatre-vingts, la DDA entre dans le club restreint des coopérations gouvernementales qui se préoccupent de la santé dans les grandes agglomérations urbaines du Tiers Monde, débordées par leur croissance et où, souvent, les services de santé périlissent depuis plus de vingt ans. Deux grands projets de santé urbaine sont alors engagés, l'un, bilatéral, à Dar es Salaam, Tanzanie, et l'autre à N'Djaména, Tchad, dans le cadre d'un programme d'action pour le développement social de la Banque mondiale.

La DDA cherche à donner une plus haute priorité aux problèmes nutritionnels et démographiques. De nouvelles lignes directrices sont établies en 1988 afin de renforcer les interventions intersectorielles dans les projets. Un appui est donné au programme de recherche de l'OMS sur la reproduction humaine. Par contre, à part la poursuite du co-financement du projet UNICEF en Indonésie, peu d'interventions spécifiques se concrétisent dans le domaine de la nutrition.

En ce qui concerne le SIDA, pour lequel la Suisse a très vite mis en place chez elle un programme cohérent de lutte et de prévention, les approches ont divergé au sein de la DDA. Tout en reconnaissant l'importance du problème, l'unité d'appui technique socio-sanitaire et les régisseurs, par cohérence avec leur approche d'intégration des interventions, étaient de l'avis que le SIDA n'était qu'un problème important parmi d'autres et devait donc s'ajouter aux priorités sans s'en distinguer. L'autre tendance, forte de l'originalité et des premiers succès de la campagne de prévention suisse, pensait au contraire qu'il fallait privilégier la lutte contre cette maladie et intervenir avant tout sur le plan international, donc sous la coordination de l'OMS au niveau national. C'est cette dernière voie qui a finalement été retenue.

La plupart des programmes de santé verticaux stagnent, ou n'arrivent pas à maintenir leurs acquis, alors que l'on réalise qu'ils n'ont pas vraiment touché les couches de population les plus pauvres lorsque les infrastructures de santé étaient défaillantes. Leur rapport coût-efficacité à court et moyen terme reste toutefois très attractif.

Des économistes, des sociologues, des pédagogues et des anthropologues familiers des problèmes de santé sont venus se joindre aux experts en santé publique spécialisés en planification. Leur renfort annonce une approche plus globale et socio-économiquement mieux adaptée, ainsi qu'un meilleur travail d'équipe dans la planification et l'évaluation des interventions. Un fait essentiel de cette période est la prise en compte du point de vue des utilisateurs des services de santé et la démonstration du dynamisme des communautés lorsqu'elles participent à la prise de décisions.

Les options de la plupart des organisations suisses, gouvernementales ou non, lors de la décennie précédente – décentralisation et districts sanitaires, intégration des interventions, médicaments essentiels, recouvrement des coûts sous le contrôle des populations, coordination des intervenants – ont maintenant cours sur le plan international et forment la base des nouvelles stratégies de développement socio-sanitaire. D'importantes réflexions sur la recherche en général et les modalités de coopération institutionnelles Nord-Sud ont lieu au sein d'un groupe de travail interdisciplinaire et annoncent de nouvelles approches (4).

Aperçu des interventions actuelles de la DDA en matière de santé

Interventions dans le cadre de la coopération multilatérale

La Confédération a investi 7,2% (environ 83 millions de francs) en 1991 et 8,6% (environ 119 millions) en 1992 de son budget de coopération au développement dans les secteurs santé, nutrition et population (5). Entre 1991 et 1992, c'est principalement le continent africain qui a bénéficié de l'augmentation des contributions de santé.

On peut estimer en moyenne à 60 millions de francs (60% du montant total susmentionné), le budget annuel alloué ces trois dernières années par la seule DDA (hors aide humanitaire) au secteur santé, nutrition, population. Le 40% restant relève de l'aide humanitaire et d'autres départements fédéraux (économie publique et intérieur).

En ce qui concerne les programmes santé de la DDA, la répartition des fonds est approximativement la suivante pour la période 1991-92: 43% pour l'aide multilatérale à travers des organisations internationales gouvernementales, 38% pour l'aide bilatérale directe ou en régie, 8% pour l'aide multilatérale à travers des ONG internationales, 6% pour l'aide associée régie par des ministères et 5% pour l'aide bilatérale à travers des ONG locales. Au total, l'aide multilatérale dépasse très légèrement la moitié du budget santé de la DDA et cette répartition semble avoir été constante depuis 1983 (moyenne pour 1983-93: 50,2%). Pour le montant attribué aux organisations internationales gouvernementales, 20% est géré par l'UNICEF, 42% par l'OMS et 38% par la Banque mondiale.

Le tableau ci-dessous montre la répartition sectorielle de l'aide multilatérale (organisations et ONG internationales) en 1991-92 pour un volume total d'environ 90 millions de francs).

Lutte contre le sida (OMS)	12.8%
Lutte et recherche sur les diarrhées (CDD/OMS et ICDDR, Bangladesh)	11.1%
Lutte contre l'onchocercose (OMS et Banque mondiale), la tuberculose et la lèpre (Association internationale de lutte contre la tuberculose)	18.5%
Recherche et formation sur les maladies tropicales (TDR/OMS)	9.0%
Vaccinations (UNICEF)	1.6%
Formation en immunologie (OMS)	4.6%
Sous-Total "contrôle des maladies":	57.6%
Nutrition (UNICEF)	14.6%
Population, incluant la planification familiale (OMS et IPPF)	3.7%
Santé maternelle (OMS et Banque mondiale)	2.9%
Sous-Total "groupes à risques":	21.2%
Médicaments essentiels (OMS)	2.0%
Appui au services de santé dans le cadre de l'ajustement structurel (Banque mondiale)	18.7%
Recherche sur les systèmes de santé (ENHR)	0.5%
Sous-Total "développement de services":	21.2%

Il apparaît clairement qu'une part importante de la contribution suisse se concentre sur le contrôle des maladies, avant tout dans le cadre de programmes OMS. Il est vrai que cette tendance était encore plus marquée au milieu des années quatre-vingts (environ 80%). Cette distinction est certes quelque peu arbitraire, car plusieurs programmes du groupe "contrôle des maladies" sont aussi ciblés sur des "groupes à risque", mais leur approche est trop verticale et ne concerne qu'un nombre très limité de risques.

Formation et recherche forment un élément plus ou moins important dans chacune de ces composantes. Le programme de recherche et de formation sur les maladies tropicales (TDR/OMS) consacre par exemple environ 25% de son budget à la formation, 63% à la recherche et le reste à la gestion. Celui de lutte contre l'onchocercose, par contre, est essentiellement tourné vers les interventions et alloue moins de 3% de son budget à la recherche et à la formation. Son impact indirect, découlant des interventions dans ces domaines, est toutefois bien supérieur à ce qu'il y investit.

La formation pratique et ciblée, ainsi que les recherches de terrain et le développement de nouveaux produits sont maintenant largement favorisés. La DDA a toujours privilégié cette direction, sans toutefois cibler ses contributions sur

un domaine particulier, de façon à laisser une grande marge de manoeuvre aux gestionnaires de ces programmes.

Nombre de ces programmes internationaux sont en cours de restructuration et cherchent à concilier l'efficacité à court terme de l'approche verticale, qui constitue leur base, avec la durabilité des actions intégrées, qui leur est peu familière mais rencontre beaucoup plus l'intérêt des bailleurs de fonds. Cela les amène tout naturellement à focaliser leurs actions sur des groupes à risques et/ou sur les structures socio-sanitaires de base; en conséquence, à intervenir à l'avenir dans le même champ que l'aide bilatérale et les ONG locales. Cette évolution n'est pas négative pour autant que trois écueils soient évités:

- le manque de cohérence entre les objectifs et les stratégies d'intervention de ces programmes internationaux et ceux de l'aide multilatérale en général;
- l'abandon de domaines cruciaux dans le développement de la santé, mais plus difficiles à financer comme la recherche fondamentale ou les structures socio-sanitaires de référence, qui relèvent essentiellement et pour longtemps encore, avant tout dans les pays les plus démunis, des secteurs publics intermédiaires et centraux;
- enfin, la poursuite d'une concentration trop marquée de l'aide multilatérale sur les ministères de santé publique, négligeant ainsi les contributions essentielles des autres ministères au développement de la santé (éducation, industrie, agriculture, transports, etc.).

Interventions dans le cadre de la coopération bilatérale

L'aide bilatérale correspondait ces dernières années à environ la moitié du budget de la DDA dans les secteurs santé, nutrition et population, soit en moyenne environ 30 millions de francs par an. D'autres départements fédéraux peuvent contribuer à des projets: les médicaments du projet de santé urbaine de la ville de Dar es Salaam, Tanzanie, par exemple, sont financés pour environ un million par an par l'OFAEE (Département fédéral de l'économie publique).

En fait, la coopération bilatérale directe ou en régie représente 90% du total, les cofinancements de projets d'ONG Nord-Sud couvrant les autres 10%.

La répartition sectorielle de cette aide bilatérale peut être schématisée (voir tableau ci-dessous) pour les années 1991-92 (volume total analysé d'environ 45 millions de francs).

La DDA gère elle-même, ou à travers des régisseurs, ses interventions intégrées au niveau du district socio-sanitaire et réserve ses appuis ponctuels aux ONG. Cela tient au fait que peu d'entre elles sont actuellement en mesure de gérer des interventions intégrées au niveau d'une unité administrative nationale. Les deux tiers de l'aide bilatérale sont orientés sur les structures et les activités intégrées (y compris recherche et formation) au niveau de districts socio-sanitaires, soit le double de la moyenne de la décennie 1983-93 et donc pas loin du triple d'il y a dix ans. Cet appui concerne dix pays, dont sept en Afrique, deux en Asie et

Coopération bilatérale	gouvernementale	ONG	Total
Appui aux districts socio-sanitaires ruraux et urbains	64%	30%	60%
Appui ciblé sur une activité de santé du domaine curatif	15%	23%	17%
du domaine préventif	4%	47%	8%
Petites actions régionales	15%		13%
Support technique en Suisse	2%		2%
Total:	100 %	100 %	100 %

un seul en Amérique du Sud. Géographiquement, l'extension de ces activités depuis dix ans concerne surtout l'Afrique centrale (Tchad et Cameroun) et la santé urbaine en Tanzanie. Cette orientation historique et poussée vers le district est assez spécifique de la Coopération suisse et explique pourquoi son expertise en ce domaine est reconnue jusqu'au niveau international (6).

Il y a encore un déséquilibre marqué des contributions vers le secteur curatif, au détriment du préventif. Globalement en effet, les appuis ponctuels concernent principalement le domaine curatif (par importance financière décroissante: médicaments essentiels, banques de sang, contrôle des maladies diarrhéiques, génie sanitaire, impression de documents, laboratoire et radiologie, recherche en parasitologie, réhabilitation nutritionnelle). Pour les ONG, la distribution est inversée, mais comme l'aide bilatérale passant à travers elles n'est que de 10%, cela ne suffit pas à équilibrer les deux domaines.

Certes, l'appui aux districts socio-sanitaires comporte une importante composante préventive et gestionnaire, mais sûrement pas supérieure à 50% du budget. Il ne modifie donc pas la tendance observée dans les appuis ponctuels, sinon pour l'accentuer.

Les petites actions régionales représentent un volume financier relativement élevé, correspondant à un grand nombre d'interventions. Leurs avantages par rapport à un nombre limité d'appuis intégrés ou ponctuels d'un même volume financier mériteraient d'être étudiés.

Le support technique en Suisse est en rapport avec les activités de l'Institut tropical suisse, de l'Office fédéral de la santé publique, de Medicus Mundi Suisse, de la Croix-Rouge suisse et de l'IUED.

Interventions dans le cadre des ONG suisses

En raison du nombre et de la diversité de ces organisations, ainsi que des multiples facteurs pouvant influencer la santé, il est très difficile de donner une image quantitative de l'aide apportée au Tiers Monde par ces organismes. Par ailleurs, dans la situation d'instabilité politique chronique dans laquelle se trouvent nombre

de ces pays, il est également difficile de faire la part de la coopération au développement et de l'aide humanitaire. Ceci d'autant plus que la plupart des ONG suisses, en raison de leur taille modeste et de leur connaissance du terrain, planifient beaucoup plus qu'avant leur aide humanitaire en fonction des ressources locales et dans un contexte de développement futur. Enfin, les nombreux co-financements de ces projets par la Confédération introduisent un facteur de confusion supplémentaire dans l'analyse.

L'inventaire de l'Aide suisse aux pays en développement et aux pays de l'Europe orientale (7), réalisé en 1992 par l'IUED pour la DDA, recense 267 ONG suisses ou ayant un siège en Suisse. Parmi celles-ci, 144 (54%) mentionnent des activités en matière de santé. Environ un tiers de ces dernières ont leurs activités centrées sur l'Europe orientale. Un tiers de celles qui ne mentionnent pas la santé dans leurs interventions agissent dans des domaines qui peuvent l'influencer considérablement, comme la formation/promotion des femmes et l'approvisionnement en eau par exemple. On peut donc estimer qu'au moins 50% des ONG suisses ont des activités liées à la santé dans le Tiers Monde.

Toutefois, Medicus Mundi Suisse, qui, depuis vingt ans, essaie de coordonner et de potentialiser l'aide suisse en matière de santé, compte seulement 25 organisations membres (8); c'est-à-dire plus ou moins toutes celles qui interviennent principalement, sinon uniquement, dans ce domaine.

Pour réaliser ce dossier santé, nous avons contacté par questionnaire 41 des ONG suisses qui nous ont paru avoir le plus d'activités dans le domaine de la santé. Le taux de réponse a été d'environ 50% et les réponses quelquefois incomplètes.

Volume financier: L'annuaire Aide suisse aux pays en développement, IUED, 1992, relève pour ces ONG un montant de prestations d'environ 142 millions de francs suisses pour la coopération au développement et environ 50 millions pour l'aide humanitaire aux pays en développement uniquement; soit au total environ 192 millions de francs suisses. Il faut noter que ces institutions privées gèrent en plus, par le biais du co-financement, un montant à peu près équivalent (178 millions de francs) de contributions de la Confédération, des Cantons et des Communes suisses.

L'enquête réalisée pour ce dossier montre que les gros contributeurs polyvalents en matière de coopération au développement investissent au maximum 10 à 20% de leur budget directement dans des programmes de santé. La Croix-Rouge suisse est une exception, avec un volume moyen de 35% entre 1989 et 1992. En tenant compte de ces chiffres et de ceux disponibles sur les ONG centrées uniquement sur la santé, on peut estimer que l'aide suisse privée en matière de coopération au développement de la santé dans le Tiers Monde se situe entre 25 et 35 millions de francs par an.

Répartition géographique: Contrairement à celles de la DDA, les interventions des ONG suisses ne sont pas concentrées sur certains pays, mais littéralement pulvérisées dans le monde. Certes, on retrouve certaines zones de concentration liées soit à des activités missionnaires anciennes (Lesotho, Tanzanie, Cameroun,

Ghana, Indonésie, Inde, etc.), soit à des zones d'anciens conflits aigus où l'aide humanitaire suisse est intervenue massivement (Laos, Cambodge, Tchad, etc.), mais les ONG suisses ont des activités de santé pratiquement partout dans le monde, du Tibet ou du Myanmar à la Bolivie ou au Guatemala, en passant par la Guinée et la Papouasie.

Outre un développement récent des contacts vers l'Europe orientale, on note un grand nombre d'initiatives et de nouveaux projets liés à des ONG locales, qu'il s'agisse de Croix-Rouges, d'églises ou d'institutions à but non lucratif lancées par des nationaux. Cette approche leur permet un meilleur ancrage dans les communautés, avec des investissements limités.

Groupes-cibles: On y trouve deux tendances:

- a) les ONG travaillant avec l'ensemble de la population d'une zone. D'une certaine taille et spécialisées dans la santé, elles destinent de plus en plus leurs activités à l'ensemble de la population de la zone; elles sont plus ou moins conscientes qu'une tranche relativement importante de la population – notamment les nomades et les migrants – n'est pas touchée par cette approche;
- b) les ONG travaillant avec des groupes à risques particuliers. Fortement spécialisées, ou au contraire oeuvrant dans des secteurs très variés, elles concentrent de plus en plus leurs activités sur des groupes à risques: femmes en âge de procréer et enfants, prostituées et populations les plus démunies des zones urbaines notamment. Leurs interventions ne touchent le plus souvent qu'un nombre réduit de personnes ou de familles et demanderaient une meilleure diffusion et une plus grande coordination avec les divers acteurs locaux pour avoir un impact véritable.

Activités techniques: Le premier groupe applique largement la politique des médicaments essentiels. La gestion des médicaments et surtout la rationalisation des diagnostics et des thérapies sont toutefois encore très insuffisantes, d'où une surconsommation de médicaments disparates et souvent non essentiels. Les projets de ce groupe ont favorisé l'intégration des prestations de santé des programmes verticaux, bien qu'en juxtaposant souvent les activités, plutôt qu'en les intégrant réellement. Du fait qu'il dépend fortement de l'extérieur ou des programmes nationaux en matière de personnel et d'approvisionnement, il souffre autant que les autres, sinon plus, des ruptures de stocks, de vaccins par exemple, ou du tarissement des ressources. En matière de soins curatifs, y compris chirurgicaux, il y a de nombreux exemples, comme celui de l'hôpital de Takeo, Cambodge, appuyé par la Croix-Rouge suisse, où les activités se sont adaptées aux conditions et aux besoins locaux.

Le second groupe a réorienté ses activités techniques, en donnant par exemple une place beaucoup plus importante au SIDA, aux problèmes de santé des femmes et à la médecine traditionnelle. Dans ce dernier domaine, ces ONG sont pratiquement les seules à tenter, sinon à faire, quelque chose. Il fait aussi beaucoup plus largement appel à la mobilisation des communautés dans les interventions.

Personnel expatrié: La même dichotomie que précédemment se retrouve ici. La plupart du personnel expatrié se trouve dans le groupe a), alors qu'il est pratiquement inexistant en b). Leur nombre a toutefois probablement dû diminuer de plus de la moitié ces vingt dernières années, si l'on exclut le secteur de l'aide humanitaire d'urgence. Cette réduction est liée, au moins en partie, au problème de recrutement de personnel de qualité et à son coût élevé. Les volontaires suisses ont joué, et continuent certainement à le faire, un rôle important, que nous n'avons pas pu estimer. D'autant plus important que, de retour en Suisse, beaucoup maintiennent leur engagement au sein d'associations de développement et contribuent à sensibiliser la communauté suisse.

Intégration dans les structures locales: Les changements ont été d'autant plus grands que les pays hôtes avaient défini une politique nationale de santé et disposaient, sinon des moyens, du moins de la volonté politique de la mettre en oeuvre. Compte tenu de la méfiance des ONG vis-à-vis de l'administration publique, cette intégration ne s'est pas faite sans réticence ni lenteur, les branches locales de ces ONG étant, dans bien des cas, encore moins enthousiastes à l'idée d'une telle intégration qu'elles la ressentaient comme une perte d'identité et d'efficacité. Les ONG suisses ont généralement joué le jeu lorsqu'il s'agissait de les associer au système de santé public sans redimensionner leurs activités, voire en leur donnant plus de responsabilités; cela a été le cas en Tanzanie, au Lesotho, au Zimbabwe et en Indonésie (Sulawesi) par exemple. Par contre, dès qu'une telle intégration impliquait un redimensionnement des activités, sinon des infrastructures, voire une réorientation totale du projet, peu de succès dans ce sens ont été enregistrés. La situation n'a guère changé par exemple au Cameroun (hôpitaux Ad lucem), au Gabon (hôpital de Lambaréné) et au Tchad (hôpital de Bébalem). Ailleurs enfin, comme au Zaïre, les ONG ont dû se substituer presque complètement aux structures étatiques.

Il faut reconnaître qu'au moment où les services publics de santé s'effondraient, les structures des ONG maintenaient une continuité et un niveau d'activité élevé. De ce fait, on leur attribue souvent un niveau de qualité de soins bien supérieur à ce qu'il est en réalité, ou alors trop élevé pour les ressources localement disponibles. Alors que la tendance internationale encourage un transfert d'activités et de responsabilités de santé vers le secteur privé, ce problème de qualité des soins méritera, avec celui du contrôle et de l'équilibrage du secteur public, une attention toute particulière.

Gestion: Les procédures de planification-suivi-évaluation et la gestion des ressources, tant humaines et matérielles que financières, demeurent le point le plus faible de la plupart des ONG suisses, notamment pour celles qui mettent leur concept idéologique au premier plan. La bonne volonté et la protection des intérêts de l'organisation continuent souvent à primer sur le professionnalisme et la transparence. Certes, le co-financement de leurs activités par la DDA a forcé beaucoup d'entre elles à améliorer leur gestion dans certains domaines, notam-

ment financier, mais il subsiste d'importantes zones d'ombres. Au mieux, il s'agit d'une ignorance (par exemple la valeur exacte des dons) et, au pire, d'une volonté délibérée de continuer de contrôler la situation quant aux décisions importantes.

Evaluation: L'évaluation de l'impact des activités de santé des ONG est un secteur particulièrement préoccupant et ses insuffisances ont de multiples origines: absence de données de base, d'objectifs et d'indicateurs précis, manque d'expérience méthodologique, méfiance envers les évaluateurs externes, sinon envers le processus d'évaluation lui-même, etc. Beaucoup pensent encore qu'en soignant des malades ou même en prévenant des maladies, on ne peut faire que du bien et qu'une évaluation coûte surtout du temps et de l'argent.

Il faut dire que les bailleurs de fonds, en imposant brutalement des évaluations et en cherchant avant tout à mesurer l'impact des interventions, ne contribuent guère à améliorer la situation. Malgré des progrès considérables dans la méthodologie des évaluations, la plupart des évaluateurs et des projets font encore trop peu de place à la participation des intervenants, à l'auto-évaluation continue, aux indicateurs de processus et à la recherche-action en matière d'intervention pour le développement de la santé.

Difficultés rencontrées: Les réponses des ONG consultées s'accordent sur les cinq principales contraintes suivantes:

- difficulté d'assurer la pérennité des interventions dans un contexte d'instabilité politique et/ou une situation économique en voie de dégradation; ce phénomène est encore aggravé dans le secteur public par l'ajustement structurel imposé par les instances internationales;
- structures culturelles patriarcales freinant la participation des communautés – notamment celle des femmes – et comportement des bénéficiaires peu tourné vers la prévention et la continuité – difficulté de trouver du personnel expérimenté et motivé pour gérer des activités de SSP, tant sur le plan local, surtout à cause du *brain-drain* qu'au niveau des expatriés, souvent aussi trop coûteux;
- lourdeurs administratives du secteur public, qui, de plus, manque souvent d'intérêt pour les SSP;
- trop grande focalisation des milieux de la santé et des populations sur la médecine curative occidentale, au détriment des services préventifs et de la médecine traditionnelle.

Perspectives pour les ONG suisses

Comme pour la coopération gouvernementale, une analyse plus exhaustive et plus approfondie des activités de santé dans le Tiers Monde des ONG suisses mériterait d'être entreprise et contribuerait certainement à améliorer leur efficacité et leur impact.

Avec leur connaissance du milieu, leur motivation et les nouvelles orientations en leur faveur des bailleurs de fonds, les ONG ont en effet un potentiel et un rôle

très important à jouer dans le futur développement socio-sanitaire du Tiers Monde. Il n'est cependant pas certain qu'elles le réalisent vraiment et fassent le nécessaire pour s'adapter au rôle qu'on attend d'elles.

Démédicaliser et améliorer la gestion de leurs projets socio-sanitaires devient donc une nécessité pour ces ONG. Les projets sont encore trop souvent considérés comme un secteur à part dans les grandes organisations de coopération multisectorielle.

Enfin, les membres de ces ONG devraient retrouver, sinon valoriser, ce qui a fait en partie leur force dans le passé: adapter leurs interventions au milieu culturel local, travailler avec ce que l'on avait dans la situation du moment et respecter la dimension spéciale que prenait souvent le temps dans le milieu où elles intervenaient.

Sources

- (2) C. Koechlin: *Der Buschdokter von Ifkara*, Benteli Verlag, Bern, p. 84, 1978.
- (3) P. Brudon: *Médicaments pour tous en l'an 2000?*, Coll. Nord-Sud, IUED, Editions d'En Bas, Lausanne, p. XX, 1983.
- (4) T. A. Freyvogel: *Forschungs-Partnerschaft mit Entwicklungsländern*, *Annuaire Suisse-Tiers Monde*, IUED, no 12, pp. 215-224, 1993.
- (5) *Coopération au développement de la Confédération suisse, rapports annuels 1991 et 1992*
- (6) *Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Banque mondiale, Washington, p. 339, 1993
- (7) *Aide suisse aux pays en développement et aux pays de l'Europe orientale*, IUED, 1991.
- (8) *Standortbestimmung und aktuelle Fragen, Berichte aus unseren Mitgliederorganisationen*, *Medicus Mundi Schweiz*, p. 78, mai 1983.