KARTHALA sur Internet : http://www.karthala.com
Paiement sécurisé

© Éditions KARTHALA, 2005
ISBN : 2-84586-635-6

Sous la direction de Laurent Pordié

Panser le monde, penser les médecines

Traditions médicales et développement sanitaire

Éditions KARTHALA
22-24, boulevard Arago
75013 PARIS

Chapitre 5

Le développement dans la négociation du pouvoir
Le cas de la médecine tibétaine à Hanu, Inde himalayenne

Stephan Kloos

« Health policy and social policy are inseparable. »

Kleinman, Das & Lock, 1996

Les efforts internationaux en faveur du développement sanitaire se sont révélés être une tâche énorme, et plusieurs types d'obstacles ont d'ailleurs été définis à ce propos (cf. Young, 1983 : 1209). On considère généralement que ces obstacles tiennent à l'altérité de la population cible plus qu'aux concepts, aux méthodologies et aux stratégies de mise en œuvre des agences de développement[1]. L'expérience a montré que, parmi les différents facteurs contribuant au succès ou à l'échec d'un projet de développement, la participation de la communauté était le plus important (Shrestha et Lediard, 1980 ; Chambers, 1983 ; Justice, 1983 et 1984 ;

1 Voir Besch et Guérin (à paraître), Justice (1983, 1984) et Nichter (1996) pour des exceptions.

WHO, 1991). Or, ce facteur est souvent tenu pour allant de soi, les « groupes cibles » étant alors censés consentir et participer aux projets. Mais est-ce vraiment le cas ? Le taux de succès des projets de développement prétendument durables suggère le contraire. Les sociétés concernées, fussent-elles composées par une ethnie « homogène », n'ont bien évidemment pas la même perception du développement et de leurs propres intérêts que les organisations en charge de ce « développement » (Hill, 1986 ; Messer, 1989 ; Stone, 1989). La participation de la communauté repose donc en grande partie sur une bonne communication entre les différents groupes intéressés (y compris l'agence de développement) lors de la phase de planification. Or, cela n'est possible que si l'agence détient une connaissance approfondie du contexte social local (Mair, 1984 ; Hill, 1986 ; Pottier, 1993). Les anthropologues ont souligné qu'une telle connaissance est indispensable afin de mener des négociations efficaces, non seulement dans les stratégies de mise en œuvre, mais aussi dans la définition des objectifs du projet concerné et des problèmes qu'il soulève.

Afin de contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens de la médecine tibétaine (dénommés *amchi*) au Ladakh, au nord-ouest de l'Inde, l'organisation française Nomad RSI a développé depuis 1998 un certain nombre de programmes[2], aujourd'hui dirigés par l'association indienne Ladakh Society for Traditional Medicines (LSTM)[3].

2 Nomad RSI travaille spécifiquement sur l'articulation entre la production du savoir scientifique (notamment en sciences sociales) et son application pratique dans le cadre des médecines traditionnelles et du pluralisme médical. Lire Pordié (2001) pour une présentation des fondements méthodologiques et théoriques de l'organisation. Voir également le site Internet : <www.nomadrsi.org>.

3 Ladakh Society for Traditional Medicines (LSTM) a été fondée en 2000 par un groupe de Ladakhis travaillant alors au sein des programmes de Nomad RSI. L'officialisation de cette structure en 2002 sous la forme d'une association indienne s'inscrit dans l'approche générale de Nomad RSI visant à rendre autonomes ses programmes, d'abord sur un plan opérationnel, puis financier. LSTM est aujourd'hui en charge des programmes initiaux et met en œuvre ses propres projets en concertation avec l'organisation française. Les recherches conduites au Ladakh sont coordonnées par l'Unité de recherche de Nomad RSI et leur mise en application, le cas échéant, est faite par LSTM. Je ne traiterai cependant dans ce chapitre que de Nomad RSI, ce qui correspond au présent ethnographique en 2001.

L'un d'entre eux concerne l'établissement de centres médicaux *amchi* dans des zones peu ou non biomédicalisées, selon des modalités qui espèrent faciliter leur intégration aux dynamiques locales et leur prise en charge par les villageois. C'est dans ce cadre que je suis intervenu au cours de l'année 2001 dans les villages de Hanu, au sein d'une communauté bouddhiste Darde, afin de mener une recherche anthropologique visant à comprendre le rôle social des *amchi*. L'objet initial fut de produire un travail qui permettrait à Nomad RSI de comprendre le *social* pour mieux penser le *médical*. Aussi ce chapitre explore-t-il les relations entre santé publique, société locale et médecine traditionnelle. Il expose la complexité des mécanismes socioéconomiques à l'œuvre à Hanu, en particulier tels qu'ils s'expriment dans le domaine médical. Il met en lumière une situation complexe et ambiguë, ayant pour conséquence une insuffisance médicale marquée, et qui donne par ailleurs de bonnes raisons de croire que le projet envisagé rencontrera de grandes difficultés. Ce chapitre examine ainsi les possibilités et les contraintes de la mise en œuvre d'un programme de santé.

La situation locale

La région de Hanu est une vallée adjacente à celle du fleuve Indus dans le bas Ladakh, à la frontière pakistanaise. Elle est composée des trois villages de Hanu, Thang, Hanu Yogma et Hanu Gongma et compte environ 1 300 habitants. Cette région fut affectée par le conflit indo-pakistanais de Kargil en 1999, qui eut pour conséquence la fermeture des deux hauts villages de Hanu aux étrangers. La présence militaire a permis une amélioration des infrastructures routières, qui a considérablement facilité l'accès à ces villages et leur approvisionnement régulier en vivres et en matériaux. Ces changements ont provoqué une accélération brutale des transformations socioéconomiques.

Les *hanu-pa*, telS que les habitants se dénomment eux-mêmes, appartiennent au groupe ethnique des Dardes (Vohra, 1989a, b). Ils migrèrent de la Perse vers le nord du Pakistan, puis s'installèrent au Ladakh. Bien qu'ils se distin-

guent des groupes tibéto-mongols, les Dardes ont adopté le bouddhisme tibétain, et à Hanu, la médecine tibétaine et le langage ladakhi. Depuis le XIXe siècle au plus tard, des *amchi* itinérants ont visité la région. Les premiers *amchi* s'installèrent à Hanu Gongma vers 1910. On compte aujourd'hui cinq *amchi* pratiquant à Hanu.

Hanu Gongma dispose d'un centre de santé biomédical. Il s'agit d'une habitation louée dans une maison privée, avec une « pharmacienne » originaire d'un autre village et un « infirmier » du cru. Le village est approvisionné tous les six mois en médicaments en provenance de l'hôpital le plus proche, situé dans la localité de Khaltsi. Parmi la cinquantaine de produits disponibles, on trouve surtout des antibiotiques, des antalgiques, des sirops anti-tussifs, des antispasmodiques et des vitamines. La présence d'un centre biomédical et de quatre *amchi* à Hanu Gongma (480 habitants) donne un rapport praticien/patient de 1 pour 80, ce qui semble suggérer que les ressources médicales y sont quantitativement suffisantes. Cependant, en examinant la situation plus précisément, on constate que la réalité n'est pas aussi favorable que cet indicateur semble le montrer.

Selon les usagers à Hanu, les soins médicaux fournis par le centre de santé sont de mauvaise qualité. Une majorité de personnes pense que la médecine des *amchi* est non seulement plus sûre, mais dans la plupart des cas aussi plus efficace. Il est vrai que la « pharmacienne », une étudiante ladakhie en sciences sociales âgée d'un peu plus de 20 ans, s'absente souvent de Hanu, et l'infirmier local n'a ni la formation requise ni la motivation pour prendre en charge d'autres maladies que les affections les plus courantes[4]. Cinquante-huit pour cent de mes interlocuteurs ont ainsi déclaré que la médecine *amchi* est en général plus efficace que la biomédecine, tandis que 26 % pensent le contraire. Seize pour cent ont constaté que cela dépendait du type de maladie. Pourtant, seulement 48 % du même groupe interrogé ont affirmé consulter un *amchi* en premier ressort. Trente-six pour cent ont déclaré qu'ils allaient tout d'abord au centre de santé et 16 % ont dit que cela dépendait de la nature de l'affection. Or,

4 Justice (1984) et Messer (1990) montrent un fait identique au Népal.

la comparaison entre le registre des patients du centre et celui d'un *amchi* (assorti d'une évaluation issue des déclarations de ses homologues) indique une tendance plus forte en faveur du centre. Tandis qu'une moyenne de 140 patients se rend au centre chaque mois, l'ensemble des *amchi* ne traite en moyenne que 60 patients par mois, ce qui représente un peu moins d'un tiers du nombre total de consultations. Il s'agit là d'une proportion presque opposée à la préférence générale qu'expriment des personnes interrogées.

Tableau 1.

	amchi/ médecine des *amchi*	Centre de santé biomédical	Selon la maladie	*n*
Préférence générale selon l'efficacité perçue	58%	26%	16%	31
Premier recours déclaré	48%	36%	16%	31
Consultations réelles	30%	70%	----	200

Comment peut-on expliquer cette divergence radicale entre les préférences déclarées et les pratiques effectives ? Pourquoi la plupart des malades choisissent-ils ce qu'ils considèrent être des soins médicaux de moins bonne qualité, malgré la présence d'une alternative jugée supérieure ? Il convient d'examiner en détail le champ social de Hanu et ses enjeux de pouvoir, afin d'apporter quelques éléments de réponse à ces questionnements. Nous allons donc maintenant porter notre regard sur le rôle tenu par les *amchi*, tant sur plan social que sur le plan médical, afin d'évaluer le contexte de Hanu Gongma et la nécessité de sa prise en compte dans l'élaboration du projet envisagé.

Le rôle social des amchi

Traditionnellement, les *amchi* ont le plus haut statut social au sein de la population laïque du Ladakh car ils sont en charge de fonctions considérées parmi les plus importantes. Du fait de leur rôle de thérapeute, souvent assorti de

connaissances astrologiques, ils détiennent un pouvoir médical ; celui-ci est doublé d'un pouvoir social, en raison du monopole qu'ils exercent sur la délivrance des médicaments et du fait de la dépendance des villageois envers leurs services. Ce pouvoir a longtemps généré une partie des revenus des *amchi* et facilité les conditions matérielles de leur pratique médicale. La collecte de *bsod-snyoms* (« aumônes ») auprès de la population représentait un système de réciprocité, légitimé par la religion et l'environnement culturel. Mais aujourd'hui, le pouvoir social et le pouvoir médical traditionnels des *amchi* est en porte-à-faux avec les mutations économiques, cliniques, environnementales et socioculturelles récentes. Leur condition au sein de la société s'en trouve considérablement altérée (Pordié, 2002 ; Kloos, à paraître).

À présent, le rôle social des *amchi* à Hanu est conditionné par les stratégies qu'ils ont développées pour faire face aux nouveaux contextes socioéconomique et clinique. L'installation du centre de santé s'est notamment traduite par la perte de leur monopole médical. Cette situation a contribué à dégager les villageois de la dépendance (médicale) qu'ils avaient envers les *amchi*. Également, les modifications récentes dans les modalités d'approvisionnement en matières premières médicales, répondant principalement aux lois du marché, et le déclin des anciens systèmes de réciprocité ont rendu la médecine *amchi* économiquement déficitaire (Kuhn, 1988 ; Pordié, 2002)[5]. Les *amchi* furent ainsi contraints à chercher de nouvelles sources de revenus et à gérer leurs ressources de manière plus stricte. Leur rôle social contemporain ne reflète plus le modèle traditionnel idéal, selon lequel ils ont l'obligation morale de traiter leurs patients sans attendre en retour de l'argent ou quelque marque de sympathie (Kloos, à paraître; Pordié, 2003). La fonction sociale contemporaine des *amchi* doit être comprise comme une combinaison hybride entre une composante idéale qui imprègne toujours les représentations collectives et une dimension pratique, qui limite leur aptitude à répondre à la demande sanitaire. Cette double attente contradictoire exprimée par les patients fait peser une certaine pression sur les *amchi* : on

5 Voir dans un contexte plus général l'ouvrage de Frankenberg (1980).

les accuse de fainéantise (Pordié, 2002 : 188), de cupidité et de méchanceté.

Un *amchi* à la recherche de nouvelles sources de revenus peut profiter de son statut traditionnel et du pouvoir lié à son rôle social, qui dépend en partie de ses activités médicales. Il existe une concurrence entre *amchi*, qui correspond au schéma de « pouvoir, statut et territoire » constaté par Nichter (1996: 369), selon lequel ils équilibrent soigneusement le déficit financier de leur pratique et ses avantages sociaux potentiels. Ainsi, le rôle social des *amchi* est une double source de tension : à l'intérieur de leur groupe d'une part, et entre les *amchi* et la communauté d'autre part.

Le cas d'*amchi* Tashi Bulu de Hanu Gongma illustre cette dynamique[6]. Cet *amchi* a mis en œuvre une stratégie visant au maintien de sa pratique médicale et à l'établissement de sa prospérité et de son pouvoir, rendant son rôle social complexe et ambivalent. *Amchi* Tashi Bulu est le praticien local reconnu comme le plus compétent, et qui, de plus, dispense ses médicaments gratuitement et conduit des rituels curatifs ; il est de surcroît tenu pour le plus important astrologue du village. Bénéficiant de son statut médical, il a réussi à établir un réseau de contacts développé depuis les années 1970 car il se rend souvent à Leh, la capitale du Ladakh, et accueille des personnalités politiques et administratives à son domicile. Il a ainsi obtenu, de façon plus ou moins légitime, des bénéfices matériels et financiers qu'il a utilisés afin d'obtenir une supériorité médicale (par le simple fait d'être suffisamment doté en médicaments) sur les autres *amchi*, lesquels se sont retrouvés marginalisés au cours de ce processus. Sa supériorité médicale, ainsi que la dépendance médicale qui en résultait pour les villageois, ses contacts avec des personnalités importantes et sa prospérité lui ont conféré une influence sans pareille à Hanu Gongma. Cependant, nombre de ses manœuvres furent jugées inacceptables par les villageois et ont perturbé l'équilibre social du village. Il a suscité des jalousies et des suspicions ; on l'a accusé de cupidité et de partialité dans la distribution des

6 Lire Kloos à paraître pour une analyse détaillée du rôle de Tashi Bulu à Hanu.

médicaments. La confiance des *hanu-pa* envers Tashi Bulu et sa médecine s'est peu à peu dégradée.

Par ailleurs, les autres *amchi* de Hanu Gongma n'étaient pas en mesure d'offrir mieux qu'un strict minimum de remèdes à leurs patients, perdant peu à peu leur fonction médicale au sein de la communauté. Une inégalité face à l'accès aux soins est apparue dans la mesure où les villageois opposés aux stratégies parfois hasardeuses de Tashi Bulu ont ainsi réduit l'éventail des services de santé qui leur sont offerts en ne consultant pas ce dernier. Il ne reste donc aujourd'hui qu'un seul *amchi* bien pourvu en médicaments, mais qui ne pourrait de toute façon pas satisfaire à lui seul les besoins des villageois. Il est également très controversé et une partie de la communauté l'évite. Naturellement, les gens qui consultent Tashi Bulu prennent parti pour lui et le défendent contre les accusations des autres, mais cela nuit à l'unité du village, considérée par les *hanu-pa* comme fondamentale pour le progrès et l'équilibre social (Vohra, 1989a). Les tensions sociales, causées par les changements structurels du rôle social des *amchi*, sont la principale raison de l'insuffisance en matière de santé publique à Hanu. Elles expliquent également les contradictions du tTableau 1.

Intérêts de la communauté

Dès que l'on a identifié le problème et ses causes, il devient plus aisé de dégager des éléments pour une intervention qui tiendrait compte de la dimension sociale et culturelle. Jusqu'ici, les différentes tentatives mises en œuvre par les *hanu-pa* pour résoudre la crise n'ont pas été suivies de résultats probants. Cela est dû en partie à l'hétérogénéité qui existe au sein de leurs représentations de l'amélioration espérée. Les nouveautés au sein du système médical représentent une avancée aux yeux de Tashi Bulu, sans être nécessairement perçues comme telles par la majorité des villageois ou par les autres *amchi* – et réciproquement. Des intérêts parfois antagonistes s'affrontent. Quels sont-ils ? Comment l'établissement d'un centre médical *amchi* pourrait-il s'intégrer dans ce contexte ?

Nous avons vu que les difficultés et les tensions entre *amchi* et villageois ont engendré une perte de confiance générale à l'égard de ces derniers, exprimée notamment par des accusations de favoritisme et de cupidité. La communauté est douloureusement consciente des rivalités entre *amchi* et de leurs effets négatifs sur l'harmonie sociale du village.

> « Il n'y aura jamais d'unité parmi les *amchi* ici. Chacun pense être le plus expérimenté de tous. Si l'un d'entre eux reçoit quelque chose, les autres seront toujours jaloux. La désunion des *amchi* affecte le village entier parce que leurs familles prennent parti » Tsering Dorje (56).

Malgré leurs commentaires désobligeants à l'égard des *amchi*, les *hanu-pa* reconnaissent que ces derniers n'ont pas toujours les moyens matériels pour se procurer des médicaments et donc les délivrer, Tashi Bulu mis à part. Il existe un sentiment général d'insécurité médicale, une impression que les *amchi* s'abandonnent à la négligence – bien que la population continue à accorder un grand crédit à la médecine tibétaine et à l'idéaliser.

Plus que des souhaits précis, les habitants formulent un refus catégorique de laisser perdurer la situation actuelle. La grande majorité de mes interlocuteurs désire une disponibilité plus grande en médicaments et se disent prêts à payer leurs traitements. Ils souhaiteraient que tous les *amchi* (et pas seulement Tashi Bulu) aient un stock suffisant et que les produits soient facilement accessibles, tant sur le plan de la distance qu'au niveau des horaires[7]. Ils affirment également que l'équité dans la distribution des médicaments doit (re)devenir le maître mot des *amchi*, indépendamment de la disponibilité financière de leurs patients et des relations qu'ils entretiennent avec eux[8].

---

7 Selon les villageois et les *amchi*, un *amchi* doit être disponible jour et nuit, il ne doit jamais être trop occupé afin de pouvoir à tout moment traiter un patient, et ne doit pas être limité par des « heures d'ouverture » à la manière les praticiens biomédicaux, ressenties comme artificielles et contraignantes.

8 De telles représentations coïncident avec la description idéale de l'*amchi* que l'on trouve dans certains écrits médicaux classiques (voir

Au-delà de telles déclarations, la plupart des *hanu-pa* hésitent à faire des propositions pratiques. Ils préfèrent que les détenteurs administratifs ou traditionnels de l'autorité, en raison de leur éducation ou de leur expérience, prennent eux-mêmes les décisions. Ceux qui ont formulé des propositions pour résoudre les difficultés actuelles soulignent de nouveau leur manque de confiance envers les *amchi* locaux, *a fortiori* si ceux-ci sont pris en charge par des organisations externes. Ils espèrent plutôt la venue d'un ou de plusieurs nouveaux *amchi* dans leurs villages :

> « Un *amchi* externe devrait être employé ici. Par exemple, les *amchi* de Leh sont meilleurs parce qu'ils ne font pas de différence entre les patients. Ça m'est égal si l'on doit payer pour les *amchi*, à condition qu'ils traitent tout le monde de la même manière. »
>
> « Si l'on établit un centre médical *amchi*, un *amchi* d'un autre village devrait y travailler. Ici, les *amchi* donnent seulement des médicaments à leur famille et à leurs amis. Ils sont comme ça. »
>
> « Les *amchi* ne pensent qu'à eux-mêmes. Avant ils étaient bons mais depuis qu'ils reçoivent un salaire du gouvernement, ça a changé. [Ceux qui reçoivent déjà un salaire gouvernemental] ne devraient pas travailler dans un centre médical *amchi* parce qu'ils reçoivent déjà assez [d'argent et de médicaments]. »

Les enjeux liés au développement dans le domaine de la santé ne reposent pas seulement sur des circonstances médicales, mais aussi et avant tout sur des conditions d'ordre social et économique. En effet, si un centre médical *amchi* est perçu avant tout comme un recours médical pour le bien de tous, il représentera aussi de fait pour quelques-uns une ressource économique. Or, dans la région de Hanu,

par exemple Finckh, 1985 ; Kloos, à paraître ; Kuhn, 1988). L'idéal type de l'*amchi* apparaît également dans les représentations contemporaines que les *amchi* eux-mêmes ont envers leur exercice et leur rôle idéals (Pordié, 2003).

une forte concurrence oppose tous les candidats à des revenus réguliers, les *amchi* ne faisant pas dans ce domaine figure d'exception. Les villageois craignent alors que les possibilités pour les *amchi* d'obtenir un revenu renforce le déséquilibre social, et profite en premier lieu à ceux qui sont déjà riches et puissants – comme Tashi Bulu. Certes, le projet proposé éveille des espoirs mais il provoque également des craintes, des jalousies et des soupçons, analogues à ceux qui engendrèrent les tensions en raison desquelles l'intervention fut initialement envisagée.

Intérêts des amchi

Comment les *amchi* se positionnent-ils ? Ne cherchent-ils vraiment que leur enrichissement personnel comme le prétendent les villageois ? L'analyse ethnographique semblerait à première vue le suggérer. Cependant, leur attitude reflète moins une cupidité égoïste qu'une résignation de dernier recours, en l'absence de toute autre solution. Leur objectif premier est clair : pouvoir continuer d'exercer la médecine, et assurer ainsi la pérennité de leur tradition familiale. Pour cela, il leur faut sortir de la crise économique qu'ils traversent depuis l'effondrement des systèmes de réciprocité – or, cela n'est perçu comme possible que s'ils parviennent à dégager un minimum de revenus au moyen de leur pratique médicale. L'exemple de Tashi Bulu est à cet égard exemplaire. Il montre bien (et cela est très clairement perçu par les autres *amchi*) que son aisance économique est un des éléments qui lui a permis de renforcer son pouvoir social. Or, ce pouvoir est implicitement considéré comme nécessaire pour atteindre les objectifs que nous venons d'évoquer.

La quête de pouvoir a conduit aux rivalités actuelles parmi les *amchi*. Son exercice est à l'origine de tensions sociales, renforcées par le contexte socioéconomique local et par la confusion entre le rôle social idéal de l'*amchi* et sa réalité contemporaine. Dans ce contexte, comment se négocieraient alors les intérêts des *amchi* (préservation de leur pratique et acquisition d'un certain pouvoir social) au sein du centre médical envisagé ?

Les *amchi* espèrent obtenir de l'argent et des médicaments en participant à un tel projet. L'aspect économique est envisagé comme une solution à la résolution de leurs problèmes, cela malgré la présence bienvenue d'autres avantages directement liés à leur exercice médical (amélioration du savoir, obtention de médicaments, etc.) :

> « Je suis intéressé par un centre médical *amchi*. Je pourrai y apprendre des choses et j'ai maintenant plus de temps qu'avant parce que mes enfants sont grands. Mais ça dépend du salaire, de combien de temps je travaillerais là-bas. » *Amchi* Tsering Thundup.

Au même titre que l'ensemble de la communauté, les *amchi* sont conscients des problèmes sociaux occasionnés par l'établissement du centre, mais ils semblent penser que les avantages resteraient cependant prédominants. Tashi Bulu remarque ainsi en diverses occasions :

> « Je serais sûrement confronté à la jalousie si je travaillais dans le centre médical *amchi*, non seulement de la part des autres *amchi* mais aussi de la part des villageois, bien qu'ils reçoivent des médicaments. Ils vont penser que je gagne de l'argent. Actuellement, ils croient déjà que je reçois beaucoup d'argent du gouvernement et si je leur dis que je reçois seulement 300 roupies par mois[9], ils pensent que je cache quelque chose. Si je travaillais au centre, je serai sûr de perdre mon statut, mais ça m'est égal parce que je pourrai consacrer tout mon temps à la médecine. »
>
> « Il me serait difficile de travailler avec les autres *amchi* [de Hanu Gongma] dans un centre médical *amchi* parce que je devrais leur enseigner. Mais ils seraient contents d'apprendre quelque chose de moi. »
>
> « [Certains *amchi* de Hanu Gongma] souhaiteraient travailler dans le centre médical *amchi* seulement pour un an, à cause de l'argent, mais après, leur intérêt s'estomperait très vite parce qu'ils verraient qu'en travaillant comme porteur ou cantonnier, ils peuvent gagner plus. »

9 300 roupies correspondent à environ 6 euros, ce qui est très insuffisant au Ladakh malgré le faible coût de la vie. Par exemple, un porteur de la même région peut gagner cette somme en une journée.

Amchi Smanla Rigzin rajoute :

> « Je serais content de travailler dans un centre médical *amchi*. Je préférerais plutôt travailler comme *amchi* que comme porteur, même s'il y a moins d'argent. J'aime donner des médicaments et j'aime aussi apprendre de nouvelles choses, même de Tashi Bulu. Il n'y aurait pas de problème si tous les *amchi* d'ici travaillaient ensemble. »

Ces déclarations illustrent les relations difficiles qui existent entre *amchi* d'une part, et entre les *amchi* (en particulier Tashi Bulu) et les villageois d'autre part. L'établissement du centre médical conduirait très probablement à un opprobre public visant Tashi Bulu et son cercle d'amis ; ainsi qu'à des rivalités internes ayant pour enjeu la supériorité de tel ou tel *amchi*, comme le suggère Smanla Rigzin. Tashi Bulu affirme avoir une expérience et des connaissances supérieures, ce qui est difficile à accepter pour ses homologues. Cependant, Tashi Bulu dit être prêt à travailler avec des *amchi* qu'il considère comme inférieurs et Smanla Rigzin a exprimé sa volonté d'apprendre « même » de Tashi Bulu, quitte à gagner moins d'argent qu'à présent. Même s'il est difficile d'évaluer la véracité de ces énoncés, les *amchi* semblent nourrir de grandes espérances à l'égard d'un tel projet. On retrouve un trait classique des projets de développement : des attentes divergentes sont basées sur la perspective de bénéfices individuels, définis par chacun de manière singulière. Le succès d'un centre médical *amchi* dépendra largement de la capacité des *amchi* à négocier leurs intérêts et à réguler leurs luttes de pouvoir. Ainsi, un tel centre porte un potentiel ambivalent : il est à la fois susceptible de générer de nouvelles tensions sociales, mais également d'inciter les *amchi* à résoudre leurs conflits.

Personnes externes et participation communautaire

Si les intérêts des villageois et des *amchi* concernant le développement sanitaire à Hanu sont largement différents, ils convergent pourtant car la disponibilité des médicaments est en effet essentielle pour les deux groupes concernés. Mais les médicaments que les *hanu-pa* espèrent obtenir dans des conditions satisfaisantes d'accessibilité individuelle (absence de partialité) et temporelle (disponibilité continue des praticiens) représentent d'énormes dépenses pour les *amchi*. Les évolutions socioéconomiques des dernières décennies et l'attitude malvenue de certains *amchi* les ont aliénés de la communauté. La demande que les villageois ont formulée pour que l'*amchi* en charge du centre provienne d'une région différente met en lumière les difficultés locales, et adresse un certain nombre de questions à un projet de solidarité. Il convient donc maintenant d'analyser, d'une part, le rôle et le statut des personnes non autochtones dans le village, et, d'autre part, les modalités d'une participation collective au projet.

Dans le domaine du développement international, on attribue souvent à une personne extérieure le rôle de « fournisseur », et à la population locale, celui de destinataire plus ou moins passif (Gardner et Lewis, 1996). À Hanu Gongma, plusieurs projets de développement gérés par l'État et l'armée indienne s'inscrivent dans cette optique. La désignation de certains *amchi* au rang de « government *amchi* » (*amchi* nationaux, ou fonctionnaires *amchi* – Tondup, 1997) a par exemple eu des conséquences importantes, non seulement sur les *amchi* qui furent ainsi promus, mais aussi sur l'ensemble de leurs homologues. Le sentiment de responsabilité de la communauté envers les *amchi* a baissé dès lors que l'Etat s'est mis à assumer la prise en charge de certains d'entre eux. Ces *amchi* fonctionnaires se sont retrouvés sur un nouvel échelon intermédiaire de la hiérarchie, entre les personnes extérieures, souvent éduquées et politiquement puissantes, et les villageois sans éducation. Nous avons évoqué plus haut l'exemple de Tashi Bulu, qui a vu non seulement ses bénéfices s'accroître, mais qui a su ainsi étendre son réseau de relations, d'appuis et d'influences.

De tels *amchi* sont ainsi vus comme des « fournisseurs » : la représentation de l'*amchi*, qui doit délivrer ses médicaments sans espérer de retour matériel, est demeurée la même, bien que leur dépendance envers la communauté ait été remplacée par une dépendance envers le gouvernement. Les villageois conservent cependant toujours un certain sens du devoir envers les *amchi* – un résidu de la tradition, mais qui ne s'accompagne plus réellement de pratiques de contre-don. Les tensions sociales qui entourent certains *amchi*, leur désir de pouvoir et l'usage qu'ils en font à leurs seules fins compliquent la situation.

On comprend aisément dans ce contexte les raisons qui poussent les *hanu-pa* à espérer l'installation d'un *amchi* de l'extérieur. Comme celui-ci ne connaîtrait pas les habitants, ses relations sociales ne seraient pas biaisées par l'appartenance à tel ou tel réseau. Il pourrait donc mieux remplir son rôle de fournisseur, car les villageois ne sentiraient que peu d'obligations sociales envers lui – et encore moins s'il fallait le payer pour ses services ou si celui-ci recevait un soutien externe. L'introduction de l'argent comme valeur d'échange suggère cette neutralité[10] et est perçue comme une nouvelle forme de réciprocité. Dans ce contexte, les villageois se représentent un tel *amchi* comme socialement neutre, un *amchi* qui correspond finalement mieux ainsi à leur idéal-type.

La représentation locale de l'*amchi* comme fournisseur et le désir collectif d'un *amchi* externe sont donc étroitement liés. Les villageois et les *amchi* recherchent un opérateur externe et pensent l'avoir trouvé dans le projet de centre de médecine *amchi* que Nomad RSI envisage d'implanter dans la région. En revendiquant la nécessité d'un soutien externe, les villageois se dégagent pour une part des responsabilités qui leur incombaient jusque-là. Ils évitent aussi en même temps d'envenimer davantage une situation déjà critique. En l'absence d'une idéologie qui ferait des parties en présence des *participants* acceptant de traiter sur un pied d'égalité, la négociation ne peut être vécue que comme un rapport de

10 Loin s'en faut cependant. La monnaie n'est pas un objet neutre, comme le montrent Besch et Guérin dans leur étude sur la monétarisation de la médecine tibétaine dans une autre région du Ladakh (à paraître).

force et ses accords que comme d'inacceptables compromissions. Or, si la mise en concurrence d'intérêts divergents avait engendré cette situation inextricable, l'entité professionnelle extérieure semble en revanche aux yeux des villageois une tutelle capable de l'apaiser. Il faut également souligner que je n'ai moi-même pas été sans jouer mon rôle dans ces interactions : bien que présent seulement en tant que chercheur, mon affiliation perçue à un donateur potentiel a sans aucun doute influencé la manière dont les villageois se sont eux-mêmes présentés et ont exprimé leurs intérêts (Gardner et Lewis, 1996 : 101).

Les *hanu-pa* hésitent à participer à la planification du projet. Il existe déjà des groupes de décision qui impliquent une participation communautaire à Hanu, qu'il s'agisse de modèles traditionnels (les réunions des chefs de famille) pour des décisions importantes ; ou d'expériences plus récentes (l'Alliance des femmes, un regroupement instigué par une structure associative ladakhie). Mais ces groupes sont largement dominés par Tashi Bulu et sa femme. Les autres villageois s'accommodent de leurs conseils et, s'ils ne réfutent pas leurs opinions, ce n'est pas seulement par passivité, ni par manque d'arguments ou d'expérience, mais aussi par respect de l'autorité en place et par crainte des représailles. Les villageois ne sont pas prêts à risquer une confrontation ouverte en prenant des décisions qui pourraient aller à l'encontre des intérêts des puissants. Ainsi, alors que de nombreux projets de développement se concentrent sur la participation communautaire et ont démontré qu'il est préférable d'utiliser les structures de pouvoir existantes (Gardner et Lewis, 1996 : 94f)[11], ces mêmes structures semblent en fait être un obstacle à la participation dans les villages de Hanu[12]. Cependant, il s'agit d'un obstacle auquel on doit nécessairement faire face,

11 Shrestha et Lediard (1980) suggèrent également l'utilisation de structures existantes mais en tant que « structures thérapeutiques » et non de cellule traditionnelle de décision politique. Il convient pourtant de préciser, comme le montrent ce chapitre et bon nombre de travaux par ailleurs, que la frontière entre le thérapeutique et le politique est fortement perméable.

12 Ce point a été émis ailleurs dans le cas de la médecine tibétaine par Besch et Guérin (à paraître).

car il n'est bien sûr pas envisageable d'exclure les puissants du village. De même, et contrairement à l'image courante de la « communauté » comme un tout à caractère homogène, les intérêts de ses membres et les moyens que les villageois sont prêts à mettre en œuvre pour le développement de leur village sont fortement contrastés, voire divergents. On peut d'ores et déjà entrevoir les points qui donneront lieu à des tractations où risquent de se développer des conflits. En premier lieu, si certains *amchi* devaient participer au centre, les villageois remettraient sans doute en question la fidélité qui leur serait alors due. Ensuite, l'apparition de profits conséquents dégagés par l'existence du centre pourrait avoir pour conséquence de mettre les praticiens en concurrence. Enfin, le choix de la localisation du centre dans un des trois villages de Hanu prêtera sans aucun doute à d'âpres discussions. Les tensions sociales préexistantes sont au centre de ces questions. Les efforts en direction d'une participation collective mieux répartie doivent alors être entrepris très prudemment, sous peine de soutenir certains schémas d'imposition verticale déjà existants et d'en implanter d'autres. Tout en sachant que la participation active et équitable d'une majorité de la collectivité demeure un idéal bien loin de ce que permettent les faits, il convient de rester vigilant et de progresser dans un sens susceptible de donner aux villageois des outils pour mieux décider de ce qu'ils souhaitent voir se passer dans leur village.

Conclusion

Si cette étude éclaire une situation très localisée et ses problèmes spécifiques, les résultats obtenus peuvent également être appliqués à d'autres contextes. Les attentes des thérapeutes et de la communauté, leurs espoirs et leurs craintes signalent les dangers et les potentiels inhérents au projet de soutien envisagé à Hanu. Plus généralement, cette configuration localisée représente un exemple-type des dilemmes aussi bien conceptuels que pratiques auxquels les projets de développements internationaux peuvent partout se voir confrontés. Comment promouvoir la participation communautaire, un concept apparemment central pour la

pérennité des projets, sans perpétuer, déplacer ou aggraver les effets négatifs des structures de pouvoir existantes ? Comment identifier correctement les groupes désavantagés de la communauté et les motiver à participer, si ces derniers ont des raisons immédiates de ne pas le faire ? Plus simplement, est-ce réellement possible pour des personnes extérieures de « créer » une participation communautaire durable en tenant compte de tous ces éléments ?

Les réponses à ces questions, pour autant qu'elles existent, ne sont ni des reproduction de modèles, ni de simples considérations d'un contexte singulier en élaguant son historicité ou son environnement socioéconomique, politique et clinique. Dans la mesure où l'on convient que l'ethnographe puisse quitter le terrain de la simple observation et nourrir lui aussi des projets quant à la réalité qu'il a côtoyée et donner à ce sujet son opinion, on voudra bien lire ce qui suit comme une proposition parmi d'autres possibles. Il me semble qu'une manière d'assurer la flexibilité et l'adaptabilité nécessaires pour qu'un projet de développement perdure dans le temps, pourrait consister à établir un forum local de communication, qui inclurait tous les étages hiérarchiques et toutes les personnes concernées, de la phase de pré-planification jusqu'à la mise en œuvre et à l'autonomie.

Les problèmes multidimensionnels de Hanu ne peuvent pas être résolus sans tenter de résoudre les malentendus hypothéquant les relations entre les villageois et les *amchi*. Or on sait que toute discussion du problème, que ce soit dans son aspect clinique, économique, politique ou social, risque d'aggraver les tensions et de nuire à la situation sociale aussi bien que médicale.

Une négociation constructive sur les modalités et les objectifs du centre *amchi*, ainsi que son acceptation collective et la participation au projet, ne seront possibles que si tous les *hanu-pa, amchi* inclus, partagent une interprétation commune du problème. Il est évident qu'un tel forum de discussion et de négociation n'est qu'un préalable à des mesures d'intervention plus tangibles et ne peut s'y substituer. Mais son travail gagnerait à être suivi, perpétuellement alimenté par le déroulement du projet lui-même.

En tenant compte de toutes les dimensions du contexte local que nous avons vues jusque-là, l'implantation un centre *amchi* à Hanu pourrait non seulement améliorer la situation sanitaire, mais aussi agir comme une incitation pour les *amchi* et la communauté à dépasser la dislocation sociale actuelle. Il offrirait certainement une possibilité aux *amchi* de coopérer, mais il doit créer en même temps les conditions et les moyens pour une telle coopération. Certes, la tâche est difficile. La récompense en cas de succès ne serait pas seulement une meilleure santé publique pour les *hanu-pa* ou la sauvegarde d'une tradition médicale, mais aussi, la restauration et le maintien d'une forme de *santé sociale*.

Remerciements

Cette recherche a eu lieu dans le cadre du programme « Anthropologie de la médecine tibétaine au nord-ouest de l'Inde » de l'Unité de recherche, Nomad RSI. Je remercie cette institution pour en avoir permis la réalisation matérielle. Je tiens également à remercier Laurent Pordié pour son soutien méthodologique et théorique dans l'accomplissement de ce travail, ainsi que Calum Blaikie et Rémi Bordes pour leurs commentaires sur les versions antérieures de ce texte.

Références bibliographiques

Besch F. et Guérin I.
(à paraître en 2005). « Monetarization of Tibetan medicine as a social construction: a chronological ethnography of village-based development activities », *in* L. Pordié (ed.), *Exploring Tibetan medicine in Contemporary Context. Perspectives in Social Sciences.*

Chambers R.
1983 *Rural Development: Putting the Last First*. Longman, Harlow.

Finckh E.
1985 *Grundlagen tibetischer Heilkunde*, Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft, Uelzen.

Frankenberg R.
1980 « Medical anthropology and development: a theoretical perspective », *Soc. Sc. & Medicine,* 14B : 197-207.

Gardner K. et Lewis D.
1996 *Anthropology, Development and the Postmodern Challenge.* Londres : Pluto Press.

Hill P.
1986 *Development Economics on Trial: The Anthropological Case for a Prosecution.* Cambridge : Cambridge University Press.

Justice J.
1983 « The invisible worker: The role of the peon in Nepal's health service », *Soc. Sc. & Med.*, 17 : 967-970.
1984 « Can socio-cultural information improve health planning? A case study of Nepal's assistant nurse-midwife », *Soc. Sc. & Med.*, 19 : 193-198.

Kleinman A., Das V. et Lock, M.
1996 Introduction. *Daedalus*, hiver 1996.

Kloos S.
(à paraître en 2005). « Good medicines, bad hearts: the social role of the amchi in a Buddhist Dard community », *in* L. Pordié (ed.), *Exploring Tibetan medicine in Contemporary Context. Perspectives in Social Sciences.*

Kuhn A.
1988 *Heiler und ihre Patienten auf dem Dach der Welt. Ladakh aus ethnomedizinischer Sicht*, Peter Lang, Frankfurt am Main.

Mair L.
1984 *Anthropology and Development*, Londres : Macmillan.

Messer E.
1989 « Indian nutritionists and international nutritional standards: concepts and controversies », *Soc. Sc. & Med.* 29 (12) : 1393-1399.
1990 « Social science perspectives on primary health care activities, UN University Press », *Food and Nutrition Bulletin* 12 (3).

Nichter Mark
1996 « The primary health center as a social system: primary health care, social status, and the issue of team work in South Asia », *in* M. Nichter et M. Nichter, *Anthropology and International Health. Asian Case Studies*, Gordon and Breach.

Pordié L.
2001 « Research and international aid: a possible meeting. The case of Nomad RSI in Ladakh », *Ladakh Studies* 15 : 33-42.
2002 « La pharmacopée comme expression de société. Une étude himalayenne », in J. Fleurentin, G. Mazars et J.M. Pelt (dir.), *Des sources du savoir aux médicaments du futur*, Editions de L'IRD – SFE.
2003 *The Expression of Religion in Tibetan medicine. Ideal Conceptions, Contemporary Practices and Political Use*, Pondicherry : PPSS Series 29, FIP.

Pottier J.
1993 (ed.) *Practising Development: Social Science Perspectives.* Londres : Routledge,.

Shrestha R. M. et Lediard M.
1980 *Faith Healers: A Force for Change. Preliminary Report of an Action-Research Project*, Unicef, Kathmandu.

Stone L.
1989 « Cultural crossroads of community participation in development: a case from Nepal », *Human Organization,* 48 (3) : 206-213.

Tondup S.
1997 « Health activities in Leh district, Ladakh », *in* H. Osmaston et N. Tsering (eds.), *Recent Research on Ladakh 6. Proceedings of the Sixth International Colloquium on Ladakh, Leh 1993*, New Delhi : Motilal Banarsidass Publishers.

Vohra R.
1989a « An ethnography. The Buddhist Dards of Ladakh. "Mythic lore – Household – Alliance System – Kinship" », *Contributions to Himalayan Studies*, Ladakh Series II, Skydie Brown International, S.A..

Vohra Rohit
1989b « The religion of the Dards in Ladakh. Investigations into their pre-Buddhist 'Brog-pa Traditions », *Contributions to Himalayan Studies*, Ladakh Series, Skydie Brown International, S.A.

World Health Organisation
1991 *Traditional Healers as Community Health Workers*, WHO, SHS/DHS 6, Geneva.

Young A.
1983 « The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care », *Soc. Sc. & Med.*, 17 : 1205-1211.

Chapitre 6

Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie

Pascale Hancart Petitet

Au Ladakh, les femmes des zones rurales accouchent chez elles en présence de membres de la famille ou de voisines. Bien que la médecine tibétaine soit le premier type de recours au soin dans les villages de cette région de l'Himalaya indien, les parturientes n'ont recours à l'*amchi* – praticien de médecine tibétaine – seulement en cas d'apparition d'un événement sortant du cadre de la normalité. Mes recherches à Sattak montrent l'existence d'un taux de mortalité maternelle très élevé. La réalisation de diagramme de parenté pour les quatre familles de Sattak donne les estimations suivantes : sur trois générations, le taux de mortalité maternelle est de 2,1/10 et le taux de mortalité infantile (0-5ans) s'élève à 0,5/10. Tous les facteurs de risques sont présents : grande multiparité, absence de suivi prénatal et absence d'évacuation des urgences obstétricales. La mort en couches est un événement dont toutes les femmes sont averties soit pour en avoir été elles-mêmes témoins, soit pour en avoir entendu parler. « Ça arrive souvent, quand tu es enceinte, tu ne sais pas si tu peux survivre à ton accouchement », Dolma Kunzon, 51 ans, Sattak.

Ce chapitre examine la question de la mort des femmes pendant la grossesse et l'accouchement au Zanskar, une région bouddhiste du Ladakh[1]. J'aborderai d'abord la

1 La recherche a été réalisée dans le cadre des programmes de l'Unité de recherche de Nomad RSI au Ladakh. La région de Shun Shade, la plus