

La démarche anthropologique comme médiation : le rôle d'un chercheur dans un projet d'accès aux soins au Yémen

Article publié dans la revue *Humanitaire* « *Anthropologues et ONG : des liaisons fructueuses ?* », Hors série n° 4 coordonné par Laetitia Atlani-Duault, automne-hiver 2007, p. 46-54.

Blandine Destremau¹

Je venais de passer un an au Yémen, et avais prévu de prolonger mon séjour une année supplémentaire. Partie comme chercheur, accueillie par le Centre français d'études yéménites (CFEY), devenu en cours de route le Centre français d'archéologie et de sciences sociales de Sana'a, j'avais envisagé d'étudier la façon dont le Yémen était en train de rejoindre la grande lutte globalisée contre la pauvreté. En effet, par rapport à un premier long séjour dans une petite ville pendant lequel j'avais étudié les transformations de l'agriculture pour rédiger ma thèse de Doctorat en Economie du développement, le Yémen avait basculé dans le giron des pays les moins avancés, sous ajustement structurel, cible d'ONG internationales qui s'y installaient dans le sillage des organisations multilatérales qui y menaient des politiques plus ou moins standardisées. Non pas que, quinze ou vingt ans auparavant, aucune entreprise d'aide au développement ne s'y était investie. Mais le contexte, l'approche, et la nature des relations entre acteurs de la solidarité internationale et autorités locales y étaient profondément transformés. Alors que, dans le premier tableau, le gouvernement, les autorités régionales et les comités locaux insistaient et parvenaient à jouer l'équilibre entre les priorités et les techniques de développement décidées au niveau international, d'une part, et les plans de développement décidés par les autorités nationales, de l'autre ; dans le second tableau, il me semblait que l'international devenait maître d'une situation que le pays ne contrôlait plus réellement. Il en découlait une fragmentation des politiques publiques, une clientélisation des initiatives locales, une fabrication artificielle d'interlocuteurs supposés représenter une société civile asservie aux financements proposés par de lointains bailleurs de fonds. Comme j'ai pu le dire et l'écrire, alors que la société yéménite m'était apparue fière, non aliénée par une colonisation qu'elle n'a jamais subie², jouant des alliances avec l'Occident et les pays de l'est, elle tendait à devenir pénétrée de ses insuffisances, convaincue de son sous-développement, mendiant de l'aide internationale.

Mon travail de recherche progressait difficilement. Aisément introduite dans les organisations et ONG internationales et dans les associations nationales, ayant construit des relations et amitiés parmi les Yéménites oeuvrant pour le développement et la lutte contre la pauvreté dans leur pays, je parvenais mal à me plonger dans un travail de terrain détaché de mes appartenances professionnelles et personnelles, dans une capitale où l'affairisme développementaliste battait son plein. Et mes obligations familiales rendaient compliqués des séjours prolongés dans une société déconnectée des quatre-quatre et des réunions de coordination de personnels occidentaux qui constituaient un des signes visibles de l'activité

¹ Blandine Destremau est chercheuse au CNRS. Elle a passé de longues années à étudier les transformations sociales du monde du travail, de la solidarité et de la lutte contre la pauvreté, dans plusieurs pays du Moyen-Orient.

² Je parle ici du Yémen nord, l'ex-République Arabe du Yémen (RAY). Le Yémen Sud, l'ex-République populaire démocratique du Yémen, a été protectorat britannique pendant presque un siècle et demi. Les deux pays se sont unifiés en 1990.

de solidarité internationale. Non pas que les pauvres et les exclus étaient absents de Sana'a. Mais comment aller me plonger dans la réalité vécue par les *akhdam*³ dans leurs bidonvilles, dans lesquels les avaient rejoints de nouveaux migrants, des rapatriés d'Arabie Saoudite après la première guerre du Golfe, des membres de groupes méprisés en rupture de ban, lorsque je devais accompagner mes filles tous les matins à l'école française, et participer à certaines réunions sociales de l'ambassade de France ? Comment être sociologue de la pauvreté au Yémen, lorsque ma vie quotidienne me tirait entre deux mondes ? Et comment garder la distance requise par les méthodes de recherche, alors qu'au Yémen, la pauvreté n'est pas considérée comme une *question*, mais comme un problème à résoudre, dont les termes avaient été balisés, standardisés, par des multitudes d'experts ?

De façon partiellement inconsciente, je suis donc devenue sociologue de l'entre-deux. J'ai entrepris d'observer la relation qui se nouait entre acteurs locaux, individuels ou associatifs, et acteurs internationaux. Relations de sous-traitance, de domination, résistances, interstices d'expression, négociations, détournements d'objectifs voire de moyens, sont devenus ma niche de travail. J'ai commencé à m'impliquer, comme aide et comme apprentie, comme observatrice et comme participante, dans des montages et des actions, y trouvant une place plus confortable que comme simple chercheuse. C'est dans ce contexte que Médecins sans Frontières-France, qui avait une mission au Yémen, et un projet à Aden, dans la région Sud, m'a demandé une intervention.

Comment reconnaître les pauvres ?

Le projet de MSF au Yémen consistait essentiellement dans l'implantation de polycliniques et la formation d'intervenants en santé, dans divers sites, ruraux et urbains. Il était mis en œuvre dans le cadre de la réforme du système de santé, lancée en 1999, avec le soutien des bailleurs de fonds. La réforme, standardisée au niveau international, était censée répondre aux problèmes de structure et de budget, rendre compatible la gestion de la santé avec la décentralisation, effective depuis l'élection en février 2000 des conseils locaux, réduire le rôle de l'Etat dans la fourniture de services sanitaires, introduire la participation des communautés, du secteur privé et des ONG, encourager la coopération intersectorielle, et améliorer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité du système.

Afin de compenser le surcroît d'inégalité et des difficultés d'accessibilité accrues, attendus de l'introduction d'une participation financière de la population, un système d'exemption avait été prévu, comme partie intégrante de la réforme, à destination des plus pauvres (le Yémen comptait officiellement 47% de pauvres). C'étaient en effet les plus pénalisés par l'introduction de mesures de participation financière (*cost sharing*) et de recouvrement des coûts des médicaments (*cost recovery*). C'est sur ce système d'exemption que ma collaboration avec MSF a porté, depuis l'automne 1999. J'ai été sollicitée pour l'aider à comprendre l'ensemble du dispositif dans lequel l'association était impliquée et à faire des propositions pour améliorer la prise en charge sanitaire des plus pauvres.

Le principal problème était le niveau d'indigence quasi général de la population qui fréquentait les établissements publics, surtout lorsque leur qualité était réputée si piètre que ceux qui en avaient les moyens préféraient s'adresser à des établissements privés ou associatifs.

Il était bien question de mettre en place un système d'exemption pour les plus pauvres. Le Ministère de la santé l'avait prévu dans le décret d'application de la réforme de 1999; tous les

³ Groupe social marginalisé de longue date au Yémen, stigmatisé par ses origines supposées, son statut, ses signes de reconnaissance, et assigné aux tâches les plus viles.

bénéficiaires de l'aide sociale, octroyée par le Ministère des Affaires sociales, devaient être dispensés de s'acquitter des participations financières aux soins. Et les comités de santé des districts, issus de la décentralisation, étaient en charge de la distribution des cartes aux exemptés propres du ministère de la santé (handicapés, malades chroniques). Toutefois, les choses n'avançaient pas vite. En effet, la question de l'exemption était particulièrement sensible puisqu'elle conférait de la légitimité (en n'en rendant pas victime les plus pauvres) à la réforme, et donc à ses maîtres d'œuvre, mais en menaçait la viabilité économique (en privant les structures de soin de recettes). La fuite des patients solvables vers le secteur privé, et l'étendue de la non-solvabilité, invalidaient le fondement de la réforme : faire prendre en charge, par un système de socialisation, les patients non solvables par ceux qui pouvaient payer. Et le manque d'autorité du MoPH, la confusion ambiante, la décentralisation excessive, jouaient contre l'établissement d'un système d'exemption équitable, efficace et stable.

Dans son travail et son engagement, MSF s'est trouvée de plus en plus confrontée à la question de la pauvreté. Clairement, le niveau d'indigence d'une partie importante de la population d'Aden constituait un des principaux obstacles pour le développement de l'accès aux soins. Dans sa pratique, MSF a déjà mis en place une procédure d'exemption, confiée à la diligence d'assistantes sociales placées dans les structures, et chargées d'examiner les demandes et de procéder à des enquêtes sociales. Connaître l'étendue de la pauvreté, mesurer son impact en termes sanitaires et comme frein dans l'utilisation des services de santé existant paraissait nécessaire à une meilleure prise en compte de cette dimension. Ce fut la première demande qui m'a été faite : procéder à un état des lieux économique et social des populations concernées par l'intervention de MSF dans les polycliniques, voire de l'ensemble de la population d'Aden.

Si un tel travail paraissait bien nécessaire, dans la pratique il était difficile à mener, du fait du très large nombre de personnes concernées : de fait, il pouvait être admis que la majorité des groupes servis par les polycliniques étaient pauvres, certaines statistiques nationales existaient déjà sur ce sujet, et le dispositif mis en place par MSF ne pourrait pas, de toute façon, s'adapter totalement à cette situation, ni étendre l'exemption à l'ensemble des pauvres. C'est seulement dans une approche en termes de district sanitaire qu'un tel travail d'enquête pouvait trouver sa pertinence. Il est aussi apparu de plus en plus clairement que MSF ne pouvait prétendre, à elle seule, instaurer un système désormais prévu par des dispositifs légaux, et impliquant un certain nombre de services et administrations yéménites et ce d'autant plus qu'elle était une organisation étrangère, appelée à quitter les lieux à terme, et désireuse d'assurer la pérennité de son action au sein du système de santé.

Ma tâche fut donc de collecter les différents textes, de mener des entretiens auprès des administrations concernées, d'arpenter les quartiers pauvres de la ville d'Aden, où se trouvait le siège actif de l'association. J'ai découvert le manque de coordination entre le ministère de la santé et celui des affaires sociales, l'ignorance mutuelle des mesures envisagées ou prises par l'un ou l'autre. J'ai compris aussi que les directives émises par les ministères peinaient à « descendre » jusqu'au niveau des districts, et plus encore des établissements : les textes législatifs n'avaient pas prévu de ressources budgétaires suffisantes pour mettre en œuvre la loi, qui exigeait de surcroît d'importants investissements administratifs (recensement des personnes éligibles, base de données actualisée...) et ils ne pouvaient que demeurer au niveau de bonnes intentions, et de concessions accordées aux bailleurs, tant leur application pouvait menacer l'équilibre budgétaire des structures de soin. Pourtant, les employés que je rencontrais dans les administrations centrales et les bureaux locaux étaient préoccupés par le problème de l'accès aux soins des plus pauvres, mais dépassés, pour beaucoup, par l'ampleur de la tâche. La réforme semblait apporter nombre de nouveaux problèmes, et fort peu de solutions à ceux qui existaient déjà.

C'est alors que je rencontrai Mohammed, dans le bureau d'un responsable de la Caisse nationale d'aide sociale.

Le Hadramawt, un monde enchanté?

« Viens nous rendre visite et étudier la situation chez nous », me dit-il, « tu verras que ça marche ». Mohammed était responsable de la Caisse d'aide sociale du gouvernorat du Hadramawt, région connue pour la beauté de ses paysages et de son architecture, mais aussi par sa cohésion sociale et sa forte identité sociale, en dépit – ou grâce à ?- une intense et ancienne émigration des marchands hadramis dans le Golfe et en Asie. Rendez-vous fut pris, et j'allais explorer le « miracle » hadrami, guidé par Mohammed et encouragée par MSF, intéressée par un possible transfert d'expérience.

Je trouvai une situation de grande mobilisation autour de l'accès aux soins des plus pauvres. D'un côté, Mohammed s'était engagé dans une activité énergique d'information généralisée des personnes supposées éligibles au sujet de leurs droits à l'exemption, auprès des directeurs d'établissements sanitaires et éducatifs, pour les informer de leurs obligations légales, et auprès d'associations caritatives et de bienfaiteurs, afin de solliciter leur appui pour la viabilité du système. L'idée qui sous-tendait son activisme était que, si la récente loi instaurait un nouveau droit, elle ne créait pas de moyens correspondants et que la solution résidait dans la transformation de ce droit des pauvres en obligation pour les non-pauvres et la société hadramie toute entière. Mohammed et ses collaborateurs avaient mis en place un système d'enregistrement dans les bureaux locaux de la Caisse d'aide sociale, permettant un suivi des situations familiales et la recherche d'aides supplémentaires auprès de partenaires de la société civile.

Les Hadramis expatriés forment une véritable diaspora, forte des liens gardés avec le pays et entre eux, et enrichie par ceux noués à l'occasion de multiples mariages dans leurs pays d'implantation. À côté de la construction de palais fabuleux, l'entreprise d'œuvres charitables ou culturelles apparaît comme l'un des vecteurs de maintien de ces liens et de valorisation de la réussite des marchands. Le secteur de la santé est un des enjeux de cette solidarité, tant les problèmes sont cruciaux et les services insuffisants, ou inaccessibles. Cet enjeu est devenu encore plus pressant dans le contexte actuel de l'intégration du Hadramawt - province de l'ex-République Populaire Démocratique du Yémen - dans un Yémen réunifié dans lequel le Nord les dominait. La décennie passée est marquée par le recul de la qualité des services et de leur accessibilité par rapport aux deux périodes précédentes – le protectorat britannique et le gouvernement socialiste – et par la crise économique. La difficulté à faire le deuil de vingt-cinq ans de socialisme, pendant lesquels des services publics de relativement bonne qualité étaient fournis gratuitement, et celle à légitimer l'autorité du pouvoir actuel, renforcent la résistance à la mise en œuvre des réformes. En outre, la baisse des salaires versés aux émigrants en Arabie Saoudite a considérablement affecté les revenus rapatriés en Hadramawt, et nombre de travailleurs dans le Royaume voisin parviennent à peine à subvenir aux besoins de leur famille restée au pays. Un véritable réseau s'est organisé entre praticiens de la médecine, directeurs d'établissements de soin, pharmacies, généreux donateurs, associations caritatives et responsables de bureaux locaux d'administrations sociales, dans le but de permettre aux établissements de soins d'accorder l'exemption sur une base aussi large que possible, de soulager les pauvres d'une partie des frais d'achat de médicaments et de mettre à leur disposition des unités de santé alternatives. Les directeurs d'hôpitaux considéraient qu'il était de leur devoir d'exempter les plus pauvres, faisant passer leur éthique d'assistance avant leurs soucis budgétaires (souvent graves), et avant les consignes ministérielles. Cette sorte de « grève du zèle de la solidarité » s'apparentait à une forme de résistance à l'intégration dans la

nouvelle république, et à l'homogénéisation *par le bas* des services sanitaires, en appelant à la responsabilité sociale des autorités publiques.

Ce réseau de bonnes volontés en vient à constituer un véritable filet de sécurité pour les plus pauvres, dans le sens où toutes les misères sont potentiellement prises en considération et soulagées. Le fondement des attitudes de solidarité constatées dans le Hadramawt est enraciné dans la religion musulmane, qui valorise les actes de charité comme un devoir de tout croyant, spécifiquement lorsqu'il a les moyens de donner. Le "solidarisme charitable" du Hadramawt, n'y est pas spécifique mais s'y trouve particulièrement virulent. Il prend place dans un contexte social extrêmement hiérarchisé, où la place de chacun est commandée par son statut. La solidarité réaffirme la place de chacun dans le système social et contribue à le reproduire. A l'inverse, c'est la reproduction du système social, avec ses normes et ses valeurs, la confiance établie et codifiée, son ordre et ses statuts, qui permet la reproduction de la solidarité.

Bien que non-reproductible dans un contexte urbain moins marqué par le solidarisme et la cohésion sociale, il semblait que quelque chose pouvait être fait du côté des administrations et services impliqués dans l'accès aux soins à Aden, dont j'avais pu constater qu'ils ne possédaient pas de vision claire de l'ensemble des mesures prévues et de leur articulation, étaient généralement peu coordonnés et parfois même exprimaient une certaine méfiance l'un envers l'autre. Renforcer cette coordination, favoriser le dialogue, consolider l'échange d'informations et éventuellement la mobilisation des divers intervenants concernés sont alors apparus comme une démarche utile pour le développement des dispositifs d'exemption. C'est ainsi qu'est née l'idée d'organiser une rencontre entre ces intervenants, mais également avec ceux du Hadramawt, dont nous pensions que l'enthousiasme pouvait être contagieux. Cette idée a été soutenue par le directeur du bureau de la santé d'Aden.

Les principaux présupposés étaient qu'il existait un engagement fort de la plupart des personnels sanitaires et sociaux en faveur des plus pauvres, et que les attitudes de rationnement constatées procédaient avant tout d'une crainte liée aux contraintes budgétaires. En outre, l'échelle locale (en l'occurrence, le gouvernorat et la ville d'Aden) était la plus favorable à un renforcement de la coordination et de l'échange d'informations, du fait de l'interconnaissance qui règne entre les intervenants, de la force de leur sentiment identitaire et de leur amertume à l'égard des transformations survenues depuis la réunification, tant en terme de système de santé que d'appauvrissement, de politique économique et de gestion administrative. La décentralisation, quoique limitée, constituait aussi une opportunité et un cadre favorable pour une appropriation – relative certes – de ce problème par les instances locales.

Le chercheur comme médiateur

En mars 2002, le séminaire d'Aden a rassemblé une large palette de personnes concernées, représentant l'ensemble des institutions impliquées dans l'exemption. Au vu de l'animation des débats et des échanges, il est parvenu à cristalliser les présentations, débats et discussions autour de questions cruciales, qui mobilisaient et préoccupaient les participants.

Il a semblé que, si la plupart de ces participants se connaissaient par ailleurs, ils n'avaient jamais échangé de façon structurée et ciblée sur la question de l'exemption, qui pourtant leur posait à tous un gros problème. En échangeant leurs expériences autour de leurs pratiques et de leurs difficultés, en partageant des informations provenant du Ministère mais non connues de tous, ils ont à la fois pris acte de l'absence de solution miraculeuse, mais renforcé leur sentiment de faire front ensemble. En outre, il m'a semblé que les quatre groupes composant l'assemblée ont conçu et formulé de nouvelles attentes à l'égard des autres : les élus locaux ont été maintes fois sollicités en appui aux pratiques et décisions d'exemption, et leur rôle

extrêmement valorisé par les équipes médicales et administratives. De grandes attentes ont également été formulées à l'encontre des associations caritatives, en appui financier et matériel aux unités de santé dans leurs soins aux plus pauvres. Mais il est apparu que le tissu associatif était encore trop faible pour prendre à sa charge un nombre suffisant de pauvres pour soulager le fardeau qu'ils menaçaient de représenter pour les budgets des structures de soin. Les personnels médicaux ont "découvert" l'action de la caisse d'aide sociale et exprimé à quel point il pourrait être bénéfique de collaborer avec elle, ne serait-ce que pour effectuer les enquêtes auprès des pauvres. La méfiance envers cette caisse, souvent réitérée, a reculé devant la probité, la clarté, la précision de ses représentants. Enfin, le fait que les équipes médicales aient exprimé leurs grandes difficultés à faire face aux demandes d'exemption a permis de comprendre qu'on ne pouvait attendre d'eux seuls la prise en charge des indigents, et qu'il était déplacé de leur faire porter la responsabilité des limites du système de santé.

Le rôle de la sociologue a été d'accompagner la mission MSF France dans la construction de réponses quant à sa place dans le dispositif de la réforme du système de santé, au sens de son travail, et à la dimension éthique de son engagement dans ce cadre. Comment repenser cette place pour éviter de servir d'alibi moral à une réforme qui porte atteinte à l'accès des plus pauvres aux services de santé, et ne se donne d'aucune façon les moyens de l'améliorer, en dépit des proclamations de bonnes intentions ? Comment cesser de faire le jeu à la fois des intérêts privés qui se nourrissent de cette réforme, et d'une idéologie libérale contraire à ses principes ? MSF ne devrait-elle pas plutôt prendre une position franche contre une telle réforme, et en faveur du renforcement du rôle du secteur public dans la fourniture de services sanitaires et de la mise en place d'un système d'assurance, en jouant de sa renommée mondiale, et de son prix Nobel ? Ces questions ont ensuite été discutées au siège parisien de l'association.

En outre, la rencontre d'Aden a montré à quel point un agent extérieur pouvait susciter des échanges entre des partenaires yéménites séparés par leur appartenance institutionnelle, leurs secteurs d'activité et leurs positions hiérarchiques, mais faisant face à des problèmes afférents à l'accès des plus pauvres aux soins, et renforcer leur mobilisation dans le sens de réels partenariats. La sociologue se lance donc des fleurs : par ma capacité à établir de multiples contacts, à écouter et à observer, par ma connaissance de la langue arabe et du contexte, j'ai contribué à amorcer une mobilisation tant entre partenaires de la réforme du système de santé, qu'au sein de la mission MSF, et à attirer l'attention sur la dimension politique des processus en cours. Mais mon rôle est demeuré minuscule, presque insignifiant : MSF a par la suite fermé sa mission, et nul ne sait ce qu'il est advenu des prises de conscience et réflexions mises en œuvre entre intervenants yéménites, ni au sein de l'association française. Je n'en ai eu aucun écho...

En revanche, mon rôle est apparu utile pour aménager, à une micro-échelle, un processus impulsé de l'extérieur par des bailleurs de fonds (la réforme), porteur de principes présentés comme universels, réalisé selon des modalités standardisées au niveau du monde en développement, et engendrant des mesures incohérentes entre elles et inadaptées aux composantes de la « réalité » sociale et institutionnelle du Yémen. L'accès aux soins dans le Hadramawt fonctionnait tout aussi bien sans moi, et à Aden pas mieux grâce à moi. L'apport de la sociologue n'a été qu'une *médiation* entre deux termes dont l'un (les acteurs locaux yéménites) portaient la légitimité de leur appartenance sociale mais l'illégitimité de leurs dysfonctionnements et de la faiblesse de leur efficacité dans l'accès aux soins ; et l'autre (le pôle extérieur, occidental, global), sous couvert de la légitimité de celui qui sait, qui porte un modèle et qui est mû par la bonne intention de sauver des vies, instrumentalise la domination symbolique, financière et technique.