FONDATION
croix-rouge française
Pour la recherche humanitaire et sociale

Les ONG et la reconstruction du système de santé publique au nord de la Côte d'Ivoire : stratégies de repositionnement et de collaboration

Toily Anicet ZRAN
Docteur en Histoire
Université Alassane Ouattara, Bouaké

Les Papiers de la Fondation n° 20
Mars 2019

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, AXA Research Fund.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de

AXA | AXA Research Fund

Pour citer cet article :

ZRAN Toily Anicet « Les ONG et la reconstruction du système de santé publique au nord de la Côte d'Ivoire : stratégies de repositionnement et de collaboration », Fondation Croix-Rouge française, Les Papiers de la Fondation, n° 20, Mars 2019, 29 p.

Résumé

L'éclatement du conflit militaro-politique de 2002 en Côte d'Ivoire entraine le départ des agents de l'administration publique du septentrion du pays sous contrôle de la rébellion, dont ceux du secteur de la santé. La précarité qui s'en suit motive l'intervention des organisations humanitaires internationales. Leurs actions, orientées prioritairement vers le domaine de la santé, ont nécessité l'implication d'acteurs locaux. C'est dans ce contexte qu'elles ont suscité la création d'ONG de la santé d'une part, et, d'autre part, mobilisé les associations préexistantes, constituant ainsi une société civile locale dynamique qui a assuré la sous-traitance de leurs différents projets à impact rapide. Au terme de la crise, le processus de normalisation et de reconstruction nationale qui a conduit à leur retrait du théâtre des opérations, conformément au processus de transition humanitaire mis en selle sous l'égide du gouvernement, va modifier le schéma opérationnel de ces ONG relais en vue d'une adaptation au nouveau climat. Cette étude qui s'appuie sur une recherche documentaire et des enquêtes qualitatives auprès des acteurs associatifs et du secteur public met en relief les stratégies de résilience des ONG locales dans l'optique de se repositionner et s'engager dans un processus de collaboration qui fait d'elles, un maillon indispensable du système de santé au nord de la Côte d'Ivoire.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, ONG, système de santé publique, reconstruction

Summary

The outbreak of the 2002 military-political conflict in Ivory Coast led to the departure of government officials from the northern part of the country under rebel control, including those in the health sector. The resulting precariousness motivates the intervention of international humanitarian organisations. Their actions, oriented primarily towards the health field, required the involvement of local actors. It is in this context that they have led to the creation of health NGOs, on the one hand, and on the other hand, mobilised pre-existing associations, so constituting a dynamic local civil society that has subcontracted of their different quick impact projects. At the end of the crisis, the process of normalisation and national reconstruction that led to their withdrawal from the theatre of operations, in accordance with the humanitarian transition process put in the saddle under the aegis of the government, will modify the operational scheme of these NGOs relay in adaptation to the new climate. This study, which is based on a literature search and qualitative surveys of community actors and the public sector, highlights the resilience strategies of local NGOs in order to reposition themselves and engage in a collaborative process that makes them of them, an indispensable link in the health system in northern Ivory Coast.

Keywords: Ivory Coast, NGO, public health system, reconstruction

Les ONG et la reconstruction du système de santé publique au nord de la Côte d'Ivoire : stratégies de repositionnement et de collaboration

Introduction

En septembre 2002, une guerre éclate en Côte d'Ivoire entrainant la partition du pays en deux avec la moitié nord occupée par la rébellion et le sud, sous contrôle gouvernemental. La présence de la rébellion va entrainer le départ de toutes les entités représentant l'État dans cette partie du pays et la dégradation des infrastructures, dont celles de la santé. Selon l'UNICEF, la guerre a entrainé « une crise humanitaire avec le déplacement de près d'un million de personnes, le pillage et/ou la destruction d'infrastructures de base (établissements scolaires, établissements sanitaires, structures sociales, tribunaux, structures de police et de gendarmerie), l'implosion du secteur de la sécurité »[1].

Le départ des praticiens du secteur public combiné à la dégradation des infrastructures sanitaires, à l'arrêt de l'approvisionnement de cette zone en produits pharmaceutiques et en matériels médicaux va plonger la région dans une crise sanitaire qui sera enrayée par l'intervention humanitaire. En effet, face à ce risque, des organisations humanitaires internationales vont s'installer dans la région, suscitant la création d'ONG locales dans l'optique de prendre le relais des acteurs du secteur public. Après les accords de Ouagadougou de 2007, entre le gouvernement et la rébellion, favorisant le redéploiement progressif de l'administration, une collaboration s'est instituée entre ces ONG et les prestataires de soins redéployés dans la région.

Depuis 2011, la Côte d'Ivoire est sortie de la décennie de belligérance et met le cap sur la reconstruction nationale. Les humanitaires internationaux se sont progressivement retirés du théâtre des opérations dans le cadre de l'enclenchement du processus de transition humanitaire sous les auspices du gouvernement. « Le transfert d'activités des acteurs internationaux vers les entités nationales et locales est planifié officiellement. Il s'agit de déléguer progressivement les responsabilités de coordination aux différents ministères (…), de mettre en place des programmes nationaux et d'inciter la société civile à s'organiser et à prendre le relai »[2].

[1] Unicef, «Vulnérabilités, Violences et Violations graves des droits de l'enfant» [version électronique], p.6
www.unicef.org/french/.../Rapport_UNICEF_SC_Violations_Nov2011_FINAL.pdf, Consulté le 28 août 2017

[2] Francis A. & Virginie T., « La transition humanitaire en Côte d'Ivoire, éléments de cadrage», in : Thomas Fouquet & virginie Troit (éd.), Transition Humanitaire en Côte d'Ivoire, Paris, Karthala, 2017, pp. 9-24, pp. 11-12

En effet, depuis 2011, le discours sur l'émergence prévue pour être atteinte à l'horizon 2020, se confronte à celui de l'humanitaire. La construction de nombreuses infrastructures et le changement progressif de l'image du pays illustrent le passage au vert de tous les indicateurs. La croissance économique est brandie comme la preuve de la crédibilité de l'action gouvernementale et de la stabilité retrouvée. Dans ces conditions, la présence ostentatoire des organisations humanitaires internationales aurait valeur de contradiction tangible des annonces de normalisation à grand renfort médiatique. Ce processus de normalisation a donc impliqué leur retrait en vue d'une transition humanitaire. Par transition humanitaire il faut entendre la rétrocession des services sociaux, dont les acteurs humanitaires internationaux avaient la charge, à la partie nationale.

Pour la Fondation Croix-Rouge française, au-delà de cette définition générique, la notion de transition humanitaire revêt une réalité plus large et plus complexe. « La notion de transition humanitaire, relativement récente, suscite de nombreuses réflexions. Elle apparaît comme un passage obligé entre un paradigme humanitaire qui s'essouffle et un nouveau système d'aide plus en lien avec les concepts de développement humain, de développement durable et de changement social »[3]. « Elle s'observe à différents stades dans les pays bénéficiaires et sur les différents continents et s'explique par une volonté croissante des pays du Sud vulnérabilisés par les crises – ponctuelles ou récurrentes – de prendre en main et de décider des actions qui concernent leurs populations »[4].

C'est donc dans le cadre du processus de normalisation qu'a été affirmée la volonté de l'État de rompre avec le modèle de l'aide humanitaire d'urgence qui avait pignon sur rue en Côte d'Ivoire. Mais cette image d'un pays qui se porte suffisamment mieux pour s'accommoder d'une assistance humanitaire internationale contraste avec le vécu quotidien des populations non remises des affres de la crise et absentes de la table de répartition des fruits de la croissance. Le discours sur l'émergence ne suffit plus à masquer les épineux problèmes qui minent le pays. Le secteur de la santé illustre bien ces difficultés car confronté à des problèmes d'infrastructures sanitaires, d'accès aux soins dans les anciennes zones assiégées par la rébellion, notamment la région septentrionale du pays dont les structures sanitaires déliquescentes bien avant la guerre, ont été considérablement dégradées durant la crise.

Malgré les efforts de réhabilitation entrepris par le gouvernement et ses partenaires au développement, d'énormes défis restent à relever dans le domaine de la santé. La lente reconstruction des infrastructures, les hésitations des prestataires de soins à exercer dans cette région, la résurgence de problèmes de santé anciens, la propagation des maladies contagieuses, notamment le VIH, etc., confèrent un rôle stratégique aux ONG qui appuient considérablement, avec parfois plus d'effort qu'ailleurs, le secteur public de la santé. Ces ONG, majoritairement locales, continuent de soutenir l'action gouvernementale alors qu'elles ont,-elles-mêmes, subi les effets du retrait des organisations internationales dont elles sous-traitaient les projets à impact rapide. Le retrait de leurs structures « tutrices » qui finançaient leurs activités et le processus de reconstruction du système de santé publique

[3] J-F. Mattei & V. Troit, « La transition humanitaire », médecine/sciences 32, n°2, 2016, pp. 211 - 215, pp. 214 - 215
[4] F. Akindes & V. Troit, op. cit., p. 13

vont les contraindre à opérer un processus de repositionnement et de nouvelles stratégies d'intervention et s'imposer comme un maillon essentiel du système en reconstruction.

Par ONG il faut entendre un organisme dont le financement est assuré essentiellement par des dons privés et qui se voue à l'aide humanitaire sous une ou plusieurs de ses différentes formes (assistance médicale ou technique dans les pays non industrialisés, secours en cas de catastrophe ou de guerre, etc.). Elle a en général un caractère non lucratif, apolitique, créée et animée par des bénévoles et volontaires. En Côte d'Ivoire, le milieu associatif est régi par la loi n°60-315 du 21 septembre 1960. Si l'association désigne une entité plus large dont l'objectif peut ne pas être uniquement d'ordre humanitaire, les ONG se spécifient par ce caractère. Mais à côté de ces ONG, il y a les associations confessionnelles qui, par le biais de certaines structures, participent activement à la prise en charge des questions de santé dans la région. Bénéficiant de l'aide des bailleurs du service humanitaire au regard de leur implication dans ce domaine, elles ont été prises en compte dans le cadre de cette étude. Le sigle ONG désigne donc dans le cadre de cette étude les organisations de la société civile, d'obédiences religieuses et laïques, d'intérêt public ou à vocation humanitaire, dont les activités non lucratives sont principalement ou régulièrement axées sur le secteur de la santé.

Cette étude soulève un pan de voile sur l'un des secteurs au cœur de la transition humanitaire. Il s'agit de voir comment les ONG qui œuvrent dans le secteur de la santé au nord de la Côte d'Ivoire se sont repositionnées face au processus de reconstruction du système public, au point de constituer un maillon essentiel du dispositif de santé actuel ? Quelle est leur marge de manœuvre dans ce nouveau contexte ? Et quel est l'impact de leur action ?

Cet article, tout en mettant en relief le rôle de la société civile dans cette zone impactée par la guerre, permettra de répondre à la question de la reconfiguration des acteurs que l'urgence humanitaire à faire émerger.

Méthodologie

L'étude a été menée au nord de la Côte d'Ivoire, principalement les régions du Poro (capitale régionale Korhogo) et la Bagoué (capitale régionale Boundiali). La méthodologie de collecte de données adoptée a reposé sur l'exploitation de deux (2) grandes sources d'information : la revue documentaire, la collecte de données qualitatives et de l'observation. L'approche qualitative de cette recherche a reposé sur l'usage de l'entretien semi-directif individuel et du Focus-group discussion, sur l'observation directe et sur une analyse documentaire.

La quête documentaire s'est faite à Abidjan et dans les deux régions étudiées. À Abidjan, les recherches ont été orientées vers les bibliothèques et centres de documentations, à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation du ministère de la Santé (DIPE), et au service des ONG du ministère de la Santé.

Les pièces collectées sont constituées des documents statistiques du secteur de la santé, des rapports d'études, des projets et programmes d'action et des procédures de collaboration entre l'État et la société civile. Les statistiques permettent de cerner la situation du nord par rapport aux autres régions du pays, notamment les infrastructures, les équipements, le ratio personnel de santé/population, etc. Quant à la documentation du service des ONG, elle renseigne sur la procédure d'octroi d'agrément aux ONG, leurs cahiers de charges, les ONG reconnues par le ministère et le système de collaboration.

Dans les zones d'études, notre collecte documentaire a concerné les ONG ciblées, la Direction régionale de la santé et les Districts sanitaires qui représentent le ministère de la santé à l'échelon régional et départemental. Les informations recueillies renseignent davantage sur le volume des activités des ONG et le fonctionnement du système de santé publique local.

Dans l'ensemble, la recherche documentaire s'est faite sans grandes difficultés. Au niveau des ONG et associations, on ne peut relever que quelques réticences compréhensives de la part de certains responsables, soutenant que certains documents sont confidentiels et/ou sont la propriété exclusive des bailleurs qui les financent. Dans le secteur public, ce sont encore une fois, des documents statistiques qui ont été mis à notre disposition. Même si ces sources sont précieuses pour notre recherche, il convient de souligner qu'il s'agit de documents officiels qui restent remarquablement superficiels sur la question, et parfois surannés. C'est pourquoi les entretiens ont constitué un moyen important de collecte d'informations.

La conduite des entretiens s'est faite par l'usage de la méthode semi-directive adaptée aux études d'approfondissement[5]. La bonne compréhension de la situation actuelle a exigé une approche sociohistorique qui privilégie l'usage de l'entretien semi-directif. En effet, ce type d'entretien permet à l'informateur de revenir sur des situations vécues tout en le guidant par ce que l'on a appris soi-même pour qu'il fournisse davantage de précisions[6]. Cette démarche permet au chercheur « de privilégier l'expérience des acteurs en reconstituant autour d'elle le contexte qui lui donne sens et forme »[7].

L'usage de l'entretien semi-directif a permis de vérifier et approfondir les relations entre les différentes variables retenues notamment, les circonstances de la création des ONG actives sur le terrain au moment de notre recherche, leur domaine et volume d'activités, les relations avec le secteur public de la santé, leur stratégie de repositionnement face à la nouvelle donne, le profil des responsables et volontaires, les sources de financement qui édifient sur leur efficacité, les relations entre associations et les difficultés rencontrées.

Les entretiens ont été orientés à l'aide d'une trame thématique préalablement construite lors de la phase exploratoire de la recherche réalisée entre septembre et octobre 2017. Ils ont été conduits en deux phases. La première s'est faite entre la mi-novembre 2017 et le début du mois de mars 2018 par des déplacements sur le terrain d'étude. L'essentiel des

[5] R. Ghiglione, B. Matalon, les Enquêtes sociologiques. Théories et pratique, Paris, Armand Colin, 1998.
[6] J. Guibert, G. Jumel, La sociohistoire, Paris, Armand Colin, 2002 p. 36
[7] J. Revel (Dir.), Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience, Paris, Gallimard/Seuil, 1996, p. 13

enquêtes a été réalisé durant cette période. Seul bémol, des informateurs clés manquaient à l'appel et l'impérieuse nécessité de questionner certains acteurs a exigé un ultime déplacement dans la zone d'étude. Cette seconde phase d'entretiens complémentaires a été conduite en juin 2018. Ces entretiens ont permis de recueillir des informations sur des questions relatives aux dimensions du problème étudié.

À Abidjan, les entretiens ont concerné des responsables du ministère de la Santé chargés des relations avec les ONG. L'objectif était de cerner leurs perceptions de l'action des ONG et comprendre le mécanisme de fonctionnement des relations entre elles et la tutelle ministérielle.

Sur le terrain, l'ossature des personnes enquêtées est composée des responsables des ONG, des organismes humanitaires internationaux, des organisations onusiennes et des acteurs du secteur public de santé, répertoriés durant la phase exploratoire. Les critères inclusion des ONG et associations dans l'enquête sont :

- être une ONG ou association travaillant dans le domaine de la santé,
- être reconnu par le ministère de la Santé et/ou par le ministère de l'Intérieur,
- avoir mené plusieurs projets dans le secteur de la santé au nord de la Côte d'Ivoire,
- avoir des activités en cours,
- être reconnu par la Direction Régionale de la Santé comme une ONG impliquée dans les activités de la santé.

Les ONG en veilleuse dont les activités antérieures ne sont pas assez significatives dans la région n'ont pas été retenues pour l'étude.

Résultats

La crise ivoirienne comme facteur d'éclosion des ONG de la santé au nord de la Côte d'Ivoire.

L'urgence humanitaire liée à la situation de guerre a favorisé l'émergence de nombreuses organisations de la société civile comme l'expliquent A. Floridi et S. Verdecchia. « Après le déclenchement de la crise, d'octobre 2002 au 30 septembre 2003, en moins d'un an, 521 Organisations de la Société Civile ont été déclarées, alors que de 1952 au 19 septembre 2002 les Organisations de la Société Civile déclarées n'étaient que 595. La plupart de ces Organisations naissent et opèrent dans l'humanitaire »[8].

Le développement du tissu associatif est donc de date récente. Il a été boosté par la crise qui a fait naître une prise de conscience agissante d'une société civile longtemps restée à la remorque de l'action gouvernementale. La bonne santé de l'économie ivoirienne, au lendemain de l'indépendance, qualifiée de « miracle économique », et les craintes des représailles du parti-Etat n'ont pas attisé la flamme de la constitution d'une société civile dense. La culture des associations déjà moins prégnante en Côte d'Ivoire durant la période

[8] M. Floridi et S. Verdeccha, Étude de faisabilité du programme d'appui à la société civile en Côte d'Ivoire. Rapport de mapping, juillet 2010. Union européenne, ECO3, [En ligne] www.eeas.europa.eu/delegations/cote.../annexes_mapping_tome2_fr.pdf, p. 10.

coloniale, n'a pas non plus aidé à une éclosion de solides ONG au lendemain de l'indépendance. La majorité des ONG qui œuvrent dans le domaine de la santé, ont émergé à avec l'irruption de l'épidémie du sida en Côte d'Ivoire[9] comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau n°1 : Répartition des associations et structures non gouvernementales de lutte contre le sida en 1996 selon l'année de création.

Année de création	Quantité	Pourcentage
Avant 1985	13	17
Après 1985	42	55
Date indéterminée	22	28
Total	**77**	**100**

Source : A. D. Blibolo, « Les organisations non gouvernementales face au SIDA en Côte d'Ivoire redynamisation ou changement d'orientation ? », Communication présentée colloque ONG et développement du Nord aux Suds, Bordeaux, 28-30 novembre 1997 (document préparatoire), p. 27.

Le tableau indique un engouement dans le domaine de la santé après 1985, date de confirmation des premiers cas de sida en Côte d'Ivoire.

La quasi-totalité de ces associations qui fleurissaient était localisée à Abidjan, centre névralgique de la lutte contre l'épidémie. L'intérieur du pays ne semblait pas constituer un terrain alléchant pour les associations. La partie septentrionale du pays en est l'exemple le plus éloquent. L'essentiel des ONG du secteur de la santé a été suscité dans le contexte de guerre même si on y rencontre quelques associations dont la présence au nord est antérieure à la crise. D'une façon générale, l'écosystème de la société civile impliquée dans les activités de santé est le résultat de trois mouvements, à savoir :

- Les associations et ONG dont la présence dans la région est antérieure à la crise.
- Les associations nées du contexte de guerre.
- Les associations qui se sont installées dans la région du fait de la crise.

Les premières sont constituées d'une part, d'associations d'obédiences religieuses suscitées dans le cadre du mouvement apostolique pour encadrer l'œuvre sociale de l'Église ou par des communautés chrétiennes, et, d'autre part, d'ONG nationales dont la forte capacité opérationnelle a favorisé l'extension de leurs actions sur toute l'étendue du territoire ou dans les zones de grande vulnérabilité.

Les associations religieuses sont principalement l'Animation Rurale de Napié (ARN) du nom d'une petite commune située à une quinzaine de kilomètres au sud de Korhogo, la CARITAS et le Centre Don ORIONE de Korhogo. Elles se sont installées respectivement en 1989, 1993 et 1994. Les deux premières sont liées à l'église catholique de leurs différentes communes (Napié et Korhogo). Quant à la troisième, c'est le souci d'apporter une réponse à

[9] T. A. ZRAN, L'histoire du VIH/sida en Afrique subsaharienne : le cas de la Côte d'Ivoire de 1985 à aujourd'hui, thèse unique de doctorat d'Histoire Contemporaine, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan- Cocody, 2014, 674 p

à l'épineux problème de la poliomyélite qui sévissait dans cette région. Le témoignage de Sœur C. Giovanna, explicite les mobiles de l'ouverture du centre Don ORIONE de Korhogo :

> « Je suis ici depuis 1994, la date où on a ouvert le centre. Et le centre c'est un centre d'accueil de personnes handicapées. C'est un centre qui a été ouvert pour soigner les séquelles de polio et puis et au fur et à mesure on a vu que grâce à la vaccination contre la polio, on a presque plus de polio dans ce centre, mais puisque c'est un centre pour handicapés, on a ouvert les portes aux autres handicaps. »

Dans le voisinage de ces associations d'obédience religieuse, œuvrent dans cette région, des organisations de la société civile dont certaines sont antérieures à celles susmentionnées. Ce groupe est constitué de l'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial (AIBEF), de l'ONG Notre Terre Nourricière (NTN) auxquelles on peut ajouter les Comités Locaux de la Croix-Rouge de Korhogo et de Boundiali. Créée en 1979, l'AIBEF cible prioritairement les femmes et les enfants à travers ses programmes de planning familial et santé de la reproduction. Structure déclarée d'utilité publique par l'État ivoirien, elle a ouvert des antennes régionales dont celle de Korhogo en 1986, comme l'explique le chef de cette antenne.

> « La toute première antenne c'était Boundiali en 1984. Korhogo a suivi en 1986 parce que la zone du nord était favorable à la politique de planification familiale, puisqu'à l'époque les autorités n'étaient pas trop pour la PF. Donc les cadres du nord qui avaient vu le bien-fondé de la planification familiale ont accordé l'ouverture des premières antennes à Boundiali et ensuite à Korhogo. Korhogo étant la région, Korhogo a englouti Boundiali »[10].

La cadette des associations de ce groupe est Notre Terre Nourricière, créée dans l'optique d'impulser le développement agricole dans la région.

> « Elle est créée le 16 avril 2002. On est parti d'abord du fait que nous sommes, pour la plupart, des techniciens en agriculture. Et du coup, on s'était constitué déjà parce qu'on sentait venir quelque chose (…) Donc l'ANADER[11] étant partie après le 19 septembre[12], le terrain a été laissé vague par les encadreurs. Donc nous, en même temps, on a commencé à encadrer les paysans. Je ne dis pas qu'on s'est substitué à l'ANADER, mais on faisait la même chose. Donc on a commencé à encadrer les paysans. Mais puisqu'on dit un esprit sain sans un corps sain. Au même moment que tu travailles avec le paysan, c'est quelqu'un qui travaille avec la force. Mais s'il n'est en forme, tu vas faire comment ? Et on a constaté effectivement qu'il a commencé à avoir des malades puisqu'on est beaucoup plus rural que dans la ville en ce moment. Souvent les gens disent que « je souffre de palu, de fatigue, etc. » Nous on s'est dit que comme il n'y a plus de suivi dans la santé donc on a commencé comme ça. C'est comme ça on est parti. Mais en même temps on a compris que ce n'était plus le palu, mais il y a des diarrhées et autres. On a donc attaqué sur le volet assainissement de l'eau. C'est comme ça on est parti »[13].

[10] Entretien avec Fanhoman TOURE, Coordinateur régional de l'AIBEF, le 17/02/2018 à Korhogo
[11] Agence Nationale d'Appui pour le Développement Rural
[12] Le 19 septembre 2002 marque le début de la guerre en Côte d'Ivoire
[13] Entretien avec Anzoumana OUATTARA, chargé du secteur santé, le 23/02/2017 à Boundiali

Ainsi se présente le tableau des associations impliquées dans la santé aux nord avant la crise. Il indique un déficit de mobilisation de la société civile qui contraste avec la situation de crise à l'origine du second mouvement d'émergence des ONG au Nord.

Les associations suscitées par la crise militaro-politique sont les plus nombreuses. La majorité des ONG intervenant dans le domaine de la santé ont émergé durant la décennie de la crise ivoirienne. En effet, les entretiens et l'observation directe ont montré que le domaine de la santé concentre la majorité des ONG actives dans cette zone. Cette situation s'explique par le fait que ce secteur était un défi majeur à relever pour éviter une catastrophe humanitaire ; le personnel du secteur public de la santé ayant déserté le nord pour la zone sous contrôle gouvernemental.

L'incapacité de la rébellion à assurer la relève a induit l'impérieuse nécessité de l'aide humanitaire. C'est dans ce contexte que sont intervenues les organisations humanitaires et ONG internationales. Il s'agit pour l'essentiel de Médecins Sans Frontières, du CICR, Care, Elizabeth Glaser Pédiatrc AIDS Fondation (EGPAF), Health Alliance International, Save the Children, Action Contre la Faim, Médecins du Monde, etc., dont la mise en œuvre des programmes d'actions a nécessité des relais locaux. Ces organisations ont donc suscité la création d'ONG locales positionnées en sous-traitantes. « Les organisations internationales qui sont venues ont suscité la création de plusieurs ONG », affirme un responsable de la Direction Régionale de Santé Poro – Tchologo - Bagoué.

C'est donc l'arrivée des organisations humanitaires internationales avec des projets clés en main attractifs qui boostera le mouvement associatif dans la région. L'orientation de la plupart des projets vers le secteur de la santé va considérablement impacter la configuration des ONG locales. Comme l'explique un acteur présent dans la région depuis le début de la guerre, « dans la crise il y avait beaucoup d'argent. C'est-à-dire que les ONG étaient financées ». C'est dans ce même contexte qu'intervient l'ouverture d'antennes d'ONG implantées ailleurs dans le pays ou leur délocalisation pure et simple dans cette zone désormais favorable aux activités humanitaires liées à la santé.

Cette troisième vague est constituée de deux ONG qui figurent parmi les plus actives sur le terrain. Il s'agit de l'ONG Initiative Développement Environnement Afrique Libre (IDEAL Inter) et Santé et Action Sociale (SAS).

La première était implantée à Danané[14], derrière grande ville au carrefour des frontières Libérienne et de la Guinéenne. En raison de l'insécurité qui n'épargnait personne, les promoteurs de l'ONG ont décidé de délocaliser siège et activités à Korhogo en 2003, où la totale mainmise de la rébellion sur la région avait abouti à une relative accalmie.

> « Nous sommes nés en 2000. Officiellement nous avons eu notre paperasse (agrément) en 2000. IDEAL est née à l'ouest de la Côte d'Ivoire, précisément à Danané. Nous sommes nés de la crise libérienne parce que tous ceux qui travaillaient à IDEAL travaillaient déjà dans d'autres ONG internationales. Donc étant donné qu'ils devaient partir, donc il fallait mettre une structure sur place pour pouvoir prendre le relais de certaines activités (…). L'ouest était très violent dans la crise, très très dur. Nous avons

[14] Ville située à l'extrême ouest de la Côte d'Ivoire.

eu la chance de faire le transit des populations burkinabés en les aidants à rentrer chez eux. C'est là, lorsque nous étions de passage à Korhogo avec les amis, avec l'accalmie qui était là, on a dit, mais pourquoi on n'est pas venu s'installer ici ? Donc c'est ce qui a fait qu'on est venu ici. »[15]

Mais, l'accalmie ne saurait, à elle seule, expliquer leur installation dans cette zone. En effet, en tant que capitale régionale et deuxième grande ville sous occupation de la rébellion, Korhogo a vu débarquer les humanitaires internationaux prompts à financer des structures locales. C'était donc un territoire qui offrait une belle perspective de survie pour certaines ONG en difficulté dans d'autres zones inaccessibles à cette époque.

Quant à l'ONG SAS créée à Bouaké le 15 mai 1995, elle fait partie des associations nationales de premier plan engagées dans la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. En 2005, elle ouvre une antenne à Korhogo pour étendre ses activités de lutte contre le sida dans cette région désertée par les praticiens du secteur public.

Au total, c'est la convergence de ces trois mouvements qui constitue le paysage associatif du domaine de la santé dans notre zone d'étude. Toutefois, pour cerner l'importance de l'action des ONG et associations, il convient de faire l'état des lieux du secteur public de la santé. Ce point permettra de comprendre l'évolution du positionnement des ONG dans ce secteur. En effet, les activités des ONG et associations n'ont plus le même volume qu'en période de crise. Avec le redéploiement de l'administration et la reconstruction des infrastructures sanitaires, le secteur public de la santé se remet progressivement en place même si d'énormes défis restent à relever. C'est pourquoi, pour mieux cerner le poids des ONG dans cette nouvelle distribution des cartes, il convient de jeter un regard sur le secteur public.

Un système de santé publique en reconstruction au nord de la Côte d'Ivoire

La guerre a engendré l'abandon, le pillage et la dégradation de nombreuses infrastructures sanitaires dont les stigmates demeurent nonobstant la réhabilitation des centres de santé et la construction de nouvelles infrastructures dans le cadre du Programme Présidentiel d'Urgence (PPU), et du Programme National de Développement (PND). Ces séquelles de la crise empêchent le système de santé de tourner à plein régime, lui conférant un statut de secteur en reconstruction permanente. Avant de faire le point des difficultés particulières auxquelles il est confronté, un état des lieux des infrastructures sanitaires s'impose.

Tableau n°2 : Infrastructures Sanitaires des Régions du Poro et de la Bagoué

Districts sanitaires	CHR*	HG*	ESPC*	Privé/confessionnel	Total public
Korhogo	1	0	78	36	**79**
Boundiali	0	1	13	8	**14**

[15] Entretien avec Aboubacar OUATTARA, Président du Conseil d'Administration de l'ONG IDEAL Inter, le 02/03/2018 à Korhogo

Tingrela	0	1	11	1	**12**
Région	**1**	**2**	**102**	**45**	**105**

Source : Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique de la région Poro - Tchologo - Bagoué

*__CHR__ : Centre Hospitalier régional *__HG__ : Hôpital général *__ESPC__ : Établissement Sanitaire de premier Contact.

Ces infrastructures sont dédiées à une population totale estimée à 1 143 220 habitants répartis comme suit : 834 861 habitants Korhogo, 278 710 à Boundiali et 129 649 à Tingréla.

Au regard des statistiques, on est à 1 143 220 habitants pour un CHR auxquels il faut ajouter les 260 519 habitants du District sanitaire de Ouangolo et les 252 928 habitants de Ferkessédougou qui font partie de cette région sanitaire. En effet, la région sanitaire Poro – Tchologo - Bagoué est la plus vaste région sanitaire du pays. Ainsi, malgré les efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires au développement au lendemain de la crise, ces infrastructures restent insuffisantes.

A ce problème, se greffe celui de leurs dysfonctionnements notamment, la dégradation du plateau technique, la fermeture régulière de certains services pour travaux, l'inexistence de certains services spécialisés, l'insuffisance de moyens de mobilité et d'évacuation des malades (ambulances), etc.

Quant aux ressources humaines, il y a une inadéquation flagrante entre les statistiques officielles communiquées par la Direction Régionale de la santé et celles des chefs des établissements sanitaires. À titre d'exemple, selon les statistiques de la Direction Régionale, l'hôpital général de Boundiali dispose de 14 médecins alors que dans les faits, l'hôpital ne dispose que de 5 médecins. À l'analyse, il ressort que les statistiques de la Direction Régionale sont caduques, car surannées. Faute d'actualisation régulière des données, ces informations sont en contradiction avec la réalité. En effet, même si l'insuffisance du personnel de santé est un problème transversal en Côte d'Ivoire, la particularité de cette région est qu'elle enregistre, en plus de cette insuffisance, la plus forte mobilité du personnel de santé dans le pays. « Nous sommes la région où la mobilité du personnel est la plus forte dans le pays. Il y a régulièrement des demandes de mutation vers zones sud et ouest du pays. Les gens ne veulent pas rester à Korhogo », affirme un responsable du District sanitaire de Korhogo.

L'éloignement de la capitale[16], la stabilité et la sécurité incertaines[17], le manque d'opportunités permettant de mener des activités parallèles (cliniques privées, plantation

[16] Située à plus de 700 km d'Abidjan, il faut environ 8 heures de route pour rallier Korhogo et un peu plus pour arriver à Boundiali et Tingréla, dernière ville ivoirienne avant le Mali. La dégradation des infrastructures routières rajoute aux difficultés de circulation.

[17] Depuis 2014, Korhogo enregistre près d'une dizaine de mutineries des ex-rebelles, certes intégrés dans l'armée nationale, mais qui réclament des primes de guerres. Ces mutineries entrainent des perturbations et des violences sur les populations civiles. À fréquentes perturbations, il faut ajouter la circulation des armes légères et de petits calibres qui favorisent la prolifération du phénomène des coupeurs de route, des braquages de domiciles, des agressions à main armée, etc.

agricoles, commerce, etc.), en vue d'arrondir leurs fins de mois, conduisent nombre de prestataires de soins à demander des mutations hors de la zone. La quasi-totalité des médecins et nombre d'agents de santé qui exercent dans cette région y vivent seuls ; laissant leurs familles dans les régions du sud, notamment à Abidjan. Cette situation participe à la fragilité de ce système en reconstruction. Les solutions de compassassions sont recherchées en permanence. En quête permanente de ses repères en zone urbaine, le secteur de la santé publique a recours aux services des ONG pour l'épauler et prolonger son action dans la communauté où il peine à se frayer un chemin. C'est pourquoi, le processus de reconstruction nationale qui a nécessité le retrait progressif des organisations humanitaires internationales n'a pas sonné le glas des ONG. Bien au contraire, elles vont développer des stratégies de repositionnement face au secteur public de retour. Cette adaptation des structures locales est très édifiante, car elle renseigne sur la reconfiguration des acteurs que l'urgence a fait émerger et l'affirmation de la prise de conscience de l'importance de la société civile dans le processus de développement national.

Le repositionnement des ONG face au processus de reconstruction du secteur public de la santé : indicateur du dynamisme de la société civile locale.

Au terme de l'urgence humanitaire en Côte d'Ivoire qui a sonné le retrait des organisations internationales, l'une des questions qui revenaient était relative au sort des ONG locales qui ont émergé dans le contexte d'urgence. L'inquiétude quant à leur capacité d'adaptation à la nouvelle donne était bien réelle et compréhensible. Ayant elle-même pris conscience de cette situation, cette société civile locale va échafauder des stratégies de résilience dont l'une des plus importantes est leur repositionnement en fonction des besoins qui demeurent malgré la reconstruction en cours. C'est pourquoi la dénomination « ONG de la santé », ne suffit pas à rendre compte de la réalité de leur action sur le terrain. Sous cette désignation se cache une multitude d'activités dans différents domaines de santé. En effet, cette dénomination générique qui sert à les désigner ne permet pas de rendre compte du caractère polymorphe de leurs activités. Ces associations ne se distinguent pas seulement par la logique organisationnelle et opérationnelle qui les caractérise, encore moins par leur forme juridique. Leur spécificité tient tout autant de leur identité que de leur domaine d'activité et leur interaction avec l'environnement institutionnel. Face au retour du système étatique, elles recadrent leurs activités pour pérenniser leur influence dans la région. Il ne s'agit donc plus pour elles de courir constamment après des projets à sous-traiter, mais plutôt de prendre des initiatives originales permettant une adaptation au nouvel environnement. Ci-dessous les principales activités de santé qui ont favorisé ce repositionnement.

La lutte contre le VIH/sida : dénominateur commun des ONG et symbole de leur adaptation au nouveau climat.

Elle est l'activité carrefour de la quasi-totalité des associations. Notre témoin de la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène publique, on affirme sans hésiter que c'est le contexte de guerre qui a orienté les ONG vers ce secteur.

> « Ce qui fait qu'il y a beaucoup d'organisations dans le domaine du VIH, c'est que pendant la crise, dans la région ici, la plupart des activités financées l'étaient dans le

cadre du VIH. Et les organisations internationales qui sont venues ont suscité la création de plusieurs ONG et il faut le dire aussi, c'est dans le domaine du VIH/sida qu'il y a plus de financement »[18].

Le risque d'explosion de l'épidémie du sida dans la région consécutive à l'arrêt des activités médico-sociales pousse les organisations internationales à accorder une attention particulière à ce problème de santé. C'est d'ailleurs la prise de conscience de ce risque qui a conduit l'ONG SAS, qui travaillait exclusivement dans le domaine du suivi psychosocial des séropositifs dans le centre du pays, à ouvrir une antenne à Korhogo en pleine crise.

« Pourquoi fallait-il mettre l'antenne ? Mais parce qu'ici au nord, le taux contamination allait être élevé. Il n'y avait pas de contrôle et puis le taux de décès allait être élevé et puis les femmes qui étaient infectées continuaient de faire les enfants et il n'y avait pas de suivi »[19].

Ayant pris le relai des acteurs du secteur public durant la crise, les associations ont acquis une expertise certaine dans la gestion du VIH/sida, de la sensibilisation au suivi thérapeutique et psychosocial en passant par le dépistage. Ainsi, le retour à la normalisation n'a pas mis un terme à leurs activités dans ce secteur. Elles poursuivent leurs activités avec le soutien des bailleurs qui financent la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Les statistiques de leurs activités, remarquablement éloquentes, illustrent bien le volume de leurs activités.

En termes de dépistage, pour la seule année 2017, l'AIBEF a réalisé 839 tests de dépistages dans son Centre de Dépistage Volontaire (CDV), 671 tests en consultations prénatales et 253 tests en consultation postnatale. Au total, cette structure aura réalisé 1763 tests au cours de cette seule année. Pour atteindre de tels scores, contrairement au secteur public, l'association multiplie les campagnes de sensibilisation hors de ses murs. Elle procède au dépistage dans la communauté, tant en zone urbaine que rurale. Tous les patients déclarés positifs sont suivis dans son centre géré par un personnel qualifié. La situation est pareille au centre SAS, à IDEAL Inter et dans bien d'autres associations dont les locaux répondent aux exigences d'une prise en charge médicale des séropositifs. Pour les aider dans cette tâche, un personnel de santé du secteur public y est détaché en qualité de vacataire.

Le dépistage hors des murs met un accent particulier sur les zones rurales difficilement accessibles, où il existe ou pas de centre de santé. Dans ces villages et hameaux, quand bien même il existe un centre de santé, les populations rechignent à s'y faire dépister et suivre en cas de séropositivité par crainte de la divulgation de ce secret médical qui entrainerait leur stigmatisation.

Dans ces conditions, ce sont donc les acteurs associatifs, à travers leurs agents communautaires, qui assurent le dépistage et le suivi des personnes dépistées. Elles se substituent donc au système de santé publique limitée dans sa marge de manœuvre.

[18] Entretien avec Henri KPAHI, Directeur de l'Action Sanitaire de la Direction Régionale de la Santé, le 20/02/2018 à Korhogo

[19] Entretien avec Mamadou KONE, Directeur du centre SAS de Korhogo, le 15/02/2018

Même en ville, les ONG innovent dans l'offre des prestations dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida pour se démarquer des activités de dépistage et de prise en charge en vigueur dans les édifices publics. Ainsi, l'ONG IDEAL Inter intervient auprès de certains groupes dits marginaux absents des programmes de lutte contre le sida dans la région. En effet, le tabou qui entoure la question des Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres (LGBT), encore plus prononcé dans cette région où les communautés s'érigent en gardiennes des mœurs préétablies, ne permet pas l'élaboration d'un système de suivi médical des malades issus de ces groupes. Les violences faites à ces personnes et le déni de l'existence du phénomène ou sa minimisation, inclinent les concerner à se recroqueviller. C'est donc un groupe qui n'entre dans aucune catégorie des personnes ciblées par les acteurs publics. Dans ces conditions, c'est la société civile qui se porte en avant-garde de lutte contre le sida dans ces groupes particuliers, en développant des stratégies comme la création d'une association de LGBT par l'ONG IDEAL Inter, qui a réussi ainsi à les fidéliser pour mieux les suivre.

Outre le dépistage et la prise en charge médicale, les associations sont investies dans le suivi psychosocial des personnes infectées par le VIH, activité dont elles ont le monopole. Avec un seul assistant social affecté au CHR de Korhogo, le secteur public est incapable d'assurer ce service. Ainsi, appuyées par des partenaires internationaux, les ONG ont investi tous les hôpitaux de la région, intervenant dans les différents services confrontés à la prise en charge des séropositifs. Ce volet est l'une des réussites des ONG qui clament avoir compris, plus que le secteur public, le rôle déterminant du suivi psychosocial pour la survie des patients.

> « Le médecin lui il prescrit ses ordonnances. Quitte à toi de prendre ou pas. Tu prends ou tu ne prends pas, ce n'est pas son problème. Si le médecin te donne un rendez-vous que tu ne viens pas, ce n'est pas son problème ; lui il s'en fout. Et puis lui, même s'il ne les reçoit pas, il a quel indicateur, quel mécanisme de contrôle de la hiérarchie ? Il n'est pas lié à un contrat. Il n'est pas lié à un indicateur. Il n'a pas de pression. Alors qu'une ONG… Je prends un exemple, lorsque vous dites que « je suis 500 personnes vivant avec le VIH » et que vous avez un projet de 500 personnes vivant avec le VIH, quand le partenaire arrive, les indicateurs contractuels il les regarde. Il est même capable de partir avec toi dans la communauté pour voir ce que tu dis. Mais combien de médecins diront que « j'ai 100 personnes à qui j'ai administré les médicaments » et son directeur dira « bon écoute, on va aller vérifier si ces personnes sont vraiment venues au CHR » ; non. Donc nous sommes liés pour aujourd'hui, pour demain, pour la vie »[20].

Certes, le problème soulevé par notre interlocuteur est un problème transversal qui mine le système de santé de façon générale, mais il se pose avec plus d'acuité dans cette zone où l'ensemble des prestations liées au suivi psychosocial des PVVIH est exclusivement géré par les ONG. On peut donc affirmer, sans risque de se tromper, que les ONG se substituent au secteur public de la santé dans le domaine du suivi psychosocial des séropositifs. L'arrêt de leur intervention dans ces hôpitaux signifierait l'arrêt de la prise en charge psychosociale des PVVIH.

La société civile au secours de la lutte contre la Tuberculose

[20] Entretien avec Mamadou KONE, op. cit.

Après avoir débuté ses activités dans le domaine de la santé en 2004, en assurant la mise en œuvre des projets de CARE dans le domaine du sida, La CARITAS va s'investir dans la lutte contre la tuberculose à partir de 2010. Sur les 500 tuberculeux suivis actuellement au Centre antituberculeux de Korhogo (CAT), la CARITAS assure le suivi communautaire de 410 patients dont 20% référés au CAT et au Centre de Dépistage de la Tuberculose (CDT) par ses soins. La majorité des patients provient des zones rurales. Pour casser les chaines de contamination, elle a élaboré des stratégies d'approche et de dépistage dans l'entourage des malades déclarés.

Le suivi des malades mis en place par la CARITAS est décisif, car il évite les rechutes dues à l'interruption du traitement. En effet, le traitement de la tuberculose en Côte d'Ivoire dure six mois. Sauf qu'après quatre mois, certains malades, qui constatent une nette amélioration de leur état, mettent un terme au traitement unilatéralement. Il s'en suit donc des rechutes qui ont assuré la persistance de la maladie dans les milieux défavorisés de cette région. C'est pourquoi la CARITAS a développé une stratégie de suivi à domicile des tuberculeux sous traitement. Ses volontaires élaborent des techniques de surveillance de l'observance du traitement par les patients. Des contrôles réguliers à domicile sont effectués et l'entourage du malade est sensibilisé afin de signaler tout manquement.

La prise en charge des personnes en difficultés physiques et mentales.

La prise en charge des personnes en difficultés physiques et mentales reste un énorme défi pour le secteur de la santé et les services sociaux en Côte d'Ivoire. Les services sociaux d'éducation et de formation sont aussi rares que les centres de santé spécialisés. Dans ces conditions, ces personnes sont discriminées et ne bénéficient pas des mêmes chances que tout le monde. Dans le nord du pays resté pendant longtemps une poche de résistance de la poliomyélite, nombre d'enfants trainent les séquelles de la maladie. À côté de ces personnes qui souffrent d'un handicap physique, il y a celles qui présentent un état d'attardement mental et d'autres pathologies congénitales. Les conceptions culturelles qui entourent ces maladies qui frappent les enfants à la naissance ou au bas-âge, incriminent le mauvais sort, la malédiction ou un châtiment divin. De ce fait, nombreux sont ces enfants qui sont abandonnés ou sont ostracisés par leurs parents.

Pour répondre à ces problèmes, Le centre DON ORIONE qui a ouvert en 1994 dans le cadre du traitement des séquelles de la poliomyélite, accueille désormais les personnes qui souffrant de divers handicaps, notamment les attardés mentaux, les malentendants, les sourds et muets, les enfants victimes de la trisomie 21, les autistes, les handicapés psychomoteurs, etc. Cette structure est la seule organisation à but non lucratif dans région qui s'occupe de ces personnes. L'absence d'une telle offre de service dans le secteur public montre toute son importance et l'affluence qu'elle suscite. Selon ses gestionnaires, le centre est aujourd'hui au bord de son seuil de saturation, car, contrairement à ce qui se passait avant (rejets des enfants malades par leurs familles, stigmatisation, maltraitance, abandon, etc.), les parents s'adressent désormais au centre face à un enfant en difficulté. Le succès du suivi précoce qui a permis de redonner certaines capacités à nombre d'enfants a assuré la renommée du Centre Don ORIONE de Korhogo.

L'aide incontournable des ONG à la lutte contre la malnutrition

La malnutrition est l'un des épineux problèmes de santé auxquels la région est en proie. Pour preuve, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a ouvert un Bureau à Korhogo en août 2016. C'est le seul Bureau du PAM à l'intérieur du pays. L'organisation y déploie son programme le plus important en Côte d'Ivoire à travers plusieurs projets :

- un projet de cantines scolaires en milieu rural ;
- un projet de renforcement des groupements agricoles ;
- un projet de nutrition pour les séropositifs et leurs familles ;
- un projet de distribution systématique de vivres et de farines fortifiés à tous les enfants de 6 à 23 mois sur 3 mois qui correspondent à la période de soudure pour les agriculteurs.

> « Le programme actuel concerne 1419 enfants de 6 à 23 mois à qui nous distribuons des vivres et de la farine fortifiée sur trois mois. (…) Sur les 613 cantines scolaires approvisionnées par le PAM sur toute l'étendue du territoire, 534 sont pris en compte par le bureau de Korhogo qui va dans toute la région »[21]

Bien avant l'arrivée du PAM en 2016, ce sont les ONG locales qui portaient à bout de bras la lutte contre la malnutrition. C'est d'ailleurs leur lobbying qui a abouti à la prise de conscience de la réalité de ce phénomène et conduit à l'intervention du PAM. Notre Terre Nourricière, l'Animation Rurale de Korhogo (ARK), Wo Pile Sanga, et l'Animation Rurale de Napié (ARN) sont les principales structures de la société civile reconnues comme actives dans la lutte contre la malnutrition. Les deux premières accentuent leurs activités sur le volet sensibilisation quand les deux dernières sont impliquées dans la prise en charge des enfants malnutris.

Parmi elles, Wo Pile Sanga qui signifie en langue sénoufo « aidons les enfants », fait figure de leader. Avec un personnel estimé à 105 bénévoles et 10 stagiaires, l'ONG s'occupe d'environ 3000 enfants composés d'orphelins et enfants vulnérables du fait du sida (EOV), d'enfants malnutris et de bébés abandonnés. Toutefois, la lutte contre la malnutrition est le pilier sur lequel l'association a été fondée. Aujourd'hui, elle fait figure de référence dans toute la région.

> « Dans tout le Nord, je suis consultante en nutrition, nous dit sa Directrice. J'ai pour partenaire HAI (Health Alliance International, une ONG américaine), puisque c'est moi qui coache, qui forme les agents de santé. Donc quand j'arrive et qu'il y a des difficultés, chacun dit ses difficultés et on débloque. Et comme l'ONG est reconnue officiellement, on a tous les documents, donc on n'a pas de problème avec qui que ce soit. On travaille avec le District, la Direction de la Santé, on a le numéro du Journal officiel et tout. (...) Pour tout le Nord, la personne qui fait l'éducation nutritionnelle, la prise en charge, les démonstrations culinaires, c'est l'ONG WO PILE SANGA. Vous pouvez aller demander partout, s'ils veulent être honnêtes avec vous, ils vous diront que c'est la dame »[22].

Ancienne volontaire du Comité local de la Croix-Rouge cumulant une trentaine d'années dans l'humanitaire, cette gestionnaire du volet nutrition va se désolidariser de la nouvelle Direction du Comité local en 2006, suite à des incompréhensions, pour ouvrir en 2007, les

[21] Entretien avec Philippe SEONE, Chef du Bureau du PAM de Korhogo, le 15/11/2017 à Korhogo
[22] Entretien avec Salimata Coulibaly, Directrice de l'ONG WO PILE SANGA, le 06/03/2018

portes de l'association qu'elle pilote aujourd'hui. Depuis le départ des humanitaires internationaux, l'ONG a axé ses activités sur la nutrition et la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables du fait du VIH/sida. Ses efforts en matière de lutte contre le sida pédiatrique et la malnutrition ont été récompensés par l'État à travers l'organisation de deux cérémonies de remise de prix par le Vice-Président de la République et la ministre de la Santé.

> « Ça a été une surprise pour nous ; une grande surprise. Et ça, c'est dans le cadre de la nutrition. L'un c'est le VIH et l'autre c'est la nutrition. (…) c'est une longue histoire. Au moment les gens disaient qu'il n'y avait pas de malnutrition en Côte d'Ivoire, j'étais la seule qui disait toujours qu'il y a des malnutris. Finalement, ils ont dit « bon, comme tu dis qu'il y a des malnutris, tu nous donnes les preuves ». Et j'ai apporté les preuves au fur et à mesure, jusqu'à ce que les gens acceptent qu'en Côte d'Ivoire il y a des malnutris et le travail a commencé. Les gens du ministère, quand ils viennent ils voient, ils passent. Mais quand il y a des données qu'ils cherchent, ils passent par moi. Jusqu'à ce qu'un jour on m'appelle pour me dire « voici la reconnaissance qu'on vous fait ». J'étais heureuse… car la reconnaissance n'est pas donnée à tout le monde »[23].

La présence de ses animateurs communautaires dans les services de pédiatrie des structures de santé de la région, intervenant et assurant la formation des agents étatiques montre bien le poids et l'emprise de l'ONG dans ce domaine ou les structures étatiques sont à la traine.

Au regard de ce qui précède, on constate que les associations se sont orientées vers une spécialisation dans certaines activités. Cette spécialisation répond à leur stratégie de résilience et de repositionnement dans le nouvel environnement sanitaire. Cependant, outre ces domaines spécifiques, elles interviennent également dans la prise en charge globale des problèmes de santé récurrents dans la région.

Prise en charge globale des usagers de la santé

En plus du service humanitaire dans des secteurs de la santé définis préalablement en fonction des projets et programmes d'action, des ONG s'impliquent dans la prise en charge des usagers de la santé sur le modèle de l'hôpital public.

Dans ce domaine, c'est l'AIBEF, présente sur ce terrain régional depuis plus de trois décennies, qui constitue l'offre la plus alléchante de la société civile. Cette structure a implanté un hôpital à Korhogo où elle enregistre en moyenne 400 consultations par semaine[24].

Outre ces consultations en médecine générale, on note de nombreuses consultations dans les services spécialisés comme la gynécologie, l'ophtalmologie, l'odonto-stomalogie, la maternité, le cabinet dentaire, le service de l'ORL, etc. Étant avant tout une association investie dans le planning familial et la santé de la reproduction, l'AIBEF, est en avant-garde de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Elle mène de nombreuses campagnes de

[23] Id.
[24] Document interne de l'AIBEF portant sur les statistiques des prestations

sensibilisation et de dépistage en zone rurale et urbaine. Pour l'année 2017, elle a réalisé 769 dépistages du cancer du col de l'utérus[25]. Tous les cas positifs constitués de lésions cancéreuses sont directement pris en charge sur son site. Seuls les cas avancés sont référés au Centre Hospitalier Régional (CHR).

Toutes ces activités mettent en relief non seulement l'importance des ONG et associations de la santé dans cette partie du pays, mais surtout leur repositionnement sur l'échiquier national reconfiguré après la crise. Loin d'être un rouage du système ou des organisations sinistrées par le départ des humanitaires internationaux, elles sont d'une aide considérable pour les populations. C'est donc à juste titre qu'elles entretiennent des relations particulières avec le secteur étatique.

Les relations entre acteurs humanitaires et praticiens du secteur public de santé

D'une manière générale ces relations sont étroites sur le terrain et l'entraide, mutuelle. L'expertise acquise par les humanitaires les positionne en maillon essentiel du dispositif sanitaire en reconstruction dans la région. Toutes les structures de santé étatiques abritent des acteurs communautaires qui participent, à divers échelons, à la prise en charge médicale des populations. À l'hôpital général de Boundiali, les services de médecine générale, de pédiatrie, de dermatologie, etc. abritent des agents communautaires qui collaborent avec le personnel médical dans le cadre de la prise en charge des séropositifs et des cas de malnutrition. Le plus anciens de bénévole de cet établissement y a débuté ses activité pendant la crise. Après plus d'une dizaine d'années passées dans cet hôpital, il est aujourd'hui reconnu comme le pivot du dépistage volontaire ou à l'initiative du prestataire. Son témoignage montre sa position dans cette structure.

> « Moi je m'occupe de tout ce qui est dépistage, tout ce qui est bilan et tout ce qui est conseil, dit-il. Quand un patient vient pour faire son dépistage, il demande en médecine, on lui dit il faut voir Diallo, c'est lui qui s'occupe du dépistage. Maintenant en dehors de ça, tout malade qui vient en consultation, on lui fait la proposition, s'il est d'accord pour le dépistage, on lui dit va voir tel monsieur. Maintenant en hospi (hospitalisation) aussi on fait la visite. Chaque matin je passe dans les salles, je fais la proposition aussi à ceux qui sont en hospi. Celui qui est d'accord, on fait son dépistage en même temps au lit là-bas. »[26]

En 2009, en compagnie de certains amis, ils fondent l'ONG Save Life pour formaliser leur intervention dans le domaine de la santé, sous bannière de société civile.

À l'exception du centre Don ORIONE, toutes les ONG sont engagées dans un processus de collaboration avec le secteur public. La reconstruction des infrastructures sanitaires et le redéploiement du personnel de santé ont certes réduit l'influence des ONG en zone urbaine, mais leur ont fourni, en revanche, une plate-forme qui leur permet d'œuvrer efficacement. Ces opérateurs de l'aide humanitaire dont les projets sont financés par des bailleurs internationaux utilisent les locaux des établissements publics pour atteindre plus aisément

[25] Id.
[26] Entretien avec Mamadou DIALLO, le 26/02/2018 à Boundiali

leurs cibles. Par ailleurs, cette collaboration permet aux ONG de disposer d'un personnel de santé publique qualifié, qui leur vient en aide dans leurs locaux sous le régime de la vacation. En effet, ne pouvant plus occuper les édifices du secteur public désormais restaurés, les ONG se sont dotées de sièges dont les commodités permettent la pérennisation de leurs activités médicales. Les autorités sanitaires de la région leur affectent donc des médecins, des infirmiers et des sages-femmes vacataires pour renforcer leur capacité et leur efficacité. La présence étatique constitue donc, pour elles, un soutien en termes de logistique et d'expertise.

De même, la présence des agents communautaires dans les hôpitaux et centres de santé décharge le personnel déjà en nombre insuffisant et permet un meilleur suivi des patients dans la communauté. Dans certains domaines comme la nutrition, ce sont des ONG qui forment, sur le terrain, les agents de l'État affectés à cette tâche.

À la Direction Régionale de Santé, on reconnait l'aide précieuse des ONG même si on la relativise pour ne pas donner le sentiment que le bon fonctionnement du système est inhérent à leur intervention. À la question de savoir si le secteur public de la santé pourrait être enrhumé en cas de désactivation des activités des ONG, la réponse de la Direction Régionale de la santé, avancée avec prudence et embarras, illustre bien ce positionnement stratégique de la société civile dans ce domaine en reconstruction.

> « On peut dire dans un sens oui, parce que l'appui qu'ils apportent est vraiment inestimable. Parce qu'eux, ils ont la possibilité d'aller dans les coins les plus reculés pour porter le message à la population. Et ils sont aussi ceux qui sont dans la communauté. Donc de ce fait, ils sont beaucoup écoutés. Ils ont cette possibilité-là. Non aussi parce que au niveau du système de santé nous avons aussi des relais que nous appelons des agents de santé communautaire qui sont aussi présents dans la population, mais qui sont aussi en nombre insuffisant pour pouvoir mener toutes ces activités communautaires auprès des populations. »

Ce témoignage met bien en relief le rôle déterminant de ces ONG locales face au tâtonnement de la politique de santé communautaire en Côte d'Ivoire. Du côté des ONG, il y a une unanimité sur l'interdépendance qui s'est ficelée au fil des années de collaboration. Pour elles, il serait prétentieux d'affirmer qu'en l'état actuel des choses, un secteur peut fonctionner en totale autarcie. Cependant, cette collaboration génère des difficultés tant sur le terrain qu'au niveau des relations avec la tutelle ministérielle.

Les difficultés de collaboration à l'échelon local

Sur le terrain, il est reproché aux associations d'outrepasser de façon récurrente les limites de leur feuille de route, dans la mise en œuvre de leurs projets. Cette situation crée des désagréments qui ne facilitent pas la bonne coordination de l'ensemble des activités. La Direction Régionale de la santé déplore par ailleurs, l'inconstance de certaines associations qui suspendent leurs activités, du jour au lendemain, faute de financement sans préalablement la tenir informée. En effet, incapables d'assurer les per diem de leurs agents, certaines associations mettent leurs activités en berne, le temps de se refaire une santé financière à l'occasion d'un nouveau projet. Pour les responsables de la Direction

Régionale de la Santé, cette situation crée d'énormes dysfonctionnements dans la conduite des activités communes.

Il est clair que depuis le départ des organismes humanitaires internationaux, les ONG locales qui n'existaient que dans le cadre de la sous-traitance des projets sont en proie à d'énormes difficultés qui menacent leur existence. Certaines structures n'existent aujourd'hui que de nom, car occupées à trouver le moyen d'échapper à la faillite qui pointe à l'horizon.

Du côté des ONG, on fustige l'attitude des acteurs du système public qui, selon elles, les considèrent comme des opportunistes et la cinquième roue du carrosse. Elles estiment ne pas bénéficier de l'estime à la hauteur du travail abattu. Pour certains dirigeants d'ONG, la société civile apparait dans l'imaginaire collectif national en général et celui du personnel de santé en particulier, comme une entreprise en quête de profit. Selon eux, la méconnaissance du service humanitaire a pour conséquence le traitement peu valorisant réservé à leurs bénévoles dans certaines structures de santé, où ils sont confinés dans la posture de subalternes. C'est donc un sentiment de frustration que les ONG éprouvent face à des comportements tendant à banaliser leurs actions pourtant essentielles à l'édification d'un système de santé de qualité.

Toutes ces difficultés mettent en lumière la question de la coordination des activités par la tutelle ministérielle et le cadre institutionnel de collaboration. En effet, les problèmes soulevés par les acteurs sur le terrain découlent du système général qui peine à fédérer toutes les aspirations pour élaborer un canevas d'activités clair, accepté par tous les acteurs et dont le suivi permet à chacun de se conformer à sa feuille de route.

Une collaboration avec la tutelle ministérielle sur fond d'incompréhension mutuelle

Pour faciliter la collaboration et mieux encadrer les activités humanitaires de santé, le ministère en charge de ce domaine va procéder à la création d'un cadre de coopération. En effet, le déferlement des ONG internationales et l'émergence d'ONG nationales vont entrainer une sorte de cacophonie sur le terrain. Chaque structure élabore un programme et l'exécute selon ses priorités et les exigences de son bailleur. La bonne coordination de l'ensemble des activités en fonction des besoins étant mise en mal, cette situation causait de fait un préjudice tant à l'État qu'aux bénéficiaires. Pour éviter que ce marché émergent de l'humanitaire se transforme en capharnaüm, le ministère de la Santé a entrepris d'élaborer un cadre de gestion et de suivi des intervenants dans le domaine de la santé. Ainsi, en juin 2012, est créé le Service des ONG par l'Arrêté ministériel N°154 /MSLS / CAB du 15 juin 2012. La création de ce service répond à cinq objectifs :

- Garantir le respect des politiques et procédures de partenariat entre le ministère de la Santé et la société civile.
- Veiller à ce que les prestations de services exécutés par les ONG s'inscrivent dans le cadre des activités du ministère
- Veiller à ce que les initiatives des ONG se fassent en étroite collaboration avec les districts sanitaires sur toute l'étendue du territoire dans le cadre de la matrice des actions prioritaires du ministère.

- Veiller à ce que les missions inscrites dans le protocole d'accord ou les contrats avec le ministère soient respectées.
- Veiller à la coordination, au suivi et à l'évaluation des ONG et des associations communautaires.

Pour atteindre ces objectifs, les ONG doivent être reconnues par le ministère de la Santé. Cette reconnaissance passe par une procédure à laquelle elles doivent se soumettre. Toute ONG qui aura mené la procédure à terme rentre dans le cadre contractuel du ministère qui lui permet de bénéficier des avantages liés à ce statut, dont l'exonération des taxes douanières et le bénéfice de la subvention du ministère.

Mais force est de constater que nombre d'associations exercent hors de ce cadre contractuel. En effet, suscitées par les organismes internationaux pour conduire leurs projets, comme susmentionnées, des ONG locales bénéficiaient de projets financés par leurs bailleurs alors qu'elles n'obéissent pas aux conditions du ministère. Du moment qu'elles conduisaient, sur le terrain, les projets d'ONG internationales reconnues par le ministère, elles ne semblaient pas s'inquiéter de leur situation juridique. Mais la raréfaction des projets clés en main et les exigences des bailleurs désirant collaborer qu'avec des associations reconnues les poussent à formuler des greffes qui mettent en lumière le déficit de communication qui émaille cette collaboration.

Selon les associations, la procédure d'obtention de l'agrément est longue et remarquablement complexe. Le Directeur d'une ONG très active à Korhogo nous a présenté l'accusé de réception de sa demande d'agrément datant du 17 mai 2017, à laquelle aucune suite n'a été donnée à ce jour. Comme les autres, il fustige la lourdeur et la lenteur administratives dans le traitement des dossiers qui découragent les candidats à l'obtention de l'agrément du ministère de la Santé. Pour les associations, ce sont des écueils dressés volontairement pour ne leur accorder la subvention de l'État. Ces assertions, en porte-à-faux avec la réalité, sont révélatrices de plusieurs situations.

La première résulte du contexte post urgence qui sonné le glas du confort des ONG locales longtemps allaitées aux mamelles financières des ONG internationales. Le départ de ces dernières et la réduction de la cagnotte dédiée aux activités humanitaires dans la région vont provoquer des secousses dans ce milieu. Certaines associations vont disparaitre du paysage des ONG de la santé quand d'autres, bien qu'en exercice, sont sous pression. Selon un responsable du ministère de la Santé, « les ONG attendent les projets. Elles n'élaborent pas des projets à soumettre à des bailleurs ». Dans ces conditions, la subvention du ministère pourrait constituer une bouée de sauvetage en temps de vache maigre.

La seconde est la méconnaissance des procédures d'obtention de l'agrément. Cette procédure est certes relativement longue, mais de nombreuses associations l'ignorent. Pourtant, elle reste disponible sur le site du Service des ONG. En effet, après l'obtention du récépissé du ministère de l'Intérieur, l'ONG doit procéder à la demande d'une Attestation de Reconnaissance du ministère de la Santé. « Ce document débute la chaîne du contrat entre les acteurs non étatiques, essentiellement ceux dont le but est non lucratif (ONG et Associations) et le ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS). Son obtention

permet à l'ONG d'être enregistrée au fichier des ONG et de commencer ses activités dans le domaine de santé. Pour avoir ce document, les activités de l'ONG doivent couvrir essentiellement le domaine sanitaire. Les statuts de l'ONG doivent apporter des garanties quant à :

- la cohérence des buts et des moyens de l'ONG
- l'existence des règles permettant un fonctionnement démocratique
- une gestion financière désintéressée (notamment en encadrant le cumul de fonctions de dirigeant bénévole et de salarié »[27].

Ce n'est qu'après avoir rempli ces conditions que l'ONG peut envisager obtenir un agrément. Mais la demande d'agrément ne se formule pas et ne s'obtient pas aussitôt qu'elle est reconnue par le ministère. « Ce document s'obtient après trois (3) années d'existence et est valable pour cinq (5) ans. Après cinq (5) ans d'existence, l'ONG doit procéder à son renouvellement. Ce renouvellement n'est pas systématique et l'ONG peut se voir refuser le document. L'autorité a six (6) mois pour notifier son refus ou son accord. Il permet en outre aux ONG de soumissionner pour obtenir la subvention du MSLS. Pour obtenir l'agrément, les ONG seront amenées à affûter leurs actions, afin de pouvoir les ranger dans un programme du MSLS. Ces actions regroupées dans les domaines suivants pourront permettre de faire le rattachement à un programme ministériel »[28].

Les principaux critères permettant d'obtenir un agrément sont entre autres, la promotion des droits des personnes malades et des usagers du système de santé, la prévention, l'aide et le soutien, la formation, l'information, la participation à l'élaboration des politiques de santé publique et la représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. Ce document délivré en collaboration avec le service juridique complète les conditions de demande de la subvention.

Par ailleurs, dotée d'une enveloppe annuelle de 150.000.000 de FCFA (environ 203.000 euros) pour toutes les ONG opérant sur l'étendue du territoire, la subvention visiblement modique, n'est pas un droit reconnu à l'association. Elle n'est donc pas accordée automatiquement. Pour le ministère, c'est un moyen fragile de financement conditionnel, mais pas immédiat. L'ignorance de tous ces aspects est sujette à incompréhension.

La troisième situation mise en relief est l'absence de l'intervention des Directions Régionale dans la facilitation de la procédure d'obtention de l'agrément. Alors que les Directions Régionales collaborent localement avec les associations, elles sont pourtant exclues du processus de reconnaissance de ces dernières par le ministère dont elles sont l'organe décentralisé. Les ONG peinent à comprendre ce paradoxe quand la Direction Régionale préfère faire l'économie de son avis.

Toutes ces situations indiquent un déficit de circulation de l'information, les effets néfastes de la longue dépendance des ONG internationales, une contribution nationale au fonctionnement des ONG locales remarquablement négligeable. Ces difficultés, non exhaustives, freinent la dynamique de collaboration entre les associations et le secteur public d'une part, et, d'autre part, au niveau des associations elles-mêmes, car elles ne peuvent participer à certains appels d'offres, faute d'agrément du ministère de la Santé.

[27] Ministère de la Santé, Service des ONG, Guide des ONG : la clé, p. 20 [en ligne] www.serviceongsante.ci
[28] Id.

Nonobstant toutes ces difficultés, les ONG poursuivent leurs activités sur le terrain en renforçant et en repensant constamment leurs stratégies de repositionnement.

Conclusion

Cette étude permet de cerner les mutations intervenues dans le champ humanitaire en Côte d'Ivoire après la période de l'urgence. En effet, le processus de reconstruction nationale et les scores reluisants de l'économie ivoirienne post crise vont conduire le gouvernement à opter pour une transition humanitaire qui impliquait le retrait des ONG internationales du théâtre des opérations. Leur départ va provoquer un changement dans le secteur humanitaire, car, la situation de crise et leur intervention massive ayant favorisé l'éclosion d'acteurs locaux bénéficiant de leur parapluie. Ces nouveaux acteurs ont dû développer des stratégies de résilience pour éviter la faillite d'une part, et, d'autre part, continuer le service humanitaire en s'adaptant au nouvel environnement. Cette étude du cas de la santé dans le nord de la Côte d'Ivoire illustre les stratégies de repositionnement des ONG, notamment locales, dans le nouveau projet de transition humanitaire.

L'étude montre que l'expérience acquise auprès des organisations internationales qui ont favorisé leur éclosion et/ou boosté leur action, durant la décennie de crise, et les faiblesses inhérentes à la reconstruction du système de santé publique, font des associations des acteurs incontournables dans la région. Elles continuent leurs activités en toute autonomie, occupant les secteurs de la santé où l'action gouvernementale est faible ou inexistente. Ces interventions parallèles leur permettent de bénéficier de la confiance des bailleurs et d'innover dans la conception des stratégies de captation des projets. En outre, elles collaborent avec le système public en occupant une place importante dans le dispositif de santé de la région. Leurs activités dans la quasi-totalité des structures hospitalières et dans la communauté en font, tantôt des palliatifs aux défaillances du système public, tantôt des substituts dans les domaines où l'action publique est à la traine. C'est pourquoi, loin de les avoir réduites au rang de simple rouage du système, la reconstruction a renforcé leur efficacité en instaurant une collaboration aux allures d'interdépendance.

Cependant, les associations qui n'ont pas envisagé des stratégies de résilience et de repositionnement face au départ des humanitaires internationaux ont succombé au retrait de la perfusion financière internationale dont elles dépendaient. N'ayant plus de projets clés en main à sous-traiter, elles ont dû baisser pavillon ou geler leurs activités dans l'expectative d'une hypothétique opportunité. La transition humanitaire enclenchée sous les auspices de l'État soucieux de faire étalage de l'image d'un pays dans lequel l'assistance humanitaire extérieure est un lointain souvenir, a été fatale pour des structures locales dont l'existence était liée à cette assistance respiratoire extérieure. Les ONG qui se sont acclimatées à ces mutations sont celles d'existence antérieure à la crise ou de date récente, mais dont les promoteurs ont une longue expérience dans l'humanitaire. Leur background leur a permis de subsister aux affres des changements intervenus et de s'imposer dans la région. Ainsi, elles font figure de références dans de nombreux domaines de la santé.

Les difficultés susmentionnées qui ont entrainé la faillite de structures locales actives sous la houlette dans ONGI, semble moins résulter de l'absence d'une approche qui met

l'accent sur les partenariats locaux comme c'était le cas aux premières heures du départ des ONGI (D. Adou, 2016), que des faiblesses structurelles de ces partenariats. Des plates-formes de collaboration entre les ONG d'une part, et, d'autre part, entre les ONG et les structures étatiques existent dans l'optique de garantir la crédibilité et encadrer l'action de la société civile. Mais ces partenariats peinent à résoudre l'équation de la transition humanitaire mise en œuvre partiellement. La question de la gestion de l'après-urgence humanitaire (J-F Matteï, 2005), reste d'actualité dans ce contexte où les bonnes intentions affichées par l'Etat demeurent au stade de vœux pieux. Certes, les stratégies de repositionnement de la société civile dans le septentrion du pays et le modèle de collaboration avec le système de santé publique illustrent l'existence de conditions propices à une transition humanitaire. Mais cela nécessite une mutualisation des efforts et un investissement étatique plus important car le départ des acteurs internationaux n'est pas synonyme de l'instauration, de fait, d'une transition humanitaire qui, rappelons-le, ne saurait être réduite au passage entre urgences humanitaires et politiques de développement, au relais entre savoir-faire, financements internationaux et pratiques opérationnelles (F. Akindes & V. Troit, 2017).

Cette étude constitue donc un angle d'appréciation de l'état des lieux de la transition humanitaire en Côte d'Ivoire. Les discours sur la capacité retrouvée de l'Etat et les grands projets devant conduire, à terme, à l'émergence à l'horizon 2020, impliquaient de fait le retrait des organisations humanitaires internationales dont la présence était une contradiction ostentatoire du discours officiel. La transition humanitaire s'est alignée sur les référents des capacités retrouvées de l'Etat, en plus du souci d'éviter la dépendance humanitaire (D. Adou, op. cit.). Le Programme Présidentiel d'Urgence (PPU) considéré par OCHA comme la rampe de lance de cette transition en Côte d'Ivoire a certes produit de bons résultats, notamment dans la réhabilitation des infrastructures, mais l'analyse de la situation actuelle de la société civile et des acteurs gouvernementaux rend problématique leur capacité à répondre aux situations d'urgence. Même si elle obtient des résultats encourageants et se positionne en maillon indispensable au fonctionnement du système, le faible soutien de l'État à la société civile, leur dépendance vis-à-vis des bailleurs internationaux, leur faible capacité à mobiliser des ressources nationales, les difficultés de collaboration et d'institutionnalisation de la transition constituent de véritables écueils à une transition réussie. La Côte d'Ivoire concentre les atouts pour une transition humanitaire réussie, mais il faudrait avant tout redéfinir les tâches, mutualiser les efforts et une société civile forte dont la collaboration avec l'Etat permettra un accroissement des capacités nationales à répondre aux situations d'urgence.

Bibliographie

ADOU Djané, F., (2016), « Transition humanitaire en Côte d'Ivoire : Idéologies et pratiques des acteurs à l'épreuve de la demande locale », Fonds Croix-Rouge française, Les Papiers du Fonds, n°3, 17 p.

AKA, K. A., (2010) : « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », Les cahiers d'Outre-Mer, n°251, p. 439-460

AKINDES, F. ; TROIT, V., (2017), « La transition humanitaire en Côte d'Ivoire, éléments de cadrage», in FOUQUET, T. et TROIT, V., Ed., Transition Humanitaire en Côte d'Ivoire, Paris : Karthala, p. 9-24,

ATLANI-DUAULT, L., (2003), « Les ONG locales, vecteurs de « bonne gouvernance » dans le Second Monde ? », Journal des anthropologues, 94-95, p. 183-190.

BA, G. S. ; POULET K. ; INIS N. A. (2017), « Appréhender les ONG comme espace de gouvernance : de l'ethnographie des pratiques à celle des contraintes à l'autonomie », Fonds Croix-Rouge française, Les Papiers du Fonds, n° 12, Février 2017, 22 p.

BINATE, I., (2018), « Les ONG islamiques en Côte d'Ivoire en période conflit : acteurs et enjeux », Repères, Revue scientifique de l'Université Alassane Ouattara, vol. 1, n°1, p. 193 – 230

BOINET, A., et MIRIBEL, B., (2010), « Analyses et propositions sur l'action humanitaire dans les situations de crise et post crise », Rapport à M. Bernard Kouchner, ministre des Affaires étrangères et européennes, 82 p.

BNETD, Programme Présidentiel d'Urgence, (2013) Projet d'appui à la carte sanitaire primaire, Rapport final, 202 p.

BUFFET C., (2014), « De l'urgence à la résilience : changements de cadrage », Humanitaire, n°38, p. 70-77

CARBONNIER, G., (2004), Privatisations, sous-traitances et partenariats public-privé: charity.com ou business.org? Revue Internationale de la Croix-Rouge, 86(856), p. 725-743.

CHOUMOFF, A., (2011), L'action humanitaire, une industrie comme les autres ? Mastère de création et de technologie contemporaine, ENSCI, les ateliers, 77 pages

CORBET, A. ; AMBROSETTI, D. ; BAYLE G. ; LABAZE M., (2017) « Agents de l'État et acteurs humanitaires : enjeux d'une interdépendance négociée. Étude de cas à Gambella », Fonds Croix-Rouge française, Les Papiers du Fonds, n° 8, février 2017, 26 p.

DAHOU, T., (2003), « Clientélisme et ONG », Journal des anthropologues, 94-95, p. 145-163.

DORIER-APPRILL, E. ; MEYNET, C., (2005), « Les ONG : acteurs d'une « gestion disputée » des services de base dans les villes africaines ? », Autrepart, n° 3, p. 19-38.

ELBERS, W. ; ARTS, B., (2011), « Comment joindre les deux bouts : les réponses stratégiques des ONG du Sud aux conditions imposées par les bailleurs de fonds », Revue Internationale des Sciences Administratives, n° 4, vol. 77, p. 743-764.

Floridi, M. et Verdeccha, S., (2010), Étude de faisabilité du programme d'appui à la société civile en Côte d'Ivoire. Rapport de mapping, juillet 2010. Union européenne, ECO3, 165 pages [En ligne] www.eeas.europa.eu/delegations/cote.../annexes_mapping_tome2_fr.pdf

FOUQUET, T. et TROIT, V., éd., (2017), Transition Humanitaire en Côte d'Ivoire. Paris : Karthala, 355 p

FICK, U., S/D., (1993), La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales. Paris : L'Harmattan, 399 p

GHIGLIONE, R. et MATALON B., (1998), Les Enquêtes sociologiques. Théories et pratique. Paris : Armand Colin, 301 p.

GUIBERT, J. et JUMEL, G., (2002à, La sociohistoire. Paris : Armand Colin, 184 p

HOURS, B., Ed., (2003), Systèmes et Politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie. Paris : Karthala (Collection : Médecines du Monde), 354 p.

MATTEI, J-F., (2005), « L'urgence humanitaire et après? Opinion », littérature, Économie et humanisme, n° 375, Paris, éditions Hachette, pp 84-87

MATTEI, J-F., & TROIT, V., (2016) « La transition humanitaire », médecine/sciences 32, n°2, p. 211 – 215

- (2014), L'humanitaire à l'épreuve de l'éthique. Paris : Les Liens qui Libèrent, 180 p

MINISTERE DE LA SANTE, (2014), Évaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire, Rapport d'Évaluation, Avril 2014, 77 p.

MINISTERE DE LA SANTE, Service des ONG**,** Guide des ONG : la clé, 47 p [en ligne] www.serviceongsante.ci

OCHA (2013), Côte d'Ivoire 2013, besoins humanitaires en phase de transition [en ligne], http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CIV, consulté le 30 novembre 2014

- (2012), « Côte d'Ivoire, rapport humanitaire mensuel, février-mars 2012 », coordination savelives, n°2, 9 P.

REVEL, J., Dir., (1996), Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience. Paris : Gallimard/Seuil, 256 p.

UNICEF, «Vulnérabilités, Violences et Violations graves des droits de l'enfant» [version électronique], p.6 www.unicef.org/french/.../Rapport_UNICEF_SC_Violations_Nov2011_FINAL.pdf,

USAID, (2008), Côte d'Ivoire : évaluation des prestations de services, Rapport d'étude, mars 2008, 58 p.

ZRAN, T. A., (2016), «L'impact des mesures de redressement économique sur le secteur de santé en Côte d'Ivoire de 1980 à 1995 », in OUATTARA T., Dir., Contribution aux débats sur les enjeux du monde contemporain : héritage colonial et santé. Paris, EDILIVRES, p. 273-314.

- (2014), L'histoire du VIH/sida en Afrique subsaharienne : le cas de la Côte d'Ivoire de 1985 à aujourd'hui, thèse unique de doctorat d'Histoire Contemporaine, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan- Cocody, 674 p.