



HAL
open science

Territoires enclavés et espace transnational de soins, le rôle de micro-ONG dans les vallées de hautes montagnes de pays en voie de développement (Zanskar-Inde/ Haut-Atlas central-Maroc)

David Goeury

► **To cite this version:**

David Goeury. Territoires enclavés et espace transnational de soins, le rôle de micro-ONG dans les vallées de hautes montagnes de pays en voie de développement (Zanskar-Inde/ Haut-Atlas central-Maroc). *Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, L'Harmattan, pp.193-205, 2010, Géographie et cultures, 978-2-296-13095-1. <hal-04147966>

HAL Id: hal-04147966

<https://hal.science/hal-04147966v1>

Submitted on 1 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Titre :

Territoires enclavés et espace transnational de soins, le rôle de micro-ONG dans les vallées de hautes montagnes de pays en voie de développement (Zanskar-Inde/ Haut-Atlas central-Maroc).

David Goeury, Paris IV- La Sorbonne

S. Duhamel, F. Moullé, *Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, Paris : L'Harmattan, 2010, pp.193-205.

Introduction : ces hautes vallées, des espaces du « mérite ».

Certaines hautes vallées de pays en voie de développement, comme le Zanskar dans l'Himalaya indien ou l'Assif Melloul et l'Assif Ahansal dans l'Atlas marocain, sont les lieux d'un phénomène particulier depuis les années 1970 : leur enclavement réel et perçu par rapport au territoire national les transforme en destination spécifique du tourisme mondial. Les Etats centraux, que sont la République de l'Inde d'une part, et le royaume du Maroc d'autre part, par leurs choix prioritaires de déploiement des réseaux modernes de transport comme les routes goudronnées, ont maintenu ces vallées longtemps à l'écart créant de véritables marges intérieures, très peu intégrées aux systèmes étatiques d'instruction formelle et de santé allopathique. Ainsi, le Zanskar est contourné par la rocade himalayenne indienne Manali-Leh-Kargil-Srinagar, tout comme les vallées de l'Assif Melloul et de l'Assif Ahansal, anciennes routes transatlassiques, sont devenues des espaces barrières loin des axes routiers Meknès-Errachidia et Ouarzazate-Marrakech. Or, parallèlement à cette mise à distance, ces mêmes vallées sont projetées au cœur des espaces centraux de la mondialisation (Europe, Amérique du nord, Japon) comme des lieux d'expériences extrêmes et de découvertes « d'autres humanités oubliées ». Leur éloignement géographique symbolisé par la mauvaise piste, voire le chemin muletier entre ciel et terre, est valorisé, depuis l'Occident, comme une aventure à vivre et à raconter. Elles intègrent une catégorie spécifique d'espaces que nous avons appelés les « espaces du mérite ». Elles deviennent des destinations touristiques occidentales présentées comme des autres mondes ultrapériphériques, des hétérotopies (FOUCAULT, 2001, p.1571).

La mise en contact entre des populations considérées comme oubliées par l'Etat nation dont elles dépendent et des individus en quête d'aventures traversés par les valeurs que sont le cosmopolitisme, la solidarité internationale, la reconnaissance et la valorisation des identités autres, amène à la constitution d'un espace transnational articulé autour de liens humains entre néo-aventuriers européens ou américains et populations de haute montagne considérées comme isolées. Parmi les multiples projets créés, la santé occupe une place spécifique. En effet, l'absence de route fragmente l'espace sanitaire national en créant des frontières intérieures très dures faisant de la haute-vallée enclavée l'espace de la mort violente, de la pathologie non traitée, de la souffrance quotidienne, en un mot de la dégradation des corps. Cette situation émeut la population étrangère de passage qui est habituée à un très fort encadrement sanitaire, désormais considéré comme un droit. Certains décident de se mobiliser sous forme de micro-ONG pour mettre en place des actions permettant de pallier aux carences étatiques. Cette coopération internationale particulière génère un espace transnational de santé avant tout basé sur des liens directs entre les individus.

Or, cet espace transnational n'est pas statique mais extrêmement dynamique et se recompose très rapidement. En effet, l'Etat déploie un système de santé de plus en plus performant tandis que la plupart des micro-ONG animées par la volonté d'évaluer leur action du fait de leur compréhension de la société bénéficiaire et de leur envie d'agir en profondeur, adaptent leur action au contexte, aux besoins, mais aussi aux grandes valeurs morales qui traversent l'espace mondial.

Pour éclairer cette situation nous proposons de présenter l'action de ces micro-ONG en trois phases souvent successives. La première se construit autour de l'idée de désert sanitaire allopathique. Puis avec l'affirmation de l'Etat, une seconde phase est marquée par une recomposition de l'action allopathique comme complément d'un système. Enfin, une troisième phase émerge souvent simultanément à la compréhension des traditions locales, par la redécouverte et le soutien aux médecines locales par les plantes et les minéraux.

Les hautes vallées comme des « déserts sanitaires » : du tourisme d'aventure au tourisme humanitaire.

L'enclavement comme contrainte quotidienne pour les populations locales, qui ne peuvent accéder aux services de base déployés à l'échelle nationale, peut être mesuré par trois indicateurs que sont la consommation de produits exogènes, l'accès à l'instruction et surtout l'état sanitaire. En effet, si un système de santé performant fonctionne en réseau dans lequel circulent patients, soignants et médicaments autour d'infrastructures adaptées, les hautes vallées des pays en voie de développement en sont les extrémités faiblement raccordées, lorsqu'elles n'en sont pas exclues. Seuls les petits bourgs-marchés où est implantée l'administration locale¹, sont équipés d'un espace de soins, généralement un dispensaire doté d'un professionnel comme un infirmier voire un médecin généraliste. Le bâtiment est souvent sommaire, limité à quelques salles, l'équipement à quelques lits. L'approvisionnement en médicaments s'organise souvent autour d'une dotation répartie en une ou plusieurs livraisons annuelles, selon le poids démographique de la région et les principales pathologies identifiées par l'administration.

Ce système de santé est souvent pénalisé par des dysfonctionnements liés aux difficultés qu'il a à être en contact avec le reste de la vallée, d'une part, et avec le territoire national, d'autre part. En effet, seul le village-centre bénéficie réellement du système : les professionnels ne se déplaçant que très difficilement dans le reste de la vallée et jamais sur les hauts-plateaux où se situent les bergeries. Certains habitants mettent plusieurs heures, voire plusieurs jours, pour atteindre le dispensaire². De plus, l'approvisionnement en médicaments se fait de manière extrêmement espacée. La période hivernale entraîne des périodes d'isolement complet (sauf hélicoptère) de trois à quatre semaines dans le Haut-Atlas, de cinq à sept mois au Zanskar. Par conséquent, les professionnels doivent gérer au plus court leurs stocks, et sont sans cesse

¹ Les caïdats de Zawya Ahansal ou d'Anergui au Maroc, le subdivisional-district de Padum au Zanskar.

² Dans le Haut-Atlas, il faut huit heures de mules depuis le plateau du Koucer pour atteindre soit Zawya-Ahansal, soit Anergui. Au Zanskar, il faut trois jours à un rythme forcé entre Kargyak et Padum

partagés entre distribuer selon les besoins et les demandes des patients jusqu'à pénurie, ou restreindre l'usage des produits pour conserver une réserve pour l'urgence. Enfin, la pénibilité des conditions de vie au quotidien (logement sommaire, faible approvisionnement, rudesse du climat, isolement) favorise l'absentéisme des praticiens, surtout s'ils ne sont pas originaires de la région. Nombreux sont ceux qui refusent d'occuper ce type de poste, multipliant les démarches administratives pour se faire muter dans une région moins hostile. Ils s'absentent sur de longues périodes, parfois plusieurs mois, surtout durant l'hiver³.

Par conséquent, ces espaces sont souvent considérés comme des « déserts sanitaires » allopathiques (BIBERSON, 2000, p.79), dont un des indicateurs est la surmortalité maternelle effroyable, 10 à 20 fois supérieure à la moyenne nationale. L'accouchement reste souvent domestique, laissant la femme et l'enfant courir le risque de l'incident qui se solde dans 4% des accouchements par la mort.

Cette situation n'empêche pas le passage de plusieurs milliers de touristes chaque année. Au contraire, conscients de l'absence d'encadrement sanitaire et de la dangerosité du territoire, ils se sont longuement préparés, grâce à la lecture de guides qui regorgent de conseils sanitaires, pour affronter cet « autre monde » non « modernisé » (LE BRETON, 2000, p.38). La lente et précise constitution de la trousse à pharmacie occupe une place fondamentale du rituel de préparation à « l'aventure », chaque remède étant une évocation de la pénibilité potentielle du voyage, une ruse pour surmonter l'adversité, un fétiche pour se protéger⁴. Mais, c'est durant « l'aventure » qu'ils prennent réellement conscience de la pénibilité d'un quotidien de misère sanitaire (PEYSSEL, 1979, p.97). A l'occasion de contacts furtifs, populations locales et touristes découvrent conjointement, « avec envie pour l'un et honte pour l'autre », que l'étranger de passage possède souvent un équipement à même de rivaliser avec le dispensaire. Si le touriste séjourne dans un village, il peut se retrouver soudainement sollicité par plusieurs habitants qui savent qu'il transporte de nombreux produits à même de panser momentanément leurs maux. Durant l'été, certaines femmes n'hésitent pas à se placer sur les chemins où le flux de touristes est régulier, pour demander un peu de secours, le plus souvent pour soulager un enfant brûlé.

Le touriste, même s'il n'est pas un professionnel de santé, se mue en infirmier de fortune, multipliant les petits soins, les petits dons de médicaments, les conseils sous formes de quasi prescriptions médicales et voit fondre, entre inquiétude et soulagement, son précieux équipement. Cette situation génère des liens affectifs entre l'étranger de passage et la population résidente. Pour l'écrasante majorité des touristes, ce moment fort de partage rejoint l'anecdote dans laquelle le narrateur peut s'approcher du statut des héros modernes que sont les french doctors. Cependant, quelques-uns, profondément touchés par ses inégalités d'accès à la santé, nouent des liens plus profonds avec des personnalités locales, comme des professionnels du tourisme (guides, propriétaires de gîte) ou des instituteurs originaires de la région. Ensemble, ils décident de s'engager dans une action de solidarité internationale.

³ Il est difficile de donner des chiffres fiables sur l'absentéisme du personnel de santé, vu qu'il est généralement couvert par l'administration provinciale qui compatit devant la pénibilité du poste.

⁴ Cette étape est constitutive du premier voyage du touriste, celui de la construction du territoire idéal qu'il va découvrir avec ses merveilles et ses dangers.

D'abord, ils organisent un deuxième voyage dont l'objectif est cette fois-ci clairement sanitaire. Puis, pour mener une action de vaste envergure, ils s'institutionnalisent sous la forme de deux micro-ONG, souvent éponymes, une émettrice basée en Europe et l'autre réceptrice dans les hautes vallées, comme Radija France/Khadija Maroc⁵. Séparées par des milliers de kilomètres, elles s'appuient sur les liens amicaux entretenus par le fondateur européen avec les membres de l'association locale réceptrice.

Ces micro-ONG inscrivent leur action dans le contexte d'une institution étatique jugée défaillante et incapable d'assurer le droit à la santé de populations « oubliées ». Même si elles n'ont pas la volonté de se substituer intégralement à l'Etat, elles tiennent un discours très critique, pour justifier leurs projets à l'échelle internationale, et pour assurer leur crédibilité à l'échelle locale, quitte à prendre quelques libertés avec la réalité (BIBERSON, 2000, p.80). La situation, effectivement dramatique, est noircie pour devenir catastrophiste⁶.

L'espace transnational de soins allopathiques comme espace interstitiel du réseau national : actions et repositionnement des micro-ONG.

Quatre types d'action sont mis en place selon les capacités de ces micro-ONG.

La première action, la plus simple, consiste en la collecte de médicaments et de matériel de premiers secours (antiseptiques, pansements, calmants, antibiotiques) pour approvisionner le dispensaire local ou créer une petite pharmacie villageoise.

Le deuxième type d'action, plus complexe, consiste à organiser une visite médicale avec un ou plusieurs médecins bénévoles. Ils s'installent dans un espace public, de préférence le dispensaire ou l'école, et multiplient les consultations durant quelques jours. L'ONG peut mobiliser plusieurs spécialistes étrangers ou nationaux pour un check-up complet de la population. Parfois, certains praticiens peuvent décider de séjourner plusieurs mois.

Le troisième type d'action consiste en la construction ou la réhabilitation d'un bâtiment spécialisé et son équipement en matériel spécifique. Le dispensaire construit par l'Etat est ainsi restauré et équipé pour respecter des normes d'hygiène. La micro-ONG peut même se lancer dans un investissement lourd en dotant le bâtiment de salles spécialisées comme un cabinet dentaire.

Enfin, elles peuvent prendre en charge une opération coûteuse dans un hôpital spécialisé national ou international. Ainsi, la double association « Radija France/ Khadija Maroc » qui intervient à Zaouïa Ahansal s'est constituée autour de l'opération d'une jeune fille nommée Khadija en 2001 avant d'élaborer de multiples actions sanitaires, scolaires et de développement.

Ces actions restent cependant limitées. En effet, les micro-ONG génèrent un espace transnational de santé fortement polarisé et hiérarchisé. La haute vallée enclavée reste en

⁵ Pour le Zanskar, les ONG les plus investies dans le domaine sanitaire sont Rigzen Zanskar (basée en Suisse) et Aide Médicale Zanskar (basée en France).

⁶ Certaines citations de certains associatifs se sont ainsi diffusées à l'échelle internationale via l'Internet comme celle concernant le dispensaire du village d'Anergui « qui ne contient même pas un flacon de BETADINE ».

simple position de dépendance et de réception d'une aide éruptive et ponctuelle, très circonscrite dans le temps et dans l'espace. De plus, ces actions occupent une place interstitielle laissée libre par le non déploiement du réseau de santé étatique. Or, depuis quelques années, avec le retour de la forte croissance économique, le Maroc comme l'Inde développent rapidement des structures médicales de plus en plus performantes (SIVA RAJU, 2005, p.426). L'essentiel des pathologies est désormais décelé et soigné par un médecin généraliste, accessible même ponctuellement, à même d'orienter le patient vers un spécialiste dans la ville la plus proche (Marrakech pour le Haut-Atlas, Srinagar ou Leh pour le Zanskar) et pour les grandes opérations dans des hôpitaux spécialisés (Rabat pour le Maroc ou Chandigarh pour l'Inde).

Par conséquent, l'action des micro-ONG, souvent concentrées sur quelques journées, ne permettent pas de surmonter les difficultés fondamentales des populations qui sont le recours à un professionnel en situation d'urgence. L'autorité locale est même parfois relativement critique vis-à-vis des grandes visites qu'elles soient organisées par une institution nationale (armée, association nationale de médecins) ou internationale (ONG). Même si elles diagnostiquent une pathologie, elles ne peuvent que rarement la soigner sur place sauf si elle relève d'une maladie commune pouvant être traitée par un médecin généraliste. Souvent, le malade se retrouve doté d'une ordonnance et d'une lettre de recommandation pour un hôpital spécialisé, ce qui le renvoie à la situation antérieure. D'ailleurs, de nombreux malades de la vallée ont déjà été diagnostiqués par les médecins du dispensaire et viennent profiter de l'occasion pour obtenir un deuxième diagnostic. De plus, du fait de l'état de la piste, les ONG sont incapables d'évacuer un malade dans des conditions urgentes et restent totalement dépendantes des équipements étatiques. En 1997, au Zanskar, Aide Médicale Zanskar assiste, impuissante, à la mort d'une fillette, victime d'une occlusion intestinale, faute de pouvoir convaincre l'armée indienne de mobiliser un hélicoptère⁷. Cet état de fait amène la plupart des ONG à réfléchir à leur action et à se repositionner selon leurs moyens et leur éthique, alors que l'autorité locale et les élus locaux préfèrent militer pour le renforcement de structures étatiques pérennes.

Conscientes des transformations locales, les ONG décident de poursuivre leur action mais en complétant celle de l'Etat. Elles rencontrent les praticiens locaux, évaluent leurs besoins chaque année pour assurer un soutien logistique adapté. Parallèlement, elles maintiennent leur action de solidarité en finançant l'opération de certains malades nécessitant des soins onéreux dans un hôpital national. Sinon, elles s'orientent vers des actions ponctuelles sur des pathologies spécifiques en mettant en place une structure complète de camp sanitaire à même de réaliser l'opération sur place. Par exemple, l'ONG Rigzen Zanskar organise un « eyecamp » contre la cataracte en 2004. L'équipe médicale est composée d'ophtalmologues, un Belge et deux Indiens assistés de cinq assistants de la Mahaboddhi Society. Ils ont examinés quelques 500 patients, prévenus par les médias locaux, et en ont opéré cinquante. Les ONG intègrent le réseau national de soins. Médicaments, matériel, médecins et auxiliaires de santé ne viennent plus de l'étranger. Elles assurent le financement et la mise en place

⁷ Rapport de mission AMZ 1997, p.3. En 2007, l'évacuation des malades zanskaris ou népalais dépend toujours de l'armée, en été comme en hiver.

logistique. Les bénévoles internationaux sont des professionnels ou des étudiants désireux d'avoir une expérience sanitaire en conditions extrêmes, mais peu risquées (YALA, 2005, p.186). Leur séjour prend la forme de tourisme humanitaire ou d'un stage de terrain⁸. Les pathologies traitées ne sont pas vitales, mais handicapantes, surtout pour les habitants les plus pauvres qui ne peuvent se permettre de traiter une pathologie considérée comme non mortelle⁹.

De la médecine communautaire à la médecine non-occidentale locale : de la prévention à la préservation de l'identité.

L'action de ces ONG a aussi un fort impact dans la création de nouvelles normes sanitaires (FASSIN, 2001, p.30). Ces projets s'inscrivent dans l'idée de médecine communautaire où la communauté et l'individu, doivent être acteurs de leur santé par de multiples gestes de prévention et éventuellement d'intervention en cas de maux bénins (CROCHET, 2000, p.76). Les ONG favorisent l'émergence d'une culture médicale au sein de la population pour utiliser de façon plus efficace le système de santé national qui reste limité. Elles insistent sur l'hygiène comme règle élémentaire de soins, puis devant l'apparition de nouvelles pathologies (caries, MST) liées à la modification des modes de vie du fait de l'ouverture croissante de la vallée, elles multiplient les actions de formations des professionnels locaux et de sensibilisation des populations locales¹⁰. Elles multiplient les séances d'information surtout sur l'hygiène dentaire avec comme public privilégié les écoliers équipés à cette occasion de brosses à dents. En quelques années, les enfants, puis les adultes, ont intégré ce nouveau comportement.

Parallèlement, la faible présence du personnel professionnel nommé par l'Etat favorise l'émergence d'une catégorie intermédiaire d'auxiliaires de santé. Ainsi, au Maroc, les ONG, dans le cadre de la création de pharmacies villageoises, forment des habitants à l'identification de pathologies simples et à la prescription de médicaments permettant la guérison ou le soulagement des maux le temps que le malade puisse se rendre dans un centre spécialisé. En Inde, où cette médecine de proximité est instituée, les ONG renforcent le dispositif par la formation des auxiliaires volontaires. Cette démarche rencontre celle entamée par l'Etat qui depuis quelques années réfléchit aux méthodes d'organisation d'un système de santé à même de mailler l'intégralité du territoire dans les plus brefs délais à moindre coût¹¹.

⁸ De nombreux étudiants étrangers pour la plupart, mais aussi nationaux de plus en plus, valorisent cette expérience dans un mémoire de fin d'année ou de fin d'étude.

⁹ Rigzen Zanskar mobilise régulièrement des dentistes, des dermatologues ou des gynécologues.

¹⁰ La sexualité reste un tabou renforcé par le fait que les maladies sont liées à des relations sexuelles extraconjugales.

¹¹ Le Zanskar a été évalué dans le cadre du *National Rural Health Program* indien en juillet 2007. Les fonctionnaires en charge de la mission sont favorables à l'intégration des actions des ONG pour améliorer les conditions sanitaires de la population.

Ce travail des ONG sur la médecine communautaire accompagne la redécouverte de la médecine locale non-occidentale, préalablement occultée¹². En effet, les hautes vallées ont toutes des pratiques médicales non allopathiques qui se sont construites sur un temps long leur donnant une dimension ancestrale. L'ouverture au système de santé national allopathique a momentanément relégué ces pratiques dans le folklore de populations considérées comme arriérées. La population, fascinée par le potentiel de guérison des médicaments allogènes, semble se détourner définitivement des médecines locales. Pourtant, il apparaît que les habitants restent, en même temps, souvent peu satisfaits de la médecine allopathique du fait du manque de moyens, et surtout de la mise en relation avec un professionnel étranger dont elles ne comprennent pas la langue¹³ et surtout dont elles ne comprennent pas le mode de fonctionnement (SIVA RAJU, 2005, p.428-431). Elles ont souvent le sentiment que la consultation a été trop courte, que le médecin n'a pas su déceler la gravité de leur état de santé et qu'il n'a pas donné suffisamment de remèdes. Ainsi, dans un souci de guérison et de prévoyance, les habitants envisagent la médecine allopathique selon la quantité et la taille des médicaments donnés par le médecin.

Dans ce contexte, le thérapeute local reste apprécié du fait de son relationnel particulier avec le patient¹⁴. La consultation plus personnalisée procède selon un rituel basé sur une sacralité qui ne se trouve pas dans la médecine allopathique (ASLAN, 1998, p.95). Elle est souvent le premier et l'ultime recours, pour des maux considérés comme complexes, car pas seulement physiques mais aussi psychologiques (BENOIST, 1993, p.179). Dans les régions enclavées, la concurrence ne se fait pas seulement sur l'efficacité du traitement mais sur le fait que souvent les consultations assurées par le médecin allopathique, fonctionnaire de l'Etat, est quasi-gratuite, tout comme les médicaments donnés à cette occasion. Par contre, le thérapeute traditionnel intégré à un système hérité de dons et de contre-dons est dans l'impossibilité de facturer ses services, à des patients majoritairement très pauvres¹⁵. Continuer leur activité thérapeutique de manière traditionnelle signifie rester dans une économie de subsistance. Dans le cadre de la reconnaissance des médecines locales en Inde, le gouvernement a décidé de créer un statut particulier pour ces praticiens comme « Registered Medical Practitioners », à la fois pour pallier au manque de moyen du système allopathique (VAGUET, 2002, p.66), mais aussi pour répondre aux revendications identitaires locales. Ainsi, le Hill District de Leh

¹² Craig R.Janes (1999, p.1803) justifie le choix du terme de « médecine non-occidentale » pour conserver l'idée d'adaptation et de mouvement. Le terme de « médecine traditionnelle » par opposition à « médecine moderne » sous-entend l'absence d'évolution et le terme de médecine indigène ou ethnique crée la limite d'usage de cette médecine à un groupe culturel spécifique. Or l'observation montre que ces médecines sont sensibles aux influences extérieures et que les médecins n'hésitent pas à innover.

¹³ Les hautes vallées possèdent souvent une langue locale différente de la langue nationale. La population du Haut-Atlas parle le tamazight alors que les médecins sont arabophones et francophones, de même les Zaskarpas parlent un dialecte tibétain, le zanskari, alors que les médecins parlent l'ourdou, la langue de l'Etat du Jammu et Cachemire, l'Hindi, la langue nationale ou l'anglais qui reste la langue universitaire et administrative.

¹⁴ Siva Raju (2005, p.431) estime que 75% des ruraux indiens préfèrent la médecine locale à la médecine allopathique.

¹⁵ D'ailleurs certains évitent de mettre en avant leur capacité à soigner auprès d'interlocuteurs étrangers préférant présenter leur statut de notable, propriétaire terrien, parfois propriétaire de gîte ou fonctionnaire. La jeune génération des descendants des saints lhansalens, aujourd'hui détentrice du pouvoir de guérison, préfère mettre en avant l'origine psychologique des pathologies qu'ils peuvent traiter.

a obtenu la création d'une clinique amchie reconnue et financée par l'Etat. Mais, comme le Zanskar dépend du district de Kargil, il n'a pas encore bénéficié d'un tel programme. Ce sont les ONG qui soutiennent les médecins traditionnels. AMZ, Nomad Eracy, et des particuliers participent à la mise en place d'une structure d'école pour les apprentis amchis qui est associée à une clinique où peuvent séjourner des patients et surtout elles achètent sur le marché national les composants nécessaires aux décoctions. D'autres ONG européennes qui sponsorisent des écoles privées comme celles de Stongde, de Pitipitin et de Raru financent les consultations régulières d'un amchi auprès des élèves pour maintenir ce lien traditionnel fort dès le plus jeune âge. Les amchis deviennent des auxiliaires de santé locaux intégrés au système national comme premier échelon de diagnostic. Les ONG insistent d'ailleurs sur leur capacité à reconnaître leurs limites et à orienter le malade qu'ils ne peuvent guérir vers le système allopathique.

La valorisation de la médecine non-occidentale est fortement liée à l'engagement personnel des bénévoles des différentes ONG. Ils sont souvent sensibles aux discours sur les médecines complémentaires qui se développent en Europe et qui acquièrent une légitimité voire une légalité croissante. Ils abordent les thérapeutes avant tout dans leur dimension rationnelle d'herboriste écartant tout élément irrationnel basé sur l'astrologie ou le religieux. La médecine amchie est souvent résumée à l'idée de médecine « naturelle » par les plantes et les minéraux prélevés dans un environnement spécifique, l'Himalaya. Dès lors, le thérapeute local porte en lui la quintessence de la relation équilibrée de l'Homme avec la Nature autour de pratiques culturelles ancestrales spécifiques. D'élément de décor folklorique, il devient un symbole de la protection culturelle de l'environnement.

Certaines ONG, dont Nomad Eracy, veulent dépasser la simple revalorisation de la médecine traditionnelle et entament un projet global qui concerne l'ensemble du territoire source, la montagne himalayenne comme espace de collecte. Pour protéger les amchis, elles veulent préserver la ressource, décrite comme menacée, par deux phénomènes croissants que sont le tourisme, du fait des animaux de bât accusés de manger les plantes sans distinction, et le « pillage » par des herboristes extérieurs pour approvisionner, selon la rumeur, la ville de Dharamsala où réside le dalaï-lama. Dans ce contexte, plutôt que d'organiser la mise en culture des plantes médicinales pour assurer une production croissante, elles désirent nouer un partenariat avec l'administration forestière pour établir une nouvelle législation de protection des espaces de collecte par la reconnaissance des droits des différents villages sur les plantes médicinales poussant sur leurs terres de parcours estivales.

Les amchis sont dès lors intégrés à un projet global de prescription de l'espace himalayen. Ils peuvent être rapprochés des Kallawayas boliviens qui ont été reconnus « patrimoine immatériel » de l'humanité par l'UNESCO. En effet, ces herboristes originaires de la cordillère Apolobamba ont été classés dans cette catégorie du fait de leur cosmovision spécifique associant corps et espaces « naturels » de la cordillère des Andes. Le médecin traditionnel non-allopathique devient un lieu « vivant » de la mémoire menacée de l'humanité et, surtout, dans le contexte actuel de diffusion accélérée de l'idée de développement durable, un modèle de relation équilibrée entre l'Homme et son environnement, source de longévité et de vitalité.

Cette politique semble être la plus respectueuse des traditions, figeant un territoire selon la cosmogonie locale. Elle est d'ailleurs très populaire auprès de la nouvelle génération de l'élite locale considérant le projet comme une reconnaissance de leur identité et un moyen d'obtenir un statut politique spécifique vis-à-vis du pouvoir central. De plus, ce processus renforce la résonance du lieu à l'échelle mondiale et favorise un tourisme multiforme entre aventure, nature, culture et santé. Cependant, il faut se demander si ces acteurs ne construisent pas une hétérotopie dont le cœur serait un paysage sanitaire spécifique. En effet, la haute vallée devient ainsi une utopie réalisée, un espace « autre », dont les règles sont forcément différentes du fait de son mode de gestion unique symbolisé par une médecine locale basée sur des ressources locales, selon une vision du monde locale. Pour certains, la haute vallée doit dès lors être protégée pour préserver la santé et la vitalité de sa population des déviances de la modernité, car elle serait saine par nature et toute intrusion altérerait son état de pureté, menaçant même l'état sanitaire et culturel de sa population, quitte à minorer les conditions de vie extrêmes¹⁶.

Conclusion : mondialisation et cosmopolitisme

A la fin du XX^e siècle, la « découverte » des vallées de haute-montagne par les néo-aventuriers a favorisé la construction, par des micro-ONG, d'un espace transnational reliant espaces enclavés de pays en voie de développement et espaces centraux de pays riches et développés, autour de multiples actions médicales tentant de remédier à la situation de « désert sanitaire ». Cependant, actuellement, le déploiement accéléré des institutions étatiques et l'intégration progressive des montagnes au système national de santé diminuent la portée de ces projets, trop ponctuels pour modifier durablement les conditions sanitaires des populations bénéficiaires. Face aux transformations, parfois rapides et radicales, des hautes-vallées, ces micro-ONG très réactives, car basées sur des liens affectifs, recomposent leur action et assurent la permanence d'un espace transnational comme aire de projet commun entre bénévoles internationaux et populations locales. Matériellement, elles poursuivent une action interstitielle complétant ou renforçant l'action de l'Etat qui considère leur action comme secondaire, voire marginale, tout en étant de plus en plus favorable à leur intégration dans ses programmes. Idéellement, elles sont porteuses de valeurs internationales et permettent aux populations des hautes vallées de se constituer en société civile « moderne », par la multiplication des associations de développement local. Elles favorisent la reconnaissance des spécificités culturelles locales, auxquelles elles donnent une résonance mondiale en valorisant la médecine non-allopathique locale traditionnelle. Elles deviennent les relais d'une nouvelle élite autochtone associative, parfois balbutiante mais consciente de sa capacité à participer de la mondialisation en devenant un élément de ce qu'Ulrich Beck désigne comme le cosmopolitisme. De ce fait, le système de sanitaire se complexifie avec de multiples acteurs (population locale, Etat, ONG) intervenant à différentes échelles (locale, nationale, mondiale). Le patient, trop longtemps délaissé, bénéficie ainsi d'un encadrement

¹⁶ Helena Norbert-Hodge (2002, pp. 79-84) évite toute référence à la surmortalité infantile et maternelle pour ne pas entacher l'image d'un espace pur et sain que serait l'Himalaya bouddhiste.

sanitaire croissant, et parfois, d'une possibilité de choix lui permettant de revendiquer un droit à la santé.

BIBLIOGRAPHIE :

- ASLAN M., 1998, Pouvoir guérir, pouvoir social et prestige religieux : autour du cheikh kurde, thèse d'anthropologie, Université d'Aix-Marseille III, 316 p.
- BECK U., 2003, *Pouvoir et contre pouvoir à l'heure de la mondialisation*, Paris, Flammarion, 599 p.
- BENOIST J., 1993, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 286 p.
- BIBERSON P., 2000, « Le désert sanitaire », in R. Brauman, *Utopies Sanitaires*, Paris, Fayard, p.79-102
- CRAIG R. JANES, 1999, « The Health transition, global modernity and the crisis of traditional medicine : the tibetan case », *Social Science and Medecine*, 48, p.1803-1820
- CROCHET S., 2000, « Cet obscur objet du désir : la participation communautaire », in R. Brauman, *Utopies Sanitaires*, Paris, Fayard, p.47-77
- DEBRIE J., STECK B., 2001, « L'enclavement : réévaluation théorique et application à l'espace de l'Afrique de l'Ouest », *L'espace géographique*, n°1, pp.26-36
- DEBOOS S., 2007, *Etre musulman au Zanskar*, thèse d'anthropologie, EHESS, Paris, 310 p.
- EQUIPE MIT, 2002, *Tourisme 1 : Lieux communs*, Paris, Belin, 320 p.
- FASSIN D., 2001, « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », in Hours B., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p.25-41
- FOUCAULT M., 2001, « Des espaces autres », in *Dits et Ecrits II (1976-1988)*, Paris, Gallimard, p.1571-1581
- GOEURY D., 2006, *Enclavement et espaces du mérite*, mémoire de Master II, Université Paul Valéry, Montpellier, 177 p.
- KASRIEL M., 1989, *Libres femmes du Haut-Atlas ? Dynamique d'une micro-société au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 254 p.
- LE BRETON D., 2000, *Passions du risque*, Paris, Editions Métailié, 190 p.
- NAYAK A. N. et BABU B. V., 2003, « Tribal health problems : an anthropological appraisal », *Man in India*, vol.83, n°3 et 4, p.301-314
- NORBERT-HODGE H., 2002, *Quand le développement crée la pauvreté, l'exemple du Ladakh*, Paris, Fayard, 280 p.
- PEISSEL M., 1979, *Zanskar, royaume oublié aux confins du Tibet*, Paris, Robert Laffont, 254 p.
- SIVA RAJU S., 2005, « Variations in the utilization of reproductive health services and its determinants : an empirical study in India », in S. Lerner et E. Valquin (dir), *Reproductive health unmet needs and poverty: issues of access and quality of services*, Paris: CICRED, p.425-445
- VAGUET A., 2002, « Les systèmes de santé face aux tours et détours de la mondialisation », in F. Landy et B. Chauduri (dir.), *De la mondialisation au développement local en Inde, questions d'échelle*, Paris : CNRS éd., p.66-78
- YALA A., 2005, *Volontaire en ONG : l'aventure ambigüe*, Paris, Charles Léopold Mayer, 238 p.