

Aide internationale : l'offre correspond-elle aux besoins ?

L'EFFICACITÉ de l'aide aux pays en voie de développement (PVD), que celle-ci soit alimentaire, sanitaire ou autre, est fréquemment remise en question. Le plus souvent, les arguments suivants sont avancés : incapacité des pays du tiers monde à gérer efficacement l'aide reçue, insuffisance quantitative de l'aide apportée par les pays industrialisés, techniques non adaptées, etc.

Le problème est plus complexe. Il serait sans doute plus juste d'affirmer que l'écart entre les besoins sanitaires des PVD et l'offre de l'aide internationale résulte de l'interaction de différents facteurs socio-culturels, économiques et politiques. Dès lors, des solutions essentiellement techniques ne permettront pas à elles seules de réduire cet écart.

Nous nous limiterons ici à la description des principales caractéristiques de l'aide sanitaire et à l'analyse de certaines contraintes qui semblent actuellement les plus importantes dans le cas de l'Afrique francophone.

Pour mieux comprendre la problématique du sujet, un bref rappel historique du développement des services de santé s'impose.

Un peu d'histoire

Au moment de leur indépendance, la majorité des pays d'Afrique francophone ont hérité d'un système sanitaire centré avant tout sur un réseau hospitalier urbain. Dans les zones rurales, seuls quel-

ques programmes de santé destinés à lutter spécifiquement contre certaines pathologies (lèpre, fièvre jaune, tuberculose, paludisme, etc.) étaient mis en place (1). Dans les régions favorisées, les missions organisaient des soins curatifs disponibles pour une fraction de la population. A ce tableau, deux éléments doivent être ajoutés : — une absence quasi totale de médecine privée ; — une méconnaissance ou un rejet des services de santé propres aux populations : guérisseurs, accoucheuses traditionnelles, etc.

Les années suivantes furent, dans le meilleur des cas, marquées par la préservation des acquis sanitaires de la période coloniale, mais le plus souvent par l'effondrement du système sanitaire.

Pour pallier cette situation, les accords bilatéraux entre PVD et pays industrialisés s'intensifient, les institutions internationales spécialisées (créées après la Seconde Guerre mondiale) augmentent leur intervention. Dans un premier temps, ces efforts conjoints visent à remettre sur pied et renforcer le système hérité de l'époque coloniale. Au début des années 70, les inégalités associées à ce type de système de santé se font de plus en plus criantes et de moins en moins acceptables. Une nouvelle stratégie d'organisation des services de santé s'avère nécessaire pour les redistribuer géographiquement et les rendre accessibles à toute la population.

En 1978, la conférence d'Alma-Ata réunit les délégations de plus de cent pays industrialisés et PVD, les représentants des institutions d'aide sanitaire, des syndicats médicaux, etc. La stratégie des soins de santé primaires est reconnue par tous comme étant la seule capable d'offrir à l'ensemble des populations du tiers monde, l'accès aux soins de santé essentiels. Les gouvernements des PVD, des pays industrialisés et les autres délégués présents s'engagent à restructurer et renforcer leur système sanitaire sur la base de cette nouvelle stratégie, en vue d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000.

Il s'agissait d'une véritable révolution des concepts sous-tendant l'organisation des services de santé :

« On entend par soins de santé primaires, des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté » (2).

(1) J.-P. Unger, « Selective Primary Health Care : A Critical Review of Methods and Results », *Social Science and Medicine*, 1986, XXII, 10, pp. 1001-1013.

(2) OMS-FISE, Alma-Ata, 1978, *Les Soins de santé primaires*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978, 88 p.

Ainsi en 1978, une stratégie commune était enfin définie et acceptée par tous. Elle devait permettre aux gouvernements des PVD et aux bailleurs de fonds de coordonner et d'améliorer l'efficacité de leurs interventions en matière de santé.

Les formes de l'aide sanitaire internationale

Dans le domaine de la santé, l'aide internationale est particulièrement multiple et diversifiée. La classification que nous présentons ci-dessous a pour objectif de relever les grandes différences entre les principales institutions et formes d'aide et de renseigner sur quelques-unes de leurs caractéristiques.

L'aide multilatérale

Elle est organisée au sein d'institutions internationales financées par un ensemble de pays et se divise en deux sous-groupes.

— *Les institutions internationales spécialisées dans le domaine de la santé.*

L'aide accordée par ces organismes a lieu sous forme de dons. En général, la durée des projets est de trois ans, le volume du financement variant entre 100 000 et 300 000 dollars par an. Ces projets sont décidés d'un commun accord entre les deux parties. Ce sont principalement les institutions suivantes :

- l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui ne finance pas de projets, mais agit principalement comme agence d'exécution (3) des autres organisations de l'ONU et comme conseiller technique auprès des gouvernements. L'OMS fut, avec le Fonds international de secours à l'enfance (FISE), l'initiatrice de la conférence d'Alma-Ata et est le responsable de la conception et de la promotion des Soins de santé primaires (SSP) ;
- le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP). Cette institution qui finance ses propres projets est fort active en Afrique francophone et s'occupe des recensements nationaux, de la planification familiale, des enquêtes de comportement en matière de fécondité, etc. ;

(3) L'agence d'exécution gère les fonds du projet selon le budget établi. Elle doit trouver une solution aux différentes difficultés qui peuvent se poser lors de l'exécution

du projet. Elle constitue pour le bailleur de fonds une « garantie » de la réalisation du projet dans les meilleures conditions possibles.

- le Fonds international de secours à l'enfance (FISE-UNICEF). L'amélioration de la santé de l'enfance constitue le principal objectif du FISE-UNICEF. Cette institution a ses propres projets et ses propres sources de financement ;
- le Programme de Nations unies pour le développement (PNUD) qui, représenté dans chacun des PVD, possède des ressources propres. Ses projets ne concernent pas seulement le domaine de la santé, mais aussi l'ensemble des activités de développement social et économique.

A côté de ces grandes institutions mondialement connues, il en existe de nombreuses autres, spécialisées dans la lutte contre une pathologie bien définie, et qui financent ou exécutent des projets verticaux (4) : Union internationale contre la tuberculose (UIT), contre la lèpre, la malaria, etc. L'aide apportée par ces institutions est réalisée sous forme de projets qui incluent, par exemple, l'achat de matériel médical, de médicaments, des bourses d'études, la construction de centres de santé ou le salaire des experts étrangers.

— *Les institutions bancaires et les fonds de développement.*

Dans la majorité des cas, ces organismes accordent leur aide sous forme de prêts à des conditions avantageuses. La santé ne représente qu'un des domaines d'intervention de ces institutions. Les projets se déroulent sur trois à cinq ans et les montants accordés sont souvent de l'ordre de 5 à 10 millions de dollars.

- La Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), encore dénommée Banque mondiale, et le Fonds monétaire international (FMI) représentent sans doute les deux institutions bancaires les plus connues pour leurs interventions dans les PVD. Ces prêts sont généralement liés à certaines restructurations budgétaires qui vont influencer directement ou indirectement le ministère de la Santé : limitations à l'engagement de nouveau personnel, par exemple.
- Le Fonds européen pour le développement (FED), etc.

L'aide bilatérale

Par là, on entend les aides privilégiées accordées par un pays industrialisé à un pays en voie de développement. Un traité officialise cette aide qui peut concerner tous les domaines : économi-

(4) L'adjectif « vertical » qualifie un service, programme ou projet de santé dont l'objectif est de lutter contre une seule pathologie. En Centrafrique, par exemple, la lutte contre la lèpre a été réalisée par des program-

mes verticaux où un personnel de santé « vertical » : « l'inspecteur-lèpre » et « l'avant-lèpre » furent formés à prendre en charge les lépreux et seulement les lépreux.

que, social, culturel. Elle s'est généralement développée entre les pays liés précédemment pendant la période coloniale : le Zaïre, le Rwanda, le Burundi et la Belgique ; le reste de l'Afrique francophone et la France. L'aide bilatérale est le plus souvent réalisée sous forme de dons pour financer des projets décidés d'un commun accord entre les deux gouvernements. Mais ce type d'aide est presque toujours « lié », ce qui implique l'obligation pour le pays bénéficiaire d'acheter les biens et crédits nécessaires à la réalisation d'un projet auprès du pays donateur. Dans le cas du Canada, 80 % de l'aide bilatérale revient au pays sous forme de salaires des consultants, bourses de formation, achat de matériel, etc. (5). Cette aide qui permet donc d'ouvrir de nouveaux marchés représente de 60 à 80 % de l'ensemble de l'aide publique au développement d'un pays industrialisé.

Chaque pays industrialisé possède sa propre institution responsable de l'aide bilatérale : l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le ministère de la Coopération et le Fonds d'aide et de coopération (FAC) pour la France, l'Agence générale pour la coopération au développement (AGCD) pour la Belgique, les Agences de coopération allemande (GTZ), canadienne (ACDI), italienne, suisse, etc.

Les Organisations non gouvernementales (ONG)

Sous cette dénomination se regroupent plusieurs centaines d'associations des différents pays industrialisés dont le seul point commun est d'être légalement indépendantes des gouvernements. Ces ONG représentent une part minime de l'Aide publique au développement (6) (APD) d'un pays : moins de 10 % en général, sauf les États-Unis (17,5 %) et l'Allemagne (11,5 %) (7).

Elles se caractérisent avant tout par une coopération de type « partenariat » basée sur l'association avec les coopératives, les communautés des PVD. Le budget des projets ONG dépasse rarement 300 000 dollars. Vu leurs ressources insuffisantes, les projets retenus ou élaborés par les ONG sont présentés devant la Communauté européenne ou devant le ministère de la Coopération de leur pays, en vue d'obtenir un cofinancement (8).

(5) N. Gerein, « Inside Health Aid : Personal Reflections of a Former Bureaucrat », *Health Policy and Planning*, I (3), 1986, pp. 260-266.

(6) L'Aide publique au développement (APD) d'un pays industrialisé est constituée par la somme de ses aides multilatérales, bilatérales et le cofinancement apporté aux ONG dont le siège social est installé dans ce pays.

(7) M. Gentilun, B. Duflo, *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-

Sciences »), 1986, 839 p.

(8) Dans la majorité des pays industrialisés, le système du cofinancement permet aux ONG de présenter leurs projets de développement devant le ministère de la Coopération et en cas d'accord de celui-ci d'obtenir un financement pouvant aller jusqu'à 75 % du budget du projet. La Communauté européenne a également mis sur pied un système de cofinancement pour les ONG de ses pays membres.

Dans le domaine de la santé, il faut les répartir en trois sous-groupes distincts :

- les ONG dont les interventions sont limitées à l'urgence médicale : Médecins sans Frontières (MSF), Médecins du Monde...
- les ONG spécialisées dans l'évaluation et la gestion des services de santé et dans la réalisation de projets pilotes : *Medicus Mundi Internationalis*...
- les ONG pour lesquelles la santé n'est qu'un des facteurs de développement : OXFAM, Frères des Hommes...

Ce bref survol montre la diversité et la complexité des institutions d'aide internationale qui interviennent à différents niveaux, de différentes manières et dans des domaines variés de la santé. On peut imaginer sans difficulté les multiples problèmes posés aux PVD qui voudraient soit coordonner et gérer de manière efficace l'ensemble de cette aide internationale ou encore négocier les termes de l'aide sanitaire.

Quels sont les services de santé offerts par l'aide internationale ?

La conférence d'Alma-Ata retenait huit activités de santé comme contenu des soins de santé primaires :

1. Éducation pour la santé.
2. Promotion de bonnes conditions nutritionnelles.
3. Approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base.
4. Protection maternelle et infantile, y compris la contraception.
5. Vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
6. Prévention et contrôle des endémies locales (paludisme...).
7. Traitement des maladies et des lésions courantes.
8. Fourniture des médicaments essentiels.

Ces huit programmes de santé permettent de satisfaire près de 90 % des besoins de santé des populations, le reste nécessitant des soins plus spécifiques disponibles seulement dans les hôpitaux spécialisés : traitement anticancéreux, prise en charge des polytraumatisés, par exemple.

Un des objectifs de cette conférence était de fournir aux différentes institutions d'aide sanitaire et aux gouvernements des PVD un cadre de référence leur permettant de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux de ces pays, de coordonner leur intervention et d'en améliorer ainsi l'efficacité.

Mais très vite, différentes critiques ont été émises : certains estiment que l'adduction d'eau et l'assainissement du milieu ne sont

pas du ressort des services de santé (9), d'autres mettent en doute l'action même des soins de santé primaires (SSP). Julia A. Walsh et Kenneth S. Warren de la Fondation Rockefeller proposèrent, en 1979, une approche sélective des soins de santé primaires où, pour cause de ressources financières insuffisantes, seules certaines pathologies furent considérées comme prioritaires. Sur la base de critères de fréquence, de gravité (incapacité ou mortalité) et de vulnérabilité aux mesures de lutte disponibles (10), cinq activités de santé seulement vont être retenues :

- vaccination contre la rougeole et contre la diphtérie-coqueluche-tétanos des enfants de plus de 6 mois ;
- vaccination antitétanique des femmes enceintes en vue de diminuer la mortalité néo-natale des enfants ;
- incitation à l'allaitement au sein pendant un temps suffisant ;
- prévention de la malaria chez les enfants de moins de 3 ans en traitant à la chloroquine les épisodes fébriles ;
- traitement de la diarrhée des enfants par l'utilisation de sels de réhydratation orale.

Cette nouvelle démarche, où seuls les enfants sont concernés, connut très vite un succès considérable : en plus de la Fondation Rockefeller, le programme Salk-MacNamara de la Banque mondiale, la Fondation Ford et l'USAID y adhèrent rapidement. D'autres vont s'inspirer de l'approche de Julia A. Walsh et Kenneth S. Warren pour définir leur propre stratégie sélective : Evans en 1981 et Boland et Young en 1982 (11), le *Center for Disease Control* d'Atlanta et son programme CCCD : *Combating Childhood Communicable Diseases* (Contre les maladies contagieuses de l'enfance).

Le FISE, après avoir été un des principaux promoteurs des SSP, fit volte-face en 1982 pour créer sa propre approche sélective des SSP baptisée GOBI-FF. Dans ce programme qui s'adresse aux enfants et aux femmes enceintes, les activités suivantes sont retenues :

- surveillance de la croissance des nourrissons,
- utilisation des sels de réhydratation orale,
- favoriser l'allaitement au sein,
- vaccination de tous les enfants (programme élargi),
- alimentation supplémentaire pour les femmes enceintes et les enfants,
- développement de la planification familiale dans le but d'espacer les naissances.

(9) J.-P. Unger, « Soins de santé primaires dans le tiers monde : les alternatives méthodologiques et leurs enjeux politiques et économiques », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, 1985, 65, pp. 229-232.

(10) J.-A. Walsh, K.-S. Warren, « Selective Primary Health Care : An Interim Stra-

tegy for Disease Control in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 301, 1979, pp. 967-974.

(11) D. Banerji, « Les soins de santé primaires doivent-ils être sélectifs ou globaux ? », *Forum mondial de la santé*, V, 1984, pp. 347-350.

Toutes ces approches, dites « sélectives », ont différents points communs qu'il est intéressant de relever :

— Les bénéficiaires visés par ces activités sélectives de santé sont toujours les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, et parfois les femmes enceintes ou en âge de procréer. Les enfants de plus de 5 ans et les adultes ne sont jamais pris en compte par ce type d'aide sanitaire qui s'inspire uniquement de critères d'efficacité (12). Tout se passe comme si les enfants de plus de 5 ans et les adultes n'avaient pas besoin de services de santé !

— Contrairement à la stratégie des SSP élaborée après de nombreuses réunions et congrès tenus dans le tiers monde et où les responsables des PVD ont eu plusieurs années pour exprimer leurs avis et inquiétudes, les approches sélectives furent conçues dans des bureaux, par quelques spécialistes occidentaux.

En résumé, les principales institutions internationales ont abandonné la stratégie des soins de santé primaires pour focaliser leurs interventions sur quelques activités de santé concernant les nourrissons et dans certains cas, les femmes enceintes. Ce sont notamment : le FISE, la Banque mondiale, l'USAID, qui sont parmi les principaux bailleurs de fonds pour l'aide sanitaire en Afrique francophone.

Certaines agences de coopération bilatérale financent des projets pilotes de SSP (l'AGCD belge et le projet Kasongo au Zaïre, le projet Pikine au Sénégal), mais ces projets sont, dans le meilleur des cas, limités à une des provinces du pays.

Hormis l'OMS qui continue à soutenir techniquement et politiquement les SSP, mais qui pour la réalisation de projets ne dispose que de ressources financières très limitées, les autres organisations internationales se sont détournées de cette stratégie pour en revenir au mode d'intervention verticaliste qui existait avant la conférence d'Alma-Ata.

L'importance de l'aide internationale

La diminution du prix des matières premières exportées par les PVD, l'augmentation impressionnante du coût à l'importation des produits finis, le poids de plus en plus élevé du remboursement de la dette des PVD et l'inflation, tous ces facteurs conjugués font que les ressources financières propres des gouvernements de ces États sont devenues de plus en plus réduites et ne permettent plus de couvrir les besoins sanitaires minimum.

(12) Le concept d'efficacité vise à évaluer quels ont été les coûts des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs obtenus.

Le budget des ministères de la Santé suffit à peine à payer les salaires qui représentent 50 à 70 % du budget de la santé (13) et les charges récurrentes de l'infrastructure existante. Le reste : achat des médicaments, vaccins, instruments chirurgicaux, construction de nouveaux centres de santé, formation du personnel, achat d'essence pour les déplacements, réparation et entretien du parc automobile dépendent principalement de l'aide extérieure.

De plus, la croissance démographique galopante a comme conséquence une augmentation rapide de la demande en services de santé, demande qui dépasse les ressources financières des PVD.

Il est quasi impossible de chiffrer par pays le volume de l'aide sanitaire reçue : prêts, dons de matériel et de médicaments, salaires des spécialistes étrangers, bourses de formation, etc. Il faudrait pour cela tenir compte non seulement des apports multilatéraux dont le montant est souvent considéré comme secret par les institutions internationales, mais également des apports bilatéraux et des apports des ONG dont le nombre par PVD est si élevé (plus de 100 au Burkina Faso !) qu'il est impossible d'en faire le compte exact. Néanmoins, cette aide sanitaire se chiffre chaque année par millions de dollars et permet au minimum de tripler le budget national de santé. Par exemple, dans ce domaine, les prévisions du plan quinquennal du Sénégal se basent sur un apport étranger sept fois égal à l'apport propre du pays (14). Devant une telle situation de dépendance, il est évident que la marge de manœuvre des ministres de la Santé des PVD vis-à-vis des bailleurs de fonds est de plus en plus réduite, voire inexistante.

Les contradictions entre l'offre en aide sanitaire et les besoins des PVD d'Afrique francophone

Il convient ici d'identifier les différents facteurs responsables de cet écart entre l'offre et les besoins de services de santé. Il est évident que la situation peut fortement varier d'un pays à l'autre.

L'abandon de la stratégie des soins de santé primaires comme cadre de référence

Ce facteur, en faveur d'une approche sélective, représente certainement l'élément le plus important démontrant l'écart grandissant entre l'offre de l'aide internationale et les besoins sanitaires des populations d'Afrique francophone. En effet, les activités de santé retenues par ces approches sélectives sont principalement

(13) Données communiquées par le ministère de la Santé.

(14) *Id.*

d'ordre préventif et concernent des populations spécifiques : les nourrissons et les femmes enceintes. Or, et ceci est un phénomène mondialement reconnu, les populations lorsqu'elles ont recours aux services de santé demandent avant tout des soins curatifs.

Autrement dit, et c'est logique, l'existence d'une souffrance (grippe, fracture, pneumonie...) bien plus que son éventuelle occurrence (risques de malnutrition, de tétanos néo-natal, de grossesse non désirée, etc.) constitue la première demande de santé des individus et doit donc être satisfaite en priorité. Le non-respect de cette réalité par les agences d'aide internationale mène à ces situations ridicules où, dans les salles opératoires des PVD, le fil de suture fait défaut, les films pour radiographies ne sont plus disponibles... Mais dans la pièce à côté, le stock de contraceptifs d'une valeur de plusieurs milliers de dollars est en voie de péremption faute d'une demande suffisante de la population.

L'argument financier fut, comme nous l'avons dit, l'une des principales causes expliquant l'abandon des SSP. En fait deux activités des SSP définis à Alma-Ata sont très coûteuses : l'hygiène du milieu et l'adduction d'eau.

Le coût des autres activités que l'on peut renfermer sous le vocable Soins de santé de base (SSB) semble être le même que celui de l'approche sélective (15). L'argument financier à lui seul ne peut donc justifier la décision de renoncer à l'aspect curatif des SSP.

L'autre argument avancé par les tenants de l'approche sélective est le critère d'efficacité. Sur la base de ce critère, la réhydratation orale et les vaccinations sont retenues comme les activités de santé les plus efficaces pour diminuer la mortalité infantile et augmenter par conséquent l'espérance de vie à la naissance. Or, dans certains cas, on assiste à un report de mortalité : au lieu de mourir avant l'âge d'un an, les enfants meurent plus tard (16). Ou encore, ils meurent d'une autre cause : pneumonie et autres infections pour lesquelles les soins curatifs ne sont pas prévus par ce type d'approche des services de santé.

Une deuxième caractéristique de l'approche sélective attire l'attention : pourquoi ignorer les problèmes de santé des adultes et centrer tous les efforts sur les enfants en bas âge ?

La population que l'aide internationale estime prioritaire n'est pas correctement choisie

Dans les sociétés des pays industrialisés, l'enfant occupe une place primordiale. Cet enfant est porteur d'un projet et toute la

(15) J.-P. Unger, *art. cit.*

(16) « The Kasongo Project Team : Influence of Measles Vaccination on Survi-

val Pattern of 7-35 month-old Children in Kasongo, Zaïre », *Lancet* (Londres), 1981, 1, pp. 764-767.

famille se structure autour de lui. La mort d'un enfant constitue un des drames les plus profonds que peuvent subir les parents et cette peur fait partie de notre inconscient collectif. Par contre, dans les sociétés africaines où la mort d'un enfant est un événement très fréquent (dans la plupart de ces États sur 100 nouveau-nés, 30 à 40 vont mourir avant l'âge de 5 ans), les parents et la société ont intégré cette réalité dans leurs comportements sociaux et culturels : en 1980, les jeunes filles africaines ne sont toujours pas intéressées par la planification familiale. Comme leur mère, elles désirent avoir 6 à 8 enfants, car elles savent bien que 2 ou 3 vont mourir (17). Pour la société africaine rurale, l'enfant est une promesse d'aide économique quand il sera en âge de seconder sa mère (travaux domestiques et culture des champs) et un gage de sécurité pour les vieux jours de ses parents. Autrement dit, il serait logique de penser que la santé de ces enfants préoccupe bien plus les populations africaines que celle des nourrissons. On peut également se demander pourquoi la souffrance et la mort des adultes n'est pas prise en compte par l'aide internationale, et au nom de quels préceptes moraux un tel choix peut se justifier.

Tout se résume en fait à un problème de priorités. En période de crise économique mondiale et de diminution du volume de l'aide internationale, il n'est malheureusement pas possible de satisfaire tous les besoins sanitaires. L'argent accordé pour lutter contre la mortalité infantile ne sera donc plus disponible pour diminuer la mortalité des adultes.

Or dans tous les pays d'Afrique francophone, les priorités établies par les institutions d'aide concernent avant tout les enfants de moins d'un an. Par exemple des centaines de milliers de dollars sont dépensés pour réaliser des enquêtes relatives au taux de mortalité infantile, l'identification des causes de décès des nourrissons, etc.

Ce choix a été et est quotidiennement réalisé par les experts des pays industrialisés. Les facteurs culturels occidentaux propres à ces experts influencent sans doute leur choix en faveur des nourrissons et donc au détriment des adolescents et des adultes. Il nous semble urgent de rétablir un certain équilibre, de remédier à ces inégalités par trop frappantes, inégalités qui, vu le manque de ressources des ministères de la Santé des pays africains, ne peuvent que s'aggraver dans le futur.

(17) T. Locoh, *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest, le Togo méridional contemporain*, Paris, PUF (cahier INED, n° 10), 1985, 182 p.

Les institutions d'aide sont obsédées par l'évaluation de l'impact de leur aide

Le concept d'impact (c'est-à-dire comment le projet est effectivement parvenu à réduire le problème de santé) est primordial pour les institutions d'aide. Cette notion d'impact constitue la « carte de visite » de l'institution vis-à-vis de ses propres bailleurs de fonds : les gouvernements des pays industrialisés et le public en général. Plus une institution d'aide prouve son efficacité en termes d'impact, plus des fonds importants lui seront facilement alloués. Différents projets : recensements, mesure de la mortalité infantile, enquêtes de fécondité, de comportements, etc. sont régulièrement réalisés dans les PVD. Leur objectif, déclaré ou non, est d'établir des niveaux de référence en vue de permettre d'évaluer l'importance des changements qui seront introduits par les futurs projets. Au Burkina Faso, entre 1980 et 1985, près de 40 % de l'aide apportée par le PNUD est consacrée à ce type d'enquête.

Le personnel de santé africain n'est ni formé à — ni intéressé par — ces évaluations d'impact. Ses préoccupations professionnelles sont tout autres : assurer malgré toutes les difficultés présentes, le fonctionnement minimum de son service, veiller à sa qualité, éviter les ruptures de stock ou recueillir les données minimales nécessaires à la gestion des différentes activités.

Le support technique et administratif de l'aide internationale n'est pas adapté aux possibilités des PVD

L'aide internationale qu'elle soit multilatérale, bilatérale ou supportée par les ONG se réalise le plus souvent sous forme de projets. Des études approfondies ont montré les limites et les contraintes propres à la technique des projets (18).

Nous ne relèverons ici que quelques éléments plus spécifiques à l'aide sanitaire internationale et bilatérale dont les projets se déroulent en général sur une période de 3 à 5 ans, avec un budget annuel de 200 000 à 500 000 dollars :

— Les contraintes associées à la gestion financière : rapports financiers trimestriels, justification budgétaire réalisée ligne par ligne, rebudgétisation annuelle en fonction de l'avance du projet, rapports trimestriels d'évaluation, diffèrent d'une institution à l'autre (même au sein des institutions de l'ONU) et rendent nécessaire le recrutement d'un personnel administratif compétent qui ne s'occupera que de la gestion du projet. Au Togo et en Centrafri-

(18) B.-J. Lecomte, *L'Aide par projets, limites et alternatives*, Paris, Centre de développement de l'OCDE, 1986, 146 p.

que, il a fallu engager un gestionnaire de projet payé sur ces mêmes crédits !

— Le budget est alloué chaque année sur présentation des rapports administratifs de l'année précédente. Deux à trois mois au minimum s'écoulent entre l'envoi du rapport par le PVD et la réception du financement, période pendant laquelle le projet est bloqué, les salaires non versés ou retardés, les frais de fonctionnement (essence, téléphone, etc.) non disponibles. Les acquis de l'année précédente peuvent ainsi être remis en question pour des problèmes de gestion inhérents aux institutions internationales.

— Lorsqu'un projet se termine et que d'un commun accord, une nouvelle aide est prévue pour consolider les résultats acquis ou encore augmenter le nombre des bénéficiaires, l'institution d'aide fait généralement appel à un consultant étranger pour formuler le nouveau projet. Les délais inhérents à ce type de démarche administrative : recrutement, séjour et formulation du nouveau projet par le consultant, examen du document de projet par la commission technique, approbation par le conseil d'administration, font que dans le meilleur des cas, 6 à 12 mois s'écoulent entre la fin de l'ancien projet et la mise en place du nouveau. La longueur de ce délai hypothèque les résultats acquis par l'ancien projet : couverture vaccinale, planification familiale, etc. En effet, dans le domaine de la santé, il est primordial d'assurer la continuité des soins, sinon très vite la population ne fera plus confiance et se détournera des services de santé proposés.

— Le concept de projet, support le plus fréquent de l'aide internationale, ne permet pas facilement aux communautés des PVD de faire valoir leurs opinions et intérêts (19).

— La formulation des nouveaux projets est généralement confiée à des consultants spécialisés par les institutions d'aide. Ceux-ci, au cours d'une mission de trois semaines environ, doivent faire le bilan de la situation, mettre les différents intervenants d'accord entre eux, définir les objectifs, le contenu et le budget du projet et présenter un avant-projet écrit. Toutes ces contraintes font que les consultants vont jeter les bases du nouveau projet bien plus en fonction des critères de l'institution d'aide que des besoins ou des demandes spécifiques du pays. Ils n'auront pas eu le temps de recueillir, analyser et vérifier le bien-fondé de certains éléments : « Dans le cadre du plan quinquennal de développement programmé par le gouvernement, est-il préférable de construire l'hôpital prévu dans cette province plutôt que dans une autre ? », ou encore : « Si nous demandons aux services de santé existants de réaliser des activités de planification familiale, cela ne se fera-t-il pas au détriment des autres activités préventives actuellement réalisées ? ».

(19) B.-J. Lecomte, *op. cit.*

Il existe une redondance de l'aide internationale avec création de goulets d'étranglement

La formation des accoucheuses traditionnelles est une des activités qui intéressent particulièrement les institutions d'aide. En Centrafrique, 3 départements du ministère de la Santé, 2 autres ministères, 3 organisations internationales (OMS, FNUAP, FISE), différentes associations bilatérales (USAID, Association française des volontaires du progrès, Peace Corps, etc.) et différentes ONG confessionnelles ou non, soit plus de 12 organisations internationales et 5 organisations nationales interviennent dans la formation des accoucheuses traditionnelles. Toutes ces interventions doivent être coordonnées par la Direction nationale de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale qui a bien entendu de multiples autres activités.

Dans la réalité, cette coordination est pratiquement impossible et les conséquences en sont une duplication des interventions, un retard dans les rapports financiers et donc dans le déblocage des financements prévus. Un goulet d'étranglement est ainsi créé.

L'aide internationale ne tient pas compte des services créés par la population

Ces services de santé (guérisseurs, auto-traitements par les plantes) sont par définition culturellement bien acceptés et économiquement accessibles. Leur efficacité a très peu été étudiée, mais on ne peut la nier dans le cas de la prise en charge des problèmes psychosomatiques, par exemple.

Il serait intéressant de voir de manière approfondie les éventuelles complémentarités entre médecine traditionnelle et médecine occidentale et essayer d'intégrer les deux.

Malheureusement, les quelques projets subventionnés par l'aide sanitaire se limitent à l'étude de l'efficacité des plantes médicinales.

Il n'existe pas de solutions miracles aux problèmes de santé des PVD

Une erreur stratégique a sans doute été commise lors de la conférence d'Alma-Ata où l'illusion a été donnée que les problèmes de santé des populations des PVD pouvaient être facilement et rapidement résolus, notamment en espérant réaliser en quelques années la décentralisation des services de santé. L'utilisation généralisée des agents de santé communautaire qui, après une formation intensive de courte durée, devaient être capables d'assumer différentes activités de santé prévues dans les SSP et d'en faire bénéficier l'ensemble de la population, était vue par certains comme une solution miracle. Plusieurs institutions d'aide reprirent ce concept à leur actif

dans différents projets essentiellement consacrés à la formation de ces agents.

Après quelques années, les critiques se font de plus en plus nombreuses et justifiées, et cette stratégie ne peut en aucun cas être retenue comme une solution universelle aux problèmes de santé des PVD (20).

Les facteurs non spécifiques à l'aide sanitaire

Certains facteurs, bien que non spécifiques de l'aide internationale dans le domaine de la santé, doivent cependant être brièvement cités. En effet, ils sont en partie au moins responsables d'un manque de coordination de l'aide internationale et donc d'un manque d'efficacité :

— Un cloisonnement s'est instauré entre les différentes organisations d'aide au développement : les textes des projets ne sont pas transmis aux autres organisations intéressées et donc le risque de duplication des interventions est élevé ; les expériences, réussites et échecs de l'un ne pourront profiter à l'autre.

— Il existe une certaine concurrence entre les institutions d'aide, concurrence qui parfois peut prendre le pas sur l'intérêt des populations des PVD.

— Les gouvernements des PVD se refusent souvent à créer des comités de coordination de l'aide. Ils préfèrent traiter individuellement avec chaque bailleur de fonds, espérant ainsi se mettre en meilleure position en cas de rediscussion des termes de l'aide. Mais ils n'ont souvent ni le personnel compétent ni les ressources suffisantes pour gérer de manière efficace l'aide proposée.

— Les organisations d'aide ne s'assurent pas suffisamment que le financement prévu est utilisé au mieux des intérêts du projet. L'octroi des bourses de formation à l'étranger en constitue un exemple caractéristique : ceux qui en profitent ne sont pas toujours choisis selon les besoins spécifiques du projet.

— Les structures devant favoriser la participation des populations et communautés à leur propre développement n'existent pas ou ne jouissent pas d'un réel pouvoir.

Les problèmes posés par l'aide sanitaire internationale sont aussi multiples que variés : la multiplication et la diversification trop importante des institutions d'aide, le non-respect de la stratégie des soins de santé primaires comme cadre de référence commun aux interventions, le choix des populations cibles trop limité, la nécessité d'obtenir avant tout des résultats, la gestion administrative des projets trop pesante et trop rigide, l'avis et les caracté-

(20) M. Skeet, « Les agents de santé communautaires : font-ils vraiment progresser les soins de santé primaires ? » *Forum mondial de la santé*, V, 1984, pp. 321-327.

téristiques des populations bénéficiaires qui sont trop rarement pris en compte.

Le constat de l'inadéquation entre l'aide sanitaire internationale et les besoins de santé en Afrique peut paraître à certains dur et injustifié ; il reflète néanmoins une réalité de plus en plus présente, générale dans l'ensemble des PVD. Vu l'urgence de la situation, tout ce qui peut améliorer l'adéquation et l'efficacité de l'aide internationale doit être réalisé dans les délais les plus brefs, soit dans les pays industrialisés, notamment la recherche d'une meilleure coordination entre les agences d'aide, soit dans les PVD, une meilleure décentralisation du pouvoir décisionnel. Les organisations d'aide sont sensibles à l'opinion publique et celle-ci a sans aucun doute un rôle important à jouer pour améliorer l'aide sanitaire internationale et donc l'état de santé des populations d'Afrique francophone.

Bruno Dujardin

*Laboratoire d'épidémiologie et de médecine sociale
Université Libre de Bruxelles*