

La coopération française et les politiques de santé en Afrique

Le temps des incertitudes

par Didier FASSIN

La dernière décennie du XX^e siècle s'est engagée sous des auspices inquiétants pour l'Afrique subsaharienne, et les tendances observées dans le domaine sanitaire ne sont guère moins préoccupantes que l'évolution des indicateurs économiques, donnant une résonance quelque peu déplacée au slogan lancé par l'Organisation mondiale de la santé à la fin des années 70 : la santé pour tous en l'an 2000. Les conflits armés, avec les déplacements massifs et les déstructurations des systèmes sanitaires qu'ils occasionnent, la crise économique et les plans d'ajustement structurel, avec leur cortège de mesures de désubventionnement des produits de première nécessité et de restriction des dépenses publiques portant notamment sur le budget de la santé, la prolongation de la sécheresse et l'extension de la désertification sont autant d'éléments qui rendent précaires les conditions de vie des milieux populaires, et même des classes moyennes, et participent à la dégradation de l'état nutritionnel et sanitaire des populations, à commencer par celui des enfants. A ces facteurs politiques, économiques et écologiques, s'ajoutent des changements épidémiologiques, tels que l'apparition de pathologies nouvelles, au premier rang desquelles le sida, la recrudescence de certaines affections parasitaires, en particulier le paludisme, et le passage à l'endémicité de maladies épidémiques, comme le choléra revenu sur le continent africain en 1970.

Ce tableau sombre de la situation sanitaire de l'Afrique subsaharienne doit cependant être nuancé par une série de faits. Tout

d'abord, la réussite de certaines actions préventives telles que le programme élargi de vaccination qui a entraîné le recul de plusieurs maladies infantiles mortelles, comme la rougeole et la coqueluche, ou invalidantes, comme la poliomyélite. Ensuite, l'amélioration de l'accès à des soins curatifs qui, même s'ils sont souvent d'efficacité discutable, représentent un réel progrès par rapport à l'état antérieur. Enfin, le développement d'un milieu professionnel dans le domaine de la santé, avec des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des agents villageois, qui peut constituer la base d'une restructuration du système sanitaire.

Il faut d'ailleurs se garder de toute généralisation de ces tendances à l'ensemble du continent, quand les différences sont si grandes entre la situation de guerre civile et de famine chronique du Soudan et la relative stabilité politique et économique du Bénin, entre le dénuement des dispositifs de santé des pays du Sahel et les moyens alloués aux services de soins au Cameroun — dont le budget public par habitant consacré à la santé est vingt fois supérieur à celui du Mali.

La traduction de cette réalité complexe sur les indicateurs de santé n'est pas univoque. D'un côté, en effet, les taux de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire avant l'âge de cinq ans, diminuent régulièrement, et les espérances de vie à la naissance ne cessent d'augmenter dans les annuaires de la Banque mondiale que chacun cite et utilise, mais il s'agit d'estimations sur la base des statistiques de la Division de la population des Nations unies, et non de résultats d'études empiriques ; elles n'intègrent donc pas les répercussions de faits nouveaux comme la crise économique ou l'épidémie de sida (1), puisqu'elles se fondent sur des projections correspondant à une période antérieure à ces événements. D'un autre côté, les enquêtes sur l'état nutritionnel et sanitaire des enfants, menées dans plusieurs parties de l'Afrique, laissent entrevoir une aggravation des différents indices au cours de la période récente ; même des pays jusque-là en position relativement favo-

(1) Bien qu'il soit difficile de chiffrer les conséquences démographiques du sida en Afrique, comme le montre Roy M. ANDERSON dans « Some aspects of sexual behaviour and the potential demographic impact of AIDS in developing countries », *Social Science and Medicine*, 1992, 34 (3) : 271-280, on peut rappeler que les estimations actuelles font état d'environ 10 millions de séropositifs en Afrique subsaharienne, ce qui correspond à des taux d'infection supérieurs à 10 % de la population de certaines villes, et que le sida arrive déjà au premier rang des causes de décès parmi les adultes jeunes dans plusieurs pays, provoquant une augmentation importante du nombre d'orphelins. Si des projections pour la prochaine décennie indiquent un excès de mortalité dû à cette maladie pouvant atteindre plusieurs millions en Afrique, elles ne prévoient pas une inversion, mais seulement un net ralentissement de la croissance démographique de ce continent.

nable, comme le Ghana ou le Botswana, sont confrontés à une augmentation de la malnutrition et de la mortalité infantile ; *a fortiori*, des régions déjà en difficulté, comme le Mozambique ou l'Éthiopie, assistent-elles à une dégradation encore plus préoccupante de leur situation. S'il est par conséquent difficile de dresser un bilan de santé de l'Afrique subsaharienne, compte tenu des écarts ou même des contradictions existant entre les diverses sources, il est probable que la décennie 80 restera, pour nombre de pays, celle de l'inversion des tendances à l'amélioration (2) qui avaient été observées depuis le milieu du XX^e siècle.

Mais elle aura également été une période de profonde remise en cause des modèles de développement sanitaire. Les soins de santé primaires, qui proposaient une solution universelle à l'échec des systèmes hospitalo-centrés, sont critiqués, et même abandonnés par certains bailleurs de fonds. Le principe de la gratuité, qui s'était imposé comme la seule solution permettant l'accès aux soins des catégories les plus pauvres, est remplacé par la notion de recouvrement des coûts, à son tour rapidement contestée. Le rôle de l'État, qui, en période de croissance, pouvait encore avoir pour référence les pays occidentaux (État providence) ou les régimes socialistes (État au service du peuple), se trouve à la fois réduit et modifié par les réformes engagées dans le cadre de l'ajustement structurel. La première partie de ce texte évoquera donc les principales interrogations actuelles autour des politiques de santé.

Cette remise en cause n'affecte d'ailleurs pas seulement les modèles de développement, elle concerne aussi les pratiques de coopération sanitaire. Les bouleversements géopolitiques au niveau mondial, avec la perte d'influence de l'Union soviétique (celle de la Russie est aujourd'hui négligeable) et de Cuba, le pouvoir croissant des institutions de financement (Fonds monétaire international et Banque mondiale) et, à travers elles, des États-Unis, recomposent les figures de l'aide en Afrique. Le repli de la France sur les pays du champ, alors qu'une ouverture vers les pays hors champ commençait à se mettre en place au début des années 80, sa réticence à s'engager aux côtés des autres intervenants extérieurs, la

(2) La démonstration que fait Brian ABEL-SMITH, dans « The world economic crisis. Part 1 : Repercussions on health », *Health Policy and Planning*, 1986, 1 (3) : 202-213, contredit formellement l'optimisme de Milton et Ruth ROEMER qui, dans « Global health, national development and the role of government », *American Journal of Public Health*, 1990, 80 (10) : 1188-1192, mettent en relation l'amélioration des indicateurs de santé et les progrès survenus dans les domaines social, économique et politique : leur thèse est probablement valide jusqu'au début des années 80, mais elle ne l'est plus ensuite, à cause précisément de la dégradation de ces mêmes facteurs.

mise en scène de ses actions humanitaires sont à interpréter dans ce contexte d'un ordre international où elle parvient difficilement à s'affirmer à travers un projet original. La seconde partie du texte traitera de la façon dont la coopération française affronte cette nouvelle réalité.

Les politiques de santé, du principe d'équité aux logiques d'efficacité

Au moment des indépendances, les États africains disposaient d'un double référent dans le domaine de la santé ; d'une part, les services de lutte contre les grandes endémies qui, dans le cadre d'organismes comme l'OCCGE en Afrique de l'Ouest et l'OCEAC en Afrique centrale, et sous la direction de médecins militaires, avaient permis de faire reculer certaines maladies parasitaires ; d'autre part, le dispositif hospitalier, essentiellement localisé dans quelques grandes villes, et qui correspondait au type de formation qu'avaient reçue la plupart des médecins coopérants et africains. Dans les années 70, cependant, devant l'évidence de plus en plus grande de l'incapacité de ces deux types de médecine à répondre aux besoins et aux demandes de soins de la majorité des habitants, notamment dans les zones rurales, diverses expériences visant à mettre en place des structures de premier niveau étaient menées : c'est du bilan de ces programmes de « santé de base » qu'est née, en 1978, la déclaration d'Alma Ata.

La proposition centrale consiste en la mise en œuvre d'une politique mondiale de « soins de santé primaires » ; ceux-ci correspondent au premier niveau de contact entre les personnes et le système national de santé. Ils sont régis par quelques principes simples à énoncer : la réalisation simultanée d'actions d'éducation, de prévention, de planification familiale et de soins curatifs élémentaires ; l'intégration de la santé et des autres domaines du développement, comme l'agriculture ou le logement, dans des programmes intersectoriels ; la responsabilisation des individus et des collectivités, et leur participation à la décision et à la gestion ; la mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé, y compris les thérapeutes traditionnels. On peut certes trouver ce manifeste aussi général qu'il est généreux. Il marque cependant une intention de rupture avec les modèles antérieurs, et cette intention se traduit très vite en

actes, dans la mesure où il devient une sorte de mot de passe auprès de la plupart des bailleurs de fonds internationaux.

L'inscription des soins de santé primaires dans les agendas politiques des ministères de la Santé et des agences de développement du monde entier a entraîné la généralisation d'un référentiel vague laissant la fausse impression que l'on parlait de la même chose lorsque l'on disait « intégration des activités », « participation des populations » ou « agents de santé communautaires », alors que, dans chaque contexte, une histoire et une organisation particulières du système de santé donnaient lieu à des interprétations spécifiques : la formule du médecin aux pieds nus chinois n'est pas nécessairement transposable en Guinée ou au Rwanda, et les formations d'accoucheuses traditionnelles, dont on dit qu'elles ont eu de bons résultats aux Philippines, ne sont évidemment pas assurées du même succès en Mauritanie ou en Angola. En outre, les déclarations des gouvernements africains en faveur des soins de santé primaires, faites sous la pression des organismes internationaux, ne reflétaient pas toujours une réelle volonté politique de la part des décideurs et ne correspondaient pas forcément à la vision qu'avaient les médecins de leur rôle dans la société : ainsi l'adhésion de principe au nouveau credo n'a-t-elle pas empêché la construction d'hôpitaux coûteux, d'ailleurs financés par des aides extérieures — au premier rang desquelles la coopération chinoise, curieusement oublieuse de son propre modèle.

Les critiques, dans ces conditions, n'ont pas manqué. Pour une part, les détracteurs des soins de santé primaires trouvaient dans les échecs ou les erreurs des programmes qui les mettaient en œuvre, la confirmation du préjugé défavorable qui leur avait d'emblée fait rejeter l'idée même d'une « démedicalisation de la santé » (3) : le reproche d'avoir délaissé les échelons secondaire (hôpitaux régionaux) et tertiaire (centres de référence) et l'accusation d'inefficacité globalement portée contre les agents de santé communautaires, même s'ils ne sont pas sans fondement, sont révélateurs de cet état d'esprit. Mais pour une autre part, les défenseurs des soins de santé primaires eux-mêmes prenaient peu à peu conscience des insuffisances de leur paradigme (4) : à quel niveau

(3) Le réquisitoire le plus sévère, mais non le moins dénué d'arrière-pensées, est celui qui est dressé dans l'ouvrage dirigé par Alain DESTEXHE, *Santé, médicament et développement. Les soins de santé primaires à l'épreuve des faits*, Fondation Libertés sans frontières, Paris, 1987.

(4) Cette critique positive est représentée notamment par le livre coordonné par Jarl CHABOT et Pieter STREEFLAND, *Les soins de santé primaires. Expériences depuis Alma Ata*, Institut royal des Tropiques, Amsterdam, 1990.

du système de santé l'intervention est-elle la plus efficace ? Dans quelle mesure peut-on envisager une participation des populations ? Comment assurer la viabilité des systèmes publics de soins, compte tenu des réalités économiques des États africains ? Telles sont quelques-unes des interrogations auxquelles il a été nécessaire de répondre.

La recherche d'un centre de gravité pour les systèmes de santé, c'est-à-dire du niveau adéquat pour la gestion de la santé collective, a été un processus long et délicat. Au centralisme hérité de la période coloniale et jugé contre-productif, les soins de santé primaires avaient substitué une périphérisation dont il est rapidement apparu qu'elle se prêtait mal à la supervision des actions menées. Au cours des années 80, c'est le « district sanitaire » qui s'est imposé comme l'échelon le plus pertinent pour prendre en compte à la fois l'impératif de proximité par rapport aux populations et à leurs demandes, et l'exigence de compétence dans la prise de décision et l'administration des services (5) : regroupant un ensemble de dispensaires et de personnels autour d'un hôpital de sous-préfecture (ou d'une structure équivalente), il est le lieu stratégique où s'articulent les niveaux local et national. Cette unité de responsabilité représente donc un véritable changement dans l'ordre géopolitique de la santé publique — du moins sur le plan conceptuel, car la réalisation pratique de l'organisation des districts sanitaires n'en est qu'à ses débuts.

La participation communautaire constitue un autre enjeu décisif des politiques de soins de santé primaires (6). Le discours idéaliste sur la communauté et la pratique volontariste de la participation ont particulièrement bien fonctionné dans le monde du développement dans la mesure où ils rencontraient les schémas archétypaux sur l'Afrique, au mépris de toutes les analyses anthropologiques sur les stratifications sociales et les relations de pouvoir dans les sociétés africaines. Il en est résulté un décalage croissant entre les faits (la reproduction, dans les comités de santé et autres struc-

(5) Une discussion autour du district sanitaire est menée par A. MILLS, J.P. VAUGHAN, D.L. SMITH et I. TABIBZADEH, dans *La décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expériences de quelques pays*, OMS, Genève, 1991.

(6) La participation et la communauté comme mythes font l'objet d'une analyse critique dans le texte de Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, « Sociétés et développement », in *Sociétés, développement et santé*, D. FASSIN et Y. JAFFRÉ eds., Ellipses/AUPELF, Paris, 1990, 28-37 ; en tant que pratiques concrètes dans le cadre des soins de santé primaires ; elles ont été étudiées dans l'article que j'ai fait avec E. JEANNÉE, G. SALEM et M. RÉVEILLON : « Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) », *Sciences Sociales et Santé*, 1986, 4 (3-4) : 205-221.

tures dites représentatives, des rapports de forces à l'œuvre dans le tissu social, et par conséquent, la marginalisation des groupes les plus faibles, phénomène d'ailleurs bien connu dans le développement agricole) et l'image que s'en construisaient les développeurs (un corps social harmonieux où chacun pouvait s'exprimer et où tous décidaient ensemble). Cet écart n'était cependant pas toujours à mettre sur le compte de l'ingénuité des intervenants extérieurs, car il est clair qu'ils avaient tout intérêt à faire passer pour procédure démocratique ce qui n'était qu'imposition autoritaire de la volonté de quelques notables, puisque c'est sur cette illusion de représentation que se fondait la légitimité de leur présence et de leurs actions. La démystification de la participation communautaire participe ainsi d'un effort pour tendre vers plus de réalisme dans les actions entreprises dans le Tiers monde. Elle n'a toutefois pas pour but de faire renoncer à l'idée d'un travail avec les populations, pour autant que l'on ne soit pas dupe et surtout que l'on ne trompe pas les autres sur la réalité de cette collaboration.

L'élément qui s'est avéré crucial pour les soins de santé primaires est la question du financement des soins. La gratuité, qui avait longtemps été considérée comme la garantie du principe d'équité, s'est en effet trouvée remise en cause par la situation préoccupante des services publics que l'argent de l'État ne permettait pas d'approvisionner en un minimum de moyens : médicaments, pansements, seringues, vaccins. Plusieurs expériences menées dans divers pays d'Afrique, notamment au Sénégal, ayant démontré la possibilité d'un autofinancement des soins par les populations, la proposition d'un système de recouvrement des coûts a été avancée plus officiellement, et c'est l'initiative de Bamako, lancée par l'UNICEF en 1988, qui en a assuré la promotion. Ce nouveau modèle à son tour a fait la preuve de ses limites : dans de nombreuses régions d'Afrique, surtout en zones rurales, les malades n'avaient pas les moyens de payer et le prix de la consultation étaient devenu un obstacle à l'accès aux soins ; de plus, la gestion des ressources ainsi obtenues posait d'importants problèmes, tant pour le rachat de produits que pour la tenue de la comptabilité. Aujourd'hui, sur ce problème délicat, des formules plus complexes, mais aussi plus équitables, sont proposées : maintien de la gratuité pour certaines populations particulièrement défavorisées ou certaines pathologies coûteuses pour lesquelles la solidarité nationale pourrait jouer, et recouvrement des coûts en ville et pour les affec-

tions les plus courantes (7). Ce type d'interrogation n'est d'ailleurs pas éloigné des questions auxquelles sont confrontées les sociétés occidentales.

Si l'on considère ces trois points en débat — le niveau d'intervention, les formes de participation et les modalités de financement —, on constate que ce sont finalement moins l'esprit et la démarche des soins primaires qui ont été mis à mal, au cours de la décennie 80, que le dogme qui les avait rigidifiés et le volontarisme naïf qui prétendait les imposer (8). Et ce sera probablement l'un des principaux acquis de cette période que ce début de rétablissement, dans les politiques de santé, d'un principe de réalité, qui n'est d'ailleurs pas en contradiction avec les objectifs de justice sociale.

La question reste cependant posée : que doit-il en être à l'avenir de ces soins de santé primaires ? Et plus précisément : quelle efficacité peut-on en attendre, compte tenu, d'une part, des restrictions financières qui, en raison de la part importante qu'occupent les salaires des personnels dans les budgets des ministères de la Santé, touchent avant tout les structures périphériques, mais d'autre part aussi, les difficultés à faire affecter des professionnels de santé de qualité dans les zones rurales ? Quelle place leur accorder par rapport aux autres secteurs de la santé, notamment par rapport au système hospitalier et aux programmes verticaux ? Les réponses à ces interrogations ne sont évidemment pas simples.

Il faut d'abord rappeler que l'idée de services de santé de base n'est nulle part abandonnée et que la nécessité pour les pouvoirs publics d'assurer aux populations les plus défavorisées et les plus isolées un accès minimal à des soins curatifs et préventifs élémentaires n'est remise en cause par aucun gouvernement ni aucune institution internationale. Le problème est en fait de savoir comment le faire, où concentrer les efforts, avec quels moyens maté-

(7) C'est par exemple la position de Joseph BRUNET-JAILLY dans sa communication au colloque « Technologie, santé, développement », Paris, décembre 1992. Dans le même esprit, Osita OGBU et Mark GALLAGHER suggèrent, dans « Public expenditures and health care in Africa », *Social Science and Medicine*, 1992, 34 (6) : 615-624, que les dépenses publiques soient affectées aux services de santé à contretemps par rapport aux cycles économiques, c'est-à-dire prioritairement en périodes de récession.

(8) L'optimisme forcené des débuts n'a toutefois pas disparu des textes canoniques, comme on s'en convaincra en lisant *La santé pour tous d'ici l'an 2000. A mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*, présenté par E. TARIMO et A. CREESE, OMS, Genève, 1991. Les titres des quinze chapitres ont le charme discret des slogans politiques surannés : « Chine : l'objectif est à notre portée », « Éthiopie : la voie est tracée », « Hongrie : en marche vers la santé pour tous », « Papouasie - Nouvelle-Guinée : obstacles rencontrés et surmontés », « Sri Lanka : des soins de santé primaires profondément enracinés ».

riels et humains agir. Des éléments de réponse ont déjà été apportés ici.

L'échelon intermédiaire proposé avec le district paraît correspondre au niveau de responsabilité et d'intervention le plus adéquat, étant moins sujet aux pesanteurs bureaucratiques que le centre et plus opérationnel que la périphérie. Le lien organique qu'il suppose entre l'hôpital local et les dispensaires qui en dépendent, doit ainsi favoriser l'amélioration de la qualité des services, si souvent défectueuse dans les petites structures mal supervisées. Toutefois, pour que le district puisse remplir cette fonction, il est nécessaire que soit opérée une certaine décentralisation, tant sur le plan des compétences qu'en ce qui concerne les budgets ; faute de quoi l'appropriation par la capitale de la quasi-totalité des prérogatives, des personnels et des ressources continuera d'interdire toute action au niveau des provinces ou des préfectures. Même dans ces conditions, le financement des soins de santé primaires demeure problématique. La sollicitation économique des malades, qui paient à l'acte ou sur la base d'un forfait maladie incluant la délivrance de médicaments, est souvent difficile en raison de la faiblesse de leurs revenus monétaires, et de plus, elle assure rarement un réel équilibre budgétaire, en particulier dans les régions rurales dont les densités basses de peuplement ne garantissent pas un nombre suffisant de consultations. Dès lors, plutôt que d'attendre d'illusoires mesures de redistribution qui seraient prises par les États africains en faveur des zones les plus défavorisées (9), il importe de développer l'appui technique et financier des coopérations étrangères dans le cadre de cette décentralisation.

Une telle conception des politiques de santé est moins irréaliste qu'il n'y paraît, même s'il ne faut pas sous-estimer le poids des administrations, les logiques sociales des professionnels de santé peu disposés à quitter les grandes villes, les jeux politiques qui tendent généralement à favoriser la capitale. La décentralisation se met d'ailleurs en place, de manière très progressive, dans certains pays, y compris parmi les plus en difficulté, comme le Tchad dont le plan de restructuration du système de soins a trouvé un début de concrétisation dans plusieurs préfectures grâce notamment à des aides extérieures. Mais, en la mettant en œuvre, on doit se gar-

(9) C'est justement pour se désengager de ces zones que les gouvernements africains ont accepté la politique de soins de santé primaires et son principe de participation financière des populations, ainsi que je l'ai montré avec Éric FASSIN dans « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Revue Tiers Monde*, 1989, 30 : 881-891.

der d'affaiblir encore plus, notamment en le disqualifiant, le niveau central du pouvoir : un renforcement et un assainissement des structures étatiques doivent en effet avoir un impact positif sur la périphérie, ne serait-ce que par l'amélioration de la gestion financière que l'on peut en espérer, et l'on commettrait une grave erreur en négligeant l'effort qui doit être fait pour soutenir la réorganisation des dispositifs centraux.

Les longs développements qui viennent d'être consacrés aux soins de santé primaires et aux interrogations qu'ils suscitent, tiennent, d'une part, à l'importance que cette politique a eue au cours de la dernière décennie en tant que modèle et pratique, et d'autre part, à l'enjeu qu'elle va représenter dans les années à venir, à la fois en termes d'équité et d'efficacité. Pour autant, il ne s'agit pas de réduire l'analyse de la santé publique à ce seul aspect. Au moins deux autres dimensions doivent être examinées, car elles constituent aujourd'hui des problèmes cruciaux : les structures hospitalières et les programmes spécifiques.

Dans l'organisation actuelle des systèmes de santé en Afrique, les hôpitaux sont idéalement conçus comme des lieux de référence, autrement dit, comme deuxième (pour l'hôpital régional) ou troisième (pour le grand centre hospitalier qui est souvent celui de la capitale) contact pour les malades dont les cas dépassent les compétences et les moyens des services de base : il y a donc théoriquement complémentarité avec les soins de santé primaires. En réalité, l'expérience souvent désastreuse que les gens ont des dispensaires les conduit logiquement vers l'hôpital comme premier recours lorsqu'ils estiment qu'il s'agit d'un cas grave ou même tout simplement lorsqu'ils n'en sont pas trop éloignés. Le fonctionnement des services hospitaliers est pourtant lui-même bien peu satisfaisant (10) : attentes à la consultation, délais d'hospitalisation qui s'avèrent parfois fatals, entassement dans des salles communes où ne sont pas respectées les règles élémentaires d'hygiène, absence de médicaments, de matériel d'injection, de gants de chirurgie, tous éléments que les patients doivent acheter. La seule chose qui leur soit en principe garantie est l'accès à des professionnels de santé, desquels ils ne reçoivent cependant que très inconstamment un accueil digne et des soins efficaces.

Cette situation préoccupante des hôpitaux tient certes à un manque réel de moyens — dont on ne voit toutefois pas comment y

(10) Un tableau particulièrement sévère en est dressé par Bernard HOURS dans *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1985, p. 61-89.

remédier dans le contexte actuel de rigueur —, mais elle est aussi la conséquence d'une supervision insuffisante qui s'accommode de l'absentéisme et de l'incompétence des personnels, et d'une gestion défectueuse des ressources qui favorise les détournements de matériel et de médicaments. Ce constat, souvent fait en Afrique, a déjà conduit certains pays à envisager une certaine autonomie financière des hôpitaux, ou tout au moins de leur pharmacie, et à mettre en place des structures évaluatives, qui ont entre autres pour objectif d'établir et de promouvoir des standards de qualité.

Quant aux programmes spécifiques, souvent appelés aussi verticaux par opposition aux actions horizontales des services de santé de base, ils relèvent d'une approche par maladie ou par problème plutôt que d'une démarche globale : ce sont les programmes de vaccination, de lutte contre les grandes endémies, mais aussi, dans une certaine mesure, de protection materno-infantile et de planification familiale. Si leur nécessité au niveau central s'impose pour décider de normes et de schémas généraux (les modalités de prise en charge de ces maladie ou de ces problèmes), en revanche toute la difficulté se situe dans leur application concrète, et notamment dans leur intégration aux autres activités des professionnels de santé qui voient d'un mauvais œil la multiplication des tâches qui leur incombent. Cette intégration est d'autant plus délicate que, bien souvent, ces actions verticales sont décidées et financées par des intervenants extérieurs, organismes internationaux ou coopérations bilatérales, qui se soucient plus de reproduire un modèle éprouvé ailleurs que de s'adapter à des structures locales.

Les programmes de lutte contre le sida, progressivement mis en place dans tous les pays à partir de 1984, illustrent ces difficultés. En effet, après une période pendant laquelle la plupart des États africains étaient restés enfermés dans une attitude systématique de dénégation (11), des plans nationaux ont fini par être acceptés sous la pression de l'Organisation mondiale de la santé. Leur formulation, mise au point en étroite collaboration avec des experts étrangers, a suivi le cadre rigide d'une stratégie préétablie qui ne trouvait pas nécessairement sa place dans le système existant. De plus, mieux doté financièrement par l'aide internationale que les autres programmes sanitaires, la lutte contre le sida a pu bénéficier de

(11) Les explications de cette attitude sont discutées dans un article de J.C. CALWELL, I.O. ORUBULOYE et P. CALDWELL : « Underreaction to Aids in sub-saharan Africa », *Social Science and Medicine*, 1992, 34 (11) : 1169-1182, et dans le texte que j'ai écrit avec Jean-Pierre DOZON : « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, 1989, 7 (1) : 21-36.

moyens humains et matériels supérieurs à ceux alloués à ces derniers, provoquant des déséquilibres et des tensions. C'est donc souvent au prix d'une relative déstructuration du dispositif global de santé publique que ce sont développés ces programmes, quelles que soient par ailleurs les réalisations.

S'il est assurément hasardeux de tenter de tirer des conclusions de cette rapide analyse des politiques de santé en Afrique, on peut toutefois avancer que les années récentes auront été celles d'une remise en cause de la plupart des modèles de développement sanitaire et que la période à venir s'annonce comme celle de toutes les incertitudes. Mais ces enjeux ont-ils été effectivement perçus par la coopération française ?

La coopération française, entre l'aide humanitaire et le développement sanitaire

Une coopération est toujours le fruit d'une histoire. Plus peut-être que toute autre, celle de la France dans le domaine de la santé est marquée par son héritage (12) : dans le traitement de faveur accordé à ses anciennes colonies et les relations de dépendance économique et politique qu'elle a su y garder (avec, corrélativement, la marginalisation des pays africains hors champ) ; dans le maintien de structures d'origine coloniale, comme les services des grandes endémies (à Bobo-Dioulasso, notamment) ou les hôpitaux militaires (par exemple, à Dakar) ; dans la conception verticale des programmes de santé et la représentation hiérarchisée des systèmes de soins ; dans le rôle de substitution de nombre de coopérants qui sont affectés à des postes périphériques que les médecins locaux n'occupent pas.

Mais une coopération est aussi une image de soi que l'on veut donner au monde. En l'occurrence, celle de la grandeur de la

(12) On trouvera quelques aperçus sur l'histoire de la coopération médicale française dans les textes de Elikia M'BOKOLO, « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. AUGÉ et C. HERZLICH édés., Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984, pp. 155-186 ; Jean-Pierre DOZON, « Quand les Pastoriers traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 1985, 3 (3/4) : 27-56 ; une recherche plus complète pourra être réalisée à partir de la bibliographie établie par René COLLIGNON et Charles BECKER, *Santé et population en Sénégal, des origines à 1960*, INED, Paris, 1989, références 2480 à 2574.

France, de la spécificité de sa culture scientifique, de son indépendance par rapport à l'influence grandissante nord-américaine. D'où la préférence donnée à la recherche fondamentale en entomologie ou en parasitologie plutôt que dans des domaines appliqués comme la santé publique, à la construction ou à l'équipement d'hôpitaux modernes plutôt qu'à la mise en place de services de santé de base. D'où également une pratique qui tend à se démarquer de celle des autres intervenants, à prendre des distances par rapport aux bailleurs de fonds internationaux, à développer des actions de prestige dans le cadre de réseaux de francophonie, à affirmer des positions tiers mondistes comme à Cancún ou en faveur des droits de l'homme comme à La Baule — quand bien même la mise en œuvre des politiques relève ensuite d'un classique pragmatisme.

L'histoire n'est cependant pas immobile, et la représentation de soi que l'on construit pour les autres peut évoluer. Ainsi a-t-on vu, au cours des dernières années, se mettre en place des écoles et des programmes de formation en santé publique à Bamako, Brazzaville et Dakar, se moderniser des structures héritées de la médecine et de la recherche coloniales au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, se réaliser des projets de recherche ou de développement s'appuyant sur une connaissance approfondie du milieu, dans les domaines de l'économie de la santé au Mali ou de l'éducation sanitaire au Niger. De même, la coopération française s'est-elle départie à diverses reprises de son attitude de cavalier seul, en s'associant, sur des actions ponctuelles, à d'autres intervenants extérieurs ou en participant activement à des tables rondes de bailleurs de fonds, dans le but de décider d'orientations communes pour l'aide internationale. Ces changements demeurent cependant limités, lorsqu'on les resitue par rapport à l'ensemble de la coopération sanitaire française.

Ce qui domine sur le long terme est en effet plutôt une continuité. Celle d'une conception résolument médicale de la santé publique, qui correspond d'ailleurs à la vision commune parmi les médecins français : priorité accordée aux soins curatifs sur les mesures préventives et préférence donnée aux solutions techniques lorsqu'il s'agit de prévention. La forte présence des professionnels de santé français dans les hôpitaux africains en est un signe patent, qui correspond d'ailleurs à un savoir-faire clinique généralement reconnu. De même, la prise en charge des grands fléaux s'oriente-t-elle volontiers vers des réponses techniques, comme la vaccination (y compris dans le domaine de la parasitologie où elle s'avère pourtant

particulièrement délicate) ou la construction de maternités (pour ce qui est de la réduction de la mortalité maternelle), sans qu'aient été suffisamment analysés les problèmes de fond concernant les ressources humaines ou l'organisation des soins. D'une manière générale, c'est plutôt dans une perspective de lutte contre les maladies que la coopération sanitaire française se place, sans parvenir à agir de manière plus globale — et probablement plus durable — sur les systèmes de santé.

Certaines transformations structurelles, qui s'opèrent actuellement au sein de cette coopération, laissent toutefois entrevoir une lente évolution vers une meilleure prise en compte de la situation de la santé publique en Afrique. Tout d'abord, la réduction des personnels d'assistance technique se poursuit de manière sensible : de 788 en 1991 à 724 en 1992 pour le secteur « travail et santé », soit 8 % de moins en un an, la diminution portant en totalité sur les pays de la zone d'intervention du Fonds d'aide et de coopération ; ce retrait confirme la tendance à un recul de la substitution devenu d'autant plus nécessaire qu'une proportion croissante de jeunes médecins africains sont au chômage. Ensuite, l'effort en matière de formation, tant à travers des écoles de santé publique que dans le cadre de formules courtes type ateliers, se développe, tout en demeurant loin de celui fourni par d'autres coopérations européennes. Enfin, la recherche, dans des disciplines qui vont de la biologie et de la nutrition aux sciences sociales, s'oriente progressivement vers des préoccupations plus en rapport avec les problèmes et les demandes des pays.

Mais l'État n'est évidemment pas le seul acteur de la coopération française dans le domaine de la santé. Le secteur non étatique y joue un rôle important, toutefois plus appréciable à son dynamisme et à sa diversité qu'à son volume financier : si l'on considère l'ensemble des secteurs d'intervention, l'aide privée représente 0,013 % du produit national brut, alors que l'aide publique s'élève à 0,55 %. Outre les organisations non gouvernementales (ONG) dont on estime le nombre, toutes activités et tous pays confondus, à environ trois mille, il s'agit des hôpitaux, universités, instituts de recherche, centre de formation, et des collectivités locales, villes, départements, régions. La dispersion et l'hétérogénéité de ces initiatives multiples constituent certes des facteurs limitant leur cohérence et surtout leur efficacité. Néanmoins, par leur indépendance, leur souplesse et leur attention aux demandes locales, elles représentent une contribution spécifique au développement sanitaire.

La coopération non étatique dans le domaine de la santé a connu d'importants changements au cours des années 80. Parmi les ONG, l'élément le plus remarquable est la consolidation de la position des spécialistes de l'urgence (13) — Médecins sans frontières, Médecins du monde, Aide médicale internationale, etc. — aux dépens des intervenants plus traditionnels du long terme — *Medicus mundi*, Frères des hommes, Comité catholique contre la faim et pour le développement, etc. — dont certains se sont trouvés confrontés à des réductions budgétaires ; mais au-delà de cette conjoncture défavorable pour les ONG dites de développement, ces difficultés révèlent une remise en cause plus profonde de ces interventions longues lorsqu'elles sont mises en œuvre par des organismes disposant de budgets limités et incertains, de personnels motivés mais peu formés et souvent renouvelés ; toute généralisation doit cependant être évitée dans la mesure où les ONG constituent une catégorie très diversifiée. Parallèlement, l'aide hospitalière, qui se réalisait jusqu'alors dans le cadre d'accords restreints entre services de médecine français et africains sans aucune cohérence, commence à se structurer en se dotant d'une cellule internationale aux Hospices civils de Lyon et d'une direction des affaires internationales à l'Assistance publique de Paris, tandis que les universités, les facultés de médecine et les institutions de recherche multiplient les initiatives de coopération avec des partenaires africains. Enfin, favorisée par la loi sur la décentralisation, avec l'accroissement des compétences et des moyens qu'elle a entraîné, le rôle des collectivités locales se développe rapidement, et elles interviennent désormais dans ce champ sous forme d'actions caritatives, mais aussi d'opérations de développement en partenariat.

Les relations entre l'État et le secteur non étatique se sont également modifiées au cours de la période récente. La France se singularise sur ce plan par une contribution modeste des pouvoirs publics à l'action non gouvernementale : selon les données de 1988 publiées par l'OCDE, les fonds publics ne représentent que 14 % des ressources des ONG, alors qu'ils y entrent pour 32 % aux États-

(13) Cette distinction classique est reprise dans le rapport réalisé sous la direction de Thierry MOULONGUET, « La coopération hors l'État », in *Problèmes de développement*, École nationale d'administration/Ministère de la Coopération et du Développement, tome 1, 49 pages. Les auteurs la critiquent cependant en faisant remarquer à juste titre qu'une partie non négligeable de l'activité des ONG dites d'urgence consiste en actions de relais inscrites dans une certaine durée. On peut d'ailleurs ajouter qu'à l'inverse, parmi les ONG dites de développement, notamment parmi celles de petite taille, une proportion significative est engagée dans les opérations tout à fait ponctuelles. La distinction est donc un repère facile et généralement admis, mais elle est simplificatrice.

Unis, 33 % en Allemagne, 37 % au Japon et même 82 % en Italie ; cette situation ne semble d'ailleurs pas devoir évoluer favorablement, puisque le budget pour 1992 du ministère de la Coopération et du Développement était en réduction de 7,4 % par rapport à celui de 1991 (c'était même, après les bourses pour étudiants étrangers, la rubrique marquée par la plus forte baisse).

Un changement très significatif sur le plan des relations entre les ONG et l'État est probablement la récupération par ce dernier, sous la forme d'un secrétariat d'État à l'Action humanitaire, secondairement élevé au rang de ministère et associé à la santé, d'un territoire qui semblait une chasse gardée des ONG dites d'urgence. C'est d'ailleurs moins par les sommes effectivement consacrées à ces interventions que par la mise en spectacle à laquelle elles donnent lieu que cette évolution est importante. Il s'agit en effet avant tout de donner à voir, de promouvoir une nouvelle image de la présence française, qui a le double avantage d'être généralement bien admise par l'opinion publique nationale et politiquement peu risquée au plan international. Bien entendu, ce type d'action ne se substitue en aucune manière à la coopération classique dans le domaine de la santé, elle ne fait que s'y ajouter, mais la manière dont elle occupe l'espace public tend à lui conférer une place plus grande que cette dernière dans les représentations sociales de l'aide médicale au Tiers monde.

Dresser un bilan de la coopération sanitaire française est une tâche complexe (14). Elle est en effet multiple, hétérogène, peu systématisée et rarement évaluée. Plutôt qu'une politique de santé publique cohérente, il faut y chercher le sens d'interventions diverses, éventuellement contradictoires. Les logiques sous-jacentes aux décisions prises et aux choix faits relèvent plus de tactiques ponctuelles que d'une stratégie d'ensemble (15). En l'absence de lignes directrices claires en santé publique, la coopération française est certes sans dogme, mais aussi sans religion.

(14) De manière significative, la bibliographie de l'ouvrage écrit par l'ancien responsable du Bureau des évaluations au ministère de la Coopération, Claude FREUD, *Quelle coopération ? Un bilan de l'aide au développement*, Karthala, Paris, 1988, ne comprend, parmi les quarante-trois projets évalués, que deux portant sur la santé (au Mali et au Sénégal).

(15) On pourrait reprendre ici, en l'appliquant au secteur de la santé, le commentaire perplexe d'Alain VIVIEN : « La coopération française : désordre et dispersion, quelle efficacité ? » dans son texte : *La rénovation de la coopération française, Rapport au Premier ministre*, La Documentation française, Paris, juin 1990, p. 21. L'auteur plaide pour une « évaluation a posteriori » des opérations de coopération, d'autant plus nécessaire, selon lui, que les décisions sont prises le plus souvent sur la base de « la confiance faite aux services instructeurs des ambassades, des ministères ou des agences » sans « contrôle a priori ».

A cet état de fait, on peut trouver deux ordres d'explication. D'une part, c'est la coopération dans son ensemble qui manque d'une politique du développement : à la place, on trouve des conceptions partielles et des pratiques diversifiées qui sont mises en œuvre dans chaque mission en fonction d'opportunités particulières ou de sollicitations locales. D'autre part, la situation de la coopération sanitaire en Afrique reflète celle de la santé publique en France : une discipline peu organisée institutionnellement, sans véritable enseignement de haut niveau et sans spécialistes des questions internationales, à la différence de ce qui existe en Belgique, Allemagne ou Grande-Bretagne, pour se limiter à l'Europe.

Ce constat n'implique en aucune manière que les actions menées dans le domaine de la santé par la coopération française ne soient localement pas pertinentes, ou pas efficaces. Si l'absence d'unité et d'objectifs rend délicate toute appréciation générale, il est en revanche certain que l'on trouve en Afrique des médecins et des experts français ayant une longue expérience et une compétence avérée, ainsi que des projets et des programmes de qualité menés en collaboration avec des institutions africaines.

Mais il manque à la coopération française à la fois une politique africaine cohérente en santé publique et une structure indépendante pour l'évaluation de ses actions — deux éléments qui existent déjà dans plusieurs pays européens. Cohérence politique ne signifie pas plus alignement sur les mots d'ordre des institutions internationales qu'une évaluation indépendante n'implique une perte de contrôle sur les opérations menées. Bien au contraire, cette double exigence peut constituer la base d'une aide au développement qui soit à la fois plus efficace et plus libérée de ses contraintes clientélistes.

Un esprit de renouveau, qui semble souffler depuis quelque temps dans les milieux de la coopération, à Paris comme en Afrique, est peut-être l'heureux présage de ce changement, devenu aujourd'hui nécessaire et urgent. On ne peut cependant oublier que les politiques de coopération, celle de la France en particulier, s'inscrivent dans le cadre d'objectifs géostratégiques dans lesquels le bien-être et la bonne santé des populations africaines pèsent bien peu face aux intérêts économiques et politiques en jeu.

· SOUS LA DIRECTION DE
Serge Michailof

La France et l'Afrique

Vade-mecum pour un nouveau voyage

Éditions KARTHALA
22-24, boulevard Arago
75013 - Paris

12 JUL. 1994

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 39.817 ex 1

Cote : B

1991
1-92

Collection « Hommes et Sociétés »

Conseil scientifique : Jean-François BAYART (CERI-CNRS),
Jean-Pierre CHRÉTIEN (CRA-CNRS), Jean COPANS (EHESS),
Georges COURADE (MSA, ORSTOM),
Henry TOURNEUX (LACITO-CNRS, ORSTOM).

© Éditions KARTHALA, 1993
ISBN : 2-86537-403-3