

Edito
Quelle aide,
quelle solidarité? p. 1



Salvador
Rétablir les blessés de guerre:
une approche globale p. 3

Chine
Développement et santé:
le rendez-vous manqué p. 2

Hommage
à Maurice Piot p. 4

Agenda des associations
p. 4

Qui sommes-nous

Histoire • La CSS naît en 1937 lorsque des médecins suisses s'engagent aux côtés des républicains espagnols en lutte contre les fascistes. Elle organise des missions médicales en Yougoslavie pendant la Seconde Guerre mondiale, puis se montre très active auprès des civils victimes de la guerre du Vietnam.

Objectifs • Réduire les injustices sociales, politiques et économiques qui empêchent l'accès équitable, pour les populations pauvres et dominées, aux conditions nécessaires à une vie en santé.

Valeurs • La CSSR considère que le manque d'équité en termes de ressources pour lutter contre la maladie n'est pas une fatalité. Il est possible et nécessaire de résister aux pratiques prédatrices et dominatrices de certains pouvoirs politiques et économiques qui causent l'injustice.

Moyens • La CSSR se montre solidaire d'organisations locales qui travaillent pour un meilleur accès aux soins; elle soutient des projets sanitaires sur le terrain et dénonce en Suisse les injustices dont sont victimes les populations dominées.

Adresse

Centrale Sanitaire Suisse Romande
15, rue des Savoises
CH - 1205 Genève
tél./fax +41 22 329 59 37
info@css-romande.ch
www.css-romande.ch

Versements

CCP: 17-66791-8

Bulletin

Edition: Centrale Sanitaire Suisse Romande

Comité de rédaction:

Martine Barclay ; Bastien Briand ;
Haile Melles ; Jean-Marc Richard ;
Ludovic Rossel ; Bruno Vitale

Conception et maquette: Olivier Pillonel

Tirage: 2300 exemplaires

Parution: quatre numéros par an

Edito

Quelle aide, quelle solidarité ?

Nous devrions plus régulièrement questionner l'aide humanitaire ou l'aide au développement, quel que soit le nom qu'on lui attribue! Quel en est le moteur? Qu'est-ce qui la motive? Et selon quels critères opère-t-elle?

Trop souvent, les projets correspondent davantage aux besoins des organisations qui les financent qu'à ceux des "bénéficiaires". Pas toujours par mauvaise volonté ou recherche de bénéfices, mais souvent par une mauvaise information générale sur les contextes dans lesquels se déroule une action et une mauvaise appréciation des réalités du terrain par les donateurs.

Nous avons déjà rendu attentif aux effets pervers des récoltes de médicaments au Nord pour les envoyer dans des pays du Sud: Ils correspondent rarement aux besoins, ne sont qu'exceptionnellement accompagnés de notices dans la langue des destinataires, sont trop hétéroclites pour un usage satisfaisant et – ce n'est pas le moindre mal! – ne peuvent pas être éliminés en sécurité dans ces pays. L'envoi de matériel médical et paramédical usagé pâtit des mêmes défauts: des appareils souvent inadaptés aux besoins (par exemple aux différences de voltage), dont il manque les consommables et pièces de rechange nécessaires à l'utilisation. Il s'agit parfois d'équipement obsolète (gourmand en énergie et volumineux) que nous remplaçons par du plus maniable et économe. Il sera en général acheminé par des entreprises commerciales du Nord au frais de donateurs comme vous et moi. Il peut certes paraître "dommage" de mettre au rebut ce qui pourrait encore nous être utile, que nous venons de remplacer et qui fonctionnait

encore bien. Alors, d'autres pourraient en profiter. Vraiment? Ne s'agit-il pas plutôt de notre interprétation des choses? Les personnes et groupes "dans le besoin" ne refuseront que rarement un "cadeau", même empoisonné. En réalité, savent-ils seulement ce qu'on leur propose? Et nous, de notre côté, connaissons-nous leurs besoins? Nous donnons-nous les moyens de le savoir?

Rien ne vaut une visite sur le terrain pour se confronter à la réalité sur place

Pour ce faire, l'information s'avère capitale. Force est de constater qu'elle reste lacunaire. Malgré la télévision globalisée, internet, les courriers électroniques ou autres, on nous sert partout la même sauce, opaque, indigeste et intéressée (au bénéfice de ceux qui la diffuse). Ce qui nous manque, c'est la vue depuis le bas de l'échiquier social: il s'agit de donner la parole aux protagonistes, à nos partenaires sur place. Et de se donner les moyens de comprendre cette parole. Rien ne vaut à cet égard une visite sur le terrain qui permet de se confronter à la réalité sur place – voir et vivre par nous-mêmes cette réalité que nos moyens d'information cachent ou déforment en faveur des puissants. De quoi mieux cerner les conditions et enjeux du développement au Sud. Et faire connaître ces réalités et expériences, inciter à mettre en question les visions altérées par la propagande des multinationales et autres gouvernements dominants. C'est essentiel pour la solidarité, une aide véritable, même si elle n'est pas matérielle.

Martin Herrmann

Chine

Développement et santé : le rendez-vous manqué

Deux décennies de transition économique en Chine ont autorisé une croissance effrénée, mais le système sanitaire souffre de la réduction progressive des financements publics et la privatisation s'opère dans un cadre légal rudimentaire. Par Bastien Briand

La Chine communiste développa une couverture médicale au service des communautés locales et engagea une lutte contre les maladies infectieuses à l'aide d'un réseau d'intervenants médicaux en milieu rural et de nombreux programmes préventifs. Dès les années 1960, les médicaments essentiels deviennent largement accessibles; l'espérance de vie double presque entre 1949 et 1975¹.

Les réformes entreprises dès 1978 signent le démantèlement progressif des fonctions sociales de l'Etat. En campagne, la sécurité sociale couvrait plus de 90% de la population en 1978. En 1998, seul 13% de la population rurale est affiliée à une assurance². La pauvreté et l'endettement dus à la maladie se multiplient. En parallèle, la décentralisation fiscale exacerbe les inégalités nationales au privilège des localités aisées. Les structures de soins se concentrent aujourd'hui en milieu urbain et appliquent une technicité efficace, mais coûteuse.

Face aux inégalités d'accès aux soins, le gouvernement exerce une pression sur les prix des prestations et assurances accompagnée d'une diminution progressive des financements publics. Certaines assurances affichent des primes raisonnables, mais les remboursements sont plafonnés et les médicaments pris en charge limités. En conséquence, le patient est généralement appelé à régler plus de la moitié de la note. En fait, plus de 80% du salaire des intervenants médicaux provient directement des patients, leur revenu moyen est aujourd'hui inférieur à la moyenne nationale. Dès lors, il se développe en milieu hospitalier une corruption informelle qui suppose une série de dons offerts au personnel soignant ou de surfacturation des prestations³. Cette pratique accroît le coût des soins et nuit à la relation de confiance entre patient



Campagne de vaccination contre la tuberculose (1965).



Apologie du "système sanitaire patriotique" (1963).

et praticien. De plus, la médecine privée opère en l'absence de cadre légal pour la définition des rôles et des fonctions. Les médicaments sont vendus directement à l'hôpital, certaines firmes pharmaceutiques possédant même des hôpitaux.

Dans le cadre du dernier congrès du parti communiste, le gouvernement identifie les problèmes de santé comme thème majeur de l'agenda politique. L'investissement étatique reste pourtant balbutiant au regard de l'importance des attentes. Comme le résume le représentant de l'OMS au pays :

«le gouvernement chinois a beaucoup à faire en terme de santé publique, mais son rôle demeure incertain»⁴.

¹Health Actuary in Mainland China», Southwestern University of Finance and Economics.

²Wang, Yip, Zhang & Hsiao (2005) «Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits», Global Health Division, Yale University School of Public Health.

³Hopkins & Gabriel (1998) «The influence of Economic Liberalization of Urban Health Care Access in People's Republic of China's».

⁴China Development Brief (2006), «You cannot fix this system in three or four years», Interview with WHO China Representative.

Structures de soutien

Lorsque le médecin n'y peut rien

En Chine, un traitement contre l'hémophilie ou le cancer coûte des centaines de francs par mois; de nombreux patients doivent l'interrompre par manque de fonds. Dans ce contexte, un article récent, publié par la revue *China Development Brief* montre comment des patients atteints de maladie incurable constituent des structures associatives de soutien mutuel et de plaidoyer auprès des autorités pour une prise en compte de leurs afflictions. Bien qu'ils disposent de ressources limitées, certains groupes

exploitent des moyens modernes – tel internet – en véritables forums pour apporter une réponse publique à l'expérience de la maladie. Plusieurs associations locales collaborent avec des centres de soins et certaines ont même obtenu l'officialisation de leur activité par les autorités. Mais selon une ONG locale, la majorité de ces groupes disposent d'une marge de manœuvre limitée et ne peuvent accéder à une reconnaissance légale de leur activité, ce qui les interdit de rechercher de fonds.

Salvador

Rétablir les blessés de guerre : une approche globale

Depuis 1997, la CSSR s'engage aux côtés d'une association locale dont l'action vise à réévaluer la situation administrative des invalides de guerre au Salvador et à leur apporter des perspectives de réhabilitation socioprofessionnelle. Par Claude Desimoni

A l'issue de la guerre civile au Salvador, les accords de paix signés en 1992 avaient bien instauré des mesures en faveur des victimes du conflit et aménagé un fonds national de protection des handicapés et lésés. Cependant, le traitement des dossiers des victimes par les autorités s'effectue avec de nombreux déboires : selon les fondateurs d'ALGES¹, les expertises réalisées par les professionnels du fonds national qui évaluent les demandes de compensation sont superficielles et surtout défavorables aux invalides. Ceci afin de refuser des prestations à de nouveaux bénéficiaires, de les diminuer et même de couper le robinet à ceux qui les perçoivent déjà. Dès lors, de nombreux cas sont traités injustement, notamment en raison d'une attente interminable ou de taux d'invalidité sous-évalués. Face à cet amer constat, l'association a engagé une discussion directe avec de nombreux représentants politiques et entrepris un travail de sensibilisation auprès des médias régionaux et des communautés locales. Un premier projet, soutenu par nos fonds propres, visait l'évaluation et



Les invalides de guerre ont encore trop souvent du mal à faire respecter leurs droits face à l'Etat.

l'accompagnement psychologique des victimes. Le projet actuel, financé par la fondation *Pro Victimis*, cible la réévaluation physique fonctionnelle par un spécialiste en orthopédie qui sillonne le pays dans le but d'assister les invalides dans leurs démarches auprès du fonds national. En parallèle, ce soutien permet à l'association de développer des modalités originales de réhabilitation. Ainsi, la mise en place de contrats de prestation en coopération avec les municipalités locales autorise les personnes handicapées à travailler pour les administrations publiques et à percevoir un revenu.

Les chiffres qui parlent

Activités d'ALGES en 2006

- 671 évaluations individuelles de blessés de guerre
- 442 cas débattus en 25 sessions de discussion directe avec le fonds national
- 1925 consultations dispensées à la clinique d'ALGES

Nombre d'invalides de guerre au Salvador (estimation ALGES) : entre 20000 et 25000

A la suite d'une décennie d'action, ALGES se heurte toujours à de multiples blocages institutionnels, en raison de la volonté évidente de l'État de limiter le nombre d'ayants droit au strict minimum. Dès lors, les retards dans la révision des dossiers d'indemnisation continuent de croître et l'action d'ALGES demeure essentielle.

¹Asociación de Lisiados de Guerra de El Salvador

Partenariat

L'ALGES, une association forte de plus de cinq mille membres

Fondée en 1996, l'Association des invalides de guerre du Salvador (ALGES) repose sur l'engagement des communautés concernées. Initialement réservée aux combattants du Front Farbundo Marti (FMLN), son action s'étend, depuis 1999, aux forces armées du Salvador, puis aux victimes civiles. Cette association démocratique est, à ce jour, l'unique organisation ayant développé un cadre de réhabilitation globale (physique, mentale, professionnelle et sociale). Ce tremplin pour la réinsertion des

lésés bénéficie de plusieurs années d'expérience concrète d'application dans les zones rurales. Soutenue dès ses débuts par la CSSR, l'association compte aujourd'hui plus de cinq mille membres et son fonctionnement privilégie la participation active de la base, décentralisant au maximum les prises de décision. Les personnes concernées participent à la conception et à l'exécution des programmes. ALGES possède désormais son propre centre de soins et s'autofinance à hauteur de plus de 50 %, ce qui est remar-

quable pour une association de ce type. Le travail d'information mené par ses intervenants est également exemplaire : l'association publie son propre bulletin *Al Tope*, plaide la cause des blessés sur les ondes de radios locales, organise des manifestations et marches de protestation. Au niveau institutionnel, ses intervenants débattent avec les représentants des partis et des groupes politiques. En amont, une négociation directe avec le gouvernement salvadorien est également engagée.

Hommage à Maurice Piot

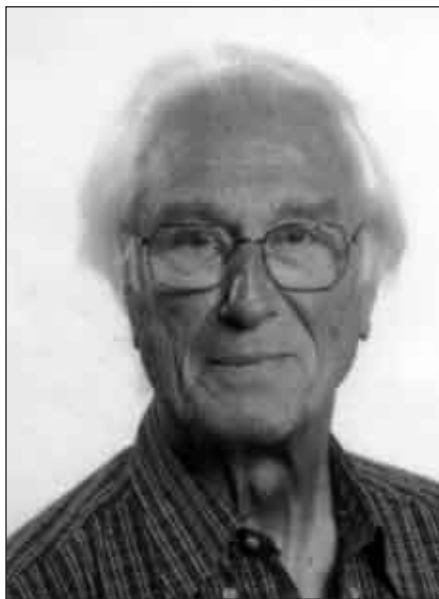
Un homme d'action et de réflexion

Notre ami et collègue Maurice Piot, membre du Comité de la CSS depuis plus de 25 ans, s'est éteint le 26 octobre à Gland, entouré des siens.

Par Claude Calame et Jean-Pierre Guignard

Après des études de médecine effectuées à Lausanne, il s'était spécialisé dans le domaine des maladies respiratoires lors de stages en Suisse, en Allemagne, en Italie et à Londres où il a obtenu un diplôme en santé publique. Au bénéfice d'une solide formation, il s'engagera dès 1953 à l'OMS pour participer puis coordonner des programmes de vaccination contre la tuberculose, au Pakistan, puis à Bangalore en Inde. Il dirigera encore de nombreuses missions sur le terrain, dont une en Algérie en 1968. Mais Maurice n'est pas seulement un homme d'action, il est aussi un homme de réflexion. Dans les années 70, il s'est engagé avec enthousiasme dans le projet PSAS (Project of Systems Analysis); il s'agissait d'établir des critères objectifs permettant de déterminer les besoins sanitaires dans différents pays tout en définissant des priorités, et d'évaluer de manière critique des programmes d'aide sanitaire. En 1976, il quitte l'OMS pour rejoindre l'UNICEF où il mettra toute son énergie dans l'élaboration de programmes d'éducation des personnels de santé.

C'est en 1980, au moment de sa retraite, que Maurice intègre le Comité de la CSS. Dans le cadre d'un projet d'aide sanitaire au Kurdistan d'Irak, il met toutes ses compétences professionnelles au service d'un projet de traduction en deux langues locales de douze manuels concernant les soins de santé de base et destinés au personnel de dispensaires. Les changements intervenus dans la situation politique de la région au cours des années de réalisation du projet n'ont pas manqué de solliciter sa longue expérience de terrain ainsi que son remarquable engagement sur le plan humain.



Maurice Piot rejoint la CSS en 1980 dans le cadre d'un projet d'aide sanitaire au Kurdistan irakien où il participe à la traduction en deux langues locales de manuels destinés au personnel de dispensaires.

Au Comité de la CSS, Maurice s'était lié d'amitié profonde avec le Dr Etienne Gubéran, notre président pendant de nombreuses années, avec lequel il partageait de nombreuses passions. Fanatique de tissage de «Damas», il consacrait ses moments de liberté à cette activité de création artisanale tout en passant ses étés en Norvège, pays d'origine de sa femme Sunniva.

Pour la CSS et ses amis, le départ de Maurice laisse un grand vide. Par son esprit critique, par sa généreuse attention, par sa pondération sereine, il aura contribué pendant 25 ans à faciliter le travail de son comité.

A Sunniva et ses trois enfants, nous disons au nom de la CSS notre sympathie émue et fraternelle. Nous penserons souvent à Maurice, dont les cendres reposeront dans son pays d'adoption, la Norvège.

Conférence

2^e édition du Carrefour genevois de la solidarité

La deuxième édition du *Carrefour genevois de la solidarité* de la Fédération genevoise de coopération (FGC) portera sur les liens entre migration et développement. Débats et conférences auront lieu avec la participation de personnalités et de représentants des milieux de la coopération et de la migration. Un pré-programme est disponible sur le site de la fédération. www.fgc.ch

La migration dernière chance du développement ?, du 24 au 26 janvier 2008, Théâtre Forum (Meyrin)

A lire

Rapport sur la santé dans le monde 2007 «Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle»

L'OMS publie chaque année un rapport sur une problématique de santé publique. Le dernier numéro analyse *la sécurité sanitaire mondiale* et montre comment le monde se trouve de plus en plus exposé aux risques d'épidémies, de catastrophes naturelles et d'autres urgences sanitaires. Selon l'OMS, le règlement sanitaire international entré en vigueur en 2007 aide les pays à collaborer pour définir les risques et agir pour les combattre. L'institution souligne qu'un avenir plus sûr est à portée de main et cette perspective représente une aspiration collective en même temps qu'une responsabilité mutuelle dans chaque pays. www.who.int

Campagne du 0,7%

La mobilisation continue

Le 10 décembre 2007, une récolte de signatures a eu lieu en Suisse en faveur de l'augmentation de l'aide au développement. Malgré le succès de l'opération (plus de 100 000 signatures), la mobilisation reste indispensable, car la Suisse n'a pas encore pris de mesure pour augmenter son aide au développement. Le collectif d'ONG rappelle que «venant de l'un des gouvernements les plus riches du monde, cette attitude est inacceptable».