

**IDEOLOGIE ET DEVELOPPEMENT.  
LES MEDECINS AUX PIEDS NUS PORTENT-ILS DES CHAUSSURES ?**

Bernard HOURS  
ORSTOM - Département H

A partir de l'étude d'une organisation non gouvernementale Bangladeshi, le centre de santé populaire de Savar, on se propose d'analyser la part de l'idéologie dans le processus de développement.

Longtemps considéré comme une somme de techniques autant que comme une idéologie occidentale exportée, le développement n'existe pas indépendamment des représentations qu'il produit et qu'il véhicule, aussi bien chez les développeurs que chez les développés.

Ainsi les concepts de développement autocentré, de participation paysanne, s'inscrivent dans une histoire récente où l'idéologie du développement semble se déplacer des administrations nationales ou internationales vers des organisations non gouvernementales dont l'importance est appelée à croître sensiblement dans les années à venir. Leur nombre, les capitaux qu'elles drainent pour certaines d'entre elles, n'autorisent plus, comme dans un passé récent, les chercheurs en sciences sociales à se contenter d'un sourire entendu ou de quelques préjugés à leur égard. Hors de toute critique systématique ou de toute apologie, les sciences sociales trouvent là un objet actuel, au même titre que les grands projets de développement d'il y a quinze ans qui ont permis la production d'analyses

utiles et fouillées.

On ne va pas "vers le peuple" sans représentation, pas plus que le peuple n'est lui même vierge de représentations. L'ignorer conduit à parler naïvement d'obstacles au développement, comme des technocrates déçus ou des militants frustrés dans leurs espérances.

L'idéologie du développement n'est pas concentrée dans les appareils, mais elle est diffuse et diverse dans toutes les sociétés. Il n'existe aucun développement qui serait spontané grâce aux bons vouloirs de paysans qui seraient naturellement démocrates, bien qu'ils soient dans la plupart des contextes cyniquement exploités.

C'est pourquoi, en sciences sociales, on ne peut faire l'économie d'analyser les groupes sociaux investis, leurs mobiles et les microstratégies cachées derrière les discours. Pour la même raison on ne peut se satisfaire d'affirmations à l'emporte pièce sur la démocratie locale ou l'absence de démocratie locale, où les chercheurs n'apparaissent plus que comme les porte-voix des idéologies dominantes.

Tel est l'arrière plan de notre question concernant le type de chaussures, c'est-à-dire d'idéologie, que portent les médecins aux pieds nus du centre de santé de Savar. On présentera brièvement l'organisation de Gonoshasthaya Kendra, ses moyens et ses objectifs, ainsi que ses résultats. On envisagera ensuite la nature et la forme de l'intégration des agents de santé dans la population, avant d'analyser le degré de participation de cette population dans le "projet". On essaiera de définir la nature et la forme de l'intégration des agents de santé dans la population, avant d'analyser le degré de participation de cette population dans le "projet". On essaiera enfin de définir la nature de l'idéologie communautaire mise en oeuvre, la communauté étant plus constituée par les membres du centre que par la population paysanne extrêmement divisée, comme la société du Bangladesh. En conclusion, on insistera sur la place centrale de l'idéologie dans le développement. Celle-ci n'est pas un élément parasite ou superflu. Elle exerce un rôle déterminant dans ce qu'on appelle le succès ou l'échec d'un projet.

Dès lors, existe-t-il un discours scientifique sur le développement qui ne prendrait pas en compte les logiques politiques macro-sociales, et une partie des recherches sur le développement ne se contente-t-elle pas de

trouver ce qu'elle cherche, en occultant l'idéologie (y compris celle des chercheurs, qui n'est pas le degré zéro de l'idéologie) ? Les études de cas ou de projets doivent donc s'articuler avec l'étude des idéologies actuelles (telles que l'anti-tiers mondisme ou le tiers-mondisme mieux connu) et des sociétés politiques locales. Ainsi, sans exclusive et sans préjugé, les sciences sociales sont alors en mesure d'analyser les nouvelles formes de développement, leurs limites avec leurs perspectives, en échappant à l'alternative simpliste et périmée entre le rouleau compresseur des grands projets ou le bricolage communautaire auto-centré.

*Le Centre de Santé Populaire de Savar.*

Gonoshasthaya Kendra est une importante ONG Bangladeshi qui emploie actuellement près de 1.000 salariés et touche une population d'environ 200.000 personnes. Outre sa taille, c'est une ONG exclusivement nationale, sans expatrié à plein temps, et auto-financée pour les 3/4 de ses activités. Celles-ci s'exercent depuis 1972, date à laquelle, après la guerre de libération, quelques médecins qui s'étaient connus sur le terrain décidèrent de mettre en place un système de soins accessible aux paysans pauvres.

Près de quinze années ont passé et aujourd'hui les activités de GK se sont multipliées puisqu'elles couvrent la santé, l'éducation (école et alphabétisation), l'industrie pharmaceutique, quelques ateliers et coopératives (petite mécanique, plastiques, textiles), enfin l'agriculture.

Ces réalisations sont d'importance inégale et l'on évoquera ici celles qui touchent à la santé en citant, pour mémoire, les résultats enregistrés par GPL. Cette usine moderne emploie 300 salariés, en majorité des femmes et produisait en 1985, 34 médicaments essentiels distribués dans 5 centres par 60 visiteurs médicaux.

L'objectif de GPL est la fabrication de médicaments dans le Tiers-Monde, à des prix inférieurs et avec une qualité égale ou supérieure à celle des produits des multinationales pharmaceutiques. Plus précisément, il s'agit d'être compétitif sur 6 des 12 médicaments les plus essentiels, de concurrencer les monopoles étrangers, de remplacer des importations par des productions locales.

La production de GPL couvre une moyenne de 5% du marché national,

dont 40% des sachets de réhydratation orale (3,6 millions de sachets) et 35% de l'ampiciline (soit 31,4 millions de capsules).

La recherche entamée en 1985 porte sur les activités des "paramédics".

Ces médecins aux pieds nus parcourent les villages lors de tournées quotidiennes où ils suivent, en passant chaque semaine, les femmes enceintes et les jeunes enfants. Outre cette surveillance régulière, ils assurent la couverture vaccinale systématique sur la base de fichiers constamment remis à jour. Les rappels de vaccination sont rigoureusement effectués. Dans chaque famille visitée, ils expliquent la mise en oeuvre simple d'une réhydratation par voie orale fabriquée dans la maison, ainsi que des éléments d'éducation nutritionnelle et, très discrètement, de contrôle des naissances.

En plus de leur régularité, ces tournées hebdomadaires dans les mêmes villages, mettant en rapport les mêmes personnes, se caractérisent par l'absence quasi totale de soins curatifs. Ceux-ci sont dispensés dans un sous centre ayant sous sa responsabilité sanitaire 20 à 30 villages. C'est là que résident les "paramédics", à raison de 6 ou 7, et c'est de là qu'ils partent chaque jour en tournée. Le sous centre abrite chaque semaine une journée de clinique durant laquelle sont soignés les malades identifiés durant les tournées des "paramédics". Là, les patients accèdent à des soins simples, voire à de la petite chirurgie, toujours distribuée par les "paramédics", supervisés par un médecin qui intervient en cas de difficulté. Le sous centre dispose d'un petit stock de médicaments (30 produits génériques), de matériel élémentaire pour les examens.

La troisième pièce de ce dispositif est constituée par l'hôpital de Savar. Cet hôpital de 30 lits dispose d'un bloc opératoire moderne, d'une importante pharmacie. C'est là qu'aboutissent les malades référés par les sous-centres. Les "paramédics" sont toujours en première ligne dans cet hôpital, mais ils sont appuyés par 5 médecins.

Ainsi, du village à l'hôpital, en passant par les sous-centres qui servent de relais, une bonne couverture spatiale est en théorie réalisée. Avant d'observer ce qu'il en est dans la réalité, essayons de caractériser les "paramédics" qui réalisent un travail de prévention dans les villages ou de

soins à proximité des villages.

Les "paramédics" sont des jeunes gens (3/4 de femmes) de 17 à 30 ans. Ils sont en grande majorité issus de familles nombreuses, modestes ou pauvres. Pour des raisons économiques ou familiales, ils ont souvent interrompu leurs études vers 14 ans. Au nombre de 46 pour le projet Savar, (il existe d'autres projets GK) leur formation dure un an, (dès 6 mois ils vont sur le terrain, encadrés). La rémunération des "paramédics" est faible puisqu'ils reçoivent en moyenne 600 takas, soit 200 FF environ. Engagés pour deux ans renouvelables, on constate un fort turn over parmi les "paramédics" (20% la première année, puis 5% chaque année).

Mentionnons enfin le système de couverture sociale dispensé. Moyennant une cotisation mensuelle, nulle, infime ou faible (maximum 6 FF), des consultations à 50 centimes et des médicaments gratuits, une sorte d'assurance sociale est proposée aux villageois par les "paramédics". Plus de 5.000 cartes sont ainsi utilisées ; la population est divisée par GK en trois groupes, dits "pauvres", "moyens", ou "riches", selon les terres dont dispose la famille considérée. Ce sont les "paramédics" qui proposent l'appartenance de telle famille à telle catégorie et leur appréciation est parfois contestée. Il reste que la propriété foncière semble à leurs yeux le critère le moins injuste et le plus facile à vérifier, puisqu'il est public.

*Une étude sur l'intégration des agents de santé villageois et la participation de la population.*

La recherche a porté sur les représentations de la santé des "paramédics" et des patients. On a analysé les représentations croisées des deux groupes : les prestataires de soins, et les villageois ; en soulignant plus particulièrement deux indicateurs sociaux qualitatifs ; l'intégration des agents de santé et la participation de la population.

L'intégration des "paramédics" de GK a été observée en suivant leurs tournées quotidiennes pendant deux mois. Les matériaux recueillis permettent de qualifier de positive l'intégration des "paramédics" dans les villages. A l'opposé de nombreux infirmiers du secteur public qui affirment en permanence une distance avec les patients, ou de certains infirmiers des structures privées qui sont paternalistes avec les malades, les jeunes

"paramédics" de Savar sont proches des villageois. Leur discours est plus démonstratif qu'éducatif, dans le sens où il n'implique pas une quelconque infériorité de ceux qui ne savent pas. La culture des villageois n'est jamais jugée ou remise en question, car la distance culturelle est faible entre les soignants et les soignés. Leurs genres de vie sont proches, similaires, et ils dispensent leurs connaissances simples sans en faire le support d'un statut social à affirmer, car ils sont aussi démunis que les paysans. Un rapport fonctionnel d'une grande neutralité sociale peut s'instaurer. Les "paramédics" répètent les mêmes geste d'hygiène, les mêmes conseils alimentaires sans impatience, ni agressivité. Ainsi la conviction d'avoir raison en terme de pratique de santé, n'entraîne aucun effet secondaire. Le message sanitaire est délivré de l'intérieur et à l'intérieur de la société. Il n'est plus message publicitaire télévisé, ni le discours prosélyte d'un expert face à des ignorants, virtuellement condamnés. Les "paramédics" de GK manifestent une remarquable capacité d'adaptation qui amène beaucoup d'ONG du Bangladesh à leur proposer des salaires supérieurs pour les débaucher. Elles y parviennent parfois dans la mesure où une dialectique naturelle s'installe, dans le temps, entre la conviction militante et une pauvreté économique sans perspective. La plupart des "paramédics", au terme de quelques années à GK, investissent leurs capacités et leurs qualités dans des emplois plus rémunérateurs. D'autres les remplacent. Ils gardent alors une qualité dans les rapports humains qui est particulièrement appréciable dans un pays aussi violent et inégalitaire que le Bangladesh.

A l'inverse de cette forte intégration, largement liée à une formation courte et à une pédagogie appropriée, la participation de la population apparaît modérément développée. Après avoir parcouru les mêmes villages, hors de la présence des "paramédics", l'anthropologue constate la prégnance des modèles culturels et sociaux antérieurs à l'action de GK. Comme dans tout projet de développement appelé nécessairement à modifier la société concernée, pour le meilleur et pour le pire, quelques riches propriétaires se sont avisés de la qualité des soins dispensés par GK, du faible coût de l'assurance sociale, et de la gratuité de plusieurs prestations.

Un praticien local (grame doctor), pharmacien à ses heures, autorise et encourage sa première épouse à utiliser les services de GK ;

alors que de son côté il exploite la crédulité des patients en leur vendant des produits inutiles ou dangereux. De quelques cas similaires, où c'est "l'intelligence des riches" qui prévaut, on ne saurait affirmer que GK ne profite qu'aux riches. Dans la région considérée, 86 propriétaires assurés à GK, ne sauraient faire oublier les 1.632 paysans moyens et les 3.559 paysans pauvres ou sans terre porteurs de cartes. Chaque carte permet la couverture de toute la famille.

Entre la stratégie économique de quelques nantis et les mobiles très passifs de quelques-uns des paysans sans terre qui n'ont aucun choix réel, ni aucune alternative, la plus grande part de la population manifeste que le service de GK se situe à l'intérieur d'une somme de choix thérapeutiques et elle revendique ce choix comme une forme de dignité sociale. L'achat d'une carte d'assurance médicale GK n'est un choix politico-social ou idéologique que chez quelques paysans pauvres selon la classification en usage. Pour la quasi totalité des paysans moyens et de nombreux "pauvres", les choix thérapeutiques se situent dans une stratégie familiale, sociale, économique. Le coût est rarement le facteur déterminant : habitudes familiales, relations de voisinage ou de dépendance vis à vis d'un propriétaire, déterminent fréquemment l'itinéraire thérapeutique à son début. C'est seulement pour des maladies graves que le choix médical prend en compte le coût et la qualité du service.

Le reproche le plus fréquemment formulé dans la population à l'encontre du système sanitaire de GK porte sur l'insuffisance de curatif et plus particulièrement l'absence de distribution de médicaments dans les villages. Comme ailleurs, le médicament est une valeur déterminante, autant symbolique que réelle. De là à déduire que GK distribue une "médecine de pauvres", c'est ce qu'affirment quelques villageois, qui présentent leurs choix thérapeutiques comme plus "distingués" au sens où l'entend Bourdieu.

L'extrême pauvreté de la plupart de ces paysans ne détermine donc pas sommairement des représentations sans rapports avec les valeurs de la société globale, sauf quelques familles, au seuil d'une sorte de déchéance radicale. Cette "option prioritaire pour les pauvres" qui constitue le choix idéologique de nombreuses actions engagées dans le Tiers-Monde de la part de théologiens de la libération aussi bien que chez des socialistes non chrétiens comme à GK, s'affronte à la réalité de conduites et de représentations sociales et culturelles qui résistent aux changements

proposés.

Ainsi, même soumis à une action sanitaire déterminée, répétée et suivie, il apparaît que les progrès en termes de prise de conscience des problèmes et de leurs solutions, sont très lents. La société globale pèse du poids de toute son histoire. Les modèles inégalitaires, les valeurs qu'elle prône, demeurent vivaces dans une population visitée quotidiennement par les "paramédics". Ces résistances sont l'occasion pour le chercheur en sciences sociales de réfléchir sur les conditions d'apparition de soit disant succès ou de soit disant échecs, plus exactement d'évaluer des réalisations et des difficultés concrètes.

A GK, comme dans toute forme de développement, l'idéologie joue un rôle déterminant. Ce sont évidemment des analyses partagées sur la société nationale, plutôt que des salaires de 250 FF par mois, qui motivent les "paramédics". Animée et fondée par le Dr. Zafrullah Chowdhury, figure politique majeure au Bangladesh, les membres de cette ONG partagent des convictions socialistes et s'appuient sur un marxisme de type maoïste. Envisagé à l'étranger comme une expérience de soins de santé primaires pour l'OMS, de santé communautaire pour les ONG chrétiennes, de médecine aux pieds nus pour d'autres, le centre de santé populaire de Savra est un cas d'une pertinence particulière pour s'interroger sur la notion de communauté et les idéologies participatives.

#### *L'idéologie communautaire.*

La société Bangladeshi est l'une des moins égalitaires qui soit. Où faut-il chercher plus d'inégalité et de violence, plus de corruption et de rapports de force, en un mot, moins de démocratie ? On assassine des paysans pour un lopin de terre, on tue son voisin pour les mêmes motifs, avec une déconcertante impunité pour peu que l'officier de police ait reçu un "bakchish". C'est dire que la vision idyllique des communautés rurales propre à certains militants européens n'entretient à peu près aucun rapport avec la réalité. De cette cruelle et évidente banalité, les membres de GK font leur affaire puisqu'ils travaillent dans leur propre société et ne sont pas victimes des stéréotypes dont les expatriés sont en général porteurs lorsqu'ils parlent de la société des autres.



La pièce la plus saillante du dispositif en place semble constituée à Savar par l'existence d'une communauté de membres du projet, engagés dans les activités sanitaires, éducatives, industrielles... Outre une "pédagogie propre" dans laquelle le savoir est perpétuellement transmis et jamais capitalisé (pour éviter de créer des statuts) et qui joue un rôle déterminant dans la qualité humaine des "paramédics", la communauté de Savar se caractérise par une position spécifique vis à vis de la société externe. Animés d'un nationalisme extrêmement vif, issu de la guerre de libération, les acteurs y apparaissent comme des combattants porteurs d'une critique social et historique. Il en résulte une certaine discipline qui permet d'obtenir certains résultats, dans une société globale livrée à l'anarchie. Beaucoup plus pragmatiques qu'idéalistes, les travailleurs de GK ne font pas des discours politiques dans les villages, convaincus qu'ils sont que l'amélioration de la santé, l'alphabétisation, sont la condition de toute "prise de conscience" de la part des paysans. Cohérents et efficaces en termes de pratiques, (les taux de mortalité et de morbidité sont sensiblement meilleurs dans cette zone que dans le pays), leur organisation communautaire semble la condition de leur dynamisme, tout comme elle trouve sa limite dans une société externe incontournable autant qu'animée par des valeurs différentes et contradictoires.

C'est justement là l'intérêt de cette organisation pour l'anthropologue et l'intérêt de la sociologie des ONG en général. Elle oblige à éviter les poncifs de l'angélisme ou du scepticisme. Elle amène à s'interroger à partir de matériaux concrets, sur la dialectique du micro social et de la société globale au-delà des approches formalistes telles que celles qui se fondent sur la dichotomie du haut et du bas ou du vertical et de l'horizontal. Elle nous invite à réfléchir sur le rôle et la place de l'idéologie dans le développement, une place probablement aussi importante que celle de la croissance économique longtemps seule considérée.