

Réseau
Aide d'Urgence et Réhabilitation

Dossier Thématique N° 12

**Les Dilemmes de la Transition
'Post'-Conflictuelle:
les Enseignements à Tirer
du Secteur de la Santé**

Joanna Macrae

Septembre 1995

Veillez envoyer vos observations sur ce dossier au:

Réseau “Aide d'Urgence et Réhabilitation”
Overseas Development Institute
Regent's College
Inner Circle
Regent's Park
Londres NW1 4NS
Royaume Uni

Une copie sera envoyée à l'auteur.

Certaines observations seront publiées dans le Bulletin d'Information.

ISSN: 1353-8705

© Overseas Development Institute, London, 1995.

Des photocopies de tout ou partie de la présente publication sont autorisés, dans la mesure où la source d'information est mentionnée. Toutefois, la documentation du réseau reproduite en grand nombre, doit être référée à l'ODI qui en détient les droits d'auteurs. Le coordinateur du Réseau “Aide d'Urgence et Réhabilitation” serait reconnaissant d'être informé de tout usage de la documentation du réseau aux fins de la formation, de la recherche ou aux fins de la conception, mise en application ou évaluation de programmes.

Remerciements

Je tiens à remercier mes collègues de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et notamment Anthony Zwi, qui a apporté son concours à des études successives portant sur la réhabilitation du secteur de la santé. John Borton, Martin Griffiths, Kelley Lee et Catherine Spencer ont jeté un oeil critique sur les rapports et les documents précédents consécutifs aux études mentionnées ici et, avec leur perspicacité habituelle, ont enrichi ce dossier. Pour finir, je voudrais remercier Vivienne Forsythe qui s'est révélée un mentor digne de confiance. La responsabilité de toute lacune éventuelle m'incombe.

Les Dilemmes de la Transition ‘Post’-Conflictuelle: Les Enseignements à Tirer du Secteur de la Santé

Joanna Macrae

Table des Matières

	Page
Sommaire	
1. Introduction	1
2. Il se peut que nous ne connaissions pas les réponses, mais de quelle question s’agit-il ?	2
2.1 Le caractère changeant de la guerre	2
2.2 Définir ce que l’on entend par situations ‘post’-conflictuelles	4
2.3 La réhabilitation : l’aide internationale dans la zone floue	7
2.4 La réhabilitation du secteur de la santé : définir le problème	11
3. Répondre aux Dilemmes de la Réhabilitation : l’expérience à ce jour	19
3.1 Faire face au dilemme de la légitimité	19
3.2 Reconstruction, réhabilitation ou réforme ?	25
3.3 Les mandats flous et le programme manqué	31
4. Conclusion	35
Références Bibliographiques	37
Sigles	43

Sommaire

Un nombre important de pays à travers le monde sont décrits comme entrant dans une phase 'post'-conflictuelle. Ce document, en s'inspirant de l'expérience du secteur de la santé, soutient que la nature même de la tâche en matière de réhabilitation est souvent mal comprise. Et notamment, elle est souvent assimilée à la reconstruction de l'infrastructure et des biens endommagés par la guerre. Une telle conception provient d'une méprise que l'on se fait des origines et de la nature des conflits contemporains. Elle sert également à renforcer une approche linéaire à la transition de l'aide d'urgence au développement.

Ce document tente de redéfinir la tâche en matière de réhabilitation dans les situations de transition 'post'-conflictuelle, s'inspirant d'exemples tirés du Cambodge, de l'Éthiopie et de l'Ouganda. Il soutient que les effets directs de l'action militaire sur le secteur social sont moins importants que les effets indirects des changements politiques, économiques et sociaux qui, à la fois, sous-tendent le conflit et sont précipités par celui-ci. Il en résulte que la réhabilitation a besoin d'aller au-delà de la reconstruction et de s'attaquer à la cause première de l'instabilité.

Une telle réinterprétation de la tâche en matière de réhabilitation soulève un certain nombre de dilemmes, et notamment pour les acteurs internationaux soucieux de contribuer à une paix durable. Ces dilemmes sont ancrés tant dans l'incertitude, relative à la légitimité des nouveaux gouvernements dans les situations de transition, que dans l'organisation du système d'aide même. Le document conclut que faire face à ces dilemmes implique un changement fondamental de l'orientation et de la distribution de l'aide dans les situations 'post'-conflictuelles.

Les Dilemmes de la Transition ‘Post’-Conflictuelle: Les Enseignements à Tirer du Secteur de la Santé¹

1. Introduction

Les situations ‘post’-conflictuelles se trouvent à l’interface des états de guerre et de paix, et d’aide d’urgence et de développement. Ce document soutient que la façon dont est relevé le défi que pose le redressement ‘post’-conflictuel révèle des lacunes dans notre interprétation de la nature du conflit et des réactions internationales en matière d’aide d’urgence devant l’instabilité. S’inspirant d’exemples provenant du secteur de la santé, ce document suggère notamment que, loin d’associer les interventions d’aide d’urgence et de développement comme on le prétend de plus en plus dans le regain d’attention accordée au “continuum”, les stratégies en matière de réhabilitation maintiennent souvent des réponses de type urgent qui se concentrent sur les questions d’approvisionnement matériel et négligent de s’occuper des problèmes structurels sous-jacents. Ce document soutient que les stratégies en matière de réhabilitation qui sont conçues inopportunément peuvent *entraver* plutôt que *faciliter* le développement de systèmes de santé viables. Il suggère enfin que le fait que de nombreux programmes de réhabilitation ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs visant à préparer le terrain à un développement pacifique doit être compris par rapport à l’environnement de fond des pays déchirés par un conflit eux-mêmes et par rapport à l’organisation du système d’aide d’urgence même.

Le document s’inspire de la recherche entreprise par l’auteur en collaboration avec des collègues du Royaume-Uni, du Cambodge, de l’Ouganda et de l’Ethiopie, et d’ouvrages plus vastes concernant la réhabilitation du secteur de la santé dans les

¹ Ce dossier s’inspire d’un dossier précédent (Macrae *et al.*, 1995), qui faisait état de la recherche financée par l’Overseas Development Administration du Royaume-Uni [organisme gouvernemental d’aide aux pays en voie de développement] et HealthNet International, organisation soeur de Médecins sans Frontières (Pays Bas). Les opinions reflétées ici sont toutefois celles de l’auteur et ne reflètent pas forcément celles des organismes de subvention.

situations 'post'-conflituelles. Le reste du document est divisé en deux parties indépendantes.

La première partie s'attache à définir le défi que pose la transition, le rôle et l'organisation de l'aide en matière de réhabilitation, de même que les questions essentielles auxquelles sont confrontés les systèmes de santé touchés par un conflit. Elle met l'accent sur les dilemmes politiques, bureaucratiques et opérationnels qui se présentent aux planificateurs de la santé et aux organisations humanitaires qui travaillent dans ces environnements. La section suivante passe en revue l'expérience en matière de réhabilitation du secteur de la santé dans un certain nombre de pays, mettant l'accent sur les questions essentielles. Les recommandations destinées aux responsables de l'action gouvernementale et aux planificateurs qui oeuvrent dans ces environnements sont soulignées.

2. Il se peut que nous ne connaissions pas les réponses, mais de quelle question s'agit-il ?

2.1 Le caractère changeant de la guerre

La persistance de conflits à l'époque de l'après guerre froide a suscité un réexamen des causes qui sont à l'origine de ceux-ci. Jusqu'à la fin des années 80, les explications que l'on donnait des conflits du Tiers Monde étaient en grande partie axées sur le rôle que jouaient les facteurs internationaux, et particulièrement les superpuissances, dans le développement des conflits. Au cours de cette période, relativement peu d'attention a été consacrée à comprendre les facteurs nationaux et locaux qui entretenaient la dynamique de la violence (Stockton, 1989).

Le retrait des superpuissances des champs de bataille par adversaires interposés du Sud et de l'empire soviétique dans l'ancien bloc de l'Est, a révélé avec acuité quelle

était la dynamique interne du conflit². Le déclin des ressources économiques et environnementales a exercé des pressions très vives sur les populations alors même que celles-ci tentent de maintenir leurs moyens d'existence. La concurrence s'est intensifiée et, parallèlement, les possibilités de manipulation des ressources, souvent pour des raisons ethniques ou nationales, ont augmenté.

Le déclin de la capacité des systèmes économiques et politiques officiels à maintenir et à protéger les moyens d'existence dans de nombreux pays a encouragé l'émergence d'autres mécanismes de survie. Le plus nuisible de tous a été le développement d'économies parallèles qui s'appuient sur des niveaux élevés de violence pour soutirer des ressources. Keen (1991) et Duffield (1991 ; 1994a ; 1994c) en ont signalé de fréquents exemples au Soudan, en Angola, et en Bosnie qui démontrent les rapports qui existent entre le maintien et l'acquisition du pouvoir politique et la survie économique. Mais surtout, ils ont décrit comment l'aide internationale peut se laisser incorporer à ces économies violentes.

A mesure que s'est affaibli le pouvoir des Etats, le conflit a commencé à être moins identifié au processus de formation de l'Etat, thème commun d'une génération antérieure de nationalistes, poussés par leur idéologie, et des luttes révolutionnaires. En revanche, le conflit est de plus en plus associé à un processus de désintégration de l'Etat, où la quête du pouvoir est liée aux ambitions économiques et politiques de groupes armés, et non au succès d'un programme socio-politique manifestement bien construit (Surhke, 1994, cité dans Duffield, 1994b; Kaplan, 1994). Dans les situations telles que celles de la Somalie et du Libéria, de même que dans les Etats affaiblis d'Afrique occidentale et de l'ex-URSS, la ligne de démarcation entre la violence politique et la criminalité s'amenuise (Kaplan, 1994; Keen, information personnelle).

Il est par conséquent possible d'établir une distinction, du moins en théorie, entre

² Cette dynamique "interne" continue à être profondément modelée par les facteurs internationaux, y compris intervention politique, militarisation, entraide et par l'organisation et la régulation de l'économie mondiale.

deux types généraux de conflits. En premier lieu, les luttes idéologiques, centrées sur l'Etat où habituellement deux forces militaires rivales sont liées aux populations civiles par le biais d'un même engagement politique, comme cela est le cas dans les guerres de libération de l'Erythrée et du Nicaragua. Dans le second type figurent les conflits plus fragmentés, où la violence devient extrêmement décentralisée et son économie politique extractive et exploiteuse, comme par exemple en Somalie et en Afghanistan. Cette catégorisation relativement rudimentaire n'implique pas que les deux "types" de conflits s'excluent l'un l'autre. En fait, au cours d'une lutte idéologique relativement structurée, il peut se produire une fragmentation, comme par exemple dans le sud du Soudan. Pareillement, il ne faut pas supposer que dans les guerres visant à s'approprier les ressources, qui sont fragmentées, il y ait un manque total (apparent ou réel) de base idéologique : toutefois, résoudre ces guerres dépendra tout autant du fait de confronter les groupes qui ont un intérêt économique à encourager la violence que d'obtenir ou d'isoler un "règlement politique". Etant données les pressions intenses qui pèsent sur les économies officielles de grandes parties de l'Afrique et de l'ancien bloc de l'Est, créer des incitations financières suffisantes pour engendrer la paix constituera un défi majeur.

La distinction entre les guerres d'idéologie structurées, centrées sur l'Etat et les conflits visant à s'approprier des ressources privatisées est importante par rapport aux situations de transition 'post'-conflictuelle, puisque elle détermine l'impact qu'exerce le conflit sur les systèmes nationaux de finances et d'administration publiques et de gestion. Par rapport au secteur de la santé, ceci détermine la possibilité de (re)créer un système de santé publique viable dans l'ère 'post'-conflictuelle.

2.2 Définir ce que l'on entend par situations 'post'-conflictuelles

La majorité des pays communément identifiés comme entrant dans une période de transition 'post'-conflictuelle (voir le tableau 1) ont connu un conflit relativement structuré. Ces pays ont été le foyer des guerres par adversaires interposés de l'époque de la guerre froide et, dans le cas du Mozambique, de la tentative d'exercer une hégémonie régionale par le régime d'apartheid d'Afrique du Sud. Ces

conflits étaient par conséquent centrés sur l'Etat : s'il est possible que le conflit ait affaibli et sapé la légitimité et les capacités des structures politiques et administratives existantes par rapport aux acteurs nationaux et internationaux, du moins celles-ci étaient-elles maintenues. Dans la période 'post'-conflictuelle, il existait des bases sur lesquelles travailler. Ainsi, tout enseignement que l'on pourrait tirer de ces pays doit être appliqué avec la plus grande prudence à des situations comme celles de la Somalie et de l'Afghanistan où les structures étatiques se sont réellement effondrées, ou, dans le cas du Rwanda, ont été éliminées par le génocide³ et l'exil.

Tableau 1 **Pays connaissant une transition 'post'-conflictuelle**

Afrique du Sud
Cambodge
El Salvador
Ethiopie
Erythrée
Mozambique
Nord-Ouest de la Somalie (Somaliland)

Définir quand les guerres sont "finies" est une entreprise hasardeuse. Trois facteurs définissent le processus de transition:

- i) La signature d'un accord de paix officiel (transition militaire) ;
- ii) Un processus de transition politique par le biais d'élections, d'un transfert négocié ou militaire du pouvoir (qui peut comprendre la sécession) ;
- iii) La perception parmi les acteurs nationaux et internationaux qu'il y a des chances de paix et de redressement.

Il se peut que tous ces facteurs ne soient pas présents : par exemple, dans le cas où

³ Le Cambodge a connu un génocide. Nous n'avons trouvé que très peu de documentation qui décrit le processus de réhabilitation suite à l'invasion/libération du pays par le Vietnam : sans aucun doute, une étude plus approfondie de ce processus serait pénétrante.

il y a une prise du pouvoir par l'armée, il se peut qu'il n'y ait pas d'accord de paix officiel, comme cela s'est produit en Ethiopie en 1991, ou en Ouganda en 1986. Les conditions visées ci-dessus n'impliquent pas forcément que la sécurité va s'améliorer dans toutes les régions du pays en question.

Le processus de transition 'post'-conflictuelle est extrêmement instable. Ni la signature d'accords de paix ni les changements qui surviennent dans le système de gestion ne garantissent la permanence de la paix. En effet, ce processus de transition politique peut amener avec lui de nouvelles menaces pour la stabilité. En Afghanistan, par exemple, le retrait de l'armée soviétique a ouvert la voie à une intensification de la lutte entre les diverses factions de Moudjahidin. En Angola, malgré le fait que l'ONU ait surveillé les élections de 1992, l'UNITA a été responsable de plonger le pays dans une nouvelle phase dévastatrice de la guerre civile après sa propre défaite aux élections. Donc, à mesure que diminue l'intervention des superpuissances dans les pays du Tiers Monde, les conflits internes risquent d'augmenter car les groupes politiques nationaux et locaux cherchent à consolider les nouvelles possibilités politiques qui s'offrent à eux (Utting, 1994).

Les règlements politiques eux-mêmes peuvent être un processus progressif : en Palestine, par exemple, le statut de la Cisjordanie et de Jérusalem et celui des réfugiés palestiniens hors des territoires palestiniens ne sont pas encore arrêtés. La paix est aussi, souvent, un phénomène diffus sur le plan géographique : certaines régions d'un même pays peuvent être relativement sûres, alors que d'autres deviennent le foyer de combats militaires en cours ou nouveaux.

Le premier dilemme qui se pose à ceux qui s'intéressent au redressement 'post'-conflictuel est, par conséquent, de déterminer qui définit la paix et d'évaluer sa viabilité et sa durabilité.

Pour les acteurs internationaux, une telle analyse implique des décisions quant à la légitimité et à la capacité d'un nouveau régime donné, et un calcul pour savoir si l'investissement dans le redressement contribuera à consolider la paix et à la

réconciliation, ou deviendra la cible de nouveaux combats militaires.

2.3 La réhabilitation : l'aide internationale dans la zone floue

L'aide en matière de réhabilitation est dans la zone floue du système d'aide internationale : son obscurité relative peut s'expliquer par rapport à la légitimité incertaine des régimes de transition et par rapport à l'organisation du système d'aide internationale lui-même.

La nature centrée sur l'Etat du système d'aide internationale implique que tant qu'un gouvernement ne sera pas en place, les possibilités d'aide au développement demeureront limitées, question que nous étudierons de façon plus approfondie dans ce dossier. Toutefois, si la présence d'un gouvernement est une condition nécessaire pour le déblocage de fonds destinés au développement, elle n'est toutefois pas suffisante : le nouveau régime doit être considéré comme étant légitime aux yeux de la communauté internationale. Dans le cas de pays où une autorité de transition est mise en place pour surveiller les élections, comme cela s'est produit au Cambodge, au Mozambique et à El Salvador, cela implique d'attendre jusqu'à ce que le processus électoral soit achevé. Dans d'autres pays, tels que l'Ethiopie après mai 1991, le nouveau régime a été reconnu relativement rapidement par la communauté internationale.

D'un point de vue historique, le principal partenaire pour l'aide au développement émanant de sources multilatérales et bilatérales est le gouvernement du pays bénéficiaire. Alors que les années 80 ont connu des retournements considérables dans les débats concernant le rôle de l'Etat dans le financement et la prestation des services sociaux, l'accès aux fonds internationaux en matière de développement continue à dépendre en grande partie de la présence d'un gouvernement universellement reconnu. Par contraste, l'accès à l'aide d'urgence n'est pas assujéti aux mêmes conditions. L'aide humanitaire est de plus en plus octroyée hors des structures gouvernementales officielles et peut même être distribuée sans l'approbation officielle du gouvernement (Borton, 1994).

Il en résulte que la transformation de l'aide d'urgence en aide au développement implique le rétablissement de relations officielles entre la communauté internationale et le gouvernement bénéficiaire, qui reconnaissent et légitiment à la fois le régime. Si la réhabilitation apparaît essentiellement comme une activité de développement, plutôt que comme une intervention d'aide d'urgence, alors la présence et la reconnaissance d'un gouvernement national légitime sera une condition nécessaire au financement international. Dans le cas contraire, la réhabilitation peut être conçue comme étant une activité qui se situe entre l'aide d'urgence et le développement et qui ne confère de légitimité ni au gouvernement ni aux autres partenaires bénéficiaires.

C'est la légitimité douteuse des gouvernements de transition qui soulève de graves dilemmes pour la gestion de l'aide internationale dans les situations 'post'-conflictuelles et qui est partiellement responsable du manque de continuum entre l'aide d'urgence et l'aide au développement.

Le statut juridique incertain des gouvernements *de facto* (comme en Erythrée entre 1991 et 1993 et au Nord-Ouest de la Somalie depuis 1991), ou leur légitimité incertaine avant les élections (comme au Cambodge en 1991-1993) présente des difficultés majeures à l'organisation et à la gestion de l'aide internationale. En particulier, la question se pose de savoir qui détient la responsabilité d'identifier les priorités d'action et de déterminer l'allocation des ressources internationales et externes.

L'incertitude en ce qui concerne la légitimité des Etats 'post'-conflictuels bénéficiaires reflète un ensemble plus vaste de faiblesses, relatives à la conception et à l'organisation, au sein du système d'aide internationale, dans la façon de réagir devant l'instabilité. A un niveau conceptuel, il est de plus en plus admis que les objectifs et les stratégies en matière d'aide d'urgence et de développement sont fréquemment incompatibles. Duffield (1994b) a cependant soutenu que tous deux proviennent d'un modèle développementaliste qui perçoit le processus du développement comme étant un processus linéaire, forcément progressif, défini essentiellement du point de vue de la croissance économique. Les catastrophes, y

compris celles qui sont liées au conflit, ont été conçues comme étant des interruptions provisoires dans ce processus, et il a été supposé qu'une fois que le danger s'est estompé, un développement "normal" peut reprendre (Duffield, 1994b ; Borton information personnelle). S'inspirant en grande partie de l'expérience tirée de la sécheresse et d'autres catastrophes naturelles des années 1970, les opérations d'aide d'urgence se sont en grande partie concentrées sur la distribution de contributions matérielles, telles que vivres et médicaments, pour permettre la survie physique pendant les périodes de crise (passagère).

Ces approches développementalistes n'ont pu relever le défi que présentent les désastres politiques pour trois raisons essentielles. Tout d'abord, les approches actuelles à l'aide d'urgence procèdent de l'hypothèse que la crise est essentiellement matérielle et que l'aide d'urgence est neutre du point de vue politique. Dans les urgences politiques complexes, il est important de se rendre compte que le facteur principal qui limite l'accès aux ressources de base est politique et que, dans ces circonstances, l'aide d'urgence est une ressource politique. Ainsi, alors qu'en principe l'aide d'urgence n'est pas considérée comme appuyant ou légitimisant un régime ou un groupe particulier, *de facto* elle peut conforter des groupes violents et oppressifs (Keen et Wilson, 1994).

Ensuite, les modèles d'aide d'urgence conventionnelle supposent qu'une fois que le danger s'est estompé, les gens pourront reprendre des activités sociales et économiques "normales". La nature et la durée des catastrophes politiques complexes réduisent sévèrement la base de ressources économiques, humaines et institutionnelles nécessaires pour assurer la sécurité financière et sociale. Ceci laisse entendre que, même lorsque le danger (conflit) s'est estompé, les communautés déchirées par un conflit demeureront extrêmement vulnérables.

Enfin, étant donné que le conflit représente les structures politiques et économiques qui existaient précédemment, il s'avèrera nécessaire de redéfinir, et pas tout simplement de reprendre, les stratégies d'avant le conflit en matière de développement.

Les limites des approches internationales actuelles s'agissant de l'aide d'urgence et du développement présentent trois conséquences essentielles sur la conception des interventions en matière de réhabilitation dans les sociétés déchirées par un conflit. En premier lieu, la réhabilitation a été conçue comme étant le lien entre l'aide d'urgence et le développement. Ceci suppose que la teneur et les stratégies de l'aide d'urgence et du développement sont suffisamment compatibles pour permettre d'être liées - ce qui est une supposition problématique. Les critères appliqués pour planifier les opérations d'aide d'urgence sont essentiellement concernées par la survie physique des individus⁴ ; en revanche, les activités de développement sont planifiées par rapport au caractère durable et approprié des systèmes sociaux et économiques. Il s'agit-là de deux catégories distinctes d'objectifs que le concept de réhabilitation ne saurait facilement concilier.

Deuxièmement, présumer qu'il y a un mouvement linéaire et progressif de l'aide d'urgence à la réhabilitation puis au développement, présente un risque. Etant donné le caractère chronique de l'instabilité dans de nombreux pays et sa géographie complexe, il est souvent difficile de distinguer si les stratégies en matière d'aide devraient s'inquiéter de l'aide d'urgence, de la réhabilitation ou du développement (Seaman, 1994). Les distinctions qui existent entre ces trois catégories d'activités tendent à refléter les concepts organisationnels des organismes internationaux et ne saisissent pas forcément la réalité plus complexe et plus instable des populations déchirées par un conflit (Davies, 1994).

En dernier lieu, étant donné que le conflit peut être considéré comme représentant l'échec des systèmes sociaux et économiques existants auparavant, il sera nécessaire de ne pas rétablir les institutions d'avant le conflit, mais plutôt de les réorienter vers les nouvelles conditions et les nouvelles aspirations de la période 'post'-conflictuelle.

⁴ Pour nombre d'organismes internationaux d'aide humanitaire, tels que le Comité international de la Croix Rouge, maintenir la pureté de cet objectif humanitaire fondamental est subordonné au fait de ne pas prendre part à des débats ni à des interventions qui traitent du développement économique et politique à long terme des groupes.

A l'époque de la légitimité incertaine d'un régime de transition, qui peut, et qui devrait, définir le cadre et l'orientation de la réhabilitation ? Les efforts déployés en matière de réhabilitation devraient-ils chercher à recréer ou à réformer les institutions et les systèmes existants avant le conflit, y compris les services de santé ?

La division du travail institutionnel et des mandats a engendré une confusion terrible pour savoir à qui les objectifs de réhabilitation devraient appartenir dans le cadre du système d'aide internationale. La figure 1 trace la position de divers organismes d'aide internationaux par rapport aux modalités changeantes de l'aide et aussi aux conditions de sécurité changeantes et de la légitimité de l'Etat telle que perçue par les acteurs nationaux et internationaux. Elle suggère que, tout en étant aux extrêmes de l'insécurité et de la sécurité et de la décentralisation/centralisation de l'autorité, les mandats et les responsabilités sont relativement clairs ; au milieu se trouve une vaste zone grise où les différents types d'acteurs interviennent ou n'interviennent pas selon le cas.

Repenser les mandats des organismes internationaux et les divisions qui se trouvent entre les orientations budgétaires d'aide d'urgence et de développement implique que l'on surmonte le dilemme de la légitimité présenté brièvement ci-dessus.

La façon dont on a fait face à ces dilemmes par rapport au secteur de la santé sera analysée dans la troisième section. Comme prélude à cette discussion, la section 2.4 identifie les principaux défis qui se présentent aux systèmes de santé dans les situations 'post'-conflituelles.

2.4 La réhabilitation du secteur de la santé : définir le problème

La violence exerce des effets directs et indirects sur le statut de la santé et sur les systèmes de santé (Zwi et Ugalde, 1989). Les effets directs sont ceux qui sont liés au combat et englobent les morts et les blessés, et la destruction de l'infrastructure et de l'équipement de la santé. Cependant, les effets indirects des changements sociaux, politiques et économiques qui sont à la fois sous-jacents au conflit et

précipités par ce même conflit, sont plus significatifs sur le plan de la mortalité et de la morbidité ensemble.

Zwi et Cabral (1991) ont assimilé le conflit aux “situations à haut risque” nuisibles à la santé. Par exemple, le risque de viol par le personnel militaire, l’augmentation éventuelle des niveaux de prostitution car les femmes cherchent à se procurer des revenus en espèces faute d’autres activités productives, et la rupture des services de santé et la réduction qui s’ensuit des possibilités de traiter les maladies sexuellement transmissibles, facteurs qui augmentent tous la vulnérabilité à l’infection du VIH des populations déchirées par un conflit (Zwi et Cabral, 1991 ; Smallman-Raynor et Cliff, 1991 ; Bond et Vincent, 1990).

Dans le cas des systèmes de santé, le conflit a tendance à aggraver les faiblesses structurelles qui existaient avant le conflit. La figure 2 essaie de résumer l’impact qu’exerce le conflit sur les systèmes de santé. Ce qui est visible sur le schéma est la complexité des problèmes qui se présentent aux services de santé dans ces environnements : ce qui est en cause est bien plus qu’un problème d’infrastructure brisée. Pour mettre en relief quelques-uns des problèmes les plus cruciaux, voici quelques exemples :

L’impact du conflit sur la base de ressources humaines

Voici comment des informateurs du Soroti, région septentrionale de l’Ouganda déchirée par un conflit de 1986 à 1992, ont décrit l’impact qu’exerce le conflit sur la base de ressources humaines :

“[Il y avait] trois facteurs différents qui ont affecté la base de ressources humaines sur le plan de la santé : quelques agents sanitaires qui n’étaient pas du Soroti, et notamment les agents sanitaires Bantous (du sud) ont pris la fuite parce que les rebelles les prenaient pour cible. La plupart d’entre eux ont fui la région ... il s’agissait souvent du personnel le plus qualifié et avant la guerre ils formaient 50 % du personnel officiel. D’autres ont craint d’être contraints de soigner les rebelles s’ils demeuraient dans les zones rurales.

S'ils avaient été pris, ils auraient été punis par la NRA (l'armée du gouvernement). Dans l'hôpital du Soroti nous avons à l'heure actuelle un seul docteur pour un hôpital de 250 lits et même lui est handicapé par une blessure de guerre" (cité dans Macrae et al, 1993).

Cet extrait montre comment un mélange de désaccord ethnique, de crainte des représailles et de blessures affectent la répartition et la disponibilité des ressources de santé dans les communautés déchirées par un conflit. Le transfert de ressources des zones rurales aux zones urbaines est particulièrement important, de même que le fait que ce sont les professionnels de la santé les plus hauts placés et les plus compétents qui sont susceptibles de partir les premiers. Un grand nombre de ceux qui ont été interrogés dans le Soroti en 1993, lorsque le conflit était en grande partie fini, pensaient que le problème avait des chances de s'aggraver plutôt que de s'améliorer à l'avenir : ainsi, par suite de la perturbation causée au système scolaire, associée à des niveaux élevés de pauvreté dans la période 'post'-conflictuelle immédiate, un nombre relativement moins élevé de jeunes achèvent leur scolarité dans cette région et entrent à l'université.

L'impact du conflit sur les orientations et la gestion

Les effets de la fuite des cerveaux, la peur et une rupture du financement des systèmes de santé, ont un effet majeur du point de vue de la capacité nationale à procéder à l'élaboration des décisions, à la planification et à la gestion dans les pays déchirés par un conflit. En Ouganda, outre la perte de ressources humaines essentielles, l'environnement d'oppression et le chaos politique a également fait que "... pendant des années la politique (de la santé) a été instaurée par arrêté, personne ne savait en quoi la politique de la santé consistait vraiment, au cours des ans elle était devenue une collection ponctuelle de déclarations plutôt qu'un cadre juridique intégré d'action gouvernementale" (entretien avec un professionnel de la santé haut placé, rapporté dans Macrae et al, 1993). En raison de son isolement au cours des années 1970 et au début des années 1980, l'Ouganda n'a pas eu la possibilité de participer aux débats internationaux en matière de santé, et particulièrement à ceux qui touchaient aux soins de premier recours. Par suite de l'association de ces effets

dus au conflit sur les orientations et la gestion, lorsque la plupart du pays a retrouvé une paix relative en 1989, la capacité nationale à élaborer des directives pour guider le processus de réhabilitation était extrêmement limitée.

L'impact du conflit sur le financement de la santé

Mesurer l'impact économique du conflit est une chose complexe, à commencer parce qu'il est souvent difficile de distinguer entre la pression économique en tant que facteur qui encourage la vulnérabilité à la violence et la pression économique occasionnée par la violence elle-même : celles-ci se renforcent manifestement mutuellement. Les caractéristiques les plus importantes à noter sur le plan des aspects économiques et du financement des soins médicaux dans les sociétés déchirées par un conflit sont : la réduction des budgets publics disponibles pour la santé ; la privatisation des fonds et des prestations et finalement, les modalités changeantes du soutien international pour le financement de la santé.

En règle générale, la disponibilité de fonds publics pour les soins médicaux baisse considérablement dans les sociétés déchirées par un conflit. Stewart (1993) remarque qu'il existe des variations considérables dans la performance économique et les orientations des pays déchirés par la guerre, et leur capacité à maintenir le revenu public et par suite à financer les services publics. Là encore, ces variations semblent être liées au type de conflit et notamment à la capacité des gouvernements à contrôler l'économie. Chose intéressante, elle suggère que la capacité fiscale et les choix du gouvernement en matière de dépenses sont plus importants pour déterminer la disponibilité des fonds destinés au secteur public que les effets de la militarisation (p369). En Ouganda, tout comme au Cambodge, la capacité de l'administration centrale à lever des impôts a été sensiblement interrompue par le conflit : en 1986, en Ouganda, par exemple, les revenus tirés des recettes fiscales représentaient seulement 6 % du PIB, par contraste avec la moyenne régionale s'élevant à plus de 20 % (Lateef, 1990).

En Ouganda, au cours de l'exercice budgétaire de 1986, le budget du ministère de la Santé ne valait que 6,4 % des niveaux qu'il avait atteints au cours des années

1970 (avant la guerre). Même dès 1988/1989, où une sécurité relative avait été atteinte, la valeur, par habitant, des dépenses du ministère n'était que de 16,1 % de ses niveaux des années 1970 (UNICEF, 1989). Comme le fait remarquer un rapport de Save the Children Fund (datant de 1993), ce qui était alarmant dans ces chiffres, ce n'était pas tant leurs niveaux aussi bas, mais bien le fait qu'ils avaient été beaucoup plus élevés que par le passé. L'expérience de l'Ouganda se trouve en contraste avec celles de pays tels que le Nicaragua et le Mozambique où les niveaux d'imposition ont été maintenus à des niveaux élevés permettant des niveaux soutenus de dépenses publiques dans le secteur social (Stewart, 1993).

A mesure que diminuait la capacité publique de financement de la santé en Ouganda, les prestations privées ont augmenté. Whyte (1990) fait remarquer que l'auto-gestion - forme la plus extrême de privatisation - était souvent le seul choix qui s'offrait aux gens. Parallèlement, le rôle des guérisseurs traditionnels a augmenté. En Ouganda, tout comme au Cambodge, les agents sanitaires qui avaient précédemment travaillé dans le système de santé public ont travaillé hors des services de santé de l'Etat afin de maintenir leurs revenus à mesure que les salaires gouvernementaux se détérioraient, au point de se trouver en deçà des niveaux minimum pour vivre (ibid, de Sweemer, information personnelle). En revanche, en Ethiopie, malgré des déclinés accumulés du budget global de la santé au cours des années 1980, les salaires des agents sanitaires ont été fixés au-dessus des taux minimum pour vivre et ont été payés régulièrement, permettant aux agents sanitaires de rester en place et au sein du système de santé public (entrevues effectuées par l'auteur, E Hararghe ; Christian Gunnenberg, information personnelle).

Un dernier aspect de la privatisation est le rôle changeant que jouent les ONG internationales dans la prestation de services de santé dans les pays déchirés par un conflit. Dans les cas où les donateurs internationaux ne sont pas disposés à s'engager avec les autorités nationales, les ONG deviennent un moyen primordial de canaliser les ressources, particulièrement en ce qui concerne la santé. Hanlon (1991) a décrit ce phénomène au Mozambique, soutenant qu'il s'est soldé par des distorsions considérables du système de santé. La prolifération des ONG, chacune travaillant dans son propre domaine de micro-politique, bornée par ses sphères de

projets plutôt que par des orientations nationales, peut menacer le développement d'un système de santé cohérent et efficace. Duffield (1991) a fait des commentaires du même ordre sur l'émergence d'un filet de protection sociale, fonctionnant grâce aux ONG, mis en place pour maintenir les services de première nécessité dans les zones de conflits. La question essentielle qui se fait jour dans la période de transition est de savoir si les services des ONG peuvent être intégrés au sein d'un système national de santé et comment cela peut se faire.

Somme toute, les situations 'post'-conflictuelles se caractérisent par un lourd fardeau de maladies et de blessures ; dans le même temps, la capacité des systèmes de santé à satisfaire aux besoins accrus est sévèrement réduite par l'érosion de la capacité nationale en matière de financement et de prestations de la santé. Il est donc nécessaire de développer la capacité du service de santé. Ce développement prend souvent deux formes : en premier lieu, la réhabilitation de l'infrastructure endommagée et/ou l'incorporation d'unités sanitaires qui étaient hors du contrôle du gouvernement dans les régions entre les mains des rebelles. En deuxième lieu, il est probable qu'il sera nécessaire d'élargir les systèmes de santé pour englober les populations qui auparavant étaient mal desservies. Ce dernier point est profondément lié au processus de consolidation de la paix car les nouveaux gouvernements visent à conforter leur légitimité.

Cependant, la capacité à financer ce développement et à fournir des ressources humaines et de gestion satisfaisantes risque d'être extrêmement limitée.

Ceci représente le troisième dilemme de la planification en matière de réhabilitation : à savoir, comment développer le système de santé dans un environnement où il est probable que les ressources disponibles pour la santé seront inférieures à celles qui existaient dans la période d'avant le conflit ?

Faire face à ce dernier dilemme dépendra de l'élaboration de priorités en matière de réhabilitation qui soient conformes à la capacité future et actuelle.

3. Répondre aux Dilemmes de la Réhabilitation : L'expérience à ce jour

Cette section fait rapport sur l'expérience d'un certain nombre de pays pour faire face aux dilemmes que pose la planification de la réhabilitation exposée brièvement ci-dessus. A la fin de chaque subdivision, des recommandations sont formulées en vue de l'élaboration éventuelle d'une stratégie future.

3.1 Faire face au dilemme de la légitimité

Le dilemme de la légitimité a deux implications distinctes, mais toutefois liées, pour la planification en matière de santé : tout d'abord, qui devrait être chargé de décider de l'allocation des ressources nationales et internationales consacrées à la santé pendant la période de transition ? Ensuite, par le biais de quelles institutions les ressources, et notamment les ressources d'aide d'urgence, devraient-elles être canalisées ? Ces questions se posent de façon particulièrement urgente dans les situations de transition car de vastes sommes d'aide par rapport à l'ampleur des fonds publics sont dégagées assez subitement dans des environnements pauvres en ressources où manque un cadre d'action national pour guider l'allocation des ressources destinées à la santé.

Il est important de veiller à la cohérence des interventions en matière de réhabilitation durant la période de transition afin de s'attaquer à la fragmentation du financement et des prestations qui est caractéristique des systèmes de santé pendant le conflit. Cette fragmentation est typiquement institutionnelle, en ce sens que de nombreux acteurs différents - gouvernement, rebelles, ONG et organisations multilatérales - font tous des choses différentes à des endroits différents. Elle est également géographique en ce sens que différentes populations ont un accès différentiel aux ressources de santé pour des raisons historiques, de sécurité et politiques. La cohérence de la planification en matière de santé est également importante car la distribution de l'investissement pendant la période de transition influencera les perspectives à long terme du développement des systèmes de santé.

Meier (1993), écrivant sur la réforme macro-économique a souligné la nécessité d'identifier ce qu'il appelle "les mécanismes constituants" de l'élaboration des décisions afin de définir et de mettre en oeuvre un changement d'orientation. En d'autres termes "des décisions doivent être prises sur la façon dont les décisions peuvent être prises" (ibid, p387). Une telle constitution a besoin d'identifier des mécanismes qui définissent à la fois comment les différents acteurs communiquent avec une autorité nationale et comment les organismes communiquent les uns avec les autres.

Dans les situations analogues à celle qui existe en Ethiopie, où le nouveau régime politique a été reconnu très rapidement par la communauté internationale et où les structures bureaucratiques sont demeurées relativement intactes pendant toute la guerre, la communauté des donateurs était disposée à canaliser par la filière gouvernementale la majorité de ses ressources destinées aux interventions de réhabilitation. Par le biais du mécanisme du Programme d'urgence pour le redressement et la réhabilitation, mené par la Banque mondiale (PURR), des médicaments essentiels dont la valeur s'élevait à environ 40 millions de dollars américains ont été canalisés par le ministère de la Santé vers des centres répartis dans tout le pays. Ce programme, conçu et mis en place rapidement, est arrivé à un moment où les réserves en médicaments du pays avaient été réduites à un niveau critique en raison du manque de devises étrangères et de l'interruption de la production locale. Grâce à ces médicaments, les centres médicaux ont pu rapidement recommencer à offrir un niveau de base de services, encourageant le personnel sanitaire à rester à son poste et rétablissant les niveaux d'utilisation. Ces points ont été déterminants pour le succès du programme : la disponibilité au pied levé de niveaux relativement vastes de fonds, la coordination des donateurs sous l'égide la Banque mondiale et une capacité suffisante au sein de l'administration publique aux niveaux central et local pour la conception et la mise en oeuvre du programme.

L'expérience de l'Ethiopie en matière de réhabilitation offre l'exemple de plus en plus rare d'un régime de transition qui avait à la fois l'autorité et la compétence d'orienter le processus de redressement. Elle est en contraste prononcé par rapport

à l'expérience d'un certain nombre d'autres pays où les mécanismes nationaux d'élaboration des décisions ont soit fait défaut soit n'ont pas été jugés légitimes ou suffisamment compétents. Dans ces contextes, un certain nombre de stratégies ont été développées pour s'adapter aux conditions de transition.

Au Cambodge, par exemple, les Accords de Paris, qui ont posé les jalons du cadre juridique de la transition, prévoyaient la création d'un Conseil national suprême, composé de représentants de toutes les principales factions du pays. Au titre de l'accord de paix, il a été établi que les pouvoirs visant à assurer la mise en application des accords et à mettre en oeuvre la réhabilitation seraient délégués à l'Autorité des Nations unies au Cambodge pour la période de transition (UNTAC). Cette responsabilité cesserait lorsqu'une assemblée constituante aurait été élue.

Reprenant les principes des Accords de Paris, la Banque mondiale a souligné qu'il était important de commencer en partant du prémisses que les services publics sont assurés par les administrations publiques et non par les ONG ni les organismes internationaux. Elle a également mis en garde contre la création de programmes parallèles mais analogues destinés à des groupes différents de la population tels que les personnes qui retournent dans leur pays, les populations déplacées dans le pays et les soldats démobilisés (Banque mondiale, 1994a : CCC, 1992).

Lors de la conférence ministérielle qui s'est déroulée à Tokyo en juin 1992, les pays donateurs et les organismes d'aide internationaux ont fait des promesses de dons s'élevant à plus de 800 millions de dollars américains, somme qui dépassait de loin l'appel lancé par le secrétaire général des Nations unies (Curtis, 1994).

Malgré les mises en garde de la Banque mondiale, le volume d'aide destiné au secteur de la santé pendant la période de transition a évité en grande partie de passer par l'administration centrale. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux ont tous deux cherché à pourvoir aux besoins des centres de santé publics au niveau local, souvent en déboursant des fonds par l'intermédiaire des ONG (Banque mondiale, 1994a). La période de transition a connu un développement rapide du rôle des ONG en matière de prestations de santé. En 1988, il a été estimé que 27 ONG fournissaient

approximativement 10 millions de dollars américains annuellement en aide d'urgence et au développement, dont une forte proportion allait au secteur de la santé. Une enquête récente a indiqué qu'en 1992, 28 millions de dollars américains ont été canalisés vers le secteur de la santé par l'intermédiaire des ONG (Cambodge, 1992).

Ce développement de l'aide assurée par les ONG reflète la disponibilité accrue des fonds internationaux destinés au Cambodge et la réticence des donateurs bilatéraux, et dans une moindre mesure, des organisations multilatérales, à s'engager directement avec le gouvernement jusqu'à ce qu'ait eu lieu les élections de la mi-1993 ou même après les élections (ibid). Ce schéma d'aide des donateurs reflète l'expérience de l'Ouganda et du Somaliland où les interventions en matière de réhabilitation sont en grande partie composées d'interventions menées par les ONG à un micro-niveau. Tout en ayant permis un élargissement des prestations des services, ces interventions des ONG n'ont pas été mises en oeuvre dans un cadre d'action national cohérent (Macrae et al, 1993 ; Forsythe, information personnelle).

Au Cambodge, une tentative a été faite de développer un tel cadre. En 1991, le Comité de coordination pour la santé (CoCom) a été instauré qui faisait appel à une représentation de haut niveau du ministère de la Santé et des organisations internationales et non gouvernementales (Cambodge, 1992). L'Organisation mondiale de la santé a assuré une assistance au secrétariat du CoCom (OMS, 1994). Le développement de ce mécanisme de coordination de la politique de la santé au Cambodge pendant la période de transition a potentiellement un retentissement international important. Le CoCom représente l'une des rares tentatives visant à travailler avec les autorités sanitaires en place pour fournir une structure de gestion cohérente à la réhabilitation des services de santé pour guider les interventions d'aide internationales.

Sa capacité à influencer les programmes de santé financés à l'échelle internationale, cependant, a été entravée par un certain nombre de facteurs. Biberson et Goemare (1993) soutiennent que parce que le CoCom était présidé par le Vice-ministre de la Santé, membre du gouvernement soutenu par le Vietnam, l'UNTAC était peu

disposée à travailler avec ce comité. L'UNTAC interprétait strictement son mandat comme étant de travailler pareillement avec les différentes factions, évitant ainsi d'être accusé de légitimer la capacité d'une autorité, dans ce cas le ministère de la Santé, à développer un programme d'action (Utting, 1994). Il pourrait également être soutenu que les organisations internationales, et notamment les ONG dotées de pouvoirs grâce à des ressources relativement appréciables, et encouragées par l'exemple de l'UNTAC, pourraient sans problème ne pas tenir compte des prescriptions et des directives générales élaborées par le CoCom (Banque mondiale, 1994a ; Macrae et Zwi, 1994a).

L'expérience du Cambodge se reflète en Palestine où une stratégie différente s'est fait jour. Le Conseil économique palestinien pour la reconstruction économique (CEPRE) a été créé en octobre 1993 par l'Autorité nationale palestinienne avec l'appui de la Banque mondiale, en tant qu'organisation semi-autonome dotée d'une responsabilité centrale pour gérer l'aide internationale en matière de reconstruction et de développement. Un facteur motivant important qui est à l'origine de la création du CEPRE était le désir de séparer les éléments techniques de l'élaboration de politiques, de la prise de décision politique (Forsythe et Zwi, 1994). Une telle répartition n'a pas été viable en pratique et la politisation de plus en plus grande du CEPRE a sapé la confiance des donateurs, ralentissant le rythme de déboursement de fonds. Dans ces conditions, les ONG - que l'on estime comme étant neutres et efficaces bureaucratiquement, deviennent un mécanisme attrayant pour augmenter les taux de réalisation. Cependant dans l'environnement politiquement complexe de la Palestine, où des groupes différents visent à maximiser leur crédibilité politique, les ONG peuvent devenir un instrument par lequel augmenter les ressources et susciter le soutien populaire. Dans cet environnement, les prétentions à la neutralité des ONG exige un examen minutieux.

Somme toute, l'aide destinée à la réhabilitation dans de nombreuses situations 'post'-conflituelles se caractérise par la prolifération d'acteurs et d'activité, essentiellement hors des filières gouvernementales, et par le manque d'un cadre d'action défini et de mécanismes de coordination. Dans ce contexte, le risque que les ressources ne seront pas utilisées de manière efficace est considérable.

L'encadré 1 identifie les questions clefs qui se posent aux planificateurs confrontés au dilemme de la légitimité.

Encadré 1

*Répondre au dilemme de la légitimité :
Questions clefs pour une stratégie future*

Définir les objectifs de la réhabilitation

Il existe un paradoxe en ce sens que, dans nombre de situations de transition, on ressent le besoin d'encourager le développement d'institutions officielles puissantes afin d'encourager la stabilité ; parallèlement, du fait que beaucoup d'interventions en matière de réhabilitation sont mises en oeuvre hors des structures étatiques, il n'est pas rare que le processus de réhabilitation ne serve pas à renforcer ces institutions à long terme. Bien que l'on puisse se demander s'il est souhaitable que les Etats soient puissants, force est de constater qu'il est nécessaire qu'ils le soient afin de rétablir des activités de développement à long terme et de réaliser des programmes de réforme économique et sectorielle.

Afin d'augmenter la capacité de planification et de gestion dans le secteur de la santé à long terme, il sera donc important d'oeuvrer avec les fonctionnaires et les professionnels de la santé du pays afin d'accroître la base de compétences du pays. Dans la période de transition, il sera important d'oeuvrer avec les fonctionnaires, les professionnels de la santé et les représentants des collectivités locales pour développer un consensus sur les orientations en matière de politique de la santé pour l'avenir. Les organismes d'aide internationaux, y compris les ONG, peuvent remplir une fonction importante en facilitant ce dialogue, ce qui peut contribuer à des objectifs plus généraux de réconciliation politique.

Encadré 1 (suite)*Trouver une constitution pour la prise de décision*

Veiller à une coordination efficace de la réhabilitation du secteur de la santé implique l'instauration de principes fondamentaux que les différents acteurs doivent suivre et concevoir un mécanisme pour faire respecter ces principes. Dans les cas où un gouvernement reconnu est en place, il est impératif d'apporter son concours aux ministères responsables des administrations centrale et locales pour définir et surveiller l'observation de ces directives. Dans les cas où il n'existe pas d'administration centrale en place, les donateurs et les principaux organismes multilatéraux peuvent exercer une influence considérable en définissant des règles de base relatives à la planification de la santé (certaines de ces règles sont décrites de manière plus approfondie ci-dessous). Il peut s'avérer efficace d'identifier un tiers neutre, apte à jouer le rôle de médiateur entre les organisations gouvernementales, multilatérales et non gouvernementales, telles que l'Organisation mondiale de la santé.

Ces stratégies impliquent toutes deux que l'on accroisse les investissements dans les fonctions d'encadrement et de coordination : ceci ne doit pas être vu comme un détournement de fonds des activités opérationnelles, mais bien comme une condition préalable pour augmenter leur efficacité.

Conditionnalités et influence

En Ouganda, tout comme en Ethiopie, il a été imposé très peu de conditions à l'aide en matière de réhabilitation. Il y a toute latitude d'explorer l'utilisation éventuelle de conditionnalités dans les situations de transition pour encourager l'obligation de rendre compte et définir les mesures de réforme de base, comme par exemple, la réattribution des budgets militaires pour équilibrer les contributions internationales destinées au secteur de la santé, ou encore pour développer des stratégies de décentralisation et de financement de la santé.

Ces outils pourraient être utilisés pour promouvoir l'obligation de rendre compte des régimes de transition et établir le cadre d'un futur partenariat avec la communauté d'aide internationale.

3.2 Reconstruction, réhabilitation ou réforme ?

Peut-être n'est-il pas surprenant que, dans la plupart des pays, le principal pôle de convergence sur les initiatives de réhabilitation dans la période 'post'-conflictuelle

immédiate ait été de reconstruire l'infrastructure physique. Non seulement la restauration des bâtiments fournit la base matérielle pour le développement futur du système de santé, mais elle est souvent considérée comme étant dotée d'une valeur symbolique et psychologique importante, offrant ainsi un sentiment de retour à la normale.

Toutefois, l'expérience d'un certain nombre de pays suggère que le fait d'investir lourdement dans la reconstruction de structures sanitaires présente deux inconvénients majeurs : en premier lieu, cela présuppose que l'infrastructure en place avant le conflit convient à l'ère 'post'-conflictuelle. En Ouganda, cela n'était visiblement pas le cas : avant la guerre, il existait d'énormes inégalités dans la répartition et le type de services de santé des différentes régions du pays. En 1986, 41 % du budget de réhabilitation du secteur de la santé a été alloué à la réhabilitation du centre hospitalo-universitaire (CHU) principal de Kampala, malgré le fait que ce CHU ne desservait qu'une fraction de la population du pays. Dans l'ensemble, la majorité des fonds de réhabilitation ont été dépensés pour la réhabilitation des hôpitaux de quartier, avec relativement peu d'attention placée au niveau des centres médicaux. Dans ce cas, la réhabilitation a été assimilée à la restauration du système de santé d'avant le conflit presque dans son entier, sans se préoccuper outre-mesure d'ajuster les prestations du service de santé aux soins de premier recours ni de mieux répartir les prestations.

La réhabilitation du secteur de la santé a également eu tendance à être caractérisée par une programmation fortement verticale (Macrae et al, 1993). Alors que les programmes verticaux sont courants dans nombre de pays en développement, particulièrement pour le Programme élargi d'immunisation (PEI) et le Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD), dans les pays qui se redressent après un conflit, ces questions dominent souvent le secteur de la santé. Ceci est dû en partie au fait que les programmes verticaux font partie intégrante de maintes activités d'aide d'urgence et sont donc plus faciles à maintenir et à élargir pendant la période de transition, avant le rétablissement des services de santé publics. Pour les nouveaux gouvernements, les services verticaux, et notamment le PEI, jouissent également d'une grande popularité car ils sont une manifestations visible de

l'engagement et de la capacité à atteindre les populations dans des régions qu'ils ne contrôlaient pas précédemment. Le problème éventuel dans ces contextes, tout comme cela est le cas dans les régions qui ne sont pas déchirées par un conflit, est que l'intégration promise de ces programmes verticaux à une prestation horizontale de services, est souvent illusoire.

Le point de convergence sur l'infrastructure et sur la distribution de services essentiels par l'intermédiaire de programmes verticaux, reflète la tendance plus générale des programmes de réhabilitation à se concentrer sur la crise matérielle qui touche les systèmes de santé dans les pays déchirés par un conflit, plutôt que sur les crises plus profondes, sous-jacentes de financement et de gestion (Duffield, 1994b). Il peut être soutenu que, dans ce sens, les programmes de réhabilitation sont plus proches en concept et en conception des stratégies d'aide d'urgence que de celles de développement à long terme.

Ce qui est en cause ce n'est pas de savoir si la réhabilitation physique et l'immunisation doivent avoir lieu, mais bien comment elles seront financées à long terme étant donné l'impact du conflit sur le revenu national et sur celui des ménages. Il est possible que le développement rapide de l'infrastructure physique (que ce soit suite à la réhabilitation de centres qui n'étaient pas précédemment opérationnels ou à la construction de nouveaux centres dans des zones qui étaient insuffisamment desservies précédemment) et l'instauration de programmes verticaux au cours de la période de transition ne puissent être maintenus à plus long terme.

Au Cambodge, par exemple, en 1993, les dépenses du secteur public pour les soins médicaux s'élevaient au total à environ 7 millions de dollars américains, soit moins de 1 dollar par habitant (Banque mondiale, 1994a). On estime que, au cours de la même période, les dépenses des donateurs pour les services de santé se situaient aux alentours de 35 millions de dollars. Même en supposant que 40 % de cette somme soient alloués aux salaires des expatriés, les ressources extérieures représentent toujours des dépenses de santé de 4,4 dollars par habitant, soit quatre fois plus que les budgets du gouvernement (ibid).

De même, en Ouganda, en 1985, il a été estimé que, pour remettre le service de santé aux niveaux des années 70, il aurait fallu que le budget national de la santé soit de 5 à 12 fois supérieur au budget alloué (Scheyer et Dunlop, 1985). En Ethiopie, une augmentation, toute aussi spectaculaire (et improbable) des budgets de la santé, de 30 % sera nécessaire pour couvrir les dépenses courantes des nouveaux centres de santé et des centres réhabilités du pays (Banque mondiale 1994b).

Tant au Cambodge qu'en Ouganda, les donateurs font pression sur les gouvernements nationaux pour qu'ils ordonnent un processus de réforme du secteur de la santé afin de réduire les hauts niveaux de dépendance vis-à-vis de l'aide et la mauvaise distribution des prestations qui a recommencé, en partie à cause du processus de réhabilitation (Banque mondiale, 1994a ; Okounzi et Macrae, 1995). Parce que les programmes de réhabilitation ont eu tendance à renforcer le parti pris urbain, curatif, de l'ère pré-confliktuelle, force est, à plus long terme, de réorganiser le système de santé afin d'accroître l'efficacité et le rendement des dépenses de santé. La portée d'une redéfinition de cette nature reste à voir dans des pays où les niveaux absolus de fonds publics destinés à la santé se situent bien en dessous du seuil de 12 dollars américains par habitant que recommande la Banque mondiale (1993) pour assurer un ensemble minimum de services de santé.

L'encadré 2 met en relief les questions essentielles que les planificateurs doivent examiner pour répondre à ce second dilemme.

Encadré 2

***Réhabilitation ou réforme :
questions de stratégie future***

La réhabilitation : aide d'urgence ou développement ?

Le conflit aggrave les faiblesses sous-jacentes des systèmes de santé. Si l'on veut que la réhabilitation serve de base à un développement à long terme des services de santé, elle doit comprendre une analyse des problèmes auxquels doit faire face le système de santé qui soit holistique - composée à la fois de contraintes infrastructurelles et structurelles à la distribution du service de santé. Aller au-delà d'une approche à la réhabilitation orientée vers l'aide d'urgence et déterminée par les approvisionnements implique que l'on investisse dans les mesures d'action, dans les systèmes de planification et de gestion et dans le développement des ressources humaines. Une telle stratégie implique un calendrier supérieur aux 18-24 mois habituels qui délimitent la réhabilitation.

Dans les situations telles que celles de la Somalie et de l'Afghanistan où les structures étatiques se sont effondrées et où les institutions traditionnelles ont réapparé comme étant une force importante, il faut penser au-delà des modèles de soins médicaux définis par l'Etat. Même au sein de ce cadre d'action gouvernementale plus fragmenté, les orientations de base pour l'allocation des ressources devraient être développées, surtout relativement au budget d'investissement.

Encadré 2 (suite)

La planification du financement de la santé

Repenser la réhabilitation suggère également un réexamen des aspirations conventionnelles des systèmes de santé nationaux dans les environnements démunis. Supposer que les gouvernements nationaux appauvris et faibles seront en mesure de maintenir des systèmes de santé complexes, à forte consommation de ressources, sans avoir besoin de subventions internationales considérables, a des chances d'être irréalisable dans la plupart des pays. Les donateurs qui financent les activités de réhabilitation ont besoin de veiller à ce qu'il y ait un équilibre minutieux entre les contributions aux investissements et celles aux dépenses courantes destinées à la réhabilitation. Les préférences qui existent pour les dépenses d'investissement servent à encourager les investissements dans l'infrastructure physique souvent au prix du maintien des salaires et des réserves de médicaments qui sont plus importants pour déterminer le fonctionnement du système de santé. Si les donateurs souhaitent financer une expansion rapide des systèmes de santé dans les situations de transition, ces investissements doivent être planifiés par rapport à un cadre à long terme de planification de la santé qui prévoit la disponibilité de ressources tant nationales qu'internationales.

Exploiter les qualités du secteur privé indigène, qui prospère invariablement pendant un conflit, est un domaine qui offre des possibilités considérables ; mais il sera important d'envisager l'impact qu'exercent les services privés en expansion sur le système de santé public, là où celui-ci survit. Permettre aux collectivités d'utiliser des services privés, en réalité par le biais de l'information concernant la prévention et les soins curatifs de base, devrait aussi être étudié. *L'expérimentation et l'innovation*

Le vide en matière d'action gouvernementale qui caractérise les situations de transition 'post'-conflictuelle présente une chance et une menace à la fois. Il existe des possibilités considérables d'innovation et d'expérimentation pendant la période de transition : par exemple, l'instauration de projets pilotes étudiant différents mécanismes de financement de la santé. Les possibilités de recherche opérationnelle dans ces environnements sont considérables : la pauvreté de la base d'information est telle qu'il y a un besoin important d'expérimenter avec différents modèles de financement et de prestations. Les résultats de ces expériences peuvent être utilisés pour guider le processus d'élaboration de directives une fois qu'un gouvernement reconnu est en place.

Encadré 2 (suite)*L'expérimentation et l'innovation*

Le vide en matière d'action gouvernementale qui caractérise les situations de transition 'post'-conflictuelle présente une chance et une menace à la fois. Il existe des possibilités considérables d'innovation et d'expérimentation pendant la période de transition : par exemple, l'instauration de projets pilotes étudiant différents mécanismes de financement de la santé. Les possibilités de recherche opérationnelle dans ces environnements sont considérables : la pauvreté de la base d'information est telle qu'il y a un besoin important d'expérimenter avec différents modèles de financement et de prestations. Les résultats de ces expériences peuvent être utilisés pour guider le processus d'élaboration de directives une fois qu'un gouvernement reconnu est en place.

Les salaires des agents sanitaires du service public

L'expérience éthiopienne suggère que lorsque le personnel sanitaire reste en place la capacité des services de santé à survivre à un conflit et à la transition 'post'-conflictuelle est renforcée. Un facteur clef qui a permis au personnel de rester à son poste est qu'il a continué à être payé. Si cela s'explique en partie par le fait que les institutions bureaucratiques essentielles, y compris les départements responsables du fichier des salaires ont continué à fonctionner dans de grandes parties du pays, il est tout aussi important que les ressources aient été mises à leur disposition pour payer le personnel. Comme les salaires avaient été fixés au-dessus des niveaux minimum pour vivre, les membres du personnel ont été moins incités à travailler dans le privé. Dans la période 'post'-conflictuelle immédiate, il faudrait faire extrêmement attention aux stratégies visant à maintenir les salaires des employés du service de santé public.

3.3 Les mandats flous et le programme manqué⁵

Une contrainte qui pèse sur le développement de la cohérence et d'une vision à long terme de l'aide internationale en matière de réhabilitation est que "lorsqu'il s'agit de réhabilitation, personne ne sait vraiment qui est responsable. Chacun en fait un peu" (entretien avec un officiel de l'ONU, mentionné dans Macrae et al, 1994a).

Par exemple, la "réhabilitation d'urgence" est définie comme étant la responsabilité

⁵ Biberson et Goemare (1993) mentionnent le "programme manqué" de la reconstruction des soins médicaux.

du Département des Affaires humanitaires dans le cadre des Nations unies, et de celle du Département d'aide d'urgence de la British Overseas Development Administration [Organisme gouvernemental britannique d'aide aux pays en voie de développement]. La "réhabilitation qui ne présente pas une urgence", dans le premier cas, fait partie des attributions du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et, dans le deuxième, des sections géographiques. Les distinctions employées ne sont pas très claires en principe et en pratique elles sont reflétées dans la vaste palette d'organismes qui s'occupent de "réhabilitation".

Par suite du manque de mandat défini en matière de réhabilitation entre les institutions spécialisées de l'ONU et les diverses sections des organismes donateurs et quelques ONG, les organismes et le personnel expérimentés en aide d'urgence se livrent de plus en plus à des initiatives de réhabilitation. Par exemple, la participation du Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (HCR) à la réintégration des réfugiés dans un certain nombre de pays a, en réalité, élargi son domaine d'activité au-delà de son rôle traditionnel de protection et d'aide d'urgence aux réfugiés et l'a transformé en un rôle de développement de la communauté. Les raisons de cet engagement élargi sont fondées sur la prise de conscience que la viabilité de la solution de rapatriement dépend de la satisfaction des besoins de base des rapatriés et de ceux des collectivités qui les accueillent. La difficulté éventuelle, cependant, est que, du fait de leur nature même, ces interventions sont conçues très rapidement et pour un temps assez court (de 12 à 18 mois) ; dans le cas du HCR, par un organisme qui a peut-être l'expérience de populations de réfugiés qui reviennent mais pas de la communauté à laquelle ils reviennent. Dans le cas du secteur de la santé, un projet d'"impact rapide" [Quick Impact Project, ou QUIP] comprend la réhabilitation d'un centre de santé et une aide financière pour les dépenses courantes des salaires et des médicaments pour une période d'un an (HCR, 1994). Cette stratégie implique qu'une autre autorité prendra la responsabilité de ces activités après la première année : l'expérience suggère que ceci est souvent problématique (van Brabant, 1994).

L'absence de mandat défini en matière de réhabilitation se reflète dans de nombreux organismes par le manque de procédures servant à adapter le financement et les

activités de réhabilitation. Alors que les objectifs de réhabilitation envisagent clairement de s'éloigner du court terme, la programmation à forte consommation de ressources de l'aide d'urgence, offrant une assistance relativement promptement pour encourager la transition vers la paix n'est pas conforme au processus habituellement rigoureux et qui prend beaucoup de temps de programmation du développement.

Les restrictions qu'imposent les procédures existantes ont entraîné un certain nombre d'adaptations au sein des organismes donateurs. Par exemple en 1992, la Commission européenne a instauré un Programme spécial de Réhabilitation pour l'Afrique de 100 MECU, s'inspirant d'orientations budgétaires pré-existantes en matière d'aide d'urgence et de développement (Commission européenne, 1993). De même, le nouveau budget de 20 millions de dollars américains (1993-94) destiné au Bureau des Initiatives de transition dans le cadre de USAID provient en parts égales d'orientations en matière d'aide d'urgence et de développement. Toutefois, l'évaluation et les procédures administratives habituelles auxquelles sont assujettis les programmes de développement sont en grande partie contournés afin d'assurer une identification et une mise en oeuvre rapides du projet, les initiatives d'USAID tout comme celle de la Commission européenne s'appuient presque exclusivement sur les ONG pour proposer et exécuter les projets. Les forces de ces innovations font aussi leur faiblesse : dans la quête d'instruments qui permettent une aide financière à déboursement rapide, les procédures mêmes qui sont utilisées pour évaluer la viabilité et l'efficacité sont souvent contournées.

Dans les situations d'urgence, nombre d'organismes bilatéraux et multilatéraux ne peuvent effectuer, ou n'effectuent pas, d'exercice de programmation du pays visant à guider leur stratégie. L'absence de mécanismes pour lier les donateurs à un cadre d'action national, associé au degré élevé de dépendance des donateurs par rapport aux ONG s'agissant de la conception et de la mise en application du projet, tendent à renforcer la tendance des programmes de réhabilitation à adopter des approches fortement décentralisées, non intégrées en matière d'aide d'urgence plutôt que celles du développement. Les difficultés que soulève l'absence d'un cadre d'action gouvernementale national solide rend encore plus impératif que les donateurs et les

organismes internationaux développent leurs propres stratégies bien définies et oeuvrent pour développer un consensus inter-organismes sur les priorités et les lignes directrices en matière d'exécution.

Encadré 3

Les mandats flous et le programme manqué : questions de stratégie future

! Le manque d'orientations budgétaires définies reflète la place délicate que la réhabilitation occupe au sein du système d'aide international. Le caractère chronique d'urgences politiques complexes et le nombre croissant de situations de transition suggèrent que l'abîme institutionnel qui sépare actuellement l'aide d'urgence de l'aide au développement ne peut être maintenu. La création d'orientations budgétaires spéciales pour la réhabilitation pourrait former partie de la solution, mais ne suffira pas, notamment si ces fonds spéciaux continuent à reproduire les stratégies en matière d'aide d'urgence (à savoir, forte dépendance par rapport aux ONG et aux réactions en matière d'approvisionnement matériel). De telles orientations budgétaires ne satisferont à leurs objectifs que si la rapidité de la réaction est assortie de mécanismes simples pour évaluer les critères d'opportunité et de viabilité au niveau du projet et au niveau du pays.

L'élaboration d'une telle stratégie serait facilitée par une évaluation inter-donateurs et inter-organismes des besoins de partager l'information et les analyses, de promouvoir une vision commune et de maximiser l'influence. La gestion d'un tel processus pourrait être confiée au Département des Affaires humanitaires ou à la Banque mondiale et devrait être menée sur une période prolongée de plusieurs mois plutôt que plusieurs semaines. L'évaluation et la coordination des besoins sectoriels devraient être déléguées à un organisme spécialisé. Une procédure d'évaluation de cette nature exigerait une collaboration étroite avec les acteurs politiques et professionnels nationaux : si l'on ne parvient pas à un consensus quant à l'allocation et à l'utilisation des ressources, il est probable que la mise en application réussie demeurera illusoire. Un examen global fixant les lignes directrices, comme, par exemple, par rapport au budget d'investissement et aux dépenses courantes, à la coordination et à la coopération avec les institutions professionnelles et gouvernementales nationales, pourrait alors être utilisé comme base pour guider le développement des stratégies sectorielles.

Encadré 3 (suite)

! Les organismes et le personnel qui ont développé une expertise en matière d'aide d'urgence, mais qui se retrouvent de plus en plus occupés à la planification de la réhabilitation devraient élargir leur expertise dans le développement à long terme des systèmes de santé, par la formation et la coopération avec des organismes spécialisés. Encourager les organismes de développement à long terme à instaurer des programmes pendant la période de transition pourrait être favorisé en prolongeant le calendrier des programmes de réhabilitation.

4. Conclusion

Les faiblesses des interventions de réhabilitation dans des pays aussi éloignés l'un de l'autre que l'Ouganda, le Cambodge et l'Éthiopie peut être imputable à une méprise sur la nature de la guerre et aux difficultés auquel le système d'aide international doit faire face dans un environnement de globalisation et de structures étatiques en déclin.

Répondre aux urgences complexes et à leurs conséquences impliquent que l'on définisse les crises humanitaires non pas essentiellement en tant que crise d'approvisionnement matériel mais plutôt en tant que crise de systèmes économiques, politiques et sociaux. Cela exige également que l'on reconnaisse que ni l'aide d'urgence ni la réhabilitation ni l'aide au développement ne sont politiquement neutres : l'introduction de ressources dans ces environnements complexes et pauvres en ressources implique forcément le renforcement d'un groupe, éventuellement au prix des autres (Keen et Wilson, 1994). Il convient donc de veiller à ce que le processus de réhabilitation renforce le vulnérable plutôt que de récompenser le violent, qu'il permette la réconciliation plutôt que d'aggraver les inégalités et d'accroître la tension politique.

Il semble que le système d'aide international soit encore incapable de relever le défi de la réhabilitation. Les dilemmes sont profonds et ne sont pas sensibles à une réparation technique rapide. Au contraire, répondre même au défi apparemment

simple de la réhabilitation des services de santé met à rude épreuve les modèles développementalistes d'aide qui demeurent fondés sur la présence d'Etats forts dotés d'économies officielles fortes (Duffield, 1994b). Dans la zone floue de la transition et de la réhabilitation, il existe une espèce de paralysie institutionnelle. Parallèlement, il y a souvent le sentiment que l'on souhaite faire quelque chose, n'importe quoi pour améliorer la situation.

Faire face aux dilemmes de la réhabilitation impliquera un mélange de pragmatisme, de modestie des aspirations et de l'allure. Les initiatives doivent être planifiées pour cadrer avec les ressources et les capacités locales. Il est également nécessaire d'être flexibles et sensibles à la politique complexe de consolidation de la paix, en d'autres termes, il faut une approche qui intègre les perspectives politiques et sectorielles. Ceci suggère qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité de l'analyse de la nature de la tâche en matière de réhabilitation et de trouver les moyens de permettre aux populations bénéficiaires de définir quelles sont *leurs* priorités pour une paix plus saine. L'argent et les vœux pieux à eux seuls ne seront pas suffisants.

Références

Banque mondiale (1993) *World Development Report: Investing in Health*, New York et Oxford, Oxford University Press.

Banque mondiale (1994a) *Cambodia: From Rehabilitation to Reconstruction*, Washington, East Asia and Pacific Region, Country Department, 1er février.

Banque mondiale (1994b) *Ethiopia: Public Expenditure Review*, Washington, BIRD.

Biberson P. et E. Goemare, (1993) "Health Care Reconstruction: the Lost Agenda", dans Jean F [Ed], *Life, Death and Aid: the Médecins Sans Frontières Report on World Crisis Intervention*, Londres et New York, Routledge.

Bond G. et J. Vincent, (1990) "Living on the edge: changing social structures in the context of AIDS", dans Hansen H et M Twaddle [Eds] *Changing Uganda: the dilemmas of structural adjustment and revolutionary change*, Londres, James Currey.

Borton J., (1994) "NGOs and Relief Operations: Trends and Policy Implications", Londres, Overseas Development Institute, ESCOR Research Study R47774.

Comité de coopération pour le Cambodge [CCC] (1992) "NGOs and the Rehabilitation of Cambodia", photocopié, Phnom Penh, juillet.

Cassels A., (1992) "Implementing Health Sector Reform", rapport préparé pour la Health & Population Division, Overseas Development Administration, Londres.

Commission européenne (1993) "Special Rehabilitation Support Programme in Developing Countries", communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, COM(93)204, finale, 12 mai.

Curtis G., (1994) “Transition to What?": Cambodia, UNTAC and the Peace Process”, dans Utting P. op. cit., pp 41-70.

Davies S., (1994) “Public Institutions, People and Famine Mitigation”, *IDS Bulletin* 25(4): 46-54.

Duffield M., (1991) “War and Famine in Africa”, *Oxfam Research Paper* N°5. Oxford, Oxfam Publications.

Duffield M., (1994a) “Complex Political Emergencies: an exploratory report for UNICEF”, School of Public Policy, University of Birmingham

Duffield M., (1994b) “Complex of Emergencies and the crisis of developmentalism”, *IDS Bulletin*, 25(3): 37-45.

Duffield M., (1994c) “The Political Economy of Internal War: Asset transfer, complex emergencies and international aid”, in Macrae J. et A. Zwi [Eds} *War and Hunger: Rethinking International Responses in Complex Emergencies*, Londres et New Jersey, Zed Press.

Forsythe V. et A. Zwi, (1994) “Health Care in Situations of ‘Post’-conflict transition: a preliminary review of the Palestinian situation”, polycopié, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Hanlon J., (1992) *Mozambique: Who calls the Shots?*, Londres, James Currey.

HCR (1994) Document confidentiel

Kaplan R., (1994) “The Coming Anarchy”, *Atlantic Monthly*, pp44-76, février.

Keen D., (1991) “A Disaster for Whom?: Local interests & international donors during famine among the Dinka of Sudan”, *Disasters*, 15(2): 150-165.

Keen D. et K. Wilson, (1994) “Engaging with Violence: A Reassessment of the Role of Relief in Wartime”, Macrae J. et A. Zwi {Eds] *War and Hunger: Rethinking International Responses in Complex Emergencies*, Londres et New Jersey, Zed Press, pp209-221.

Lateef K., (1990) “Structural adjustment in Uganda: the initial experience”, dans Hansen H et M Twaddle [Eds] *Changing Uganda: the dilemmas of structural adjustment and revolutionary change*, Londres, James Currey.

Macrae J., A. Zwi et H. Birungi, (1993) “A Healthy Peace?: Post-conflict rehabilitation of the health sector in Uganda 1986-1992”, rapport final, London School of Hygiene & Tropical Medicine & Makerere University

Macrae J., et A. Zwi (1994a) “Post-conflict rehabilitation of the health sector: a preliminary assessment of issues and implications for international aid policy”, rapport préparé pour la Health and Population Division, Overseas Development Administration, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Macrae J., avec A. Zwi et V. Forsythe (1995) “Aid Policy in Transition: a preliminary analysis of ‘post’-conflict rehabilitation of the health sector”, *Journal of International development* (à paraître).

Meier G., (1993) “The New Political Economy & Policy Reform”, *Journal of International Development*, **5**(4): 381-389.

Okounzi S. et J. Macrae, (1995) “Whose Policy is it Anyway?: International and National Influences on Health Policy Development in Uganda”, *Health Policy and Planning*, **10**(2): 122-132.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1994) “The World Health Organisation in Cambodia 1980-1994”, polycopié, Strengthening Health Systems Project, Phnom Penh, janvier.

Sheyer S. & D. Dunlop, (1985) "Health Services Development in Uganda", dans Dodge C et P Wiebe [Eds] *Crisis in Uganda: the breakdown in health services*, Oxford, Pergamon Press.

Sen A., (1986) *Famines and Poverty*, Oxford, Clarendon Press.

Seaman J., (1994) "Relief, Rehabilitation and Development: Are the distinctions useful?", *IDS Bulletin*, 25(4): 33-36.

Sivard R., (1993) *World Military and Social Expenditures 1992-3*, World Priorities.

Smallman-Raynor M. & A. Cliff, (1991) "Civil War and the spread of AIDS in central Africa", *Epidemiology of Infectious Diseases*, **107**(1): 69-80.

Stewart F., (1994) "War and underdevelopment: can economic analysis help reduce the costs?", *Journal of International Development*, **5**(6): 357-380.

Stockton N., (1989) "Understanding Conflict in Africa", polycopié non publié, Oxford, Oxfam.

UNICEF (1989) *Children and Women in Uganda: A situation analysis*, Kampala.

USAID (1994) "Strategic Plan", Office of Transition Initiatives, Office of Disaster Assistance, 11 mai.

Utting P., (1994) *Between Hope and Insecurity: the Social Consequences of the Cambodian Peace Process*, Geneva, United Nations Research Institute for Social Development.

van Brabant K., (1994) "Bad Borders Make Bad Neighbours: the political economy of relief and rehabilitation in region 5", *Relief and Rehabilitation Network*, Dossier thématique du Réseau N°5.

Whyte S., (1990) “Medicines and self-help: the privatisation of health care in eastern Uganda”, dans Hansen H et M Twaddle [Eds] *Changing Uganda: the dilemmas of structural adjustment and revolutionary change*, Londres, James Currey.

Zwi A. & A. Ugalde, (1989) “Towards an Epidemiology of Political Violence in the Third World”, *Social Science & Medicine*, **28**(7): 633-642.

Zwi A. et A. Cabral (1991) “Identifying ‘high risk situations’ for preventing AIDS”, *British Medical Journal*, **303**: 1527-9.

Sigles

CCC	Comité de Coopération pour le Cambodge
CEPRE	Conseil économique palestinien pour la reconstruction économique [PECDAR]
CoCom	Comité de coordination pour la santé
ECU	Unité de compte européenne
HCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEI	Programme élargi d'immunisation
PLMD	Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques [CDD]
PURR	Programme d'urgence pour le redressement et la réhabilitation [ERRP]
QUIP	'Quick Impact' Projet [projet à impact rapide]
UNITA	Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola
UNTAC	Autorité des Nations unies au Cambodge pour la période de transition
USAID	Organisme américain pour le Développement international
VIH	Virus immunodéficientaire humain

Réseau “Aide d'Urgence et Réhabilitation”

L'objectif du Réseau “Aide d'Urgence et Réhabilitation” (RRN) est de faciliter la communication et l'échange d'idées et d'expériences entre membres clés des ONGs intervenant dans le domaine de l'aide d'urgence et de la réhabilitation. Les membres du réseau sont soit désignés par leur organisation, soit inscrits à titre individuel. Chaque année, les membres du réseau recevront 4 envois en anglais ou français : en mars et septembre le Bulletin d'Information et les Dossiers Thématiques et en juin et décembre, les Revues pluridisciplinaires sur l'actualité en matière de connaissances et techniques. Les membres du Réseau peuvent également obtenir des conseils sur tout problème technique ou opérationnel en faisant appel à l'expertise du ODI ou de ses partenaires européens. La cotisation annuelle varie selon le genre d'organisations.

Le RRN est administré par le ODI (Overseas Development Institute) en collaboration avec l'Association Européenne des Organisations Non-Gouvernementales pour l'Aide Alimentaire et l'Aide d'Urgence (EuronAid).

Le ODI est un institut de recherche indépendant, à but non-lucratif. L'Institut est engagé dans la recherche liée aux politiques sur un grand nombre de thèmes et problèmes affectant les relations économiques entre le Nord et le Sud et qui influencent les politiques sociales et économiques des pays en voie de développement.

EuronAid a pour but de fournir la logistique et des services financiers aux ONGs utilisant l'Aide Alimentaire de la CEE dans leurs programmes de développement et d'aide d'urgence. EuronAid est basé à la Haye et comprend 25 organisations membres et 4 ayant le statut d'observateur.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter:

Relief and Rehabilitation Network - Overseas Development Institute

Regent's College - Inner Circle, Regent's Park

London NW1 4NS - Royaume Uni

Tel: +44 (0) 171 487 7601/7591 - Fax: +44 (0) 171 487 7590

E-mail: rrn@odi.org.uk