

Les ONG dans la santé : de l'altruisme à la cogestion

Bernard Hours

Depuis trois décennies, les ONG¹ ont connu un essor bien plus manifeste que celui de certains pays en développement dont on dénonce fréquemment la stagnation. Les ONG qui consacrent leurs activités au secteur de la santé sont désormais parmi les organisations les plus connues et les plus visibles. Elles suivent en cela une évolution où la santé a acquis la relative autonomie d'un objectif plus spécifique qu'auparavant, au détriment peut-être du développement agricole très présent dans les années 70. Outre l'idéologie qui a changé, les ONG travaillant dans la santé ont connu des évolutions rapides de leurs activités, de leurs objectifs, de leurs stratégies, de leurs financements, de leurs images. Caractériser ces changements et les interpréter suppose d'identifier des périodes pertinentes où les pratiques des ONG produisent du sens par rapport à un contexte historique donné. Trois époques présentant une certaine cohérence structurent ces trois décennies et permettent de relever des logiques dominantes qui parfois se recouvrent ou se superposent.

La première – des années 70 jusqu'à 1985 – se définit comme l'apogée du tiers-mondisme dans lequel la santé est un projet collectif et une pédagogie

¹ Organisation non gouvernementale : terme généralement utilisé pour définir les associations privées à but non lucratif qui interviennent dans les pays en développement. La même organisation sera plutôt appelée « association » si elle intervient par exemple sur les questions de pauvreté dans le Nord

intégrée à une vision globale du développement. De 1985 à 1995, l'idéologie humanitaire fondée sur l'urgence et l'intervention ponctuelle s'impose tout comme le néolibéralisme contemporain. La santé devient moins un processus qu'une intégrité corporelle à restaurer, même temporairement. Dans les dernières années du xx^e siècle se met en place une cogestion globale des risques entre les grandes organisations multilatérales et les ONG. La santé devient la métaphore d'une normalité globale car la pauvreté est conçue comme une maladie. Dans un tel contexte, la santé tend à devenir un produit ou une marchandise qu'il s'agit moins de promouvoir que de gérer convenablement ou d'optimiser, permettant de mesurer ainsi des mutations profondes sur trois décennies.

Les analyses présentées ici résultent d'une longue expérience des ONG spécialisées dans la santé en France, de travaux d'anthropologie sur les politiques de santé et la santé publique dans les pays du Sud, enfin, de la réflexion actuelle menée par l'auteur dans le triangle développement, santé, globalisation.

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT : UN PROJET D'ÉMANCIPATION (1970-1985)

Le tiers-mondisme s'inscrit dans une histoire de guerre froide, de décolonisation, et dans le contexte d'un mouvement associatif actif. C'est sur cette toile de fond que sont mises sur pied les ONG intervenant dans la santé dans les années 70. La « croyance occidentale » de l'époque² se représente le développement comme un processus pédagogique cumulatif ayant pour objectif l'émancipation politique, sociale, sanitaire qui définirait le développement comme un projet humaniste contemporain des décolonisations soutenues par les « progressistes » chrétiens ou marxistes. La part des ONG d'inspiration confessionnelle ou chrétienne est prépondérante dans le domaine de la santé. Cela résulte du poids et des acquis des activités missionnaires de l'époque coloniale où la médecine militaire et les missions dispensaient l'essentiel des soins destinés aux autochtones. La vie des missions sur le terrain est à la source d'une familiarité et d'une proximité réelle avec les populations locales malgré le paternalisme ambiant. C'est probablement là qu'il faut chercher l'origine de la « santé communautaire » qui constitue l'approche dominante dans les années 70 et annonce le caractère « autocentré », autogéré

² RIST G., *Le Développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Presses de Sciences Po, Paris, 1996.

et local des soins de santé primaires tels qu'ils seront définis par l'OMS à Alma Ata en 1978. L'affirmation selon laquelle l'état de santé d'une population est directement liée à sa situation socioéconomique rompt avec une approche médico-centrée.

La santé communautaire

La santé est présentée comme constitutive du développement et s'appuie sur les capacités locales. Elle fait référence à la définition humaniste, voire idéaliste, de la santé par l'OMS de 1946 : un état de bien-être et d'équilibre global, c'est-à-dire un processus sensiblement plus large qu'une approche épidémiologique des maladies. La prévention devient essentielle ce qui remet en question les activités curatives traditionnelles, hospitalo-centrées. La santé publique trouve dans une telle évolution les assises d'un développement propre, l'affirmation d'une volonté stratégique à moyen terme, au-delà de la distribution de soins immédiats. Le débat vif entre les tenants de cette approche et une partie de l'establishment médical est symptomatique des enjeux de cette période, au début des années 80.

Tout comme la santé communautaire constituait pour les ONG dans les années 70 l'approche naturelle résultant de pratiques missionnaires « assistancielles » de plus en plus orientées vers l'émergence de capacités locales de prise en charge, les soins de santé primaires ont été une référence obligée, en continuité et en conformité avec les aspirations tiers-mondistes de libération des hommes (pour les chrétiens) et des peuples (pour les marxistes). Le contexte postcolonial favorisait l'esprit d'assistance missionnaire délesté de ses aspects les plus paternalistes (à l'exemple des expériences missionnaires comme celle de Tokombéré au Cameroun) et l'émergence de jeunes Etats aux politiques de santé ambitieuses (Cuba, Vietnam). Les médecins chinois aux pieds nus se présentaient alors comme un modèle sanitaire autant qu'idéologique.

Les Etats forts donnaient l'exemple d'une prise en charge collective de la santé. Dans les Etats plus faibles, les communautés locales, avec l'appui et l'encadrement des ONG, étaient censées contribuer à l'édification de systèmes de santé nationaux opérationnels et équitables. Dans les Etats les plus pauvres et les plus exposés à un néocolonialisme de fait (particulièrement en Afrique), les blocages dus à la duplication maladroite de modèles sanitaires hérités des puissances coloniales ont ainsi ouvert aux ONG un large champ d'intervention, à la fois appui autant que solution de rechange aux limites des systèmes de santé étatiques. Ce sont les contradictions et les difficultés

de cette longue transition coloniale et néocoloniale qui ont donné aux ONG une place et une compétence croissante en matière d'organisation des systèmes de santé.

La charité missionnaire

En passant ainsi de l'assistance à la promotion des acteurs locaux de la santé, les ONG ont, dans une certaine mesure, comblé les insuffisances étatiques et sont devenues progressivement un élément essentiel des politiques de santé. La notion de *partenariat*, forgée par les ONG, bien que floue, est symptomatique de ces rapports où les ONG collaborent à la fois avec des « communautés » à motiver et avec des Etats.

Le financement des ONG constitue un critère rigoureux pour analyser les tensions propres à cette évolution. Dans le cadre d'un militantisme catholique bien implanté dans les paroisses, le CCFD (Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement) était, dans les années 70, en mesure de réunir des dons pour la mise en œuvre de projets de développement locaux mettant en rapport des « communautés » du Nord et des « communautés » du Sud. Ce type de financement militant suppose un vivier circonscrit et très motivé de donateurs partageant une même approche du développement des pays du Sud. Ce qui n'exclut pas des donateurs dotés de motivations plus abstraites, payant une sorte de denier du culte aux pays du Sud.

Une organisation comme Frères des Hommes, bien que présentant un profil différent, s'appuyait de même sur un réseau de donateurs engagés. Le don constituait un acte militant d'engagement personnel à propos de projets souvent bien connus des donateurs. Il en va de même pour une organisation comme le Comité de soutien au centre de Savar au Bangladesh dont les activités se portent vers une unique ONG de ce pays³.

Les ressources d'origine militante se sont révélées insuffisantes à mesure que les ONG occupaient une place croissante dans des projets de plus en plus nombreux. De là est née la pratique du financement à la fois de donateurs et d'institutions étatiques telles que le Ministère de la coopération en France. Dès les années 70, les pouvoirs publics de plusieurs pays européens ont vu dans les ONG des acteurs proches du terrain, moins coûteux que « les éléphants blancs » bilatéraux, portés par des mouvements d'opinion qu'il faut prendre en compte. Cette part de financement public qui a évolué de manière croissante jusqu'aux financements multilatéraux d'aujourd'hui a profondément modifié le statut institutionnel des ONG dont le caractère associatif, s'il demeure parfois, n'a cessé de diminuer jusqu'à aujourd'hui.

L'association *Medicus Mundi* (branche française) née dans les années 60 autour de professionnels de santé pour la plupart chrétiens illustre bien un tel engagement postmissionnaire dans la santé communautaire et un développement de plus en plus dépendant du Ministère français de la coopération à la fin des années 80, avec un réseau de donateurs très réduit et une dimension militante presque effacée. Les branches d'Europe du Nord de la même organisation s'appuyaient à cette époque sur un solide militantisme néomissionnaire.

Parmi d'autres ONG intervenant dans la santé, on peut citer des organisations anciennes comme l'Ordre de Malte, ou la fondation Raoul Follereau contre la lèpre, ou encore plus récemment Santé Sud, sans parler de grandes organisations comme *Misereor* en Allemagne, *Oxfam* et *Save the Children Fund* en Grande-Bretagne qui s'inscrivent dans un cadre national porteur de dynamiques liées à l'histoire des églises, aux cadres juridiques et aux traditions associatives et caritatives. Leurs activités néanmoins n'échappent pas à long terme à des évolutions idéologiques de fond qui s'exercent malgré d'incontestables spécificités relatives.

Les premiers signes du changement

Entre 1970 et 1985 les ONG s'inscrivent dans le paysage idéologique d'une lecture tiers-mondiste et postcoloniale des rapports Nord-Sud. Abandonnant la charité missionnaire au profit d'un engagement en faveur d'une meilleure justice sanitaire, ces organisations sont progressivement devenues, plus ou moins consciemment, des partenaires des politiques publiques, bilatérales ou multilatérales. Inspirées à l'origine par une approche humaniste de la santé et du développement, leurs compétences sont alors utilisées comme alternative. L'érosion du militantisme, le cofinancement public transforment à la fin des années 70 la nature des ONG de façon tant discrète qu'irréversible.

La naissance de l'urgence médicale au Biafra en 1968, la fracture de Médecins sans frontières et la création de Médecins du monde en 1978 s'effectuent sur la base d'analyses politiques qui ne sont ni tiers-mondistes, ni développementalistes. Cette rupture deviendra manifeste dans la décennie suivante durant laquelle une forme de pratique médicale – l'urgence – produit une véritable vague humanitaire médiatisée qui éclipse la visibilité antérieure des ONG s'appuyant sur une pédagogie développementaliste.

Parce qu'elles étaient portées par les représentations idéologiques d'une époque, les ONG travaillant dans la santé ont été au cœur des débats sur la santé publique (santé communautaire, soins de santé primaires). Elles

apparaissent alors autant productrices de stratégies nouvelles que dépendantes des financements reçus qui sont de moins en moins privés dès lors que leur taille et leur chiffre d'affaires augmentent. Les ONG travaillant dans le domaine de la santé ont été créées dans les années 60-70, hors des contraintes du marché. Leur évolution a été remise en question au milieu des années 80 par certaines ONG spécialistes de l'urgence médicale. Cette offensive a introduit une idéologie humanitaire fondée sur les soins médicaux d'urgence, l'action curative et une prise en charge des victimes.

DE LA SANTÉ À L'HUMANITAIRE PAR L'URGENCE

Entre 1983 et 1985 plusieurs ouvrages, publiés en France, remettent radicalement en question les approches antérieures du développement. Si l'offensive néolibérale contre le tiers-mondiste qui éclate en 1985 avec la fondation Liberté sans frontières (proche de Médecins sans frontières) est bien une offensive idéologique et politique, c'est que l'approche de la santé par les ONG de la génération tiers-mondiste s'appuyait elle-même sur une vision politique des rapports Nord-Sud née de la guerre froide. La figure emblématique des médecins en Afghanistan arrêtés et emprisonnés place les «urgenciers» au cœur des derniers soubresauts de cette guerre froide. Médecins sans frontières et Médecins du monde mettent sur orbite des héros médicaux anti-totalitaires spécialistes des maladies de la démocratie et de la restauration des droits de l'homme là où ils sont en danger. Cet essor médiatique de la médecine d'urgence culmine en 1985. Sa montée en puissance depuis le début des années 80 s'est construite sur les champs des conflits et guérillas de l'époque, dans le contexte d'un antitotalitarisme et de la crise progressive du bloc soviétique. Au manichéisme antérieur qui s'appuyait sur l'opposition progrès/réaction fait place une vision binaire démocratie/totalitarisme trouvant sa justification au nom des droits de l'homme. Cet homme est un sujet politique aux droits bafoués par les régimes d'Etats totalitaires. La pratique de la médecine d'urgence et son approche secouriste favorisent l'émergence de la figure de la victime autour de laquelle est aujourd'hui structurée l'idéologie humanitaire. Victimes de catastrophes naturelles ou politiques ces hommes sont censés lancer un appel au secours qui provoque, ou plus souvent justifie, l'intervention médicale d'urgence qui témoigne autant qu'elle soigne. Les atteintes corporelles, les violences psychiques bien réelles font l'objet d'une amplification médiatique qui promeut les médecins d'urgence tant en héros idéologiques porteurs d'un message antitotalitaire qu'en sauveteurs et en producteurs de soins qualifiés. Dans cette approche d'urgence et

de catastrophe la logistique de commando prime sur les débats de santé publique.

La contradiction est profonde avec les principes antérieurs. Lutter contre la mort à court terme constitue un tout autre objectif que celui d'établir les conditions d'une santé communautaire. Le traitement des blessures liées à l'absence de démocratie se substitue à l'aspiration à la démocratie à travers le développement et la santé.

La rupture

Urgence contre développement, traitement logistique contre processus pédagogique, substitution contre formation, en 1985 l'affrontement est frontal entre anti-tiers-mondistes et tiers-mondistes. Il est idéologique et c'est la médecine d'urgence qui en est le noyau central, le fer de lance. Elle affirme qu'il convient de mettre un terme aux «sanglots de l'homme blanc»⁴ qui favoriseraient les Etats totalitaires pour leur substituer un interventionnisme curatif en forme de force de frappe d'urgence, seule efficace. Cette image d'efficacité relayée par les médias assure la visibilité des ONG d'urgence et par là-même leur apporte des dons et une grande popularité. Au milieu des années 80, les affiches de Médecins sans frontières placardées dans le métro à Paris affirment que des milliards d'hommes se pressent dans une salle d'attente planétaire virtuelle, en quête de secours. Cette métaphore, globale avant la lettre, évoque un marché de patients virtuels et muets, sans parler des camps de réfugiés qui naissent à la même époque pour cause de conflits doublés d'abcès humanitaires qui poursuivent la politique par d'autres moyens⁵.

L'apothéose de la médecine d'urgence

Le succès de la médecine d'urgence dans l'opinion serait anecdotique s'il ne marquait une rupture à la fois idéologique et d'approche de la santé. C'est d'abord une offensive néolibérale d'origine américaine (qui a inspiré et financé la fondation Liberté sans frontières), de fin de guerre froide, qui ouvre aux interventions privées – les ONG – un accès direct (cf. le futur droit d'ingérence) à des pays en conflit où l'urgence humanitaire soigne autant qu'elle tient un discours idéologique presque toujours antiétatique. Derrière les critiques légitimes adressées à des Etats bourreaux l'antiétatisme

⁴ BRUCKNER P., *Les Sanglots de l'homme blanc*, le Seuil, Paris, 1983.

⁵ RUFFIN J.-C., *Le Piège*, J.-C. Lattès, Paris, 1991.

libéral sans frontières est bien présent. Le vaste mouvement des opinions occidentales ainsi orchestré provoque une relative obsolescence du tiers-mondisme classique et de l'aspiration à la justice (y compris sanitaire) qu'il véhiculait⁶. La chute du mur de Berlin, puis l'effondrement de l'URSS rendent alors caduques les formes antérieures du débat.

On peut se demander pourquoi un tel débat, dont la nature idéologique ne fait aucun doute avec le recul, s'est articulé autour de médecins en prenant la santé pour prétexte. L'intégrité du corps, le culte de la vie biologique, la peur de la souffrance semblent des aspirations largement répandues dans les sociétés occidentales. Les métaphores du corps, de la santé, de l'intégrité, constituent donc de bons leviers pour évoquer la violence, la démocratie et produire ainsi un discours idéologique, qui ne parle pas réellement de santé mais de victimes et de pouvoirs qui représentent le bien et le mal, comme dans toute scène idéologique.

De 1985 à 1995, par le biais de l'urgence médicale humanitaire et de ses héros kouchnériens, s'opère une relative régression en ce qui concerne la santé publique. Elle se traduit par une accentuation logistique et curative, en rupture avec les questionnements antérieurs sur la santé dans la société et les enjeux de la prévention. La médecine d'urgence a évolué dans l'orchestration des conflits plutôt que dans leur prévention comme elle tente de le faire aujourd'hui. La santé telle qu'elle est perçue par les urgenciers s'observe plus dans des camps de réfugiés, par nature artificiels et enjeux politiques, que dans des sociétés où se créent des dynamiques normales.

On parle de médecine humanitaire mais la santé «humanitaire» n'a aucun sens. L'humanitaire est un style de pratique médicale qui, en s'appropriant le corps des malades virtuels et muets de la planète, a constitué une idéologie aux effets durables. Celle-ci consiste à afficher le projet d'une restauration des corps blessés, proches et lointains, au nom du droit à la santé devenu l'un des pivots essentiels du monde global.

Les ONG humanitaires des années 80 font de la médecine plutôt qu'elles ne se préoccupent de la santé qui suppose de voir au-delà des blessés et des catastrophes. Certes de nombreux projets fondés sur une approche pédagogique du développement de la santé ont poursuivi leurs activités. Mais il convient de constater que l'irruption idéologique et médiatique de l'urgence

humanitaire a modifié le paysage des ONG de façon irréversible. L'image des ONG travaillant dans la santé est désormais associée à des hommes malades dans des pays politiquement malades alors que l'époque antérieure formulait une aspiration à la santé pour tous les membres d'une société solidaire. C'est pourquoi toutes les ONG, ou OSI (Organisations internationales de solidarité), doivent désormais tenir un discours où l'opposition urgence/développement est devenue une complémentarité revendiquée.

Après l'approche tiers-mondiste du développement et de la santé, puis l'urgence humanitaire, la globalisation contemporaine installe une cogestion de la santé planétaire entre les organisations multilatérales et les ONG.

LA COGESTION DE LA SANTÉ GLOBALISÉE PAR LES ORGANISATIONS MULTILATÉRALES INTERNATIONALES ET LES ONG

Les dernières années du siècle se caractérisent par une remise en question relative de l'action humanitaire des ONG qui tiennent un discours moins radicalement «urgencier» dès lors que leur idéologie s'applique sur le long terme comme un fondement de l'ordre ou du désordre international. L'humanitaire d'Etat (militaire) ou l'humanitaire multilatéral ont officialisé ce type d'action pour ce qu'elle est : une politique. Les héros sauveteurs des années 80 ont été rattrapés par les conséquences de leur influence dans l'opinion tant les enjeux idéologiques et politiques étaient manifestes. Somalie, Bosnie, Rwanda, ces trois pays symbolisent les échecs et la mondialisation d'une fiction morale occidentale par armées nationales ou internationales interposées. Hier aventuriers, les médecins humanitaires dénoncent désormais les manipulations étatiques, les alibis humanitaires en politique, c'est-à-dire la capture ou le réinvestissement politique d'un champ idéologique dont ils avaient occulté la dimension politique sous couvert de droits de l'homme et de médecine. Cette fiction n'a pas résisté plus d'une décennie. Les ouvrages récents de Rony Brauman, ancien président de Médecins sans frontières, illustrent cette prise de conscience aussi tardive que lucide. L'analyse des effets pervers de l'action humanitaire fait même partie désormais de sa propre évolution.

Les ONG les plus importantes aujourd'hui sont des entreprises performantes plus que des organisations fondées sur une dynamique associative qui demeure dans la mémoire des volontaires plus que dans leurs pratiques. Médecins sans frontières produit des services de santé au même titre que les institutions publiques. La gestion sanitaire de régions entières est déléguée à certaines ONG compétentes (dont Médecins sans frontières) et financée par

l'Union européenne, dans des pays africains pauvres et instables (Le Tchad par exemple). En passant du sauvetage et de la dénonciation à l'administration de la santé publique, par des cadres de plus en plus compétents techniquement et de plus en plus soumis aux contraintes de la gestion quotidienne de systèmes de santé qui ne sont pas tous situés sur des champs de bataille, les ONG ont opéré un retour au réel, abandonnant l'épopée idéologique antérieure dont les résultats en termes de santé publique ne sont pas à la hauteur des proclamations de 1985. Les énormes budgets dont disposent les ONG les plus importantes requièrent un *management* rigoureux. Les ressources proviennent de plus en plus de la Banque mondiale ou de l'Union européenne et de moins en moins de dons privés. Cette concentration des guichets de financement fragilise l'indépendance de ces ONG mais elle pérennise leur action et leur image d'entreprises solides et légitimes.

Les politiques de santé nationales, de leur côté, ne sont plus que la mise en œuvre locale d'un modèle global et unique de réforme du secteur santé (ajustement structurel appliqué à la santé) dont décident les seuls bailleurs de fonds (Banque mondiale, Union européenne). Les nuances stratégiques relatives qui distinguent entre eux les bailleurs au sein de ce consensus global sur un modèle unique confèrent aux ONG une capacité d'expérimentation bien encadrée qui n'a plus rien d'alternatif. C'est pourquoi on peut parler de cogestion globale entre, d'une part, les bailleurs de fonds qui détiennent l'essentiel du pouvoir d'afficher un modèle de santé publique unique et, d'autre part, les ONG qui mettent en œuvre le modèle, testent ses principaux aspects, effectuent le lien avec le terrain où doit s'implanter le modèle, avec l'accord peu enthousiaste mais obligé des autorités de l'Etat national qui ne disposent pas de ressources propres pour proposer une autre politique. Cette chaîne de dépendances n'est pas absolue mais c'est ainsi qu'elle fonctionne, la politique de santé nationale des Etats les plus pauvres consistant à payer les salaires du personnel de la santé de l'Etat tandis que les usagers payent leurs soins et les organisations multilatérales financent les programmes verticaux et les vaccinations.

Ces ONG injectent dans un tel contexte des compétences techniques reconnues, un goût du terrain peu fréquent parmi les «technocrates» multilatéraux aussi bien que nationaux. Ce sont des acteurs opérationnels et qualifiés pour assurer la fonction de courroie de transmission active, et critique à l'occasion, entre un modèle global de réforme de la santé publique et les contraintes locales, déchargeant ainsi les responsables nationaux d'un travail pénible qui consiste à mettre en œuvre des réformes souvent douloureuses et

d'une équité problématique. Les ONG renvoient à leurs bailleurs des signaux sur la faisabilité des stratégies envisagées. Elles se substituent discrètement aux responsables nationaux qui n'ont politiquement rien à gagner à des changements provoqués de l'extérieur.

De même qu'elles avaient vulgarisé la santé communautaire puis les soins de santé primaires dans les années 70 et 80, les ONG ont largement contribué à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (1987) qui, sous un pragmatisme apparent, effectue un virage en direction du financement privé de la santé aujourd'hui en voie d'être consommé. De la participation sociale dans les soins de santé primaires (Alma Ata en 1978) au financement communautaire qui est un paiement par les usagers, se lit un déplacement explicite de la charge de la santé de la puissance publique aux consommateurs de soins. La prévention suppose alors l'assistance internationale. Elle est gérée à une échelle macroscopique qui requiert des opérateurs locaux dignes de confiance pour gérer les crédits, telles les ONG d'aujourd'hui qui ont construit leur notoriété sur l'urgence, pour les plus importantes d'entre elles.

Si elles sont soumises à de fortes contraintes qui limitent leur indépendance, les ONG travaillant dans la santé gardent une capacité d'informer et de critiquer. Elles constituent ainsi un contrepoids réel aux macropolitiques multilatérales. Parce qu'elles agissent au nom d'un droit à la santé, la place des ONG dans le dispositif international actuel maintient l'exigence d'un minimum d'équité et de morale dans un univers globalisé de gestion technocratique multilatérale constitué de contraintes mondiales presque exclusivement économiques. L'accès aux médicaments essentiels est aujourd'hui activement défendu par Médecins sans frontières qui parle «d'utopies sanitaires» dans un ouvrage récent⁷. Après avoir qualifié le tiers-mondisme d'utopique en 1985, il est extrêmement positif de constater que des aspirations plus ambitieuses que la gestion des camps de réfugiés en terme de santé publique puisse trouver droit de cité dans les ONG les plus connues.

DE L'HUMANITAIRE AU MARCHÉ

L'observation de ces trois décennies d'activités des ONG travaillant dans la santé, largement vue de France, nous met en présence d'une histoire idéologique et dialectique puisque certaines aspirations des années 70 refont une

⁷ BRAUMAN R. (édit.), *Utopies sanitaires*, Le pommier – Médecins sans frontières, Paris, 2000.

apparition discrète mais insistante. Les ONG sont certes co-gardiennes de la sécurité sanitaire globale mais elles redécouvrent que la sécurité ne peut faire l'économie d'un minimum d'équité, bien revu à la baisse depuis 1970. En cela elles posent des limites à des politiques de santé brutalement univoques et peuvent contribuer à en limiter les excès technocratiques. Comme entreprises de moralisation appliquées à la santé, les ONG apportent une possible éthique au marché de la santé qui constitue un fait établi dès lors que ce sont presque exclusivement des contraintes de ressources qui orientent les choix politiques et que la santé est devenue une marchandise à l'intérieur du «capital humain».

Les dangers que représentent pour les ONG une cogestion des risques planétaires avec les institutions du pouvoir global sont immenses car elles sont exposées à y perdre une certaine capacité de contre-pouvoir et de moralisation minimale d'un marché de la santé dont le caractère profondément inéquitable constitue un risque politique et social mondial. Avec des accentuations différentes, trois générations d'ONG intervenant dans la santé livrent, au-delà de leurs caractères marqués, un message minimal commun. Si la santé devenait exclusivement une marchandise accessible à son prix du marché, les ONG n'auraient plus aucune raison d'être : il n'y aurait plus d'assistance aux malades, mais seulement une gestion de mouiroirs. C'est dire que malgré les limites que leur impose le marché de l'argent et de l'émotion, elles demeurent une force de contestation, fut-elle jugée parfois timide. C'est probablement en établissant le lien entre exclus de la santé du Nord et exclus de la santé au Sud que les ONG échapperont au piège d'un camp mondial de réfugiés qui les enfermerait dans la gestion d'une exclusion planétaire programmable distinguant les riches des pauvres, les performants des handicapés, les bien-portants des malades contagieux.

Les ONG d'urgence redécouvrent que toute forme d'intégration suppose un développement équitablement réparti dont le marché constitue souvent un contre-exemple. Sous le vocable devenu confus «d'action humanitaire» les ONG devront réparer les dégâts les plus visibles dans des populations marginalisées et exclues, suivant le mandat des bailleurs de fonds. Elles devront aussi assumer des responsabilités morales et politiques pour participer au

³⁰ Mouradian A.M., *op. cit.*

³¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, Genève, 2000.

³² Navarro V., «Assessment of the World Health Report», *Lancet*, 356, 2000, pp. 1598-601.

débat sur les nouvelles formes de solidarité nécessaires dans le monde global, où le Nord et le Sud s'interpénètrent durablement. L'existence d'ONG autochtones anciennes et actives dans des pays du Sud, comme l'Inde, le Bangladesh, le Brésil, présentes dans les forums internationaux, permet de rappeler enfin que les ONG occidentales sont exposées à se présenter aussi, qu'elles le veuillent ou non, et à des degrés très variés, comme des figures potentielles d'imposition de normes occidentales contestées. Le marché mondialisé semble se présenter aujourd'hui comme la dernière forme de l'impérialisme occidental. Face à lui, les ONG du Nord et du Sud sont désormais des acteurs politiques investis de responsabilités qu'elles assument de plus en plus clairement sur la scène internationale.

Hours Bernard

Les ONG dans la santé : de l'altruisme à la cogestion

Nouveaux Cahiers de l'IUED, 2001, (11), 97-109.