



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES

AUTOMNE 2014

**Volontaires kirghiz dans un projet de la Croix-Rouge
suisse et de la DDC : des logiques internationales aux
pratiques locales**

**Mémoire de Master en Sciences Sociales
Orientation : Santé, Médecines, Sciences**

Présenté par : Alexandre Savioz
Directeur : Ilario Rossi
Experte : Marie-Laure Schick

Comme l'indique Benjamin Paul, « Si l'on veut aider une communauté à améliorer sa santé, il faut apprendre à penser comme les personnes qui composent cette communauté »

Good, 1998 : p. 73

I. RÉSUMÉ

Ce travail de mémoire se base sur une étude ethnographique réalisée dans le contexte de l'actuelle République kirghize. Dans le cadre de cette enquête, je me suis intéressé au fonctionnement et aux effets d'un projet de développement de la santé initié par la Direction du développement et de la coopération helvétique, et piloté par la Croix-Rouge suisse depuis le début des années 2000. Le projet en question, qui se concentre essentiellement dans les zones rurales de la République kirghize, oeuvre pour une amélioration générale de la santé des populations villageoises par le biais d'une promotion efficace et adaptée de principes sanitaires. Il s'appuie, entre autres, sur la participation communautaire des populations locales. Ce concept fréquemment utilisé dans les milieux du développement désigne, dans ce cas précis, des comités de santé formés de nombreux bénévoles locaux oeuvrant pour la progression du projet dans leur propre village. En me focalisant plus particulièrement sur les agents de santé de plusieurs communautés villageoises, je me suis intéressé à leur conception du projet, à leur implication en tant qu'acteurs bénévoles, à leur vision du volontariat et aux raisons qui les ont amenés à se mobiliser. J'ai également tenté de comprendre quels ont été les conséquences et les changements induits par l'instauration d'un tel projet à l'échelle du village. Car, fait prévisible, l'attribution de compétences particulières et de responsabilités spécifiques à un groupe d'habitants modifie implicitement les rapports sociaux entre villageois. Une des ambitions de ce travail réside justement dans la compréhension et l'analyse des enjeux qui englobent ces changements sociaux. À un autre niveau d'observation, il a été possible de remarquer que le projet a également conduit à des mutations de la vision personnelle des acteurs engagés dans le programme. Ainsi, à travers les perspectives émiques de mes interlocuteurs, ce travail entend appréhender les diverses conceptions des médecines, des soins et des acteurs de santé. En me basant sur les propos des bénévoles du projet et en les confrontant à ceux des villageois non bénévoles, il a été intéressant de relever les nombreuses divergences d'opinions liées à cette situation particulière, à travers des discours tiraillés entre des préceptes de médecine internationale et des enjeux locaux et régionaux. Si ce travail correspond à une monographie localisée qui se penche sur la rencontre de différentes idéologies, il tend également à une réflexion plus globale sur le développement, sur les outils utilisés dans la mise en oeuvre d'un tel programme, sur les différentes approches qui existent dans ce domaine et sur les difficultés qui peuvent être rencontrées. Il englobe également plusieurs réflexions sur les diverses disciplines qui abordent cette thématique. Enfin, ce travail de mémoire représente le fruit d'une évolution personnelle, autant dans mon approche théorique et pratique que dans mon rapport à mon lieu d'enquête ainsi qu'à l'altérité de manière générale, depuis mes premiers contacts avec cette région en 2009.

II. REMERCIEMENTS

Avant de commencer ce travail, je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont aidé, soutenu et encouragé dans la réalisation de cette première recherche, que ce soit par leurs connaissances, leurs conseils, leur soutien amical, par leur générosité ou simplement par leur présence.

Je tiens tout d'abord à saluer tout spécialement Aigul Dzhailobaeva Savioz, ma compagne, sans qui mon expérience de terrain aurait été beaucoup plus difficile qu'elle ne l'a été, ainsi que pour son soutien moral tout au long de ce travail, mais pas seulement.

Parmi ceux qui sont en Suisse, je tiens particulièrement à remercier mon directeur, Ilario Rossi, qui m'a guidé et conseillé tout au long de cette recherche, ainsi que Marie-Laure Schick pour ses encouragements. J'associe également à mes remerciements Irène Maffi, Michaël Cordey, Julie Pluie, Michaël Busset, Jérémie Voirol et Marco Motta à l'Université de Lausanne, pour leurs conseils méthodologiques et pratiques, ainsi que les membres de la Croix-Rouge suisse à Berne, en particulier Madame Ursula Schmidt, pour les contacts sur le terrain. Je tiens enfin à exprimer ma reconnaissance à mes parents Max et Raymonde pour leur soutien et la relecture du travail, mes frères Jeremy et Pierre, ma grand-mère Ludivine, mon parrain Olivier, Dr Jean-Pierre Métral ainsi que tous mes amis pour leurs encouragements.

En République kirghize, mes beaux-parents Atantai et Nafira à Talas, mon beau-frère Urmat, mes belles-soeurs Khanzada et Elnura ont tout fait pour faciliter mes démarches. Les chercheurs, Amantour Japarov, le bureau de l'IFEAC à Bishkek et particulièrement Olivier Ferrando m'ont été d'une aide précieuse sur le plan des références et des contacts. Je remercie les délégués de la Croix-Rouge suisse sur place, et spécialement Tobias Schueth ainsi que le directeur de la Coopération suisse en République kirghize, Remy Duiven, pour m'avoir accordé du temps et pour m'avoir orienté dans ce travail. Dans mes remerciements, je n'oublie pas les villageois de Kayndy et de Djailiran, ainsi que tous les membres des comités de santé visités dans les districts d'Alamedin, de Sokoluk et de Manas, sans qui mon travail n'aurait pas pu voir le jour. Un grand merci aux membres des deux équipes médicales que j'ai pu suivre à travers mes pérégrinations. J'associe à mes remerciements, Samuel, Yann, Arlan, Ahmad, Nargiza, Gul'eje, Cholpon, Kenneshbek Baïke, Aibek, Aidai, Salma'eje et sa famille, Niazbek et Janyrbek pour leurs encouragements et leur soutien.

III. AVANT-PROPOS

Quand l'avion se posa habilement sur le tarmac de *Manas Airport*, l'aéroport international de la République kirghize ce jour de printemps 2009, je débarquais pour la première fois dans cette région du monde, l'Asie centrale. Méconnue par mon entourage et mes proches, il leur était difficilement compréhensible de saisir les raisons qui m'y avaient réellement entraîné. Les heures passées dans la Médiathèque municipale de Sion pendant deux années, à fouiller des atlas, à scruter des reportages photos, à bouquiner des ouvrages, dont ceux d'Ella Maillard et d'autres qui mentionnaient l'étendue des steppes, les hauts plateaux, la vie des nomades, les chamans, les guérisseurs et les épopées héroïques, ont sans doute été à l'origine de mon intérêt pour cette région, et plus précisément pour la République kirghize. J'arrivai donc un beau jour de printemps dans ce pays comme un touriste-baroudeur, pressé par l'aventure tout en ayant naïvement omis une centaine d'années d'histoire de la région. En effet, les conséquences de l'héritage soviétique ainsi que la situation géopolitique dans laquelle se trouvait la région avaient modelé les mentalités et le mode de vie de tous les habitants du pays.

Ce voyage de plusieurs mois amena des bouleversements relativement importants à mon itinéraire académique et personnel. Si je parle de changements, je dois préciser que ce séjour ainsi que plusieurs autres qui lui ont succédé, m'ont lié à une femme kirghize qui est devenue aujourd'hui mon épouse et qui vit en Suisse avec moi. C'est également ce voyage et la volonté de celle qui est devenue ma compagne de me montrer, loin de tout cliché touristique, les différentes facettes de ce pays qui a déclenché en moi une fascination pour la République kirghize. Ce voyage a également constitué tout un cheminement réflexif sur moi-même, sur mon activité, sur mes voyages, sur mes conceptions et mes relations à l'altérité, sur mon statut de touriste ainsi que sur le tourisme de manière générale. Mes études académiques m'ont permis d'approfondir ces réflexions et l'anthropologie a joué un rôle essentiel dans ce processus. Après avoir réalisé de multiples séjours dans ce pays, je me suis rendu en 2014 une nouvelle fois en République kirghize pour une période de quatre mois, afin de réaliser un travail ethnographique en vue de mon mémoire de Master.

Il convient alors d'admettre le fait que les intérêts d'un chercheur pour une thématique ou un sujet relèvent souvent de la pure subjectivité et représentent fréquemment le fruit d'une passion particulière. À travers le présent travail, j'ai eu l'occasion de pouvoir lier plusieurs éléments qui me tiennent à coeur depuis de nombreuses années. Ma première chance fut de pouvoir réaliser une étude ethnographique en République kirghize, en raison des affinités et des liens qui m'attachent à

ce pays. Les avantages de connaître les différentes régions de ce pays m'ont aidé dans le choix des sites sur lesquels allaient porter mes investigations. Ma connaissance, bien qu'imparfaite des langues parlées dans ce pays m'ont permis de communiquer aisément avec les acteurs locaux et de réaliser moi-même des entretiens. En plus de l'occasion de parfaire mon niveau linguistique, ce fut également l'occasion d'approfondir encore mes connaissances générales sur des problématiques actuelles de la région et de considérer mon rapport à elle d'une manière différente. Ma seconde chance est liée à la thématique étudiée. La santé et la médecine de manière générale et plus particulièrement les pratiques médicales dites « alternatives », ont toujours constitué pour moi des pôles d'intérêts forts. Ces thématiques ont été abordées dans mes travaux de recherche. Je vais les traiter de manière périphérique à la thématique centrale, liée aux problématiques de santé internationales.

IV. INDEX DES ABRÉVIATIONS

AID	: Association Internationale de Développement
AMADES	: Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé
APAD	: Association euro-africaine pour l'anthropologie du Changement Social et du Développement
ASDI	: Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement
AVHCK	: The Association of Village Health Committees of Kyrgyzstan
BIRD	: Banque Internationale pour la reconstruction et le développement
CAH	: Community Action for Health
CCB	: Community Capacity Building
CEI	: Communauté d'États indépendants
CICR	: Comité international de la Croix-Rouge
CIRDI	: Centre International pour le Règlement des Différends Relatifs aux Investissements
CRS	: Croix-Rouge Suisse
CSV	: Comité de Santé des Villages
DDC	: Département du Développement et de la Coopération suisse
DFID	: Department For International Development
FAP	: Feldsher Accoucher Points
FGP	: Family Group Practices
FMC	: Family Medicine Centre
FMI	: Fonds Monétaire International
HP	: Health Promotion
HPU	: Health Promotion Units
IFC	: Société Financière Internationale
IFEAC	: Institut Français d'Étude sur l'Asie Centrale

IRI	: International Republican Institute
KSHRSP	: Kyrgyz-Swiss Health Reform Support Project
KYSS-HP	: Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project
LED	: Service Lechtensteinois de Développement
LSCR	: Ligue des sociétés de la Croix-Rouge
MARP	: Méthode Accélérée de Recherche Participative
MARPP	: Méthodes Actives de Recherche et de Planification Participative
MIGA	: Agence Multilatérale de Garantie des Investissements
MoH	: Ministry of Health
MSF	: Médecins sans frontière
NDI	: National Democratic Institute
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économiques
OCHP	: Oblast Centre for Health Promotion
OFMC	: Oblast Family Medicine Centre
OFS	: Open Society Foundations
OH	: Organisation d'hygiène
OHC	: Oblast Health Committee
OIHP	: Office International d'Hygiène Publique de Paris
OMC	: Organisation Mondiale du Commerce
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales
ONU	: Organisation des Nations Unies
OPS	: Organisation panaméricaine de la santé
ORSTOM	: Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer

OSI	: Organisations de solidarité internationale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PLA	: Participatory Learning and Action
PMA	: Pays les moins avancés
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRA	: Participatory Rural Appraisal
PRSP	: Poverty Reduction Strategy Paper
RCHP	: Republican Centre for Health Promotion
RHC	: Rayon Health Committees
RRA	: Rapid Rural Appraisal
SECO	: Swiss State Secretariat for Economic Affairs, Ministry of Economy
SIDA	: Swedish International Development Cooperation Agency
SSP	: Soins de santé primaires
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'enfance
URSS	: Union des Républiques Socialistes Soviétiques
USAID	: Agence gouvernementale d'aide des États-Unis
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	: Village Health Committees
WHO	: World Health Organization
YeEK	: L'Union douanière Russie-Biélorussie-Kazakhstan

V. PRÉCISIONS PRÉLIMINAIRES

En préambule, je désire apporter quelques éclairages sur différents termes que j'utiliserai tout au long de ce travail, qui de prime abord semblent évidents, mais qui en réalité soulèvent un certain nombre d'incompréhensions et de confusions.

- La terminologie d'« Asie centrale » mérite des précisions. À travers les différentes lectures effectuées au sujet de cette région, j'ai pu constater de nombreuses ambiguïtés quant à la portée exacte de ce terme, et au territoire auquel il correspond. En effet, que représente-t-elle ? Où commence-t-elle ? Où s'arrête-t-elle ?

Il est tout d'abord intéressant de constater que le terme d'« Asie centrale » ne désigne pas un territoire physique précis comme c'est le cas pour l'Europe ou pour l'Amérique du Sud par exemple (Fourniau, 2006). Il ne désigne pas non plus un espace politique, ni un ensemble administratif, ni un groupe ethnique, pas moins encore un territoire linguistique. De plus, cette expression désigne des lieux variables en fonction de la langue dans laquelle elle est utilisée.

Par exemple dans le monde francophone, le terme « Asie centrale » correspond aux cinq Républiques centrasiatiques, anciennes colonies de l'URSS, c'est-à-dire le Kazakhstan, la République kirghize, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan, plus encore parfois une partie du Xinjiang chinois. Dans l'univers anglophone, la notion « Central Asia » inclut en plus des pays cités précédemment, la Mongolie, le Tibet, l'Afghanistan, le Pakistan, une partie de l'Inde et certaines régions du Caucase (Fourniau 2006). Si l'on se réfère à présent à la cartographie russe de cette aire géographique, la République kirghize, le Tadjikistan, l'Ouzbékistan, le Turkménistan, mais en excluant le Kazakhstan, correspondaient à l'« Asie moyenne » (Srednaya Aziya) jusqu'en 1991. Les présidents des cinq Républiques ci-dessus ont finalement décidé arbitrairement et sans l'avis d'aucuns, de rebaptiser leur région « Asie centrale » (Central'naya Aziya) en 1993 (Sinor, 2003). Cette région était auparavant également désignée sous le nom de « Turkestan russe » durant l'ère soviétique.

S'il est possible, de prime abord, de penser que ces détails n'ont que peu de portée, c'est oublier l'importance qu'a prise, notamment depuis le 11 septembre 2001 et les attentats contre les États-Unis, cette région de l'« Asie centrale ». Un constat s'impose alors : un flou certain embrume cette terminologie et la rend imprécise et confuse. Pour cette raison, je précise d'emblée que lorsque j'utiliserai ce terme dans les pages qui suivent, il désignera

précisément, par une décision personnelle et arbitraire, strictement les cinq républiques suivantes : le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Turkménistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan¹. Je justifie ce choix par le fait que ces pays ont tous connu la vie sous le régime soviétique et ont recouvré, à quelques mois près, leur indépendance.

- Le pays dans lequel j'ai mené mes recherches mérite aussi des précisions. Dans les atlas et les encyclopédies francophones, il est possible de lire des noms différents qui désignent ce pays : Kirghizistan, Kirghizstan, Kirghizie ou République kirghize. Dans la langue kirghize, il existe également deux formes différentes : *Kyrgysstan* (Кыргызстан) et *Kirgiz Respublikasi* (Кыргыз Республикасы), comme dans la langue russe : *Kyrgyzstan* (Кыргызстан) et *Kyrgyzskaya Respublika* (Кыргызская Республика). La raison pour laquelle je m'arrête sur ce détail réside dans le fait que de multiples amis kirghizes, ainsi que certains de mes interlocuteurs, ont à plusieurs reprises relevé cet état de fait. Selon certains d'entre eux, il serait judicieux d'enlever le suffixe « *-stan* », qui signifie « lieu » en langue persane. Celui-ci n'apporterait selon eux, que méfiance et craintes aux oreilles des étrangers. Cette même position s'est également discutée dernièrement dans le pays voisin du Nord, le Kazakhstan. En effet, le président Nazarbaïev a présenté ces mêmes arguments durant le mois de février 2014, en faveur d'un changement du nom de son pays. Selon lui, la modification du nom officiel du pays lui garantirait la prospérité économique et touristique. En République kirghize, l'évocation d'un éventuel changement n'avait jamais été sérieusement abordée dans les hautes sphères du pouvoir avant la mi-septembre 2014, date à laquelle un article paraissant sur le site www.rferl.org² relatait que le parti politique *Ar-Namys* suggérait la suppression du suffixe « *-stan* ». La raison qui a amené ce parti politique à émettre cette idée, réside dans le fait que le suffixe en question prendrait ses racines dans la culture persane, et aurait été imposé par les Soviétiques. Ces acteurs politiques revendiquent ainsi l'appellation suivante « *Kyrgyz El Republic* », qui correspondrait à son origine turque, par le mot « *El* », qui signifie « nation ». Un référendum est prévu pour l'automne 2015, afin de décider du nom que prendra ce pays. Selon le média, cette raison n'expliquerait pas à elle seule la volonté de transformer le nom de ce pays. En effet, Felix Kulov, ancien premier ministre kirghize et leader actuel du parti *Ar-Namys*, avait déjà soumis cette idée, sans succès, avec des ambitions proches de celles du président kazakh présentées ci-dessus. Malgré ces discussions en cours, le choix d'utiliser dans ce travail seul

¹ Une carte géographique se trouve en annexe : Annexe 1.

² Radio Free Europe/Radio Liberty (RFE/RL) est une agence de communication directement financée par le Congrès américain, présente dans de nombreux pays d'Europe et du Moyen-Orient, et de l'ex-URSS, dont la République kirghize.

le nom officiel de « République kirghize » a été motivé par respect envers la volonté de mes proches et de mes interlocuteurs qui me demandaient d'éviter le « *-stan* »³. Enfin, je terminerai ce point par une note plus drôle, en précisant que le nom de « Kyrzakhstan », utilisé par le Secrétaire d'État américain John Kerry, ne correspond qu'à un lapsus de langage.

- Il n'est pas inutile enfin d'évoquer l'évolution de l'ethnonyme « Kirghiz » dans la littérature scientifique russe et occidentale de ces dernières décennies. Si au 19^e siècle, le terme de « Kirghiz » désignait les Kazakhs actuels, les « Kirghiz » actuels étaient appelés les « Kara-Kirghiz », ce qui signifie, les « Kirghiz noirs ». Au début de l'ère soviétique, Kirghiz et Kazakhs actuels étaient conjointement appelés les « Kazakhs ». Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1930 que les Soviétiques ont décidé d'utiliser les terminologies en vigueur actuellement (Gaüzere, 2006).

³ Les citations ne sont évidemment pas concernées par cette remarque.

Table des matières

<i>I. RÉSUMÉ</i>	5
<i>II. REMERCIEMENTS</i>	6
<i>III. AVANT-PROPOS</i>	7
<i>IV. INDEX DES ABRÉVIATIONS</i>	9
<i>V. PRÉCISIONS PRÉLIMINAIRES</i>	13
1. La République kirghize à l'épreuve de la santé globale	18
2. Une thématique à perspectives plurielles	24
2.1 Le développement comme objet d'étude.....	24
2.2 Dans les méandres de la Global Health.....	32
2.3 La perspective anthropologique et le domaine médical	39
3. La République kirghize: pays en transition	45
4. Le projet : Community Action for Health Project in Kyrgyz Republic (CAH) - Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project (KYSS-HP)	63
5. Méthodologie	77
5.1 La perspective qualitative.....	77
5.2 Anthropologie réflexive	84
5.3 Un pied dans l'anthropologie visuelle	90
6. Précisions ethnographiques	95
7. Analyses sociales autour des bénévoles des comités de santé des villages	106
7.1 Profil général des bénévoles.....	106
7.2 Perception interne et externe du CSV	110
7.3 Le bénévolat : entre idéologie et pratique.....	114
7.4 Le cabinet : un lieu de reconnaissance sociale.....	121
7.5 La rivalité entre villages comme facteur dynamique	123
7.6 Étude de cas : deux villages, deux manières de s'approprier le projet.....	126
8. Perceptions plurielles des médecines et des acteurs locaux de la santé	135
8.1 Une thématique sous tension.....	135
8.2 Les bénévoles, la médecine et les guérisseurs.....	138
8.3 Les villageois, la médecine et les guérisseurs.....	146
8.4 Situation socioculturelle du domaine spirituel et médical	153
8.5 Pluralité d'acteurs en présence dans la vallée de Tchuy.....	160

<i>CONCLUSIONS</i>	171
<i>GLOSSAIRE</i>	181
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	184
<i>ANNEXES</i>	197
Annexe 1 : Carte de l'Asie centrale	197
Annexe 2 : Carte de la République kirghize.....	198
Annexe 3 : Emplacement des CSV dans le pays	199
Annexe 4 : Présence du projet.....	200
Annexe 5 : Aide suisse en République kirghize.....	200
Annexe 6 : Schéma organisationnel du projet.....	201
Annexe 7 : L'oblast de Tchuy (en rouge).....	202
Annexe 8 : Carte rayons.....	203

1. La République kirghize à l'épreuve de la santé globale

La santé est la première richesse.

Proverbe kirghiz

Le concept de « santé » a investi l'ensemble de la planète depuis plusieurs décennies et constitue depuis, un projet à l'échelle globale. En 1978 se déroulait la Conférence internationale d'Alma Ata au Kazakhstan, promouvant l'accès aux soins de santé primaire dans le monde. Quelques années plus tard, le slogan : « *La santé pour tous d'ici l'an 2000* » adopté par l'OMS, est devenu une stratégie centrale après la Charte d'Ottawa de 1986, axée sur la promotion de la santé. Plus tard encore, trois des huit points des Objectifs du Millénaire pour le développement concernaient directement des aspects liés à la santé. Ces démarches internationales s'inscrivaient alors dans un contexte de globalisation, où la santé et l'accès aux soins étaient devenus des droits planétaires et les piliers centraux des programmes de développement. Dans cette mouvance, de nombreuses organisations internationales ainsi que de multiples ONG occidentales et locales se sont créées et répandues dans les pays du Sud⁴ pour aider et accompagner les réformes des milieux médicaux locaux. En effet, une multitude de projets ont vu le jour dans les pays qui se trouvent dans des situations socio-économiques jugées « dans le besoin ». Altruisme ou stratégie, ces démarches répondant à des élans de natures diverses et variées, ont été analysées de manière différente selon les auteurs et les courants auxquels ils appartiennent. Les conceptions de la santé, de la maladie, des soins ainsi que des pratiques médicales résultent très souvent des normes et des standards propres aux pays du Nord, et plus particulièrement provenant de l'OMS : « L'émergence de la « santé unique » comme modèle global repose sur un corpus de représentations ou de conceptions occidentales développées au 20^e siècle à partir des progrès de la médecine, puis des sciences de la vie » (Hours, 2005 : p. 3). Ainsi, selon la vision critique de Hours, ce type d'actions sous-tend une forme d'imposition de normes, de valeurs et de principes occidentaux concernant le domaine de la santé à des systèmes médicaux fondés sur des référentiels différents. Plus encore, les organisations humanitaires très souvent financées par la Banque Mondiale et le FMI dissimuleraient parfois des intérêts politiques, économiques, voire géostratégiques. Ceci est notamment visible « dans l'espace géopolitique postsoviétique (où les ONG) sont les acteurs d'une sorte de poursuite de la guerre froide, dont les révolutions ou les pseudo-révolutions en Ukraine, Géorgie, Kirghizstan sont le

⁴« *Le Nord fonctionne comme métonymie des pays riches et le Sud, des pays pauvres, quelle que soit leur localisation respective* ». (ROUX Sébastien, « Les économies de la prostitution. Sociologie critique du tourisme sexuel en Thaïlande », p. 262)

théâtre et l'illustration » (Hours, 2010 : p. 190). Après la chute de l'URSS, de nombreux acteurs occidentaux du développement se sont en effet rendus massivement dans les différentes régions indépendantes de l'ex-territoire soviétique pour tenter notamment d'influencer les politiques locales. Parallèlement à cela, de nombreuses organisations internationales liées aux domaines de la santé se sont également mobilisées pour apporter un soutien dans le domaine médical. Cette démarche a été particulièrement forte dans le contexte de l'Asie centrale.

La République kirghize fait partie des cinq Républiques centrasiatiques avec l'Ouzbékistan, le Turkménistan, le Tadjikistan et le Kazakhstan. Le mode de vie des populations locales, colonisées lors du 19^e siècle, s'est radicalement modifié sous l'empire tsariste tout d'abord, puis durant l'ère soviétique à travers la cohabitation avec des millions de Russes pendant plus d'un siècle et demi. Ces différents pays ont recouvré l'indépendance à la chute de l'URSS en 1991. Cette transition a bouleversé une nouvelle fois la vie de ces nations. Si chacune d'entre elles a vécu et réagi à cette évolution à sa manière, le choc fut brutal pour tous, du fait d'être passé de la deuxième puissance mondiale à un pays du « tiers-monde » (Atlani-Duault, Lautier, 2008). Dans le cas de la République kirghize, la population n'a pas vécu cet évènement comme une libération, mais comme une forme d'abandon de la part de l'URSS. En effet, les conséquences de cette indépendance forcée ont été significatives dans tous les domaines de la société, notamment dans les milieux politiques, économiques, médicaux, religieux et sociaux, et ont également conduit à une redéfinition de l'identité nationale. Plongé dans une situation difficile, le peuple kirghiz s'est alors rapidement tourné vers un Ouest fortement diabolisé par le système soviétique jusqu'alors. Dès cette ouverture à l'Occident, la République kirghize a connu une affluence d'ONG, d'organisations internationales et d'agences de coopération qui sont venues accompagner les réformes politiques, économiques, sanitaires et médicales du pays (Petric, 2013).

C'est notamment le cas de la Croix Rouge Suisse (CRS) qui, en partenariat avec la Direction du développement et de la Coopération Suisse (DDC) et avec l'aide du système de santé gouvernemental du pays, a développé différents projets à travers toute la République kirghize dès 1999. Depuis l'indépendance, le système de santé kirghiz avait connu de nombreuses difficultés observables à travers le difficile maintien des infrastructures (Schueth, 2011), l'exil du personnel qualifié vers la Russie et le Kazakhstan (Atlani-Duault, 2005), la réapparition de maladies autrefois maîtrisées (Gäüzere, 2006), la forte augmentation du taux de contamination par le VIH (Atlani-Duault, 2005), en raison principalement du coût trop élevé des soins pour la population (Poujol, 2006). Dans ce contexte de détérioration du système de santé, un projet communautaire soutenu par

la DDC et dont l'opérationnalité est assurée par la CRS a donc vu le jour en 2001. Cette démarche vise à l'amélioration générale de la santé locale par l'instauration de principes qui s'inscrivent directement dans les grandes lignes des recommandations émises par l'OMS, à travers les différentes conférences internationales de ces dernières décennies. Ce programme consiste notamment, en la formation de bénévoles locaux dans le domaine médical, dans un but de prévention et de promotion de la santé dans les zones rurales. Ont parallèlement été créés dans les villages, des « comités de santé » (Village Health Committees – VHCs), où les membres désignés discutent et décident des mesures concrètes à prendre pour leur propre communauté. En décembre 2010, le projet dénombrait pas moins de « 50'000 bénévoles » (www.redcross.ch) et de « 1'400 VHCs in Kyrgyzstan, covering around 70% of all villages and approximately 2.5 million people. » (Schueth, 2011 : p. 20). Ces chiffres rendent compte du succès qu'a obtenu le projet mis en place en moins d'une dizaine d'années et de l'étendue qu'il a prise au niveau national. Plus précisément, les actions concrètes de ces bénévoles touchent des domaines différents : « Health actions cover a broad range of about 10 topics, such as promotion of iodised salt, control of brucellosis, promotion of good nutrition, hygiene education, curbing alcohol abuse, hypertension control, sexual-reproductive health, and others » (Schueth, 2011 : p. 21). À travers cette liste d'interventions, il est possible de constater les différents domaines d'action des comités dans les villages. Il est également intéressant de souligner le fait que ces personnes se portent volontaires et bénévoles pour un projet de santé communautaire dans un pays où la paupérisation touche de plein fouet les régions rurales et où auparavant, le concept de bénévolat n'existait pas : « In Soviet times, engagement in voluntary work was very unusual » (Schueth, 2011 : p. 47).

Ce projet s'inscrit plus généralement dans un contexte de santé internationale comme je l'ai précisé plus haut. Ainsi, les préceptes médicaux transmis aux bénévoles peuvent parfois s'avérer très différents de leur propre vision et peuvent constituer des chocs frontaux entre des conceptions diverses de la médecine, de la santé, de la maladie et des pratiques de soins. Cependant, les responsables du projet en question affirment être : « Convaincus de la nécessité d'une collaboration étroite avec la population pour parvenir à un résultat durable, les experts suisses en matière de santé ont préféré le dialogue interactif aux solutions toutes faites. Il est en effet capital de laisser les villageois définir leurs propres priorités en matière de politique de santé plutôt que de vouloir leur imposer un concept de promotion de la santé » (<http://www.deza.admin.ch>). Cette revendication présentant le projet sur le site officiel de la Coopération suisse, traduit la volonté de ne pas imposer des normes d'interventions sanitaires et médicales, mais au contraire, d'offrir une marge de manoeuvre aux acteurs locaux. Parrainées par la Coopération suisse ainsi que par d'autres

organisations sur lesquelles je reviendrais par la suite, les actions et activités des bénévoles paraissent être relativement autonomes. Cette approche est d'une importance majeure en vue de la pérennisation de la culture médicale locale. En effet, par cette démarche les acteurs locaux, bien qu'au contact de l'influence occidentale, ne condamnent pas ni ne délaissent les pratiques régionales. De nombreux savoir-faire divers ont d'ailleurs été recensés dans le pays à différentes époques.

En effet, la République kirghize avait connu, jusqu'en 1991, le système de santé soviétique, lequel avait fait ses preuves : « Prior to the breakup of the Soviet Union, Kyrgyzstan relied on a centralized and subsidized health system directed from Moscow », (Hardison and al. 2007 : p. 627). Toutefois, l'indépendance a engendré de nombreuses transformations organisationnelles. Dès lors, « La politique de santé (a été) assurée en grande partie par un tissu d'ONG internationales dans un contexte de déliquescence du service public » (Petric, 2007 : p. 39). Il est cependant possible de remarquer qu'après l'indépendance, comme durant la période soviétique, les pratiques locales n'ont jamais cessé d'exister parallèlement. En effet, d'autres approches médicales issues de différentes traditions ont parfois donné lieu à des syncrétismes. Pratiquant un chamanisme islamisé, le soufisme, des traditions gréco-arabes et d'autres techniques de soin inspirées de la théorie des humeurs d'Hippocrate, de Galien et d'Avicenne (Poujol, 2006), de nombreux acteurs de la santé ont continué d'exercer : « Dans l'Asie centrale indépendante, diverses catégories d'individus peuvent pratiquer des séances thérapeutiques » (Fathi, 2004 : 219). Ces différents intervenants d'horizons divers, usant de pratiques thérapeutiques aux origines diverses fournissent des prestations médicales à la population, notamment « Au Kirghizstan, on consulte le *köz-achik*⁵, devins-guérisseurs, le *moldo* (mollah-guérisseur), qui est censé rétablir l'équilibre physique et psychique de l'individu » (Poujol, 2006 : 371). Ces acteurs de la santé parmi d'autres sont donc consultés pour des pathologies diverses, aussi bien psychiques que physiques, mais également pour des raisons plus spirituelles. Ils rencontrent encore aujourd'hui un vif succès auprès de la population locale : « On ira plus facilement consulter un chaman, un guérisseur, un « mage russe », comme il en a surgi quelques-uns après 1991, ou un soufi, car il ne prend que peu d'argent, en comparaison du coût d'un spécialiste et du traitement qu'il va prescrire, inabordable pour la majorité des gens » (Poujol, 2006 : p. 368). Les raisons du choix d'un itinéraire thérapeutique sont notamment économiques, culturelles ou religieuses.

Dans le présent travail, je vais donc me pencher sur un plan d'action de santé imaginé par la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) et mis en oeuvre par la Croix-Rouge

⁵ Les acteurs locaux de la santé tels que les *köz-achik* ou les *moldos* seront décrits dans le chapitre 8.

suisse (CRS), dans le contexte actuel des zones rurales kirghizes. Comme je l'ai déjà précisé, ce projet recourt, comme de nombreux autres dans le milieu du développement, à la collaboration des populations locales sous le label « participation communautaire ». Je me suis donc intéressé à ces acteurs locaux qui jouent un rôle d'interface entre les prescriptions de santé globale et les populations locales en me penchant sur divers éléments qui les caractérisent, notamment le statut des volontaires, leur rapport au concept de bénévolat, la pluralité des contextes dans lesquels le projet s'est ancré. L'un des objectifs principaux de ce travail a consisté à m'intéresser au climat social apparu dans cette situation de rencontre entre différents modes de pensée, différents modes de vie et de philosophies médicales et sanitaires. En d'autres termes, je vais examiner ce que signifie implanter un projet de développement de la santé dans un contexte où circule une pluralité de normes, de valeurs, de pratiques et de comportements, tout en focalisant mon attention sur la vision de la population locale versus le milieu d'expertise. Il sera intéressant de porter une attention particulière sur la manière avec laquelle les bénévoles se sont approprié le projet et toutes les valeurs qui y sont rattachées et comment ils l'ont implanté dans leur village.

Pour réaliser cette enquête, je me suis proposé de procéder de la manière suivante. Tout d'abord, j'ai découpé cette recherche en deux parties distinctes. La première, du chapitre 2 au chapitre 5, correspond au cadre théorique dans lequel j'expose les différents concepts qui m'ont orienté et guidé dans l'élaboration de mes réflexions ainsi que les trames disciplinaires empruntées, mais aussi le cadre de la recherche et quelques précisions méthodologiques. La deuxième partie, qui aborde des éléments pratiques et analytiques, du chapitre 6 au chapitre 8, concerne plus précisément mon étude ethnographique.

Après une introduction générale proposée dans le chapitre 1, j'aborderai dans le chapitre 2 les différents aspects qui concernent le développement, la santé globale, l'anthropologie et le domaine médical, tout en proposant une réflexion théorique sur différents concepts qui introduisent l'analyse des informations récoltées sur le terrain.

Puis, dans le chapitre 3, après avoir posé les éléments théoriques propres à la réalisation de mon investigation, je propose une présentation générale du contexte dans lequel mon enquête s'est réalisée. Seront alors abordés différents éléments historiques de la République kirghize, mais aussi des informations concernant la situation économique, démographique, politique et géostratégique du pays. Au cours de cette démarche, je développerai plus en détail les éléments en lien avec la médecine, qui constituent la thématique principale de ce travail.

Dans le chapitre 4, j'exposerai le projet de santé en question, son évolution, sa philosophie, ses objectifs ainsi que les acteurs locaux et internationaux. Puis, j'exposerai les questions de recherche

qui ont orienté mes analyses et guidé mon enquête de terrain, et qui correspondent au coeur de la problématique centrale.

Une fois que le cadre sera posé, que l'objet d'étude aura été exposé et que l'orientation de ma recherche sera précisée, j'expliquerai dans le chapitre 5, les postures méthodologiques et épistémologiques endossées pour répondre à mes questionnements.

Puis, j'aborderai concrètement les tenants et les aboutissants de mon analyse des données récoltées lors de mes séjours dans le pays. Dans le chapitre 6, je présenterai brièvement les différents interlocuteurs avec qui j'ai travaillé, mais aussi les lieux précis d'enquêtes⁶. Je profiterai également de présenter quelques éléments complémentaires qui ont attiré au contexte des villages dans lesquels j'ai résidé.

Puis, dans le chapitre 7, divisé en différentes thématiques, je me concentrerai sur des éléments sociaux qui concernent les bénévoles et le projet. J'établirai tout d'abord un profil prototypique du bénévole kirghiz engagé comme volontaire tout en me penchant sur la manière selon laquelle il se perçoit, mais également la manière dont il est perçu par les autres habitants du village. J'analyserai aussi la question du bénévolat et le rapport des volontaires locaux à ce concept importé de toutes pièces. Je porterai ensuite une réflexion sur la représentation sociale de leur lieu de rencontre, le cabinet, dans lequel ils se réunissent et oeuvrent pour le projet de santé. Puis, je me pencherai sur les aspects liés à la rivalité interne au projet, entre les villages et les comités de santé. Enfin, j'exposerai une étude de cas dans laquelle je vais appréhender la situation de deux villages dans une analyse comparative.

Dans le chapitre 8, je me concentrerai plus spécifiquement sur les différentes perceptions des médecines et des acteurs locaux de la santé. Je relaterai tout d'abord les enjeux et les tensions planant sur ce sujet. Puis, j'exposerai la vision générale des bénévoles sur les acteurs en question, tout en m'interrogeant sur la nature de leurs relations, sur leurs discours et leurs pratiques. Je porterai par la suite la même réflexion, mais cette fois sur les villageois. J'exposerai alors les différents groupes stratégiques identifiables, ainsi que les multiples pratiques et croyances répandues dans les zones rurales. Enfin, à travers le discours de mes interlocuteurs, je présenterai les univers spirituels et médicaux dans lesquels ils évoluent et je terminerai par la présentation de la multiplicité d'acteurs présents dans la vallée de Tchuy.

⁶ Pour une question de respect et de discrétion, tous les noms et prénoms des interlocuteurs, ainsi que tous les noms de villages ont été modifiés.

2. Une thématique à perspectives plurielles

Le présent travail s'inscrit dans une perspective disciplinaire multiple. En effet, en m'intéressant au projet de la Croix-Rouge suisse, une agence internationale travaillant sur un projet de développement de la santé, je me situe dans les dédales des études relatives au développement. En m'intéressant aux disciplines qui investiguent ce domaine, je me suis alors trouvé face à de multiples approches du champ du développement et de l'aide humanitaire. Pour cette raison, j'ai décidé d'en présenter quelques-unes brièvement ci-dessous, pour apporter un éclairage sur l'étude de ce domaine, mais aussi pour préciser l'orientation donnée à cette recherche. De même, la thématique centrale de ce travail s'affilie au domaine de la santé internationale et de la *global health*, concepts qui posent un certain nombre d'interrogations importantes à cerner et sur lesquelles je vais également porter une réflexion théorique. Cette partie sera également l'occasion d'aborder des questions relatives à la globalisation de manière générale. Puis, en portant une attention particulière aux descriptions émiques de mes interlocuteurs quant au sujet de leurs pratiques médicales, ainsi qu'en me penchant sur les différents savoir-faire thérapeutiques aux origines variées, et en m'intéressant à ce projet de santé, je me placerai alors plus spécifiquement dans des perspectives relatives à l'anthropologie médicale que je vais également aborder dans cette partie.

Cette démarche ne constitue pas une présentation générale de différents concepts sélectionnés au hasard, mais consiste à expliciter les outils et les approches que j'ai empruntés lors de cette recherche. En effet, tous les développements qui se situent dans cette première partie se retrouvent là par une logique de correspondance avec des éléments qui seront abordés dans la deuxième partie. Je tiens encore à préciser que si ces thématiques vont être traitées de manière séparée les unes des autres, c'est dans l'objectif de mieux les approfondir. Toutefois, il serait également possible de combiner ces différentes thématiques afin de les analyser en une seule approche, comme le proposent certains chercheurs en anthropologie médicale.

2.1 Le développement comme objet d'étude

L'émergence de l'idéologie et du concept de développement apparaît dans le contexte d'après-guerre, et plus précisément à la fin des années 1940, avec le président américain Truman. Les premières mesures, qui consistaient essentiellement à investir dans les industries nationales des pays « à développer », ambitionnaient d'une manière générale à contrecarrer le « sous-

développement » et la misère de certaines régions du monde, qui représentaient une menace pour les pays développés (Hours, 2001). Derrière la conception de cette aide, se laissait alors entrevoir une vision du monde issue d'un héritage colonialiste, où la dichotomie « développés – sous-développés » rappelait la « mission civilisatrice » qui avait justifié les entreprises coloniales. À travers ces programmes qui se sont étalés jusqu'à la fin des années 1970, il importait donc d'apporter des connaissances, des techniques et des moyens des pays développés aux autres pays dans un but d'accélération de la croissance économique, suivant les principes d'un éminent économiste américain, Rostow, qui avait formulé des théories sur les développements dans les années 1960.

Cependant, dans un contexte de guerre froide en trame de fond, l'aide internationale a très vite été orientée par des intérêts géopolitiques et géostratégiques des grandes puissances dans les années Kennedy déjà. Celui-ci avait lui-même baptisé les années 1960 comme celles du développement. Cette décennie allait notamment assister à la création d'USAID, l'agence américaine pour le développement (Kerouedan, 2013b). En effet, le développement est apparu très tôt comme un moyen d'introduire le modèle capitaliste et démocratique à l'échelle planétaire. De même, la Banque mondiale, le FMI, ainsi que d'autres instances financières internationales ont collaboré avec les projets développementistes. Cependant, de nombreuses ONG indépendantes prônant un nouveau rapport au développement sont progressivement apparues sur le devant de la scène internationale dans un contexte de dénonciation d'un impérialisme dissimulé derrière l'altruisme du développement (Selim, Hours, 2010). La décennie des années 1970 a vu apparaître, parallèlement à ces phénomènes, une nouvelle forme d'intervention, qui se définit comme de l'humanitaire d'urgence, à l'image de MSF. Cependant, devant les multiples exemples d'échecs enregistrés au cours de ces décennies dans le domaine du développement, les années 1980 ont été témoins d'une évolution des plans d'action et des orientations thématiques. En effet, l'accent a ensuite été graduellement déplacé d'une part sur la santé, mais surtout sur les différentes formes d'ajustements structurels, qui encourageaient notamment la privatisation de nombreux secteurs auparavant rattachés à l'État dans un but de « stabilisation macroéconomique » (Diaz-Pedregal, Kamelgarn-Cerland, 2013 : p. 2).

Au cours des années 1990, un nouveau contexte international, notamment lié à la chute de l'URSS, a conduit à l'avènement de nouvelles stratégies de développement. En effet, les nouvelles nations, constituées de la décomposition de l'Empire soviétique ont amené les développeurs à tenter d'y instaurer la « bonne gouvernance » en y créant une société civile. Lors de cette décennie,

l'instauration de la démocratie était considérée comme une condition *sine qua non* de la dynamique de développement. Dans les autres régions du globe, les actions entreprises ont pris la forme de luttes contre la pauvreté. La participation de la Banque mondiale et de la Commission européenne qui représentaient de nouveaux acteurs du domaine a également apporté une philosophie nouvelle au phénomène. Ces deux instances ont alors alimenté économiquement les systèmes de santé de nombreuses nations et les financements de la Banque mondiale ont même concurrencé les investissements de l'OMS au cours de cette décennie (Kerouedan, 2013b).

Enfin, les années 2000 ont vu apparaître la déclaration du Millénaire et ses huit Objectifs pour le développement, dont trois concernent directement la santé. Ce programme qui va prendre fin en 2015, annonce déjà des bilans qui semblent mitigés. Cette première décennie du millénaire a aussi été témoin de l'apparition de nombreuses mesures environnementales qui sont venues compléter les thèmes principaux du domaine du développement. Durant cette période (2000-2010), on observe encore la création d'une multitude d'ONG occidentales et locales qui se consacrent à la prise charge de presque tous les aspects de la vie sociale et politique. Ces organisations, appelées aujourd'hui des OSI, sont devenues, pour un grand nombre d'entre elles, des « entreprises privées de moralité globale parce qu'elles invoquent des valeurs universelles » (Selim, Hours, : p. 43), qui peuvent également représenter des forces politiques.

En effet, de nombreuses ONG locales ont constitué des mouvements d'opposition aux régimes en place dans de nombreux pays, mais restent toutefois fortement dépendantes des bailleurs de fonds comme la Banque mondiale ou des agences de l'ONU. Ces contraintes liées à des aspects financiers sont caractéristiques du monde du développement, car de nombreux intérêts stratégiques, politiques ou économiques sont en jeu : « Les agences internationales et bilatérales de coopération internationale jouent un rôle particulier, car elles influencent les politiques et les stratégies de la santé, ou d'autres secteurs, et ce faisant, elles introduisent des valeurs qui leur sont propres, mais que les pays en développement ne peuvent refuser au risque de voir l'aide diminuée ou supprimée » (Fournier, Potvin, 1995 : p. 48). Il est alors intéressant de constater qu'une grande mixité d'acteurs, notamment des organisations étatiques, des ONG ou des instances financières internationales s'est engouffrée dans le domaine du développement et joue aujourd'hui un rôle important dans l'évolution de nombreux programmes. Si plusieurs fondations privées ont joué un rôle de bailleur de fonds depuis les années 1980, à l'image notamment de la Fondation Rockefeller, ou plus récemment de la Fondation Bill et Melissa Gate, on assiste depuis le début du 21^e siècle à un nouveau phénomène qui place le développement plus particulièrement sous la coupe de la finance : « c'est

l'omniprésence du secteur privé industriel et commercial, dont l'industrie pharmaceutique, mais pas seulement, appelée dans un premier temps, à contribuer au financement de politiques publiques » (Kerouedan, 2013 : p. 122). Il est alors possible de remarquer que ce sont finalement des instances financières qui sont essentiellement à la base du dynamisme développemental avec tous les avantages et inconvénients qui s'en suivent, à l'image des intérêts et des enjeux que chaque partie espère obtenir. Il convient enfin de présenter les différentes stratégies architecturales qu'il est possible de rencontrer dans les nombreux programmes de développement. Il existe des projets *top-down*, qui consistent à imposer du haut vers le bas des décisions et des directives d'actions. Ce type d'entreprises est souvent critiqué par le fait que les programmes sont très fréquemment commandités depuis les sièges installés dans les capitales occidentales, sans prise en considération des aléas que peut connaître un projet sur le terrain. Quant aux programmes *bottom-up*, qui consistent à agir du bas vers le haut, ils sont de plus en plus prisés dans le milieu du développement, et comprennent une forte participation des populations locales.

Pour étudier cette thématique, plusieurs disciplines se sont mobilisées, à l'instar de l'anthropologie du développement, qui se présente généralement comme l'héritière des recherches réalisées dans le contexte colonial et postcolonial, surtout présente dans l'univers britannique dans un premier temps. Il est cependant possible de constater que dans le contexte américain, des anthropologues oeuvraient déjà aux côtés des agences internationales de développement dans les années 1940 et 1950 (Vidal, Atlani-Duault, 2009). Quant au monde francophone, l'histoire de la discipline fait remonter ses origines à Georges Balandier, qui fût l'un des pionniers, dans les années 1950, à s'être intéressé à travers ses écrits d'anthropologie politique, aux situations coloniales, aux changements sociaux ainsi qu'à certaines formes de dominations (Dozon, Atlani-Duault, 2011). Ce n'est toutefois qu'à partir des années 1970 que la discipline a obtenu ses lettres de noblesse, en étant d'une part graduellement sollicitée par les développeurs et d'autre part, en investiguant ce champ de manière indépendante.

Ce domaine de recherche couvre une multitude de courants, tantôt antagonistes tantôt analogues. Il est tout d'abord possible de scinder la discipline en deux grands axes, l'un correspondant à une anthropologie « appliquée au développement », l'autre, à une anthropologie fondamentale (Olivier de Sardan, 2001). La première se définit comme un domaine d'étude au service des agences de développement, c'est-à-dire, recherchant une quête d'efficacité quant à l'application et à la mise en oeuvre d'un projet ou d'une politique dans une situation concrète. La seconde, qui relève d'une anthropologie critique et autonome, s'intéresse notamment au contexte dans lequel un projet de

développement s'instaure, aux différents acteurs intervenant dans le projet, ou encore à la relation entre les développeurs et les développés (Atlani-Duault, 2005). Cependant, il est possible, selon Olivier de Sardan, d'affiner l'analyse en distinguant trois approches distinctes sous le label d'anthropologie du développement.

Premièrement, certains auteurs à l'instar d'Arturo Escobar, issus de courants proches du déconstructivisme, fustigent le domaine du développement et l'accusent de reproduire des relations néo-colonialistes. Ces théories critiquent notamment les aspects normatifs des projets, les questions de profits et de pouvoir, les liens entretenus par les développeurs avec le monde économique ou encore l'écart entre l'idéologie théorique et la réalité pratique. En résumé, elles optent pour une position hostile au développement tout en s'attaquant au discours et à la philosophie de celui-ci.

La deuxième approche, est qualifiée par Olivier de Sardan de populiste. Dans cette vision, les connaissances des locaux sont survalorisées, et deviennent même le centre d'intérêt des recherches. Celles-ci impliquent par exemple une forte participation des acteurs indigènes, mobilisés et considérés à travers des techniques méthodologiques de recueil d'informations tels que les PRA⁷, développées notamment par Chambers, et sur lesquelles je reviendrai dans la suite de ce travail.

Enfin, un dernier type d'approche s'applique à analyser l'articulation des phénomènes sociaux dans un contexte de développement, que l'auteur caractérise d'interactionnisme méthodologique. Cette « approche par l'enchevêtrement des logiques sociales » (Olivier de Sardan 2001 : p. 742), en tant qu'anthropologie fondamentale, permettrait de comprendre les combinaisons et les configurations de phénomènes sociaux complexes dans une situation de développement. Cette dernière est présentée à travers la métaphore de « l'arène », concept emprunté à l'anthropologie politique, qui apporte l'idée d'une confrontation sociale et politique de différents acteurs ou groupes, dans un contexte précis (Olivier de Sardan, 2001).

En résumé, le point central des polémiques qui distancie ces approches, concernent plus précisément la nature de l'intervention d'une agence internationale dans un pays du Sud (Vidal, Atlani-Duault, 2009). En effet, l'apport de l'aide à une population occasionne également une rencontre entre notamment des modèles de vie distincts et entre des systèmes de valeurs différents. Cette rencontre véhicule tout un lot de conséquences positives ou néfastes qui sont interprétées de différentes manières par les chercheurs.

⁷ Les PRA (Participatory Rural Appraisal) sont des moyens de recherche utilisés dans le développement rural, basés sur un travail d'équipe dans un but de collecter des informations. Cette méthode a été largement pratiquée dans le projet de la Croix-Rouge en Kirghizie. J'en parlerai plus en détail dans la suite du travail.

Les auteurs sur lesquels je me suis appuyé pour explorer ce champ divergent également quant à leur approche. En effet, Olivier de Sardan est l'un des initiateurs de la socio-anthropologie du développement, qui a émergé en France dans les années 1980, notamment autour de l'ORSTOM et de l'APAD. Quant à Atlani-Duault et Dozon, ils se revendiquent d'une anthropologie de l'aide internationale et humanitaire, qui comprend les aspects coloniaux, développementistes et humanitaires en s'opposant farouchement aux aspects d'utilité et de manipulation de la discipline par les concepteurs de projets de développement. Enfin, Bernard Hours se montre plutôt critique à l'égard des agences internationales de développement et souligne volontiers les abus tirés de ses propres recherches.

Je vais à présent aborder des aspects liés à des projets de développement qui apparaissent souvent dans les programmes des organisations et qui résultent, pour certains d'entre eux, des recommandations formulées par les grandes réunions internationales. Les thématiques qui seront abordées ci-dessous sont directement en lien avec mon expérience de terrain.

Pour débiter, je parlerai tout d'abord du concept de participation communautaire, qui est apparu sur la scène du développement international à la Conférence d'Alma-Ata en 1978, comme un aspect central de la stratégie des soins de santé primaires. Toutefois, son application concrète sur le terrain ne s'est effectuée que quelques années plus tard, durant la décennie des années 1980 (Kaddar, 1995). Ce procédé, qui est devenu aujourd'hui incontournable des programmes de développement, consiste en la participation et à la responsabilisation des populations locales de manière dynamique, en leur octroyant une forme de pouvoir sur les actions et les activités : « Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane ou non d'experts, internes ou externes à la communauté » (Chobeaux, 2004 : p. 48). Dans ce processus, les professionnels du développement et les locaux collaborent, sans relation hiérarchique. Un objectif central de cette démarche, réside dans le fait de travailler sur un pied d'égalité, tout en formant et en informant les populations locales à des méthodologies efficaces qui répondent à leurs besoins dans une optique à long terme (Pissaro, 2004).

La participation communautaire correspond à une approche de la santé par réseaux qui « s'inscrivent dans une démarche de santé publique qui associe les problématiques médicales, sociales, psychologiques et éthiques » (Pissaro, 2004 : p. 49). Ces réseaux illustrent ainsi les nombreux enjeux existants dans une région, et laissent parfois entrevoir certaines tensions présentes. Pissaro différencie plusieurs types de collaboration entre professionnels du

développement et population locale. En fait, il distingue cinq niveaux de participation : 1) une implication théorique des habitants pour qu'un projet puisse obtenir le label de participation communautaire, 2) une participation passive des indigènes, où les projets sont imposés sans négociation possible, 3) un rôle actif de certains locaux qui se voient octroyer des responsabilités, 4) un investissement où la population gère les projets de manière quasiment autonome, 5) et une collaboration négociée entre professionnels et indigènes, qui représenterait le modèle le plus efficace (Pissaro, 2004 : p. 56).

Il reste toutefois délicat de délimiter, du moins dans certains cas, ce que représente précisément une communauté. Il arrive par exemple que cette dernière soit formée par les développeurs eux-mêmes, quand bien même elle ne correspond à aucune réalité objective en dehors d'un projet. Cela ne va pas alors sans poser plusieurs problèmes quant à la cohésion du groupe (Kaddar, 1995). Ce type de dispositif n'est pas resté sans critiques de la part de nombreux chercheurs, notamment dans le domaine des sciences sociales. En effet, une critique générale souligne le manque d'adaptation des programmes s'inscrivant dans la participation communautaire quant au contexte géographique, socio-économique, voir politique. Les principes décrits lors de la conférence d'Alma-Ata seraient très souvent appliqués à la lettre, sans la moindre adaptation à un contexte particulier. Fournier et Potvin, quant à eux, affirment que la participation communautaire a servi à de nombreuses reprises, à justifier les échecs de certains programmes de développement en déresponsabilisant les agences et les organisations, tout en accusant simultanément le manque de rigueur des populations locales.

Les PRA, *Participatory Rural Appraisal*, utilisés dans le projet qui est étudié dans ce travail, entrent de plain-pied dans le domaine de la participation communautaire, décrite ci-dessus. Les PRA sont en quelque sorte, l'évolution des *Rapid Rural Appraisal* (RRA) et l'étape qui précède les *Participatory Learning and Action* (PLA). Leurs équivalents dans la langue française se retrouvent autour des concepts de Méthode Accélérée de Recherche Participative (MARPP) ou de Méthodes Actives de Recherche et de Planification Participative (MARPP). Ces méthodes sont des instruments qui ont été de plus en plus utilisés dans les milieux du développement, surtout à partir des années 1960-1970. Ils ont été notamment promus par Robert Chambers dans les années 1980, lequel insistait sur les capacités des acteurs locaux : « A working hypothesis is that in general rural people in the South have more extensive and detailed mental maps than the urban people in the North who earlier were the main source of insight » (Chambers, 1994 : p. 1255). Chambers avait beaucoup travaillé dans un contexte de développement avec des populations paysannes, il avait alors imaginé la méthodologie participative, qui avait ensuite envahi le milieu du développement.

Ces méthodes permettraient de connaître en quelques sessions, les populations et leurs besoins, à travers une liste de différents processus, à l'image du « diagramme de Venn » ou des focus groups.

Ces pratiques intègrent donc, de manière plus active, les populations locales dans le processus et les activités de développement. Si dans un premier temps ces méthodes étaient une manière de connaître le contexte d'un futur projet, les populations locales se sont vues être de plus en plus impliquées dans des tâches concrètes. Toutefois, certains auteurs, à l'instar de D'Aquilo et Mohammed, soulignent le fait que très souvent, cette participation se limite à une simple validation des propositions des développeurs par les locaux : « La participation est par essence différente de l'autonomie : c'est toujours la formule d'un agent extérieur qui fait participer aux diagnostics et aux politiques de développement les acteurs locaux » (D'Aquilo, Mohammed, 2001 : p. 233). Selon cette vision, les deux parties ne sont pas sur un pied d'égalité. D'un côté, il y a les professionnels qui apportent des connaissances et des savoir-faire, de l'autre, des populations locales qui accueillent à bras ouverts les idées et les innovations. Il y aurait alors un fossé entre les théories vues ci-dessus et les pratiques réelles. Cette démarche entre dans ce qu'Olivier de Sardan qualifiait de « populisme méthodologique ou idéologique », du fait de la focalisation du processus sur la valorisation des capacités d'une population locale. Avec un regard critique, l'anthropologue qualifie alors ces concepts d'« illusoire et naïf, voir démagogique – de promouvoir une recherche sur les paysans qui soit menée par les paysans eux-mêmes » (Olivier de Sardan, 2001 : p. 739). Plus encore, ces techniques ne seraient pas du tout neutres, dans le sens où de nombreux préjugés seraient impliqués dans les phénomènes sociaux, comme une certaine « homogénéité de tous groupes sociaux » (Olivier de Sardan, 2004).

Très souvent imbriqué dans la participation communautaire, le bénévolat ou le volontariat est un concept relativement récent, qui est apparu entre les années 1970 et 1980 (Demoustier, 2002). Il importe tout d'abord de préciser que les termes de « bénévole » ou de « volontaire » peuvent désigner une multitude de pratiques différentes et représentent un concept très large et très vague (Papadaniel, 2010). En effet, il peut aussi bien évoquer un coach d'une équipe sportive régionale, qu'un militant actif pour une cause politique, qu'un retraité qui donne son temps dans une paroisse ou qu'un volontaire qui s'engage dans une mission de coopération (Demoustier, 2002). D'une manière générale, le bénévolat désigne un engagement et un don de temps et de force, à visée non lucrative orientée vers une population ciblée. Il est possible de distinguer le bénévolat formel ou associatif du bénévolat informel. L'un se réalise dans un cadre plus défini ou organisé, alors que l'autre relève plutôt de la spontanéité.

Avec l'avènement de la participation communautaire, de nombreuses agences de développement ou de coopération, d'ONG et autres organisations internationales, ont impliqué des populations locales au sein des projets. Ces individus, essentiellement investis en tant que volontaires ou bénévoles s'engagent de manière active dans une cause qui leur est bénéfique. Ce type d'engagement serait plus fréquent dans les milieux ruraux, où le sentiment de communauté et de solidarité serait plus fort que dans les zones urbaines. Cela s'expliquerait notamment par une moins importante densité de la population (Arveiller, 2006). Toutefois, ce type de bénévolat peut comprendre des engagements intéressés, car « l'engagement bénévole suppose qu'il ne se fasse pas sans une contrepartie » (Papadaniel, 2010 : p. 114). Il arrive par exemple que certains volontaires participent à ce type de réseaux pour des raisons stratégiques, par exemple des avantages, des privilèges ou un statut qui peut être acquis. Enfin, selon une série d'études, très souvent utilisées comme un moyen de motiver les gens, les effets du volontariat seraient bénéfiques pour la santé de manière générale : « Numerous studies reveal protective effects of volunteering on mental and physical health. The strongest evidence for the benefits of time spent volunteering comes from longitudinal research » (Piliavin, Siegl, 2007 : p. 3).

Autre concept, les comités de santé, qui représentent des unités issues de la population locale, formées et renseignées par les agences de développement ou par des ONG. Ils possèdent un rôle particulier dans les lieux d'activités, car ils représentent, en quelque sorte, un lien entre les organisations internationales et la population locale. Selon Fassin, qui a observé des comités de santé dans le contexte sénégalais, « les membres du comité sont autant légitimés par le Projet (qui leur donne une autorité symbolique et matérielle en les présentant officiellement comme seuls partenaires pour représenter les populations et en leur confiant la gestion des postes de soins) qu'ils le légitiment à leur tour (en permettant aux responsables de montrer qu'ils s'expriment au nom des populations et donc d'accroître le poids de leurs interventions) » (Fassin et al., 1986 : p. 219). Ces comités peuvent parfois prendre des aspects politiques au niveau local en tentant de favoriser certaines activités plutôt que d'autres.

2.2 Dans les méandres de la Global Health

L'émergence du concept de *global health* semble être le fruit de circonstances particulières, comme l'importance accrue de la santé dans les programmes de développement ainsi que les risques de pandémies et de maladies infectieuses à l'échelle mondiale, à l'image du VIH (Kerouedan, 2013a). Cette maladie, apparue à la fin des années 1970, a d'ailleurs largement participé à la prise de

conscience générale quant à l'interdépendance sanitaire de la planète. En effet, la communauté internationale s'est dès lors aperçue que les pathologies infectieuses ne connaissaient pas de frontières, qu'elles se répandaient sous forme de pandémies, produisant de grands ravages.

Quant au terme de *global health*, il a été popularisé dès la fin des années 1990, en apparaissant pour la première fois dans le contexte américain, à travers un rapport sanitaire intitulé : « America's Vital Interest in Global Health » produit par l'*Institute of Medicine*. Dans ce document devenu célèbre, ce concept aurait été essentiellement développé par rapport aux craintes des maladies ou des épidémies infectieuses qui pouvaient se répandre à grande vitesse à travers le monde et surtout aux États-Unis, notamment en raison de la circulation accrue des personnes (Kerouedan, 2013a). Ainsi l'idée de la *global health* a retenu alors un « *vital interest* » pour les États-Unis, comme l'indique le titre de l'article.

Si le contexte international est un facteur lié à l'apparition du concept de *global health*, d'autres raisons peuvent également expliquer son émergence (Kerouedan, 2013a). D'un point de vue historique, Carpenter et McLuhan avaient déjà, dans les années 1960, utilisé la métaphore du « village global » pour décrire la situation planétaire transformée par les technologies de communication et d'information. Le concept de *global health* s'inscrirait notamment dans l'héritage de cette vision, mais il serait également le fruit d'un contexte institutionnel, du fait qu'il s'est trouvé en amont de multiples programmes développementistes et d'organisations telles que la Global Health Education Consortium (GHEC). Enfin, des origines académiques sont observables à travers les nombreux instituts et pôles de recherche universitaire liés aux questions relatives à ce concept.

Dans le monde francophone, le concept de *global health* trouve plusieurs traductions possibles, suivant les époques et les utilisateurs. Il est en effet courant de trouver des articles qui explorent cette thématique et qui l'évoquent par différentes appellations : santé internationale, santé globale, santé mondiale ou santé et développement. Il devient alors judicieux d'amener quelques précisions sur l'utilisation de ces termes et sur les enjeux qui leur sont liés dans l'univers francophone. Pendant longtemps, le concept anglo-saxon de *global health* a été compris et traduit dans le monde scientifique francophone par l'expression santé et développement. Cette compréhension du concept ne correspondait pas exactement à ce que les Anglo-saxons désignaient, qui se rapprochait plus de l'expression et du concept de « santé internationale ». Peu à peu, les experts se sont rendus compte de la multifactorialité des questions liées à la santé au niveau local, en fonction du contexte international. De là est alors né le concept de *global health*. En d'autres termes, l'expression « santé internationale » désignait plus précisément les relations bilatérales entre pays, tout en prenant en

compte la lutte contre les maladies, alors que la santé globale concerne la pluralité des liens pour apporter des solutions aux thématiques médicales. Si la tendance actuelle dans la littérature francophone est centrée autour du terme de « santé globale », Kerouedan traduit plutôt ce concept par l'expression « santé mondiale », tout comme la « mondialisation » se traduit par « globalisation » » (Kerouedan, 2013b, p. 114). Il est donc important de comprendre que cette notion de *global health*, suivant sa compréhension dans le monde francophone ou anglo-saxon, varie suivant les auteurs.

La santé globale ou mondiale représente donc l'application de principes de santé publique dans d'autres contextes géographiques. Cette idéologie représentait le fait d'exporter les principes de santé publique sans limites géographiques à travers le monde. Ce concept s'inscrit à la suite de plusieurs phénomènes médicaux et sanitaires, issus de différentes échelles : « Global health is derived from public health and international health, which, in turn, evolved from hygiene and tropical medicine » (Koplan et al., 1999 : p. 1). Alors que la santé publique se concentrait sur des problématiques sanitaires à des échelles nationales, que la santé internationale s'occupait des situations médicales de manière géographiquement isolée, que la médecine tropicale s'appliquait essentiellement dans un contexte du Sud, la santé mondiale ou globale prétend ne pas se borner à une région, mais à l'ensemble des problématiques planétaires : « The global in global health refers to the scope of problems, not their location ». (Koplan et al., 1999 : p. 2). Elle illustrerait alors l'application d'une santé publique à l'échelle de la planète, tout en insistant sur une forme de réciprocité entre les nations et d'une expérience, ainsi que d'un partage de connaissances communes à toute l'humanité (Koplan et al., 1999). De plus, l'utilisation du terme *global health* correspond à une pluralité sémantique : il désigne en effet, aussi bien une idéologie qu'une discipline académique, et comprend sur le terrain, la prévention, les traitements ainsi que les soins. Ce terme pourrait se définir de la manière suivante : « global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide » (Koplan et al., 1999 : p. 2).

Toutefois, l'émergence et la mise en place du concept de *global health* ne se sont pas réalisées sans inquiéter un certain nombre d'auteurs, dont Kerouedan. En effet, selon lui, l'idéologie qui accompagne ce concept risque de concentrer ses efforts sur certaines populations victimes d'une maladie en particulier, au détriment d'autres. Il cite l'exemple des OMD de la santé s'étalant des années 2000 à 2015, qui ont mobilisé une grande part du budget pour la lutte contre le VIH, au détriment d'autres pathologies d'une gravité importante dans d'autres régions (Kerouedan, 2013). En

résumé, les interventions médicales et sanitaires s'inscrivant dans la *global health* répondraient à des enjeux stratégiques : « Le risque est alors de ne s'intéresser aux situations sanitaires particulières des populations pauvres qu'en ce qu'elles pourraient constituer une menace potentielle pour la santé ou l'économie des pays plus riches » (Kerouedan, 2013 : p. 121). Cette argumentation résonne avec les différentes polémiques qui entourent actuellement l'épidémie Ebola.

Depuis son apparition dans les milieux économiques, le concept de globalisation est devenu omniprésent dans le domaine de la recherche, et notamment en sciences sociales. Ce phénomène a été étudié par de nombreux chercheurs à travers les multiples effets observables, comme l'accroissement des échanges à l'échelle planétaire, le développement d'une économie mondiale, la reconfiguration des rapports entre le local et le global ou encore le développement d'un sentiment d'une interdépendance planétaire à tous niveaux. Il est également possible d'observer une quantité d'exemples de recompositions identitaires issus d'une intensification de la circulation à l'échelle planétaire, de biens matériels ou de personnes, mais aussi d'idées et de pratiques qui concernent de nombreux aspects de la vie culturelle et sociale (Abélès, 2008). Toutefois, une vision quelque peu plus critique du phénomène, évoque plutôt l'idée de « transfert de modèles », plus que de circulation de savoirs (Gobatto, 2003). Ces modèles s'exportent notamment par différents canaux, comme l'économie, le développement ou l'humanitaire. Cette conception repose alors sur une idée d'unidirectionnalité des diffusions, du Nord vers le Sud, qui débouche sur une homogénéisation ou une imposition d'une culture sur une autre, accompagnée de fortes inégalités (Fassin, 2001). Cette uniformisation reste toutefois à nuancer, car le processus ne constituerait pas seulement des phénomènes d'assimilation et d'acculturation, mais également d'appropriation authentique ou de « détournement » (Fassin, 2001 : p. 12).

Toutefois, ces dynamiques amènent les auteurs à formuler le concept de globalisation de la santé, qui se manifeste tout d'abord à travers l'évolution des contextes épidémiques locaux, fortement tributaires de la conjoncture politico-économique internationale (Fassin, 2001). Puis, dans ce contexte globalisant, tous les rapports liés aux domaines médicaux n'échappent pas à la tendance uniformisante. En effet, de la prévention aux soins, en passant par les conceptions de la maladie, de la mort et de la santé, c'est tout ce qui est relié de près ou de loin au domaine médical qui est reformulé à travers de nouveaux « modèles » qui représentent des « standards de soins, de prise en charge des maladies, de gestion des systèmes de santé modélisés par l'OMS, mais aussi l'Unicef, la Banque mondiale, pour l'ensemble de l'humanité » (Gobatto, 2003 : p. 15). Cette relation entre les pays du Nord et les pays du Sud amène un nouveau rapport de domination, et par conséquent, un

nouveau rapport de dépendance aux savoirs et aux connaissances « scientifiques » : « la norme de santé s'impose aux États et provoque une dépendance à l'égard d'institutions multilatérales ou de pays mieux équipés, financièrement et idéologiquement » (Selim, Hours, 2010 : p. 58).

Dans ce processus, le concept de santé en représente d'ailleurs le fer de lance. En effet, depuis plusieurs décennies, la santé est devenue très rapidement la préoccupation centrale de tous les états du monde et un droit humain, pour ne pas dire une obligation. Avec l'apparition d'une nouvelle croyance, la « santé parfaite, comme signe d'une humanité parvenue à maturité » (Hours, 2001 : p. 13), le phénomène recouvre autant la sphère individuelle, que collective et voire même politique. La santé est également devenue une mesure d'évaluation du progrès et du développement économique et social d'un pays (Massé, 2001). Plus encore, la santé représente une norme universelle, un bien public mondial et une « aspiration » à laquelle toute l'humanité se doit de tendre. Cependant, « La santé tend désormais à être une marchandise, sur un marché, avec un coût et des prix » (Selim, Hours, 2010 : p. 55). Elle s'est répandue depuis les plus hautes instances sanitaires internationales. Ces dernières en produisent d'ailleurs des normes universelles, mais ne les imposent pas en tant que telles. Elles sont plutôt apportées et s'inscrivent alors dans les nouveaux paysages comme des nécessités. À travers ce processus, les acteurs semblent alors développer une « vocation de domination sans pressions militaires ou impositions violentes » (Selim, Hours, 2010). Ce phénomène prend donc des traits de globalisation moralisatrice des populations.

Bien que le phénomène de la santé ait pris une ampleur considérable depuis plusieurs décennies, Kerouedan note que l'intérêt pour une santé transnationale serait bien plus vieux qu'il n'y paraît. En effet, ce concept avait déjà été développé face aux problématiques de la peste au milieu du 19^e siècle déjà, lorsque les états européens se regroupaient pour réfléchir à des solutions générales pour se protéger de l'épidémie, en signant notamment des conventions internationales (Kerouedan, 2013a). Ces réunions ont abouti en 1907, à la création de l'OIHP qui organisait des conférences sur les risques d'épidémies continentales européennes (Paillette, 2012). Dans les années 1920 a été créée l'Organisation d'Hygiène de la SDN, prédécesseur de l'OMS, qui se préoccupait des mêmes questions à un niveau international. Cette même décennie est également témoin de l'apparition de nouvelles organisations liées à la santé, mais cette fois d'origine civile, telles que la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge ou encore la Fondation Rockefeller (Paillette, 2012). De même, outre Atlantique a été créée l'Organisation panaméricaine de la santé, qui est une organisation de santé publique en charge du continent américain.

Plus tard, en 1948, la fondation de l'OMS marque une étape importante dans ce processus de gestion de la santé dans le monde. Selon Kerouedan l'expression *World Health organization (WHO)*, avait été traduite d'une manière erronée en français. En effet, la version francophone « Organisation de la santé mondiale » aurait été plus conforme qu'« Organisation mondiale de la santé ». Dans sa constitution, l'OMS a défini la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (www.who.int). Dès lors, la santé a constitué un point important dans la liste des droits de l'Homme, et elle est également devenue une condition *sine qua non* de la paix mondiale (Paillette, 2010). À partir de la création de cette organisation, va s'enchaîner une multitude de conférences et de réunions qui ont décidé de nouvelles mesures sanitaires internationales. En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée à Alma-Ata au Kazakhstan, a débouché sur la « Déclaration d'Alma-Ata » qui insiste particulièrement sur la promotion de la santé ainsi que sur la prévention des maladies dans le monde. En 1986, s'inscrivant dans la continuité d'Alma-Ata, s'est déroulée la première Conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, qui a donné naissance à la « Charte d'Ottawa ». Considérée comme une condition nécessaire au développement de la santé, la notion de « promotion » a dès lors été placée au centre des programmes de développement. Puis, en l'an 2000, ont été adoptés à New York, les huit objectifs du programme : *Les Objectifs du millénaire pour le développement*, dont trois d'entre eux, concernent des points liés à la santé. L'objectif n°4 : *réduire la mortalité infantile*, l'objectif n°5 : *améliorer la santé maternelle*, l'objectif n°6 : *combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies*. L'intérêt d'une santé transnationale, à l'instar de la *global health*, n'est donc pas nouveau dans le paysage médical international.

D'un point de vue académique, de nombreuses disciplines ont alors placé les questions liées à la santé globalisée en tant qu'objet d'étude, à l'instar de l'anthropologie, de la sociologie, de la géographie, de l'économie ou encore des sciences politiques. En ce qui concerne l'anthropologie, elle va notamment tenter de « montrer comment les pratiques les plus locales qui concernent le corps, sa conception, sa manipulation, la définition et la prise en charge de ses dysfonctionnements, ou de son bien-être, qu'elles soient celles de professionnels ou de non professionnels, trouvent des éléments de leur logique, de leur sens, au sein de ces processus globaux dans lesquels elles sont insérées » (Gobatto, 2003 : p. 13). L'articulation entre les savoirs populaires et les connaissances globales représente donc un centre d'intérêt pour de nombreux chercheurs qui s'intéressent à la santé internationale. De nombreuses autres approches ont privilégié une entrée plus politique, médicale ou économique de la thématique : « la santé doit être appréhendée pleinement dans sa dimension

politique, non seulement au sens des politiques de santé (health policies), mais au sens plus vaste de politiques de la santé (politic of health) » (Fassin, 2001 : p. 11). Plusieurs approches sont donc envisageables pour aborder la *global health*.

Je tiens à présent à aborder des questions relatives à la « santé publique », terme qui est apparu au cours du 19^e siècle dans les pays européens et aux États-Unis. Celle-ci a contribué à la mise en oeuvre de toute une série de mesures sociales, sociétales et sanitaires, dans le but de préserver la santé de la population (Koplan et al., 1999). La santé publique ne représente pas qu'une instance organisationnelle prônant une bonne santé et édictant des règles de vie, qui gère les questions de prévention ou de promotion, elle constitue également un ensemble de normes sociales et comportementales, de valeurs et de croyances qui déterminent un mode de vie acceptable dans une société donnée (Massé, 2001). Il existe donc une étroite relation entre l'individu *lambda* et la santé publique, dans le sens où ses actes contribuent à la créer et à la légitimer. Dans cette idée, tout un chacun à travers son comportement porte en lui une grande responsabilité publique et civile. L'individu est appelé à adopter un mode de vie évitant les risques et à adapter des principes préventifs.

Cet aspect fait écho à « *la société du risque* » décrite par Beck, où l'individu est contrôlé et maîtrisé par diverses instances qui peuvent être notamment symbolisées par la santé publique. En adoptant ces préceptes, l'être humain évite alors les comportements à risques. En plus d'être soumis à des normes comportementales, chaque individu se retrouve sous le poids d'une forte pression sociale, du fait que ses actes peuvent être non seulement néfastes à lui-même, mais à l'ensemble de la société : « C'est par le biais de cette culpabilisation de la victime que la santé publique transfère les prescriptions de contrôle des comportements et d'habitudes de vie à l'individu qui s'auto-discipline et, parfois, devient un relais de l'autorité en tentant de discipliner les membres de son entourage » (Massé, 2001 : p. 14). Quant aux choix individuels des comportements à adopter, tout comme le choix des itinéraires thérapeutiques par exemple, s'ils révèlent une pluralité d'approches, il n'en reste pas moins que l'influence du contexte dans lequel un individu évolue est capitale.

Si cette « assimilation » s'est faite d'une part chez les populations du Nord, qui ont alors contribué à ériger certains principes de vie en tant que modèles, ces derniers ont également été importés dans les régions du Sud. La santé publique a donc fortement participé à la globalisation de la santé, par l'assimilation des populations aux normes et aux valeurs des pays du Nord : « En fait, la santé publique peut être vue comme une entreprise d'impérialisme culturel qui impose de nouvelles normes de pureté, de responsabilité, d'autonomie, de justice sociale » (Massé, 2001 : p. 22). Il est

donc admis de parler de santé publique mondiale ou globale, qui renvoie à l'idée d'incorporation de normes et de valeurs étrangères aux contextes particuliers. De même que dans la situation des sociétés du Nord, la santé publique mondiale, véhiculée à travers un ensemble de normes, constitue un rempart contre les risques globaux, dans un contexte d'interdépendance générale. Ces nouvelles normes ont contribué à réorganiser les sociétés dans tous les domaines : la santé, la politique, l'environnement, l'économie et le mode de vie en général. Plus particulièrement au sujet de la santé, la médecine scientifique allopathique s'est imposée comme la plus performante d'une manière générale. En conséquence de ces différents processus d'uniformisation, la tendance s'oriente fortement en direction d'une santé unique : « Ainsi l'émergence de la santé unique prend appui sur la mise en avant du corps individuel comme lieu de la vie, la construction de la santé comme norme morale, enfin de la gestion prévisionnelle et préventive des risques à grande échelle » (Hours, 2005 : p. 3). Cette santé unique se caractérise donc par une universalisation des pratiques de soins, mais également des conceptions idéologiques de la médecine, de la santé ou de la maladie.

Ces différents sujets d'étude impliquent également un « jeu d'échelle » (Revel, 1996), c'est-à-dire, une investigation analytique qui recouvre différents niveaux : de l'échelle locale, puis internationale à l'échelle transnationale ou globale, ou comme les nomme Raymond Massé, l'échelle micro – méso – macro. Dans une interaction entre le micro et le macro, il devient alors possible de comprendre par exemple, comment les logiques internationales sont aspirées par les pratiques locales. Ainsi, chaque échelle d'observation et d'analyse détermine la vision des phénomènes de globalisation, et cette variation de niveaux amène à relativiser la manière dont ils pèsent sur chaque région. Si d'un point de vue macro, les acteurs locaux sont désindividualisés au profit d'une uniformisation globale à l'instar de la santé, le point de vue micro va offrir aux acteurs locaux une véritable activité et une manière authentique de s'appropriier le phénomène.

2.3 La perspective anthropologique et le domaine médical

Comme le signale Rossi, en faisant état de la situation actuelle du phénomène : l'être humain est de plus en plus confronté à la médecine et aux soins, poussé par une idéologie générale qui accorde une importance considérable à la santé (Rossi, 2005). Cette dernière est même devenue un élément organisateur de la vie sociale, et moralisateur des comportements individuels depuis plusieurs décennies, comme je l'ai démontré dans les points précédents. Dans un contexte de prévention continue et de prolongement de la vie, les maladies sont envisagées comme des échecs à la santé, comme la faillite d'un projet individuel et sociétal. En réponse à cela, le rôle du corps médical et de

la médecine sont donc devenus centraux depuis plusieurs décennies déjà. Cette manière de penser a légitimé de nombreuses entreprises de développement, en même temps que la dispersion de la biomédecine à l'échelle planétaire.

De ce contexte, sont nées différentes disciplines qui ont attirés au domaine médical, au corps, à la maladie, à la santé, mais aussi aux politiques de santé, comme outil d'analyse dans la recherche en sciences sociales. C'est le cas notamment de l'anthropologie médicale, qui représente une sous-discipline de l'anthropologie sociale et culturelle, et qui s'intéresse, entre autres, aux médecines, à la santé, à la *global health*, aux maladies, à la mort, à la souffrance, au pluralisme thérapeutique ainsi qu'aux différentes rencontres de savoirs médicaux dans un contexte de mondialisation. La discipline se décline en de multiples sous-catégories, tout en investiguant des aspects divers et variés du domaine médical et de la santé. Il devient ainsi difficile de définir ce qu'elle recouvre réellement par les nombreux objets de recherche « médicalisés » ainsi que par les multiples traditions existantes : « l'anthropologie médicale reste éclatée par la multiplicité des traditions nationales dont elle peut se réclamer, les nombreux sous-champs disciplinaires (par exemple la nutrition, la naissance, la psychiatrie) qu'elle a laissés poindre et se développer, calquant en cela, il est vrai, des spécialités médicales » (Saillant, Genest, 2006 : p. 1). Toutefois, s'il est difficile de la définir précisément, l'anthropologie médicale constitue une perspective de recherche scientifique qui est inscrite dans le monde académique depuis de nombreuses années.

Tout comme dans le domaine du développement, la discipline de l'anthropologie médicale se décline en deux grandes perspectives. L'une appliquée au domaine médicale, à l'image de la revue AMADES, créée en 1988 et qui possède des objectifs d'amélioration de la rentabilité et de l'efficacité des pratiques de soins dans divers contextes : « Les merveilleux systèmes de pensée indigènes se sont transformés en croyances qu'il devenait bon d'étudier pour mieux implanter la biomédecine dans la perspective de l'amélioration de la santé des populations. Les travaux des anthropologues ont ouvert la voie à ce qui allait devenir plus tard l'anthropologie de la santé publique » (Saillant, Genest, 2006 : p. 5). Cette approche s'est ainsi développée, dans un souci d'amélioration des interventions dans des cadres sociaux et culturels variés. Quant à l'autre perspective, elle trouve dans les thématiques de la maladie et de la santé, un terrain réflexif permettant de nombreuses analyses, mais qui ne se rapportent pas à une application concrète.

Lorsque l'on s'intéresse aux origines de la discipline, de nombreux témoignages dès la période coloniale, signalaient déjà une multitude de systèmes de soins populaires dans tous les groupes sociaux. Un des intérêts de départ de ce champ d'études, qui constitue d'ailleurs encore aujourd'hui

une branche de la discipline, réside dans l'analyse du traitement des dysfonctionnements physiques et psychiques, suivant le contexte dans lesquels ils apparaissent. En d'autres termes, l'intérêt s'oriente sur les manifestations sociales des individus face à l'apparition d'une maladie, mais aussi sur les pratiques de guérison des différents acteurs de la santé, très souvent orientées en fonction d'une réalité sociale complexe, construite entre des croyances et différents autres phénomènes sociaux (Good, 1998). Derrière cette approche, il n'importe alors pas de définir si une pratique médicale est réellement efficace d'un point de vue « scientifique », mais de comprendre comment et pourquoi elle est jugée en tant que telle (Fainzang, 2000).

Aux origines, River s'impose comme l'un des pionniers de la discipline, notamment par son ouvrage publié en 1924, « *Medicine, Magic, and Religion* », où il a tenté de démontrer les liens entre la médecine, les maladies et les croyances magico-religieuses (Massé, 1995). Ces dernières, qui avaient été jusque-là déconsidérées des chercheurs, contribuent selon lui à l'organisation du système social et sociétal. Il a d'ailleurs séparé ces croyances en trois catégories distinctes : celles issues d'une vision magique, d'autres provenant d'une perspective religieuse et enfin celles d'origine naturaliste ou empirique (Massé, 1995). Ainsi, toutes pratiques médicales appliquées trouvaient alors une logique cohérente, dans la perspective de ces différentes visions du monde.

Quelques années plus tard, dans la décennie des années 1950, Ackernecht, un médecin devenu anthropologue, démontrait « qu'il n'existe pas une seule médecine primitive, mais autant de systèmes médicaux que de cultures primitives, renforçant ainsi ce qui deviendra l'un des postulats de base de l'anthropologie, soit le relativisme culturel » (Massé, 1995 : p. 23). Cela signifie qu'un système médical étudié doit être minutieusement replacé dans son contexte d'origine pour être compris, et se révèle comme authentique. Dans ces mêmes années, une étroite collaboration entre les professionnels de la santé, l'OMS, des organisations internationales et des anthropologues a vu le jour, notamment devant les difficultés d'implantation des programmes de développement américains dans les pays du Sud : « Cette réalité de l'existence des savoirs populaires a vite sauté aux yeux des anthropologues qui furent invités par les équipes médicales à expliquer l'échec de plusieurs programmes internationaux de santé publique conçus par des équipes occidentales » (Massé, 1995 : p. 2). Cette coopération marque une grande étape pour l'anthropologie médicale appliquée, qui apportera une certaine notoriété à la discipline. L'implication des anthropologues dans la santé internationale connaîtra toutefois son heure de gloire après la conférence d'Alma-Ata en 1978 qui, en accentuant son programme sur la promotion de la santé et la prévention (Massé, 1995), a eu recours à un grand nombre de chercheurs. Toutefois, en marge de ce phénomène, les

années 1970 ont vu de nombreux anthropologues devenir de plus en plus critiques vis-à-vis de la médecine et du développement. Ils fustigeaient notamment « la déshumanisation de la biomédecine, son réductionnisme biologique, sa technicisation, son hégémonie, sa collusion avec l'establishment et les sociétés, son insensibilité aux autres formes de savoirs » (Genest, Saillant, 2006 : p. 6). Dès lors, de nombreux chercheurs ont investi différents aspects des rapports et des relations entre la médecine occidentale et les médecines traditionnelles, dans un contexte globalisé. Cette nouvelle configuration a donné jour à de nouveaux objets d'étude démontrant que la discipline évolue en fonction des contextes.

Dans le monde anglo-saxon, l'appellation « *medical anthropology* » est apparue au début des années 1960 (Genest, 1978). Cette discipline regroupe généralement toutes les études anthropologiques s'inscrivant dans la sphère de la médecine ou de la santé, relevant d'une approche liée à l'épidémiologie, la santé publique ou l'ethnomédecine. Cette dernière s'est intéressée de manière comparative aux différents systèmes de soins ainsi qu'aux conceptions diverses de la maladie et aux pratiques, comme l'a également fait l'ethnopsychiatrie en investiguant les représentations des maladies psychiques. C'est d'ailleurs de ces approches que sont issues les perspectives émiques et étiques de la maladie et de la santé, dont Pike en est à l'origine. Dans la vision émique, qui s'oppose à la vision étique, la description de la population locale est considérée comme centrale dans la compréhension de leur logique (Massé, 1995).

Si dans le monde anglophone l'appellation « *medical anthropology* » comprend l'ensemble de la discipline, il n'en est pas de même dans le monde francophone. En effet, de nombreuses appellations différentes recourent cette branche en constante évolution. Pour certains chercheurs, à l'instar d'Augé, le terme d'anthropologie médicale qui existe aussi en français, « suppose l'existence d'un champ constitué aux frontières définies, alors qu'il n'existe, dit-il, « qu'une anthropologie qui se donne des objets empiriques distincts » » (Fainzang, 2000 : p. 11). C'est ainsi que dans les années 1980, va naître l'anthropologie de la maladie, sous l'impulsion d'Augé et de Zemleni. Cette discipline se focalise sur les « logiques symboliques et les logiques sociales des représentations dans les systèmes cognitifs de la maladie » (Hours, 1999 : p. 2). Toutefois, pour ne pas réduire le prisme de la discipline sur la thématique des maladies, des chercheurs vont inscrire leurs travaux sous le label de « l'anthropologie de la santé », qui concernent toutes approches socio-culturelles touchant de près ou de loin le domaine de la santé. Selon Fassin, il est indispensable de considérer la santé comme un champ de l'anthropologie, et non pas uniquement la maladie ou la médecine. Ce type d'approche permet d'analyser les articulations entre différents niveaux d'échelles, des choix

individuels aux idéologies dominantes tout en observant la manière avec laquelle ces savoirs sont transférés du Nord au Sud. Olivier de Sardan propose quant à lui, une socio-anthropologie des actions publiques qui offrirait une collaboration plus fructueuse entre professionnels de la santé et anthropologues et qui concernerait les services publics et les politiques publiques.

Dans le cadre de ce travail, j'ai décidé d'explicitier plus précisément une thématique étudiée par ce champ d'investigation : la pluralité thérapeutique. En effet, ce thème sera repris et analysé dans la deuxième partie de ce travail. Le concept du pluralisme thérapeutique peut généralement se définir comme une coexistence de formes thérapeutiques diverses, dépendant d'un contexte social, sociétal, économique, historique et démographique. Cependant, cette pluralité représente également un ensemble de diversités autres : « pluriel des conduites, pluriel des thérapeutes, pluriel des étiologies, mais aussi pluriel des concepts » (Benoist, 1996 : p. 17). Il représente donc une réalité vague et complexe, qui s'est trouvée dynamisée par les forces et les mouvements liés au phénomène de la mondialisation : « Le recours à une pluralité de thérapies s'inscrit dans une mouvance historique et culturelle qui s'exprime par la mobilité croissante des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques, d'ici et d'ailleurs, ici et ailleurs » (Cohen, Rossi, 2011 : p.2). Il est donc légitime d'investiguer ce champ de recherche autant dans les pays du Nord, où la mixité multiculturelle a donné lieu à un pluralisme varié, que dans les pays du Sud où la biomédecine s'est implantée, notamment via les programmes de développement.

Cette pluralité n'est pas présente uniquement dans le domaine médical, il est un fait de société. En effet, les traditions issues du multiculturalisme qui cohabitent aujourd'hui donnent notamment naissance à un pluralisme social, culturel ou encore religieux (Gauthier, Rossi, Stolz, 2007). Il est donc en même temps, un phénomène collectif, qui concerne une société entière, mais il est aussi individuel dans le sens où « chaque soignant, chaque soigné est un producteur de savoirs et de pratiques spécifiques, qui agit à la fois comme émetteur et comme récepteur de ce pluralisme » (Rossi, 2007 : p. 27). Il existe ainsi une diversité de thèmes offerts aux utilisateurs, qui s'orientent dans un panel thérapeutique constitué de formes différentes de soins, issus de divers systèmes de croyances, aussi bien scientifique que spirituel. D'un point de vue méthodologique, il est possible, entre autres, d'observer cette pluralité au sein d'itinéraires thérapeutiques de plusieurs individus dans un contexte donné. Toutefois, Benoist met en garde sur ce type d'investigation. En effet, il affirme qu'il est important de coordonner les observations avec les discours des individus, qui peuvent très souvent induire le chercheur en erreur. Il revêt donc une grande importance de pouvoir observer également si les pratiques correspondent bien aux discours ou non (Benoist, 1997).

Le pluralisme thérapeutique représente un objet d'étude très populaire abordé depuis plusieurs décennies par de nombreux chercheurs en anthropologie. En effet, il représente même une « évidence pour l'ethnologue, une donnée de base » (Benoist, 1996 : p. 436), qui se retrouve dans n'importe quel contexte. Il est toutefois d'une importance cruciale de considérer la différence qui suit. Si le pluralisme thérapeutique désigne une multiplicité de compétences médicales qui permettent de résoudre des problématiques de santé, le terme de pluralisme médical décrit plus précisément des systèmes médicaux à part entière. Le précurseur de ce type de recherche également à l'origine de l'expression « pluralisme médical » est l'anthropologue Charles Leslie. Ce dernier s'était penché sur le système ayurvédique et avait analysé la manière dont il avait subi une forme de protectorat national face aux dangers d'influence liés à la modernisation des sociétés et l'augmentation des contacts avec les principes de la médecine occidentale (Saillant, Genest, 2006). Il est toutefois possible de constater que la situation géopolitique a quelque peu changé la donne depuis plusieurs décennies déjà. Cet objet d'étude anthropologique conserve néanmoins toute sa pertinence dans un monde en changements perpétuels, où les bouleversements politiques deviennent des éléments de modification des situations locales. Il en est ainsi dans le cadre du pays constituant mon terrain d'étude, la République kirghize, qui, comme je vais le démontrer dans ce travail, a connu de profonds changements après la chute de l'URSS en 1991. Ces concepts représentent un enjeu d'observation et de compréhension du contexte actuel de cette République.

À l'éclairage de ces multiples thématiques, de la *global health* au pluralisme thérapeutique, la nécessité d'étudier un contexte précis, comme il sera proposé dans la suite de ce travail, requiert alors une attention particulière sur les différents niveaux d'échelles. En effet, la pluralité thérapeutique des zones rurales kirghizes, expression d'une multiplicité de réponses et de pratiques médicales locales indéniables face aux problématiques diverses de santé, devra être comprise à la lumière de la santé publique et de la santé internationale. Si ces deux dernières exercent, comme présenté précédemment, une influence certaine sur l'ensemble d'un système culturel, c'est-à-dire sur les normes, les pratiques, les valeurs et les savoirs, les analyses qui vont suivre seront axées sur le particulier et le singulier. Cela signifie que c'est à partir de l'échelle micro, du terrain de recherche et des informations extraites que sera étudié « leur articulation, à comprendre comment le global interfère avec des histoires, des traditions locales, des relations humaines en place, et comment interagissent les différents éléments de ce processus » (Gobatto, 2003 : p. 20). Il s'agira de comprendre ce pluralisme thérapeutique, en le situant dans son contexte local et international. Pour cela, il est dans un premier temps indispensable de comprendre précisément quel est le contexte précis du lieu dans lequel j'ai mené ma recherche.

3. La République kirghize: pays en transition

Il est dans l'intérêt du lecteur de proposer à présent une brève présentation du pays dans lequel j'ai mené mon enquête afin de comprendre les multiples et différents enjeux. À dessein de réaliser cette tâche, j'ai décidé de présenter les aspects généraux de la République kirghize, divisés en différentes thématiques dans le but de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit le présent travail. Je tiens à préciser, une fois de plus, ne pas prétendre à l'exhaustivité, car les points traités ne vont pas être approfondis dans le détail, le but étant de donner un aperçu général du cadre de la recherche. J'ai volontairement développé plus en profondeur les aspects propres à la médecine, car ils entrent directement dans la thématique principale de mon travail.

Les Kirghiz sont un peuple altaïque possédant à la base, des traits indo-européens. Probablement⁸ originaires des forêts du nord et de l'est de la Sibérie, ils se sont déplacés dans un premier temps dans les régions proches du fleuve du Ienisseï, au sud de la Sibérie. Ce serait seulement aux environs du 15^e siècle, poussés par les avancées mongoles, qu'ils se seraient établis proches de la chaîne de montagnes des Tians Shan, où ils vivent actuellement (Haug, 2003). Positionnée sur la Route de la Soie, l'actuelle République kirghize a longtemps constitué une étape sur l'axe commercial entre l'Europe, l'Asie et le monde musulman (Gäüzere, 2006). Il en découle alors un certain nombre d'influences différentes, observables par exemple à travers la pluralité religieuse : « Le chamanisme, le zoroastrisme, le bouddhisme, le judaïsme, le christianisme sous sa forme nestorienne et l'islam ont cohabité jusqu'aux invasions mongoles et au-delà » (Gäüzere, 2006 : p. 62). Il n'est donc pas étonnant de retrouver actuellement une grande diversité ethnique et religieuse.

Bien plus tard, au 19^e siècle, toute la région de l'Asie centrale a connu la colonisation russe sous les Tsars. Derrière l'entreprise coloniale résidait notamment le désir de créer une population monolithique en termes de normes sociétales. Cela a conduit à de grands changements dans « le mode de vie des Kirghiz en les conduisant du nomadisme à la sédentarité par l'irruption du concept de frontière et de limite et l'introduction de nouvelles formes d'économies » (Gäüzere, 2006 : p. 85). Cette situation a alors donné lieu à l'apparition du semi-nomadisme qui répondait d'une part aux exigences des colonisateurs, et qui d'autre part, permettait aux populations locales de suivre les activités « traditionnelles », transmises d'une génération à l'autre (Gäüzere, 2006). Peu à peu, de nombreux colons se sont attribués les meilleures terres du pays, repoussant toujours plus loin et plus haut, les Kirghiz et leurs troupeaux. Plus tard, dans les années 1920, avec l'apparition du régime

⁸ Plusieurs versions diffèrent quant à l'origine du peuple kirghiz.

soviétique qui constitua une deuxième colonisation pour ces peuples, la normalisation de la vie s'est consolidée dans toute l'URSS pour tendre à une société socialiste (Atlani-Duault, 2005). La soviétisation des pays colonisés, qui a fait éclater des guerres civiles dans toute la région et contre laquelle se battaient les célèbres *Basmatchei* kirghiz, devait alors faire naître « l'homo-sovitecus, libéré du poids des traditions culturelles et religieuses » (Fathi, 2004 : p. 15). Cette même décennie a également vu la collectivisation des terres qui a créé les *kolkhozes* et les *sovkhozes*, c'est-à-dire, des coopératives agricoles et des « fermes soviétiques », qui représentaient l'idéologie socialiste jusqu'à la dernière décennie du 20^e siècle. La chute de l'URSS a ouvert aux anciennes Républiques les portes d'un nouvel ordre mondial, la globalisation : « La globalisation met fin à l'altérité politique et économique qu'ont incarné les différentes modalités nationales du communisme » (Selim, Hours, 2010 : p. 12).

D'un point de vue géographique, la République kirghize est un pays d'Asie centrale, d'une superficie de 198'800 km², ce qui représente environ cinq fois la taille de la Suisse. Il est entouré par la Chine à l'est et au sud-est, par le Kazakhstan au nord, par l'Ouzbékistan à l'ouest et par le Tadjikistan au sud-ouest⁹. Les frontières de toute la région centrasiatique ont été dessinées et imposées par les Soviétiques entre 1924 et 1936 (Roy, 2001). Le pays est extrêmement montagneux, 96 % du territoire kirghiz se trouve à plus de 1000 mètres d'altitude et seulement 30 % du pays est habitable (Nasritdinov et al., 2010). Il est traversé au nord-est par la chaîne de montagnes du Tian-Shan avec le plus haut sommet du pays, le Pic de la Victoire (Pic Pobeda), qui culmine à 7'439 mètres d'altitude. Au sud-ouest se trouve une autre chaîne de montagnes, celle du Pamir, où se dresse le Pic Lénine, à 7'134 mètres d'altitude. Le caractère montagneux du pays tend à le diviser en deux parties, qui se rejoignent seulement par de hautes routes de montagnes et des cols. Cela entraîne alors des conséquences internes, notamment au niveau de la cohésion nationale, où un clivage entre les habitants du Sud et du Nord est perceptible. En effet, si les habitants du Nord considèrent les gens du Sud comme étant assimilés aux Ouzbeks et aux Tadjiks, notamment par des aspects religieux et culturels plus conservateurs, les gens du Sud identifient la population du Nord du pays comme étant complètement « russifiée », autant dans la langue que dans la mentalité (Aaly Alymbaeva, 2007).

Le climat du pays est continental, ce qui signifie de grands écarts entre des hivers très rudes où les températures peuvent atteindre – 35° C et des étés très chauds où le thermomètre indique + 42°C. Dans le nord-est du pays, à 1'620 mètres d'altitude, se trouve le lac Yssik-Köl (le Lac Chaud), avec sa superficie de 6'232 km², ce qui représente environ onze fois la superficie du Lac Léman, et correspond au deuxième plus grand lac de montagne du monde, après le Titicaca. Sa caractéristique

⁹ Voir la carte du pays : Annexe 2.

réside dans le fait d'être salé et de ne pas geler en hiver. Administrativement, le pays est divisé en sept circonscriptions (*oblasts*). Au Nord, se trouvent les régions de Tchuy, Naryn, Talas, Issyk-Kul, et au Sud, celles d'Och, Jalal-Abad et Batken. La capitale, Bishkek, se situe dans le Nord du pays, dans l'*oblast* de Tchuy, à une altitude de 800 mètres.

Les systèmes linguistiques des Républiques d'Asie centrale appartiennent majoritairement à la famille des langues turques, mais étaient autrefois appelés les langues touraniennes¹⁰ par les Turcs. Dans l'Asie centrale, seule le tadjike est une langue persanophone, issue de l'indo-européen et qui s'apparente à l'iranien. Cela s'explique par le fait que l'empire samanide¹¹ s'étendait de l'Iran jusqu'aux territoires de l'actuel Tadjikistan. Quant aux Kirghiz, ils sembleraient avoir des origines « *finno-ougriennes (samoyède)* » (Gaüzere, 2006 : p. 50), mais la rencontre avec les peuples turciques desquels ils auraient adopté la langue aurait été capitale dans leur manière de communiquer. Ce seraient ensuite les Soviétiques qui auraient officialisé la création des langues et des cultures des anciennes Républiques soviétiques d'Asie centrale dans les années 1920, afin d'assurer le maintien du régime (Gaüzere, 2006). Créé à partir de langues locales, ce kirghiz aurait ensuite endossé le statut de langue littéraire et nationale, malgré les dissemblances qui pouvaient exister entre les différentes régions. Passé de l'alphabet arabe à la graphie latine en 1928, puis à la transcription cyrillique en 1940 (Gaüzere, 2006), cette évolution représente des décisions politiques et stratégiques du régime soviétique : « Le changement d'alphabet et l'épuration des langues nationales devaient donc servir de démarcateur ethnique entre chaque RSS et avec les États alentour » (Gaüzere, 2006 : p. 250). Actuellement, la langue kirghize représente la langue de l'État, alors que la langue russe en est la langue officielle. Si Haug souligne le fait que la langue russe n'a pas décliné après l'indépendance et le départ d'un grand nombre de populations slaves, une loi a été votée pour rendre officiel le Kirghiz, ce qui aurait joué un rôle majeur dans la discrimination des populations non kirghizes. En 2001, le gouvernement a toutefois reconnu la langue russe comme deuxième langue officielle, du fait des nombreux Russes vivant dans le pays (Balci, 2012). Aujourd'hui, l'utilisation de la langue russe est devenue un signe de prestige.

En portant un intérêt aux aspects démographiques, il est possible de remarquer que dans son histoire, la République kirghize a souvent constitué une terre d'accueil, ce qui explique qu'elle réunit actuellement près d'une trentaine d'ethnies différentes (Atlani-Duault, 2005). Haug les sépare d'ailleurs en trois grandes catégories : (1) les peuples installés de longue date dans la région, c'est-à-dire les Kirghiz, Kazakhs, Tadjiks, Ouzbeks, Kalmouks, Ouïgours et Douganes (2) les nationalités

¹⁰ Touran désignait les « nomades du nord »

¹¹ Les Samanides sont une dynastie persane qui a fondé un État indépendant après la conquête des Arabes dans certaines régions d'Asie centrale. Par la suite, elle a été anéantie par les tribus turques installées dans la région.

déplacées pendant l'ère coloniale : Russes, Ukrainiens, Biélorusses, Allemands, Juifs (3) et enfin, les populations déportées : Coréens, Allemands de la Volga, Tchétchènes, Balkars, Tatars, Azéris... (Haug, 2003 : 164). De nombreux Kirghiz ont également quitté le pays au cours des siècles, pour se rendre notamment au Xinjiang, au Tadjikistan et en Afghanistan dans la décennie des années 1920.

À partir de l'indépendance, l'évolution démographique a connu de grands bouleversements. En effet, la chute de l'URSS a notamment entraîné une détérioration de l'économie du pays, accompagnée d'un renouveau du sentiment national. Dans ce contexte, et face à une population qui se « kirghizifie » radicalement (Japarov, Petric, 2006, p. 72), de nombreux « non-Kirghiz » ont alors quitté le pays. Ce sont surtout des Russes qui ont rejoint massivement leur patrie d'origine. Au final, « 500'000 individus, soit 10 % de la population totale du pays » est partie (Peyrouse, 2007 : p. 56), notamment des intellectuels et des ingénieurs formés, ce qui correspond à une réelle « fuite des cerveaux ». Si la République kirghize a été pendant plusieurs décennies une terre d'immigration, la tendance s'est inversée dès ce moment.

La chute de l'économie kirghize, axée principalement sur l'agriculture et l'élevage, entraîna dès 1991 un grand mouvement d'exode rural vers la capitale (Schuler, 2007), dont le nombre d'habitants actuels dépasserait largement les chiffres officiels. D'après un recensement effectué à la fin de l'année 2013, la capitale compterait un peu plus d'un million de personnes, alors que Bishkek ne dénombrait que « 9'700 habitants, dont 58 % de Russes » en 1904 (Haug, 2002 : p. 157). Quant au nombre d'habitants du pays, ils s'élèveraient à 5'548'000 individus pour l'année 2013. Parallèlement, de nombreux Kirghiz, plusieurs centaines de milliers d'hommes et de femmes, se sont expatriés en Russie, au Kazakhstan, en Turquie ou encore à Dubaï pour des raisons professionnelles et économiques.

Durant la période soviétique, le pays des Kirghiz était considéré comme la République la plus pauvre de l'empire soviétique. Toutefois, cette notion de pauvreté mérite une recontextualisation. En effet, durant l'ère communiste, la population était regroupée en communautés ou en *kolkhoze*, où régnait une forte solidarité. Dans les premières années qui succédèrent à l'indépendance, en raison principalement de l'interruption des subventions russes, la République kirghize a connu une grave crise économique. Cet événement a plongé la population dans une situation de grande précarité. De plus, le pays ne possède pratiquement pas de richesses naturelles et ne produit essentiellement que de la laine de mouton : « Après l'effondrement de l'URSS, il ne peut pas compter, comme ses voisins, sur le coton, le gaz ou le pétrole pour rebondir » (Petric, 2013 : p. 11). L'or, extrait de la mine d'exploitation de Kumtor représente d'ailleurs l'essentiel de l'exportation kirghize. C'est à cette

époque que le pays s'est tourné vers l'Ouest pour être aidé dans ses projets de reconstruction et de restructuration. La République kirghize s'est d'ailleurs peu à peu illustrée dans la région par ses réformes économiques, décidées sous l'égide internationale. Alors que les autres Républiques d'Asie centrale se montraient sceptiques, les autorités kirghizes ont accueilli à bras ouverts les « thérapies de choc », qui consistaient à privatiser des activités économiques ainsi que de nombreux secteurs de la société. Cette démarche a été accompagnée de la suppression des systèmes d'aides sociales. Elle fut la première République à être entrée à l'OMC ainsi qu'à la CEI, dès 1998. Dans ce contexte postsoviétique, cette évolution encouragée par l'étranger visait surtout à réduire l'intervention de l'état dans l'économie du pays. Ces mesures lui ont d'ailleurs valu d'être cité « par les organisations internationales comme un exemple à suivre pour ses réformes politiques, mais aussi économiques. Ayant adopté le « consensus de Washington » et les nombreuses recommandations du FMI, de la Banque mondiale et d'autres organisations internationales, l'économie kirghize n'est plus directement administrée de façon étatique » (Petric et al., 2009 : p. 21). Pour la plus grande joie des instances financières internationales, l'économie de marché et le libéralisme se sont donc très vite implantés dans ce pays qui avait pourtant vécu le communisme pendant plusieurs décennies.

La situation économique actuelle, bien qu'elle ait connu une certaine évolution, reste toujours difficile. Ployant sous une lourde dette internationale, le pays cède à de nombreuses demandes d'investisseurs étrangers, pendant que le « 40 % de la population vivrait actuellement sous le seuil de pauvreté et le salaire mensuel moyen ne dépasserait pas 50 euros » (Chaterian, 2010 : p. 2). Toutefois, une forte économie illégale s'organise dans le sud du pays autour du marché de la drogue. Celle-ci, en provenance de l'Afghanistan, transite par la République kirghize pour continuer sa route jusque dans les pays occidentaux. Ce marché, tenu d'une main de fer, notamment par les membres de la famille de l'ancien président Bakiev, ainsi que par quelques familles rattachées à différentes milices indépendantes, dont la mafia noire, rapporterait gros : « Alors que le PIB kirghize, témoin de l'économie de surface, ne dépasse pas en 2010 quatre milliards de \$, la valeur de ce qui transite ou part du Kyrgyzstan atteindrait, selon un document officiel circulant sous le manteau, le montant de 100 milliards ! » (Cagnat, 2011 : p.3). Toutefois, cet argent ne circule que dans un cercle très restreint de familles ou de clans, déjà fortunés ou étant à proximité du pouvoir, et participe à l'élargissement des inégalités observables dans le pays. Enfin, un des grands apports financiers à l'économie de la République kirghize, provient des transferts de fonds des expatriés qui concerneraient, « d'après les estimations de l'OIM, 1,2 à 1,4 million de personnes » (Thorez, 2007 : p. 66) et représentait « 21 % du PIB du pays en 2011 » (Peyrouse, 2013 : p. 1).

D'un point de vue religieux, il existe aujourd'hui en République kirghize, une diversité religieuse qui tend peu à peu à disparaître, selon certains spécialistes. Bien que la Constitution kirghize revendique un pays laïc, le « 80 % de la population se considère comme musulmane », d'obédience sunnite (Toktogulova, 2009 : p. 83). Il est toutefois possible de remarquer une culture islamique très différente entre la population du Nord de la République kirghize et celle du Sud. En effet, cette caractéristique correspond à des formes différentes de conversion et d'islamisation des populations lesquelles se sont également déroulées à des époques différentes. La conquête du Sud du pays s'est faite au cours du 8e siècle et la culture musulmane y est donc fortement enracinée alors que le Nord, islamisé au 13e siècle seulement, connaît une situation tout autre : « Au nord, au contraire, l'islam n'est qu'un vernis qui n'a pas effacé toutes les anciennes croyances préislamiques » (Gaüzere, 2006 : p. 103).

Si durant la période tsariste des querelles idéologiques existaient entre les musulmans et les orthodoxes, les deux religions cohabitaient en bon ordre. Lors de la période soviétique, les religions centrasiatiques et particulièrement l'islam se sont retrouvées face à un régime hostile à toute forme de religiosité. Staline prit d'ailleurs des mesures drastiques contre les piliers principaux de l'islam dès les années 1925, et cela jusqu'à sa mort en 1952. Avec Khrouchtchev dans les années 1950, la situation contre les religions s'est encore durcie. Cette évolution s'est notamment effectuée à travers la fermeture des dernières mosquées et l'interdiction des lieux saints. C'est seulement sous Brejnev que la pression s'est peu à peu relâchée, par la réouverture des mosquées et par la promotion d'un « islam soviétique ». Cette forme d'islam avait alors été acceptée par la politique communiste, dans l'objectif d'un meilleur contrôle des individus de ces régions. Toutefois, d'autres courants musulmans tels que les courants hanafite, chaféite et le soufisme sont toujours restés en marge de l'islam soviétique, jugé trop impure, car : « Ils étaient capables de se considérer comme musulmans en buvant de la vodka, d'être officiellement athées, membres du Parti communiste de l'URSS, tout en pratiquant les principaux rites de l'islam dans leur foyer » (Poujol, 2006 : p. 368).

Dès l'indépendance, c'est une véritable renaissance religieuse qui s'est déroulée à l'échelle du pays. Financée par des ONG saoudiennes, la communauté musulmane a d'ailleurs construit une multitude de mosquées dans toutes les régions. Alors qu'en 1991 seules 39 mosquées étaient répertoriées en République kirghize, on en dénombrait pas moins de 2'000 en 2009 (Toktogulova, 2009). Bishkek est également témoin actuellement au centre de la ville, de la construction de la plus grande mosquée d'Asie centrale financée par les états arabes. Dans ce contexte de recrudescence religieuse, des groupes islamistes plus radicaux se sont aussi manifestés au début des années 2000 au sud du

pays, notamment dans la région de Batken, où ils ont tenté une incursion armée. Plusieurs mouvements tentent d'ailleurs de recruter de plus de plus de jeunes dans la population, notamment le mouvement jordanien *Hizb ut-Tahrir* (Parti de la libération), qui aspire à un califat islamique regroupant toute l'Asie centrale (Peyrouse, 2013). Le groupe des *wahhabites* quant à lui, est originaire d'Arabie Saoudite et se caractérise par des aspirations politiques tout en se définissant comme salafiste. Ses partisans tentent de répandre un islam fondamentaliste dans toute la République kirghize, à travers un prosélytisme très actif qui cherche à convaincre les classes les plus démunies. Ces mouvements sont toutefois marginalisés par la majorité de la population qui suspecte ces groupes d'agiter la population.

Il existe cependant en République kirghize une rivalité entre différentes formes d'islam : « l'islam bien implanté, mais digéré par le soufisme en République kirghize méridionale, l'islam dogmatique ferganais et l'islam chamanisé des Kirghiz septentrionaux » (Gaüzere, 2006 : p. 113). Si l'islam ferganais¹² est quelque peu déconsidéré par la majorité de la population, car issu d'Ouzbékistan et trop conservateur, il existe une grande scission plus générale des musulmans : « Comme résultat de ces actuelles transformations religieuses, les musulmans du Kirghizstan ont été divisés entre partisans d'un islam populaire et ceux d'un islam « pur » ou « vrai » » (Toktogulova, 2009 : p. 92). Cette opposition induit souvent une distinction savant / inculte. En effet, l'islam populaire teinté du chamanisme et autres traditions préislamiques est fustigé par les représentants des écoles coraniques qui conspuent les différentes activités ou manifestations de cet islam métissé : pratiques médicales, forte présence des femmes, référence à des forces naturelles (Fathi, 2004).

Si actuellement le chamanisme n'est pas considéré comme une religion par les Kirghiz, de nombreuses pratiques et croyances issues du chamanisme se retrouvent encore dans le mode de vie des Kirghiz¹³. Depuis l'indépendance, une forme de chamanisme a également été réactivée sous le nom de « *tengrisme* ». Ce terme signifie « pratiques liées au Ciel » prend ses origines chez les peuples turques du 7^e siècle (Biard, 2007). Le *tengrisme* aurait été remis à jour pour freiner la progression de l'islam depuis l'indépendance ainsi que pour façonner une identité nationale kirghize plutôt qu'une autre, influencée par des forces étrangères (Biard, 2007). Enfin, aux côtés de ces religions, les populations slaves, de confessions orthodoxes, ont érigé de nombreuses églises dans les villes et les villages.

En portant à présent une attention à la situation de la politique interne, il est tout d'abord possible de remarquer que l'indépendance n'a pas été vécue comme une libération. Les dirigeants kirghiz ont

¹² Ferghana est une ville d'Ouzbékistan qui est située à proximité de la frontière kirghize. Quant à la vallée de Ferghana, elle recouvre une partie de l'Ouzbékistan, du Tadjikistan et de la République kirghize.

¹³ Je reviendrais plus en détail sur le chamanisme dans le chapitre 8.

décidé de rapidement instaurer un système politique démocratique. Askar Akaev, physicien et ancien président de l'Académie des Sciences de la République kirghize est resté à la tête de son pays pendant quatorze ans. Parallèlement à son ouverture aux recommandations internationales en matière d'économie, la République kirghize a accueilli de nombreuses agences internationales et des ONG étrangères, venues prendre « en charge les réformes du pays pour faire émerger une « société civile » afin de garantir la démocratisation du pays » (Petric, 2008 : p. 35). Ce phénomène de « démocratisation du pays » sera plus approfondi dans le point suivant, mais je précise d'ores et déjà qu'il couvre des enjeux géostratégiques et politiques. Suivant les logiques de ce processus d'émergence d'une « société civile », de nombreuses ONG locales ont également vu le jour afin de conduire certains secteurs de la société tout en réduisant l'intervention de l'état. Ces organisations véhiculent, derrière la formule de « société civile », un modèle de « bonne gouvernance » qui prône une politique plus « juste » en conciliant une multitude d'acteurs dans le processus décisionnel (Petric, 2007).

Si la République kirghize a été perçue comme le pays le plus démocratique de l'Asie centrale durant la dernière décennie du 20e siècle, le président Akaev n'en a pas moins accru exponentiellement son pouvoir et son autoritarisme dès la fin des années 1990. Alors qu'il avait pourtant annoncé son départ en 2005, Akaev déclara vouloir se maintenir à la tête du pays. Au mois de mars 2005, des manifestations furent organisées dans les rues de Bishkek dénonçant des fraudes électorales. C'est ce qu'on a appelé la « Révolution des Tulipes », qui a mené à la fuite en Russie du président et de sa famille. Cet événement s'inscrit dans la vague des « révolutions de couleur », terme qui désigne plusieurs mouvements contestataires qui ont conduit à la chute du pouvoir dans différentes sociétés postcommunistes. Le président intérim, Kourmanbek Bakiev, a été élu comme chef d'État de la République kirghize au mois de juillet de la même année. Toutefois, il répéta le même schéma que son prédécesseur. Il accumula toujours plus de pouvoir, notamment sur le Parlement. Il fût également accusé de népotisme ainsi que de nombreux actes de corruption, de détournements d'argent, ainsi que de trafic de drogue et d'armes. Bakiev fût renversé le 7 avril 2010. Cette révolte, la « Révolution des Coquelicots », a coûté la vie à près d'une centaine de personnes, abattues aux portes de la Maison-Blanche par les snipers du président postés sur le toit. Quelques mois après la fuite du président, d'autres événements éclatèrent dans le Sud du pays, où des affrontements entre Kirghiz et Ouzbeks causèrent la mort de plus de 2'000 personnes et engendrèrent la fuite de 80'000 Ouzbeks dans leur pays. Selon certains Kirghiz, la famille du président déchu aurait largement participé à augmenter les tensions jusqu'à l'éclatement de la guerre civile.

Entre la révolution d'avril 2010 et l'élection du président Atambaev en octobre 2011, un gouvernement intérimaire a été placé à la tête de la République kirghize, avec à sa tête, fait unique en Asie centrale, une femme en tant que présidente. Roza Otounbaeva a tenu sa place de présidente dans un contexte de changements de l'organisation politique qui a dès lors reposé sur un système parlementaire, où quatre partis politiques sont représentés. Le président actuel, Almazbek Atambaev a été élu avec plus de 60 % des voix en octobre 2011. Son élection, « entachée d'irrégularités, mais validée par les observateurs internationaux » (Peyrouse, 2013 : p. 1), s'inscrit dans la lignée de ses prédécesseurs.

Lorsque l'on observe à présent les relations qu'a entretenues la République kirghize avec la Russie et les États-Unis depuis 1991, il est possible de constater une attitude plutôt ambivalente. Le pays allant tantôt chez les uns et tantôt chez les autres chercher alliance et aide. Il est également possible de remarquer que, derrière les intérêts de développer leurs zones d'influences, les deux grandes puissances américaines et russes s'affrontent dans une nouvelle forme de « Grand Jeu¹⁴ », dans un contexte de postguerre froide.

Durant les premières années d'indépendance, la République kirghize a tout d'abord tenté de se rendre autonome sur la scène internationale, en s'ouvrant aux États-Unis et à l'Europe (Peyrouse, 2006). Les thérapies de chocs et les nombreuses organisations internationales, auxquelles j'ai déjà fait référence précédemment, en sont les illustrations. Cependant, derrière l'arrivée massive de ces nouveaux acteurs, certains chercheurs, comme Petric et Japarov, soulignent des intérêts bien précis, au-delà des objectifs d'aide et de développement. En effet : « Ces ONG, majoritairement financées par les Américains, constituent un vecteur d'influence stratégique des puissances occidentales qui ont privilégié depuis l'indépendance une coopération avec elles et évitent de passer par les institutions de l'État. » (Japarov, Petric, 2006 : p. 76). La volonté de « démocratiser » le pays et de créer une « société civile » comme je l'ai exposé dans le point précédent, est notamment observable à travers les révolutions qui constituent de bons témoins des différents intérêts internationaux. En effet, en ce qui concerne par exemple la « Révolution des Tulipes » de 2005, il est possible de constater que « d'un côté, les autorités russes et chinoises dénoncent le coup de force des insurgés ; de l'autre les chancelleries occidentales soutiennent le nouveau gouvernement de Kurmanbek Bakiev » (Petric, 2008 : p. 92). Tout comme en Serbie où Milosevic a été renversé en 2000, puis en Géorgie où la « Révolution des Roses » marque la chute de Chevardnadze en 2003, ainsi que la « Révolution orange » Ukrainienne de 2004-2005, qui a proclamé Iouchtchenko président, la

14 L'expression « Grand Jeu » se réfère à la rivalité d'influence de la Grande-Bretagne et de la Russie dans cette région au cours du 19^e siècle. Elle a été utilisée pour la première fois dans le roman *Kim* de Rudyard Kipling paru en 1901, qui relate une fiction se déroulant dans le contexte de ces événements historiques.

« Révolution des Tulipes » en République kirghize traduit des manœuvres américaines à des fins de déstabilisations de régimes pro-russes. Cette série de révolutions cache notamment de grands investissements américains, injectés dans la diffusion du modèle démocratique revendiqué par des organisations présentes sur place. Parmi les principales installées à Bishkek, il est possible de citer Freedom House¹⁵, qui se mobilise pour la liberté de presse et qui a été représentée pendant plusieurs années par Mike Stone, et financée directement par John McCain, alors sénateur républicain et directeur de l'IRI. Il est également possible de citer USAID, présente depuis l'indépendance et active dans le domaine politique, économique et sanitaire et dont certains de ses membres ne cachent pas leur rôle et leurs intérêts¹⁶. Cependant ce sont aussi des ONG locales qui jouent un rôle important, à l'image de Coalitsia qui, financée par le NDI et dont Edil Baisalov en est à sa tête, a largement participé à attiser les hostilités avant la « Révolution des Tulipes ».

Quelques années plus tard, lors du renversement du président Bakiev en 2010, « La plupart des observateurs ont perçu ces événements comme le résultat d'une lutte d'influence entre Washington et Moscou » (Chaterian, 2010 : p. 10). Si Bakiev était arrivé au pouvoir de la même façon qu'il l'a quitté, c'est-à-dire par une révolution, celle-ci avait été, selon de nombreux auteurs, commanditée par les Américains et leurs services secrets, ainsi qu'à travers l'influence des ONG orientant la société civile vers ses propres objectifs. Il existe en résumé, une forme de « postface de la guerre froide » (Selim, Hours, 2010 : p. 197) qui se déroule dans les différentes Républiques centrasiatiques, entre la Russie et les États-Unis.

Des intérêts économiques et géostratégiques seraient donc en jeu pour les Américains. Plus encore après les attentats du 11 septembre 2001, où les États-Unis ont vu dans la République kirghize une plateforme idéalement placée pour atteindre l'Afghanistan. Cette même année, la République a également rejoint la CEI aux côtés de la Russie, du Kazakhstan et de la Biélorussie. Des accords entre Russes et Américains ont alors abouti pour mener une guerre contre le terrorisme dans la région afghane. Ce phénomène a donné lieu à une cohabitation extraordinaire des deux nations sur le sol kirghiz. En effet, le pays loue sur son territoire, une base militaire aux forces américaines sur l'aéroport de *Manas*. Le bail touche à sa fin. Les forces américaines sont d'ailleurs en train de quitter le pays. Plus loin, à Kant, une base militaire russe est également installée depuis de nombreuses

15 Freedom House est notamment à l'origine de la diffusion d'un ouvrage qui, traduit en français s'intitule « De la dictature à la démocratie : un cadre conceptuel pour la libération », écrit par Gene Sharp et qui a représenté un « mode d'emploi » dans le contexte des révolutions colorées.

16 En effet, dans le reportage de LOIZEAU, David Greer, un juriste travaillant pour USAID affirme sans complexe que « *La politique américaine au Kirghizstan, c'est d'exporter l'économie de marché dans l'intérêt des États-Unis* » (Loizeau, 2005 : 13'45"). Puis, selon Brian Kemple, Directeur du Bureau de USAID en République kirghize pendant quinze années, il affirme que « *les motivations économiques de Washington derrière tout cela, derrière notre présence ici, je ne sais pas, mais je n'ai aucun problème avec ce que l'on fait ici, car je suis persuadé que c'est pour le bien des gens* » (Loizeau, 2005 : 13'55").

années. Pressé par la Russie depuis 2006, le gouvernement du pays a cherché de multiples prétextes pour expulser les Américains. Début 2015 enfin, la République kirghize entra dans l'Union douanière Russie-Biélorussie-Kazakhstan (YeEK), qui a été initiée en 2010. Il est donc possible d'affirmer que depuis quelques années une préférence a été donnée aux relations avec les Russes.

Plus discrète quant à ces enjeux politiques et économiques, la Chine est également un acteur très présent dans la région et développe aussi quelques visées sur cette République. En 1996 déjà, elle avait créé « le Groupe de Shanghai », réunissant les pays d'Asie centrale, la Chine et la Russie, et visant à l'élaboration de traités sur les zones frontalières. La Chine est devenue un des plus importants pays de provenance des importations kirghiz, elle a déjà passablement investi dans la zone de l'Asie centrale, autant dans les réseaux de communication que dans des gazoducs (Troude, 2010). En République kirghize, la Chine a par exemple entrepris la réfection des grands axes routiers sur lesquels les camions chinois transitent vers l'Ouest et développent aussi la commercialisation de ses produits dans la République : « les Kirghizs se plaignent d'être envahis de produits chinois à bon marché alors que les marchands kirghizs sont souvent incapables de vendre au Xinjiang du fait de l'obstruction des autorités locales » (Kellner, 2002 : p. 18). En élaborant différents traités de coopération, la Chine s'est passablement rapprochée de son voisin kirghiz où le commerce chinois s'est passablement développé depuis une dizaine d'années. De plus, l'arrivée d'un grand nombre de Chinois dans la capitale kirghize est un sujet de discussion récurrent dans les cafés de Bishkek.

En ce qui concerne la médecine, les premiers contacts entre les populations indigènes et la colonisation tsariste dans le cours du 19e siècle, constituèrent la rencontre de deux cultures médicales très différentes. En effet, avant l'arrivée des premiers colons, s'était développé dans ces régions un syncrétisme thérapeutique issu de divers horizons. Cette rencontre de traditions médicales diverses s'explique d'une part, par le positionnement géographique de la région centrasiatique, où le passage était fréquent comme je l'ai déjà évoqué, et d'autres part, par la proximité et les liens entretenus avec les différentes civilisations avoisinantes : chinoise, mongole, turque, arabe et perse (Hohmann, 2005). Dans ce contexte, il est possible de citer des courants thérapeutiques notamment inspirés « de la science gréco-arabe » (Poujol, 2006 : 369), alors que d'autres pratiques étaient fondées « sur un système d'interprétation religieuse et spirituelle » mélangeant notamment des traditions musulmanes et sibériennes (Poujol, 2006 : 369).

Avec l'arrivée des premiers colons russes dans les zones centrasiatiques, la médecine moderne a fait son entrée dans la région. Bien qu'elle n'était réservée au départ qu'aux populations déplacées, la

médecine coloniale s'est répandue dans toutes les zones du territoire occupé, à travers l'engagement de nombreux médecins en provenance de Moscou et de St-Pétersbourg. Cependant, devant la situation des populations locales et face à « l'absence d'un réseau de santé publique organisé pour les autochtones, des médecins russes de sensibilité progressiste prennent l'initiative de créer des services de soins pour la population « indigène » afin de lui venir en aide » (Hohmann, 2009 : p. 338). Si la médecine coloniale s'est peu à peu occupée des locaux, la médecine et la politique de santé en général, qui représentait les avancées et les connaissances des colonisateurs, sont devenues des moyens de légitimation de l'entreprise coloniale et ont contribué à asseoir le pouvoir sur place (Hohmann, 2009). Plus encore, les nouvelles normes médicales et sanitaires ont même influencé les mentalités et la vision de la médecine des populations locales : « Durant le XIXe siècle, le pluralisme médical a laissé place à une rationalité unique et une conviction de plus en plus forte en une supériorité de la médecine occidentale et des sciences connexes » (Hohmann, 2009 : 320). Ce phénomène traduit la volonté des autorités russes et des représentants de la médecine moderne d'éradiquer toutes autres formes de soins et thérapies ainsi que les guérisseurs présents en Asie centrale. Les Russes les considéraient d'ailleurs comme des obstacles à la propagation du mode de vie coloniale et ils n'ont pas manqué de qualifier cette pluralité thérapeutique d' « irrationnelle et de dangereuse » (Hohmann, 2009 : p. 344). Cette tentative s'est pourtant avérée vaine, car les guérisseurs ont toujours conservé, de manière plus ou moins officieuse, un vif succès auprès des populations indigènes qui ont continué à les consulter.

Si la période coloniale tsariste avait largement contribué à importer un nouveau modèle de médecine ainsi qu'un système de santé, « L'avènement du système soviétique vint achever l'introduction de la médecine moderne dans la région, avec ses campagnes de vaccinations, de prévention et de surveillance sanitaire sociale » (Poujol, 2006 : p. 372). En effet, l'arrivée du système soviétique et la mise en place de la nouvelle idéologie ont constitué pour toutes les populations de l'ex-URSS, une nouvelle forme de colonisation avec un nouveau rapport au système de santé.

D'un point de vue organisationnel, le système médical soviétique était hypercentralisé et tout était commandité à partir de Moscou. Très hiérarchisé, depuis les *oblasts*, en passant par les villes, puis par les districts et les villages, il permettait également un grand contrôle de la population. D'ailleurs, chaque année un minutieux recensement de la population était effectué sur l'ensemble du territoire (Hohmann, 2009). Les personnes malades et en mauvaise santé étaient d'ailleurs dans l'obligation de fréquemment visiter les centres de soins, afin de se soumettre à des examens (Poujol, 2006).

Derrière ces pratiques, un fort contrôle des comportements sociaux avait été développé. Par exemple, pour réduire la progression de l'épidémie du VIH/SIDA durant les toutes dernières années qui précédèrent la chute du régime, les Soviétiques mirent en place des tests de dépistage obligatoires pour certains groupes qu'ils considéraient « à risque ».

Concernant les infrastructures, si à la fin du 19^e siècle, plusieurs hôpitaux étaient déjà construits dans les centres urbains de l'empire tsariste, les Soviétiques ont mis en place, dès les années 1920, différentes installations d'accueil des patients ainsi que des pharmacies. Les hôpitaux se situaient généralement dans les villes ou dans les « chefs-lieux » des districts, et concernaient les cas les plus graves. Pour les symptômes moins importants, la population pouvait se rendre dans les *Polycliniks*, qui étaient nombreuses dans les régions rurales. Enfin, les *Medpunkts* constituaient des centres d'accueil et de soins basiques situés dans les villages.

Poursuivant ce que la colonisation tsariste avait déjà entrepris, et se basant cette fois sur des statistiques, les Soviétiques ont développé une propagande affirmant la toute-puissance de la médecine moderne : « Reflecting the mentality of the party and public health officials, medical workers, and antireligious activists that produced them, newspapers, pamphlets, training manuals for medical cadres, lectures, slide shows, and posters all tell the same story of the progress and civilisation that came with biomedecine » (Michaels, 2003 : p. 69). Cette propagande soviétique s'accompagnait également d'une dévalorisation de la médecine locale, sur le même modèle que les colonisateurs tsaristes avaient déjà utilisé. Cependant, bien que les guérisseurs locaux aient continué à être actifs pour une grande partie de la population indigène, la politique soviétique a fortement influencé les itinéraires thérapeutiques des locaux, notamment par le fait que tout individu jouissait d'un accès gratuit aux soins.

Une décennie avant la chute de l'empire, le système de santé soviétique a commencé à montrer des signes de faiblesse. Ce phénomène est notamment observable à travers la forte augmentation de la mortalité dans toutes les régions de l'URSS dès les années 1980, ainsi qu'avec l'apparition de toute une série d'autres défaillances diverses du système. Celles-ci concernaient par exemple, l'approvisionnement de nombreuses régions en médicaments, des campagnes de vaccination qui n'ont pas pu être effectuées, le vieillissement des infrastructures et du matériel de soin ou encore la diminution du personnel de santé (Hohmann, 2009-2). Cette dégradation est essentiellement liée, toujours selon Hohmann, à la crise économique qui faisait rage en URSS pendant les années 1970 et qui a amené les dirigeants de l'URSS à diminuer graduellement les budgets alloués à la santé dans les territoires plus éloignés du centre jusqu'en 1991.

La chute de l'URSS a entraîné des transformations considérables dans l'organisation des Républiques centrasiatiques, notamment en ce qui concerne la santé. Alors que le système soviétique offrait la gratuité des soins à tous les citoyens de l'URSS, l'indépendance amena dans ses premiers temps, la privatisation de tous les secteurs de la santé dans certains pays. En République kirghize, cet évènement s'est produit alors que la population connaissait de graves situations de paupérisation : « Le coût de la santé, auparavant supporté par l'État, s'est trouvé accru par l'effet des privatisations et de la commercialisation de nombreux services de soins, en même temps qu'il était brutalement transféré sur les ménages » (Atlani-Duault, 2005 : p. 72). À cela, s'ajoute également la situation économique de la République kirghize qui, lâchée brutalement par les Soviétiques, a vu son PIB s'effondrer à partir de l'indépendance. Ce phénomène a alors engendré une forte diminution des budgets de santé, qui ont conduit à une forte émigration du personnel qualifié en Russie (Atlani-Duault, 2005 : p. 72), ainsi qu'une pénurie de médicaments et de matériels dans un contexte de vieillissement des infrastructures sanitaires. Certains auteurs n'hésitent alors pas à parler d'une « dégradation du système sanitaire » en citant toute une série de problématiques telles que : « diminution de la surveillance épidémiologique, baisse du taux de vaccination, développement de maladies chroniques chez les enfants, femmes enceintes et personnes âgées, recrudescence de pathologies que l'on croyait disparues comme la tuberculose, le choléra et la peste, envolée des MST, hausse de la consommation de drogue, nombreux cas de malnutrition chez les jeunes » (Laruelle, Peyrouse, 2008 : p. 17).

Toutefois, cette vision négative de la situation n'est pas convaincante pour tous les chercheurs. Pour d'autres auteurs, il est nécessaire de nuancer les propos et de ne pas peindre un tableau complètement négatif de cette période, car : « contrairement aux présupposés trop souvent émis depuis 1991, la période qui suit la disparition du système soviétique ne semble pas constituer une rupture totale en terme de santé publique dans les États d'Asie centrale : il n'y a pas eu de crise sanitaire et encore moins d'effondrement du système de santé » (Poujol et al., 2005 : p. 2). En effet, bien que les règlements ont été modifiés, il existe encore actuellement une gratuité des soins pour les populations. Pour cela, les individus doivent se présenter dans les hôpitaux publics de leur village ou ville d'origine, où ils sont encore enregistrés. Parallèlement, des hôpitaux privés et payants ont vu le jour dans les grands centres urbains et particulièrement dans la capitale. De plus, le système de santé soviétique connaissait déjà des difficultés avant l'effondrement du régime, si bien qu'à l'indépendance, l'organisation structurelle ne va pas connaître de grands changements. Enfin, vont rapidement entrer en scène en République kirghize, les organisations internationales, les agences de coopération et les ONG pour suppléer aux carences qu'a induites l'indépendance.

Du point de vue de l'organisation interne du pays, le Ministère kirghiz de la Santé avec l'aide de l'OMS et le support de la Banque Mondiale et de l'USAID, a développé entre 1994 et 1995, un programme de réforme du domaine de la santé, qui a pris le nom du célèbre héros national : *Manas*. En effet le *MANAS Health Care Reform Programme 1996-2006* a été adopté en 1996 par l'état kirghiz. Il consistait par exemple à recentrer les actions médicales plus spécifiquement sur les soins de santé primaires, à transformer le système de financement, ou encore à améliorer l'efficacité des services (Baschieri, Falkingham, 2006). En 2005, une année avant la fin du programme de réformes, le Ministère de la Santé a élaboré la deuxième phase du processus appelé *Manas Taalimi*¹⁷ 2006-2010. Dans cette deuxième étape, les soins de santé primaires tenaient toujours une place importante, on prévoyait aussi une meilleure efficacité des FAP dans les villages, et une transparence de l'utilisation des fonds était également prônée (Baschieri, Falkingham, 2006). Enfin et surtout, une plus grande importance a été portée sur la promotion de la santé. À cet effet, le ministère de la Santé a créé l'Unité gouvernementale de promotion de la santé (The Health Promotion Units - HPU).

Les réformes *Manas* ont été intégrées dans le processus des PRSPs du FMI et de la Banque Mondiale, et ont été une réussite à l'échelle nationale pour différentes raisons, notamment par « the unusually high level of co-ordination and co-operation between the key international and bilateral donors working in the health sector in Kyrgyzstan. Early in the process, the *MANAS* Programme became the umbrella project for all the various actors and this has meant that all the activities have focused on achieving the same set of goals » (Baschieri, Falkingham, 2006 : p. 459). Je reviendrai dans la suite de ce travail sur les liens entre ces réformes et le projet mis en place par la DDC et la Croix-Rouge suisse.

Malgré ces différents contextes historiques et médicaux, il est possible de remarquer que ni l'époque coloniale, ni l'ère soviétique n'ont réussi à supprimer les savoirs locaux, en termes de médecine et de thérapies. En effet, les acteurs thérapeutiques alternatifs à la médecine moderne ont continuellement été consultés de l'arrivée des Russes au 19e siècle jusqu'à la chute de l'URSS en 1991, et au-delà de l'indépendance (Poujol et al. : 2005). Les activités des guérisseurs étaient toutefois beaucoup plus élevées dans les régions rurales, plus éloignées des centres médicaux et moins dépendantes des contraintes coloniales. Cependant, le nouveau contexte sociétal postsoviétique, notamment caractérisé par l'arrivée de nombreux acteurs internationaux de la santé, a alors participé à la modification des itinéraires thérapeutiques individuels.

¹⁷ *Taalimi* signifie : « leçons apprises par le passé » (Schueth, 2010).

Dans les grands centres urbains tels que Bishkek, il est possible de constater une offre de médecines alternatives aussi variée que dans les grandes villes européennes : médecine allopathique, médecine chinoise, ayurvédique, tibétaine, homéopathie, etc. Toutefois, de nombreux acteurs locaux de la santé sont également très présents. D'une manière générale en Asie centrale, les guérisseurs « bénéficient d'une très large légitimité au sein de la communauté locale et revêtent une fonction tant thérapeutique que spirituelle. Ils empruntent leurs pratiques médicales à la médecine traditionnelle et à ses diverses influences initiales ainsi qu'à d'autres thérapies traditionnelles reposant sur des systèmes de croyances. Le recours aux différentes catégories de guérisseurs est courant et complètement intégré depuis des générations par la population » (Hohmann, 2009 : p. 328). C'est notamment le cas en République kirghize, où de nombreux praticiens issus d'horizons différents oeuvrent dans le cadre thérapeutique et connaissent encore un franc succès actuellement. Dans cette pluralité, il est notamment possible de distinguer la figure du *chaman*, du *köz-achik*, du *moldo*, du *tabyp* et d'autres encore, sur lesquels je vais revenir plus en détail plus loin dans ce travail¹⁸. Ces différents acteurs, issus de « systèmes de croyances » variés, témoignent de la forte pluralité religieuse déjà évoquée dans la région. Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des patients, les guérisseurs offrent des soins autant physiques que psychiques. Toutefois, il n'est pas toujours évident de reconnaître la nature de certaines pratiques : « L'imbrication des « médecines » et des pratiques magico-mystiques et religieuses complique la distinction entre l'exercice de la médecine telle que nous la caractérisons au sens moderne du terme et les pratiques thérapeutiques qui relèvent d'un syncrétisme touffu et singulier à la fois » (Poujol et al., 2005 : p. 11). Cela impose la nécessité d'une prise de recul sur la conception de la médecine telle que je me la représente, ainsi que sur les actions thérapeutiques. Je reviendrai plus en détail sur cette question du pluralisme thérapeutique, dans un chapitre de la deuxième partie de ce travail.

Concernant l'aide et le développement, de manière générale, les anciennes républiques soviétiques d'Asie centrale, jusqu'au moment où elles se virent imposer l'indépendance en 1991, n'avaient jamais connu d'aide au développement. En effet, durant la période soviétique, un système de services sociaux avait été mis en place dans l'ensemble de l'empire et « les ONG, dans le sens occidental du terme, étaient inconnues en URSS où tout groupement indépendant des structures officielles était interdit » (Atlani-Duault, ADA : p. 93). Aux premières années de l'indépendance, le niveau de vie des habitants ainsi que le système économique national kirghiz ont connu une situation critique. Face à ces difficultés, la République kirghize s'est montrée très rapidement ouverte à l'Occident et aux réformes, tant au niveau économique avec des acteurs tels que la Banque

¹⁸ Voir chapitre 8.

mondiale, le FMI, la Banque asiatique de développement, qu'au niveau politique, avec l'instauration de la « bonne gouvernance » prônée par l'OSCE, l'ONU ou d'autres organisations comme l'OFS. Parallèlement, ce sont également de multiples accords bilatéraux qui ont été signés et qui ont entraîné l'arrivée de nombreuses chancelleries diplomatiques et des agences de coopération dans la capitale. La République kirghize est alors devenue « le nouveau pays de cocagne de la coopération internationale » (Petric, 2013 : p. 41). Cette situation invite des auteurs à considérer que la société kirghize est passée d'une dépendance à la Russie à une dépendance internationale (Japarov, Petric, 2006).

Ce contexte a également été favorable à l'apparition d'un grand nombre d'ONG locales : « La nécessité de créer des ONG s'est imposée dans le tissu social kirghiz, car les pouvoirs locaux, symboles de l'État, ne pouvaient pas solliciter directement l'aide internationale ou l'assistance d'une grande ONG ». (Petric, 2008 : p. 96). Ce sont donc des intérêts stratégiques qui sont à la base de la création de ces ONG, d'une part de créer une société civile en mesure de contredire l'État et d'autre part, dans le but d'attirer des investissements étrangers. Cependant, parmi les quelques milliers d'ONG régionales, très peu découlent d'initiatives développées par les populations locales. Celles-ci relèvent plutôt des intérêts des organisations internationales, ce qui fait affirmer à certains auteurs, que le processus a été imposé non pas du bas vers le haut, mais au contraire, du haut vers le bas, ce qu'on appelle des projets *top-down* (Japarov, Petric, 2006). Toutefois, la Banque mondiale et l'OMS ont développé à partir de 1996, en coopération avec le gouvernement kirghiz, un réseau de médecins de famille dans les zones rurales. Ce projet a précédé l'arrivée de la DDC et de la Croix-Rouge suisse, et en a quelque peu préparé le terrain.

Pour terminer cette partie, voici quelques précisions sur le contexte social. Les Kirghiz vivent regroupés en village depuis les années 1920 seulement, date qui correspond à l'introduction du système soviétique dans la région (Petric et al., 2009). Ce phénomène social constitue un changement radical du mode de vie des populations rurales, qui avaient conservé pendant l'époque tsariste, dans de nombreuses régions du pays, la pratique de la transhumance. Durant l'époque soviétique, les *kolkhozes* représentaient des institutions sociales. L'indépendance les a amenés à disparaître. Aujourd'hui, les villages des zones rurales trouvent à leur tête un maire du district, incarné par le président de l'*Ail Ökmötu*, qui joue un rôle politique et local important et d'un chef de village : l'*Ail Bashy* qui le seconde dans ses choix.

Dans les villages, l'importance de la « communauté » est encore très grande aujourd'hui. En effet, le terme de « communauté » peut signifier la famille généalogique, le voisinage, le quartier ou le

village. De nombreuses occasions réunissent encore les habitants de manière régulière. Ces « communautés » sont également régulées par des formes diverses de solidarités, qui peuvent être classées en types distincts selon Jacquesson, à l'image du *tuuganchilik*, qui correspond à une solidarité formelle, qui s'inscrit dans le réseau familial patrilinéaire (Jacquesson, 2006). Ces différentes formes de solidarités constituent une certaine sécurité pour les familles face à la pauvreté, ou en cas de famine, et cela plus particulièrement dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains.

Concernant l'organisation familiale enfin, il est également intéressant de préciser que dans une famille, c'est l'homme le plus jeune, le cadet, qui hérite et qui reste dans la maison des parents et qui s'occupera d'eux en compagnie de sa femme, durant leur vieillesse. Les frères et soeurs du cadet quittent la maison familiale au moment de leur mariage respectif. Lors des mariages, le futur mari doit verser une *Kalym*, c'est-à-dire une dot à hauteur d'environ 2'000 \$ à 5'000 \$ à la famille de sa future femme.

4. Le projet : Community Action for Health Project in Kyrgyz Republic (CAH) - Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project (KYSS-HP)

Le projet *Community Action for Health in Kyrgyz Republic* (CAH) ou Action communautaire pour la santé en République kirghize, est un programme de développement de la santé mis en place à la fin des années 1990 en République kirghize par le Département du Développement et de la Coopération suisse (DDC) et dont l'opérationnalité est assurée par la Croix-Rouge suisse (CRS). Il est actuellement rebaptisé *Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project* (KYSS-HP)¹⁹, suite à l'étroite collaboration de la DDC avec l'agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA), quant au financement des activités. Ce projet consiste en une coopération entre des communautés villageoises des zones rurales kirghizes, réunies en comités de santé de village (CSV) et le Ministère kirghiz de la Santé.

Dans le cadre de ce programme, les villageois bénévoles formant les comités mettent en place des activités de promotion de la santé liées aux recommandations du Ministère de la Santé, mais ont aussi la possibilité d'agir eux-mêmes sur des questions relatives à leur propre région par des initiatives personnelles : des « actions de santé ». Celles-ci sont soutenues par les autorités politiques, et servent également de relais des autorités gouvernementales, en travaillant dans une forme de partenariat. Ces « actions de santé » traitent différentes problématiques listées par les comités, en collaboration avec d'autres unités spécialisées dans le domaine médical et dans la promotion de la santé. Ces initiatives qui sont définies suivant les priorités du contexte local varient donc d'un village à l'autre. Elles se basent sur des constats sanitaires et engendrent des activités de promotion ou de recommandation transmises à la population. Par la suite, des équipes médicales des districts ou d'autres autorités compétentes conduisent des enquêtes statistiques sur l'évolution de la situation pour mesurer par exemple le progrès ou la régression d'une maladie. Parmi les pathologies principales sur lesquelles les comités se concentrent, il est notamment possible de citer l'alcoolisme, la tuberculose, la brucellose, l'anémie, l'hypertension, les infections respiratoires, l'hygiène buccale, la malaria, les rapports sexuels ou les problèmes liés au sel iodé (Schueth, 2010 : p. 36).

¹⁹ Dans la suite du travail, j'utiliserai l'abréviation KYSS-HP pour nommer le projet.

Les premiers CSV sont apparus en 2002 dans l'*oblast* de Naryn et plus précisément dans le *rayon* de Jungal, avant que le projet ne s'étende dans le reste du pays. En 2013, la République kirghize ne dénombrait pas moins de 1'700 comités de santé, ce qui représentait 84 % des 1771 villages kirghiz et concernait environ 3,3 millions d'individus²⁰ (www.cah.kg). Dès les balbutiements du programme, la CRS et la DDC avaient manifesté le désir de collaborer avec la population. L'idée de former des organisations de volontaires spécialisées dans la santé afin de développer des capacités d'autonomie, s'est alors imposée comme l'objectif central du projet, ce qui a donné naissance aux comités de santé des villages (CSV ou VHC en anglais) : « At the core of CAH in Kyrgyzstan are village health committees (VHCs) » (Schueth, 2010 : p. 20). Ces organisations constituées en unités indépendantes représentent la société civile du village et définissent les besoins à l'échelle locale. Cependant, des fédérations qui interviennent au niveau des *rayons* ont aussi été formées, les *Rayon Health Committees* (RHC). Ces dernières sont devenues des ONG officielles, enregistrées en tant que telles et collaborant avec d'autres organisations non gouvernementales, ce qui garantit de surcroît leur indépendance. Enfin sur le plan national, une coalition regroupant les acteurs de toutes les régions du pays a été créée en 2010, l'Association des comités de santé des villages (AVHC). Les CSV et les RHC travaillent en partenariat avec les Unités de promotion de la santé (HPU), eux-mêmes chapeautées par le Centre républicain pour la promotion de la santé (RCHP), et donc par le Ministère de la Santé en coopération avec la DDC. Les HPU assurent ainsi le lien et le soutien du gouvernement aux comités sur le terrain. Ce projet a donc renforcé les liens entre le pouvoir et les villageois, ce qui apporte une meilleure cohérence nationale du système de santé.

Le projet, qui représente un succès en soi par le fait que les Kirghiz sont aujourd'hui impliqués et engagés dans le destin de leur situation sanitaire, est régulièrement cité comme un modèle de réussite en matière de développement. Selon Schueth, le directeur exécutif du projet, cela s'explique notamment par les méthodes utilisées, par le travail en réseau qui finance le programme, mais surtout : « The glue that binds them together to become effective is non-dominant, respectful behaviour of programme workers with community members » (Schueth, 2010 : p. 8). À ce propos, des formations intensives sur le comportement non dominateur ont été mises en place par la CRS, pour les membres des comités de santé et aussi pour toute personne qui intervient dans le cadre du projet. Pour Schueth, ces formations sont aussi importantes que l'acquisition de connaissances médicales et sanitaires.

Ce projet s'inscrit dans la continuité d'un programme de réforme du système de santé kirghiz, initié par le Département du Développement et de la Coopération suisse (DDC), au cours de la décennie

²⁰ Voir photographie des villages à l'échelle du pays (Annexe 3).

1990. L'agence suisse de coopération ambitionnait préalablement le développement de soins de santé primaire à l'échelle du pays, notamment par la reconstruction des infrastructures, dont les hôpitaux de l'*oblast* de Naryn étaient les premiers sur la liste (Schueth, 2010). Cette entreprise constituait la première phase d'action, mais ne concernait que des aspects matériels. Mandatée par la DDC, la Croix-Rouge suisse participait et collaborait également à la réussite de ce programme initial. Les dirigeants de la CRS, dont Tobias Schueth présent sur le terrain depuis le début des années 2000, ont alors proposé un plan de promotion de la santé dans les zones rurales du pays avec une participation active de la population. Cette initiative avait éveillé, dans les premiers temps, la méfiance du Ministère kirghiz de la Santé (MoH) (Neuhaus, 2013). Toutefois, en raison du fait que la DDC sut s'attirer la confiance des autorités kirghizes, et qu'elle accepta de financer le projet, le CAH²¹ put débuter en été 2000. Cette initiative visait à améliorer la santé à l'échelle du pays, mais devait aussi servir à restructurer tout le système de santé encore bien ancré dans l'idéologie soviétique.

C'est ainsi que toute une série de PRA a été réalisée d'abord dans le *rayon* de Jumgal, dans l'*oblast* de Naryn entre 2000 et 2001, afin de sonder les priorités des populations de différents villages. Suite à ces réunions, les premiers CSV ont été constitués, tantôt par votation au sein de la communauté, tantôt par volontarisme. Jumgal est un *rayon* formé de 15 villages, et les premiers bénévoles ont commencé leurs activités de promotion de la santé au sein d'un comité de santé en 2002. Devant le succès de l'instauration de cette nouvelle organisation, le projet a alors endossé pendant une certaine période, l'appellation de « *The Jumgal model* ». Puis, durant les mois et les années qui ont suivi, le travail de la CRS s'est poursuivi d'abord dans les autres villes des différents *rayons* de Naryn, si bien qu'en 2004, pratiquement tous les villages de l'*oblast* possédaient leur comité de santé (Schueth, 2010 : p. 26). Le projet s'est ensuite étendu dans l'*oblast* de Talas, au Nord-Ouest du pays.

L'année 2005 marque l'institutionnalisation du projet dans les plans nationaux de santé, par son entrée dans la réforme *Manas Taalimi*, programme décrit précédemment²². L'année suivante, 2006, a vu d'autres acteurs participer au financement du projet notamment les Agences de coopération au développement suédoise (SIDA), et américaine (USAID). Dès lors, le projet s'est accéléré pour se déployer dans tous les *oblasts* du pays entre 2007 et 2010, c'est-à-dire Issyk-Kul, Tchuy, Jalal-Abad, Osh et Batken²³ (Schueth, 2010 : p. 26). Depuis, d'autres organismes internationaux se sont greffés

21 À ce moment le projet ne s'appelait pas KYSS-HP mais CAH.

22 Voir chapitre 3, p. 60.

23 Voir tableau récapitulatif, décembre 2013 – (Annexe 4).

sur le projet et plus particulièrement sur son financement, entre autres l'Agence de coopération et de développement du Liechtenstein (LED), la Banque mondiale et le Département pour le développement international (DFID).

En se penchant à présent sur le fonctionnement organisationnel du projet, il est possible d'observer qu'à l'origine, la Croix-Rouge suisse avait initié les premiers participants à travers des sessions de PRA à partir de l'été 2000, dans différents villages de l'*oblast* de Naryn. Au départ, une équipe de médecins et d'infirmières de la capitale avait été formée à ce type d'exercice par des membres de la CRS. Dans la pratique des PRA, les participants doivent se mettre sur un pied d'égalité avec les populations locales et doivent apprendre de ces gens en les écoutant et en ne les jugeant à aucun moment. Cela signifie que les personnes qui ont organisé ces sessions, ne devant pas user de comportements dominants face aux locaux. D'ailleurs, de grandes difficultés ont été rencontrées au début du projet, par le fait que les équipes médicales locales se sentaient supérieures aux villageois, dans une continuité de la mentalité soviétique « that regarded the health of the people as the responsibility of the state, rather than of the people themselves » (Schueth, 2010 : p. 23). Toutefois, l'équipe médicale s'est montrée rapidement ouverte au fait d'apprendre une nouvelle méthode de recherche et s'est très vite adaptée aux règles des PRA.

Lorsque ces sessions se sont terminées, la méthode et les résultats de recherche ont été présentés à Bishkek devant d'autres équipes médicales, qui allaient être également formées à ce type de pratiques. Cette démarche visait divers buts. Le principal consistait à définir des priorités générales sur lesquelles la population voulait intervenir pour ainsi connaître l'orientation des actions futures. Il s'agissait également de démontrer aux populations locales et villageoises la méthode de travail à laquelle elles allaient être confrontées par la suite. C'est ainsi que les habitants des zones rurales de Naryn ont défini des priorités qui concernaient leur village à l'aide de l'exercice des PRA, dans des sessions où étaient présents des villageois et des représentants de la FAP.

Après que les membres de la CRS aient sondé les besoins et les ambitions des villageois, se déroulait la formation des comités de santé. Ces derniers s'organisaient de manière démocratique, lors de séances au cours desquelles les personnes présentes élaient les membres du comité et un présidente. Lorsqu'un comité de santé d'un village était formé, il organisait des rencontres régulières afin de mettre en place des actions de santé. Ces dernières étaient décidées avec le RCHP, qui tenait compte des priorités discutées avec les membres des comités. D'une manière générale, les actions étaient organisées sous forme de journée de prévention et de promotion de certains comportements

adéquats. Pour illustrer cela par un exemple : pour prévenir les risques liés à la brucellose²⁴, les villageois démontraient publiquement comment vider un animal sans danger.

Les membres des comités de santé des villages travaillent bénévolement et se rencontrent régulièrement développer leur influence dans le village. Les CSV collaborent aussi avec les autres instances présentes dans leur village, à savoir la mairie, la FAP, le parlement de l'école, le parlement des âgés²⁵. Des collaborations sont aussi développées avec les comités de *rayons* qui sont eux-mêmes rattachés à l'Association des comités de santé des villages ainsi que d'autres ONG, enfin aux unités de promotion de la santé qui elles, sont rattachées au Centre Républicain de la promotion de la santé²⁶. Il arrive que les actions de santé soient imposées par le haut, c'est-à-dire que le RCHP détermine un thème pour chaque mois. Dans ce cas les CSV organisent leur action en fonction. De même, il peut y avoir des actions de santé spontanées relatives à un village en particulier lequel se mobilise sur une thématique donnée.

Pour aborder à présent les questions relatives à l'idéologie où à la philosophie portée par ce projet, je commencerai par un bref éclairage général, qui constitue d'ailleurs un rappel. Lorsque l'on aborde des programmes de développement, il est possible de constater dans la littérature qui s'intéresse à ce domaine, que de nombreux projets d'aide ou de coopération opposent très souvent « connaissances locales » et « connaissances occidentales ». Cette dichotomie, qui repose sur des idées issues d'une conception civilisatrice de l'aide, est d'ailleurs fortement critiquée par de nombreux auteurs travaillant sur la thématique du développement. À l'opposé, il existe d'autres approches qui considèrent comme indispensable le fait de prendre en compte ce « savoir indigène », et même de le valoriser au maximum. Olivier de Sardan qualifie d'ailleurs cette posture de « populisme idéologique » comme je l'ai déjà démontré (Olivier de Sardan, 2001 : p. 738), qui développerait une « vision enchantée des savoirs populaires » (Olivier de Sardan, 2001 : p. 738), et qui biaiserait le processus scientifique.

En ce qui concerne le projet de la Croix-Rouge et de la DDC en République kirghize, les dirigeants de ces organisations ont trouvé important d'introduire les populations locales au sein des activités du projet. Les villageois ne sont toutefois pas complètement autonomes, mais ils sont encadrés par des équipes médicales et se chargent plus spécifiquement de la prévention et de la promotion de la santé. Il y a donc un cadre posé par les développeurs et des acteurs locaux qui peuvent interagir et

24 La brucellose est une maladie contagieuse qui se transmet par un contact avec les moutons au moment du travail de boucherie.

25 Le parlement des âgés ou des personnes âgées, souvent considérés comme des « sages » se retrouvent pour prendre des décisions concernant leur village. Ils sont régulièrement consultés dans le cadre du projet KYSS-HP.

26 Voir en annexe le graphique représentant l'agencement organisationnel du projet. (Voir Annexe 6)

prendre quelques libertés sous la conduite d'experts. Les connaissances des locaux ne sont donc pas considérées comme primordiales. En effet, ils suivent régulièrement des conférences, des cours ou des formations administrées par des acteurs plus élevés hiérarchiquement. Les recommandations et les valeurs transmises à travers le projet reposent ainsi sur des concepts de santé internationale, promues à travers les grandes conférences internationales. Pour illustrer ce phénomène, il est possible de citer l'accent porté sur la promotion de la santé, sur la prévention, sur la participation communautaire ou encore sur les comités de santé. Tous ces concepts ont été encouragés lors de ces conférences concernant le domaine du développement. Il s'agit donc d'un système de valeurs à établir dans les situations de développement. D'ailleurs, pour un membre de la direction du projet, que j'ai pu rencontrer à l'Assemblée de l'Association des comités de santé des villages, l'importance se situe dans le fait d'instaurer des valeurs communes au sein d'un village, pour que tous marchent dans le même sens en vue d'une collaboration efficace.

Il y a également un désir de responsabilisation des habitants des villages à travers ce projet. En effet, si des villageois deviennent bénévoles et s'engagent dans ce programme, ils font des visites à domicile, ils offrent des informations et de l'aide, ils encouragent l'agriculture de subsistance... Les autres villageois sont ainsi sensibilisés à de nombreuses pratiques. Le projet ambitionne également de créer de « nouvelles traditions », qui modifieraient celles qui existent déjà actuellement (Schueth, 2010). Les organisations incitent par exemple les Kirghiz à refuser la consommation d'alcool, à dépenser moins d'argent pour les fêtes telles que les mariages ou les funérailles. Il existe donc une volonté de transformer certaines coutumes ou réalités sociales existantes dans les villages au profit d'une meilleure santé générale.

En examinant les multiples acteurs qui oeuvrent dans le cadre du projet KYSS-HP, on découvre l'existence de différents niveaux superposés de protagonistes, des organismes internationaux aux organisations villageoises et locales. Ce constat permet de mettre en perspective le jeu d'échelle auquel j'ai été confronté dans le cadre de ma recherche, mais aussi la pluralité d'acteurs qui se sont greffés sur le projet et la diversité des enjeux qui jaillissent de cette situation. Les acteurs internationaux, notamment les organisations internationales et les coopérations de développement représentent l'échelle macro. Les intervenants nationaux et étatiques de la République kirghize peuvent être considérés comme l'échelle méso ou médiane. Enfin, les regroupements villageois, régionaux et locaux, représentent l'échelle micro. Pour les présenter, je propose une approche en entonnoir, du global au local, afin de comprendre quels sont leurs objectifs. Pour commencer, je m'arrête donc sur les acteurs étrangers et internationaux :

Le Département du Développement et de la Coopération suisse (DDC) se situe à l'origine du projet de développement de la santé en République kirghize depuis 1999. La Suisse était toutefois déjà présente dans le pays une année après l'indépendance, en 1992 (www.deza.admin.ch). En effet, alors que la République kirghize rejoignait le groupe suisse au FMI, à la Banque mondiale et à la Banque européenne pour la reconstruction et le développement, les dirigeants des deux pays ont négocié des accords bilatéraux. Dès lors, la République kirghize est devenue le partenaire principal de la coopération suisse en Asie centrale. En 1994, des accords de coopérations ont été officiellement signés, et en 1996 l'Office suisse de la Coopération s'est installé à Bishkek (<http://www.swiss-cooperation.admin>). L'aide helvétique envers la République kirghize s'élève, depuis 1993, à quelque 292 millions de francs suisses, investis dans différents programmes techniques, financiers ou humanitaires²⁷. Les projets dans lesquels la DDC s'est impliquée durant toutes ces années concernent la santé, des questions liées à l'environnement et plus particulièrement la gestion de l'eau, des réformes dans le domaine public, la rénovation des infrastructures, le développement du secteur privé ou encore la promotion de la culture. La Suisse a renforcé sa présence en République kirghize depuis 2012, date à laquelle une ambassade a été ouverte à Bishkek. L'actuel ambassadeur suisse est Laurent Guye, et l'actuel député directeur de la Coopération est Remy Duiven.

Actuellement, de nombreux projets sont encore en phase de développement, alors que d'autres sont programmés pour les années à venir. Ceux-ci concernent la gestion des budgets par les mairies villageoises, la formation policière, la promotion d'emplois pour les jeunes, un partenariat entre les facultés kirghizes et suisses de médecine, l'élimination des déchets, les réformes du système de santé, l'assistance juridique à la population rurale ou encore, le développement agricole (<http://www.ddc.admin.ch>). Les relations bilatérales entre la Suisse et la République kirghize sont donc étroites, et pour illustrer cela, je cite la « *visite de courtoisie* » d'Éveline Widmer-Schlumpf les 6 et 7 juillet 2014 (www.news.admin.ch), où elle rencontra le président Atambaïev, le premier ministre, les ministres des Finances, de l'économie et le gouverneur de la banque centrale. Elle en a également profité pour visiter différents projets menés par la Coopération au développement. Enfin, le même article mentionne que l'aide suisse à la République kirghize s'élève à « quelque 300 millions de francs » depuis 1994 (www.news.admin.ch). Enfin, plus récemment Didier Burkhalter s'est rendu en Asie centrale, et notamment en République kirghize le 22 novembre dernier afin d'entretenir ces relations.

²⁷ Voir les chiffres officiels de l'assistance financière suisse en République kirghize depuis 1993 : (Annexe 5)

La Croix-Rouge suisse (CRS) a été initiée en 1866 à Berne, par le général Guillaume Henri Dufour et le conseiller fédéral Jakob Dubs. Elle s'était donnée comme buts premiers d'être au service de l'Armée suisse, ainsi que de secourir et de protéger les familles. Les premières missions à l'étranger datent du début du 20^e siècle, lorsque des équipes médicales ont été envoyées en Afrique du Sud, pendant la guerre des Boers. C'est cependant à partir de la Deuxième Guerre Mondiale, que la CRS s'est réellement internationalisée et s'est engagée de manière civile dans de nombreux projets dans un peu moins de 30 pays à travers le monde (www.redcross.ch). Si les actions de la Croix-Rouge relevaient plutôt, dans un premier temps, d'interventions d'urgence, les projets à long terme se sont très vite inscrits aux programmes de ses interventions. L'exemple kirghiz en est d'ailleurs une représentation.

En effet, dès 1999, mandatée par la DDC, la Croix-Rouge suisse a été présente en République kirghize dans le but d'améliorer le niveau de la santé local, tout en collaborant avec les instances étatiques et avec la population. Les membres de la CRS ont notamment contribué à l'organisation d'un nouveau système de santé, avec la formation de nombreux médecins de famille à travers le pays. Le directeur exécutif du projet, Tobias Schueth, a été présent sur le terrain de 2001 au mois de mai 2014, lorsque son mandat s'est achevé. Il s'est particulièrement concentré sur le développement du projet concernant les bénévoles. Il est d'ailleurs très largement connu dans tout le pays.

L'agence suédoise de Coopération Internationale pour le développement (SIDA) oeuvre dans de nombreux pays pour que les populations puissent améliorer leurs conditions de vie, tout en respectant les directives du parlement suédois. Voici la devise qu'il est possible de lire sur le site officiel de la Coopération (www.sida.se). L'agence revendique des interventions dans différents domaines tels que la démocratie, les droits humains, la liberté d'expression, l'environnement et l'agriculture, l'égalité des sexes, la santé, l'éducation et le marché. Ayant installé un consulat à Bishkek, les Suédois co-financent le projet de santé mis en place par la Croix-Rouge suisse en République kirghize depuis 2006, aux côtés des autres donateurs.

L'USAID constitue l'agence américaine pour le développement international, et apparaît en 1961, plus précisément dans le programme du *Plan Marshall*, sous le président Kennedy. L'agence vise à promouvoir la démocratie et la croissance économique dans les pays « en difficulté », tout en réduisant la pauvreté. Elle est actuellement à la tête de 1831 projets dans un grand nombre de pays différents. Cette agence de coopération s'est souvent trouvée au milieu de nombreuses controverses qui l'accusent d'être un levier stratégique des ambitions impérialistes du gouvernement américain : « L'USAID aurait développé le monde entier suivant le discours du président Truman si la guerre

froide n'avait pas entretenu un puissant mouvement anti-impérialiste contre les deux impérialismes distincts évoqués : celui des puissances coloniales européennes et celui des USA » (Selim, Hours, 2010 : p. 16). De nombreuses accusations sont proférées contre cette organisation, notamment des suspicions d'espionnage, de déstabilisation politique ou de manipulation géostratégiques. Elle a d'ailleurs été interdite de plusieurs pays tels que la Russie en 2012, et la Bolivie en 2013. Cependant, l'USAID finance de grands investissements dans les pays dans lesquels elle est active.

Ses activités en République kirghize ont débuté à la fin de l'année 1992. L'USAID a contribué développement de nouvelles lois et de règlements concernant les microcrédits ainsi que d'autres aspects financiers, afin de favoriser l'émergence de nouvelles entreprises. Elle a également oeuvré à la restructuration de la Banque Nationale et orienté l'économie kirghize vers les normes internationales. Dans le domaine environnemental, l'USAID a notamment participé à la gestion de l'eau du pays. Quant à l'univers politique, l'agence américaine a favorisé la création de la société civile kirghize et a encadré de nombreuses élections parlementaires (www.usaid.gov). Enfin, en ce qui concerne le projet qui nous intéresse, l'USAID a coopéré aux côtés de la CRS, de LED et de SIDA dans son financement, à partir de 2006.

Le Service Lichtensteinois de Développement (LED), est une fondation chargée de la Coopération au développement qui est soutenue par le gouvernement du pays. Elle a été fondée en 1965 et s'intéresse aux domaines de l'éducation et de la santé dans les régions rurales. Elle place également l'environnement, l'égalité des sexes et l'égalité sociale au centre de ses préoccupations. Ce service participe à de nombreux projets en partenariat avec d'autres agences de développement, comme c'est notamment le cas du projet KYSS-HP, où le LED participe au financement du projet.

Le Département du Développement international (DFID) représente un organe exécutif du gouvernement britannique, en charge des aspects humanitaires et de l'aide au développement à travers le monde. Il existe depuis 1997 et est rattaché au Bureau des Affaires étrangères. Ses actions concernent des aspects de l'éducation, de l'environnement et de la politique. Il est présent en République kirghize depuis 1998 et possède actuellement une ambassade à Bishkek. Les activités développées dans cette république concernent notamment la promotion de la stabilité et de la prospérité, la prévention de conflits, le soutien au développement, la promotion de la bonne gouvernance et le développement de l'économie de marché. Elle contribue également financièrement au projet de santé de la Croix-Rouge suisse.

La Banque mondiale été créée en 1944 au sommet de Bretton Woods, pendant la Deuxième Guerre mondiale. Son rôle initial était orienté vers la reconstruction de l'Europe d'après-guerre, avec notamment un prêt de 250 millions de dollars à la France en 1947 (www.banquemondiale.org). Puis, elle s'est lancée dans des projets d'infrastructures comme l'endiguement de nombreuses rivières et de fleuves. Dans un contexte de décolonisation, la Banque mondiale s'est engagée dans le développement économique, notamment des états africains et d'Amérique du Sud. Après la chute de l'URSS, la Banque mondiale s'est investie dans toutes les anciennes Républiques soviétiques pour les orienter au marché mondial.

Son siège se trouve à Washington et elle est actuellement composée de différentes institutions, telles que l'Association internationale de développement (AID), le Centre International pour le Règlement des Différends Relatifs aux Investissements (CIRDI), l'Agence Multilatérale de Garantie des Investissements (MIGA), la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD) et la Société Financière Internationale (IFC). La Banque mondiale a souvent été critiquée par de nombreuses ONG, mais aussi par les milieux altermondialistes qui voient en elle un appui au développement des grandes entreprises multinationales au détriment des populations locales, qui servent alors de prétexte à leur présence. De même, la proximité des intérêts de la Banque mondiale et des États-Unis a souvent été dénoncée comme une union visant à l'impérialisme. La Banque mondiale a été présente en République kirghize dès l'indépendance. Elle y a mis en place toute une série de réformes économiques afin d'encourager le développement de l'économie du pays. Dès ce moment, la Banque mondiale a financé un grand nombre de projets, surtout dans le secteur économique, mais également dans d'autres secteurs, dont le projet de santé KYSS-HP.

Après avoir présenté les organismes internationaux, ou l'échelle macro de ce projet, je propose de m'arrêter à présent sur les acteurs qui représentent l'échelle méso, c'est-à-dire nationaux.

Le Ministère kirghiz de la Santé chapeaute le projet KYSS-HP depuis 2005, depuis son entrée dans le programme de réforme *Manas Taalimi*, et coordonne les unités de promotions de la santé avec le centre républicain de la santé et les comités de bénévoles. Le Ministère de la Santé décide également d'un thème général mensuel. Par exemple, le mois d'avril 2014 étant celui de la tuberculose, tous les acteurs du projet ont oeuvré dans la réalisation d'actions contre cette maladie, des unités de promotion de la santé, en passant par les RHC et les CSV.

Le centre républicain pour la promotion de la santé (RCHP) est directement rattaché au Ministère kirghiz de la Santé. Il s'occupe également de la coordination des CSV, des RHC et des HPU. Dans

le cadre du projet KYSS-HP, cette agence dirige les HPU présentées ci-dessous et les assiste dans leur travail. Toutefois, ce centre n'est pas seulement utilisé pour ce projet, mais il est responsable de toutes les questions liées à la promotion de la santé dans le pays (Schueth, 2010). Il représente un lien direct entre les comités des *rayons* et des villages et le Ministère de la Santé.

Les unités de promotion de la santé (HPU) sont des groupes mis en place par le Ministère kirghiz de la Santé dans presque tous les *rayons*. De nombreux membres de ces sections sont issus du corps médical, et sont généralement des infirmières ou des médecins. Les HPU voyagent régulièrement d'un village à l'autre pour offrir des informations concernant certaines maladies, pour coordonner le développement des activités, et pour enregistrer les statistiques de l'évolution du programme. Ils participent également aux réunions aux côtés des CSV et des RHC (Schueth, 2010).

L'Association des comités de santé des villages, formée par les 51 RHC et les 1'700 CSV du pays, représente les intérêts directs des CSV devant le Ministère kirghiz de la Santé et les bailleurs de fonds. Elle a été fondée le 17 mars 2010 en tant qu'association non gouvernementale à but non lucratif. Dans le cadre de cette association, des forums sont organisés pour discuter des différentes mesures qui doivent être prises, mais aussi pour créer des liens entre les comités des différentes régions du pays (www.cah.kg). Tous les présidents des comités de villages se rencontrent une fois par année dans la capitale et le but de ces comités réside également dans la quête de nouveaux investisseurs en vue d'un développement rapide du projet à l'échelle nationale.

Après avoir passé en revue les acteurs internationaux et nationaux, voici les acteurs locaux qui oeuvrent à l'échelle micro.

Les comités de santé des rayons (RHC) regroupent tous les chefs des différents CSV appartenant à un rayon, à raison d'une réunion par mois (Schueth, 2010). Le but de ces rencontres repose sur l'idée d'une solidarité transvillageoise. En effet, en partageant leurs propres expériences, les membres de ces comités apprennent à être plus efficaces en adoptant certaines stratégies testées et appliquées dans les autres villages. De plus, ces comités possèdent un statut juridique particulier, du fait qu'ils sont enregistrés comme des ONG. Les RHC ont alors plus de poids d'un point de vue politique et peuvent engager des discussions avec les *Ail Ökmötu*.

Les comités de santé des villages (CSV) représentent les unités d'action les plus locales, car ils agissent au niveau des villages. Ils se trouvent donc à l'extrémité de la « chaîne », mais possèdent un rôle majeur dans le projet. Ils sont présents dans une grande majorité des différentes régions du

pays. Les membres de ces comités sont des villageois ayant été élus dans certains cas, ou s'étant portés volontaires dans d'autres, pour intégrer de manière bénévole le CSV, dont une personne est désignée présidente. Des réunions sont organisées plus ou moins régulièrement, selon les villages et en fonction des échéances concernant les actions de santé. Le comité possède dans certains cas un cabinet, qui permet de se rencontrer, de travailler et de stocker le matériel utilisé. Dans d'autres cas, ils se regroupent dans une salle mise à disposition par l'école, la mairie ou la FAP (Schueth, 2010). Ces bénévoles reçoivent des formations et des informations dispensées notamment par les professionnels de la Croix-Rouge : « how to function as independent civil society organisations and are encouraged to engage in initiatives addressing local determinants of health » (Schueth, 2010 : p. 27). De même, les bénévoles sont formés sur la manière d'interagir en groupe et sur les comportements non dominants, comme je l'ai déjà mentionné auparavant. Ainsi, chaque action spontanée est le fruit d'une décision démocratique, prise au sein du comité de santé. Enfin, les membres du comité sont encouragés par la CRS à récolter et à économiser de l'argent afin de financer leurs initiatives.

Les FAP ou les FGP sont présents dans de nombreux villages du pays et forment un réseau de soins de santé primaires appartenant au projet de réforme du gouvernement. Les FGP, plus grands et plus équipés se trouvent plutôt dans les villages les plus peuplés, tels que les chefs-lieux de *rayon*, alors que le FAP, également appelés *Medpunkt*, sont plus petits et se trouvent dans les villages de moindre importance. Dans ces centres médicaux travaillent des infirmières ou des médecins qui reçoivent les villageois en consultation. Ils oeuvrent également en collaboration avec les bénévoles des comités de santé. Ils se réunissent d'ailleurs de manière régulière pour discuter des problèmes que leur village rencontre, afin de prendre les mesures de promotion et de prévention nécessaires, mais aussi les décisions d'actions de santé qui correspondent au contexte.

La mairie des districts (Ail Ökmötu) représente un organe du système administratif kirghiz, nommé par l'administration du *rayon* (Schueth, 2010). *L'Ail Ökmötu* représente généralement plusieurs villages au sein d'un *rayon* et dans chaque village se trouve un représentant, appelé *Ail Bashy*. Les représentants de la mairie s'occupent notamment des questions financières, à savoir des impôts, mais aussi de l'utilisation du budget et des fonds gouvernementaux (Schueth, 2010). Ils travaillent également en collaboration avec les comités de santé et réfléchissent ensemble aux investissements indispensables concernant la santé à réaliser dans les différents villages.

Le parlement de l'école est une association d'étudiants qui représentent tous les élèves et les jeunes des villages. Organisé en différents ministères, celui ou celle en charge du Ministère de la Santé de

l'école fait également partie du comité de santé du village et participe aux réunions, ainsi qu'aux actions de santé, où très souvent toute l'école est impliquée (Schueth, 2010).

À travers cette présentation, il a été possible de prendre conscience de la multiplicité des protagonistes qui entrent dans le champ de ce projet et de la diversité des enjeux. Dans ce contexte hiérarchisé, les instances locales, à l'image des comités de santé, se retrouvent sous la pression exercée par les grands organismes nationaux et internationaux. Cette pluralité d'acteurs démontre la difficile articulation entre les situations locales et les enjeux globaux, dans lesquels sont véhiculés, à travers les recommandations, les conseils et les prescriptions de multiples organismes internationaux. Ce sont des enjeux de *global health*, de santé internationale, des questions de politique, de gouvernance locale et régionale qui entrent en jeu, mais aussi des recommandations d'ordre financier ou encore des problématiques d'éducation. Toutes ces valeurs ou ces normes sont alors transférées des grandes institutions nationales et internationales, entre autres développées depuis les sièges de ces organisations à Washington, en Europe et à Bishkek, qui s'appliquent ensuite à l'échelle micro – locale. À travers ces enjeux, il devient possible d'observer dans le particulier et le singulier, le général ou le global, comment les échelles macro et méso interfèrent dans le micro.

Après avoir exploré ce panorama théorique, présenté les axes disciplinaires utilisés, développé différents aspects qui ont attirés au développement, et exposé la situation et le contexte de mon terrain d'investigation, il convient à présent de préciser le développement et les finalités de mon enquête ethnographique. Les objectifs de mon travail de mémoire sont multiples. Il s'agira principalement d'axer la thématique de mon étude sur les volontaires oeuvrant dans les comités de santé de plusieurs villages en particulier. Ces acteurs vont être considérés comme la pierre angulaire du travail, dans le sens où ils représentent des intermédiaires entre les recommandations internationales et les populations locales. Je me pencherai sur la manière dont ils s'approprient le projet communautaire en tant que phénomène social, et comment ils organisent la vie du village autour de lui. Il sera notamment intéressant de comprendre pour quelles raisons certains comités de village ont mieux réussi que d'autres. De même, comme je l'ai déjà mentionné, de nombreux volontaires qui oeuvrent actuellement pour la communauté ont été sensibilisés aux questions relatives à la santé par le biais de ce projet. En me focalisant sur ces agents de santé locaux, j'analyserai les liens qu'ils entretiennent avec les organisations internationales, j'interrogerai la marge de manoeuvre revendiquée par les responsables du projet et les aspects normatifs qui peuvent être décelés et enfin, les influences que ce programme a eu sur ces acteurs. Pour cela, je construirai

mes analyses en partant des conceptions et des descriptions émiques « d'un groupe d'individus » appartenant à plusieurs villages. Pour commencer, je me poserai les questions suivantes : comment mes interlocuteurs expliquent-ils ce projet ? Que représente-t-il pour eux ? Quelle est leur vision de la Croix-Rouge ? Qu'est-ce que ce projet a concrètement changé pour eux ?

Après avoir investi les visions et conceptions de mes enquêtés, je me pencherai sur la notion de bénévolat. Concept nouveau arrivé au cours des années 1990 par l'intermédiaire de différentes ONG, les Kirghiz se sont retrouvés face à des travaux, des engagements et des responsabilités non rémunérés. La situation précaire de nombreuses familles dans les zones rurales à cette période a rendu l'engagement de volontaires très difficile dans un premier temps, selon les dires du coordinateur du projet, Tobias Schueth. Ayant pris connaissance de l'augmentation du nombre de bénévoles en dix ans, il sera intéressant de se pencher sur l'émergence et la conception de ce concept au sein du village ainsi que sur son évolution. Les interrogations suivantes seront alors abordées : que signifie et qu'implique le fait de devenir bénévole d'un projet de santé international ? Comment ce concept de bénévolat a-t-il émergé dans le village ? Comment a-t-il évolué ? Quels sont les avantages à être volontaire au sein de ce projet ? Pour quelles raisons des individus s'engagent-ils comme des bénévoles au sein d'un projet ?

Puis, en portant une attention aux trajectoires de vie et aux représentations personnelles des bénévoles, mais également des villageois non bénévoles, j'aborderai la manière avec laquelle l'articulation entre le projet de santé communautaire et les réalités médicales locales est réalisée. En d'autres termes, tout en portant une attention particulière à l'impact qu'a eu le projet sur la vision personnelle de la santé et de la médecine de mes interlocuteurs, il sera intéressant de comprendre comment ils articulent les différentes conceptions de la santé. Cette dernière thématique sera également mise en lien avec la vision et la représentation que les villageois ont développées du projet. Les questions suivantes vont alors me servir de guide. Comment les communautés gèrent-elles les différentes conceptions de la santé ? Existe-t-il des conflits ? Quelle est la vision de la santé personnelle de mes interlocuteurs de la santé ? De la maladie ? De la médecine ? Comment se soignent-ils concrètement ? Comment les villageois et les bénévoles perçoivent-ils les autres acteurs de la santé qui ne font pas partie du projet, tels que le *chaman*, le *köz-achik*, le *moldo* et les autres ? Comment ces individus décident-ils d'avoir recours à l'un ou l'autre de ces acteurs ?

5. Méthodologie

5.1 La perspective qualitative

Mon projet de mémoire s'inscrit dans une perspective méthodologique qualitative, basée sur une approche empirico-inductive. Ce qui signifie que je me suis basé sur ma propre production d'informations, réalisée sur le terrain à une échelle micro, pour en tirer des hypothèses et des concepts plus généraux. Concrètement, je me suis laissé guider par les événements que je rencontrais lors de mon séjour, avec au préalable, quelques larges idées d'un fil conducteur que j'ai dû, à plusieurs reprises adapter. En arrivant sur le terrain, j'avais déjà passablement lu de littérature scientifique sur le contexte du pays, sur la situation médicale et sur les concepts de santé globale présentés ci-dessus. Quant au projet de la Croix-Rouge suisse et de la DDC, bien que j'en connaissais les modalités générales, je n'avais aucun préjugé à son sujet. Ce sont donc mes découvertes et les aléas de mon séjour qui ont orienté mes analyses et mes théories.

Au moment de la recherche sur le terrain, s'il y a certes des aspects théoriques à maîtriser, l'essentiel du travail d'enquêteur concerne des techniques pratiques. En effet, les méthodes qualitatives, bien qu'elles soient rigoureuses, ne fournissent aucune marche à suivre : « Ces enquêtes sont basées sur l'improvisation, sur le rôle personnel, direct du chercheur qui ne sous-traite pas le travail » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 26). Les stratégies utilisées par l'ethnographe sont donc propres à l'habileté personnelle d'un chercheur en situation d'enquête. S'il existe des lignes directrices à respecter, un code d'éthique préétabli, c'est plus qu'un savoir théorique à maîtriser, ces stratégies ou ces « outils » représentent un réel « savoir-faire » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 26), qui s'apprend « sur le terrain » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 26).

Ces « outils » ne peuvent alors pas être utilisés indépendamment du contexte et du cadre de la recherche. C'est en tout cas, ce à quoi s'oppose Olivier de Sardan, à « cette vision « techniciste » des relations entre cadres théoriques et méthodologie d'enquête » (Olivier de Sardan, 2004 : p. 21). Cela signifie qu'il n'existe pas une boîte à outils universelle ou un kit, que l'ethnographe peut transporter avec lui et user à tout va, il doit plutôt tenter d'entrer dans une « « relation d'affinité sélective » avec un « un point de vue » sur le social » (Olivier de Sardan, 2004 : p. 21). En d'autres termes, c'est au chercheur d'adapter son approche au terrain, avec une idéologie précise, une méthodologie adéquate, mais aussi avec une « posture épistémologique » qui convienne. Olivier de Sardan développe son point de vue, qui se revendique d'une méthode à « problématique minimum

incorporée », qui se caractérise à travers trois concepts principaux : le conflit, l'arène et les groupes stratégiques : « un village est une arène, traversée de conflits, où se confrontent divers « groupes stratégiques » » (Olivier de Sardan, 2004 : p. 22).

Les conflits font partie intégrante de toutes organisations sociales et sont le fruit d'une différence de conception ou de position par rapport aux intérêts des acteurs face à des phénomènes divers, qui créent ainsi des clivages (Olivier de Sardan, 2004). La référence à des caractéristiques structurelles du conflit se voit complétée par des approches de stratégies individuelles ou collectives, qui interagissent dans des réseaux ou des formes d'alliance. D'un point de vue méthodologique, les conflits représentent une excellente manière d'appréhender les logiques sociales d'un groupe ou d'une société, une façon d'aller au-delà des apparences que les acteurs désirent montrer aux chercheurs, ou tout simplement aux étrangers : « Ceci est particulièrement important dans le champ du "développement", où les stratégies de mise en scène (impression management) face à des intervenants extérieurs sont devenues une part du savoir-faire des acteurs locaux » (Olivier de Sardan, 2004 : p. 23). Ces conflits apparaissent ainsi dans un espace social défini, que j'ai déjà mentionné au cours de ce travail, et qui est nommé « l'arène ²⁸ ». Cette dernière peut représenter un lieu quelconque de confrontation, à l'image d'un village ou d'un « projet de développement » (Olivier de Sardan, 2004). Enfin, derrière le concept de « groupes stratégiques », se profilent des ensembles sociaux partageant les mêmes valeurs ou intérêts, qui peuvent se mobiliser socialement ou politiquement au sein d'une arène ou qui revendiquent seulement leur idéologie.

Cette approche des phénomènes sociaux par l'intermédiaire de l'analyse des conflits, m'est apparue très pertinente dans le cas de ma recherche, afin de comprendre la structure, les tensions, ainsi que certains codes sociaux de « l'arène » dans laquelle j'ai mené ma recherche, comme je vais le démontrer plus loin dans ce travail²⁹. Mon terrain s'est également bien prêté à la réalisation à la fois d'entretiens, mais aussi d'observations avec les volontaires et les villageois, ce qui a constitué l'essentiel de ma production d'informations lors de mon enquête. Comme ce travail constituait ma première confrontation avec une situation de recherche, je me suis également permis d'expérimenter des formes différentes de productions d'informations.

Lors de mon séjour, j'ai tout d'abord eu l'occasion de réaliser plusieurs entretiens formels avec des bénévoles des comités de santé des villages, mais aussi avec des villageois ne participant pas au projet. Ce sont des entretiens exploratoires ou semi-directifs que j'ai effectués parfois dans la langue

28 Voir chapitre 2, p. 28.

29 Voir chapitre 8, p. 148.

russe, et parfois dans la langue kirghize, avec l'aide d'une interprète³⁰. Lors de ces rencontres qui duraient en moyenne une heure, les interlocuteurs me connaissaient déjà, cependant je me présentais à nouveau, j'expliquais les grandes lignes de mon travail et je leur demandais la permission de les enregistrer.

D'une manière générale, les interlocuteurs choisis ne relevaient pas du hasard. Soit ils occupaient un poste relativement important, soit ils avaient une certaine facilité à communiquer, ou ils correspondaient tout simplement à un choix personnel réalisé durant mes premières observations. En résumé, ces entretiens « s'appuient sur des observations préalables et, en retour, guident les observations à venir » (Beaud, Weber : p. 155). En effet, après avoir terminé un entretien, je remaniais toujours l'orientation des prochaines thématiques que j'abordais dans les entretiens suivants, parfois en approfondissant certains points ou alors en abordant de nouveaux. Avant chaque rencontre, je prenais également soin de rédiger un guide d'entretien assez souple, pour pouvoir le manier aisément durant la conversation. Les questions posées invitaient toujours mes enquêtés à des explications. Je tentais ainsi de faire oublier l'aspect formel de l'entretien en le ramenant toujours plus proche d'une simple conversation afin de pouvoir discuter plus librement.

Ces rencontres se sont tenues généralement dans une salle de la FAP où nous pouvions discuter tranquillement. Toutefois, il m'est aussi arrivé d'organiser des entretiens aux domiciles des personnes ou dans leur jardin. Lorsqu'ils se déroulaient chez les personnes interrogées, il devenait alors plus facile d'établir une relation de proximité, derrière une tasse de thé et quelques nourritures disposées sur la table. Suivant l'hospitalité kirghize, ces entretiens étaient généralement suivis d'un repas et cet évènement prenait alors des aspects de fête. Dans ce genre de situation, les entretiens individuels se sont parfois transformés en entretiens collectifs par le fait que d'autres personnes, curieuses ou concernées, nous rejoignaient durant l'exercice. Ce qui était intéressant dans ces situations était le fait que certains interlocuteurs se contredisaient et il arrivait même que les entretiens deviennent de vrais débats. Je n'avais alors plus qu'à intervenir pour relancer certaines thématiques et à écouter.

À côté de ces entretiens formels, j'ai effectué de nombreux entretiens non formels, qui correspondent à de simples discussions orientées sur la thématique de mon mémoire dans les cafés, dans les bus ou dans la rue. Ces entretiens informels ont été également très intéressants pour l'obtention d'informations pour mon travail. Dans ce type de situations, les gens paraissaient souvent plus libres dans leurs réponses, du fait peut-être qu'ils se sentaient plus anonymes. La

30 Plus de précision concernant les langues dans les pages qui suivent.

majorité des entretiens formels ont été enregistrés avec un magnétophone numérique, certains d'entre eux ont été filmés à l'aide d'une caméra numérique également. Les volontaires m'ont livré des propos très intéressants et très riches. Très souvent, les discours étaient teintés des préceptes rattachés aux valeurs de la Croix-Rouge comme je vais le démontrer, mais ils se contredisaient également, se recoupaient dans certains cas avec des discours plus rattachés à une conception locale de certains événements.

Au cours de mon enquête ethnographique, les circonstances m'ont donné la possibilité de réaliser deux focus groups formels, avec deux groupes différents de bénévoles des comités de village. Durant ces rencontres, les interlocuteurs regroupés étaient au nombre respectivement de sept et de neuf personnes, alors que nous étions deux à encadrer l'exercice. L'un d'entre nous s'occupait des questions et des relances, alors que l'autre se concentrait sur les réactions des interlocuteurs, sur leur manière de prendre la parole ou de monopoliser l'audience. Une liste de six à dix thématiques qui avait été élaborée auparavant a servi de guide durant ces rencontres. Ces deux exercices ont duré environ une heure et demie chacun, et ont généré des interactions dynamiques entre les participants. Les membres des comités interrogés à travers les focus groups étaient habitués à ce type de pratique, notamment avec les nombreuses PRA organisées par la CRS dans le cadre du projet de développement de la santé.

Les focus groups, les groupes cibles ou les entretiens de groupe représentent un dispositif méthodologique de production d'informations apparu dans les années 1940, notamment avec le sociologue américain Robert Merton (Duchesne, Haegel, 2004). Cette pratique s'est ensuite généralisée dans de nombreux autres domaines tels que la propagande politique, la communication sociale ou le marketing. Elle est encore actuellement utilisée en sciences humaines, notamment en psychologie sociale, en communication, en sociologie ou en anthropologie appliquées (Touré, 2010). Les focus groups tentent de recréer l'environnement social des interlocuteurs, pour découvrir les dynamiques ainsi que les relations de domination ou de coopération, et se basent donc sur une technique non directive d'entretien. Critiquée par de nombreux chercheurs issus des sciences sociales, à l'instar notamment d'Olivier de Sardan, cette technique qualitative se trouve au centre de nombreuses polémiques. Selon justement Olivier de Sardan, en anthropologie « Nous sommes plutôt hostiles à ce type d'entretiens, car cela implique un très fort contrôle social » (Olivier de Sardan, 1995 : 29). Selon lui, un individu qui se trouve dans un contexte collectif, ne peut exprimer sa singularité sous l'effet de la pression sociale et ne livre alors qu'un discours officiel, normé ou consentant. De plus, ces formes de regroupement présupposent « un consensus communautaire sur

les critères de la différenciation sociale » (Olivier de Sardan, 2003 : p. 22), ce qui signifie qu'un chercheur réunit des individus selon des critères subjectifs qui n'ont peut-être aucune pertinence objective. Ainsi, rien ne serait plus neutre qu'un entretien individuel garantissant l'anonymat, où l'interlocuteur se sentirait libre de s'exprimer comme il l'entend.

Dans le cadre de ma recherche, j'avais initialement envisagé d'utiliser l'entretien collectif sur le terrain, dans le but d'expérimenter l'exercice. Je me suis également très vite rendu compte que les bénévoles des comités de village connaissaient ce type de discussions collectives, d'autant plus en présence d'étrangers. J'ai alors proposé mon idée à la présidente d'un comité de village, qui a tout de suite approuvé ma démarche et qui m'a simplement invité quelques jours plus tard dans le cabinet du comité, qui devait se retrouver pour une réunion déjà agendée. Cela m'a laissé le temps de préparer la séance, afin d'organiser un entretien qui reprenne toutes les thématiques que je voulais aborder. Ce premier focus group s'est révélé très productif, malgré la présence imprévue d'un représentant du *rayon*, membre du projet et superviseur de tous les comités de villages de la région, qui a quelque peu modifié la dynamique et la hiérarchie de ce groupe. Cependant, au cours des discussions, alors que le représentant du rayon tentait de peindre un tableau sans faille de l'organisation, les membres du comité de santé n'ont pas hésité à entrer très souvent en opposition avec lui, en citant de nombreux exemples concrets qui le contredisaient. Il a donc été très intéressant de constater ce type de comportement et d'en décrypter les enjeux. Lors de mon deuxième focus group, qui s'est déroulé pendant la réunion nationale des comités de villages, étaient présentes neuf présidentes de villages. Durant cet entretien, j'ai par exemple pu observer le fait que deux participantes ont tenté de monopoliser la parole, et ont tenu des propos qui révélaient une grande concurrence entre les différents comités de village.

Au final, cette pratique m'a permis de faire émerger de nombreux phénomènes sociaux, tels que des tensions entre les comités, des rivalités, mais aussi des contradictions intéressantes à souligner, à travers les débats et les différentes manières d'interpréter les événements. Je reviendrai plus en détail sur ces éléments plus loin dans le travail, mais d'une manière générale, les volontaires ne semblaient pas gênées d'entrer en conflits entre elles, lorsqu'elles ne partageaient pas le même avis. Chacune défendait sa propre opinion au risque contredire le discours d'une autre participante. Malgré quelques aspects de concurrence, il est ressorti de ces expériences, un grand sentiment de solidarité entre les participantes. Ainsi le « fort contrôle social » auquel je faisais référence précédemment, ne m'est pas apparu aussi fort que je le pressentais. Cependant, j'ai également pu prendre conscience que ce type de production de données pouvait fonctionner seulement sur des

thématiques qui concernent la sphère publique, mais que dès qu'on entrait dans le domaine de la sphère privée, personnel ou intime, cette démarche comportait des limites.

Les observations ont constitué la deuxième méthode utilisée pour produire des informations lors de mon enquête. Elles ont pu être réalisées dans différents contextes et à différents niveaux. En effet, en vivant chez une volontaire d'un comité de santé de village pendant plusieurs jours, j'ai pu suivre d'une part ses activités liées au comité, notamment ses visites dans les familles du village, ses contrôles médicaux³¹, ses démarches administratives pour obtenir des fonds, ou encore, ses efforts pour motiver des personnes à participer au projet. D'autre part, j'ai pu être témoin de son quotidien : son mode de vie de tous les jours avec sa famille, ses tâches domestiques avec les animaux par exemple, son application des préceptes sanitaires correspondant aux principes du projet dans sa propre famille, son rapport à différentes médecines locales que je vais présenter plus tard. Enfin, il a été intéressant d'observer les relations qu'elle entretenait avec les autres villageois, l'image qu'elle dégageait ainsi que son rôle dans la « communauté » villageoise.

À un autre niveau, étant installé durant plusieurs semaines dans deux villages différents, j'ai pu vivre les rencontres et les activités des bénévoles de deux comités, les conflits, les intérêts qui les motivaient, les difficultés qu'ils rencontraient au quotidien. J'ai aussi pu être témoin de l'organisation et de l'investissement personnel que le bénévolat demandait, des relations entre villageois, volontaires de ces comités d'une part et le corps médical officiel d'autre part. Dans l'un des villages en question, le comité de santé était très actif et très motivé. J'ai également passé de nombreuses heures dans les FAP, afin d'observer le taux de fréquentation de cette infrastructure médicale par les villageois ainsi que leur comportement.

Puis, en suivant une équipe médicale de santé, j'ai pu participer à de nombreuses conférences données à des bénévoles des comités dans les villages. À travers ces pérégrinations, il a été intéressant de remarquer la manière avec laquelle les volontaires des CSV accueillaient les informations, et comment ils se comportaient vis-à-vis de ces spécialistes, puis, comment ils les transmettaient aux autres villageois. Enfin, en participant à la réunion nationale des comités de villages qui s'est déroulée sur plusieurs jours dans un hôtel de Bishkek, il a été très intéressant d'écouter les témoignages des CSV de différentes régions, mais aussi d'observer la manière avec laquelle les comités se côtoient, comment ils perçoivent les comités d'autres régions.

31 Les contrôles médicaux en question concernaient par exemple la mesure de la pression artérielle

Toutes ces observations ont été soigneusement annotées dans mon journal de terrain, ou alors filmées avec une caméra numérique³². Elles ont ensuite été traitées et transformées en matériel analysable. Ces observations ont donc porté sur des interactions, sur les lieux de rencontre, de travail ou sur les conditions de vie. J'étais par exemple très attentif au langage corporel des interlocuteurs, pour tenter d'observer leur accord ou leur désaccord par rapport à certains évènements ou certaines situations. Quant à l'observation participante, elle a pu se faire avec certains villageois bénévoles pour la mise en place d'activités, ou avec l'équipe médicale que je suivais, et que j'aidais dans l'organisation des conférences. Après quelques jours, en raison de mon attitude je faisais pratiquement partie de leur équipe, ce qui a permis d'instaurer une certaine complicité et de développer des discussions intéressantes.

Pour compléter mon travail d'enquête ethnographique de terrain, je me suis également basé sur différentes sources matérielles, littéraires et audiovisuelles. J'ai entre autres utilisé divers rapports et bilans réalisés par la CRS et par USAID, qui fournissent différentes statistiques, ainsi que quelques pistes de compréhension et d'analyse de la situation médicale kirghize actuelle. Ces éléments ont participé à ma réflexion générale sur cette thématique et ont été mis en perspective avec les observations de terrain. De même, j'ai aussi lu, sélectionné et analysé certaines parties d'un manuel réalisé par la CRS en République kirghize, qui a été distribué aux volontaires des comités de santé des villages s'intitulant : « *Action communautaire pour la santé au Kirghizistan* » (действия сообществ по вопросам здоровья в кыргызстан), que j'ai réussis à obtenir dans la langue russe et à traduire du mieux que j'ai pu durant mon séjour. Enfin, j'ai trouvé des enregistrements audiovisuels de débats entre des représentants de la médecine locale, notamment des *köz-achik*, avec des médecins scientifiques et des représentants de l'Islam dans des émissions semblables à Infrarouge de la RTS.

Il a donc été très intéressant de me baser sur ces sources notamment pour appréhender la situation médicale locale, et pour me rendre compte quelle représentation des guérisseurs se fait la population de manière générale. Concernant les documents de la Croix-Rouge suisse, j'ai pu y lire la manière avec laquelle elle explique et transmet les informations aux bénévoles. Le travail de source s'est révélé être important dans mon approche du terrain et des CSV. En effet, à travers le document de la Croix-Rouge suisse, j'ai sélectionné certains éléments pour les confronter par la suite à la réalité du terrain.

32 Je reviendrais par la suite sur l'observation filmée à partir de la page 92.

5.2 Anthropologie réflexive

À la vue des différentes positions et approches théoriques évoquées précédemment, j'ai pensé qu'il était important de préciser la posture personnelle, épistémologique et méthodologique que j'ai décidé d'endosser pour cette étude. Tout d'abord, je souligne d'emblée ne pas prétendre à l'exhaustivité dans ma recherche. En effet, d'une part, les réflexions théoriques élaborées dans la première partie de ce travail correspondent à un choix personnel qui se justifie par l'orientation donnée à l'enquête. Je ne traite donc pas de toutes les questions liées aux domaines de recherche du développement, de l'anthropologie médicale ou de la santé internationale, mais de thématiques précises. De même, les points traités au chapitre 3 ne sont que partiels, car l'objectif est d'informer le lecteur en vue d'une meilleure compréhension du contexte. D'autre part, les données récoltées et les résultats de mes analyses présentés dans la deuxième partie du présent travail ne peuvent en aucun cas être généralisés à d'autres lieux, qui n'ont pas été pris en compte lors de cette recherche. Toutes les informations ne concernent donc strictement que les villages dans lesquels j'ai résidé et dans lesquels mon enquête a été réalisée.

Je tiens également à préciser que l'orientation donnée à ce travail relève plutôt de l'anthropologie fondamentale du domaine médical et de la santé, s'inscrivant dans un contexte de développement international. Cela signifie que les résultats de cette recherche ne prétendent aucunement déboucher sur de quelconques recommandations concernant les pratiques. L'un des buts de ce travail a été d'analyser une situation précise et concrète en dénouant certains noeuds d'interprétation. Mon objectif également était de démontrer que l'application des politiques de santé internationale amène à des situations différentes suivant le contexte dans lequel elle se font ainsi que suivant d'autres facteurs que je vais aborder. Je tiens donc à afficher un positionnement neutre vis-à-vis du développement. En effet, le but de cette recherche n'étant pas de porter un jugement de valeur sur le développement en tant que tel ni sur son idéologie, mais plutôt d'examiner et de comprendre les transformations sociales qu'il induit à un niveau micro ou local, ce que j'ai pu étudier de manière empirique : « ... notre posture en tant que chercheur n'est pas de sauver ou de condamner le développement, mais de comprendre à travers lui un ensemble complexe de pratiques sociales... » (Olivier de Sardan, 2001, p. 731).

En ce qui concerne plus précisément la réflexivité de la posture anthropologique, en tant qu'exigence méthodologique et épistémologique de la discipline (Leservoisier, 2005), il existe plusieurs questions légitimes à se poser sur le rôle que l'on joue sur le terrain, sur sa position, sur les interprétations réalisées, sur la forme du texte que l'on écrit ou encore sur la manière d'entretenir des

relations avec les interlocuteurs : « Suffit-il d'être là et de bien regarder pour établir un rapport adéquat au réel (...) ? » (Kilani in Adam, 1990 : p. 99). La réponse à cette question est évidemment négative. Les remises en question sont indispensables et perpétuelles tout au long du processus d'enquête, car « on ne peut désormais concevoir un phénomène culturel que comme un fait expérimenté « anthropologiquement » sur un terrain et interprété par la suite « anthropologiquement » dans un savoir » (Rossi in Massé, 2002 : p. 329). En effet, de l'entrée sur le terrain, en passant par la construction d'un objet d'étude, jusqu'à l'écriture des résultats de l'enquête, plusieurs opérations sont nécessaires à garantir la prise de conscience de certains biais ou de certaines lacunes afin de s'approcher au plus près d'une idée d'objectivité et de scientificité (Kilani, 2009). De même, l'objet que l'on étudie est également à prendre en considération sous des angles réflexifs, car « les interprétations qui surgissent du terrain sont le produit d'une relation dont le contenu interactif est central » (Rossi in Massé, 2002 : p. 329). Selon cette idée, l'objet d'étude représente le fruit de nos relations et de notre collaboration avec les différents acteurs locaux. Il s'agit alors d'être attentif aux statuts et aux intérêts des différents interlocuteurs, à la manière avec laquelle s'est effectuée leur rencontre avec le chercheur, qui a trouvé qui, comment s'est déroulée la relation dialogique entre les deux protagonistes, l'enquêteur et l'enquêté. Dans cette étroite collaboration, il est également important de comprendre comment l'un se représente ou envisage l'autre. Cela signifie plus précisément comment le chercheur aborde ses interlocuteurs, mais aussi la manière avec laquelle il est considéré par eux, suivant son origine, son statut, son rôle ou la manière de se présenter. Ces questions seront reprises ultérieurement, lorsque je présenterai les différents interlocuteurs avec qui j'ai collaboré lors de mon enquête.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai effectué deux séjours dans le pays. Le premier d'un mois et demi s'est déroulé entre le mois d'octobre et le mois de novembre 2013. Il correspond essentiellement à une approche exploratoire, lors de laquelle j'ai sondé les possibilités de réalisation d'une thématique de mémoire et où j'ai profité de tisser différents liens et de créer divers contacts. Ces derniers l'ont été notamment avec des chercheurs français travaillant pour l'IFEAC, dont Olivier Ferrando, avec l'anthropologue kirghiz Amantur Japarov, avec le Directeur de la coopération suisse en République kirghize, Remy Duiven, et avec le directeur exécutif du projet de la Croix-Rouge suisse, Dr Tobias Schueth. J'ai ensuite présenté mon idée d'enquête ethnographique à ce dernier qui a pu me donner de nombreux conseils quant aux réalités du programme. Il travaille sur ce projet depuis plus de treize années et en est l'opérateur le plus actif sur le terrain. Après un mois et demi, je rentrais en Suisse avec une idée assez précise d'une thématique sur laquelle j'allais pouvoir enquêter.

Le deuxième séjour, qui dura deux mois et demi s'est étalé de la fin du mois de février à la mi-mai 2014. Ce deuxième voyage a été exclusivement consacré au travail de terrain, à proprement parler. La thématique du travail étant clarifiée, une problématique potentiellement réalisable, il fallait alors trouver un moyen d'entrer sur le terrain. Dès mon arrivée, j'ai donc contacté Dr Schueth. Avec lui, nous avons déterminé un village dans lequel je pourrai enquêter. Ce village devait être stratégique, dans le sens où assez d'activités devaient avoir lieu à la période de mon séjour pour que je puisse activement vivre le quotidien avec les bénévoles. C'est ainsi que j'ai donc pris contact avec Ainura, la responsable du comité de santé d'un village, qui m'a chaleureusement accueilli lors de ma première visite. Je me suis très vite rendu compte que je devrai, suivant les principes d'une étude inductive, réadapter ma problématique à la réalité du terrain. En effet, les bénévoles travaillent pour le projet selon leur emploi du temps, suivant les saisons et surtout quand ils le peuvent. Cela signifie qu'il n'y a pas de permanence dans les villages, mais un comité qui se réunit plus ou moins régulièrement suivant les localités.

Si initialement je pensais mener une étude de type monographique dans un village, je me suis vite rendu compte que cela ne pourrait se faire ainsi, avec une thématique orientée sur les bénévoles du projet de la CRS. J'ai donc décidé de mener ma recherche dans différents villages, dont deux principaux, Djailiran et Kayndy, où j'ai pu vivre des quotidiens de bénévoles très différents, tout en étant régulièrement actif. J'ai également accompagné deux équipes médicales, composées d'une infirmière, d'un médecin et d'un assistant, qui se rendaient dans les villages de deux districts pour mener leur enquête, afin de réaliser des contrôles, et pour distribuer des informations. Enfin, j'ai eu la chance de participer à la rencontre annuelle des dirigeants nationaux du projet, qui a duré plusieurs jours et où j'ai pu rencontrer les représentants de tous les *oblasts* du pays. En investiguant les différentes hiérarchies du projet, c'est-à-dire, le niveau national (*inter-oblasts*), régional (district) et local (village), j'ai pu obtenir une vision plus globale du projet tout en comprenant mieux les enjeux liés aux différentes régions.

Puis, en focalisant mon enquête sur les bénévoles du projet concernant les questions de santé et de soins dans les villages, je me suis aperçu d'un biais souligné par Olivier de Sardan, qui développe le concept de « l'enclichage ». Cela consiste à investiguer un thème de recherche selon une perspective réseautée qui s'articule autour d'un cercle d'acteurs ayant un intérêt commun dans un groupe en particulier. À partir de ce moment, j'ai décidé d'interroger également des villageois ne participant pas au projet de la Croix-Rouge, pour obtenir des informations d'individus sans lien avec cette organisation. Cette démarche s'est révélée très enrichissante pour la suite de mon travail. De

nombreux enjeux, mais aussi des tensions, sont apparus entre les deux groupes d'acteurs. Enfin, je préciserai aussi que les différents séjours auprès de ma belle-famille et mes amis, ainsi que mes multiples va et viens dans le pays m'ont permis d'entrer en contact avec différents acteurs de la santé, notamment des devins-guérisseurs, des *moldos*, des *köz-achik* et d'autres encore. Ces différentes rencontres m'avaient montré que le recours à ces thérapeutes était encore fort, malgré la présence croissante de la médecine scientifique dans le pays. Cette thématique a ainsi pu être insérée dans le présent travail.

Différentes difficultés qui peuvent être rencontrées en situation de « recherche » sur le terrain. La position de chercheur peut être tout d'abord difficile à négocier, car ce n'est pas une place habituelle à tenir, c'est un véritable rôle social nouveau à jouer (Beaud, Weber, 2010). Dans cette enquête, le fait d'être suisse et d'investiguer un projet international piloté par la Croix-Rouge suisse a souvent entraîné des amalgames. En effet, fréquemment mes interlocuteurs, bien que je leur avais plusieurs fois expliqué ma démarche, mon travail et le cadre dans lequel je l'effectuais, n'ont pas manqué de développer une certaine suspicion quant à mon statut et à la nature de ma recherche. Me considérant souvent comme un « contrôleur » ou un « expert » suisse analysant leur travail, de nombreux bénévoles interrogés ont ainsi très souvent répondu à mes questions en négligeant l'évocation de certaines difficultés rencontrées ou encore en minimisant les problèmes qu'ils vivaient aux quotidiens.

J'ai ainsi souvent pu remarquer un double discours de la part de mes interlocuteurs. L'image idéale du projet qu'ils me peignaient était contredite lorsqu'ils répondaient à d'autres questions. J'ai donc relevé de nombreux paradoxes et contradictions dans le discours de mes interlocuteurs ainsi qu'à certaines occasions une non-convergence entre les dires et les pratiques. Par exemple, il est arrivé dans un entretien, alors qu'une autre personne nous avait rejoints, qu'une des interlocutrices tente d'exagérer un fait. L'exemple ci-dessous illustre ce type de situations :

La scène se déroule dans une salle de la FAP, dans le village de Kayndy. Alors que j'étais en train d'enregistrer un entretien individuel avec une membre du comité, une autre bénévole est entrée par curiosité, et s'est jointe à nous pour l'entretien.

- Nargiza : *À l'école il y a des enfants qui n'ont pas de parents, on leur a acheté des chaussures. Il y a aussi des handicapés, des diabétiques, ..., et l'année d'avant, on leur a, à tous, offert de la nourriture pour 400 ou 500 soms chacun.*
- Bénévole 2 : Oui, mais c'était pour 200 soms...

- Nargiza : *Tais-toi, là on est en train d'enregistrer et d'écrire...*

(Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014)

À l'image de cet exemple, les relations manquaient parfois de neutralité, où devant moi, les participants au projet tentaient de montrer une image idéale : « tout va au mieux ». J'ai vécu d'autres situations similaires à travers mes observations filmées, lorsque je remarquais au moment de visionner mes enregistrements pour effectuer les traductions, qu'une personne lançait : « *C'est un Suisse, essayez de ne pas dire n'importe quoi* » (Journal de terrain³³) ou « *Vous allez être filmées, montrez-vous sous votre meilleur jour, soyez toujours heureux* » (Journal de terrain). De même, lorsque je rencontrais des individus et que l'on me présentait, j'étais toujours rattaché au projet de la Croix-Rouge, où j'étais parfois un simple membre de l'organisation, un médecin ou encore un bailleur de fonds américain. Je pense que cette caractéristique a très souvent induit un comportement non naturel des personnes que je rencontrais. Néanmoins, après un certain temps, les villageois-bénévoles se sont habitués à ma présence, et nos relations ont pu se « décoincer » quelque peu dans les villages où j'ai séjourné, peut-être par le fait qu'ils voyaient que je connaissais très bien les habitudes, les moeurs et le mode de vie des milieux ruraux.

Une autre difficulté rencontrée a résidé dans la question de la langue. Si le kirghiz est la langue nationale du pays, le russe en est une langue officielle. Elle est surtout parlée au Nord du pays et dans les villes. Alors qu'en russe je me débrouille plutôt bien, les résidents des villages, lorsqu'ils se retrouvaient entre Kirghiz, ne parlaient logiquement qu'en kirghiz. Bien que je comprenne quelques bribes, la finesse des discussions m'échappait presque toujours. Toutefois, très souvent dans les villages, la présence d'une personne russophone ou parlant une autre langue amenait tout le groupe à communiquer en russe, à ma plus grande joie. J'ai tout de même opté pour filmer un maximum d'interactions, pour qu'avec l'aide de ma femme, je puisse visionner, et comprendre les enjeux des diverses interactions. Lors des entretiens effectués, ma femme m'a très souvent accompagné. Elle précisait parfois certaines de mes questions ou me traduisait instantanément quelques réponses de mes interlocuteurs, faites dans un russe « kirghizifié ». Cependant, il m'est également arrivé de mener des entretiens seuls, avec des personnes qui m'ont répondu uniquement en russe.

Il y a eu également tout un travail personnel à réaliser sur moi-même, mon statut, ma conception et mon rapport au pays. Lorsque je débarquais pour la première fois en République kirghize, je n'avais qu'un peu plus de vingt ans, j'allais entreprendre quelques mois plus tard ma première année d'étude

33 Journal de terrain peut signifier des notes d'observation, de l'observation filmée, la retranscription de discussions ou d'entretiens informels

académique. Ma vision de la région était naïvement construite, bercée entre des récits de voyage qui dataient déjà de quelques décennies, des guides touristiques et des informations essentiellement issues de la promotion du tourisme dans le pays. Je croyais par exemple que le nomadisme et la vie sous les yourtes étaient une pratique répandue qui avait pérennisé, que dans certaines parties du pays les gens les transportaient encore à dos de cheval ou de chameau : « La yourte, souvent considérée comme le symbole de la persistance d'un mode de vie traditionnel, n'est en réalité réapparue que récemment » (Petric, 2013 : p. 19). Indépendant depuis la chute de l'URSS en 1991, ce pays aurait-il alors rejeté le mode de vie soviétique pour retrouver ses propres traditions ? Voilà une hypothèse qui avait peut-être traversé mon esprit : « Aujourd'hui, l'image qui prédomine sur le Kirghizstan, propagée par des brochures de voyages et des reportages photographiques ou télévisuels, est celle de paysages féeriques où de magnifiques montagnes désertiques sont parcourues par des cavaliers nomades » (Petric, 2013 : p. 9). Toutefois, le quotidien des gens dans les villes ou les villages allaient me démontrer une réalité très différente.

Après quelques recherches approfondies sur le sujet, j'ai pu découvrir que ce soi-disant « retour aux traditions d'antan » a été fortement encouragé par un secteur en particulier : le tourisme, et plus précisément l'écotourisme et le tourisme communautaire, très présent en République kirghize. L'écotourisme se définirait comme une forme de tourisme équitable, écologique et responsable. Ce secteur d'activité propose par exemple des séjours chez des locaux, « les indigènes » ou « les peuples traditionnels », des voyages qui s'apparentent à ce que d'autres appellent aussi de « l'ethnotourisme ». Il y a derrière ces catégorisations de « traditionnel », « naturel » ou « tribal », une forme d'exotisation de l'autre, où l'on cherche à sauvegarder une prétendue authenticité traditionnelle ou culturelle. Par ce biais, ces individus sembleraient alors être isolés du reste de la planète et n'avoir bénéficié d'aucune évolution : « Il faut dire que notre société produit des images de l'Autre qui alimentent abondamment nos fantasmes de découverte de mondes « préservés » des grandes influences du monde moderne » (Petric, 2013 : 9). Les publicités touristiques proposent des aventures inédites chez des « peuples » vivant en habits traditionnels sous des yourtes, dans des régions reculées. Bien sûr, nous sommes très loin de la réalité. Toutefois, de nombreux villages et individus acceptent très souvent, pour des raisons économiques notamment, de se prêter aux jeux des compagnies touristiques. Des auteurs tels que Petric ou Pabion-Mouriès analysent les transformations sociales que le phénomène du tourisme engendre en République kirghize, visibles à travers des anecdotes lourdes de sens³⁴. Le phénomène de l'écotourisme correspondrait alors à une manœuvre marketing pour attirer une clientèle ciblée dans des lieux précis, mais qui toutefois, n'est

34 Voir l'anecdote introductive de l'ouvrage PETRIC Boris, « *On a mangé nos moutons* », 2013, Belin, Paris.

pas sans conséquence, positive ou négative, pour les populations locales. D'ailleurs, une de mes interlocutrices a souligné ce phénomène lors d'une discussion. Elle affirmait que :

Cela fait aussi un parallèle avec toutes les nouvelles traditions, toutes les marchandises touristiques que l'on peut trouver aujourd'hui... Toutes ces marchandises sont des inventions récentes, comme des habits traditionnels, ce n'est que des choses modernes, mais le tissu et les ornements sont des éléments symboliques très anciens... Maintenant, je vois, dans les bazars que tous ces symboles ont été repris pour vendre des souvenirs aux touristes... C'est comme les reportages qui sont tournés parfois au Kirghizstan et que j'ai visionnés..., Je suis très déçue par l'image trop authentique que l'on veut donner de nous par exemple (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Cette interlocutrice est consciente de ce phénomène organisé pour favoriser le développement du tourisme dans le pays. Elle affirme également avoir visionné des reportages réalisés par des Occidentaux qui mettent en scène une vie plus « authentique » que ce qu'elle est réellement. Il a été intéressant d'avoir un tel avis. Cette personne était consciente du jeu pratiqué par de nombreux habitants pour répondre aux attentes des voyageurs, qui tout comme je l'étais, s'empressent de vivre une expérience unique pleine d'attentes et d'aventures.

5.3 Un pied dans l'anthropologie visuelle³⁵

Les enregistrements audiovisuels accompagnaient déjà les premières descriptions des anthropologues durant le 19^e siècle, et constituaient une forme de méthodologie sur le terrain. Plus que cela, ces productions servaient aussi d'appuis ou de preuves « objectives » qui illustraient les théories des chercheurs. Cette soi-disant « objectivité » a très vite connu de vives critiques. Pendant un certain temps, en tant que phénomène relativement nouveau, les images audiovisuelles portaient en elles une forme de vérité, propices à la production scientifique. Plus anciennes que le cinéma, les images avaient déjà été intégrées dans certaines disciplines relatives aux sciences sociales dans le but de décrire le réel. Le cinéma quant à lui apparaît dans la deuxième moitié du 19^e siècle, et s'officialise en tant qu'art, avec les inventions des Frères Lumière dans la dernière décennie du siècle. Il est intéressant de souligner « ces coïncidences anniversaires unissant cinéma et anthropologie par quelque chose qui n'est sans doute pas simplement du hasard » (Piault, 2000).

³⁵ J'ai décidé d'aborder la question de l'anthropologie visuelle dans le cadre de ce travail, car je trouvais que la perspective méthodologique qui relève de ce domaine était très intéressante et que j'ai passablement utilisé des techniques audio-visuelles d'enregistrement lors de mon enquête. Cependant, ce travail ne constitue en aucun cas un travail qui s'inscrirait dans le domaine de l'anthropologie visuelle.

Le film ethnographique doit répondre à un certain nombre de règles établies entre autres par Griaule, qui a utilisé ce procédé dans plusieurs recherches durant les années 1930-1940. Le film ethnographique se distingue du film de fiction et du film documentaire, par la manière spécifique de filmer ou de cadrer, ce qui demande plus particulièrement des plans fixes sans trop de déplacement. Il ne doit pas non plus correspondre à une reconstitution, mais doit être sincèrement réel. Pour citer enfin quelques autres règles de base propres au film ethnographique, ce dernier ne devrait traiter que d'un sujet, il ne devrait pas comprendre de narration ni de sous-titre, car ils pourraient influencer le regard du spectateur (Lallier, 2009).

Les chercheurs issus du courant de l'anthropologie visuelle francophone citent souvent l'exemple d'un docteur français, membre de la Société d'Anthropologie, comme l'un des précurseurs de la discipline. Cet homme avait en fait réalisé un des premiers « films ethnographiques », en filmant une femme Wolof qui manufacturait de la poterie, dans le cadre de l'exposition ethnographique sur l'Afrique Occidentale (Lallier, 2009). Cette capture d'images avait ensuite servi à un travail comparatif sur les physionomies et relevait donc d'un travail éminemment scientifique. De nombreux autres chercheurs de la fin du 19^e siècle et du début du 20^e, sont également considérés comme les pères fondateurs de la discipline à l'instar de Haddon et de Spencer, pour ne citer qu'eux. Haddon, de l'Université de Cambridge, réalisa des films à caractère anthropologique en Australie et en Papouasie Nouvelle-Guinée. Spencer quant à lui, est un anthropologue, zoologue et botaniste anglais, également très connu dans ce domaine pour avoir produit plusieurs films entre la toute fin du 19^e siècle et le début du 20^e, également en Australie (Pourchez, 2004).

Quelques années plus tard, mais dans un contexte différent, Dziga Vertov réalisait durant l'époque soviétique des *Kino-pravda*, qui signifie cinéma-vérité, où il s'adonnait à une captation de la réalité telle qu'elle est « réellement » présentée à travers le regard et l'écoute, sans effets ni aucune autre modification superficielle ou artifice (Piault, 2000). Durant ces périodes, un des objectifs de ces enregistrements était d'en faire une collection baptisée « Les Archives de la Planète », initiée par un banquier parisien, Albert Kahn, dans le but de classer des phénomènes en voie de disparition, mais aussi pour les rendre accessibles aux chercheurs (Piault, 2000). Le projet tomba toutefois en désuétude.

Entre les années 1935 et 1945, Mead et Bateson ont développé une réflexion sur une méthode de l'utilisation des enregistrements dans les milieux scientifiques et l'illustrent par une énorme recherche sur les techniques du corps à Bali. Cette initiative a notamment amené l'institutionnalisation des films anthropologiques dans le milieu académique, cependant, l'utilisation

de ressources visuelles dans la discipline reste relativement rare, ce qui ne manquait pas d'étonner Margaret Mead (De France, 1979).

Plus tard dans les années 1950-1960, Jean Rouch, apportait une vision nouvelle qui s'inscrivait dans un rapprochement entre cinéma et anthropologie, illustrée notamment par l'ethnographe devenant cinéaste, et qui se caractérise par une étroite collaboration entre ethnographe et interlocuteurs (Rouch in De France, 1979). Un comité du film ethnographique a même été créé en 1952, en collaboration avec Leroi-Gourhan. Parallèlement aux travaux de Rouch, ces mêmes années ont vu l'utilisation des caméras par certaines branches de la sociologie, à l'image de la sociologie du travail, mais toutefois, dans une faible mesure.

Dès ce moment et jusqu'à aujourd'hui, la caméra a été de plus en plus utilisée, non pas dans une perspective d'anthropologie visuelle, mais plutôt comme une technique de recueil de données. L'arrivée du numérique a amplifié ce phénomène. Dès lors, le chercheur n'utilise plus les moyens techniques pour produire des données, mais devient tributaire de cette technologie qui influence alors l'objet d'étude (Pourchez, 2004). Quant à l'anthropologie visuelle, elle reste encore marginale, mais elle est beaucoup plus développée dans les milieux anglo-saxons.

Au cours de mon enquête, j'ai régulièrement utilisé une caméra pour enregistrer les entretiens, mais également pour filmer les observations que je faisais. Toutefois, savoir techniquement filmer des interactions sociales ne signifie pas réaliser de l'observation filmée. En d'autres termes, l'action technique de filmer ne désigne pas une pratique de terrain (Lallier, 2011), mais représente plutôt un outil. Cette observation filmée constitue en fait une véritable interaction sociale en soi, c'est-à-dire, une manière particulière d'entrer en contact avec des individus. L'ethnographe qui réalise de l'observation filmée doit alors savoir se distancier de ce qu'il filme. Cette méthode peut alors entrer dans un panel de méthodologies ethnographiques d'enquête, qui s'appelle spécifiquement : « observation filmante » (Lallier, 2011).

Une des grandes polémiques de ce procédé, qui implique l'intentionnalité ou la non-intentionnalité du chercheur, est représentée dans l'opposition suivante : filmer pour observer ou observer pour filmer. Pour Lallier, l'action d'observer avant de filmer n'implique qu'un objectif de « captation du réel », suivant une intentionnalité précise, consciente et subjective, qui s'apparente plutôt à une forme de documentaire scénarisé : « si je repère et je décris le cours d'une action dans le but spécifique de déterminer ce que je pourrais filmer, je considère l'évènement non pas comme la circonstance singulière d'une expérience, mais comme une situation typique illustrant un modèle

reproductible. L'enregistrement de la caméra administrera la preuve que ça se passe (toujours) ainsi. Le réel fournira le matériau disponible à la mise en scène de figure prototypique » (Lallier, 2009 : p. 53). Cependant pour Lallier, l'observation filmée représente plus que cela, elle constitue et décrit une situation sociale dans laquelle l'ethnocinéaste est impliqué, une relation entre filmant et filmé. Ainsi, ce qui est filmé n'est pas seulement ce qu'il voit, mais ce qu'il « vit », « perçoit » et « partage », et dont il en est le témoin (Lallier, 2009). Dans ce cas, la conception du film devient complètement différente, car « l'acte de filmer ne représente plus un obstacle à l'observation, mais sa condition même » (Lallier, 2009 : p. 54). En effet, le fait de filmer doit être la seule raison et motivation de l'acte. Cela signifie qu'on ne filme pas une séquence, car l'observation qu'on faisait est tout à coup devenue vive d'intérêt, mais on filme pour observer, tout en étant attentif à ce qui se passe (Lallier, 2009). En d'autres termes, le chercheur observe ce qu'il filme.

Étant engagé dans une relation sociale à proprement parler, comme je viens de le démontrer, l'utilisateur d'une caméra exerce également une forme d'influence sur les acteurs présents, habitués ou non à sa présence, et donc une perturbation de la situation sociale. Celle-ci va donc induire de fait, une modification des comportements qui peut parfois s'apparenter à de la mise en scène, où certaines exagérations conduites peuvent être perceptibles, sous des airs de naturel, bien évidemment : « Cette manière de filmer à la sauvette bénéficie du simulacre de la personne filmée elle-même, qui feint également de son côté d'ignorer la présence du cinéaste » (Lallier, 2009 : p. 23). Cela demande alors au chercheur de concentrer une attention particulière sur les différents acteurs ainsi qu'à leur comportement. Si les images tendent à rendre « réellement » compte de ce qui se passe sur le terrain, il est judicieux d'être conscient du fait que les séquences sélectionnées, les cadrages, les découpages ou les montages ne constituent pas moins d'une manipulation subjective des images et de leur signification, pour justifier ou infirmer des arguments théoriques (Olivier de Sardan, 2004). Il est donc requis une certaine prudence quant à l'exposition de séquences filmées et posées en tant que preuves soi-disant irréfutables du réel.

Pour ces différentes raisons, j'ai choisi délibérément, durant les différentes situations rencontrées sur le terrain, de filmer certains contextes plutôt que d'autres. Par exemple, avant de me promener dans les villages caméra au poing, j'attendais quelque temps, afin d'être reconnu par les habitants. Dans d'autres situations, il m'arrivait de filmer au hasard, des scènes quotidiennes, des événements divers. Il m'est également arrivé de prêter ma caméra à un voisin qui voulait filmer une fête de quartier, et auquel j'ai remis les images gravées sur un CD. Ma caméra était relativement petite et passait donc très souvent inaperçue, ou du moins s'oubliait relativement vite. Il m'arrivait alors

parfois de l'allumer, puis de la disposer sur le bord d'une fenêtre et de la laisser filmer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de place dans la carte mémoire.

Les entretiens filmés sont aussi le fruit d'un accord avec les différents interlocuteurs à qui je garantissais une diffusion privée. Toutefois, de nombreuses personnes interrogées m'ont donné carte blanche en ce qui concerne les enregistrements, alors que d'autres me demandaient de ne simplement pas les diffuser sur des chaînes locales. D'une manière générale, les personnes n'étaient pas du tout hostiles à la vue de la caméra, mais je dirai plutôt curieuses. Beaucoup d'entre elles me demandaient alors de se revoir à l'écran, pour voir comment elles paraissaient. Un soir, lors d'une discussion avec un jeune berger d'un village, celui-ci me racontait d'un air rieur qu'un jour, alors qu'il revenait des montagnes sur son cheval, il croisait deux touristes qui l'arrêtaient pour prendre des photos : *« J'ai rien compris, elles m'ont demandé si j'étais d'accord pour faire une session photo, moi ! Bon, j'ai accepté, mais je les ai vraiment trouvé bizarres, pourquoi voulaient-elles des photos avec moi, je ne suis pas une star, ahah ³⁶ »* (Journal de terrain). À l'image de ce jeune, il est fort probable que beaucoup de gens ont accepté de se laisser filmer pour me faire plaisir, et pour ne pas me refuser quelque chose. Toutefois, suivant mon éthique personnelle ainsi que le principe du consentement éclairé³⁷ quant à l'utilisation des données où apparaissent les interlocuteurs, je ne diffuserai jamais publiquement ces images sans leur accord officiel et éclairé.

36 Retranscription de mémoire d'une discussion dans le journal de terrain

37 Le consentement éclairé des interlocuteurs fait référence à la Prise de position de la SSE : « Ethique de la recherche en ethnologie » publié en 2010.

6. Précisions ethnographiques

Après avoir abordé de manière théorique quelques éléments liés à la réflexivité d'une enquête ethnographique dans un point antérieur, cette partie concerne plus précisément mon exercice réflexif pratique. En guise de rappel, les bénévoles des comités de santé des villages constituent la « pierre angulaire » du travail depuis le départ. Toutefois, les villageois non bénévoles, qui dans un premier temps n'étaient pas visés par mes investigations, ont également trouvé une place importante au cours de l'enquête, comme nous le verrons en partie dans le chapitre 7 et surtout dans le chapitre 8. C'est à travers la vision éémique de ces différents acteurs que je vais alors aborder un panel de questions qui seront traitées dans la suite de ce travail. Pour commencer, je vais brosser une peinture sociale qui représente les rapports et les relations autour de questions liées au projet et à la santé, à partir du récit de vie de mes interlocuteurs, ainsi qu'à travers leur vision subjective, qu'ils développent sur les différents éléments abordés. Il est également important de rappeler que les informations traitées n'englobent pas tous les aspects de la vie du village dans son ensemble, mais ne concernent que certaines facettes sociales précises.

Le travail d'enquête sur le terrain demande une certaine connaissance du mode de vie, de la culture, mais aussi des interlocuteurs avec qui un chercheur travaille. Il a donc été important, au cours de ma recherche, de me lier à certaines personnes qui d'une part m'ont aidé à tisser des liens dans un réseau social à l'échelle du village et de la région, et qui d'autre part me faisaient suffisamment confiance pour se confier sur certaines de mes interrogations. Je me suis donc intégré dans différents lieux et cercles afin de pouvoir simplement être là, observer et entrer en interaction avec ces personnes. Toutes ces expériences sociales réalisées au cours de ma recherche m'ont permis de constituer un capital d'informations et de données enregistrées numériquement, parfois retranscrites à la main ou tout simplement ressenties.

À la fin de mon séjour, je suis donc rentré en Suisse avec quelques hypothèses élaborées « à chaud », et quelques idées d'orientation à donner à mon travail. Selon Kilani, l'anthropologue est déjà en train d'organiser son passage au texte sur le terrain : « le terrain apparaît non seulement comme une « façon de faire », mais aussi comme un « moyen d'écriture » » (Boon cité par Kilani 1994 : p. 50). Toute information recueillie doit alors être traduite à travers le spectre de celui qui mène l'enquête, pour la rendre compréhensible aux lecteurs qui ne connaissent pas les interlocuteurs, et parfois pas les moeurs du pays dans lequel l'étude s'est déroulée. Toutefois, cette caractéristique n'offre pas à l'auteur le pouvoir d'écrire d'une manière trop subjective, mais cela

exige de lui la recherche d'une « vérité négociée » entre sa perception du phénomène et celle des acteurs du terrain (Kilani, 1994), pour tendre à une théorisation plus fidèle.

Dans le cadre de l'analyse de mon enquête de terrain, j'ai utilisé une perspective comparative notamment dans le but d'analyser les caractéristiques de deux villages qui ont évolué de manière complètement différente. Il a alors été intéressant de m'intéresser aux multiples facteurs qui ont pu garantir le succès de l'élaboration du projet dans un des villages et de m'arrêter sur d'autres, qui l'ont fragilisé dans une autre région. Les parties qui suivent seront organisées de la manière suivante : une liste de thématiques a été élaborée en fonction du matériel obtenu sur le terrain, puis les entretiens effectués seront abordés en suivant les différents points du travail.

Je tiens tout d'abord à apporter quelques précisions sur le contexte local de mon terrain. Les données qui suivent ont toutes été récoltées dans différents *rayons* de l'*oblast* de Tchuy. Anciennement appelée l'*oblast* de Frounze, cette province créée en 1990 par l'URSS représente la région la plus au Nord du pays. Elle se situe à la frontière avec le Kazakhstan. Elle est entourée par l'*oblast* de Naryn au Sud, de Jala-Abad au Sud-Ouest, Talas à l'Ouest et Issyk-Kul à l'Est. Le centre administratif de la province est Bishkek, la capitale du pays. La population est majoritairement kirghize, mais plus de 20 % de Russes sont recensés dans cette région (Haug, 2002). Elle représente d'ailleurs la région du pays où vivent le plus grand nombre de Russes.

La région de Tchuy a été le dernier *oblast* où les intervenants de la Croix-Rouge suisse ont développé le projet KYSS-HP. En effet, c'est seulement en 2007 que les premiers CSV sont apparus dans cette province et ont commencé à s'organiser. Il en découle alors que l'on est parfois en présence d'une organisation qui, dans certains villages, comporte encore des failles et présente, en comparaison avec celle des autres *oblasts*, une situation moins évoluée. À ce propos, à l'évocation de cette différence, une bénévole rencontrée dans un village de Talas, une province qui se trouve à l'ouest du pays, lors de l'un de mes séjours m'expliquait : « *Ici, nous sommes beaucoup plus autonomes que les Tchuluks³⁸ vous voyez, ça fait beaucoup plus longtemps qu'on travaille, on sait comment faire avancer le projet. Au début, c'était aussi dur bien sûr, je sais ce qu'ils vivent, parce que j'étais là au début aussi* » (Journal de terrain). Si d'autres *oblasts* semblent paraître plus avancés quant à la mise en oeuvre du projet, certains habitants de Tchuy, conscients de la situation, affirment que ce n'est pas un hasard si leur région représente le dernier lieu d'implantation du développement du KYSS-HP :

38 Le terme Tchuluks désigne les habitants de l'*oblast* de Tchuy

Maintenant ce programme est en train de prendre fin dans tout le pays, le projet de la Croix-Rouge suisse se termine et nous, dans notre région, nous sommes un peu en retard par rapport aux autres régions. La région de Tchuy a été invitée dans le projet dans les derniers moments, car on était considéré comme une région plutôt développée. Mais en réalité, cette région n'est pas plus développée que les autres, mis à part Bishkek. À Tchuy les gens ne sont donc pas vraiment organisés comme dans les autres *oblasts* (Journal de terrain).

Sur les 337 villages de l'*oblast* de Tchuy, ce sont 250 qui sont actuellement concernés par le projet³⁹. Sur les 87 autres villages restants, certains sont encore en phase de préparation, alors que d'autres peinent à motiver des bénévoles. Ma recherche s'est plus particulièrement concentrée sur deux *rayons*, situés à l'Est et à l'Ouest de la capitale : Alamedin et Sokoluk. C'est dans ces *rayons* que se trouvent les deux villages étudiés, et c'est également dans ces deux régions que j'ai effectué des visites dans de nombreux villages avec deux équipes médicales distinctes. Lors de ces voyages, j'ai pu être témoin que d'une manière générale, les villages les plus proches de la capitale rencontraient souvent plus de difficultés que les villages éloignés, comme une cheffe d'un comité de village, seule membre active de ce lieu l'évoquait :

On a l'impression qu'on vit 100 ans en arrière ici, on n'a pas de ligne téléphonique, pas d'internet, pas de *banyas*, pas de garderie et on vit à 15 minutes de la ville... C'est difficile. Dans les banlieues de Bishkek, ils construisent des feux, des routes, mais pour nous rien... On n'a même pas de FAP (Journal de terrain).

Comme je l'ai déjà évoqué précédemment, cette bénévole avait l'impression que le positionnement géographique de son village, situé à proximité de la capitale, jouait en sa défaveur. D'autres villages plus éloignés bénéficient par contre de multiples aides financières et logistiques. Cette situation avait été également confirmée par Rahat, une jeune femme qui travaille dans une des équipes médicales et qui ajoutait les éléments suivants :

Les villages les plus proches de la ville travaillent moins bien, car les gens du village ont presque tous une activité professionnelle en ville. Les villages qui se trouvent plus loin de la ville s'engagent plus facilement dans le projet. Ils ont moins de travail et beaucoup de gens n'ont pas grand-chose à faire là-bas. Notre district d'Alamedin par exemple, se trouve très proche de Bishkek, et beaucoup de villageois travaillent en ville la journée (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014).

39 Voir tableau : Annexe 5

Voici donc quelques premières informations qui concernent l'organisation générale du projet. Rahat, qui supervise tous les villages de son district, et qui connaît également la situation des villages des autres districts, reconnaît le fait que les villages les plus éloignés des centres urbains reçoivent généralement une aide plus importante que les villages situés à proximité des villes. Il est également possible de noter le fait que pour les habitants qui vivent en périphérie de la capitale, à l'image de la cheffe du comité citée ci-dessus, la situation sociale et logistique est très difficile. Mon enquête, qui s'est concentrée sur deux villages en particulier, me permettra d'aborder certaines thématiques par une approche comparative.

Le premier village s'appelle Djailiran et se situe dans le *rayon* d'Alamedin, à environ 45 minutes en voiture de la capitale. C'est un village de plus de 2'400 habitants, constitué par une majorité de Kirghiz, mais également par des communautés russes, tatares, tadjikes, ouzbeks et kurdes. Le village se situe dans une région où l'on trouve un microclimat. En effet, durant les mois d'hiver, la température est en moyenne de 7°C inférieurs à celle de la capitale et en été, elle est supérieure et atteint parfois les 45°C. Les habitants se plaignent d'une grande présence de moustique aux périodes chaudes qui infecteraient chaque année de la malaria de nombreuses personnes. Le comité de santé était composé au départ d'une vingtaine d'individus. Aujourd'hui, seulement trois membres exercent encore une activité qui demeure toute relative. Je me suis rendu à deux périodes différentes dans ce village. Au cours du mois de mars, j'y suis demeuré une dizaine de jours, puis j'y suis retourné quelques semaines plus tard, dix jours également, durant le mois d'avril.

Le deuxième village, Kayndy, se situe dans le *rayon* de Sokoluk. Plus précisément, ce village se trouve dans la région Ouest de Bishkek, à environ trente minutes en voiture. Il est également possible de constater qu'une pluralité de nationalités se côtoie : Kirghiz, Russes et Tadjikes. Environ 1'200 habitants y vivent et le comité de santé, composé d'une dizaine de personnes, est très actif. Il a même déjà été cité comme un modèle dans la région. En effet, selon les habitants, plusieurs délégations d'autres régions du pays, mais aussi étrangères, sont venues rendre visite à ces bénévoles. Les habitants du village sont, d'une manière générale, très sensibles au projet ainsi qu'aux questions liées à la santé, et les membres du comité sont très respectés. Je suis également demeuré dans ce village à deux reprises. Comme pour le village de Djailiran : une dizaine de jours au mois de mars, puis à nouveau pendant dix jours au mois d'avril.

Concernant les différents interlocuteurs de mon enquête, il est à relever que tous mes entretiens formels se sont déroulés avec des femmes. J'avais pourtant l'intention initiale de choisir équitablement des hommes et des femmes pour mon enquête, je n'ai cependant rencontré aucun

homme bénévole dans les villages visités. Enfin, lors des entretiens avec les villageois non bénévoles, je me suis très vite aperçu que les femmes étaient beaucoup plus impliquées dans le domaine de la santé que les hommes. C'est pour cette raison que je ne me suis entretenu qu'avec des villageoises. Il serait légitime de se demander si les contacts n'auraient pu être source d'ambiguïté, le fait qu'un jeune homme entretienne des contacts et passe beaucoup de temps avec des femmes. Pour répondre à cela, je préciserai que le fait d'être marié à une femme kirghize a très souvent facilité les rencontres et a contribué à ôter aux entretiens tout caractère ambigu.

Üpöl est une femme mariée de 67 ans, habitant dans le village de Djailiran depuis son mariage. Elle a plusieurs enfants et des petits enfants, dont deux étaient présents au moment de l'entretien. Elle travaille dans le comité de santé de ce village depuis quatre années maintenant, et affirme être devenue bénévole un jour qu'elle se rendait à la FAP pour un contrôle. À cette occasion, quelques volontaires présentes auraient été invitées à les rejoindre pour les aider à développer le projet. C'est de cette manière qu'elle est entrée dans le comité. Avant ce jour, elle ne connaissait ni le projet ni le comité et n'en avait même jamais entendu parler. Selon elle, il est important d'avoir des connaissances dans le domaine de la santé. Elle les applique d'ailleurs à la lettre dans le contexte familial et privé.

J'ai rencontré Üpöl durant mon séjour dans le village de Djailiran et lui ai proposé un entretien qu'elle a tout de suite accepté. Nous avons donc agendé l'entretien quelques jours avant mon départ du village et elle a accepté d'être filmée, si mon travail pouvait faire connaître leurs activités. L'entretien s'est déroulé à son domicile, en présence de sa famille, car elle trouvait que c'était plus tranquille ainsi.

Nargiza est une femme de 52 ans qui a grandi et qui s'est mariée dans le village de Kayndy. Après ses études, elle a travaillé plusieurs années en tant que médecin dans un hôpital de Bishkek, où elle habitait également. Elle possède donc de grandes connaissances et de larges compétences dans le domaine médical. Après son mariage, elle a démissionné de son poste de médecin et elle est revenue vivre en zone rurale pour s'occuper de son foyer. Lorsque le projet a émergé dans leur région en 2007, elle s'y est tout de suite intéressée et a été la première présidente du comité de santé de Kayndy. Forte de sa formation, Nargiza aide souvent les autres membres des comités à comprendre certaines pathologies et développe elle-même des stratégies et des mesures à prendre concernant son village. Par souci d'équité, elle a aujourd'hui cédé sa place de présidente à une autre membre du comité, mais reste très active dans les actions organisées.

Lors de mon séjour à Kayndy, j'ai tout de suite repéré Nargiza qui jouait un rôle de leader au sein du

comité de santé de ce village. J'ai alors tenté de m'approcher d'elle et, du fait que ce comité a été très actif pendant que j'étais sur place, nous nous sommes rencontrés presque quotidiennement. Un jour, après un repas, alors que nous discutons du projet, je lui ai proposé d'enregistrer la conversation dans une salle plus calme, ce qu'elle a accepté avec plaisir. Alors qu'elle était très enthousiaste à répondre à mes questions et à me raconter sa biographie et celle du comité, j'ai perçu quelques exagérations concernant certains aspects du projet, qui ont été contredits par d'autres membres qui nous avaient rejoints.

Elnura est enseignante dans le village de Djailiran, elle a 44 ans et a grandi dans une autre région de l'*oblast*, non loin de Kara Balta. Ils sont venus, avec son mari et leurs enfants s'installer dans cette région il y a déjà plus de quinze ans. Ayant suivi une formation d'enseignante, Elnura travaille comme professeur de Russe dans l'école secondaire, qui regroupe les différents villages alentour. Suivant son récit, elle n'a pas vraiment eu le choix d'entrer dans le comité de santé en 2007. En effet, comme elle travaillait à l'école, elle a été forcée d'intégrer le comité en tant que bénévole. Avant cela, elle n'avait jamais entendu parler de ce comité ni des actions de santé. Si elle avoue avoir été réticente au début, elle s'est très vite aperçue du potentiel du projet et se sent aujourd'hui engagée. Comme le comité de ce village ne possède que très peu de volontaires actifs, les bénévoles ont décidé de former les élèves de la onzième classe, c'est-à-dire, la dernière année d'école secondaire, pour qu'ainsi, ils participent activement au projet.

Dans ce village, il a été relativement difficile de vivre quotidiennement avec les bénévoles, car contrairement au village de Kayndy, ils sont bien moins actifs et moins nombreux. Ainsi, j'ai rendu plusieurs fois visite à Elnura dans l'école, pendant les heures qu'elle consacrait à l'avancement du projet ou lors de séances d'information sur la tuberculose par exemple. C'est ainsi que je lui ai proposé de me laisser enregistrer un entretien.

Tchinara est une femme de 56 ans, qui est mariée et a deux filles. Elle habite Kayndy et travaille comme facteur à la poste. Elle collabore avec les autres bénévoles dans le comité de santé depuis quatre ans, et ne connaissait pas non plus le projet avant d'y participer. Tchinara n'a pas été élue dans le comité, mais a été motivée de l'intégrer après une visite à la FAP, alors qu'elle venait vérifier sa pression. Le médecin-chef du *rayon* qui était en visite dans ce village ce jour-là l'a convaincue de participer au projet. Elle a accepté et consacre aujourd'hui une grande partie de son temps au comité. Elle a également réussi à conjuguer ses activités professionnelles et celles du projet. Par exemple, quand elle fait sa tournée, elle en profite pour distribuer des prospectus et des informations. Parfois, elle prend également avec elle un thermomètre et s'arrête entre deux courriers

chez les habitants pour contrôler leur température ou mesurer leur pression. Tchinara se dit être convaincue par le projet, et elle avoue être fière d'en faire partie, notamment en raison des changements que le projet a déjà réussi à instaurer dans la vie du village.

Durant notre entretien, j'ai trouvé qu'elle se gênait parfois de parler. Je tentais alors de la relancer sans trop lui forcer la main. Alors que nous avons terminé, que l'enregistreur était éteint, et que nous allions nous saluer, elle m'a prié de le rallumer, car elle avait quelques éléments à rajouter. En quelques minutes, elle a abordé des sujets plus délicats, notamment liés à la sexualité dans leur village, et s'est montrée relativement critique à l'égard de certains habitants. J'ai trouvé cette expérience très intéressante.

Aidai est une mère de famille de 35 ans, qui a encore des enfants en bas âge. Elle habite Djailiran depuis six ans et travaille dans le comité depuis seulement 3 ans. Avant d'y participer, elle non plus n'avait jamais eu vent de ce projet. Une de ses amies qui y travaillait déjà lui proposa un jour de venir à l'une de leurs réunions. Solidaire de cette amie, qui se plaignait que tout le monde avait déserté, Aidai s'y était rendue et avait trouvé le projet et les activités très intéressantes. Toutefois, lorsqu'elle a appris que le travail était bénévole, elle a, dans un premier temps, refusé d'intégrer le comité. Devant l'insistance de son amie, qui persistait à la motiver, elle a finalement accepté de travailler, même si au début elle avoue qu'elle le faisait pour faire plaisir à cette amie. Peu à peu, elle affirme avoir compris l'importance que revêt un tel engagement, surtout pour la jeunesse. Elle s'est donc arrangée pour que sa belle-mère garde ses enfants et pour avoir du temps à disposition pour les réunions et les actions. Aujourd'hui, même si ce village est loin d'être le plus actif, les seules trois volontaires du comité constituent un noyau solide et motivé, qui parfois croulent sous l'ampleur des tâches, mais s'encouragent mutuellement afin de ne pas se laisser gagner par le découragement.

Comme le comité de ce village ne comptait que trois bénévoles, je les ai donc toutes interrogées séparément. L'entretien avec Aidai s'est déroulé sur un banc devant la FAP. Elle n'a pas hésité à me parler des problèmes rencontrés dans son village et des difficultés auxquelles il fallait faire face.

Jazgul est une mère au foyer de 42 ans qui a deux filles et un fils. Elle a toujours habité à Kaydyn et son mari vient également de ce village. Elle est entrée au comité dès qu'on le lui a proposé, il y a 2 ans. Auparavant, elle savait qu'un tel comité existait dans le village, mais elle ne savait pas très bien ce qu'il faisait et cela ne l'intéressait guère. Elle a avoué d'ailleurs avoir déjà reçu des prospectus chez elle à la maison, mais a affirmé ne pas y avoir porté une grande attention avant de s'être engagée comme volontaire. Elle pense désormais que ce projet peut amener de vrais

changements dans le village, et qu'il est nécessaire de continuer de réaliser des actions pour que les habitants comprennent vraiment que les bienfaits d'un tel programme profitent à tous. Pour elle, il est important de miser sur les enfants et les jeunes, car ils représentent l'avenir et c'est aussi ces jeunes qui s'occuperont d'elle quand elle sera plus vieille. Elle se dit donc très motivée à développer le projet, à s'engager et à donner de son temps. Elle s'est spécialisée sur les questions de l'immunisation et c'est elle qui se rend dans les écoles et les *Polyclinik* pour animer des conférences et des séances d'informations toutes les semaines.

Tout au long de notre entretien, elle a souvent répété être fière de ce qu'elle faisait, et a beaucoup vanté leur réalisation tout en insistant sur leur responsabilité et leur reconnaissance dans le village.

Rahat est une jeune femme célibataire de 28 ans, originaire de l'*oblast* d'Issyk-Kul, qui fait partie d'une des équipes médicales que j'ai suivies pendant plus d'une semaine, c'est-à-dire d'une unité de promotion de la santé (HPU). Elle a intégré le projet il y a seulement six mois et voyage de village en village, toujours dans le même district, notamment pour conseiller les bénévoles sur la manière de transmettre les informations, ou encore pour leur apporter des recommandations concernant certaines pathologies. Contrairement aux membres de cette équipe ainsi qu'aux membres de l'autre équipe médicale que j'ai accompagnée, Rahat n'a pas suivi de cursus universitaire dans le domaine médical. Par contre, elle a suivi une formation administrée par la Croix-Rouge qui comptait différents modules concernant des aspects biologiques et plus techniques sur les maladies, mais également sur des aspects sociaux et pédagogiques, liés à la transmission des informations. Elle ne travaille pas en tant que bénévole, son activité est rémunérée, et elle est affiliée avec son équipe, au comité de *rayon*.

Lors de nos visites, je me suis vite très bien entendu avec Rahat, peut-être par le fait que c'est une des rares personnes de mon âge que j'ai pu rencontrer à oeuvrer dans ce projet. Après quelques semaines, je l'ai recontactée et lui ai proposé d'organiser un entretien qu'elle a accepté et que nous avons réalisé dans un parc de la ville. Je trouvais intéressant d'avoir l'avis d'une personne qui connaissait relativement bien les villages dans lesquels je me rendais, et qui avait, par une autre forme d'implication, un regard sur leur projet quelque peu différent des bénévoles. Il est évident que cet entretien ne sera pas utilisé de la même manière que ceux des volontaires ci-dessus.

Bermet est une villageoise non bénévole de 38 ans qui habite Kaydyn et qui a une fille de 13 ans et un fils de 11 ans. Elle a suivi une formation universitaire à Bishkek et travaille actuellement à la bibliothèque de l'école de ce village. Son mari travaille avec le bétail et possède un grand troupeau de moutons. Par son travail, elle connaît très bien le comité de santé, ainsi que les activités qu'il réalise. Elle coopère en placardant des informations et des prospectus sur les murs de la

bibliothèque. Selon ses dires, elle collabore avec le comité, mais n'a pas vraiment de temps pour s'engager plus que cela. Si les bénévoles l'ont, dans un premier temps, irritée avec leurs actions, elle les a peu à peu acceptées et les trouve utiles pour la population du village. Adhérant à la médecine scientifique et consultant des médecins quand elle est malade, elle avoue également avoir visité un grand nombre d'autres acteurs du domaine de la santé durant sa vie et encore actuellement. Elle dit ne pas condamner les uns en promouvant les autres, mais affirme savoir faire la part des choses.

En discutant dans le village avec des habitants ne participant par au projet, j'ai très souvent abordé le thème de la médecine. Je leur demandais ce qu'ils pensaient du comité de santé, sur les moyens qu'ils utilisaient pour se soigner, etc. Une des femmes présentes, Bermet, a alors accepté de répondre à quelques-unes de mes questions sur la terrasse de son jardin. Nous avons finalement poursuivi l'entretien à travers trois rencontres qui se sont révélées être cruciales dans l'avancement de mon mémoire. En effet, si le premier jour, notre conversation était centrée sur la question du comité, elle s'est naturellement orientée sur la question des guérisseurs et des autres formes de médecines. Nos trois rencontres, qui ont duré une heure chacune, correspondent aux entretiens dans lesquels j'ai pu être le plus à l'aise et où j'ai pu appréhender les choses le plus en détail.

Khanu est une femme de 40 ans qui vit avec son mari et ses enfants dans le village de Kayndy. Pendant plusieurs années, cette famille a habité dans une autre région de l'*oblast* avant de revenir dans le village natal du mari. Khanu a déjà entendu parler de ce comité, mais ne sait pas exactement ce qu'ils font. Elle sait par exemple que les membres du comité vont dans les écoles pour animer des conférences sur le VIH/SIDA, la brucellose ou la tuberculose. Elle sait également que l'infirmière de la FAP travaille avec eux et qu'ils font de la prévention. Elle dit qu'elle aurait volontiers travaillé avec le comité pour connaître certains moyens de prévenir les maladies. Son père ayant été malade de la brucellose et ayant été témoin de ses souffrances, elle me dit qu'elle s'engagerait volontiers dans une telle cause. Son rapport à la religion lui demanderait également de se mobiliser pour les autres, mais comme elle n'a pas habité ce village pendant une longue période, elle ne s'est pas engagée. Ce sera peut-être pour bientôt. Lorsqu'elle est malade, il lui arrive de visiter différents acteurs de la santé. Il y a la FAP, mais il y a aussi d'autres médecins et d'autres moyens de soigner qui sont encore très efficaces à ses yeux. Selon elle, on ne peut pas condamner des pratiques qui existent depuis longtemps parce qu'on a découvert d'autres moyens, elle pense qu'il est possible de les faire coexister pour une meilleure efficacité.

J'ai rencontré Khanu un jour que je me promenais dans un village et que je discutais avec un groupe de villageois. Je lui ai demandé s'il elle était d'accord que je lui pose quelques questions et que j'enregistre son récit, ce qu'elle a tout de suite accepté.

Le premier focus group réalisé s'est déroulé dans un hôtel de Bishkek lors de la réunion annuelle des comités de santé des villages. Les chefs de comités étaient tous réunis dans une vaste salle de conférence, regroupés par région autour de grandes tables rondes. Cette réunion s'est étalée sur plusieurs jours et a été animée par différents conférenciers, dont Tobias Schueth était le dernier. Il a d'ailleurs prononcé son discours d'au revoir. Durant cette rencontre, j'ai repéré les membres des comités de la région sur laquelle portait mon enquête et leur ai ensuite proposé de nous réunir dans une autre salle plus calme afin qu'elles répondent à quelques-unes de mes questions. Sur les sept personnes présentes pour cet exercice, il y avait 3 femmes que je connaissais déjà relativement bien pour les avoir rencontrées à plusieurs reprises dans les villages. Ces femmes étaient généralement les présidentes ou les anciennes présidentes des comités de santé des villages des *rayons* d'Alamedin et de Sokoluk. Au cours de cet exercice, Aigul animait la discussion en kirghize, relançait les membres des comités sur des sujets sensibles pendant que j'observais les différents comportements. Il a été notamment intéressant de noter qu'une forme de concurrence motivait les comités à se développer plus rapidement que leurs voisins, et que le projet prenait parfois des airs de compétition. Je reviendrais plus en détail sur ces caractéristiques dans la suite de l'analyse.

Le deuxième focus group s'est déroulé dans le village de Kayndy avec neuf membres du comité de santé. Cet entretien collectif a été organisé de la même manière que le premier. Alors qu'Aigul posait les questions et s'occupait des relances, j'étais attentif aux comportements. Ce deuxième focus group a été effectué à la fin de mon premier séjour au mois de mars. Au mois d'avril, j'ai réalisé des interviews individuels avec certains membres de ce même comité. Alors que j'avais organisé cet exercice depuis quelques jours, le moment venu, le chef des comités de santé du *rayon*, Mirbek, est arrivé à l'improviste et a insisté pour participer à l'entretien. Je me suis dit à cet instant que l'entretien allait sûrement être un échec en raison d'une présence hiérarchique dans la salle, laquelle allait influencer sur les comportements et les discours. Au début de l'entretien, les volontaires répondaient timidement aux questions, mais plus la discussion avançait, plus elles répondaient librement. Il n'a quand même pas été aisé de gérer la présence du chef des comités de santé, lequel reformulait souvent nos questions ou les orientait. Pour illustrer cela, voici un exemple de l'une de ses interventions : alors qu'Aigul avait demandé à une bénévole en particulier, comment elle était entrée dans le comité, celle-ci était en train de répondre lorsque Mirbek l'interrompit et lui lança : « *Vous n'avez pas compris la question. La question c'était comment ça avait commencé ?* » (Focus Group 2, le 17 mars 2014). Son intervention était probablement motivée par le fait qu'il ne voulait pas que cette bénévole explique qu'elle était entrée dans le comité par le biais d'une amie qui le lui avait demandé. En effet, il venait de nous expliquer que tous les bénévoles avaient été élus. Il est

également arrivé que d'autres bénévoles le contredisent. Alors qu'il expliquait à nouveau, plus tard dans la discussion, que les membres du comité avaient « quasiment » toutes été élues, l'une d'entre elles a affirmé que de nombreuses membres n'avaient en fait pas été élues, mais s'étaient en réalité portées volontaires, car il manquait des membres dans le comité. D'une manière générale, ce focus group s'est toutefois très bien passé et a permis de recueillir de nombreuses informations intéressantes, sur les activités et sur l'ambiance qui régnait dans ce village et sur les différents comportements que les interlocuteurs endossaient.

Voilà les différentes interlocutrices qui m'ont permis de constituer mon travail de terrain. Pour amener quelques précisions sur la manière dont nous nous sommes rencontrés, je dirais que cela a été très contrasté dans les deux villages. En effet, à Kayndy, dans le village où le comité est très actif, les membres des comités ont tout de suite accepté que je passe du temps avec elles, que je les suive au quotidien. Elles s'empressaient même de venir m'expliquer certains aspects de leur travail, de leur formation, etc. Il y avait une logique collective derrière leur démarche qui cachait très souvent les mêmes anecdotes et les mêmes faits, ce qui donnait l'impression que les réponses ou les discussions avaient été préparées ou orientées. Avec les interlocutrices du village de Djailiran, il a été beaucoup plus délicat d'entrer en relation ou d'aborder certaines thématiques, car leur situation était plus difficile et elles ne cherchaient pas, au contraire des volontaires de Kayndy, à venir sans cesse m'expliquer leurs activités. Dans un premier temps, elles étaient aussi plus réticentes à ma présence, m'expliquant que j'allais souvent m'ennuyer, car rien ne se passait. Mais au fil du temps et après avoir abordé plusieurs fois certaines thématiques, elles ont commencé à me parler plus ouvertement. Quant aux relations qu'elles entretenaient entre elles, cela dépendait également du contexte. De manière générale, j'ai pu constater une grande solidarité dans les comités de villages, où tout le monde s'entraidait et se soutenait, également en dehors des affaires liées au projet. Dans certains villages, les volontaires se sentent encore plus unis du fait qu'ils représentent un groupe distinct dans le village. Cependant, j'ai pu remarquer, dans d'autres situations, comme lors d'un focus group, des tensions et de la concurrence entre les membres de différents comités de santé et entre différents villages. Ces éléments vont être abordés plus en détail dans la suite de ce travail.

7. Analyses sociales autour des bénévoles des comités de santé des villages

7.1 Profil général des bénévoles

Durant mon séjour, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreux membres de comités, d'une part dans les villages dans lesquels je suis resté et d'autre part, en accompagnant les équipes médicales dans les *rayons* d'Alamedin et de Sokoluk. Sur le terrain, j'ai pu constater que le nombre de bénévoles s'étendait suivant les villages, d'un à deux membres jusqu'à une quinzaine pour les plus nombreux. Cela représente en moyenne, entre cinq et sept membres pour une population d'environ 1'000 personnes. Cette moyenne est relativement basse par rapport aux comités d'autres régions, où le projet se développe depuis plus longtemps. Je ne connais pas précisément les chiffres pour les autres *oblasts*, toutefois, une bénévole de Talas avançait une plus forte participation de volontaires dans sa région. Au cours de mes pérégrinations dans les deux *rayons* mentionnés, il m'est arrivé de visiter des villages où une excellente organisation avait été mise en place et où le comité paraissait très engagé dans la vie sociale du lieu. Dans d'autres villages en revanche, rien n'avait encore été mis en oeuvre, personne ne voulait prendre d'initiative concernant ce programme et peu de monde en avait même entendu parler. Certains villages encore, avaient créé un comité, mais manquaient cruellement de moyens pour organiser des rencontres ou pour mener des actions.

Pour établir un profil prototypique des bénévoles participant au projet KYSS-HP, je me base sur toutes les personnes rencontrées au cours de mon enquête, dans les nombreux villages dans lesquels je me suis rendu. Dans une large majorité des cas, les bénévoles des comités de villages étaient des femmes kirghizes, mères de famille et femmes au foyer, âgées de 35 à 60 ans. Lors de mes visites dans les villages des *rayons* d'Alamedin et de Sokoluk, je relevais systématiquement l'historique des bénévoles ayant été inscrits comme membres du comité depuis sa création. J'ai d'ailleurs pu noter qu'il y avait eu, d'une manière générale, deux vagues de bénévoles dans les villages. La première correspond aux volontaires qui se sont engagés dès l'apparition du projet dans cette région en 2007, mais qui, pour nombre d'entre eux, se sont rapidement retirés du comité pour des raisons diverses. La deuxième vague de bénévoles s'est engagée dans les années suivantes, parfois autour de quelques piliers de la première vague restés liés au projet.

Plusieurs facteurs peuvent venir expliquer les caractéristiques du profil établi plus ci-dessus. Tout d'abord, précisons que ce sont des populations kirghizes qui vivent en grande majorité dans les zones rurales. La plupart des bénévoles étaient donc des Kirghiz originaires de la région, ou plus rarement issus de la migration interne au pays. J'ai par exemple rencontré plusieurs bénévoles arrivées de la ville d'Osh au Sud, ou de la ville de Karakol à l'Est du pays, qui se sont engagées dans des comités de la région de Tchuy. Plus rarement, il m'est arrivé de rencontrer des Russes et des Kazakhs qui oeuvraient dans les comités de santé. Lors de mon enquête dans la vallée de Tchuy, je n'ai à aucun moment rencontré d'homme bénévole. Il arrivait toutefois exceptionnellement qu'un homme ci et là, ait participé pendant quelque temps aux activités du comité, mais l'ait ensuite très rapidement quitté. Cela s'explique entre autres, selon les femmes des différents comités, par le fait que les hommes choisissent plus facilement des travaux rémunérés, car ils portent la « responsabilité sociale » de nourrir et de faire vivre leur famille. D'ailleurs, cet aspect financier expliquerait en même temps le fait que très peu de jeunes personnes participent activement au projet :

Les jeunes et les hommes veulent tous travailler, il n'y a que de vieilles personnes comme moi qui restent. Voilà, je n'ai pas le droit d'interdire aux jeunes de travailler, comme on ne les paie pas, on ne peut pas dicter nos règles. Nombre d'entre eux doivent aussi rembourser leur crédit (Aidai, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Nombreux sont les gens des villages de ces deux *rayons* à se rendre dans la capitale pour exercer un travail rémunéré. Si certains d'entre eux ont préféré déménager dans la ville, un grand nombre d'individus sont domiciliés dans les zones rurales et font les trajets quotidiennement. De ce fait, peu de jeunes personnes disposent du temps disponible leur permettant de s'engager dans une telle activité, et tout le monde n'a pas le loisir de s'investir de manière bénévole. Si la question financière se révèle être une des raisons pour laquelle les jeunes ainsi que les hommes ne sont pas représentés dans le projet, d'autres explications sont à considérer. En effet, les femmes volontaires que j'ai fréquemment rencontrées affirmaient que : « *Les hommes, eux ça ne les intéresse pas du tout* » (Tchinara, bénévole, comité de Kayndy, le 25 avril 2014). De nombreuses bénévoles m'ont également expliqué que ce type d'activité ne correspondait pas un travail d'un homme, mais plutôt à celui d'une femme. Selon les bénévoles interrogées, les femmes auraient une sensibilité plus développée concernant les questions de santé et plus de patience pour transmettre des informations. Cette caractéristique de genre, fortement observable dans tous les villages visités, est également

utilisée par les femmes bénévoles dans leur propre intérêt. En effet, lorsque j'abordais ce sujet, de nombreuses bénévoles avançaient des exemples de ce type :

On a construit cette canalisation pendant le mois de décembre. En hiver quand il neigeait, les femmes creusaient elles-mêmes la terre, car les hommes ne voulaient pas les aider. Nous, on avait d'abord engagé les ouvriers d'une entreprise pour qu'ils nous aident à construire ces canalisations pour la FAP, mais au lieu de creuser une profondeur d'un mètre vingt, ils ont creusé seulement cinquante centimètres. Après cela, on a été obligées de creuser nous-mêmes. Quand les hommes nous demandaient ce que l'on faisait, on disait : « *Dans le village, il n'y a pas d'hommes, c'est nous qui creusons la terre* » (Focus Group 1, le 19 mars 2014).

À travers ce récit, la volontaire insiste sur l'efficacité et le courage des femmes du comité de son village, tout en dénonçant la passivité de la gent masculine. Elle insiste d'ailleurs sur des aspects physiques, généralement attribués aux hommes dans cette région, ce qui donne une impression forte du comité du village, formé exclusivement de femmes. Ce type d'attitude est très souvent apparu lors de mes discussions ou pendant mes entretiens ou focus group. En effet, de nombreuses autres interlocutrices ont insisté sur cet aspect par d'autres exemples : à travers des récits qui soulignaient leur force ou leur exploit, ou par d'autres explications qui mettaient très souvent en avant les sacrifices et le travail des femmes, face à l'oisiveté des hommes dans la vie du village. En voici un exemple :

On est des femmes, comment dire, avant on disait : « *la femme c'est le sexe faible* », mais aujourd'hui c'est le contraire. Les femmes peuvent tout faire ! Elles savent surmonter les difficultés mieux que les hommes. On n'a pas d'hommes efficaces dans le village, ils restent à la maison et ce sont les femmes qui travaillent (Elnura, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Ce type d'argumentation exprimait très souvent une revendication de l'autonomie féminine. Le comité de santé des villages représente ainsi un moyen d'affirmation de l'indépendance des femmes des villages. De plus, du fait que les activités sont félicitées et encouragées par des organisations internationales, les femmes bénévoles du projet se sentent soutenues dans leurs efforts et dans leur cause et prennent aussi, de plus en plus souvent, position dans les affaires du village. Il est toutefois paradoxal de relever le fait que lors de la rencontre annuelle des bénévoles, les comités des autres régions comptaient un taux beaucoup plus élevé d'hommes dans leurs équipes, alors que les tables rondes des membres des comités de l'*oblast* de Tchuy n'en comptaient aucun. Ce phénomène s'explique en partie par la proximité de la capitale et des offres d'emplois qui s'y trouvent.

Cette thématique me permet d'apporter quelques précisions sur la situation actuelle des femmes dans le pays. Les femmes kirghizes ont, à différentes époques, occupé une place notable à différents niveaux : politique, culturel, économique et géopolitique : « Elles pouvaient alors diriger un territoire donné, lever une armée, diriger des opérations militaires et conclure des traités avec des puissances extérieures » (Gaüzere, 2002 : p. 2). Ce statut est également observable dans les épopées et les légendes kirghizes, à l'image de Kanykey, l'épouse du célèbre héros national *Manas*⁴⁰. Dans l'histoire de la construction du pays, les femmes kirghizes se sont également illustrées, comme la célèbre Kurmanjan Datka, qui a joué un rôle crucial par son activisme politique dans le « Grand Jeu » entre les puissances occidentales et dont un film à sa gloire vient de sortir dans les salles de cinéma kirghizes.

Les femmes kirghizes endossent encore actuellement des responsabilités dans la vie de la famille comme dans celle du pays. Excepté au Kazakhstan où les mœurs sont relativement proches, la position des femmes dans la société tranche avec les conditions féminines des autres Républiques d'Asie centrale, où elles connaissent des situations plus rigoureuses comme au Tadjikistan, en Ouzbékistan et au Turkménistan. Les femmes kirghizes quant à elles, jouissent aujourd'hui du plus haut taux de formations supérieures de toute l'Asie centrale (Gaüzere, 2002). Elles occupent également de hauts postes dans les sphères politiques et économiques. En effet, c'est une femme, Roza Otounbaïeva qui était à la tête du pays après le renversement du pouvoir de 2010. Cependant, malgré ces faits, les femmes se mobilisent toujours dans une forme de « lutte de classe » pour revendiquer un statut d'égalité avec les hommes, à travers de nombreuses ONG ou des partis politiques (Gaüzere, 2002). Cela peut notamment s'expliquer par la réislamisation de certaines régions rurales, plus spécifiquement au Sud du pays, où on assiste à l'instauration de nouvelles mœurs plus conservatrices, liées à un Islam plus rigoureux. Ce contexte de durcissement des conditions de la femme est accompagné par une recrudescence des pratiques du *Ala-Katshuu*, coutume qui consiste à enlever des femmes de force pour les marier. Si cette pratique est officiellement interdite et passible de plusieurs années d'emprisonnement, elle est encore très fréquemment utilisée, plutôt dans les zones rurales, mais également dans les villes. Dans cet environnement, où la liberté des femmes est partagée entre traditions, religions et modernisme, de grands moyens sont mobilisés pour tendre à une égalité de statut.

40 L'épopée de *Manas* est une œuvre issue de la tradition orale kirghize, inscrite dans le patrimoine culturel immatériel de l'humanité par l'UNESCO.

7.2 Perception interne et externe du CSV

La représentation des comités de santé ainsi que la perception que les bénévoles et les villageois non bénévoles portent sur ce groupe d'acteurs ont été abordées à travers les entretiens réalisés au cours de mon enquête. Comme on pouvait s'y attendre, il existe de fortes divergences de point de vue entre les bénévoles, membres des comités et les autres villageois non bénévoles. Il est également important de préciser que l'image que dégagent les comités, qu'elle soit interne ou externe, varie fortement. Suivant les villages et suivant « l'aura » que le comité dégage au sein de sa « communauté ». Cette image évolue et varie également en fonction de la durée d'existence des comités. Les comités en place depuis plus longtemps et s'inscrivant dans la durée touchent plus de personnes et semblent être plus respectés.

Lors du premier focus group, organisé à la fin d'une journée de la réunion annuelle des CSV à Bishkek, la présidente d'un comité de santé d'un petit village du *rayon* de Sokoluk, a monopolisé la parole pendant de longues minutes pour nous faire part de quelques éléments de son récit de vie. Cheffe des bénévoles depuis l'apparition du projet, le comité qu'elle préside est très bien organisé et son fonctionnement et son organisation constituent un exemple pour sa région. Pour illustrer une perception interne au projet à travers une membre d'un comité, je rapporte ci-dessous quelques passages issus de son itinéraire personnel :

Au début, on ne croyait pas vraiment à ce comité. Je pensais que ça allait être un échec, mais comme j'ai la foi, je me suis dit, « *je vais quand même essayer* ». Au début, c'était très dur, personne ne nous prenait au sérieux, et nous, on n'y croyait pas vraiment non plus. Tous les gens se moquaient de ce qu'on faisait, ils disaient par exemple que nous n'étions pas des médecins, qu'on ne comprenait pas ce qu'on faisait et ce qu'on disait et ils nous demandaient ce que nous faisons là, à travailler bénévolement. C'était vraiment difficile (Focus Group 1, le 19 mars 2014).

À travers le récit de cette bénévole qui relate la genèse du projet KYSS-HP dans son village, on se rend suffisamment compte que peu de gens, et pas même elle pensait que le comité et le projet pouvaient se développer. On relève aussi qu'elle n'avait pas une perception très gratifiante de ses activités et que devant les critiques des autres villageois, elle doutait de ses capacités. Un tel aveu teinté de désillusion n'est pas un fait propre à cette volontaire. De nombreuses expériences similaires m'ont été rapportées. Toutefois, sa vision, comme celles d'autres volontaires, a fortement évolué au fil du temps et au fur et à mesure que le comité s'est organisé et développé, pour

finalement s'imposer dans le village en convainquant toujours plus la population locale. Depuis, la conception du comité par cette bénévole, ainsi que de son rôle au sein d'un projet de santé internationale s'est modifiée :

Bien sûr au début c'était difficile, mais aujourd'hui, tout le village nous respecte, tout le district nous respecte, tous les membres de la mairie nous respectent. Maintenant on est connues, et toutes les difficultés que nous avons rencontrées au début ont fait place à la forte reconnaissance que nous connaissons aujourd'hui. À vrai dire, nous avons vaincu les sceptiques. Je me rappelle qu'au début, les gens jetaient les brochures devant nous et se moquaient, ils ne répondaient pas, ils n'ouvraient pas leur porte, tandis qu'aujourd'hui, ils nous demandent quand nous allons passer, ils nous embrassent quand ils nous croisent dans la rue, en nous demandant « *quand vas-tu venir ?* ». C'est pour cela qu'aujourd'hui, je suis très fière de la reconnaissance et du respect que j'ai dans le village. Ça nous arrive de très bien nous habiller pour aller voir directement la mairie ou alors on va à la banque pour recevoir de l'argent et quand les gens voient nos chèques, ils sont envieux (Focus Group 1, le 19 mars 2014).

À travers cette déclaration, on relèvera l'évolution de la vision de la bénévole évoquée plus haut, quant à son propre statut, mais également quant à sa perception du comité et du projet tout entier. Elle affirme connaître à présent « *une grande reconnaissance* » dans son village et dans son district, alors qu'elle a fait face dans un premier temps aux « *sceptiques* ». Au regard de leur culture et de leur vécu, les villageois ne pouvaient pas comprendre les raisons qui habitaient d'autres villageois comme eux, à leur donner des conseils et à leur transmettre des informations. Cette expérience du scepticisme des villageois, commune à toutes les personnes interrogées, révèle une période de fortes tensions au sein de la communauté villageoise qui a succédé au lancement du projet, suivie d'un sentiment triomphaliste vécu par les membres des comités après qu'ils eurent développé le projet.

Ainsi, de nombreuses bénévoles se sont petit à petit représenté le comité d'une manière plus positive, jusqu'à ce qu'il devienne à leurs yeux, indispensable dans le fonctionnement du village. L'attitude décrite ci-dessus et l'emphase des termes utilisés par cette personne cachent également un « sentiment de supériorité » qui n'est pas sans engendrer un certain malaise vis-à-vis des autres villageois non bénévoles comme je le montrerai ci-dessous. Le fait d'appartenir au comité octroie en effet à ses membres une position sociale particulière dans le village. Ce phénomène s'observe plus souvent et plus fortement dans les villages où le comité de santé est très actif, et où les résultats ne se comptent plus. Ainsi, lorsque Jazgul me lançait parlant des bénévoles : « *On a changé tellement*

de choses dans ce village... » (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy, le 14 avril 2014), elle souligne l'importance de leur présence et me rappelle d'autres exclamations du type « *si nous n'étions pas là... »* (Journal de terrain). L'entrée dans un comité de santé engendre une modification du statut personnel de ses membres, comme le soulignent Fournier et Potvin dans le cadre d'une recherche sur des comités de santé au Sénégal : « les représentants de la communauté trouvent dans leurs fonctions sanitaires une reconnaissance qui légitime leur propre statut vis-à-vis de la population » (Fournier, Potvin, 1995 : p. 43). Dès ce moment, les relations entre bénévoles membres du comité et villageois non bénévoles se modifient. Dans le cadre de mon enquête, ces nouveaux rapports ne se sont toutefois pas faits sans créer de tensions. En effet, au cours de mes discussions avec Bermet, une villageoise non bénévole de Kayndy, celle-ci n'a pas manqué de souligner son agacement face à des volontaires parfois « prétentieux ».

Au début je ne comprenais pas pourquoi ils s'engageaient, car je ne comprenais pas la nature de ces projets. Je trouvais que les membres du comité étaient trop fiers, pourtant ils n'ont pas de meilleur statut que moi dans le village. Par exemple, j'ai fait des études, j'ai été à l'Université à Bishkek et ces gens n'ont aucune formation. Alors quand ils venaient au début m'expliquer des choses sur la médecine, je ne les prenais pas au sérieux. Ils t'expliquent par exemple qu'il faut te laver les mains... Ils apprennent des choses élémentaires comme si moi, je les ignorais. J'étais très sceptique par rapport à ce projet et à ces gens-là, mais c'est vrai que quand elles me donnaient des brochures, je les prenais (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 27 avril 2014).

Les propos de Bermet dénoncent une certaine forme d'orgueil et d'arrogance ressentie face à l'attitude des bénévoles. Ce sentiment est partagé par de nombreux autres villageois rencontrés. Le faible niveau de formation des bénévoles est souvent évoqué. Par exemple, Bermet relève que contrairement aux bénévoles, elle a suivi des études universitaires et ne se sent pas inférieure à eux. Comme elle, de nombreux villageois n'ont donc pas une perception très valorisante du comité. Cette attitude est également le reflet d'une forme de concurrence ou de rivalité. Ces nouvelles relations, importées par le projet de santé international dans les régions rurales, ont parfois fondamentalement modifié les rapports des habitants d'un village tout entier. Ces modifications ont donné naissance à des tensions et des formes de discrimination. D'une part, les bénévoles du projet se sentent, à travers leur appartenance au comité et leurs liens potentiels à des organismes internationaux, faire partie d'une certaine « élite ». D'autre part, les villageois non bénévoles voient ces bénévoles comment prétentieux et arrogants. Ils portent des regards et des jugements critiques envers eux, créant ainsi une pression sociale à leur égard, comme ce témoignage :

Je pense que très souvent le regard des autres villageois et leurs jugements, qui étaient parfois très durs, ont découragé beaucoup de volontaires engagés dans les comités, et ils ont préféré le quitter pour qu'on les laisse tranquilles. Ce sont les plus solides qui sont restées... Je sais cela parce que j'ai participé aux réunions des comités de *rayons* et on parlait souvent de ces problèmes... (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014).

Selon cette bénévole, ce type de situation a été relativement difficile à vivre pour certains membres du comité, qui ont avoué avoir subi une forte pression sociale de la part des autres villageois. Dans certains cas, on m'a raconté comment l'hostilité avait finalement touché tout le village. Les maris des bénévoles s'étaient également mêlés à ces conflits et se disputaient avec d'autres membres du village. À l'école, les enfants des membres des comités étaient aussi stigmatisés par les autres. Les bénévoles interrogées attribuaient souvent la cause de cette hostilité à des sentiments de jalousie ou d'incompréhension.

Les gens n'ont pas compris pourquoi on travaillait gratuitement, ils se doutaient qu'on touche de l'argent sans leur dire, puis d'autres se moquaient. Ils disaient : « *Comme elles ne font rien d'autre ces femmes, elles essaient de visiter chaque maison pour occuper leur journée* ». Dans le village, pour nous humilier, les gens disaient même que les initiales des comités CSV signifiaient « les grosses femmes du village » (Focus Group 1, le 19 mars 2014).

Ces propos permettent de réaliser quelles peuvent être les difficultés auxquelles les professionnels du développement font face sur le terrain. En effet, le fait d'instaurer un groupe d'acteurs locaux ayant des attributions ou des responsabilités particulières modifie implicitement toute la structure de la communauté villageoise, créant de nombreux bouleversements sociaux et relationnels. Ces derniers peuvent parfois engendrer des tensions et des conflits, car « la participation des populations aux actions sanitaires s'inscrit dans une structure sociale, une organisation politique et un système de représentation de la société et de sa santé, qui déterminent les modalités réelles de fonctionnement de cette participation » (Fassin et al., 1986 : p. 206). Ainsi, les populations vivent parfois difficilement cette modification de l'ordre social induit par un projet dans leur communauté. Il est également à préciser que cette notion de « communauté » est à utiliser avec prudence, et ne se réfère pas aux théories de Tönnies, pour qui la construction du lien social peut être classée de *Gemeinschaft*, un collectif naturellement relié par des liens familiaux ou identitaires, ni de *Gesellschaft*, qui désigne un ensemble d'individus rassemblés par un consentement commun

(Ismard, Rosenblieh, 2006). Des précisions sur cette notion sont nécessaires en vue de clarifier la situation : « on s'imagine volontiers les villageois ou les citadins vivant au milieu d'une collectivité homogène où chacun exerce également son droit à l'expression, et où tous contribuent à l'effort commun pour une amélioration des conditions sanitaires » (Fassin et al., 1986, p. 205). Il n'en est rien, comme il a par exemple été possible de le constater à travers la perception interne et externe du comité. Ainsi, que le sentiment initial à la base d'un tel projet soit altruiste ou non, il n'empêche pas des réactions et des comportements belliqueux au sein de ladite communauté, comme je vais également le démontrer dans un point qui suit. Ces hostilités peuvent même parfois déboucher sur des affrontements plus violents.

7.3 Le bénévolat : entre idéologie et pratique

La notion de bénévolat sera explorée à travers diverses interrogations, comme les raisons qui ont poussé des individus à s'engager en tant que volontaires, la manière d'entrer dans un comité de santé et les avantages qui pourraient résulter de cet engagement en tant que bénévole. Mais dans un premier temps, il est intéressant d'observer comment les rapports des différentes organisations à la base du projet, et surtout les membres de la Croix-Rouge suisse le présentent. En parcourant la revue externe du projet de 2003, 2005 comme celle de 2006 d'ailleurs, il est possible de lire que « The VHC members have been elected by acclamation at village meetings, in the larger villages they are supported by elected block representatives » (Kickbusch, 2003 : p. 18). Cette élection des membres des comités de santé des villages est décrite avec plus de précisions dans la thèse concernant le projet des comités de santé de la République kirghize, écrite par Schueth. En effet, après avoir réalisé des sessions de PRA, après avoir établi une liste de pathologies et d'actions sur lesquelles le comité devra agir, les villageois doivent ensuite décider quelles personnes vont faire partie du comité. Pour ce faire, « The names of the proposed members are listed, and using a secret ballot, the board of the VHC is elected from this list. All other people proposed by the group sessions become members of the VHC. The secret ballot ensures that the people elect those whom they trust to take on the responsibility and work diligently, rather than simply influential people who want control and not responsibility (often in a public vote, no one wants to be seen not voting for influential people). The board elects the chairperson, secretary and cashier among themselves. The board can later invite other people to join it without election by members » (Schueth, 2010 : p. 35). Le système proposé pour l'élection des membres du comité constitue un processus éminemment démocratique qui respecte l'avis de l'ensemble de la communauté villageoise. Après avoir désigné les membres à la base du comité, ces derniers en choisissent d'autres parmi les

habitants du village. Toutefois, en comptabilisant le nombre de bénévoles élus par la population ayant répondu à mes entretiens, seule Nargiza (bénévole, comité de Kayndy) affirme avoir intégré le comité par le processus électif. Elle avait même été désignée comme la présidente du comité en 2007, dès l'apparition du projet dans son village. Selon ses dires, il y avait lors de la constitution du comité de Kayndy, un certain nombre de personnes désignées par une élection, mais celles-ci ne sont pas restées très longtemps en place.

Je suis dans le comité depuis sa création, j'ai en fait été élue par certains villageois qui ont voté il y a déjà 7 ans. J'avais été choisie pour être la présidente du comité au début, mais maintenant j'ai laissé ma place à une autre bénévole, ce qui est normal, c'est bien d'avoir des changements. Au départ, il y avait 8 personnes engagées, qui avaient été choisies par une assemblée de villageois, mais après peu de temps, on s'est retrouvé seulement à 3 personnes et les autres sont parties. Ces personnes ne voulaient plus travailler bénévolement, elles avaient aussi d'autres choses à faire, mais elles n'ont pas réfléchi profondément, car elles ne pensaient pas aux autres, aux enfants du village, elles n'ont pensé qu'à elles-mêmes et c'est pour ça qu'elles sont parties. Elles pourraient faire une fois par mois un tour dans le village, distribuer des informations, mais elles n'ont pas voulu le faire. Elles ne voulaient pas travailler bénévolement (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014).

Si Nargiza (bénévole, comité de Kayndy), affirme avoir été élue, les autres interlocutrices ont connu une situation différente. Nombreuses sont celles qui se sont vues proposer de devenir bénévoles, à l'instar de Üpöl (bénévole, comité de Djailiran), de Tchinarra (bénévole, comité de Djailiran) et de Jazgul (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy). D'autres encore, ont connu plus d'insistance, comme Aidai (bénévole, comité de Djailiran), qui n'avait par réellement envie de faire partie du comité, mais l'a fait par solidarité envers son amie. Quant à Elnura (bénévole, comité de Djailiran), elle avoue ne pas avoir eu de choix, car en tant qu'enseignante à l'école supérieure, on l'a « forcée » : « *On nous a forcée, comme nous travaillons à l'école on ne nous a pas laissé le choix. On ne comprenait même pas ce que c'était. On s'est dit alors... C'est notre travail alors on le fait* » (Elnura, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014). Cette situation a également été confirmée par Rahat : « *C'est souvent des profs qui travaillent, car ils sont obligés de faire cela, et comme il manque beaucoup de bénévoles dans certains villages, ça compense un peu* » (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014). Il y a donc, dans certains villages que j'ai visités dans les rayons d'Alamedin et de Sokoluk, un manque de candidature spontanée qui se fait sentir et que l'on tente de combler de différentes manières.

À travers les propos de Nargiza (bénévole, comité de Kayndy) ci-dessus, il est également possible de constater que cinq des bénévoles élues par « une assemblée de villageois » ont très rapidement quitté le comité de ce village. Ces cinq bénévoles représentent ce que j'ai précédemment nommé « la première vague » de volontaires. Cette caractéristique se retrouve dans plusieurs lieux visités durant mon enquête. Il s'agit d'individus désignés par la population, lors de rencontres organisées par les membres de la Croix-Rouge suisse, aidés d'une équipe locale liée au projet. À ce moment, ce dernier n'était pas encore du tout développé ni connu, et il se peut dès lors que de nombreux villageois ne comprenaient pas vraiment en quoi allait consister leur mission. Je tiens également à préciser que ces assemblées de villageois n'avaient pas intéressé une grande majorité des habitants. En effet, si l'on porte attention aux propos des différentes bénévoles interrogées, il est possible de remarquer que Tchinarra (bénévole, comité de Kayndy), entrée en 2010, n'avait jamais entendu parler du comité avant le jour où quelques volontaires lui ont proposé de participer au projet. Il en est de même pour Üpöl (bénévole, comité de Djailiran), également entrée en 2010 et pour Aidai (bénévole, comité de Djailiran), qui elle, y est entrée en 2011. Enfin, pour d'autres volontaires, à l'instar de Jazgul (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy), elles savaient qu'un comité de santé existait, mais ne comprenaient pas exactement ce qu'il faisait. Actuellement encore, il m'est arrivé de rencontrer de nombreux villageois qui ignoraient l'existence et le rôle de ce comité. Ces carences d'informations expliqueraient une certaine stagnation dans le développement. Elles expliqueraient aussi pourquoi certaines personnes n'étaient pas réellement convaincues ni motivées par le projet.

Les filles qui travaillaient là avant sont parties. Ces bénévoles d'avant, elles travaillaient seulement officiellement sur le papier, mais en fait elles ne faisaient rien. En fait, certaines n'avaient pas réellement envie de participer, mais comme elles avaient été élues, elles étaient plutôt embarrassées et ont préféré partir (Aidai, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Cette situation explique que de nombreux bénévoles de « la première vague » aient quitté rapidement le projet. Les raisons qui motivaient ces départs sont multiples : recherche d'une activité rémunérée, manque de motivation découlant d'un manque d'informations, manque de confiance au potentiel du projet, absence de disponibilités liée à différents facteurs, etc. De même, les raisons qui motiveraient des villageois à s'engager comme bénévoles sont aussi nombreuses. En effet, si certaines volontaires interrogées avouent avoir été priées d'entrer dans le comité, pour compléter une équipe ou pour venir en aide à des amies, elles n'y étaient pas « forcées », sauf dans le cas d'Elnura (bénévole, comité de Djailiran), en raison de son statut d'enseignante comme je l'ai indiqué ci-dessus. Pour plusieurs d'entre elles, le fait de travailler ou d'être actives, même bénévolement,

représente une activité qui permet d'occuper certaines de leur journée, comme l'indique une volontaire, lors de mon premier focus group : « *Au lieu de ne rester rien faire à la maison sans travail et sans rien, au moins on fait quelque chose* » (Focus Group 1, le 21 avril 2014). Cette explication, qui traduit une occupation « *pour passer le temps* » (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014) est revenue plusieurs fois à travers mes entretiens. Toutefois, cette situation ne concerne pas toutes les femmes des comités. En effet, nombreuses sont les villageoises qui m'expliquaient que leurs tâches quotidiennes ne leur laissaient pas le temps suffisant à l'exercice d'une telle activité, et que si elles en avaient davantage, elles iraient plus volontiers travailler pour un salaire. Ainsi, la situation sociale, économique et familiale, joue souvent un très grand rôle en ce qui concerne la disponibilité des bénévoles et donc leur engagement. Pour apporter quelques précisions sur la situation sociale dans les villages, il faut mentionner que les femmes qui épousent le cadet d'une famille auront beaucoup plus de tâches domestiques à effectuer, du fait qu'elles vivent dans une plus grande communauté familiale, avec les parents du mari. De plus, les moeurs des zones rurales kirghizes veulent que la femme reste le plus souvent à la maison, pour s'occuper du ménage (Bauer et al., 1997). Beaucoup de familles possèdent également du bétail, ce qui représente une activité qui nécessite d'y consacrer un temps considérable. Les situations sont donc très singulières et dépendent de nombreux facteurs. Cependant, pour revenir à cet aspect d'occupation « pour passer le temps », je propose le témoignage d'une interlocutrice :

J'avais trop envie de sortir de ma famille, de voir d'autres gens, d'être occupée. Au début, je travaillais à l'hôpital de Bishkek... Après mon mariage j'étais obligée de rester à la maison, et ça me manquait de ne plus voir des gens, d'avoir des activités différentes. Du coup j'ai trouvé que c'était intéressant de faire cela (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014).

Dans ce sens, participer au comité devient, en plus d'être une occupation, un moyen de se socialiser. Les bénévoles organisent des actions, des fêtes, elles se déplacent dans le village, dans les écoles, participent à des activités, se rendent à Bishkek pour des séances, s'intéressent à la politique et à la gestion du village, etc. À travers le discours de plusieurs interlocutrices, participer au comité se laisse entrevoir comme une activité qui offre l'opportunité de sortir du cadre de sa famille, et de rencontrer des gens. Cet élément fait d'ailleurs partie des reproches que certains villageois adressent aux bénévoles, comme le fait de s'inviter chez les autres sous prétexte de visites médicales. Ainsi, pour les femmes ayant du temps à disposition, le comité apparaît alors comme une manière de se valoriser, une façon de pouvoir sortir et de passer du temps dans la sphère publique. Si certaines bénévoles ont affirmé qu'elles s'engageaient dans le projet pour des raisons qui reposaient sur des

principes altruistes ou d'utilité publique, à l'image de Jazgul qui me disait que : « *le but de mon engagement était de participer à améliorer la santé des autres villageois, de tout le village en général.* » (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy, le 14 avril 2014), d'autres assumaient que leur motivation était plus personnelle :

Au lieu de rester ne rien faire à la maison, j'ai décidé que c'était mieux de pouvoir être occupée et de voir mes amies. Après c'est vrai je me suis rendue compte que c'était bien d'aider les habitants, et que je fasse quelque chose pour les gens. Comme dit le proverbe : « *au lieu d'être oisive, rend-toi utile gratuitement* ». Mais au début, c'est surtout parce que je voulais trouver un moyen de m'occuper et de sortir (Aidai, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Il est donc probable que le comité représentait un prétexte pour certaines bénévoles. Cette occupation leur permettra de sortir de chez elles, ou de retrouver des amies. Cependant, toutes les interlocutrices se disent avoir par la suite été convaincues de l'utilité de leur activité et se disent aujourd'hui fières de revendiquer leur engagement pour la santé des autres habitants du village. Ceci révèle ainsi que les raisons de l'engagement des bénévoles dans le projet KYSS-HP ne constituent pas toujours un choix éclairé, mais relève d'une motivation plus personnelle qui vise, dans ce cas précis, des modifications des conditions de vie ou à une amélioration du statut social.

La question économique représente également un aspect qui joue un rôle important dans la motivation des bénévoles à s'engager dans le comité de santé du village. En effet, de nombreux villageois préfèrent travailler pour un salaire que d'oeuvrer bénévolement. Dans certains villages, les bénévoles sont arrivés à joindre leurs activités liées au projet avec le développement d'un business qui peut les aider à financer les activités du comité. Ces derniers sont tout d'abord encouragés à la base, à s'organiser comme des associations lucratives qui développent un fonds de commerce pour financer leurs propres actions. Il est alors appelé : « *a health fund – from which to pay running costs and finance small initiatives. Many VHCs are creative in generating income for their health fund. Currently, health funds contain an average of about 50 USD. VHCs use these funds typically for help in medical emergencies and for minor expenditures like stationary costs* » (Schueth, 2010 : p. 47). Ce fonds représente alors une stimulation pour certaines bénévoles, qui en plus d'être actives dans le domaine de la santé, peuvent s'organiser d'un point de vue économique disposer d'un capital pour aider certaines familles, pour acheter des médicaments ou pour organiser une action de santé par exemple.

Depuis qu'on a eu l'argent, on a commencé à mieux travailler. Le fonds, ça nous a toutes motivées. Par exemple, pour avoir de l'eau chaude, on a installé un grand réservoir pour chauffer, il nous a coûté 11'000 soms. On a aussi acheté une cuisinière pour l'école ou des chaussures. Toutes les choses se font beaucoup plus vite avec ce fonds, tout est plus facilement réalisable. [...]. Nous avons réussi ici, à bien faire prospérer l'argent. On a créé notre propre business, notre argent nous rapporte encore de l'argent. Notre but prochain, c'est d'acheter du terrain et planter des choses. En fait avec le comité, notre but c'est devenu ce fonds, chercher comment pouvoir le développer, pour ensuite aider les gens et pour avoir leurs remerciements. C'est juste parce qu'on a pas encore trouvé un bon terrain, on a déjà l'argent pour l'acheter (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014).

Le fonds constitue dans ce cas, une motivation, un « *but* » et un objectif central des comités. Aux yeux des bénévoles, cette activité devient une forme de travail, où les objectifs sont multiples. En plus d'être des agents de santé se mobilisant dans le domaine de la prévention et de la promotion, les bénévoles s'improvisent dans un rôle d'entrepreneur. Si l'organisation d'actions de santé ne quitte pas la liste des objectifs d'un comité, le développement de stratégies de gains d'argent occupe aussi une grande partie des projets et du temps des bénévoles. Par exemple, j'ai pu visiter un cabinet qui ressemblait plus à un atelier de confection d'habits que d'un lieu destiné à des projets de santé. Il y a donc une volonté de rentabiliser au maximum le cabinet mis à disposition pour le comité. D'une part les bénévoles répondent aux attentes des organisations internationales en élaborant des plans d'action autour des questions de santé, d'autre part, elles développent un « *business plan* ». Ces activités lucratives prennent alors des formes variées suivant les savoirs faire des bénévoles et les projets qu'elles développent. Ce fonds est ensuite utilisé de manières différentes suivant les villages, en voici un exemple :

On nous a aussi distribué des gants et je les ai donnés aux autres volontaires pour qu'ils les vendent 15 soms pour avoir un petit fonds. Après les villageois ont été très mécontents, car ils ont pensé qu'on allait garder l'argent pour nous, mais nous on voulait juste les vendre pour avoir un fonds. On a fait un peu d'argent qu'on utilise pour les besoins, si par exemple des familles ont besoin de médicaments, on achète un cadeau lors des fêtes au nom du comité de santé. Ensuite, j'ai dû passer dans les maisons pour expliquer à certains que je n'allais pas garder cet argent. Je donne aussi aux gens des petits prêts avec un petit intérêt comme ça on a un petit fonds. Le capital initial était de 3'000 soms parce que la mairie du village a donné 2'000 et la vente avec les gants ça nous a fait 1'000 soms de bénéfices (Focus Group 1, le 19 mars 2014).

Dans cette situation, les bénévoles ont vendu des matériaux distribués gratuitement par les organisations internationales, et dans ce cas précis, des gants en latex. Si dans ce village le fonds est utilisé pour la communauté, pour les cas urgents du village, d'autres comités ont une organisation différente quant à la redistribution du capital financier. C'est le cas par exemple du village de Kayndy, où une partie du fonds permet de développer les activités du comité et d'aider la communauté, et une autre partie de rémunérer les bénévoles actives par un salaire mensuel : *« chaque bénévole touche aussi un salaire chaque mois, alors bien sûr il dépend du chiffre que nous avons fait pendant ce mois, ça change tout le temps, mais c'est déjà bien »* (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014). Par cette démarche, le statut de bénévole et la notion de bénévolat se transforment alors en un travail rémunéré et une activité lucrative à proprement parler. Il y a donc un renversement de la notion de volontariat et de bénévolat. Cette caractéristique connue de tous dans le village peut servir de motivation pour d'autres membres de la communauté villageoise à s'engager dans le comité de santé. C'est peut-être pour cette raison que le comité du village de Kayndy a fixé un nombre maximal de participants à douze personnes.

La question du capital financier est devenue très importante dans la dynamique des comités, comme le suggère Rahat : *« Oui quand il n'y a pas de fonds, souvent il n'y a pas de bénévoles... Maintenant, les villageois vont tous essayer de développer leur fonds, augmenter leur fortune, rester unis et travailler ensemble »* (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014). Rahat s'accorde à dire que le fonds est devenu le cœur et le moteur des comités de santé de nombreux villages. Cette caractéristique correspond à l'analyse de Fournier et Potvin concernant des comités de santé à Pikine, au Sénégal : *« (...) au sein de ces comités, les véritables enjeux ne sont pas directement liés à la santé, mais concernent plutôt le contrôle des ressources financières et les processus électoraux et informels qui déterminent la composition de ces comités »* (Fournier, Potvin, 1995 : p. 43). Ainsi, la promotion de la santé et la prévention ne représentent plus les aspects les plus importants des rencontres des bénévoles, ils deviennent périphériques à la motivation créée par les aspects financiers. Le salaire participe alors à la construction d'un nouveau statut des bénévoles : *« Avoir une ONG comporte des dimensions économiques (...), mais pas seulement le fait d'avoir un salaire, c'est aussi un mode d'appartenance internationale, cela procure du prestige »* (Japarov, Petric, 2006, p. 76). Les professionnels de la santé, membres de la Croix-Rouge, avaient sûrement compris qu'en encourageant les bénévoles à développer un fonds le projet pourrait se développer plus rapidement. Les comportements analysés ci-dessus démontrent ainsi une relation particulière des volontaires au concept de bénévolat. Je me permets encore de rappeler que la notion de bénévolat est complètement nouvelle dans cette région, et s'insère dans un contexte socio-économique précis.

Toutefois, pour Bermet, la villageoise non bénévole de Kayndy, le bénévolat peut aussi représenter un moyen de faire évoluer certaines valeurs :

Travailler gratuitement, ça peut être dur dans certaines situations, mais je pense que c'est une démarche nécessaire pour changer la mentalité des gens, car lorsque je faisais mes études à Bishkek, j'ai pu réfléchir à des choses que je ne voyais pas quand j'étais plus jeune. Je me suis rendu compte qu'il y a beaucoup de choses à changer dans les esprits des gens et dans leur mentalité... (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 27 avril 2014).

Comme je l'ai démontré, les volontaires qui s'engagent dans un comité de santé le font pour des raisons diverses. Si certains sont poussés par un esprit altruiste, d'autres voient dans le comité, la perspective économique qui pourrait les aider dans leur vie quotidienne. Pour d'autres encore, l'activité au sein du comité de santé représente une occupation quotidienne, qui permet de se socialiser dans le village. La notion de bénévolat, telle que nous l'entendons, n'est donc pas à l'abri de multiples interprétations culturelles, mais aussi situationnelles, dans le sens où le contexte dans lequel ces individus évoluent au quotidien est prépondérant. Il devient alors possible que le concept de bénévolat se voie détourner au profit d'un processus rentable qui d'une part, participe pleinement au développement du projet de santé dans les zones rurales, et qui d'autre part, permet à des individus d'améliorer leurs conditions de vie, mais qui ne va pas sans engendrer différentes autres problématiques, liées à des détournements d'argent par exemple.

7.4 Le cabinet : un lieu de reconnaissance sociale

Le cabinet représente le lieu où se réunissent les bénévoles des comités de santé des villages. En effet, « They are encouraged to find a permanent meeting room » (Schueth, 2010 : p. 43). C'est dans ce lieu que les volontaires se retrouvent pour organiser des actions, pour prévoir des projets ou pour développer des plans de business pour leur fonds. Cet endroit représente leur quartier général, le noyau qui relie les bénévoles en tant que groupe d'acteurs à part entière. En d'autres termes, le cabinet permet la reconnaissance des bénévoles entre eux et devant les villageois, en tant qu'agents de santé. En effet, les membres du comité se comparent à des employés d'une entreprise qui se retrouvent dans leur bureau ou leur atelier. Dans mes différentes visites des villages, j'ai pu observer des cabinets très différents, installés tantôt dans une salle de la mairie ou dans une salle de la FAP, tantôt dans une petite maison ou dans des magasins abandonnés voire même dans un wagon qui avait été entreposé dans un village. J'ai ainsi pu me rendre compte à quel point le cabinet était

primordial à tout comité, et à quel point il contribuait à son développement. Alors que j'accompagnais une équipe médicale qui réalisait un bilan annuel des activités des comités de santé dans le *rayon* de Sokoluk, nous nous sommes arrêtés dans un petit village où quelques membres tentaient de s'organiser en comité depuis plusieurs mois :

Le problème crucial c'est le cabinet ! Dans notre village nous n'avons rien, pas de *banyas*, pas d'épicerie, pas de coiffeur, pas de FAP. Nous avons décidé de créer un comité, nous sommes motivées, mais nous n'avons même pas de cabinet. Sans cabinet, qu'est-ce qu'on peut faire ? On essaie d'organiser des rencontres une fois chez moi, une fois chez une autre, mais ça ne peut pas continuer comme ça... La mairie pourrait nous donner une pièce, mais ils disent qu'ils n'ont rien. Si nous avions juste une petite pièce où on pourrait mettre une table et quatre chaises, on pourrait déjà faire beaucoup de choses. Avoir un endroit pour nous, c'est la chose la plus importante pour commencer, sinon on n'est pas vraiment un comité... (Journal de terrain).

Ce témoignage illustre d'une part les difficultés rencontrées par certains comités qui ne possèdent pas de cabinet et d'autre part, l'importance symbolique qu'il représente. Cette interlocutrice, observée dans ses interactions avec l'équipe médicale que j'accompagnais, ne pensait pas le développement du comité de santé de son village possible, sans la possession d'un cabinet. Cette bénévole ne considérait d'ailleurs pas son équipe comme un comité, du fait que celui-ci ne possédait pas un endroit à lui. Cette prise de position montre que le cabinet permet une reconnaissance sociale interne au groupe, mais également externe. En effet, posséder un cabinet signifie également être reconnu officiellement dans le village en tant que membre d'un collectif qui se réunit à tel endroit pour réaliser telles activités. Le cabinet joue ainsi le rôle de marqueur sur les membres du comité, qui sont alors reconnus par la communauté villageoise, c'est du moins ce que de nombreux interlocuteurs pensaient :

Sans cabinet, c'est comme si on n'existait pas, c'est comme si on n'avait rien. Quand on se rencontre dans les maisons des autres, c'est comme si on se voyait pour boire du thé et bavarder. Il y a souvent des voisins qui passent, et on discute de tout et de rien. Un cabinet nous permettrait d'être un comité plus organisé et plus reconnu (Journal de terrain).

La possession d'un cabinet permet donc aux bénévoles de s'identifier en tant que groupe à part entière et de s'affirmer en tant qu'acteurs reconnus dans le village. De plus, cela constitue un

élément stimulateur pour personnes composant les comités, qui suivant les récits d'un des membres de l'équipe médicale, « *Le cabinet constitue un point de départ, souvent l'étape la plus difficile, mais une fois obtenu, les choses vont d'elles-mêmes* » (Journal de terrain). Cette affirmation a été confirmée à plusieurs reprises lors de mes entretiens, c'est le cas par exemple du village de Kayndy, où Nargiza (bénévole, comité de Kayndy) me racontait :

Ici, on est resté pendant une année sans cabinet. Quand on avait enfin trouvé un endroit où nous installer, en fait l'état du lieu était invivable. L'hiver on n'avait pas de chauffage, pas d'eau chaude, ce n'était pas possible de venir et on n'avancait pas pour le projet. On se réunissait alors chez les membres du comité, chaque fois chez une différente. L'été suivant on a tout refait, nos maris nous ont aussi aidés à isoler certaines parties, et les fenêtres. Une fois que nous avons notre propre endroit, tout a été très vite, nous avons été très actives et maintenant c'est vraiment bien. Vous avez vu, nous avons des armoires, un balcon, des fauteuils, tout ce qu'il faut pour vivre, et notre comité est considéré comme un exemple de réussite (Nargiza, bénévole, comité de Kayndy, le 20 avril 2014).

Selon le récit de Nargiza, le cabinet a joué un rôle déclencheur dans l'évolution des activités du comité de Kayndy. En plus du rôle de reconnaissance sociale que peut jouer ce lieu, il participe également à la motivation personnelle et collective des membres de l'effectif. Enfin, si le cabinet joue ces différents rôles, il octroie également, selon plusieurs bénévoles, de nombreux avantages. En effet, en tant que responsable, il est permis par exemple d'y organiser de nombreuses activités sociales, publiques ou privées dans ce lieu comme des fêtes, des rencontres et des concerts. Il est alors également un lieu de partage et de rencontre qui permet des échanges au sein du village. Le cabinet apparaît ainsi comme un élément essentiel et fondamental des comités de santé.

7.5 La rivalité entre villages comme facteur dynamique

Au cours de mon enquête de terrain, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises une certaine forme de « concurrence » ou de « rivalité » entre les comités de santé des différents villages. Comme je vais le démontrer, ces attitudes peuvent alors jouer un rôle important dans la motivation, la stimulation et la détermination de l'organisation et des activités des bénévoles. En effet, chaque comité connaît sa propre évolution en fonction notamment du nombre de personnes motivées, et suivant les moyens et le temps qu'elles mettent à disposition. Cependant, beaucoup de volontaires rencontrées au cours de mon séjour se comparaient très souvent à leurs voisins proches, en évoquant les

avancées ou les projets qu'elles avaient réalisés par rapport à d'autres. Cette forme de « concurrence », présente dans de nombreuses interactions réalisées au cours de mon enquête, est en fait inhérente au projet, et elle est également mise en place et souhaitée par les organisateurs, comme le suggère Rahat :

Oui, il y a de la concurrence entre les comités, et parfois nous l'attisons... Par exemple quand on va visiter les comités dans une région, on leur dit que dans d'autres villages ils ont réussi à faire telle chose et que maintenant tout fonctionne mieux, et en fait ça les stimule. Pour donner un exemple, on dit dans tel village ils ont été voir la mairie pourquoi pas vous ? Et souvent, ils vont faire la même chose par la suite et c'est rare qu'ils n'acceptent pas ce jeu (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014).

Cette concurrence est donc avivée pour des raisons stratégiques, car elle augmenterait l'efficacité des comités dans les villages. Cet élément est également abordé dans la thèse de Schueth, qui explique que lors des réunions des comités de *rayons*, les membres partagent leurs expériences et cela amènent de meilleurs résultats : « Exchange of experience, learning from the best stories, getting energy, we have more strength, there is also an element of competition » (Schueth, 2010 : p. 120). Il y a donc un esprit de « compétition » qui est instauré entre les comités, et qui sous-entend le fait suivant : « quel village se développera-t-il le plus rapidement ? ». Pour Schueth, cette rencontre des chefs des comités est très importante : « ideas are shared on a regular basis and in the most accessible way, free for everybody to imitate, and creating the wish to imitate or even do better ! » (Schueth, 2010 : p. 120). Il existe donc une forme de rivalité au coeur même du projet, qui est institutionnalisée depuis le haut, par ses créateurs. Il est également introduit par d'autres moyens, comme à travers l'organisation systématique de concours, où les comités les plus innovants ou les plus motivés reçoivent des prix. Ces derniers représentent parfois des sommes d'argent injectées dans un projet, mais aussi le financement de la construction d'une FAP, ou encore du matériel informatique ou logistique, etc.

Cet élément a pu être observé à maintes reprises lors de mes investigations. En effet, lors de mon premier focus group par exemple, se sont retrouvées face à face de nombreuses cheffes de villages de la même région. Il a été intéressant d'observer qu'au fil de la discussion, les interlocutrices qui prenaient la parole le faisaient principalement pour vanter leur évolution par rapport aux autres. Ayant abordé toutes les thématiques prévues initialement pour cet entretien collectif, nous avons laissé la conversation se poursuivre librement, et elle s'est très vite animée. Nous n'avions alors qu'à observer les discours et les réactions du groupe. En voici un extrait :

J'ai déjà gagné plein de prix : le lecteur DVD, la télé japonaise, des appareils photo, des tablettes. Avant tout ça, on était un comité peu actif, mais soudain on s'est dit, « *on va leur montrer qu'on peut être de bonnes organisatrices* ». Il y avait beaucoup de travail, mais nous avons gagné beaucoup de prix. Nous avons travaillé avec la mairie, la FAP, avec les gens et les habitants, on a créé de grandes pancartes contre la fumée, contre le tabac. Dès que des gens placés plus haut hiérarchiquement nous disent quelque chose, on essaie de tout faire pour l'accomplir très rapidement, car dans notre village on est des travailleuses (Bénévole 1, Focus Group 1).

À travers ce témoignage, il est possible d'observer la forte identification de cette bénévole à son comité et à son village. Il traduit une sorte de fierté identificatrice, et cela pousse les volontaires à être actives et à l'être davantage que ses voisins. Cette affirmation à peine achevée, une autre bénévole s'est empressée de nous raconter ce qu'elles avaient réalisé aussi dans leur projet :

Nous on a aussi fait la même chose contre la fumée, on a organisé une action. Au niveau du district, on a fait un concours et nous avons gagné la première place. Notre action s'appelait : « *des bons poumons et tu vivras longtemps* ». Dans la région, on était le comité qui avons réalisé la meilleure action, la mieux organisée, c'est ce qu'ils nous ont dit, et on a gagné une tablette (Bénévole 2, Focus Group 1).

Les concours mis en place par les responsables de la Croix-Rouge et du projet sont, comme il est possible de le remarquer, des moteurs dans le processus d'action des comités de santé. Les prix reçus par les villages leur sont très utiles et sont financés par les différents bailleurs de fonds que j'ai présentés précédemment. Exposé ainsi, il ne serait pas impossible d'imaginer que cette concurrence possède des côtés plus malsains. Cependant, des cas particuliers m'ont démontré une tout autre attitude. Si j'ai moi-même pensé, à un moment donné, que les volontaires, sans se soucier des villages voisins, mettaient tout en oeuvre pour obtenir un maximum de prix pour leur propre village, la discussion avec une volontaire de Talas, m'a montré un exemple de solidarité située au-delà de cette concurrence. En effet, celle-ci m'expliquait que :

Comme je savais que le prix d'un concours était une voiture, je me suis rendu dans le village de Tash-Bulak pour les aider, vous savez, c'est un village tellement éloigné et comme il n'y avait pas de FAP, ils auraient pu au moins avoir une voiture à disposition qui servirait d'ambulance, pour les cas urgents... Ils l'ont gagnée et aujourd'hui, ils sont très bien organisés !! (Journal de Terrain).

Il existe également des formes de solidarité entre les comités des différents villages, comme le démontre cet exemple. Cette solidarité prend alors une dimension plus large que celle du village, pour s'étendre à une région voire un district. Il s'agit peut-être alors d'une rivalité à plus grande échelle, entre les *rayons* ou les *oblasts*. Il est cependant possible de prendre conscience que ces formes de rivalités présentées dans ce point motivent les différents comités à s'organiser et à oeuvrer afin de s'illustrer dans leur région. Il est également possible d'entendre que les comités qui reçoivent le plus de prix bénéficient généralement, par la suite, d'une aide régulière pour récompenser leurs efforts. La concurrence entre les différents groupes de bénévoles représente ainsi un facteur important pour l'avancement du projet même si l'obtention de prix est devenu parfois un objectif en soi.

7.6 Étude de cas : deux villages, deux manières de s'appropriier le projet

Lors de mon séjour dans les différents lieux dans lesquels j'ai résidé et voyagé, j'ai pu observer une organisation et un degré évolution très variable des comités de santé, qui dépendaient d'une multitude de facteurs tels que des éléments sociaux, géographiques ou démographiques notamment. Ces différentes données influencent ainsi directement le développement et le fonctionnement du comité dans le village, ainsi que son image auprès des habitants. Pour illustrer ces diverses évolutions, je vais me pencher plus particulièrement sur les deux villages dans lesquels j'ai passé le plus de temps, c'est-à-dire Kayndy et Djailiran. À travers la présentation des différentes thématiques qui vont suivre, je vais indiquer quelques raisons parmi d'autres, qui expliquent pourquoi le village de Kayndy, est aujourd'hui considéré par les dirigeants du projet comme un exemple à suivre pour les villages avoisinants. Alors que l'autre village, Djailiran, se trouve actuellement dans une situation plus délicate. La comparaison de ces deux localités ne me permettra pas d'énoncer de manière exhaustive les raisons qui contribuent à la réussite du projet dans un lieu plutôt qu'un autre, mais servira simplement à indiquer quelques facteurs qui peuvent jouer parmi d'autres un rôle important.

Kayndy est un village de taille modeste qui se situe au pied des montagnes. Sa position géographique est relativement avantageuse par rapport au reste de la vallée, car les températures sont plus clémentes en hiver et plus fraîches en été. La population totale du village ne dépasserait pas les 1'200 habitants, et les habitations sont regroupées sur le plan spatial. S'il existe toutefois quelques maisons plus éloignées, celles-ci ne sont pas très nombreuses et la grande majorité des foyers se trouvent au centre. Cette question de l'agencement villageois représente une

caractéristique très importante pour le fonctionnement du comité de santé, qui peut alors s'organiser d'une manière plus efficace. Le comité de Kayndy se compose de douze personnes actives, qui se partagent équitablement entre eux le village, divisé en douze secteurs. Selon les dires des bénévoles, si la quantité de travail pour chaque volontaire est énorme en dépit de cette division, elle contribue néanmoins à la réussite du projet.

Ce tableau représente les responsabilités de chaque bénévole par rapport aux habitations. On a divisé la quantité de maisons pour chacune des bénévoles. Là, c'est la carte du village. Par exemple, si nous prenons la volontaire Gulnara, elle s'occupe de 24 maisons et on peut voir sur la carte dans quel secteur elle travaille, c'est-à-dire dans quel quartier elle distribue des informations. Ainara'eje par exemple, travaille dans un autre secteur, composé d'un nombre pratiquement équivalent de maisons. Ensuite s'il y a des problèmes dans ces maisons, c'est elle qui en sera responsable, car elle n'a peut-être pas été assez active. Il arrive aussi parfois qu'une volontaire appelle une autre en renfort. Mais d'une manière générale, on peut savoir comment ça se passe partout. C'est cette organisation qui est à la base du succès que nous connaissons dans ce village. (Journal de terrain).

Le regroupement des habitations en une agglomération et la population restreinte du village apparaissent alors comme des avantages certains dans l'organisation des activités de Kayndy. Chaque bénévole s'est donc vu attribuer un quartier du village et s'occupe d'y distribuer des informations, de faire des visites aux malades, de leur apporter du matériel nécessaire à leur bien-être sanitaire, etc. Cette organisation est aussi rendue possible par le fait que les bénévoles sont nombreuses dans ce comité et surtout très motivées. Bien que j'aie précisé plus avant qu'il n'existe pas de permanence des comités de villages, les volontaires de Kayndy se rencontrent au complet toutes les semaines, et chaque jour sont présentes plusieurs bénévoles dans leur cabinet. Lorsqu'elles ne sont pas actives pour le projet directement, elles s'occupent de leur business pour développer leur fonds ou aident les infirmières de la FAP dans leurs tâches quotidiennes, comme la réception des patients, les enquêtes statistiques gouvernementales, etc. Il y a donc dans ce village, une forme de permanence des bénévoles, qui se fait pour le projet, mais aussi pour des raisons économiques. Les bénévoles sont devenues actives tout au long de l'année et leur présence dans le village est également permanente. Il arrive par exemple que les bénévoles fassent des « rondes de contrôle » dans leur secteur, pour vérifier que tout le monde se porte bien, mais aussi pour instaurer une relation de confiance entre les villageois et le comité :

Parfois, il y a des habitants qui se gênent encore de parler de leur maladie, ou d'autres qui ne s'alertent pas de certaines douleurs chez leurs enfants ou chez eux-mêmes. Le but de ces visites, c'est de les mettre en confiance et leur répéter que tout peut être contrôlé, même des petits maux. Nous sommes aussi là pour cela, pour que les habitants n'hésitent pas à venir dès qu'il y a un problème. Aujourd'hui, ça fonctionne bien, les gens viennent spontanément à la FAP pour des petits contrôles... Mais au début, mes collègues m'expliquaient que c'était difficile de les faire venir. Ils n'avaient pas confiance et ils avaient parfois honte de leur maladie (Tchinara, bénévole, comité de Kayndy, le 25 avril 2014).

Les volontaires du comité oeuvrent donc également dans le village pour y faire régner un climat de confiance entre les habitants, les membres de la FAP et le comité. Dans ses propos, Tchinara fait référence à des maladies qui peuvent constituer dans certains cas des tabous, pour les habitants qui en sont atteints. Ce phénomène que j'ai également pu observer dans différents autres villages peut représenter un problème majeur. En effet, des maladies transmissibles peuvent constituer une menace pour tous les habitants du village, comme le laisse entendre Tchinara :

Concernant la tuberculose par exemple, on a déjà rencontré des cas où les gens essaient de la cacher parce qu'ils pensent que, comme c'est une maladie qui se transmet par l'air, d'autres gens arrêteront de parler avec eux. C'est pour cela qu'ils évitent de dire cela aux autres habitants, à la FAP, et restent cachés sans aller chez le médecin. Les gens en général ne comprennent pas que c'est une maladie que l'on peut soigner, ils commencent tout de suite à la cacher, ils font de l'automédication, ils commencent par exemple à manger de la nourriture grasse pour se soigner. On a même fait une réunion avec l'infirmière pour informer les gens que c'est une maladie traitable et de manière gratuite en plus, on paie même pour le trajet... Le traitement qui dure 6 mois est aussi gratuit. Mais les habitants ne veulent vraiment pas que les autres le sachent, et cela peut être très dangereux pour tout le village (Tchinara, bénévole, comité de Kayndy, le 25 avril 2014).

Il est donc primordial selon les bénévoles, de gagner la confiance des habitants et de leur assurer un traitement anonyme et gratuit pour qu'ils osent se présenter dans les dispensaires afin de se soumettre à des contrôles ou à un traitement plus conséquent. Toutes les démarches à réaliser en amont concernent alors directement « *la transmission des informations* » (Tchinara, bénévole, comité de Kayndy, le 25 avril 2014), et la manière avec laquelle elle est réalisée, comme insistait Tchinara. Cet effort de communication implique également d'oser briser certains tabous tels que la

sexualité. Lors d'une discussion avec une bénévole, celle-ci m'expliquait qu'en raison du fait que la sexualité reste un sujet tabou dans la société kirghize, elle représente une menace pour les jeunes. En effet, de plus en plus de cas de VIH/SIDA ont été répertoriés et, selon elle, il devient primordial d'aborder ces questions à l'école déjà. Pour cela, « *il faut passer au-delà des tabous, oser aborder des sujets dont la honte et la gêne pourraient en être des moteurs* » (Tchinara, bénévole, comité de Kayndy, le 25 avril 2014). L'affirmation de cette bénévole dénonce quelque chose de plus général, qui relève de l'ignorance des risques induits par certains comportements ou certaines attitudes de la population et surtout des jeunes dans son village. Cette ignorance serait, selon elle, directement liée au fait qu'on évite volontairement certaines thématiques. Dans cette perspective, le village de Kayndy s'est particulièrement illustré ces dernières années par l'omniprésence des bénévoles dans les différents quartiers du village, où elles se sont consacrées à des actions de communication, telles que le porte-à-porte, l'organisation de conférences, la distribution de prospectus confectionnés par elles-mêmes, etc. Toutefois, si le comité de ce village a réussi à gagner la confiance de ses habitants, ce n'est pas le cas dans de nombreux autres villages.

D'un point de vue démographique, la population de Kayndy reste très uniforme, et je précise également que les minorités ethniques sont très intégrées dans le village. Par exemple, j'ai pu observer des habitants russes et tadjiks qui s'exprimaient dans un très bon kirghiz⁴¹, ce qui est un phénomène plutôt rare. En effet, les Russes ne parlent pas systématiquement la langue kirghize, d'autant plus si ce sont des villageois ayant de 45 à 65 ans, qui ont donc vécu longtemps dans l'ex-URSS où la langue Russe était parlée presque de tous. Concernant les Tadjikes, qui parlent une langue très différente, la langue tadjike appartient au groupe des langues iraniennes, il n'est également pas fréquent de voir des Tadjikes parler en kirghiz. Il existe donc une forte cohésion sociale dans le village, qui transparait aussi dans la complicité générale de tous les habitants du village autour du projet, comme me le suggérait cette bénévole :

On travaille très étroitement avec tous les secteurs du village. Tobias et la Croix-Rouge suisse nous ont vraiment unis comme une grande famille. On travaille par exemple avec la FAP, l'école, le comité des personnes âgées, les jeunes, les élèves, la mairie, et aujourd'hui dès qu'il y a quelque chose à faire, le comité élabore simplement un communiqué qu'on diffuse oralement ou par écrit dans les commerces, pour que tous les habitants du village le respectent. C'est devenu une véritable affaire de tous... (Focus Group 2, le 21 avril 2014).

41 Si mon niveau dans la langue kirghize ne me permet pas de porter ce jugement, les observations filmées effectuées dans le village ont confirmé cette affirmation.

L'environnement général du village est donc très ouvert au projet et facilite son développement. Lors de mes discussions avec de nombreux villageois lors de mon séjour à Kayndy, un certain nombre d'entre eux semblaient confirmer cela. Il y a donc une compréhension générale du rôle du comité et une certaine reconnaissance pour sa mobilisation, comme me le soulignait cet homme :

Oui maintenant je pense que les gens ont compris que c'était pour leur bien. Alors tout le monde se réjouit du développement du projet dans le village. De plus, on remercie souvent les bénévoles du comité pour tout ce qu'elles font. On est aussi un très bon village dans la région, les dirigeants viennent souvent nous rendre visite et on organise des fêtes (Journal de terrain).

Il est donc possible d'affirmer que l'atmosphère positive et la bonne cohésion sociale que j'ai pu observer dans le village de Kayndy constitue un facteur clé de succès pour le développement des activités du projet par les membres du comité de santé. Le caractère très soudé des bénévoles du comité, dont plusieurs étaient amis auparavant, contribue fortement à renforcer l'efficacité de leurs activités. La confiance règne au sein du comité et dans le village. Tous ces éléments participent ainsi à la réussite des objectifs du comité de santé de ce village. Au-delà de ces simples éléments, la réussite du projet peut donc résider dans la prise de conscience par la population du fait que la santé concerne tout le monde, que les maladies n'épargnent personne et que les objectifs du comité de santé s'orientent en fonction du bien-être de l'ensemble de la population villageoise. Dès lors que la majorité des habitants du village comprend et accepte les actions et le rôle du comité, il devient beaucoup plus simple d'agir.

Pour comprendre la situation du comité du village de Djailiran, je vais reprendre certains des points traités ci-dessus, pour le village de Kayndy, afin de mettre en évidence les facteurs divergents. Le village de Djailiran se trouve dans une situation géographique plus difficile, avec des températures plus dures pour la vie de la population. Djailiran se compose de plus de 2'400 habitants. Bien qu'il ne représente pas un village très peuplé, la population est deux fois plus élevée qu'à Kayndy. Pour rappel, les douze bénévoles de Kayndy relevaient le lourd investissement en heures de travail consacrées au projet. Si le comité de Djailiran voulait s'organiser d'une manière similaire, le nombre de bénévoles devrait logiquement être plus élevé que celui du comité de Kayndy. Or, il n'en est rien. Le comité de Djailiran se compose seulement de trois membres actifs, dont deux sont régulièrement absents en semaine, car ils travaillent dans un village voisin ou dans la capitale. Des raisons économiques pourraient tout d'abord expliquer le peu d'intérêt des habitants à faire partie du comité. Si au départ le comité était composé de vingt personnes, dix-sept ont préféré quitter le projet, dans

la plupart des cas pour des travaux rémunérés dans la capitale. En discutant avec une ancienne bénévole de ce comité, celle-ci m'affirmait que :

Oui, j'ai bien voulu travailler pour le comité, mais qui allait nourrir ma famille ?
Mon mari travaille beaucoup avec les animaux, mais pour bien vivre je dois avoir un salaire aussi » (Journal de terrain).

La situation financière d'un foyer peut représenter un obstacle à l'engagement de volontaires au sein du comité. Celui de Djailiran n'a pas réussi à développer un fonds et un business qui pourrait dédommager les bénévoles, comme l'a fait le comité de Kayndy. Dès lors, personne ne s'intéresse réellement à travailler bénévolement. Cette particularité ne représente qu'une des raisons de la faible participation de la population dans le comité de ce village. Une autre raison réside certainement dans le contexte social du village de Djailiran. Comme je viens de l'expliquer dans le village de Kayndy, règne un environnement social qui est plutôt favorable au développement du projet, ainsi qu'une forte cohésion sociale. Ces caractéristiques ne se rencontrent pas ou alors à un degré moindre à Djailiran :

Notre village est un village pluriethnique, il y a beaucoup de migrants de nationalités différentes. Par exemple, il y a beaucoup de gens du Sud du pays, qui viennent d'Osh. Quand ils arrivent, il faut aller vers eux, tout leur expliquer depuis le début... Par exemple pour l'hygiène, l'utilisation des produits, comment éviter les hépatites,... On essaie de tout expliquer. En général, les gens du Sud s'occupent de leurs petits-enfants, car leurs enfants sont en Russie et il y a en a beaucoup dans ce village. Il y a aussi des gens d'autres origines, comme les Kurdes, les Tadjikes ou d'autres... Certains ne parlent pas la même langue que nous. Comment voulez-vous qu'on puisse transmettre des informations ? C'est devenu une situation impossible maintenant (Aidai, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Comme le laisse entendre Aidai, la cohésion sociale est un élément très important pour que le projet puisse se développer et perdurer. Dans le cas de ce village, où une pluralité ethnique cohabite, sans parler parfois la même langue, il devient très difficile de développer des mesures qui vont concerner l'ensemble des villageois. Il est également très complexe notamment pour des raisons culturelles ou religieuses d'intéresser ces gens. Lors de mon séjour, j'ai été surpris d'observer que certaines communautés minoritaires ne se mélangeaient pas avec les autres habitants du village. C'était le cas par exemple des « Kirghiz du Sud » qui restaient entre eux. Le comité avoue alors être déstabilisé

par la migration qui bouleverserait les habitudes et qui représenterait un obstacle important dans la mise en place et la progression du projet. Plus encore, la fracture culturelle s'élargit encore lorsque l'on se réfère à la religion. Si les « Kirghiz du Nord » pratiquent un islam relativement modéré, les « Kirghiz du Sud » ou les Tadjikes pratiquent un islam plus strict, ce qui semble complexifier la situation :

En général, la religion interdit toute forme de vaccin, ainsi de nombreuses familles refusent que l'on vaccine leurs enfants. Certains pensent que ces vaccins contiennent du poison. Cela peut être très problématique... En fait il y a encore beaucoup de suspicions de la part de certaines familles. En général, c'est plus dur de convaincre les familles qui ne sont pas du village, comme les gens du Sud ou les Tadjikes, mais c'est très souvent leur rapport à la religion qui est stricte. Par exemple, il y a quelques années, on a distribué des vitamines Gulazik, ce sont des vitamines pour les enfants. On leur a expliqué qu'après avoir pris ces vitamines les excréments des enfants pouvaient devenir noirs, car elles contiennent beaucoup de fer. On a expliqué que les enfants manquaient de zinc et c'est pour cela que les excréments devenaient noirs avec ces vitamines. Certains nous ont crû, mais d'autres ont vraiment paniqué et ils ont commencé à croire qu'on distribuait exprès du poison. Il y a eu beaucoup de conflits et d'altercations. On a eu beaucoup de problèmes avec ces vitamines, quand ils ont vu la couleur des excréments, ils sont venus à la FAP en se plaignant qu'on voulait les empoisonner et les tuer. Ils ont jeté des cailloux sur la FAP, ils ont cassé les vitres et ils ont jeté les vitamines devant la porte (Üpöl, bénévole, comité de Djailiran, le 15 avril 2014).

À travers ces propos, il devient aisé de comprendre comment un manque de cohésion sociale peut être à l'origine de nombreuses difficultés pour les membres du comité de santé qui tentent d'instaurer certaines normes sanitaires dans le village. Par exemple, un élément qui s'observait dans le village de Kayndy et qui ne s'est retrouvé à aucun moment de mon séjour à Djailiran, a été la confiance des habitants envers le projet et envers le comité de santé. Toutefois, lors du laps de temps passé dans ce village, je n'ai pas réellement pu entrer en contact avec des membres des diverses communautés présentes à Djailiran. Il aurait pourtant été très intéressant de comprendre comment ces individus perçoivent le comité de santé ainsi que le projet de manière générale, mais aussi d'observer dans quelle mesure la religion peut jouer un rôle dans la formation de leur opinion ainsi que dans leur comportement. N'ayant alors que l'avis de bénévoles et de villageois originaires de ce village, il deviendrait alors un peu hasardeux de formuler une théorie sur ce sujet. Il n'en reste pas moins que pour les membres du comité, la multiplicité des ethnies et des origines issues des

différentes formes de migrations ainsi que la religion, joueraient un rôle certain dans l'environnement social de Djailiran et dans le plus faible développement du projet. Ce qui a néanmoins pu être mis en évidence par mes investigations réside dans le fait que de nombreux villageois continuent de ne pas être convaincus, ni par ce projet ni par le travail des membres du comité, ni encore par la FAP, ce qui a été également confirmé par Aidai :

On a généralement beaucoup de problèmes quand on organise des actions, car les gens se sentent visés. Par exemple, lorsque c'était le mois contre l'alcool, certains l'ont très mal pris, certains ont tout de suite pris cette action contre eux et nous demandait « *Vous m'avez déjà vu ivre dans la rue ?* » (Aidai, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).

Dans ce village il existe donc une forme d'hostilité générale à l'encontre des membres du comité de santé et de toutes les actions que les bénévoles tentaient de mettre en place. De nombreux conflits m'ont été rapportés chaque fois que le comité essayait d'entreprendre quelque chose. Les conférences restaient aussi très peu fréquentées. Ce contexte engendre le découragement des bénévoles qui sont nombreux à avoir quitté le comité et explique aussi le fait que peu de gens désirent intégrer le projet. Le comité de santé de Djailiran, formé de trois individus se trouve donc dans une situation délicate : les membres sont trop peu pour assurer le développement de leurs activités et rencontrent de la peine à recruter de nouveaux volontaires. En conversant avec des villageois, j'ai également pu comprendre que nombre d'entre eux n'avaient jamais entendu parler du comité de santé et les rares personnes qui le connaissaient n'en pensaient pas forcément du bien :

Le comité, oui j'en ai entendu parler... Mais que voulez-vous ? Je ne vais pas aller me mêler des affaires de mes voisins. Je m'occupe déjà de ma famille et je ne vais pas aller faire des reproches aux autres, comme elles le font... On dirait qu'elles n'ont rien d'autre à faire (Journal de terrain).

Dans le village de Djailiran, les membres du comité de santé n'ont aucune reconnaissance sociale et ne bénéficient d'aucun crédit de la part des villageois. Cependant, les trois bénévoles croient encore que des changements se feront avec le temps, et qu'en observant les villages voisins, les gens prendront conscience de la nécessité d'un comité de santé ainsi que du projet. Pour l'heure, ces quelques bénévoles continuent à se réunir dans un petit cabinet, installé dans une salle de l'école avec ses trois chaises et sa table :

Comme on a du mal à faire passer nos messages aux habitants, et comme ils sont relativement sceptiques à nos activités, on travaille beaucoup avec les étudiants et les écoliers. Je pense qu'avec les enfants et les jeunes, on a plus de chance de les toucher et peut-être qu'à travers eux ce sont leurs parents que nous convaincrions. Si ces jeunes prennent de bonnes habitudes par rapport à certaines de nos recommandations, c'est possible qu'on puisse changer des choses dans le village. C'est un peu notre espoir... Toutes les semaines je vais animer une classe pendant une demi-heure chez les plus grands. C'est aussi eux qui m'aident à organiser les actions, à créer les banderoles d'informations. Je pense que c'est une solution de travailler avec les jeunes (Üpöl, bénévole, comité de Djailiran, le 15 avril 2014).

Convaincre les jeunes de ce village représente selon les propos d'Üpöl, une manière de toucher tous les membres du village. Selon elle, les parents de ces élèves seront peut-être plus sensibles si ce sont leurs enfants qui viendront apporter certaines informations à la maison que si ce sont les bénévoles du comité. C'est en tout cas de cette manière que les trois membres du comité de santé de Djailiran envisagent leurs actions pour le moment. Il n'est plus question d'aller se promener dans les quartiers du village, en faisant du porte-à-porte pour donner des informations : « *c'est une perte de temps qui ne crée que des craintes et des conflits* » (Üpöl, bénévole, comité de Djailiran, le 15 avril 2014). Il existe toutefois une liste d'habitants qui accueillent volontiers les bénévoles, mais celle-ci est très courte et se compose essentiellement d'amis et de proches des bénévoles. La stratégie initiale a donc dû fortement évoluer pour ce comité afin de s'adapter au contexte du village. Cependant, les membres ne se découragent pas et continuent leurs activités. Il serait intéressant de revenir dans ce village dans une année ou deux pour observer si des changements ont eu lieu.

8. Perceptions plurielles des médecines et des acteurs locaux de la santé

8.1 Une thématique sous tension

Au cours de mon enquête ethnographique, j'ai abordé la question de la pluralité thérapeutique, d'une part avec les membres des comités de santé et d'autre part avec les villageois non bénévoles. La pluralité actuelle des soins en République kirghize, et plus particulièrement dans les régions rurales est l'oeuvre de divers acteurs locaux de la santé, qui s'inscrivent dans différents systèmes de croyances. Issus d'origines et de cultures variées, ces divers protagonistes sont en mesure d'offrir des soins qui répondent à une demande hétérogène de la population. Au début de l'enquête, cette thématique avait été discutée uniquement avec les volontaires avec qui je passais la plus grande partie de mes journées. En conversant avec les membres des comités de santé de Kayndy, de Djailiran ainsi que des autres villages dans lesquels je me rendais avec les équipes médicales, j'ai pu constater qu'ils critiquaient systématiquement les acteurs de santé ne pratiquant pas une « médecine occidentale ». Mes interlocuteurs s'interrogeaient sur leur sincérité et leur crédibilité. Les bénévoles mettaient sérieusement en doute l'efficacité des pratiques de ces thérapeutes, comme le suggère Elnura, ci-dessous :

*Köz Atchik ? Clairvoyants ? Guérisseurs ? Personnellement, je n'y crois pas, mais beaucoup de gens s'adressent à eux, c'est vrai. Dans notre village par exemple, il y a deux *Köz Atchik* et beaucoup de gens vont chez eux. Ces *Köz Atchik*, ils font de la magie avec de l'eau pour que les gens guérissent par exemple. En fait, ça dépend de qui croit à quoi. Mais personnellement moi je ne vais pas, parce que je ne crois pas à leurs dons, ni à leurs croyances ou à leurs rites tout simplement. Je n'aime pas ce type de personnes, même si certains pensent que ça peut les aider. Pour que ça fonctionne, il faut croire à cela, mais moi je n'y crois pas, c'est tout. Parce que ce qu'ils font, rien ne prouve que ça fonctionne (Elnura, bénévole, comité de Djailiran, le 12 avril 2014).*

Elnura reconnaît que ces acteurs rencontrent un franc succès au sein de la population, mais n'y voit pas de raisons personnelles d'y recourir. Elle ne croit pas à leur sincérité ni à leurs capacités de guérison. La quasi-totalité des volontaires interrogées, à travers des entretiens formels ou des rencontres spontanées, ont répondu de manière similaire à mes interrogations concernant les

guérisseurs, certaines n'avaient même leur existence. Il est en effet arrivé à plusieurs reprises que des bénévoles nient leur présence dans les villages, expliquant que personne ne croyait plus à cela. Devant cet état de fait, je me suis tout d'abord résigné à ne pas approfondir davantage cette thématique, voulant me concentrer uniquement sur les bénévoles et leurs activités.

J'étais cependant conscient que lors de mes différents séjours dans la région, et plus particulièrement au cours de deux voyages en 2010 et 2011, j'avais pu constater l'existence de nombreux guérisseurs. J'avais également pu me rendre compte du rôle qu'ils jouaient, et de la notoriété dont ils jouissaient dans certains villages. Ce fut par exemple le cas dans la région de Gulcha au Sud, dans la région de Talas au Nord-Ouest, dans la ville de Turkestan au Kazakhstan, mais également dans la région de Kara Balta, dans la province de Tchuy. De même, lors de mon travail exploratoire en novembre 2013, j'avais rencontré un *tabyp* dans la région de Talas, qui proposait des soins et qui était également connu et respecté de tous les villageois. Enfin, lors d'une discussion avec l'anthropologue kirghiz Japarov, celui-ci m'affirmait que ces acteurs constitueraient un excellent sujet de recherche. Il paraissait donc étrange que dans les villages dans lesquels je me trouvais durant mon enquête, ces guérisseurs ne semblaient pas exister. Tout comme l'avait fait Elnura (bénévole, comité de Djailiran), les seules bénévoles qui ont daigné me signaler l'existence de guérisseurs dans leur village me les avaient présentés comme des marginaux ou des charlatans.

Toutefois, après plusieurs discussions avec des villageois non bénévoles, ces derniers m'ont livré des témoignages de confiance et de reconnaissance envers ces acteurs de santé. Plusieurs habitants me décrivaient alors un éventail de guérisseurs qui possèdent des capacités de soigner des pathologies physiques ou psychiques, ou qui ont le pouvoir de soulager certains maux. Je décidai de confronter ce recueil de témoignages annotés dans mes carnets aux différents membres des comités de village pour connaître leur réaction et leur point de vue. Si les villageois m'avaient décrit ces guérisseurs comme des « médecins », à proprement parler, les membres des comités étaient toujours critiques envers eux, et ne les considéraient pas comme des personnes dignes de confiance, et encore moins comme des thérapeutes.

Je pris peu à peu conscience que cette thématique était tiraillée entre différents enjeux liés au projet ainsi qu'à mon statut. En effet, en tant que Suisse enquêtant sur la mise en application d'un projet initié par la Croix-Rouge suisse et la DDC suisse, il m'était devenu évident que les bénévoles dénigrent ces acteurs qui n'entrent pas dans la philosophie médicale et le système de soins que revendique le projet. J'ai alors décidé de passer plus de temps avec les villageois dans les différents lieux dans lesquels je me rendais, tout en orientant les discussions sur cette thématique. Très

souvent, ces conversations se déroulaient dans les ruelles des villages, dans des cafés ou aux abords de la FAP. Un jour, alors que je discutais avec plusieurs habitants de Kayndy, je rencontrai Khanu (villageoise non bénévole, Kayndy), qui semblait très bien connaître le sujet pour avoir eu régulièrement recours à ces acteurs de santé tout au long de sa vie. Je lui proposai de nous entretenir le jour suivant, ce qu'elle accepta. Un autre jour, j'ai également fait la connaissance de Bermet (villageoise non bénévole, Kayndy), qui a très vite témoigné d'un grand intérêt pour ces questions et qui allait devenir mon interlocutrice principale en ce qui concerne cette thématique. Si ces nouvelles perspectives bouleversaient quelque peu la trame de la démarche que j'avais initialement adoptée, elles ont été très importantes dans l'élaboration de mon travail me faisant prendre conscience de l'existence d'un système parallèle de soins pratiqué à grande échelle par des acteurs de santé non conventionnels. Ces villageoises m'ont fait part de leur propre analyse de la situation de leur village, des relations entre les guérisseurs et le comité de santé, et de l'influence générale du projet KYSS-HP au sein du village. Enfin et surtout, elles m'ont offert un témoignage parfois intime sur leur itinéraire personnel et sur leur parcours de vie. Bermet a par exemple expliqué chronologiquement les nombreuses expériences qu'elle avait connues depuis son enfance avec des guérisseurs. Elle m'a très vite témoigné sa confiance et m'a confié de multiples anecdotes sur ses rencontres avec les guérisseurs, sur son rapport à la médecine, sur les habitudes de sa famille, sur sa relation à la religion musulmane et avec diverses autres croyances.

La thématique de ce chapitre a été abordée à travers l'approche par les conflits, déjà évoquée au cours de ce travail. Les conflits peuvent représenter, dans le cadre de ma recherche, des rivalités, des oppositions idéologiques ou des rapports de forces entre deux « groupes » d'individus. D'une part, les habitants des villages, d'autre part, les membres des comités de santé. Cette perspective s'inscrit dans « l'approche par les analyses structurelles des conflits », revendiquée par de nombreux chercheurs en sciences sociales, dont Bierschenk et Olivier de Sardan. Derrière cette posture méthodologique, il ne s'agit pas de concevoir les villages comme « une communauté unie par la tradition, cimentée par le consensus, organisé par une « vision du monde » partagée, et régi par une culture commune. [...] un village est une arène, traversée de conflits, où se confrontent divers « groupes stratégiques » » (Bierschenk, Olivier de Sardan, 1994, p. 2). Les « groupes stratégiques » en question ont été mentionnés ci-dessus. Bien qu'ils ne représentent pas les seuls « groupes stratégiques » identifiables dans le contexte de ma recherche, ils sont les deux principaux que j'ai considérés dans mes travaux. Cette analyse par les conflits mérite d'être complétée par des réflexions liées aux relations interpersonnelles. Le postulat qui se cache derrière cette autre approche, réside dans l'idée que la vie en société se construit en raison de l'appartenance à des

groupes stratégiques, mais aussi par des relations interindividuelles. L'exemple d'une volontaire d'un comité qui me livre un discours d'opposition aux guérisseurs et à leurs pratiques, car elle imagine ce que je veux entendre alors qu'en même temps elle consulte des guérisseurs illustre cette perspective.

Pour aborder la thématique des médecines plurielles, je me suis basé sur les propos que m'ont tenu des villageois non bénévoles de Djailiran et de Kayndy, lors d'entretiens formels ou de discussions spontanées. Dans les pages qui suivent, je présente cette pluralité d'acteurs locaux et j'illustre les différentes images que véhiculent les guérisseurs et les autres acteurs de santé. Je tiens également à préciser que lorsque j'utilise le terme de « guérisseurs », je ne considère pas cette catégorie comme un bloc monolithique, mais plutôt comme un ensemble de différents acteurs thérapeutiques désignés sous le terme générique kirghiz de guérisseur, « *moldo-ké* ». Ces acteurs s'inscrivant dans des traditions différentes sont désignés par un même terme par la population kirghize. Je prends alors la liberté d'utiliser l'expression « guérisseurs » pour désigner ces acteurs tout en gardant à l'esprit les différences de statuts, de compétences, d'origine, etc.

8.2 Les bénévoles, la médecine et les guérisseurs

Les bénévoles membres des comités de santé se sont tous montrés hostiles aux guérisseurs et aux différents acteurs locaux de la santé dans leur discours. Ce constat m'a alors amené à approfondir cette thématique pour comprendre les raisons pour lesquelles les bénévoles n'accordaient aucun crédit à ces individus, et d'où provenait cette hostilité. J'avais remarqué que cette attitude catégorique et systématique des volontaires contrastaient fortement avec les postures généralement plus souples et plus ouvertes des villageois. Lors des discussions ou durant les entretiens avec les bénévoles, ces dernières tentaient de couper court à la conversation pour ne pas aborder le sujet des guérisseurs, et lorsque j'insistais, il arrivait qu'elles donnent un avis très tranché, comme l'a par exemple fait Üpöl (bénévole, comité de Djailiran) :

Les guérisseurs ? À vrai dire, je les déteste et je ne crois pas en tout cela. Ces menteurs ne sont ni fiables ni fréquentables selon moi. Je suis moi-même invalide du deuxième groupe⁴², j'ai entendu parler de ces gens-là, mais je ne les crois pas, et je ne cautionne pas leurs croyances. Jamais je ne leur rends visite. Je suis donc très sceptique à tout cela. Je me demande comment ils peuvent aligner des os et ensuite savoir quel est ton problème ou comment te soigner... Peut être que c'est possible, il

42 Les invalidités du deuxième groupe sont considérées comme légères.

faut voir pour croire comme on dit, mais moi ça ne m'intéresse pas. Je trouve qu'il faudrait les dénoncer aux autorités pour qu'ils les contrôlent. En général, ça dépend des gens, ceux qui croient à ça vraiment ils vont, mais moi je ne crois pas (Üpöl, bénévole, comité de Djailiran, le 15 avril 2014).

Ces propos permettent de constater que cette interlocutrice ne croit pas du tout à l'efficacité de ce type de soins administrés selon elle, par des « menteurs ». Son discours laisse transparaître que ce sont non seulement les acteurs qu'elle remet en cause, mais également les croyances qui les accompagnent. C'est donc tout un « système de sens » (Chauveau et al. 1997), basé sur des aspects sociaux, médicaux, spirituels et religieux qu'elle conteste. Ce mode de soins rencontre pourtant de nombreux adeptes dans les zones rurales kirghizes, car il tente, par exemple, de donner un sens aux maladies. L'attitude de la majorité des bénévoles oeuvrant dans le projet KYSS-HP, à l'égard de la médecine et des croyances locales, reflètent une forme de rejet. De nombreux autres entretiens se recourent avec les propos d'Üpöl, relatés ci-dessus, et laissent souvent entrevoir des réactions qui puisent leurs origines dans l'émotivité. Eu égard à leur prise de position plutôt radicale, je me suis alors demandé dans quelle mesure ces bénévoles avaient été influencées par le projet KYSS-HP ? J'ai alors tenté de trouver les raisons qui amenaient ces bénévoles appartenant à un projet de santé internationale, collaborant avec des organisations étrangères à adhérer si activement à ces nouvelles références et à rejeter les autres.

Dans une perspective développementiste, les bénévoles des comités de village, membres du projet, représentent ce que certains chercheurs ont nommé des « courtiers locaux du développement » (Olivier de Sardan, Bierschenk, 2008). Cette expression désigne des individus qui créent les conditions nécessaires à la facilitation de l'implantation d'un projet externe⁴³, qui parlent également un « langage-projet » (Chauveau et al. 1997), c'est-à-dire, que « c'est chez ces acteurs particuliers que le décalage sémantique prend toute son ampleur stratégique » (Chauveau et al. 1997 : p. 54). Selon cette idée, ces « courtiers » favorisent certains changements culturels dans l'objectif de la réussite du projet et dans ce cas précis, c'est en épousant les valeurs revendiquées par le projet, le « langage-projet » ou les « valeurs-projets », qu'ils s'affichent en tant qu'intermédiaire entre le projet et les populations villageoises. Ces différentes pistes pourraient expliquer en partie l'attitude des volontaires face à ces différents systèmes de sens. En effet, le projet international auquel ils participent leur octroie un statut particulier au sein du village : « Les responsables cumulent, à des degrés variables, une légitimité de statut et une légitimité acquise, la « compétence » regroupant à

43 « Par "courtiers locaux du développement", on entendra les acteurs sociaux implantés dans une arène locale qui servent d'intermédiaires pour drainer (vers l'espace social correspondant à cette arène) des ressources extérieures relevant de ce que l'on appelle communément "l'aide au développement" » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 211).

la fois la maîtrise des rapports avec les institutions externes, et la capacité à négocier avec les autorités villageoises » (Lavigne Delville in Chauveau et al. 1997). C'est donc en s'identifiant au projet que ces acteurs obtiennent ce statut gratifiant. Pour Rahat (membre d'une HPU), qui fréquente de nombreux comités de village et qui connaît donc l'évolution personnelle des bénévoles, il est certain que la vision médicale de ces acteurs se modifie dès lors qu'elles sont en contact avec le projet où dès qu'elles l'intègrent :

Oui, je pense que les volontaires apprennent aussi beaucoup de choses avec le projet. Elles retiennent les informations pour eux-mêmes concernant la médecine ou les maladies. De plus, leur rôle est d'orienter les personnes qui sont dans le besoin, vers des médecins ou à la FAP, pour qu'ils suivent des traitements avec des médicaments. Leur rôle n'est donc pas de les orienter chez des guérisseurs. C'est possible qu'avec le temps et avec la proximité du projet, les bénévoles rejettent définitivement l'idée du recours aux guérisseurs. En fait, beaucoup de guérisseurs tentent aussi de prévoir les maladies. On dit que lorsque les gens vont chez le médecin, c'est quand ils sont malades, les médecins ne nous parlent pas vraiment de la prévention des maladies, mais ils nous disent les résultats. Le but des bénévoles c'est aussi de prévoir les maladies avec d'autres moyens que le font certains guérisseurs (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014).

Selon Rahat, l'influence fait donc tout simplement partie intégrante du processus. Les bénévoles doivent adhérer aux techniques de soin et à l'organisation générale du projet. Plus que cela, elles doivent être totalement convaincues par ce qu'elles transmettent, pour ensuite convaincre les autres habitants du village. Ce processus représente donc une étape indispensable dans l'itinéraire personnel des volontaires. Il a toutefois été possible d'observer dans mes entretiens d'une part, une grande acceptation du projet, une conviction totale pour les composantes et les préceptes de médecine internationale, et d'autre part, un rejet dogmatique d'un « système de sens » ou d'une vision du monde. Ce positionnement représente une forme d'assimilation puis d'acculturation, et constitue un phénomène que j'ai tenté de comprendre en le mettant en perspective avec les organisations internationales en présence.

Selon Olivier de Sardan, ce phénomène d'acculturation « décrit bien les situations de développement rural, qui sont dans les pays du Sud caractérisées par l'interaction de deux cultures non seulement fortement contrastées, mais encore placées dans un rapport de domination » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 106). Par exemple, au cours de mon entretien avec Rahat (Rahat, membre d'une HPU), lorsque celle-ci m'affirmait qu'elle ne croyait pas du tout ni au *Köz-achik*, ni à aucun

autre guérisseur, je lui demandais : « *Tu me réponds cela parce que tu collabores avec la Croix-Rouge suisse, ou par rapport à tes positions personnelles ?* » (le 30 avril 2014). J'osais poser cette question un peu provocante, je l'admets, car nous avons une relation amicale qui se prêtait à ce type d'interrogation. D'ailleurs, après un moment d'hésitation, elle me répondit avec un sourire en coin : « *Par rapport aux deux* » (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014). Je réorientais alors la conversation sur le sujet des bénévoles : « *Peut-on dire la même chose des volontaires ?* » et là, de me répondre :

Je pense que c'est évidemment lié à leurs activités et à leur fonction, car ils travaillent avec la FAP, avec des médecins, des infirmières, ils côtoient des membres de la Croix-Rouge suisse. Si cette position peut être au départ stratégique, c'est possible qu'avec le temps ils optent réellement pour une position négative envers les *köz-achiks* et les guérisseurs (Rahat, membre d'une HPU, le 30 avril 2014).

Pour Rahat, s'il est possible que les volontaires affichent une hostilité envers les guérisseurs locaux pour des intérêts stratégiques, liés à leur intégration au projet, elle n'exclut pas le fait que ces sentiments peuvent dans certains cas, représenter des positions sincères. Pour rappeler quelques éléments liés à la thématique que je viens d'aborder, il a été possible de constater que l'hostilité générale des bénévoles a pu se développer par leur proximité au projet et leur rapport à de nouveaux repères épidémiologiques, étiologique et nosographique, mais également pour des raisons plus stratégiques, rattachées à des avantages liés au statut d'individu appartenant au projet dans le village. Le fait de vivre une forme de socialisation liée au projet ainsi qu'à ses différentes références amène les volontaires des comités de santé à avoir une vision nouvelle des éléments liés au domaine médical. Dans cette perspective, le projet modifie le rapport entre les habitants des villages en confiant des responsabilités, des affectations ainsi qu'un rôle à certains villageois, qui vont sensiblement modifier leur statut. En épousant le projet, les volontaires embrassent également la philosophie sous-jacente, c'est-à-dire tous les préceptes scientifiques qui sont à la base de la vision biomédicale. De ce fait, ils ne peuvent plus accepter certaines explications ou interprétations des maladies et des soins, liées aux moeurs et à la culture de la région, véhiculées par les acteurs locaux. Cette explication peut être plausible, toutefois, des autres situations personnelles ont également orienté mon intérêt dans une autre direction.

On a vu comment certaines bénévoles condamnent de manière très radicale les praticiens locaux tels que les *köz-achik* ou autres *moldos*. Il a également été possible de constater que par la même

occasion, ils condamnent aussi le système global dans lequel ces acteurs interviennent. Cependant, au cours de conversations et d'entretiens que j'ai réalisés avec d'autres acteurs membres du comité, j'ai réalisé que leurs propos et leurs attitudes n'entraient pas dans le cas de figure développé ci-dessus. En effet, il a par exemple été possible de remarquer, à travers des observations ou des propos, des attitudes ambiguës de certains membres du comité à l'égard des guérisseurs et des représentations symboliques qui leur étaient associées. Cependant, il a été possible de remarquer que leur propre vision de la médecine n'en était pas très éloignée. Ce cas de figure a notamment pu s'apercevoir dans le fait que, bien que certaines bénévoles critiquaient les acteurs de santé, tout en donnant crédit aux représentations et aux croyances qui donnent naissance à ces pratiques. Pour illustrer ce phénomène, je propose de citer quelques passages de mon entretien avec Jazgul, bénévole du projet :

Les Kirghiz, depuis l'Antiquité croient à cette théorie du mauvais oeil. Par exemple, lorsqu'un enfant tombe malade, on dit que quelqu'un l'a regardé avec un mauvais oeil. La plupart des gens n'amènent pas leurs enfants à l'hôpital, ils les amènent directement chez des guérisseurs pour que ceux-ci puissent « remonter leur coeur », pour les guérir. Il arrive parfois que les enfants aient très peur pendant la nuit ou qu'ils tombent malades... On dit alors que leur coeur est « tombé », ensuite on les amène chez le *moldo* par exemple. Ce dernier prend un couteau, il touche les jambes et les mains de l'enfant, il fait un rite et après cela, les gens pensent que leurs enfants sont vraiment soignés. Il faut croire à ces choses, car si tu ne crois pas ça ne marchera pas. Par exemple, moi je ne crois pas à tout cela, je n'y vais d'ailleurs jamais. Ici à côté de chez nous, il y a beaucoup de gens qui viennent visiter un homme, qui possède soi-disant des dons. Il y a même les députés, des ministres qui viennent pour « ouvrir leur voie » (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy, le 14 avril 2014).

Dans ce fragment d'interview, Jazgul condamne les praticiens locaux comme le *moldo*, en affirmant qu'elle ne croit pas à ce type d'individus : « moi je ne crois pas à tout cela ». Toutefois, derrière cette affirmation, il demeure difficile de savoir si elle condamne les pouvoirs attribués au *moldo*, ou si elle rejette toute la théorie du « mauvais oeil ». Un peu plus tard dans l'interview, alors que nous évoquons à nouveau des questions liées au « mauvais oeil », je lui ai demandé si sa famille partageait sa vision des guérisseurs et de la médecine, et comment elle gérait ces types de croyances au sein de son foyer. Jazgul m'expliquait alors :

Dans ma famille, si mon enfant a le coeur qui « tombe », ce qui est déjà arrivé, c'est moi qui le lui « remonte »... S'il y a des présences liées au mauvais oeil, je prends du pain et je fais un rite pour les chasser. Je sais aussi le faire, car mon père le faisait. Je n'ai pas besoin de *moldo* (Jazgul, bénévole, comité de Kayndy, le 14 avril 2014).

Il devient alors possible de constater à travers cette citation, qu'elle ne cautionne pas les guérisseurs, mais qu'elle ne condamne pas non plus certaines croyances et certains rituels. Cette bénévole n'est pas la seule à avoir commis une forme similaire de contradiction au cours de mes entretiens, au cours desquels j'ai décelé que si les auteurs étaient dénigrés, tel n'était pas le cas des croyances. Il est donc intéressant d'observer que plusieurs bénévoles affirment renoncer aux soins des guérisseurs, mais n'abandonnent pas les représentations et le « système de sens » qui y sont rattachés : « *Je n'ai pas besoin de moldo* ». Il existerait donc pour ces acteurs, une volonté inconsciente peut-être de dissimuler certaines de leurs croyances, ou, ils auraient même développé une articulation entre des croyances différentes. Pour tenter de comprendre ce type d'attitude, il est nécessaire d'explorer diverses pistes.

Il est tout d'abord possible de penser que le phénomène d'acculturation, auquel je faisais référence plus haut, ne fonctionne pas chez tout individu de la même manière, ni avec la même intensité. Dans ce cas, il est possible de se référer aux théories de Roger Bastide, qui énonce les phénomènes de « l'enculturation ». Ce dernier représente un mécanisme social qui entrave « le processus acculturatif » (Bastide, 1971 : p. 58), par le fait que les individus ont évolué dans une société prônant certaines valeurs et idéologies plutôt que d'autres, et qui s'ancrent de manière durable chez eux. Ce phénomène social n'est pas très éloigné d'un autre concept, celui de la « contre-acculturation », qui « apparaît lorsque l'acculturation est déjà engagée et que les individus se rendent compte de ses effets désorganisateur et destructeur en relation à leur personnalité ethnique » (Bastide, 1971 : p. 58). À travers ces différents concepts, il s'agit de comprendre les mécanismes sociaux qui auraient pu participer à la construction actuelle des comportements des bénévoles, tels que je les ai présentés antérieurement. Les valeurs et les concepts véhiculés par le projet de santé international ont peut-être été acceptés par une partie de la population, mais cela ne signifie pas qu'ils auraient effacé toutes croyances antérieures présentes dans ces villages. Je n'affirme pas que les bénévoles entrent dans ces différents schémas conceptuels développés ci-dessus, mais que ces derniers peuvent participer à la compréhension de certains enjeux liés à leurs positions personnelles, dans le sens où les acteurs n'adhèrent pas complètement aux nouveaux

préceptes apportés par les développeurs ou n'abandonnent pas définitivement leurs anciennes croyances.

D'une manière quelque peu différente, il devient possible de parler d'une acculturation de surface ou d'une acculturation stratégique de la part des volontaires. Cela consiste à montrer leur adhésion aux principes d'un projet externe dans l'objectif d'en obtenir les avantages, tout en ne renonçant pas totalement à certaines valeurs véhiculées dans leur système de sens. Cette attitude illustre une capacité d'adaptation dans laquelle les bénévoles feignent l'assimilation ou l'adoption d'une philosophie nouvelle, alors que le terreau culturel demeure puissant. Cette situation serait peut-être aussi en lien avec mon statut de chercheur suisse. Je me suis donc demandé dans quelle mesure les bénévoles ne discréditent pas les guérisseurs en raison de leur statut de bénévole pour un projet de santé international piloté par la Croix-Rouge suisse, devant un étudiant suisse qui pose des questions étranges sur des thématiques reliées de près ou de loin à leurs fonctions ? Ce phénomène se trouve directement relié aux questions des difficultés présentées dans la partie méthodologique de ce travail. Pour Bermet, cela ne fait aucun doute :

Elles t'ont dit qu'elles ne s'adressent jamais aux guérisseurs, mais moi je m'adresse souvent à eux. J'imagine qu'elles veulent te montrer qu'elles sont plus avancées, plus modernes et qu'elles n'ont plus besoin de la médecine traditionnelle. Comme ils ont entendu parler de la Croix-Rouge, on peut aussi parler de « l'effet Croix-Rouge », parce que maintenant, elles se réfèrent toujours à la médecine conventionnelle. Et comme toi tu es Suisse et que tu es comme un représentant de cette médecine conventionnelle, quand tu leur parles de cela, elles vont adapter leur discours pour toi, pour dire, « *on est comme toi* » (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Selon l'analyse de Bermet, les bénévoles désireraient montrer une image plus « modernisante » de leur rapport à la médecine et le fait de renoncer aux guérisseurs, les distingueraient positivement de certains autres villageois. De plus, le fait que je sois Suisse ne favoriserait pas l'obtention de réponses objectives. Les volontaires ont en effet souvent pensé que je travaillais pour la Croix-Rouge suisse et de ce fait, elles n'allaient sûrement pas me parler de leurs expériences avec des médecines qui sortiraient complètement du cadre du projet. Selon Bermet, ces raisons ont amené à me cacher certains aspects de leur vie, car d'après elle, les volontaires accordent largement crédit aux médecines locales :

Mais je pense qu'au fond, elles croient quand même à tout cela, autant que moi. Mais comme elles coopèrent aussi avec la FAP, qui représente la médecine conventionnelle, elles se prennent pour des agents de cette médecine, et elles ne doivent pas tromper l'image de ce parti... Et je pense que c'est pour cela qu'elles rejettent la médecine traditionnelle publiquement. En quelque sorte, ce sont des médecins-apprenants, qui s'occupent de la santé, du peuple, des villageois, de leur bien-être alors elles se positionnent tout de suite contre les guérisseurs. Mais dans la mentalité des Kirghiz, c'est quand même la médecine traditionnelle qui a toujours été la seule médecine. Jusque dans les années 1920-1930, il n'y avait que des *tabyps*, ils connaissaient les plantes et préparaient des remèdes, ils guérissaient... Il y avait aussi des sages-femmes sans diplôme, comme ma grand-mère. C'est donc quand même dans la mentalité, c'est quelque chose d'assez solide... Ce qui est drôle c'est qu'elles rejettent cela en adhérant à la médecine conventionnelle. D'après mes expériences, le rôle des guérisseurs est énorme encore actuellement. Aujourd'hui, pour les citadins c'est plus la même réalité peut-être, mais dans les villages c'est encore quelque chose de très présent. Je pense que les bénévoles se contredisent ... Elles disent qu'elles ne croient pas, mais en fait elles le pratiquent, elles reprennent ces traditions chez elles, quand on ne les voit pas (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Le discours des bénévoles représenterait selon Bermet une façade, une idéologie stratégique qui cacherait plusieurs enjeux. En effet, rejeter ce type de croyance permettrait aux bénévoles d'afficher une forme de modernisme médical en étant associées à plusieurs grandes organisations internationales. Ce discours consoliderait également l'image d'un comité de santé formé, informé et engagé dans la promotion de la santé internationale. Enfin, par rapport à mon statut, le fait de rejeter les convictions locales favoriserait effectivement une forme de rapprochement. Ainsi, le fait d'être Suisse ou Européen de manière générale biaiserait le rapport établi avec les interlocutrices appartenant au projet par le fait qu'elles m'ont tout de suite associé au projet. Enfin, j'ai trouvé qu'il était très intéressant de me pencher sur les analyses critiques de Bermet au sujet des bénévoles. Elle désigne des éléments très intéressants, comme « *l'effet Croix-Rouge* » ou le fait que les bénévoles se prennent pour des « *agents de cette médecine* ». Bermet porte un regard relativement critique sur les membres du comité de santé, mais ne les juge pas. Elle met plutôt en perspective leurs attitudes et leurs positions et affirme que, tout comme elle, les bénévoles adhèrent aux croyances locales et adhèrent aussi aux pratiques de la médecine non conventionnelle.

8.3 Les villageois, la médecine et les guérisseurs

Les zones rurales kirghizes comprises en arènes, pour revenir à la théorie de l'approche structurelle des phénomènes sociaux par les conflits, sont constituées de différents « groupes stratégiques ». Je me suis concentré au cours de mes analyses précédentes, sur deux « groupes » principaux : d'une part les membres des comités de santé, et d'autre part, les villageois non bénévoles. Cependant, en abordant la thématique des pratiques et des représentations médicales des populations villageoises, ainsi que leurs liens à la médecine et aux guérisseurs, il m'est apparu indispensable d'apporter quelques précisions à cet ensemble qui se segmente encore en de multiples autres « groupes stratégiques ». En effet, les villageois non bénévoles ne représentent pas un « groupe » monolithique à part entière, mais un ensemble de communautés variées.

Pour rendre compte de cela, j'ai décidé de prendre en considération un débat public. Lors de ce débat télévisé, présenté dans les questions méthodologiques⁴⁴, il a été possible de distinguer plusieurs de ces « groupes ». En effet, se sont opposés lors de ce débat différents guérisseurs, une *köz-achik* et une *büü* à des partisans d'un islam conventionnel qui n'acceptent pas ces acteurs puisant dans des origines autres que l'islam. Enfin, des représentants de la médecine scientifique étaient également présents sur le plateau : une psychologue et un médecin généraliste. Le débat s'approche d'un format d'émissions du type de celui d'*Infrarouge* sur la chaîne suisse romande RTS. Pour commencer, la présentatrice donne la parole à chaque individu pour qu'il se présente et pour qu'il expose son point de vue. Puis, le débat est ensuite lancé et se cristallise autour de l'interrogation suivante : « *Peut-on faire confiance à un köz-achik qui prétend posséder des dons de guérison ?* ». Les séquences sont relativement intéressantes, car elles exposent les visions, les critiques et les enjeux des différentes parties en présence. Je ne vais pas ici analyser ce débat en profondeur, mais l'utiliser pour illustrer la multiplicité de points de vue qui peuvent s'observer dans les villages.

Il est tout d'abord possible de remarquer dans les zones rurales, ainsi que dans tout le pays plus globalement, une forte opposition entre les habitants qui pratiquent la religion musulmane et ceux qui ne la pratiquent pas. Outre les questions purement religieuses, cette opposition concerne directement aussi des aspects médicaux et le recours tout guérisseur qui s'écarterait du cadre de la médecine officiellement acceptée par la tradition coranique. Pour illustrer cette confrontation d'idées, je peux citer la rencontre que j'ai eue avec une villageoise qui m'expliquait que, comme son fils étudiait dans une école coranique, il lui était défendu de s'adresser aux guérisseurs du village.

⁴⁴ Voir chapitre 5, p. 85.

Pour revenir au débat, j'ai décidé de me pencher sur le discours d'un mollah, représentant officiel de la religion musulmane :

Pour moi le *köz-achik* et tout leur univers, c'est quelque chose qui ne convient pas à notre religion. C'est un *harâm*. Dieu a créé le destin dès le début de la naissance de l'homme. La religion permet de faire des choses utiles et interdit de faire des choses négatives. La religion se place de ce fait, complètement à l'encontre des *köz-achik* parce qu'au final, connaître le futur, soigner par des rituels obscurs ne sont pas en adéquation à nos croyances et sont seulement des pouvoirs qui ont été donnés à Dieu. Pour moi, tout ce que les *köz-achik* affirment, lorsqu'ils utilisent des cartes, quand ils regardent la lune ou quand ils font des rites, c'est affirmer des choses qui doivent rester cachées à l'homme. Si un individu se rend chez un *köz-achik*, et si ce qui lui dit se réalise vraiment, ou s'il guérit, cela signifie que ce *köz-achik* collabore alors avec le diable (Le mollah, intervenant dans le débat).

À travers la réponse donnée par ce mollah au cours de ce débat, il est possible de constater la forte opposition entre les partisans d'un islam conventionnel et les *köz-achik*, qui dans ce cas précis représente un terme générique utilisé pour désigner « les guérisseurs » de manière générale⁴⁵. Il n'existe donc pas de rapprochement envisageable entre l'idéologie religieuse et les pratiques des guérisseurs associées au « diable », et qui représentent, comme l'a affirmé ce mollah, un « *harâm* ». Ce terme signifie « l'interdit » ou « l'illégal » en langue arabe. Cependant, lorsque de nombreux témoignages de guérisons réalisés par des guérisseurs lui sont rapportés, le mollah reconnaît que cela peut arriver :

Oui, c'est vrai que ça arrive que les *köz-achik* aident les gens à se soigner réellement. Mais cette personne qui s'adresse au *köz-achik* est aussi tombée malade par la magie. La magie peut être soignée seulement par la magie (Le mollah, intervenant dans le débat).

Il explique donc le succès de certaines guérisons à un domaine qui est réprimé à la base par la religion musulmane : « *Dans le Coran on dit qu'il ne faut pas croire en la magie...* » (Le mollah, intervenant dans le débat). Selon son explication, ce sont seulement les mauvais sorts ou les maladies causées par la magie qui peuvent alors être soignés par les guérisseurs. Son affirmation confirme cependant l'existence d'une forme d'utilité au rôle des guérisseurs. Il ne nie en effet pas l'existence de la magie, mais souligne simplement le fait que la religion la proscrie. Il est donc

⁴⁵ Le terme de *köz-achik* désigne également des guérisseurs définis par des fonctions plus précises comme je vais le démontrer plus loin.

possible d'extrapoler ces propos, en affirmant que plusieurs systèmes de sens entrent en collision dans son discours. L'un se base sur la religion musulmane, l'autre sur une tradition magico-religieuse. Cette caractéristique religieuse représente un élément important dans la vision et le rapport de ces individus avec les croyances et les acteurs de santé. Si on se penche à présent sur la vision des représentants de la médecine scientifique, ceux-ci ont catégoriquement discrédité les pratiques des guérisseurs et leurs croyances. Toutefois, ils leur reconnaissent un certain succès auprès de la population :

Aujourd'hui les gens sont trop influencés par les *köz-achik*, par des endroits sacrés comme *Suleyman-Too* ou comme le tombeau de *Manas*. Et la science a prouvé à travers des expériences qu'on ne peut pas prévoir le futur, découvrir la pensée de l'autre, guérir avec des sacrifices ou autres rituels. Je pense que dans la plupart des cas, ce sont des manipulations. Par exemple, en tant que psychologue, si un couple s'adresse à moi, je ne leur mens pas, je ne les manipule pas. En tant que psychologues, nous avons une éthique, des règles à respecter, un code de conduite. Je pense que ces guérisseurs représentent un danger pour la santé mentale et physique des citoyens, car en pensant réaliser des démarches pour leur santé, ils tombent souvent dans les pièges de charlatans qui se basent sur des croyances populaires pour les manipuler (La psychologue intervenant dans le débat).

Cette psychologue discrédite les pratiques de ces guérisseurs et met en garde les citoyens en attisant la crainte que les guérisseurs agissent en tant que charlatans. Elle oppose également les recherches scientifiques qui légitiment son statut aux « *croyances populaires* » des Kirghiz. Devant ces multiples attaques, les guérisseurs présents sur le plateau se sont défendus, mais le débat s'est très vite envenimé :

Ça me fait bizarre qu'on m'accuse de charlatanisme et qu'on me dise que je devrais plutôt suivre la voie de Dieu, ou baser mes actes sur des réflexions scientifiques... Comme je l'ai déjà dit avant, pour chaque personne j'utilise des méthodes différentes en fonction de ses besoins. Je ne vais pas allumer une bougie, brûler du genévrier, et dire que quelqu'un lui a jeté un sort. C'est vrai qu'il existe aussi des gens qui font ça, mais pas moi. C'est vrai qu'il y a des gens qui se font avoir par des charlatans et qui perdent 20'000 ou 30'000 soms en payant dans le vide. Mais moi je ne fais presque pas payer mes patients ; quand une personne arrive, je ne demande même pas le but de son arrivée. J'essaie de sentir le but de son arrivée et de le dire avant eux (La *büü* intervenant dans le débat).

Cette guérisseuse reconnaît qu'il existe effectivement de nombreux imposteurs qui utilisent l'image des guérisseurs pour gagner de l'argent et qui sont de véritables charlatans. Il devient donc problématique d'être guérisseur dans un tel contexte. Le fait qu'elle ne fait « *presque pas payer les patients* » et qu'elle devine le but de leur visite peut apparaître aux yeux des patients comme une garantie de sa sincérité et de ses dons. Ce débat m'a permis d'illustrer quelques-unes des différentes oppositions qui peuvent être observées entre les villageois. Il existe donc, dans les zones rurales de l'actuelle République kirghize, des positions plurielles face aux guérisseurs et aux croyances sous-jacentes qui les accompagnent, mais également face à la médecine de manière générale. Si les individus en lien avec la religion rejettent plus facilement ce type d'acteurs, de nombreux villageois leur font confiance :

La médecine et l'homme sont en étroite liaison. Aujourd'hui, le rôle de la médecine est indispensable et plus crucial qu'autrefois, car il y a beaucoup de chimie dans ce que l'on mange, des médicaments qui bouleversent l'organisme et d'autres choses qui détruisent la santé humaine. Cela nous fait aller plus chez le médecin. Je pense que la médecine d'aujourd'hui s'est beaucoup développée, mais il existe encore beaucoup de guérisseurs et même si ici en République kirghize ce n'est pas une science étudiée, il y a pourtant beaucoup de témoignages de réussites (Khanu, villageoise non bénévole, Kayndy, le 26 avril 2014).

Selon Khanu, même si ces pratiques ne sont pas « labellisées » et ne reposent pas sur des bases scientifiques, la pertinence et l'efficacité de ces acteurs n'en sont pas remises en cause. Il existe également dans la vision de cette interlocutrice, une forme de critique de la médecine scientifique qui « *bouleverse l'organisme* » par des interventions trop chimiques. Les interprétations et les visions des individus quant à leurs rapports au domaine médical varient donc beaucoup en fonction de leur trajectoire de vie et de l'environnement dans lequel ils ont évolué. Le débat télévisé utilisé comme une source audiovisuelle, m'a aidé à illustrer ce phénomène pluriel et à montrer les tensions présentes dans les villages.

Je vais à présent m'intéresser à des pratiques et à des représentations liées à la médecine à travers quelques villageois interrogés lors de mes séjours. Je précise au préalable qu'il existe une multitude d'autres pratiques et de croyances répandues dans les villages. Pour des raisons techniques, je ne pourrais les aborder que partiellement dans ce travail. Pour réaliser cela, je vais plus particulièrement me pencher sur le discours de Bermet, qui a largement abordé cette thématique, mais également sur d'autres témoignages de villageois rencontrés lors de mes visites. L'objectif de

cette partie ne réside pas dans l'élaboration d'une théorie qui pourrait être généralisée à l'ensemble d'une population fortement diversifiée, comme il a été possible de le constater dans les points précédents, mais dans l'observation de situations singulières face aux pathologies et à la santé.

L'interlocutrice principale citée ci-dessus, Bermet, ne se classe pas dans une catégorie ou un « groupe » spécifique, ayant des principes religieux, idéologiques ou culturels. Elle tend au contraire à une forme de neutralité face aux tensions liées aux « groupes stratégiques » déjà présentés. Si elle avoue reconnaître l'efficacité de la médecine conventionnelle, elle dit être tout aussi convaincue de l'efficacité des pratiques magico-religieuses des différents guérisseurs qui, selon elle, prendraient racine dans l'histoire de son peuple :

Avant on était des chamans, notre dieu c'était le ciel : *Tengri*... Les dieux étaient partout, dans chaque chose : dans l'eau, dans les arbres, dans les montagnes, dans la pierre ou dans un cheval... Pour donner un exemple, pour qu'un enfant se soigne, on priait alors le protecteur des enfants, *Umaj-ené*. Par exemple, quand on met l'enfant dans le berceau pour la première fois, encore aujourd'hui, on brûle une branche de genévrier, c'est un rite de purification et de protection. Dans les villages encore actuellement, on ne mettra jamais un enfant dans un berceau sans pratiquer ce rite. Quand ma nièce est née il y a quelques années par exemple, je me rappelle qu'elle avait un grand bleu sur ses fesses. Dans ma famille on pensait vraiment qu'elle ne voulait pas venir au monde, toute la famille a pensé que c'était *Umaj-ené* qui l'avait frappée Mes parents y croyaient vraiment et moi aussi (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Les explications de Bermet démontrent que les croyances liées aux éléments naturels trouvent encore aujourd'hui leur place dans la société rurale kirghize. « Umaj-ené », la protectrice des enfants par exemple, est encore selon elle invoquée chaque fois qu'un enfant est déposé dans son berceau pour la première fois, afin d'être « protégé et purifié ». La pratique de ce rituel permet de constater que le concept de « bonne santé » est fortement relié aux croyances en des « dieux », et donc à une forme de spiritualité encore bien vivante aujourd'hui. Le métissage de l'islam traduit également l'héritage de ces types de croyances. Bermet est donc coutumière de ces pratiques, qu'elle qualifie de « médecine » (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 28 avril 2014). Elle avoue également avoir recours régulièrement aux guérisseurs. Ces croyances sont encore aujourd'hui bien ancrées dans l'esprit de la population kirghize. Ce ne seraient toutefois pas les seules raisons qui expliqueraient le succès des guérisseurs dans le pays. Au cours de nos conversations, Bermet m'a

expliqué en détail le rôle de ces acteurs dans les villages, et les pouvoirs qui leur était généralement attribués. Bermet raconte également qu'elle-même, comme beaucoup d'autres villageois, consultent des guérisseurs pour de multiples autres motifs :

Ça peut être des raisons économiques ou pour leur disponibilité... En fait, il y a beaucoup de *köz-achik* aujourd'hui, ils ont poussé comme des champignons, ils sont beaucoup plus accessibles, moins chers, ils donnent de l'espoir et font croire aux miracles. Ces raisons peuvent amener des gens du village à aller consulter des guérisseurs sans passer par les hôpitaux ni par les médecins. Parfois, lorsque la médecine conventionnelle n'arrive pas à guérir certaines maladies et que les traitements sont inefficaces, les gens se retournent aussi vers les guérisseurs, car ils pensent qu'une force suprême pourrait être plus efficace que les médicaments, c'est une croyance et un espoir du miracle. Il y a aussi la publicité des *köz-achik*, le bouche à oreilles, qui peut faire que des gens vont s'adresser à tel guérisseur, car ils ont entendu parler d'eux en bien. Il y a aussi des événements, des conflits dans une famille, des formes de dépression qui ne peuvent pas être abordées par la médecine, alors on va se tourner vers les guérisseurs. Toutes ces choses-là ne sont pas facilement accessibles lors de visites chez un médecin, on trouve donc qu'au niveau psychologique, la médecine traditionnelle est beaucoup plus profonde que la médecine conventionnelle (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Bermet explique que le succès des guérisseurs provient du fait que les infirmières et les médecins ne peuvent pas aborder tous les problèmes des citoyens. Les guérisseurs joueraient également un rôle important lorsqu'il s'agit d'agir sur le plan psychologique. Dans ce type de pathologies, ces acteurs entrent de manière plus « *profonde que la médecine conventionnelle* ». Je ne possède pas de données chiffrées, mais peut-être que cela cache une carence de psychologues dans les zones rurales. Cette situation pourrait avoir favorisé l'apparition d'un grand nombre de guérisseurs qui ont « *poussé comme des champignons* ». Des raisons économiques peuvent également expliquer le succès des guérisseurs. Si les consultations médicales dans les hôpitaux publics sont gratuites, les prix généralement élevés des médicaments selon les témoignages que j'ai pu recueillir peuvent dissuader certains villageois à recourir à la médecine conventionnelle, en raison des coûts. Les tarifs pratiqués par les guérisseurs sont peu élevés. Selon Bermet, « *dès qu'un köz-achik demande de l'argent pour sa prestation, on perd le respect et la confiance en cette personne, car on dit qu'un vrai köz-achik ne demande jamais d'argent pour son travail* » (Bermet, villageoise non bénévole,

Kayndy, le 30 avril 2014). En effet, très souvent les guérisseurs sont rémunérés par des cadeaux et des « offrandes » que les patients amènent avec eux. Cela peut représenter des denrées alimentaires ou des produits usuels. Le fait qu'un guérisseur, et dans ce cas précis un *köz-achik*, ne demande que peu d'argent pour une séance suscite la confiance des gens. D'une manière générale, la population sait que les consultations de guérisseurs sont moins onéreuses que des traitements médicamenteux ou des visites chez un médecin privé ou un psychologue. Précisons également que la gratuité des consultations ne concerne pas tous les hôpitaux publics et tous les thérapeutes, mais uniquement certains d'entre eux. Dans ce contexte, Bermet avoue utiliser différentes formes de médecines. Lorsque je lui demandais à qui elle s'adressait en cas de problèmes, elle me répondait :

On peut dire que je consulte autant des médecins de la médecine conventionnelle que des guérisseurs. Ces derniers, je ne les consulte pas pour chaque maladie, mais pour des problèmes psychologiques, pour des histoires d'amour, ou tout simplement pour connaître le futur. Mais si j'ai mal au ventre aujourd'hui, je vais directement aller chez le médecin. Pour te donner un autre exemple, comme je t'ai déjà expliqué, je parlais la nuit. La médecine conventionnelle expliquait cela par de la fatigue ou par des difficultés psychologiques périodiques,... ou tout simplement que je rêve et que je parle. Il n'y a rien de grave... Mais pour la médecine locale, cela peut signifier que mon corps est possédé par quelqu'un d'autre, par un substrat que je ne comprends pas ou par un esprit. Quand je faisais des crises d'épilepsie, j'ai été soignée par une *köz-achik* dans mon village. Elle m'avait aussi conseillé de consulter un médecin, car les deux se complètent. Elle disait que ça pourrait donner un effet bénéfique l'un sur l'autre. Il fallait donc s'adresser aux deux, mais il ne faut pas rejeter l'un au profit de l'autre, mais plutôt conjuguer les deux pour se soigner. Car les *köz-achik* voient les causes de la maladie au-delà des recherches de la médecine conventionnelle. Alors, pour traiter ces choses-là, il faut avoir des liens avec la médecine conventionnelle et la médecine locale. Dans l'idéal, je pense que la combinaison des deux amène de meilleurs résultats (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Son récit amène donc à constater l'utilisation d'une pluralité d'approches de médecine. En effet, Bermet avoue s'orienter, pour certaines pathologies, vers la médecine conventionnelle alors que pour d'autres, elle dit consulter des guérisseurs. Son témoignage illustre également le recours à une complémentarité d'approches médicales, en affirmant que « *la combinaison des deux amène de meilleurs résultats* ». Le recours à différentes approches des soins est très répandu. En effet, si la

médecine conventionnelle peut très bien traiter des « *maux de ventre* », il existe d'autres pathologies qui imposent un recours à la médecine locale. Selon Bermet « *les köz-achik voient les causes de la maladie au-delà des recherches de la médecine conventionnelle* ». Cette affirmation démontre que c'est la quête de sens qui est recherchée : « Des interactions se produisent entre médecine scientifique, médecine alternative et spiritualité. D'un côté, les médecines scientifiques incorporent de plus en plus d'éléments « holistes ». De l'autre, les médecines alternatives et les religions connaissent une nouvelle hausse d'intérêt auprès d'un public qui cherche à donner du sens à sa souffrance » (Gauthier et al., 2007 : p. 11). C'est bien cette quête de sens qui est recherchée par Bermet et qui la pousse à consulter des guérisseurs, et dans son cas des *köz-achik*, pour comprendre « *au-delà des recherches* », les raisons qui pourraient être à l'origine de ses maux.

8.4 Situation socioculturelle du domaine spirituel et médical

J'ai déjà abordé antérieurement dans ce travail, plusieurs points relatifs à la pluralité thérapeutique en République kirghize⁴⁶. Je propose à présent d'explorer plus en profondeur cette thématique telle que je l'ai rencontrée durant mon enquête dans le but également de répertorier différents acteurs dans le contexte actuel des zones rurales kirghizes. Le premier constat qui peut être posé réside dans le fait que les habitants reconnaissent l'existence de nombreux acteurs différents :

Ici, il y a beaucoup de guérisseurs, je pense qu'il doit y avoir une vingtaine d'acteurs différents, non conventionnels que je connais seulement, et il y en a encore peut-être d'autres. D'une manière générale, je les appelle les extrasens, sauf les *moldos* qui font partie de la religion et qui sont en fait une forme de pont entre l'homme et Dieu. (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 27 avril 2014).

Il existe donc de nombreux « *acteurs différents, non conventionnels* » qui exercent des pratiques diverses dans la région. Je précise que je ne vais pas, dans ce chapitre, présenter la « *vingtaine* » d'acteurs cités par Bermet, mais me concentrer sur les principaux, qui sont en fait ceux dont elle m'en a le plus parlé au cours de nos entretiens. D'une manière générale, il est possible de distinguer des formes de médecines qui s'inscrivent dans des traditions religieuses et spirituelles complètement différentes. En effet, alors que certains guérisseurs se revendiquent comme les héritiers de la médecine chamanique, et plus particulièrement du *tengrisme* sur lequel je reviendrais par la suite, d'autres se situent plutôt dans le champ de la médecine religieuse musulmane et plus spécifiquement dans le courant du soufisme. Enfin, il existe également des acteurs de santé qui

46 Voir chapitre 3, p. 57.

s'inscrivent dans des formes de croyances préislamiques. Toutes continuent d'avoir de l'influence dans la vie quotidienne des individus, plus particulièrement dans les zones rurales. Ces acteurs revendiquent tous, d'une manière ou d'une autre, une certaine capacité d'agir sur la santé d'autrui ou pour la bonne santé d'autrui.

Je préciserai encore être conscient que ce sous-chapitre aurait pu constituer une thématique de mémoire à part entière, par son étendue et sa complexité. Le but qui sous-tend les parties qui suivent ci-après, ne réside non pas dans le fait de répertorier et de créer une liste exhaustive des différents acteurs qui interviennent dans le contexte médical de l'actuelle République kirghize, mais d'illustrer ce que représente cette pluralité d'acteurs aux yeux des habitants en général et de cette interlocutrice en particulier et la manière avec laquelle ils les présentent. Je vais donc m'arrêter, à travers leurs descriptions émiques, sur quelques acteurs parmi d'autres agissant dans le milieu de la santé. Je compléterai cette démarche en amenant des informations complémentaires tirées de la littérature traitant de ce sujet. Cependant, au préalable, j'aimerais développer quelques éléments généraux communs à plusieurs croyances, qui forment un socle social propre aux différentes traditions spirituelles. Cette peinture contextuelle aidera à comprendre de quoi ce socle se compose et aidera également à placer les acteurs dans leur contexte.

Pour présenter cela, j'aimerais tout d'abord aborder la question des *arbaks*, qui peut se traduire par « esprit » et qui représentent pour Bermet, : « *l'âme d'une personne décédée qui a rejoint soit l'enfer soit le paradis suivant ses actions qu'elle a réalisées tout au long de sa vie* » (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014). Cette conception des esprits traduit une certaine affiliation religieuse, à travers les notions « *d'enfer* » et de « *paradis* ». Ce qui est toutefois intéressant à relever réside dans le fait que les mêmes esprits jouent un rôle pour plusieurs acteurs, pourtant issus de différentes origines :

Parfois, ils conseillent les guérisseurs. On dit que les *köz-achik* sont possédés par un esprit, ou par différents esprits du « monde invisible »... Par exemple, ce peut être aussi le diable, ou l'esprit malin, que l'on appelle ici *sheytan*. Il arrive également que lorsque les *bakshy* pratiquent un rite, leur corps puisse être possédé par un *arbak* et ils peuvent avoir des dialogues avec ces esprits, qui sont inaccessibles aux gens ordinaires, mais qui guident les *bakshy* dans leurs actions (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Il est intéressant de constater que selon Bermet, les *arbaks* existent autant pour les *bakshy*, qui s'inscrivent dans une tradition chamanique, que pour les *köz-achik*, qui eux, représentent des

individus possédant un don particulier. En me penchant sur différentes recherches au sujet de la spiritualité kirghize, j'ai pu trouver quelques éléments complétant ces explications : « Les représentations liées aux *arbak* « esprits ancestraux, esprits tutélaires » dominent l'ensemble des relations symboliques des Kirghiz. Les *arbak* sont les âmes de personnes défuntées, les esprits des ancêtres et sont généralement des esprits anthropomorphes qui sont donc à traiter en partenaires. Les *arbaks* apparaissent aussi comme garants de l'ordre moral social. On les perçoit comme des « êtres » punissant toute infraction, toute transgression afin de pérenniser une société au sein de laquelle les statuts ne sont pas remis en cause » (Biard, 2005 : p. 29). Cette citation illustre la multiplicité de sens qui leur sont attribués. En effet, s'ils jouent un rôle de conseiller issu « *du monde invisible* » pour les différents guérisseurs qui peuvent entrer en contact avec eux, comme le suggérait Bermet (villageoise non bénévole, Kayndy), ils auraient également des attributions sociales, liées au maintien de « *l'ordre moral social* » car « mener une vie digne, ne pas faire honte à son lignage, défendre sa réputation, accomplir de bonnes actions représentent les moyens les plus simples pour s'assurer constamment leur bienveillance » (Jacquesson, 2005 : p. 10). Bermet faisait également référence à cette caractéristique en affirmant que suivant leur comportement sur terre, les *arbaks* iraient soit au paradis, soit en enfer. Ces esprits possèdent donc une existence symbolique à proprement parler pour les Kirghiz qui, s'ils ne sont pas matérialisés, peuvent toutefois interagir avec le « monde sensible ». Faisant partie intégrante de cet « univers symbolique » (Biard, 2007), ils sont à l'origine de toutes sortes de comportements, d'attitudes et de pratiques particulières. En résumé, il est possible d'affirmer que les *arbaks* « modèlent la vision du monde des Kirghiz » (Jacquesson, 2005 : p. 8). Cet exemple des *arbaks* démontre que certaines croyances se sont enchevêtrées les unes dans les autres au cours de l'histoire. En effet, des principes religieux tels que le paradis, l'enfer ou le *sheytan*, côtoient des rites chamaniques et d'autres natures, tels que ceux pratiqués par le *bakshy* ou le *köz-achik*.

Le *tengrichilik* en kirghiz, ou *tengrisme*, signifie « la voie du ciel » et représente un héritage du passé préislamique où *Tengri*, le ciel, représentait la divinité principale. Ces croyances qui constituent un passé commun aux différentes peuplades, notamment turcs et mongols, s'inspirent en partie du chamanisme sibérien, avec une forte présence du culte des ancêtres. Elles vouent une véritable adoration aux forces naturelles et précèdent en fait l'arrivée de l'islam dans toute la région centrasiatique. Dans la République kirghize, le *tengrisme* a souvent pris l'aspect d'un « *islamo-tengrisme* » par sa proximité à la religion musulmane (Biard, 2007). En effet, c'est d'ailleurs pour cette raison que très souvent, il n'est pas aisé de catégoriser les guérisseurs, car la nature de leurs pratiques est parfois très subtile, et s'inscrit souvent dans une forme de métissage entre l'islam, le

tengrisme et d'autres formes de chamanisme. D'ailleurs, *Tengri*, compris en tant que divinité, serait souvent confondu avec Allah (Gaüzere, 2006). Toutefois, le *tengrisme* tel qu'il est revendiqué actuellement en République kirghize « cherche en effet à promouvoir un « retour » aux anciennes religions nationales mythiques des peuples turciques et rejette l'islam. Le *tengrisme* ou *tengrianstvo* (« pratiques liées au Ciel ») s'apparente à une mode intellectuelle et religieuse qui correspond peu ou prou à ce que l'on pourrait qualifier de « religion de la nation » (Biard, 2007 : p. 2). Selon cette chercheuse, le *tengrisme* ou *tengrichilik* constituerait d'ailleurs, un outil au service de l'émancipation nationale et culturelle kirghize, qui s'opposerait à l'islam et son idéologie ainsi qu'à d'autres tendances religieuses et politiques. Plus que cela, Biard avance l'hypothèse que le *tengrichilik* correspondrait plus à une tradition récemment confectionnée de toutes pièces, à des fins stratégico-politiques qui permettrait, entre autres, de s'opposer à la montée de l'islam. Ainsi, certains guérisseurs tels que les *köz-achik* s'inscriraient également dans la « tendance » *tengrichilik*, que certains nomment « *kyrgyzchilik* », c'est-à-dire « la manière de faire des Kirghizes » (Biard, 2005 : p. 32). Dans cette perspective, ils seraient alors les dépositaires de l'héritage culturel et traditionnel de leurs ancêtres et seraient devenus des instruments de revendications politiques et culturelles. Cette théorie se base sur le fait que ces croyances ont ressurgi surtout depuis la chute de l'URSS dans la partie Nord du pays, et aurait été propagée par une frange de la population constituée par l'élite intellectuelle (Biard, 2007). Cependant, Biard nuance quelque peu ces propos, en avançant que « Le recours au *kyrgyzchilik* se fait aussi en raison des obstacles à l'accès aux services de santé en zone rurale, ainsi qu'au manque de moyens d'une frange considérable de la population qui ne parvient que rarement à s'acquitter des tarifs forfaitaires de prise en charge mis en place par le ministère de la Santé kirghiz » (Biard, 2005 : p. 32). Ainsi, le *kyrgyzchilik* désignerait des activités concrètes dans certaines zones du pays, et le domaine médical en représenterait un pôle. Ayant pris connaissance de cette position avant mon départ, j'ai confronté Bermet à cette théorie sur le *tengrichilik* :

Je peux vous assurer que c'est faux, car cette tradition existe depuis longtemps. Cela ne correspond pas à la réalité d'affirmer que c'est une invention récente. Ce phénomène existe depuis très longtemps, c'est ce que je peux confirmer par les événements de ma vie et je ne pense pas que ce soit une invention pour s'opposer à l'islam. Dans ma famille, mes grands-parents me parlaient déjà de cela il y a longtemps. Peut être que le terme « *tengrichilik* » est un nom moderne et qu'avant on appelait cela différemment, mais la substance, la croyance, a toujours existé, en tout cas depuis très longtemps. Par exemple dans le monde agricole, il y a aussi des rites et des paroles à utiliser au moment où l'on plante nos graines, pour ensuite

avoir une meilleure récolte. Il y a beaucoup d'autres exemples qui font référence au *tengrichilik*. Le *tengrichilik* est une croyance où chaque objet possède un dieu, celui de l'homme, des enfants, des animaux, des plantes, des arbres et des éléments et ça c'est sûr que ça a existé depuis toujours (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Selon Bermet, il serait donc erroné de penser que le *tengrichilik* représenterait une nouvelle tradition à la mode, inventée ces dernières années à des fins politiques. Pour elle, le *tengrichilik* résulterait réellement de croyances et de pratiques ancestrales. Je pense néanmoins qu'il faut admettre le fait qu'il est utilisé par certains partis ou mouvements à des fins stratégiques. J'ai cependant été quelque peu surpris par la réaction de Bermet face à cette opinion, qui semblait la toucher directement. Enfin, en guise de conclusion à cette partie, j'aimerais illustrer le *tengrichilik* par une légende que Bermet m'a racontée :

Je vais te raconter une légende : *Kojojache était un grand chasseur qui nourrissait tout son village. C'était même le meilleur chasseur du village. D'après la légende, un chasseur ne doit jamais dépasser le chiffre de 10'000 cervidés tués durant sa vie, sinon il sera puni par le dieu des cervidés. Le jour où il avait atteint ce nombre sacré, comme son village vivait toujours dans la famine, car c'était l'hiver, il n'a pas pu s'en empêcher. Il est alors parti dans la forêt et a aperçu une belle bête, c'était un grand et beau bouquetin qu'il a suivi pendant des heures. Finalement, en suivant discrètement le bouquetin qui l'avait alors entraîné dans des lieux qui étaient très difficiles d'accès, Kojojache est mort à cet endroit en glissant d'une falaise. Ce bouquetin était en fait le dieu des cervidés, ayant pris une apparence animale dans le but de le séduire.* Cette légende représente également une preuve que le *tengrichilik* est très ancien, car ma grand-mère avait entendu cette légende de sa mère qui l'avait reçue de sa mère. Tu vois, ce ne sont pas que des inventions récentes... (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Bermet a tenu à m'apporter à plusieurs reprises des preuves qui selon elle, réfutaient ce que je venais d'avancer concernant le *tengrichilik*. Cependant, l'origine de cette croyance, son usage et son appellation me sont demeurées très floues, de même que cette thématique de manière générale. En effet, lors de l'élaboration de ce travail, mais également durant mes entretiens ou mes conversations avec les villageois et les volontaires des comités de santé des villages, il a très souvent été difficile de comprendre certains éléments qui différenciaient les guérisseurs, la catégorie à laquelle ils étaient rattachés et quels termes les désignaient précisément. En m'appuyant sur les propos de Fathi,

« La prégnance de ce syncrétisme culturel dans l'espace turco-iranien islamisé ne permet pas de dessiner des frontières précises entre le monde religieux islamique et d'autres domaines de croyances comme le chamanisme » (Fathi, 2004 : p. 84). En effet, j'ai très souvent été confronté à différentes appellations pour un même guérisseur, ou au contraire, le même terme qui désignait des praticiens différents. Par exemple, dans le village de Kayndy, lorsque j'interrogeais les villageois à propos d'un guérisseur qui possédait la maison située le plus haut sur la colline, certains m'apprenaient qu'il était *köz-achik*, d'autre affirmaient que c'était un *bakshy*, alors que d'autres enfin me parlaient d'un *moldo-ké*. Pour tenter de percer les secrets de cette divergence des termes, j'ai interrogé Bermet.

Parfois il y a des gens qui appellent tous les guérisseurs : les « *moldos* », parce qu'ils ne connaissent pas la vraie définition du terme *moldo*, et ils ne savent pas comment appeler les autres guérisseurs. Par exemple Aïshagul que tu as rencontré, son frère est un *moldo* très connu et les gens lui vouent un immense respect, on dirait un dieu dans la région, car il y a beaucoup de gens qui viennent le visiter et ils ont tellement de respect pour lui. Mais certains pensent qu'il est *köz-achik* ou *bakshi*... (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Il y a donc une confusion au sein même de la population quant aux termes qui désignent les guérisseurs : *moldo*, *köz-achik*, *bakshy*, *tabyp*. Cette confusion peut être expliquée en partie par le métissage des croyances et des pratiques spirituelles qui ont donné naissance à des traditions hybrides, situées entre l'islam et d'autres croyances préislamiques : « ... cette même population musulmane kirghize pratique également d'autres rituels appartenant à des traditions préislamiques, par exemple la vénération des ancêtres. Aujourd'hui, dans la seule région de Talas, on compte 225 lieux saints dans lesquels des rituels appartenant à la fois à la tradition islamique et à d'autres traditions non islamiques antérieures à l'arrivée de l'islam en pays kirghiz sont quotidiennement pratiqués » (Toktogulova, 2009 : p. 91). Si l'on se cantonne à imaginer l'islam et les autres croyances préislamiques de manière divisée, la compréhension de l'univers spirituel kirghiz devient alors très compliquée.

Il s'agit plutôt de comprendre ces phénomènes comme un mélange ou un métissage de diverses traditions et pratiques qui sont encore en vigueur aujourd'hui dans le Nord du pays en plus grande intensité : « La véritable rencontre entre ces deux religions eut lieu sous l'empire gengiskhanide et ses successeurs, puis sous la domination russe qui favorisa la propagation de l'islam dans la steppe kazakhe » (Aigle et al., 2000 : p.328). Depuis plusieurs siècles déjà, ces deux formes de croyances

se sont côtoyées, puis mélangées. Il n'est donc pas toujours évident de distinguer l'appartenance de certaines pratiques à certaines traditions, par la raison même que certaines d'entre elles constituent justement une combinaison de ces différentes croyances : « Citons par exemple le rituel de *dhikr*, qui comprend aussi bien des éléments islamiques que chamaniques et pratiqué par exemple en tant que procédé curatif. Il ne s'agit donc pas d'un *dhikr* dans le sens où l'entendent les adeptes des confréries soufies. Ce rituel de *dhikr* est le plus souvent accompli par une ou un guérisseur capable de communiquer avec des esprits et de prédire l'avenir de ses clients. Ce dernier invoque toutes sortes d'esprits en prononçant des sourates coraniques en arabe et des incantations kirghizes destinées à invoquer le divin » (Toktogulova, 2009 : p. 91). Comme il est possible de constater, ce rituel de *dhikr* est un exemple de ce métissage des croyances qui peut être pratiqué par un guérisseur « capable de communiquer avec des esprits et de prédire l'avenir » et en même temps, qui prononce « des sourates coraniques en arabes ». Cette description ne désigne certainement pas un *moldo*, qui comme je l'ai mentionné plus haut, s'oppose à ce type de pratique. Il pourrait alors s'agir, derrière le terme de « guérisseur », d'un *köz-achik* ou d'un *bakshy*. Nous avons donc ici, l'exemple d'un rite qui prend typiquement ses racines dans l'islam, et plus précisément dans le soufisme, mais qui est pratiqué actuellement en République kirghize, par des guérisseurs issus d'autres traditions religieuses.

Il existe cependant d'autres raisons qui pourraient expliquer ces confusions. J'ai pu constater que des noms différents désignaient parfois le même guérisseur. Par exemple, il existe des hommes comme des femmes *köz-achik*. Cependant, il est possible que les femmes soient appelées aussi des *büü*, ce qui correspond à la même description de rituels pratiques. Toutefois, ce terme de *büü* ou de *büübarché* est réservé exclusivement aux femmes selon Bermet. D'autres exemples similaires existeraient selon elle :

Comme je continuais à parler la nuit, j'ai trouvé sur le journal qu'il y avait un autre guérisseur, un *moldo-köz-achik*, on les appelle les *moldo-ké*, ce ne sont pas vraiment des *moldo*, car le *moldo* c'est comme un prêtre, mais les gens confondent les hommes guérisseurs et les appellent *moldo*. En fait le *moldo-ké*, c'est un terme générique, ou un terme populaire pour désigner une personne de sexe masculin qui possède des pouvoirs, un don ou de l'autorité : un extrasens, un prêtre, un guérisseur, un *köz-achik*, un chaman ... on les appelle *moldo-ké*. J'ai aussi trouvé un autre qui était aussi clairvoyant, mais qu'on appelait aussi *moldo-ké* à qui j'ai rendu plusieurs fois visite. Un *moldo* c'est un prêtre, et le prêtre ça c'est différent. Mais mon traitement que je vous ai expliqué c'était un *moldo-ké köz-atchik*. Prêtre,

guérisseur, *tabyp*, tous les guérisseurs sont appelés par les gens par le nom *moldo-ké*, c'est une étiquette, tout ce qui est lié au dieu ce sont des *moldo-ké*. Mais moi je fais la différence entre le nom de chacun, mais si quelqu'un cherche un guérisseur précis, c'est très dur de savoir, il faut demander ce qu'ils font parce qu'ici les termes sont mélangés... (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Ces propos illustrent le flou qui règne lorsqu'il s'agit de désigner la spécialité propre aux différents guérisseurs. La population locale les appelle d'ailleurs, d'une manière générale, des *moldo-ké*, mais ce terme peut facilement induire en erreur par sa proximité avec le terme de *moldo*, qui est pourtant le seul guérisseur cité, qui n'est pas concerné par cette appellation « populaire » de par son appartenance à la religion musulmane. En dépit des éléments qui rendent complexes la désignation et la catégorisation de chaque guérisseur, j'aimerais néanmoins affirmer avoir tenté de les présenter en respectant au mieux les propos de mon interlocutrice ainsi que les informations trouvées dans les différents textes consultés.

8.5 Pluralité d'acteurs en présence dans la vallée de Tchuy

J'aimerais à présent, m'arrêter plus en détail sur quelques-uns de ces acteurs qui m'ont régulièrement été cités au cours de mes entretiens. Pour cela, je présenterai le *köz-achik*, le *moldo*, le *tabyp* et le *bakshy*.

Le *köz-achik*, qui se traduit littéralement par « l'oeil ouvert », est un acteur qui, en communiquant avec les esprits et le « monde invisible », va apprendre comment soulager, traiter ou aider des individus qui se trouvent dans des situations diverses. Il représente par voie de conséquence, une forme d'intermédiaire entre les mortels du monde sensible et les *arbaks* du monde invisible, avec qui ils sont en contact. Les *köz-achik*, aussi appelés « devins-guérisseurs » (Biard, 2005), ont très souvent été visités par Bermet au cours de sa vie, et elle avoue bien connaître les différents rôles qui leur sont attribués :

Oui bien sûr, il y a des *köz-achik* qui sont des clairvoyants, des guérisseurs, des psychologues ou même des conseillers. Mot à mot, cela veut dire « l'oeil ouvert », ils guident les gens qui sont égarés, ils les aident à comprendre ce qui leur arrive... Les *köz-achik* sont ceux qui voient des choses inaccessibles, que les gens ordinaires comme toi et moi ne voient pas. On dit aussi que les *köz-achik* deviennent des *köz-achik* soit par la réception d'un don, transmis de génération en génération, soit

qu'ils l'ont acquis par d'autres moyens, comme par des moments difficiles, des maladies ou des tragédies (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 28 avril 2014).

Les *köz-achik* représentent donc pour Bermet des acteurs qui peuvent corollairement répondre à différents besoins et qui trouvent toujours, selon elle, une solution aux problèmes. L'expression qui les désigne, « *l'oeil ouvert* » témoigne bien cette idée d'omniscience attribuée à ces acteurs, qui correspondent à une sorte d'interface entre deux mondes ou deux systèmes différents : celui des vivants et celui des esprits (*arbaks*). Bermet explique également comment ces individus sont devenus *köz-achik*. Selon elle, l'acquisition d'un « *don* » peut constituer le fruit d'une lignée familiale, d'un appel à travers les rêves, ou alors les conséquences de « *moments difficiles* », traversés par un individu. Cette étape, qui constitue une forme de rite initiatique très souvent symbolisé par un évènement tragique tel qu'un accident, la perte d'un proche ou qu'une « *maladie-élection* » (Biard, 2005 : p. 28), met en relation l'individu « élu », à des esprits (*arbaks*), qui vont non seulement le guider, mais également l'asservir. En effet, à propos d'une *köz-achik* ou d'une *büü* rencontrée lors de son enquête ethnographique, Biard affirme ce qui suit : « Elle mène une existence qu'elle juge peu aisée, car ce sont les *arbaks* qui gouvernent sa vie et elle se doit de leur obéir en tout point » (Biard, 2005 : p.28). Dès lors qu'un individu a été « désigné » par les esprits, il lui est impossible d'échapper à son destin et cette « *maladie-élection* » représente en quelque sorte, une preuve de leur lien avec les esprits, ce qui justifie alors socialement son statut (Biard, 2005).

En fait ma mère la connaissait déjà longtemps avant qu'elle devienne *köz-achik*. Elle a raconté à ma mère comment elle était devenue *köz-achik*. C'était comme si elle devenait folle, il y avait toujours quelque chose qui ne la laissait pas tranquille, Et puis elle était partie se soigner dans un hôpital, car elle ne comprenait pas ce qui se passait et quand elle y est allée, il y avait quelque chose comme une corde qui l'avait enveloppée et qui ne la laissait pas se diriger vers l'hôpital. Elle était assise dans le bus et elle ne pouvait plus bouger. Elle a compris à ce moment qu'elle était possédée par un esprit et cet esprit voulait qu'elle devienne clairvoyante et qu'elle aide des gens. Après, quand elle est revenue chez elle, elle a accepté ce don et a commencé à voir les problèmes des gens et à accepter à les soigner (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

L'acceptation de ce destin constitue un fait inéluctable selon les propos de Bermet. Les *arbaks* bouleversent la vie de cette personne jusqu'à ce qu'elle comprenne et accepte. Une fois cette étape dépassée, les *köz-achik* peuvent exercer leurs activités. Dès lors, c'est le nombre de succès réalisés,

c'est-à-dire leur efficacité qui va influencer leur réputation auprès de la population locale, mais également les conditions pécuniaires, car le *köz-achik* ne doit pas pratiquer dans l'objectif de faire des affaires (Biard, 2005). Cette caractéristique a également été abordée par Bermet, qui affirmait que « *dès qu'un köz-achik demande de l'argent pour sa prestation, on perd le respect et la confiance en cette personne, car on dit qu'un vrai köz-achik ne demande jamais d'argent pour son travail* » (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014). Plusieurs cas de charlatanisme m'ont été rapportés par les volontaires des comités de santé, mais également par certains villageois. Le fait que le pays ait connu quelques années de crise économique, plus particulièrement dans les zones rurales, aurait amené de nombreux individus dans le domaine des thérapies et de la spiritualité. Cependant, selon les propos des villageois, ces derniers seraient très facilement et très rapidement repérables. Les *köz-achik* doivent être en mesure de répondre aux besoins de leurs patients pas seulement dans le domaine de la santé, mais ils doivent posséder des compétences qui s'étendent à une multitude de domaines :

Durant ma vie, j'ai été plusieurs fois chez des *köz-achik*, par l'invitation d'une copine qui voulait savoir quand elle allait se marier, par l'influence de mes parents, par besoin de retrouver un objet perdu, pour faire tomber une personne amoureuse de moi, pour connaître l'âme d'une personne aimée, pour résoudre un problème familial, pour la santé, pour demander de la prospérité ou encore pour me guérir. Voilà les différentes causes qui m'ont amené chez les *köz-achiks* durant ma vie. Dans mon village, il y en avait une qui était vraiment forte. C'était une femme, qu'on appelle aussi « *büü* ». Cette femme pouvait raconter ton passé, ton futur et ton présent sans jamais rien te demander, et elle était aussi comme un médium qui parlait avec les morts, elle était très forte (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Les *köz-achik* n'oeuvrent donc pas seulement dans le domaine de la santé, mais ils sont aussi des clairvoyants qui prétendent pouvoir prédire l'avenir, fournir des informations intimes sur les gens ou retrouver des objets perdus. Ils peuvent également remédier à toutes sortes de malheurs rencontrés par la population. Ces malheurs sont généralement imputés à une intentionnalité négative issue du « monde sensible » ou du « monde invisible », et les *köz-achik* vont alors venir au secours des individus qui les sollicitent en donnant un sens à leur malheur (Biard, 2005). Toutefois, il arrive qu'ils avouent ne pas pouvoir aider un individu. Dans ce cas, ils conseillent les patients de s'orienter plutôt vers des soins hospitaliers, tout en accompagnant, comme ils le peuvent les malades (Biard, 2005). Précisons enfin que les *köz-achik* ne sont pas reconnus officiellement comme des acteurs de

santé et ne sont pas institutionnalisés. J'ai eu vent que différents guérisseurs *köz-achik* ou proches avaient tenté de se regrouper dans un bâtiment de Bishkek. Toutefois, lors de ma visite au mois d'avril, il ne restait dans ce lieu que quelques masseurs, les autres acteurs susmentionnés étaient tous partis et remplacés par des spécialistes de biomédecines, pédiatres, dermatologues et cardiologues notamment.

Le *moldo* ou le mollah est un représentant de la religion musulmane qui correspond à peu de chose près, à un *ouléma* arabe. Si ces termes désignent généralement un érudit religieux, ayant une grande connaissance des textes et du droit appliqué par la religion musulmane, en Asie centrale on lui attribue en plus de cela, des compétences thérapeutiques (Biard, 2005). En effet, le *moldo*-guérisseur serait en mesure de pratiquer des cultes et des rituels tel que le *dem-salù*, qui représente l'action de souffler sur un patient pour le délivrer des maladies (Biard, 2010). Alors que certains *moldos* se revendiquent parfois d'une lignée familiale prestigieuse ayant un lien avec un Saint important, d'autres arrivent à ce poste sans revendiquer cette ascendance. De même, certains *moldos* affirment ne pas posséder un quelconque don ou pouvoir, mais une capacité de soigner seulement via la parole sacrée (Fathi, 2004). En d'autres termes, ce serait une guérison réalisée par la seule volonté de Dieu. Selon Bermet, il serait possible de s'adresser à lui pour n'importe quel problème, et il va tenter de le résoudre en s'adressant directement à Dieu. Il existe cependant, des avis très partagés quant à l'appréciation générale des *moldos*, caractéristique que j'ai pu relever lors de mes séjours dans les villages. En effet, comme Bermet le suggère :

Ils ne sont pas toujours perçus comme des personnes positives dans la société. Par exemple, les mollahs sont souvent accusés pour leur avarice. Si quelqu'un meurt, on appelle le *moldo* pour qu'il prie afin que l'âme du mort aille au paradis. Mais leurs prières sont échangées contre des biens matériels ou contre de l'argent. Par exemple lorsqu'un *moldo* vient pour prier, on doit le payer, on leur donne des tapis, de l'argent, alors on a l'impression que la mort est une sorte de fête pour eux. Voilà, ils parlent avec Dieu, mais acceptent l'argent pour leur communication avec lui. Souvent dans les villages il y a alors plusieurs candidats pour être *moldo*, car c'est un poste bien rémunéré. C'est un métier qui nourrit bien la famille. Très souvent, leur comportement avec les femmes choque aussi la population et les gens, car ils s'autorisent à épouser une deuxième femme. Il y a d'ailleurs un proverbe kirghiz qui dit « *Il faut faire ce que dit le moldo, pas ce qu'il fait* » (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 27 avril 2014).

Ce témoignage se cache un certain nombre de critiques que j'ai pu également entendre lors de mon enquête. S'ils sont entre autres soupçonnés « *d'avarice* » ou de certains autres travers, ils restent tout de même très respectés dans les villages et constituent aussi une forme d'autorité. Très souvent lors de fêtes, leur présence dans une pièce influence fortement les comportements des individus, comme j'ai pu moi-même le constater pendant la fête de Noruz, le 21 mars, qui représente le Nouvel An selon le calendrier persan. Bermet souligne également que la profession de *molto* est fortement enviée, car rentable. Il existe cependant des *molto*s qui pratiquent leurs activités sans demander d'argent ni de compensation. D'autres se rapprochent encore des *köz-achik* par leurs pratiques et leurs rituels. En effet, « on observe de nombreuses analogies entre la tradition soufie et l'expérience chamanique. La plupart du temps, la personne élue a d'abord eu une révélation, le plus souvent en rêve, puis s'adresse à une ou un maître pour recevoir une initiation » (Fathi, 2004 : p. 85). Cette auteure étudiait les *otins* d'Ouzbékistan, qui représentent des fonctions féminines similaires à celles des *molto*-guérisseurs de la République kirghize. Ces acteurs sont toutefois en mesure d'assurer des rites ou des cultes ayant l'objectif de rétablir la santé d'un individu. Lorsque je demandais à Bermet, comment se passaient les séances de guérison avec un *molto*, elle m'expliquait :

Lui il fait du soufisme, tu sais, sss .. ssssss ... ssssssssss.... Une fois je me suis adressée à un *molto* parce que je parlais pendant mon sommeil. Je parlais depuis toute petite, et il interprétait le fait que je parlais pendant la nuit, comme si un diable était assis sur mon cou. Il disait, « *tu as un diable, tu dois te soigner* ». Ce qui est intéressant, c'est qu'il ne m'a même pas demandé pourquoi j'étais venue. Quand je suis arrivée, il a ouvert son livre, c'était un livre avec des signes spéciaux que je n'avais jamais vus. En fait, c'était lui qui dessinait un alphabet qu'il avait créé et avec lequel il travaillait. Il avait aussi un Coran à côté. Il ne m'a donc pas demandé pourquoi j'étais là et il a suivis les lignes de son livre et il m'a dit : « *Tu es là parce que tu parles pendant la nuit...* ». Je te jure que ça c'est passé ainsi. Il m'a dit que je parlais pendant la nuit et il m'a donné une ficelle avec un noeud, et il m'a dit que je devais sortir à minuit dehors et le brûler. Et moi je l'ai brûlé, mais en fait ça n'a pas trop marché parce que je parle encore parfois pendant la nuit (*rire*) (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Dans ces propos, il est notamment possible de reconnaître le rituel du *dem-salù*, que j'ai décrit un peu plus haut et qui est explicité par Bermet par ses explications : « sss .. ssssss ... ssssssssss.... ». Il est aussi intéressant d'observer la manière avec laquelle il accueille ses patients. Il ne lui demande pas les raisons qui les amènent, mais les devine. Ce procédé légitime fortement les talents de guérisseur. Un autre élément à souligner réside dans le fait que cet acteur travaille dans le même

temps avec un « *alphabet qu'il avait créé* » mais également avec un « *Coran* ». Il est donc envisageable de penser que ce guérisseur est bercé entre diverses traditions spirituelles, l'islam, mais également d'autres, moins évidentes à discerner. Pourtant, selon Bermet, cet acteur ne représente pas un *moldo-ké*, c'est-à-dire un guérisseur d'une manière générale, mais bien un *moldo*, qui souligne son appartenance à la religion musulmane. Toutefois, si des rituels sont plus communément utilisés, et reviennent donc plus souvent, d'autres sont variables chez chaque *moldo* qui peut très bien soigner individuellement ses patients, mais également pratiquer des cultes collectifs :

Quand je suis arrivée, il habitait dans une vieille maison et j'ai vu dans une pièce au moins 10 personnes assises en tailleur en cercle. Je me suis assise avec eux. Cet homme avait une assistante, une femme et il s'approchait vers chacun de nous et on faisait des rites, on se bougeait, on criait, on pleurait dans cette pièce, on sortait nos émotions. Il venait vers chacun de nous à son tour et nous accueillait tous ensemble, et il nous faisait des rites en commun (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 29 avril 2014).

Ce témoignage illustre une pratique collective de plusieurs personnes de confession musulmane, mais également d'autres croyances. Cette présentation du *moldo*, très floue et très imprécise démontre que les guérisseurs sont très difficilement classables et sont issus d'un syncrétisme entre diverses formes de croyances.

Il existe de nombreuses définitions différentes qui désignent les guérisseurs que l'on appelle *tabyp*, *tabîb*, *tabup* ou *taâb*. Ces quatre différents termes décrivent chacun, un acteur spécialisé dans le domaine des soins et de la santé. Cependant, suivant les régions et le contexte dans lequel ils interviennent, il est possible de constater de nombreuses variations quant à leurs compétences, à l'origine de leurs « pouvoirs ». Même si leur nom peuvent paraître proche, les *tabîb* d'Ouzbékistan et les *tabyps* kirghiz ne désignent pas exactement le même acteur. La traduction générale que j'ai pu trouver à ce terme de *tabyp*, pourrait correspondre à « docteur »⁴⁷. Dans ce travail, j'aborderais plus particulièrement les acteurs rencontrés dans le contexte de ma recherche, c'est-à-dire en République kirghize, toutefois, je mettrai en perspective quelques caractéristiques attribuées aux acteurs des autres régions et je soulignerai quelques similitudes et quelques différences observables. Tout d'abord, si je me penche sur la vision personnelle de Bermet, celle-ci me présentait le *tabyp* dans les termes suivants :

47 Le nom *tabib* serait d'origine arabe, et aurait donné le nom de « toubib », utilisé dans le français courant

Le *tabyp* est aussi une personne qui voit des choses inaccessibles aux mortels, mais qui se spécialise plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Il y a aussi des *tabyps* qui ne voient pas les choses aussi clairement que des *köz-achik*, mais ils sont très compétents en ce qui concerne la santé. *Tabyp* ça veut dire déjà « *Celui qui trouve* », il analyse les corps et trouve les causes des maladies, il fait une sorte de recherche. Souvent, il commence par prendre ton pouls. Ces gens sont respectés dans les villages, car ils se positionnent souvent comme des médecins, et ils sont parfois même plus respectés que les médecins des hôpitaux parce qu'ils voient des choses et ils connaissent la santé, ils connaissent l'état physique de l'homme, mais aussi l'état moral des esprits, la cause, tout ce qui est lié à aux maladies, ce qui n'est pas accessible aux médecins de la médecine conventionnelle. On dit par exemple que le don de *tabyp* se transmet de génération en génération (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Selon la définition de Bermet, le *tabyp* apparaît comme un « médecin » qui intervient pour toutes sortes de maladies. Il possède des connaissances et des « dons » généralement transmis par ses ancêtres. Ils se distinguent cependant des *köz-achik* car ils seraient spécialisés dans le domaine de la santé, alors que ces derniers s'occupent plus généralement du malheur. Bermet raconte également que ces acteurs sont généralement très respectés par les habitants et connaissent encore un vif succès dans les zones rurales. Les *tabyps* apparaissent alors comme des acteurs incontournables de la vie médicale kirghize. Pour avoir une image plus claire de ces guérisseurs et pour comprendre comment ils travaillent, j'ai demandé à Bermet de m'expliquer ses propres expériences avec ce type d'acteur, celle-ci m'expliquait alors :

Dans notre village, il y a une famille et tous les enfants possèdent des dons et oeuvrent comme des *tabyps*. C'était en fait leur mère qui était aussi *tabyp* mais elle est décédée malheureusement. Ma mère allait souvent chez elle, car elle avait des problèmes et cette femme confectionnait des crèmes à base de plante. Cette famille connaît toutes les plantes et quand on leur disait qu'on avait mal quelque part, elle nous donnait alors des herbes pour en faire des infusions. Elle savait aussi quelle plante il était possible de poser directement sur une blessure et c'était toujours efficace. Ma mère avait par exemple de l'exéma, et elle n'a jamais été chez un médecin de la médecine conventionnelle, elle allait directement chez cette dame qui la soignait et elle s'est finalement guérie ainsi. Je me rappelle qu'une fois, je me suis rendue chez un des fils, car j'étais un peu dépressive et il m'a fait trois jours de suite des rituels de soufisme. Il pratique aussi le soufisme... Après il m'a dit que j'avais un problème lié à l'estomac. Il sent comme ça, il m'a dit que je digérais

difficilement certaines nourritures, et il m'avait expliqué ce que je devais manger pour ensuite me sentir mieux (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Ce témoignage met en évidence quelques-unes des pratiques d'un *tabyb*. Celui-ci est censé très bien connaître les plantes et pouvoir s'en servir pour préparer toutes sortes de produits visant la guérison, comme des crèmes ou des tisanes. Cette caractéristique se retrouve également chez les *tabib* d'Ouzbékistan : « Si l'on interroge les vendeurs de ces racines et poudres diverses, installés dans un coin des bazars et qui sont le plus souvent des tabib ou rebouteux, on obtient une véritable consultation médicale qui attire l'attention des chalands à proximité » (Poujol, 2006 : p. 370). Si le *tabyp*, en utilisant des plantes, agit dans un contexte de médecine « somatique », il s'inscrit également dans une forme de médecine plus spirituelle. En effet, il a été très intéressant de noter le fait que les *tabyps* sont également rattachés à l'islam par le soufisme, et pratiquent donc des rites de provenance mystique.

Ainsi, en République kirghize, le statut de *tabyp* s'apparente et se confond avec celui de *mollah* ou de *bakshy* (Poujol, 2005), en s'inscrivant dans des pratiques appartenant à différents courants. Cette rencontre de différentes traditions est également observable dans le contexte de l'actuel Ouzbékistan, où « les « médecins-tabib », semblent s'inscrire dans une logique de convergence des savoirs vers une nouvelle « tradition » : ils synthétisent des pratiques alternatives tout en se posant au centre du processus de réflexion sur l'efficacité de la médecine moderne dans un espace où la santé publique doit vivre sur ses acquis soviétiques » (Poujol et al., 2005 : p. 11). Les pratiques de ces acteurs représentent donc le fruit d'une rencontre entre diverses traditions d'origines différentes qui tendent à s'opposer aux systèmes médicaux mis en place durant l'ère soviétique. Il constitue donc une forme de revendication culturelle et nationale de la médecine. Cependant, une grande différence qui reste encore à souligner entre les *tabib* de l'Ouzbékistan et les *tabyps* de la République kirghize, réside dans le fait qu'en Ouzbékistan, leur statut s'est peu à peu légitimé aux yeux de la société depuis l'indépendance, et sont même en train de voir leurs pratiques s'institutionnaliser d'une manière officielle (Poujol, 2005). Enfin, si les *tabib* ouzbeks agissent dans des domaines particuliers où la médecine moderne ne peut intervenir, « les *tabib* peuvent aussi avoir une influence négative sur le développement de la médecine moderne. Ils dissuadent la population de se rendre dans les services de soins existant et profitent de leur autorité dans la société pour imposer leur avis, par exemple en matière de traitement de la syphilis dont la prévalence était considérable. Ils décrédibilisent les traitements préconisés par les Russes et imposent aux personnes infectées qui ont recours aux médecins russes de cesser le traitement dès

que le symptôme disparaît » (Hohmann, 2005 : p. 329). Dans le cas de certaines régions rurales de l'Ouzbékistan, ce type d'acteur tend à prendre le dessus sur la médecine biomédicale. En République kirghize, ils restent encore des acteurs visités, mais sont marginalisés par les systèmes officiels du Ministère de la Santé. Si de nombreux *tabyps* exercent encore aujourd'hui, leurs pratiques sont considérées comme dangereuses par le personnel soignant des hôpitaux, comme une discussion avec un médecin de la capitale me l'a confirmé. Cependant, ils connaissent un large succès dans les zones rurales où la médecine moderne se fait moins présente.

Comme derniers acteurs intervenant dans le domaine médical des zones rurales kirghizes, je vais à présent m'arrêter sur les guérisseurs qui s'inscrivent dans une tradition régionale, le *baksylyk*. Le terme *baksylyk* pourrait être traduit et compris par l'énonciation suivante : « faire le *baksy* » (Garrone, 2000). Avant toutefois d'aborder cette question, je tiens d'emblée à apporter quelques précisions théoriques sur ces types de croyances. Tout d'abord, le *baksylyk* reprendrait toute une série d'éléments liés à d'anciennes formes de chamanisme, et serait donc ainsi considéré comme une variation localisée de ce système de croyances (Garrone, 2000). Ce chamanisme tel qu'il est conceptualisé et pratiqué actuellement en République kirghize, n'est donc pas seulement issu du courant sibérien, comme il est très souvent possible de l'entendre, mais relève plutôt d'un mélange de plusieurs coutumes religieuses et spirituelles. En effet, il existerait dans toute cette région, des formes de chamanismes qui auraient évolué différemment, suivant les époques et les régions dans lesquelles elles ont été pratiquées (Gaüzere, 2006).

Si à une époque antérieure, toutes les croyances chamaniques étaient communes à de grandes étendues terrestres, s'étalant de la Sibérie au Sud de l'Asie centrale, en passant par le Tibet et d'autres régions himalayennes, les religions telles que l'islam, le bouddhisme le zoroastrisme ou le christianisme ont relativement bouleversés l'évolution de cette forme initiale de chamanisme dans ces différents lieux (Gaüzere, 2006). Pour comprendre cela, il est par exemple possible d'observer qu'il existe actuellement une multitude de rituels similaires entre les différentes régions citées ci-dessus, mais qui possèdent des significations diverses, liées à la religion dominante de ces lieux. Dans le cas du Tibet par exemple, les rituels sont expliqués à travers le prisme du bouddhisme, alors qu'en République kirghize c'est à travers celui de l'islam. Ainsi les pratiques issues de ce système de croyances que l'on trouve actuellement en République kirghize « unit en lui le chamanisme de l'Asie turco-mongole et l'islam du monde arabo-persan » (Garonne, 2006 : p. 5).

Actuellement, les populations kirghizes ne se considèrent d'ailleurs plus comme chamanistes, mais revendiquent plutôt leur affiliation à l'islam, tout en reconnaissant généralement que ce dernier est

teinté de croyances préislamiques. Il est alors possible de parler du *bakshylyk* comme d'un chamanisme islamisé « Sous l'influence de l'islam, le chamanisme est devenu la *bakshylyk*. Le *bakshy* est à la fois un bard, un devin et un guérisseur qui se réfère tantôt à d'anciennes formules chamaniques, tantôt à des versets coraniques, soit un chaman islamisé, bien que le terme de chaman sous l'influence de l'islam ait acquis un sens abusif » (Gäuzere, 2006 : p. 130). La proximité entre ces traditions préislamiques et la religion musulmane a largement bouleversé le système de croyances d'origine. Le terme de *chaman* n'est d'ailleurs pas utilisé en kirghiz pour désigner cet acteur. De plus, plusieurs autres différences opposeraient le *bakshylyk* au chamanisme sibérien, notamment le fait de ne pas porter de costume rituel (Garonne, 2000). Cependant, de nombreux points communs existeraient également comme la maladie initiatique, son rôle social ainsi que ses compétences. Après avoir amené quelques éléments nécessaires pour tenter de comprendre la position spirituelle de cet acteur, je vais à présent me pencher sur le discours de Bermet pour saisir l'image qu'il reflète aujourd'hui :

Ma grand-mère, la mère de mon père, avait un don pour soigner les enfants, elle était appelée *Büübarché* c'est aussi une catégorie de guérisseurs.... Alors que la mère de ma mère était considérée comme une *bakshy*, elle utilisait par exemple 41 cailloux pour dire où se trouve l'animal perdu..., si une vache était perdue elle pouvait nous dire où elle se trouvait. Elle prévoyait des choses à l'aide des cailloux. Ma grand-mère pouvait aussi soigner, des adultes et des enfants. Par exemple quand il y avait des enfants malades, les gens les amenaient chez ma grand-mère, parfois elle prenait un papier et mettait sept goûts différents : du sel, du pain, du sucre, du thé, du poivre ça peut être tout ce que tu veux, sept nourritures différentes et elle demandait à la maladie de sortir en disant : « Sors, sors », ensuite elle touchait ton corps avec ce papier et après tu devais cracher trois fois et ensuite elle tournait ça trois fois au-dessus de ta tête et ensuite elle brûlait ce papier dehors (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

La grand-mère de Bermet était donc considérée comme un *bakshy*, ce qui correspond à ce que nous entendons par le terme de chaman. Elle illustre ses propos par des explications de rites que pratiquait sa grand-mère et démontre le rôle qu'elle jouait en tant que guérisseuse. Selon ses souvenirs, de nombreuses personnes venaient la visiter régulièrement pour toutes sortes de demandes. Il est vrai que ces acteurs connaissent encore du succès actuellement, et celui-ci se serait accru depuis la chute de l'URSS : « Très sollicité depuis la disparition de l'URSS, le chaman doit répondre à l'affluence des malades qui le consultent habituellement après avoir vu un médecin et

même un mollah » (Zarcone, Stepannof, 2011 : p. 64). Ces croyances ont été diluées par la proximité de l'islam qui a modifié le rapport à ces acteurs, mais également aux pratiques. De ce fait, le *bakshy* est actuellement compris comme un acteur de santé proche d'un *mollah* ou d'un *moldo-ké*. Dans cette idée, il a été intéressant de comprendre comment sont expliqués par Bermet, des éléments s'inscrivant typiquement dans le domaine du chamanisme. Je lui ai par exemple demandé ce que signifiait cette tradition qui consiste à attacher des bouts de tissus à des arbres dans certains lieux précis, qui représentent des lieux sacrés dans ce système de croyances. Celle-ci m'expliquait que :

C'est une tradition qui prend ses racines dans l'Antiquité parce les Kirghiz sont des nomades, ils ne restaient jamais au même endroit. Comme ils bougeaient tout le temps, il arrivait qu'ils passent par des endroits inconnus assez régulièrement. Alors les gens laissaient des morceaux de tissu sur les arbres pour retrouver la route. Et avec le temps, les gens ont commencé à croire que c'était pour avoir la bénédiction des lieux sacrés, c'est-à-dire qu'ils ont pensé que ces tissus étaient des lieux sacrés, dans la conscience des gens. Et pour avoir la bénédiction de ces sacrés, ils déchiraient un bout de leur habit, ou de leur voile et l'attachaient à côté pour laisser une trace de ce passage. Si au départ c'était pour retrouver la route, c'est devenu un lieu de culte pour prier dans un endroit sacré (Bermet, villageoise non bénévole, Kayndy, le 30 avril 2014).

Si aucun rapport n'est fait avec le chamanisme, ses propos sont intéressants, car cette interlocutrice exclut toute forme de spiritualité à l'origine de cette coutume. Selon certains auteurs, ces traditions auraient pourtant une origine spirituelle : « les bouts de mouchoirs accrochés aux arbres servent à envoyer les prières à Allah chez les Kirghiz, et chez tous les peuples turciques, tandis que le même rituel s'adresse à Bouddha au Tibet. Ces deux régions du monde, proches, mais dont les religions divergent aujourd'hui, partageaient à l'origine des traditions chamaniques communes » (Gäuzere, 2006 : p. 129). Il existe donc plusieurs explications de certaines croyances liées à une forme de chamanisme de la part de Bermet, cependant, elle affirme que sa grand-mère était elle-même une *bakshy*. D'une manière générale, si cet acteur possède encore aujourd'hui une certaine autorité médicale et spirituelle dans les villages, pour certains auteurs, l'avenir des *bakshy* n'est pas garanti, car on ignore s'il « sera capable de se poser en véritable institution ou si elle disparaîtra après que les derniers éléments chamaniques auront été dissout par la composante de l'islam » (Garonne, 2000 : p. 260).

CONCLUSIONS

Le champ du développement représente un vaste domaine qui comprend des enjeux variés, des orientations et des idéologies différentes comme il a été possible de le remarquer. Il s'étend tout d'abord à de nombreux aspects d'intervention comme entre autres, le domaine médical, économique, politique ou environnemental. Le développement dans son acception nouvelle représente également un phénomène en constante évolution depuis son apparition, dès la fin des années 1940, visible à travers les différentes thématiques abordées. Pour l'approcher, il a été intéressant de se référer à des chercheurs de courants différents, pour démontrer qu'il pouvait être appréhendé de diverses manières. Par exemple, pour les auteurs les plus critiques, le développement cache très souvent des enjeux économiques, politiques ou géostratégiques, qui peuvent servir de prétexte pour justifier la présence de certaines puissances étrangères. Pour d'autres, l'aide au développement représente plus spécifiquement un acte altruiste, dépourvu d'enjeux sous-jacents. La présentation de ces différentes approches a permis de constater que plusieurs idéologies s'opposaient, à l'image notamment des démarches procédurales ascendantes ou descendantes, c'est-à-dire les projets *bottom-up* et les programmes *top-down*, qui constituent des manières distinctes d'implantation de projets dans un contexte donné. Il existe également des postures épistémologiques différentes qui envisagent le développement, comme celle issue de l'anthropologie appliquée et celle de l'anthropologie fondamentale. Enfin, il a été possible d'identifier différentes traditions académiques, notamment francophones et anglo-saxonnes qui l'envisagent à travers des perspectives distinctes. À la vue de ces multiples manières d'appréhender le phénomène du développement, il devient alors vital de s'interroger sur les acteurs en présence, sur leurs intérêts fondamentaux ainsi que sur les enjeux stratégiques moins visibles, qui peuvent se glisser sous l'intervention des développeurs.

Dans le cadre du contexte du projet KYSS-HP, il n'a pas été aisé de déterminer si des intérêts « dissimulés » existaient sous le couvert d'une intervention dite altruiste. Les relations économiques entre ces deux pays sont modestes. En effet, en ce qui concerne les organes helvétiques, les principales exportations suisses en République kirghize concernent des produits pharmaceutiques. Cependant, en abordant la question de la présence de la DDC et de la CRS en République kirghize, les avis ont parfois été critiques. En effet, ce fut notamment le cas lors de ma rencontre avec Mike⁴⁸, un expatrié européen habitant Bishkek, qui au fil de mes séjours successifs dans le pays, est devenu un ami. Mike habite à Bishkek depuis 1999 et connaît très bien le contexte du pays. Il connaît également de nombreux expatriés, dont certains qui travaillent ou travaillaient au CICR, au

48 Prénom d'emprunt

Croissant Rouge, à la DDC ainsi que des personnes relativement bien placées à la Maison-Blanche. Il a développé au fil des années, une vision plutôt critique de la présence des développeurs suisses en République kirghize. Cette rencontre s'est déroulée quelques jours après mon arrivée dans le pays au mois de février.

Quand la Croix-Rouge suisse s'est installée au Kirghizstan, personne n'était au courant que cette institution était en train de développer des projets dans le domaine de la santé, ni la Croix-Rouge internationale, ni l'Organisation du Croissant Rouge. J'ai par exemple un ami qui travaillait au CICR, et lorsque je lui ai parlé de Tobias et du bureau de la Croix-Rouge suisse, il ne m'a pas cru, il n'en avait jamais entendu parler, j'ai dû lui montrer une carte de visite. Même au début avec le bureau de la coopération, les choses n'étaient pas coordonnées. En fait personne n'a vraiment compris au début pourquoi la CRS était venue s'installer ici. C'est seulement par la suite qu'ils ont créé leur partenariat avec la DDC suisse (Journal de Terrain).

Selon lui, cette situation avait tout d'abord entraîné de nombreuses tensions entre différentes organisations qui avaient des projets dans cette région et qui se sont quelque peu « *marché sur les pieds* » (Journal de Terrain). Ainsi, l'arrivée des différents organismes internationaux et les débuts de la collaboration générale auraient été plutôt hésitants, et il n'existait pas de réelle coordination entre la Croix-Rouge suisse, la DDC, le CICR et l'Organisation du Croissant Rouge. Lorsqu'ensuite je lui demandais pour quelles raisons ces différentes organisations étaient présentes dans ce pays, il m'expliquait :

Parce que c'est le pays le plus simple à développer... en tout cas dans la région. Regarde au Kazakhstan, c'est impossible, la politique est trop stricte, en Ouzbékistan le gouvernement a interdit toutes les coopérations et la plupart des ONG, au Tadjikistan ce sont les coopérations qui sont parties d'elles-mêmes, car ils n'ont plus la force de rester, d'ailleurs si tu voyais le nombre d'écoles et d'hôpitaux à moitié construits sous le slogan « aide internationale », où il n'y a que les murs... Et plus bas, en Afghanistan c'est tellement tendu que plus personne ne veut y travailler (Journal de Terrain).

Selon lui, les organisations verraient dans la République kirghize un pays où il est plus facile de s'implanter et où les obstacles seraient moins importants. Toutefois, pour nuancer ces propos, je précise que la DDC est également présente au Tadjikistan où des projets de santé sont en cours de développement, dans certaines régions de l'Ouzbékistan où des projets liés à l'eau potable sont en

phase d'élaboration et aussi au Kazakhstan. Pour être plus précis, le Département de la Coopération avec l'Europe de l'Est, qui englobe les pays d'Asie centrale, possède douze mandats ou projets dans lesquels huit sont basés en République kirghize et au Tadjikistan, deux en Ouzbékistan et un au Kazakhstan (Confédération suisse, 2013). Ces projets concernent la démocratisation, la décentralisation et la gouvernance locale, l'amélioration du climat des affaires, l'approvisionnement en énergie, l'approvisionnement en eau potable, les partenariats migratoires, la formation professionnelle et l'emploi des jeunes, la bonne gestion d'entreprise, l'intégration des Roms et d'autres minorités dans la société, les systèmes et prestations de santé, la gestion intégrée de l'eau en Asie centrale, l'amélioration des conditions-cadres du commerce international et les conseils en gestion des finances publiques. Ces différents projets entrent dans ce que la DDC appelle « l'aide à la transition » (Confédération suisse, 2013). Enfin, les objectifs contribuent « à accroître la sécurité et la stabilité en Europe, qui sont dans l'intérêt de la Suisse, de même que, au point de vue économique, la mise sur pied de marchés de croissance en Europe de l'Est » (Confédération suisse, 2013 : p. 2). Il est alors compréhensible que les objectifs soient clairement exposés au public et ne soient donc pas sous-jacents. Le développement de ces régions contribue à la stabilité régionale et transnationale et les partenariats ont des répercussions globales, dans les relations entre l'Europe et l'Asie, dont la Suisse tire des avantages de nature variée.

Au cours de ce travail, j'ai également été amené à aborder le concept de *global health*, que j'ai défini et que j'ai tenté de mettre en perspective avec différents enjeux le concernant. En introduisant le concept de globalisation, j'ai tout d'abord démontré qu'elle ne concernait pas seulement l'économie, mais de nombreux aspects de société, allant de la politique aux modèles sociaux. Dans ce contexte, tous les éléments liés au domaine médical et celui de la santé sont également aspirés par ce phénomène. En effet, la circulation des savoirs médicaux, des modèles théoriques tels que le concept de santé, mais aussi des pratiques de soins, constitue des transferts qui bouleversent les situations locales à travers le monde. Il a cependant été possible de remarquer que cette notion globalisante de la santé n'est pas nouvelle. Apparue au début du 20^e siècle, elle s'est constamment transformée pour aboutir aux organisations actuelles, dont l'OMS en représente le fer de lance. Cependant, bien que la généalogie du concept remonte à près d'une centaine d'années, ce dernier n'a été institutionnalisé qu'au cours de ces deux et trois dernières décennies. En m'intéressant par la suite aux effets d'un tel phénomène, il a été possible de souligner quelques risques que le concept de *global health* pouvait engendrer, suivant le raisonnement de différents auteurs. En effet, il est notamment possible de citer la focalisation des interventions sur des maladies qui menaceraient particulièrement les populations occidentales tout en omettant les ravages d'autres pathologies

(Kerouedan, 2013). Mais encore, l'utilisation de ce domaine comme levier d'action pour imposer des normes et des standards, ce qui implique par conséquent une relation de dépendance des pays du Sud aux institutions internationales et aux agences de coopérations (Selim, Hours, 2010).

Dans le cadre de mon travail, les principes relatifs aux recommandations des grandes conférences sur la santé étaient visibles à travers leur transfert aux populations locales par l'intermédiaire des bénévoles des comités de santé des villages. En se portant volontaires pour le projet KYSS-HP, ces agents de santé internationale représentent une interface entre l'OMS et les populations des zones rurales kirghizes, en véhiculant des valeurs et des principes propres au projet en question. Dans un contexte où les prescriptions de *global health* interfèrent dans le particulier et le singulier, il devient alors nécessaire de multiplier les points de vue autour d'une même problématique. Cette démarche est nécessaire afin d'envisager les conséquences et les conditions d'instauration d'une telle entreprise dans un contexte précis. Elle doit également permettre de comprendre comment ces perspectives, qui placent les acteurs locaux au centre des réflexions, contribuent à les valoriser. Cette démarche doit également permettre d'appréhender l'usage que ces acteurs font du projet. En mettant cette logique en pratique, l'analyse des itinéraires thérapeutiques et des trajectoires de vie des différents interlocuteurs interrogés a été amenée à travers une perspective valorisant leur point de vue personnel, leur expérience et leurs connaissances. Ces différentes optiques m'ont permis de comprendre l'inscription du projet KYSS-HP dans des réalités variées, à savoir les villages dans lesquels j'ai séjourné, mais aussi d'analyser quelles conditions étaient à l'origine ou non de son développement et de son succès, comment ces acteurs se percevaient, et la manière avec laquelle ils envisageaient les prescriptions de santé internationale.

Ces principes globaux de la santé ont également pu être mis en perspective dans le dernier chapitre de ce travail, où j'ai abordé les différentes approches de la médecine et des guérisseurs par les villageois non bénévoles et par les volontaires. Il a alors été possible de remarquer que ces différents ensembles d'acteurs, considérés comme des groupes stratégiques, ne correspondaient aucunement à des ensembles monolithiques. En effet, les bénévoles des comités, bien qu'ils sont engagés dans un programme international de santé et qu'ils représentent des « outils » au service du projet, sont également traversés par une multitude de systèmes de valeurs à caractère religieux, spirituel, politique et social. De plus, ils font partie de réseaux interpersonnels et interindividuels en développant des relations dans le cadre du village, avec leur famille, leurs voisins et amis. Il en est exactement de même pour les villageois, qui ne représentent pas non plus un ensemble homogène, mais constituent une mixité sociale qui se distingue toutefois des bénévoles dans la perspective de

ma recherche, par le fait qu'ils ne jouent pas un rôle actif au sein du projet. Enfin, en ce qui concerne les guérisseurs, ceux-ci s'inscrivent dans des traditions différentes et possèdent des compétences médicales variées, à l'image du *köz-atchik*, du *tabyp*, ou du *bakshy* et doivent donc être considérés comme un groupe hétéroclite. Cependant, ces différents acteurs sont tous désignés par la population locale, à l'exception des *moldos*, sous le terme de *moldo-ké*, qui est un terme générique dénommant les « guérisseurs ». Ainsi, mon expérience ethnographique m'a démontré que « l'arène », qui correspondait dans mon cas au village, à laquelle je faisais référence dans mon analyse et qui renvoie à la théorie de l'approche structurelle des phénomènes sociaux par les conflits, est certes constituée de groupes stratégiques, lesquels ont été présentés ci-dessus. Cependant, cette « arène » est également traversée par d'autres formes de liens, à savoir des relations interindividuelles auxquelles chacun de ces acteurs est soumis dans le cadre du village, c'est-à-dire des relations personnelles qui échappent aux groupes stratégiques. Cette caractéristique implique alors de nuancer les questions liées à ces groupes.

J'apporte ces précisions pour être sûr de ne pas faire d'amalgame entre les individus, mais en précisant toutefois que, si des logiques collectives ont pu être décelées dans le discours de certains des groupes, à l'image des volontaires lorsqu'ils s'exprimaient au sujet des guérisseurs par exemple, elles sont peut-être à nuancer à la lumière d'une analyse par les relations interindividuelles. Cependant, ces logiques ont tout de même pu être observées à propos d'autres thématiques, par exemple à travers la comparaison des propos des villageois non bénévoles avec ceux des bénévoles des comités de santé. En effet, à travers le discours des volontaires, j'ai pu mettre en évidence que les savoirs et les acteurs locaux de la santé étaient systématiquement écartés, au profit des savoirs relatifs aux principes de *global health*, ancrés dans les préconisations de la biomédecine. Par contre, dans les propos des villageois non bénévoles, une place beaucoup plus importante était attribuée à ces acteurs. Ces circonstances peuvent notamment s'expliquer par le fait que les bénévoles étaient amenés à me parler à travers ce fameux « langage-projet », auquel j'ai déjà fait référence, et qui rejette d'une part les conceptions locales de la médecine et d'autre part, les guérisseurs. Ainsi, les acteurs thérapeutiques locaux se voient refuser leur statut d'acteur de santé aux yeux du projet et de ses membres, par le fait notamment qu'ils n'appartiennent pas officiellement à un système de santé reconnu. Cette situation démontre que l'influence du projet est une caractéristique primordiale dans l'itinéraire des volontaires, qui doivent prouver leur adhésion à ces préceptes qu'ils vont devoir transmettre par la suite aux autres villageois. Ces comportements teintés d'hostilité envers les guérisseurs locaux peuvent constituer une stratégie de la part des bénévoles pour affirmer leur loyauté au projet. Dans ce cas, le poids des logiques collectives propres aux groupes stratégiques

prend le dessus sur les relations interindividuelles. Cependant, ces propos peuvent également être le fruit d'une vision sincère de leur part. Il est probable aussi que mon statut d'étudiant suisse ait joué un rôle important dans les relations entretenues avec les volontaires des comités de santé et dans l'orientation de leurs discours quant à leur vision de la médecine et des guérisseurs. Enfin, tout au long de l'enquête, j'ai gardé à l'esprit le fait que « Toute action de développement rural est, on le sait, nécessairement « détournée », accaparée, désarticulée, réinterprétée par les différents segments de la société paysanne auxquels elle s'adresse » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 250).

Puis, afin de démontrer l'étendue des recherches sociales possibles dans le domaine médical, qui comprend notamment la maladie, la santé, les acteurs de santé, les usagers et les pratiques de soins, j'ai développé une réflexion, autour de la relation entre l'anthropologie et le domaine médical. Pour cela, je me suis arrêté sur l'évolution de la discipline et sur quelques questions centrales. J'ai également amené des précisions sur le pluralisme thérapeutique, une thématique parmi d'autres, étudiée par l'anthropologie médicale, mais qui était une des problématiques reprises au cours de ce travail. À travers cette multiplicité d'approches thérapeutiques, le but de ma démarche tendait d'une part à démontrer l'influence du projet KYSS-HP et des principes de santé internationale sur certains de mes interlocuteurs, et d'autre part, à mettre en évidence la richesse culturelle en matière de soins et de traditions variées de cette région. Afin d'atteindre ces objectifs, j'ai tout d'abord déterminé ce qu'était le concept de pluralisme thérapeutique avant de le mettre en lien avec les problématiques de *global health*. Ensuite, j'ai estimé qu'il était important d'apporter des informations sur le contexte de ma recherche, notamment des éléments historiques, géographiques, démographiques, économiques, religieux, politiques, médicaux et géostratégiques. À travers cette contextualisation, il a été possible de constater la pluralité ethnique en présence, les multiples rencontres culturelles qui se sont tissées au fil du temps, et les divers bouleversements sociétaux que les Kirghiz ont vécus au cours des siècles derniers, d'abord sous le joug tsariste, puis par l'avènement du socialisme et des Soviétiques, enfin, avec l'indépendance de 1991. Tous ces éléments ont eu un impact certain sur cette pluralité thérapeutique et sur les croyances des populations.

Cette mise en contexte du cadre de ma recherche a été complétée par des précisions sur mon objet de recherche, le projet KYSS-HP développé par la DDC et la Croix-Rouge suisse. Pour ce faire, j'ai réalisé un bref historique de la mise en place du projet, en présentant l'idéologie générale des développeurs. J'ai également listé les différents acteurs internes et externes qui interviennent d'une manière ou d'une autre dans les activités de ce programme afin de souligner les différentes échelles auxquelles j'ai été confronté. Enfin, j'ai expliqué comment fonctionnait l'organisation générale du

KYSS-HP. La présentation de ce projet était essentielle à la suite du travail, car la plupart des interlocuteurs représentaient des membres actifs ou gravitationnels du projet.

Après avoir dessiné le cadre de ma recherche et après avoir amené quelques éclairages sur mon objet d'étude, j'ai trouvé important de préciser quelle était ma posture épistémologique et méthodologique. J'ai voulu démontrer dans cette partie quelques éléments primordiaux de la perspective qualitative, afin d'aborder les propres expériences vécues sur mon terrain d'investigation. Dans cet objectif, j'ai expliqué les diverses formes d'entretiens utilisées au cours de mon séjour, et les différentes manières de produire des informations analysables. Puis, j'ai terminé cette partie en présentant quelques aspects liés à l'anthropologie visuelle et ses techniques pratiques, avant de proposer une introspection sur mon statut, sur la réflexivité, sur mon parcours personnel ainsi que sur les difficultés rencontrées qui ont constitué les limites de mon travail.

Puis, dans mes analyses, je me suis focalisé sur les volontaires du projet. Il a été possible de dresser un profil standard des bénévoles qui représente pour de nombreuses raisons, de manière générale, une femme kirghize d'un certain âge. Les jeunes et les hommes ne sont en effet que peu représentés dans les rangs des bénévoles des comités de la vallée de Tchuy. Beaucoup d'entre eux travaillent dans la capitale et sont contraints de gagner un salaire. Cette situation laisse apparaître une forme de fierté développée par les femmes volontaires, qui profitent pour souligner leur indépendance et leur courage. En d'autres termes, le projet KYSS-HP donne l'opportunité à la gent féminine des villages de valoriser leur statut et de « lutter » pour une meilleure reconnaissance sociale. Le projet amène également d'autres changements sociaux à l'intérieur des villages. En effet, en investiguant les perceptions internes et externes du comité de santé, il a été possible de remarquer certains bouleversements dans les relations sociales entre les volontaires oeuvrant pour le projet et les villageois non bénévoles. Par exemple, si le projet octroie un statut particulier aux volontaires aux yeux des autres habitants, ces derniers ne manquent pas d'être irrités par la fierté, voire l'arrogance perceptible à travers leur comportement. Il a également été possible de constater que ce phénomène n'était pas une règle absolue, dans le sens où dans certains villages, les relations étaient plus détendues, en fonction par exemple du niveau d'évolution du comité, de l'image générale qu'il dégageait, etc. Ainsi, la situation des comités dans le temps représente un vecteur important dans la détermination de ces comportements et de ces relations.

Il a ensuite été intéressant de constater la manière avec laquelle les bénévoles s'approprièrent le concept de bénévolat, et comment ils arrivaient à en faire une source pécuniaire, à travers la question du fonds. Cela n'empêche pas certains bénévoles de s'engager de manière désintéressée

dans le projet. Cependant, à travers les propos de certaines interlocutrices, c'est toute la notion de bénévolat et de volontariat qui est remise en cause par les attitudes des membres de certains comités. L'importance du cabinet est à relever, car il fonctionne notamment comme un marqueur social du groupe des bénévoles. Il a été intéressant de constater qu'il représente également un déclencheur et un élément de motivation, et que les villages qui n'en possèdent pas encore, ont dû mal à évoluer. La comparaison de deux villages a mis en évidence d'autres éléments qui facilitaient le développement du projet, comme des aspects démographiques, le niveau de confiance entre les habitants et les volontaires, la cohésion sociale du village ou encore le fonds. Ensuite, j'ai démontré comment les développeurs utilisent la rivalité entre villages et entre districts pour donner une dynamique de progression aux activités des comités en organisant des concours, en offrant des prix aux gagnants, ou en citant les exploits réalisés dans certains villages, ce qui ne laisse pas les membres des autres comités insensibles. Enfin, j'ai souligné quelques différences entre la présentation théorique du projet et les situations réelles, tel que j'ai pu les observer. Par exemple, si certains membres des autorités du projet affirmaient que les bénévoles étaient élus par acclamation des villageois dans une procédure démocratique, le processus pour la désignation de la grande majorité des bénévoles rencontrés s'était déroulé d'une autre manière. S'il est effectivement possible d'observer que quelques membres de la première vague de volontaires ont été élus, un grand nombre d'individus composant initialement ce groupe se sont rapidement désistés. Les personnes composant actuellement les comités se sont elles-mêmes présentées de manière volontaire ou par solidarité avec d'autres membres.

Au cours de ce travail, j'ai également cité la dichotomie entre anthropologie fondamentale et anthropologie appliquée, et je désire y revenir, car cette distinction me semble importante. Derrière ces deux postures épistémologiques s'opposent deux grandes traditions. La première, liée à la recherche fondamentale se donne comme finalité la compréhension de phénomènes, dans un but de progression de la science, mais sans objectif d'améliorations pratiques. La deuxième, liée à la recherche appliquée, va élaborer des avancées et des améliorations de la production, dans le contexte industriel ou de la rentabilité et de l'efficacité des pratiques ou des interventions dans d'autres domaines. Il existe entre ces deux tendances de vives critiques de part et d'autre (Albert in Baré, 1995). En effet, par exemple, pour les partisans d'une anthropologie fondamentale, les chercheurs impliqués dans la recherche appliquée ne seraient intéressés que par le gain, omettant des principes méthodologiques essentiels. Alors que pour ces derniers, les chercheurs en recherche fondamentale, perchés dans leur tour d'ivoire, ne connaîtraient pas les réalités du terrain (Olivier de Sardan, 1995). Je suis de l'avis que les chercheurs qui s'inscrivent dans une anthropologie appliquée

ne peuvent pas faire l'économie de réflexions issues d'une anthropologie fondamentale. Je pense que l'une n'empêche pas l'autre. Il serait imaginable que l'une puisse même alimenter l'autre et *vice versa*, de manière synergique. Les apports de la recherche fondamentale pourraient relever de postures méthodologiques et épistémologiques, de résultats, de positionnements, alors que l'anthropologie appliquée pourrait amener des éclairages à travers des situations de mise en pratique de solutions variées, etc. Cependant, pour de nombreux auteurs, ce dialogue semble voué à l'échec par le fait que « Les chercheurs d'un côté, les développeurs de l'autre se situent dans des logiques professionnelles profondément différentes. On ne peut en conséquence concevoir d'interaction volontariste... » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 244). Selon Olivier de Sardan, le gouffre entre leur système de valeurs, de normes et de fonctionnements réciproques serait trop large.

Une voie médiane serait cependant en phase de développement, mais demanderait une grande habileté du chercheur en vue de respecter les exigences de chacune de ces postures épistémologiques. Cela signifie que toute recherche s'inscrivant dans la tradition appliquée doit impérativement respecter la méthodologie propre à l'anthropologie fondamentale et inversement. Cette voie se nomme la « recherche-action » et impose le fait que « toute recherche-action doit se soumettre simultanément aux règles de la recherche et à celles de l'action, sous peine de n'être qu'une mauvaise recherche et une mauvaise action » (Olivier de Sardan, 1995 : p. 248). Derrière cette idée, l'inscription du chercheur dans une méthodologie stricte devient indispensable à tous les niveaux propres d'une enquête s'inscrivant dans la recherche fondamentale. De même, ce chercheur sera soumis aux règles des interventions des développeurs. Je pense finalement que cette voie médiane doit être créée dans une dynamique synergique, nécessaire au bon déroulement d'un projet de développement dans un contexte particulier.

Ce travail de mémoire m'a permis de prendre conscience des difficultés qui peuvent être rencontrées lors de la mise en oeuvre d'un tel projet. Comme il a été possible de le remarquer, les conséquences d'un bouleversement de la conjoncture sociale peuvent s'observer à travers des tensions entre les villageois, des affrontements et d'autres conflits. Dans un contexte où chaque action peut avoir des conséquences, il devient indispensable de prudemment considérer l'impact de chaque acte. Il est nécessaire de bien connaître et de bien comprendre la structure sociale et le fonctionnement du groupe dans lequel un développeur intervient. Plus encore, dans le développement d'un projet de santé, il apparaît nécessaire de comprendre les systèmes de sens avec lesquels les acteurs en question appréhendent la médecine, la maladie, la mort, la santé, les soins et les thérapeutes. En définitive, je peux reprendre la citation qui introduit ce travail : « Si l'on veut aider une

communauté à améliorer sa santé, il faut apprendre à penser comme les personnes qui composent cette communauté » (Good, 1998 : p. 73). Après avoir pris connaissance de ce projet, des enjeux observables tout au long de l'enquête, le fait d'« apprendre à penser comme les personnes qui composent cette communauté » prend donc tout son sens. Rappelons cependant que la « communauté » en question ne représente pas un groupe homogène, guidé par les mêmes dynamiques et les mêmes intérêts. L'aspect qui a été étudié dans ce travail, la relation avec les guérisseurs, n'en représente d'ailleurs qu'un élément. Car il est possible de se poser la question suivante : les comités de santé représentent-ils finalement la population du village ?

Ce travail illustre alors la nécessité et le rôle de l'anthropologie et de l'anthropologue au coeur d'une telle situation, où il va notamment servir à rendre symétriques les perspectives liées à l'instauration d'un tel programme en prenant en compte des points de vue différents. Dans le cadre de cette enquête, ces diverses optiques correspondent aux deux villages étudiés. L'illustration de ces deux lieux démontre que des contextes différents amènent à des problématiques, à des résultats et à des conséquences divergentes. Il s'agit donc de comprendre au mieux une situation et ses conditions pour y instaurer un projet. Cette recherche souligne ainsi le caractère essentiel du rôle social, citoyen et professionnel de l'anthropologue dans le milieu du développement, qui est un domaine de rencontre entre des systèmes de valeurs différents et entre des normes diverses.

Enfin, pour conclure, je dirais que cette recherche représente le fruit d'un intérêt personnel, que j'ai mené en fonction de choix subjectifs et des aléas rencontrés sur le terrain. Cette enquête aurait pu s'orienter d'une manière différente, en interrogeant les acteurs de santé et les guérisseurs. Elle aurait également pu se concentrer sur d'autres aspects concernant les villageois non bénévoles. Les choix que j'ai opérés proviennent donc de l'orientation subjective et personnelle que j'ai voulu donner à mon travail et dont j'ai été conscient. Porter l'attention sur les membres des comités de santé me semblait un choix judicieux pour observer ces acteurs qui jouent le rôle d'intermédiaires entre les organisations internationales et les populations locales. C'est pour cette raison que je parlais de « pierre angulaire de mon mémoire » dans l'introduction. Ils m'ont permis de les envisager comme une sorte d'interface entre des mondes et des systèmes de valeurs différents. J'envisage enfin d'approfondir la thématique du développement de la santé dans le contexte kirghiz dans le cadre d'un travail de thèse.

GLOSSAIRE

- Aïl Ökmötu : L'Aïl Ökmötu représente un organe du système administratif kirghiz, il constitue une instance représentative de l'autogouvernance locale. Il pourrait représenter la mairie des districts. Il représente généralement plusieurs villages au sein d'un *rayon* et dans chaque village se trouvent un représentant, appelé *Aïl Bashy*.
- Aïl Bashy : Chef du village, maire. Il est élu par les habitants du village.
- Ala-Katshuu : Pratique qui consiste à enlever des femmes pour les marier, qui est considérée comme une tradition par certains, alors que pour d'autres il représente un crime. La loi kirghize interdit officiellement cet acte, mais il est encore très fréquemment pratiqué.
- Arbak également : Plusieurs représentations sont données aux arbaks. Ils peuvent être considérés comme des esprits ancestraux, des esprits tutélaires, des esprits protecteurs, des fantômes, l'âme d'un défunt. Ils jouent un rôle de garant de l'ordre social. Dans certaines croyances, ils prennent parfois l'apparence d'animaux
- Banya : Bains publics. Le terme désigne aussi les saunas ou hammams.
- Baksy : Acteur intervenant dans le domaine médical et spirituel. Le Baksy est le représentant du Baksylyk, il est considéré comme une forme de chaman, possédant des dons et des pouvoirs de guérison.
- Baksylyk : Cette expression signifie « faire le baksy ». Elle désigne un système de croyances métissées, entre le chamanisme et l'islam, par ses références à d'anciennes coutumes chamaniques et à des passages coraniques.
- Basmatcheï : Dans les années 1915-1916 alors que la Russie tsariste tentait d'obliger les peuples musulmans à servir l'armée impériale, un mouvement de protestation s'est organisé en Asie centrale. Ces soulèvements ont alors été nommés les « Révoltes basmatchi » et les rebelles les basmatcheï. Ce mouvement perdura après l'avènement du soviétisme, mais exilé dans les forêts et les montagnes, il s'estompa peu à peu.
- Büü ou Büübarché : Catégorie de guérisseuse, dont le nom est exclusivement réservé aux femmes. Il est utilisé comme un synonyme de *köz-achik* au féminin.
- Dem-salù : Rituel de la tradition soufiste qui consiste à souffler sur un patient pour le guérir ou pour chasser ses démons.
- Dikhr : Il s'agit d'un rituel pratiqué spécifiquement dans le soufisme. Il en existe des formes différentes. Une récitation individuelle du chapelet, une récitation personnelle sans chapelet et des récitations collectives. Ces rites sont très souvent accompagnés de musiques, de danses et de chants et de poèmes se référant à la naissance du Prophète. Il représente en d'autres termes, l'étude littéraire du Coran. Il s'agit très souvent de répéter le nom d'Allah pendant plusieurs heures selon des rythmes.

Djinn	: Mauvais esprit, utilisé souvent en référence à Satan ou Sheytan.
Hizb ut-Tahrir	: Branche musulmane fondée en Jordanie dans les années 1950 par Taquiddin an-Nabhani, issue d'une scission avec les Frères musulmans. Il revendique son but dans la création d'un califat sur le monde musulman dans son entier.
Köz-achik	: Acteur qui possède notamment des dons et des pouvoirs de guérison. Il soigne à travers sa relation avec les esprits du monde invisible et s'occupe du malheur en général. Il s'inscrit dans le mouvement tengrichilik, et se réfère donc à une tradition proche du tengrisme. Il peut se traduire par « l'oeil ouvert ».
Kaldoun	: Celui qui travaille avec la magie.
Kalym	: Dot que la famille de l'homme doit payer à celle de la femme après le mariage.
Kyrgyzchilik	: « La manière de faire des Kirghiz ». Ce mouvement représente une idéalisation du passé culturel et traditionnel kirghiz, qui revendique un retour aux valeurs de leurs ancêtres.
Kolkhoze	: Dans l'URSS les kolkhozes représentaient des coopératives agricoles basées sur des principes d'économies collectives. Dans les kolkhozes, les individus partageaient le matériel et les récoltes
Mags	: Individus qui pratiquent de la magie, en étant d'origine russe. Ce terme désigne les mêmes pratiques que le Kaldoun, mais pour les Russes.
Manas	: Héros principal de « L'épopée de Manas », qui représente une oeuvre littéraire kirghize de plus de 50'000 vers, qui tient ses origines dans la tradition orale kirghize. En 2009, l'UNESCO a inscrit cet oeuvre sur la liste de patrimoine culturel immatériel de l'humanité.
Manas Taalimi	: Nom de la deuxième phase des réformes élaboré par le Ministère de la santé qui a débuté en 2005. Taalimi signifie : « Leçons <i>appries par le passé</i> ».
Medpunkt	: Dispensaire octroyant des soins primaires dans les villages. Les Medpunkts, également appelé FAP, fonctionnent comme des centres d'accueil pour malades.
Moldo	: Mollah : Docteur en droit musulman exerçant de hautes fonctions juridiques, religieuses ou pédagogiques. (cnrtl.fr) En Asie centrale, il détient en plus de ces fonctions, des capacités thérapeutiques. « <i>Mollah : personnage religieux. Certains moldos pratiquent des rites de cure sur des patients et sont censés participer de la « voie kirghize</i> » ». (Biard, 2005 : 34)

Moldo-ké	: Terme générique qui désigne les guérisseurs de sexe masculin, en excluant seulement les moldos.
Oblast	: Circonscription
Okroug	: Zone géographique est plus petite qu'un rayon (voir ci-dessous) et comprend entre 2 et 6 villages.
Umaj-ené	: Personnage appartenant au tengrisme qui représente le protecteur des enfants.
Ouléma	: Théologien d'obédience sunnite dans l'islam. Il étudie le Coran et la vie du Prophète.
Peri	: Ange
Polyclinik	: Les Polycliniks sont plus conséquent que les Medpunkts. Ils se trouvent en général, dans les chefs-lieux des districts et dans les grands centres urbains. Les Polycliniks sont équipées et plusieurs spécialistes différents y travaillent.
Rayon	: Cette zone géographique et administrative correspond à un district suisse.
Sheytan	: Mot arabe signifiant démon, diable ou esprit malin.
Sovkhoze	: Les sovkhozes représentaient des fermes d'État à l'époque soviétique. Ils sont apparus dans les années 1920, lors de l'expropriation des koulaks
Tabyp	: Il peut s'écrire de différentes manières suivant les régions, et ses compétences varient également. Il désigne généralement un docteur qui soigne par les plantes et par le soufisme.
Tengri	: Dans le tengrisme, Tengri représente un dieu, il signifie le ciel.
Tengrisme	: « Pratiques liées au ciel » est la traduction de ce courant. Il désigne une forme de chamanisme commune aux peuples turciques.
Tengrichilik	: « La voie du ciel », pratique du tengrisme qui s'inscrit dans l'héritage du chamanisme sibérien.
Tuuganchilik	: Solidarité formelle très développée dans les zones rurales qui s'inscrit dans le réseau familial patrilinéaire
Wahhabisme	: Mouvement politique et religieux d'Arabie Saoudite créé au 18e siècle par Mohammed ben Abdelwahhab. Les partisans de ce courant revendiquent un retour à un islam originel, à travers une interprétation littérale du Coran. Cette branche de l'islam se définit comme salafiste et rejette tous les autres courants.

BIBLIOGRAPHIE

Sources

Rapports Organisations internationales

CONFÉDÉRATION SUISSE, Direction du développement et de la coopération DDC, 2013, « *La coopération de la Suisse avec l'Europe de l'Est. Contribution à la démocratie et à une économie sociale de marché dans les pays de l'Est* », Berne.

KICKBUSCH Ilona, 2003, « *Kyrgyz-Swiss Health Reform Support Project (KSHRSP) : Phase II* », Components Strengthening Primary Health Care and Public Health, Yale University.

LAURI Bo, 2005, « *Land and Real Estate Registration Project in the Kyrgyz Republic* », Evolving Land Administration Systems, Sweden

SCHUETH, Tobias, 2004, « *Community Action for Health in Kyrgyzstan : Approach and first Results of the Pilot Project in Naryn oblast, Kyrgyzstan* », Kyrgyz-Swiss Health Reform Project.

SCHUETH Tobias, 2012, « *Action communautaire pour la santé au Kirghizistan* » (действия сообществ по вопросам здоровья в кыргызстан), Bishkek.

SWISS RED CROSS, 2005, « *Kyrgyz-Swiss Health Project : Phase III* », Annual Report 2005.

SWISS RED CROSS, 2006, « *Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project (KYSS-HP) : Phase IV* », Annual Report, January-December 2006.

TURGANBAEVA, Alia, 2006, « *How does FGP/FAP staff view their work the Village Health Committees ? : Assessment of attitude and interest by a questionnaire in Naryn and Talas oblasts* », Monitoring and Evaluation Coordinator.

Ressources

AALY ALYMBAEVA Aida,
2007, « La question de l'identité au Kirghizistan à travers le clivage Nord-Sud », *Cahiers d'Asie centrale*.

ABELES Marc,
2008, « « Politique et globalisation », Perspectives anthropologiques », *L'Homme*, N°185-186, pp. 133-143.

ADAM J.M, BOREL M.J, CALAME C., KILANI Mondher
1990, « *Le discours anthropologique* », Meridiens Klincksiek, Paris.

AIGLE D., BRAC DE LAPERRIERE B., CHAUMEIL J.-P.,
2000, « *La politique des esprits : chamanisme et religions universalistes* », Nanterre : société d'ethnologie.

APPADURAI Arjun,
1996, « *Modernity At Large: Cultural Dimensions of Globalization* », Minneapolis: University of Minnesota Press.

ARVEILLER Jean-Paul,
2006, « Évaluation du bénévolat », *VST – Vie sociale et traitement*, N°42, p. 18-32.

ATLANI-DUAULT Laeticia,
2005, « *Du contrôle social soviétique à la désespérance : le sida en Asie centrale* », Santé et société en Asie centrale post-soviétique : représentations et perception de la maladie par les pouvoirs et les populations concernés, 2ème Congrès du Réseau Asie.

ATLANI-DUAULT L., LAUTIER B.,
2008, « Quand le second monde bascule au Sud », *Revue Tiers Monde*, Paris.

ATLANI-DUAULT L., VIDAL L.,
2009, « *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques* », Armand-Colin, Paris.

ATLANI-DUAULT L., VIDAL L.,
2013, « Forme, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, pp. 7-16.

BARE Jean-François et al.
1995, « Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France », Karthala, Paris.

BASCHIERI A., FALKINGHAM J.,
2006, « Formalizing informal payments : the progress of health reform in Kyrgyzstan », *Central Asian Survey* 25, p. 441-460.

- BASTIDE Roger,
1971, « *Anthropologie appliquée* », Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- BAUER A., GREEN D., KUEHNAST K.,
1997, « *Women and gender relation : The Kyrgyz Republic in Transition* », Manila : Asian Development Bank.
- BEAUD S., WEBER F.,
2010, « *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques* », 4ème édition augmentée, La Découverte, Paris.
- BENOIST Jean,
1996, « *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* » Les Editions Karthala, Collection : Médecines du monde.
- BENOIST Jean,
1997, « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? », *Psychosomatische und Psychosoziale medizin*, Vol. 1-2, N°26, pp. 10-14.
- BIARD Aurélie,
2005, « *Représentations et traitement de l'infortune : propos de köz achik (« oeil ouvert ») du Kirghizstan* », Santé et société en Asie centrale post-soviétique : représentations et perception de la maladie par les pouvoirs et les populations concernés, 2ème Congrès du Réseau Asie, Paris.
- BIARD Aurélie,
2007, « *La tentation du tengrichilik [kir. Tengrisme] comme « religion ethnicisée » au Kirghizstan* », 3ème Congrès du Réseau Asie.
- BIARD Aurélie,
2010, « Religieux et recomposition : le cas du Kirghizstan », *Socio-anthropologie*, 25-26.
- BIERSCHENK T., OLIVIER DE SARDAN J.P.,
1994, « ECRIS : Enquête Collectives Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques... », *Bulletin de l'APAD*, N°7, pp. 2-11.
- CAGNAT René,
2011, « Kyrgyzstan : ne pas tuer la poule aux oeufs d'or ! », *Les notes de l'IRIS*.
- CHAMBERS Robert,
1994, « Participatory Rural Appraisal (PRA) : Analysis of Experience », *World Development*, Vol. 22, N°9, pp. 1253-1268.
- CHAMBERS Robert,
2007, « From PRA to PLA and Pluralism : Practice and Theory », *Working Paper 286*, pp. 1-41.
- CHATERIAN Vicken,
2010, « Révolution sociale au Kirghizstan ? », *Le Monde diplomatique*, N° 674.

CHAUVEAU J.-P., LEBAS P., LAVIGNE DELVILLE P.,
1997, « La Dynamique des Sociétés Rurales Face aux Projets Participatifs de Développement Rural: Réflexions et Propositions d'Action à Partir d'Expériences d'Afrique de l'Ouest », Série « *Participation populaire* » N°11, Rome.

CHOBEAUX François,
2004, « Charte de promotion des pratiques de santé communautaire », VST – Vie sociale et traitements, N°81.

COHEN P., ROSSI I.,
2011, « Le pluralisme thérapeutique en mouvement », *Anthropologie & santé*, n°2.

D'AQUINO P., MOHAMMED S.S.,
2001 « Et si les approches participatives étaient inadaptées à la gestion décentralisée de territoire ? », *Géocarrefour*, Vol. 76, N°3, pp. 233-239.

DAVIS Christopher,
1998, « Morbidité, mortalité et réformes du système de santé dans les États en transition de l'ex-U.R.S.S et de l'Europe de l'Est », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, Volume 29, N°3 : Évolution de la protection sociale dans les pays d'Europe centrale et orientale, p. 133-185.

DE FRANCE Claudine,
1979, « Pour une anthropologie visuelle », *Cahiers de l'Homme*, Ethnologie – Géographie.

DEMOUSTIER Danièle,
2002, « Le bénévolat, du militantisme au volontariat », *Revue française des affaires sociales*, N°4, p. 97-116.

DESCLAUX Alice,
1992, « Le « RAP » et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique », *Cahiers Santé* 2, pp. 300-306.

DIAZ-PEDREGAL V., KAMERLAN-CERLAND D.,
2013, « Évoluer pour développer. Les mutations du travail dans la coopération internationale pour le développement », *Sociologies pratiques*, N°27, p. 1-10.

DOZON J.-P., FASSIN D.,
2001, « Conclusion. Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé », dans Jean-Pierre Dozon, Didier Fassin (dirs.), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp.343-353.

DOZON J.-P., ATLANI-DUAUTL L.,
2011, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale », *Ethnologie française*, Vol. 41, pp. 393-403.

DUCHESNE S., HAEGEL F.,
2004, « *L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs* », Nathan, Paris.

FAINZANG Sylvie,
2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologie comparée*, N°1.

- FASSIN D., JEANNEE E., SALEM G., REVEILLON M.,
1986, « Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, Vol. 4, N°3-4, pp. 205-221.
- FASSIN D., FASSIN E.,
1989, « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Tiers-Monde*, tome 30, N°120, p. 881-891.
- FASSIN Didier,
2001, « *La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique* », in collectif : « Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie », Karthala, Paris.
- FASSIN Didier,
2005, « *Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie* », in collectif : « Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux », Les Presses de l'Université Laval ; Québec.
- FATHI Habiba,
2004, « *Femmes d'autorité dans l'Asie centrale contemporaine : Quête des ancêtres et recompositions identitaires dans l'islam postsoviétique* », Maisonneuve & Larose/IFEAC, Paris.
- FATHI Habiba,
2004, « *Islamisme et pauvreté dans le monde rural de l'Asie centrale postsoviétique* », UNRIRD, Document n°4.
- FERRANDO Olivier,
2011, « Déplacement de populations et identités dans la vallée de Ferghana : les limites du paradigme ethnique », *Cahiers d'Asie centrale*, 19-20, p. 177-213.
- FOURNIAU Vincent,
2006, « Qu'est-ce que l'Asie centrale ? », *Outre-Terre*, n°16, p. 15-29.
- FOURNIER P., POTVIN L.,
1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, Vol. 13, N°3, p. 39-59.
- GANGLOFF Camille,
2008, « *L'import-export de la démocratie : Serbie, Géorgie, Ukraine, Kirghizstan* », L'Harmattan, Paris.
- GARAY J., HARRIS L., WALSH J.,
2013, « Global health : evolution of the definition, use and misuse of the terme », *Face à Face* 12.
- GARRONE Patrick,
2000, « *Chamanisme et Islam en Asie centrale : la Baksylik hier et aujourd'hui* », Maisonneuve successeur, Paris.
- GAUTHIER N.D., ROSSI I., STOLZ J.,
2007, « *Quête de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles* », Labord et Fides, Fribourg.

GAÜZERE David,
2002, « La femme en Kirghizie du milieu du XIXe siècle à nos jours », *Cahiers d'Études sur la Méditerranée Orientale et le monde Turco-Iranien*.

GAÜZERE David,
2006, « *Les Kirghiz et la Kirghizie à l'époque contemporaine. La construction d'un État-Nation* », Thèse de Doctorat, Bordeaux, Université Michel de Montaigne.

GENEST Serge,
1978, « Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 2, N°3, pp. 5-28.

GOBATTO Isabelle,
2003, « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé* », Karthala et MSHA, Paris.

HARDISON C., FONKEN P., CHEW T., SMITH B.,
2007, « The Emergence of Family Medicine in Kyrgyzstan », *Regional Reports – Asia*, Vol. 39, N°9.

HARITONOVA V.I.,
2006, « Международный семинар «Шаманизм и шаманское целительство: методологический и научно-практический аспекты» », [Le chamanisme et la guérison chamanique: les aspects méthodologiques, théoriques et pratiques.]. Online, Moscou.

HAUG Werner,
2003, « De la colonisation russe à l'indépendance : dynamique démographique et renaissance de la nation kirghize », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, Volume 34 N°4. Dossier : Recenser la Russie en 2002.

HOHMANN Sophie,
2005, « *Les « médecins-tabib », une nouvelle catégorie d'acteurs thérapeutiques en Ouzbékistan post-soviétique ?* », *Santé et société en Asie centrale post-soviétique : représentations et perceptions de la maladie par les pouvoirs et les populations concernées*.

HOHMANN Sophie,
2009, « La médecine moderne au Turkestan russe : un outil au service de la politique coloniale », *Cahiers d'Asie centrale*.

HOHMANN Sophie,
2009-2, « Santé publique en Ouzbékistan contemporain : continuité soviétique et limites des processus engagés », *Cahiers d'Asie centrale*.

HOURS Bernard,
1999, « Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-anthropologie*, N°5.

HOURS Bernard,
2001, « *Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie* », Karthala, Paris.

- HOURS Bernard,
2005, « Les états moraux de la santé unique », *Journal des anthropologues*, 100-101.
- HOURS Bernard,
2009, « Les ONG : outils et contestation de la globalisation », *Journal des anthropologues*, 94-95.
- IBRAIMOVA Asel,
2009, « *Legal and Institutional Framework for Empowerment of Rural Communities in the Kyrgyz Republic* », Institute of Federalism Fribourg Switzerland, LIT Verlag, Wien.
- ISMARD P., ROSENBLIEH E.,
2006, « Instituer la communauté », *Hypothèses*, pp. 105-116.
- JACQUESSON Svetlana,
2005, « *Régimes politiques et pratiques funéraires dans le Kirghizistan du nord* », Journée d'étude Politique antireligieuses et pratiques funéraires en Eurasie du Nord, organisée par le Groupe de Sociologie des religions et de la laïcité, UMR 8582 (CNRS-EPHE),
- JACQUESSON Svetlana,
2006, « *Politiques économiques et restructurations identitaires chez les Kirghiz du Tian Chan* », Max Planck Institute for Social Anthropology (Halle / Saale).
- JAPAROV A., PETRIC B.,
2006, « Le Kirghizistan : laboratoire de la nouvelle gouvernance mondiale », *Revue Transitions*, N°4.
- KADDAR Miloud,
1995, « La participation communautaire : une réponse à un double échec ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, Vol. 13, N°2, p. 61-64
- KELLNER Thierry,
2002, « *La Chine et la nouvelle Asie centrale. De l'indépendance des républiques centrasiatiques à l'après-11 septembre* », Rapport du GRIP, Bruxelles.
- KEROUEDAN Dominique,
2013a, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la « Global Health » en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, N°215, pp. 111-127.
- KEROUEDAN Dominique,
2013b, « Géopolitique de la santé mondiale », Conférence inaugurale au Collège de France, Prononcé le 14 février 2013, Paris, Fayard / Collège de France, Chaire Savoir contre pauvreté 2012-2013, www.college-de-france.fr
- KILANI Mondher,
1994, « Du terrain au texte », *Communications*, 58, pp. 45-60.
- KILANI Mondher,
2009, « *Anthropologie : du local au global* », Armand Colin, Paris.

- KOPLAN J., et al.,
2009, « Towards a Common Definition of Global Health », *Lancet*, vol 373, N°9679, pp. 1993-1995.
- LALLIER Christian,
2009, « *Pour une anthropologie filmée des interactions sociales* », Éditions des archives contemporaines, Paris.
- LALLIER Christian,
2011, « « L'observation filmante » Une catégorie de l'enquête ethnographique », *L'Homme*, 2011/2, n°198-199, pp. 105-130.
- LARUELLE M., PEYROUSE S.,
2008, « Impact et enjeux sociaux des évolutions économiques en Asie centrale », *Autrepart n°48*, p. 13-23.
- LAVIGNE D. P., SELLAMNA N.E, MATHIEU M.,
2000, « *Les enquêtes participatives en débat. Ambition, pratiques et enjeux* », Gret, Karthala, ICRA, Paris.
- LESERVOISIER, Olivier,
2005, « *Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête* », Karthala, Paris.
- MASSE Raymond,
1995, « Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé », Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.
- MASSE Raymond, BENOIST Jean et al.,
2002, « *Convocations thérapeutiques du sacré* », Karthala, Paris.
- MASSE Raymond,
2001, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in collectif : *Système de santé et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Chapitre 2, pp. 41-66, Karthala, Paris.
- MASSE R., MORISSET J.,
2008, « Enjeux et défis en santé publique », *Santé, société et solidarité*, N°2, p. 83-90.
- MICHAELS Paula,
2003, « *Curative Powers : Medicine and Empire in Stalin's Central Asia* », University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- NASRITDINOV E., ABLEZOVA M., ABARIKOVA J., ABDOUBAETOVA A.,
2010, « Kirghizstan. Un scénario où ceux qui partent perdent autant que ceux qui restent », *Hommes et migration*, 1284.
- NEUHAUS Gabriela,
2013, « La Croix-Rouge suisse au Kirghizstan : la promotion de la santé en région rurale est une réussite », *Horizons et débats*, n°1/2.

- NICHTER Mark,
2008, « *Global health : why cultural perceptions, social representation, and biopolitics matter* », The Arizona Board of Regents.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,
1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, N°1, « Les terrains de l'enquête », pp.71-109.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,
1995, « *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* », Karthala, Paris, 229 p.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,
2001, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Tiers-monde*, tome 42, n°168, Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation, pp. 729-754.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre
2003, « *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants* », Niamey : LASDEL, 58 p.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,
2004, « La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique », *Espaces Temps*, pp. 84-86.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,
2010, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques », *Anthropologie & Santé*, N°1.
- PABION-MOURIES Johannes,
2012, « *L'écotourisme des jailoo : La mise en ordre des pâturages kirghizes* », Espace-temps, Espace-temps.net.
- PAILLETTE Céline,
2010, « « De l'Organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS » Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954 » », *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, pp. 193-198.
- PAILLETTE Céline,
2012, « L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920 », *Les Cahiers Irice*, N°9, pp. 47-60.
- PAPADANIEL Yannis,
2010, « Des bénévoles et la mort. Mesure et dé-mesure d'un engagement », Thèse présentée à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, Lausanne.
- PENKALA-GAWECKA Danuta,
2002, « Korean medicine in Kazakhstan : ideas, practises and patients », *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, N°3, p. 331.

PETRIC Boris,
2007, « Le Kirghizstan : lieu d'expérimentation pour mesurer les nouvelles normes de la mondialisation politique », *Cahier du GEMDEV* n°31, La mesure de la mondialisation.

PETRIC Boris,
2008, « Observations électorales et réseaux d'ONG transnationaux : le cas du Kirghizstan », *Revue Tiers Monde*, N°193, p. 91-109.

PETRIC B., JACQUESSON S., GOSSIAUX J.-F., BOURGEOT A.,
2009, « L'émergence de nouveaux pouvoirs locaux sur les cendres d'un kolkhoze kirghize (oblast de Naryn) », *Cahiers d'Asie centrale*.

PETRIC Boris,
2013, « *On a mangé nos moutons* », Belin, Paris.

PEYROUSE Sébastien,
2006, « L'Asie centrale quinze ans après l'indépendance : Un bilan en demi-teinte », *Politique étrangère*, pp. 397-406.

PEYROUSE Sébastien,
2007, « Les flux migratoires des Russes entre Asie centrale et Russie », *Espace populations sociétés*.

PEYROUSE Sébastien et al.,
2013, « *République kirghize – Bilans annuels de 1993 à 2013* », L'état du monde, La Découverte.

PIAULT Marc Henri,
2000, « *Anthropologie et cinéma* », Édition Nathan, Paris.

PILIAVIN J.A., SIEGL E.,
2007, « Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 48, p. 1-50.

PISSARO Bernard,
2004, « Réseaux en santé et approches communautaires », *VST – Vie sociale et traitements*, N°81, p. 49 – 56.

POUJOL C., ATLANI-DUAULT L., HOHMANN S., FERRET C., BIARD A.,
2005, « *Santé et société en Asie centrale post-soviétique : représentations et perception de la maladie par les pouvoirs et les populations concernés* », *Savoirs, milieux et sociétés*, 2ème Congrès du Réseau Asie, Paris.

POUJOL Catherine,
2006, « Santé mentale et société en Asie centrale postsoviétique aujourd'hui : Comment tenter de diagnostiquer un mal-être social ? », *Outre-Terre*, p. 367-380.

POUJOL Catherine,
2008, « Perception et traitement de l'aide internationale en Asie centrale depuis 1991 : trajectoire d'une suspicion », *Hérodote*, n°129, p. 26.

- POURCHEZ Laurence,
2004, « Construction du regard anthropologique et nouvelles technologies. Pour une anthropologie visuelle appliquée », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 28, N°2, pp. 83-100.
- REVEL Jacques,
1996, « *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience* », Gallimard – Le Seuil, Paris.
- RIST Gilbert,
1996, « *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale* », Presse de la Fondation Nationale des Sciences politiques, Paris.
- ROLLAN François,
2007, « Les migrations forcées en Asie centrale post-soviétique 1991-2005 », *Espace populations sociétés*.
- ROSSI Ilario,
2005, « Médicalisation de la vie, enjeux de société », in : collectif, *Éloge de l'altérité. Défis de société : 12 regards sur la santé, la famille, le travail*, Édition de l'Hèbe, Fribourg.
- ROY Olivier,
2001, « *L'Asie centrale contemporaine* », Que sais-je ?, PUF, Paris.
- SAILLANT F., GENEST S.,
2006, « *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux* », La Presse de l'Université Laval, Economica, Québec.
- SCHUETH Raphael Tobias,
2011, « *Appreciative Principles and Appreciative Inquiry in the Community Action for Health Programme in Kyrgyzstan* », PhD Thesis, Taos/Tilburg.
- SCHULER Martin,
2007, « Migration Patterns of the Population in Kyrgyzstan », *Espace populations sociétés*.
- SELIM Monique, HOURS Bernard,
2010, « *Anthropologie politique de la globalisation* », L'Harmattan, Paris.
- SINOR Denis,
2003, « Redécouvrir l'Asie Centrale », *Diogène*, n°204, p. 9-24.
- THOREZ Julien,
2009, « Itinéraire du déracinement », *Espace populations sociétés*.
- THIEME Susan,
2008, « Living in Transition : How Kyrgyz Women Juggle Their Different Roles in a Multi-Local Setting », *Gender, Technology and Development*, 12(3), pp. 325-345.
- TIZIO S., FLORI Y.A.,
1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Tiers-Monde*, pp. 837-858.

TOKTOGULOVA Mukaram,
2009, « Le rôle de la da'wa dans la réislamisation au Kirghizistan », *Cahiers d'Asie centrale*.

TOURE El Hadj,
2010, « Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité », *Recherche qualitative – Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages 1*, pp. 5-28.

TROUDE Gilles,
2010, « Asie centrale : vers un combat triangulaire Russie – États-Unis - Chine », *Géostratégiques*, Géo n°28.

VIDAL Laurent, Atlani-Duault Laëticia,
2009, « *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques* », Armand Colin, Paris.

ZARCONI Thierry, STEPANOFF Charles,
2011, « *Le chamanisme de Sibérie et d'Asie centrale* », Découverte Gallimard.

Sites internet

<http://www.banquemondiale.org>
Site officiel de la Banque mondiale.

<http://www.cah.kg>
Site officiel du projet de santé communautaire : Community Action for Health in Kyrgyzstan
visité régulièrement durant l'élaboration du travail

<http://www.cnrtl.fr>
Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
visité régulièrement durant l'élaboration du travail

<http://www.deza.admin.ch>
Site officiel de la Confédération suisse : Direction du développement et de la coopération DDC
visité le 8 février 2014

<http://www.diplomatie.gouv.fr>
Site officiel de la République française : France diplomatie
visité le 9 février 2014

<http://www.gov.kg>
Site officiel du gouvernement kirghize
visité le 20 février 2014

<http://www.led.li>

Site officiel du Service Lichtesteinois de développement
visité le 1 juillet 2014

<https://www.redcross.ch>

Site officiel de la Croix-Rouge suisse
visité le 14 janvier 2014

<http://www.sida.se>

Site officiel de la Coopération suédoise
visité le 1 juillet 2014

<http://www.swiss-cooperation.admin.ch/centralasia>

Site officiel de la Confédération suisse : Swiss Agency for Development and Cooperation SDC in Central Asia
visité le 15 janvier 2014

<http://www.usaid.gov>

Site officiel de l'Agence américaine pour le développement international
visité le 1 juillet 2014

Ressources audiovisuelles

Documentaires

LOIZEAU Manon,
2005, « *États unis à la conquête de l'Est* », Canal Plus.

KTR Corporation,
2012, « *Kozu atchyktar jonundo* »; [Débat public : à propos des köz-achïks], KTR, Bishkek.

Annexes

Annexe 1 : Carte de l'Asie centrale

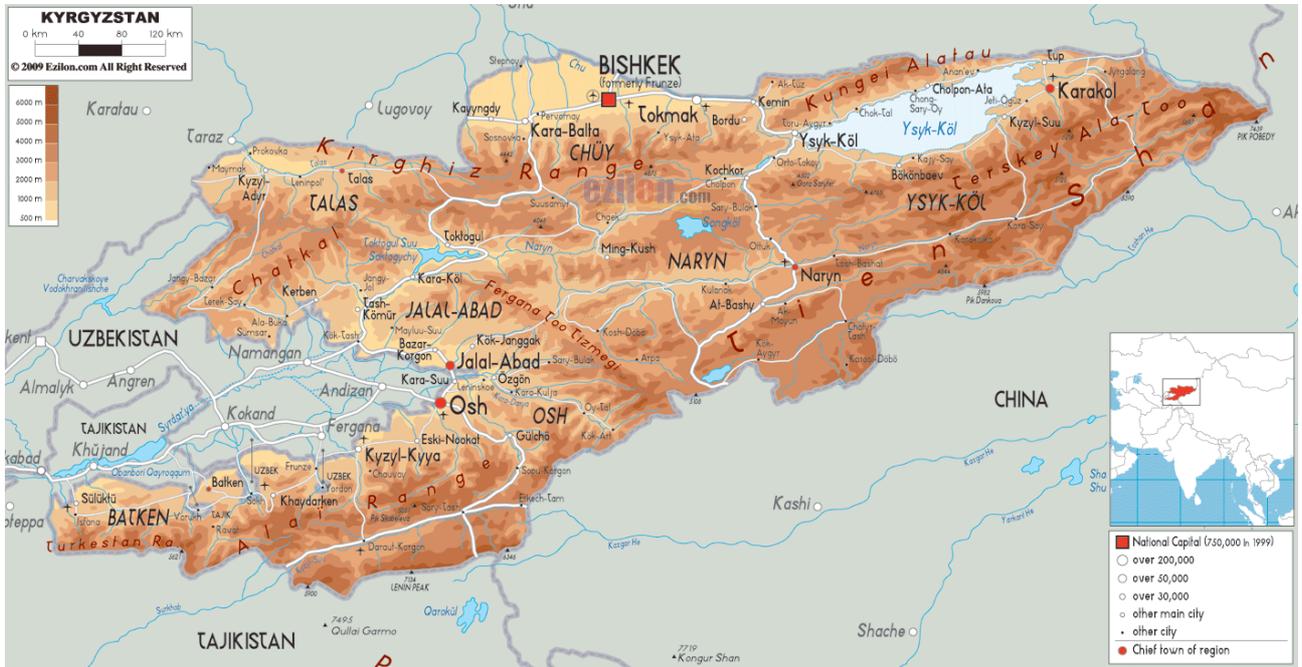
(Source : Magellan Geographix, 1999).



Sur cette carte, l'Asie centrale est délimitée au Sud et à l'Est par la ligne rouge, à l'ouest par la Mer Caspienne, et au Nord et Nord-Ouest par les frontières du Kazakhstan avec la Russie.

Annexe 2 : Carte de la République kirghize

a) Carte physique de la République kirghize
(Source : www.ezilon.com)



b) Carte politique de la République kirghize
(Source : www.ezilon.com)



Annexe 3 : Emplacement des CSV dans le pays

(Source : photo personnelle)



Annexe 4 : Présence du projet

Tableau récapitulatif de la présence du projet dans le pays, par *oblast*, en décembre 2013.
(Source : www.cah.kg)

Table 1: Status of CAH programme by oblast (region), December 2013

	No. of villages in oblasts	Villages with VHCs		No. of VHCs	No. of RHC
Naryn	144	122	85%	123	5
Talas	90	86	96%	95	4
Batken	204	179	88%	197	7
Chui	337	250	74%	284	10
Osh	470	345	73%	371	12
Jalalabat	374	356	95%	425	15
Issyk-kul	167	167	100%	174	5

Annexe 5 : Aide suisse en République kirghize

Montant en CHF de l'assistance financière suisse en République kirghize depuis 1993

(Source : www.swiss-cooperation.admin)

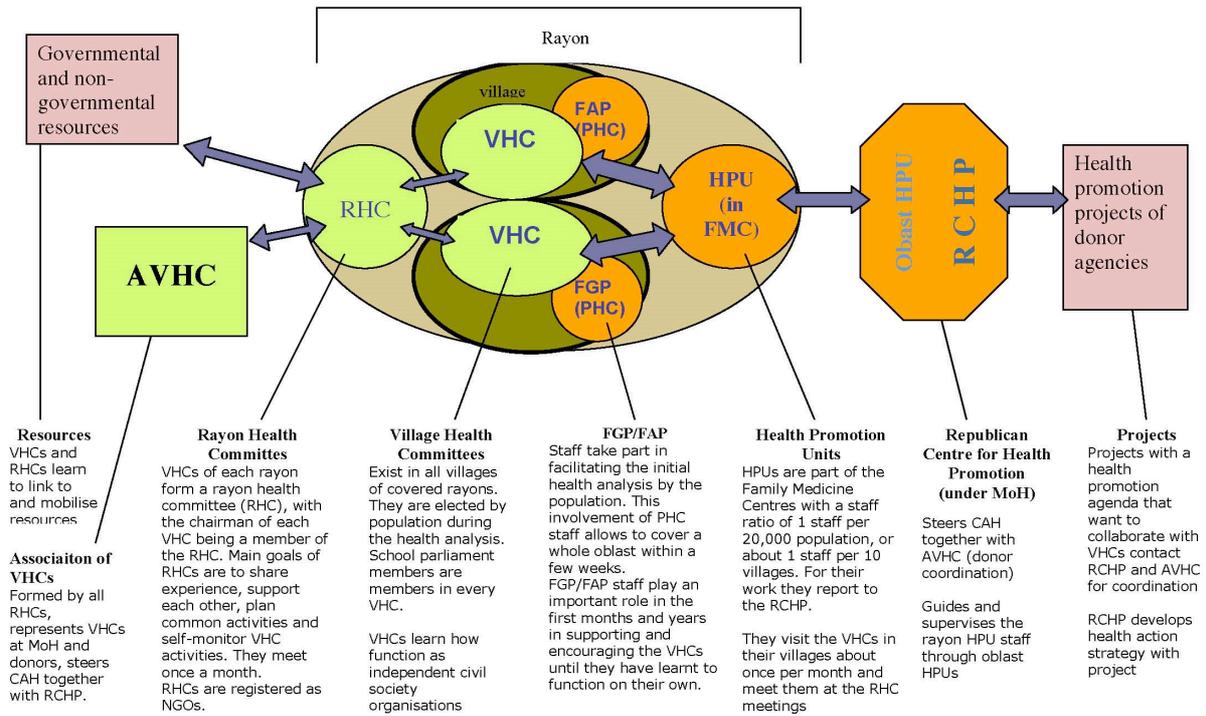
Swiss official development assistance to Kyrgyzstan in millions of Swiss francs

Year	Millions of CHF
1993	4.5
1994	18.5
1995	9.5
1996	3.6
1997	12.3
1998	7.5
1999	10.2
2000	12.2
2001	8.3
2002	21.6
2003	11.6
2004	13
2005	11.6
2006	20.7
2007	12.7
2008	12.6
2009	19.7
2010	18.4
2011	20.5
2012	20.7
2013	22.1
1993-2013	292

Annexe 6 : Schéma organisationnel du projet

(Source : www.cah.kg)

Community Action for Health in Kyrgyzstan



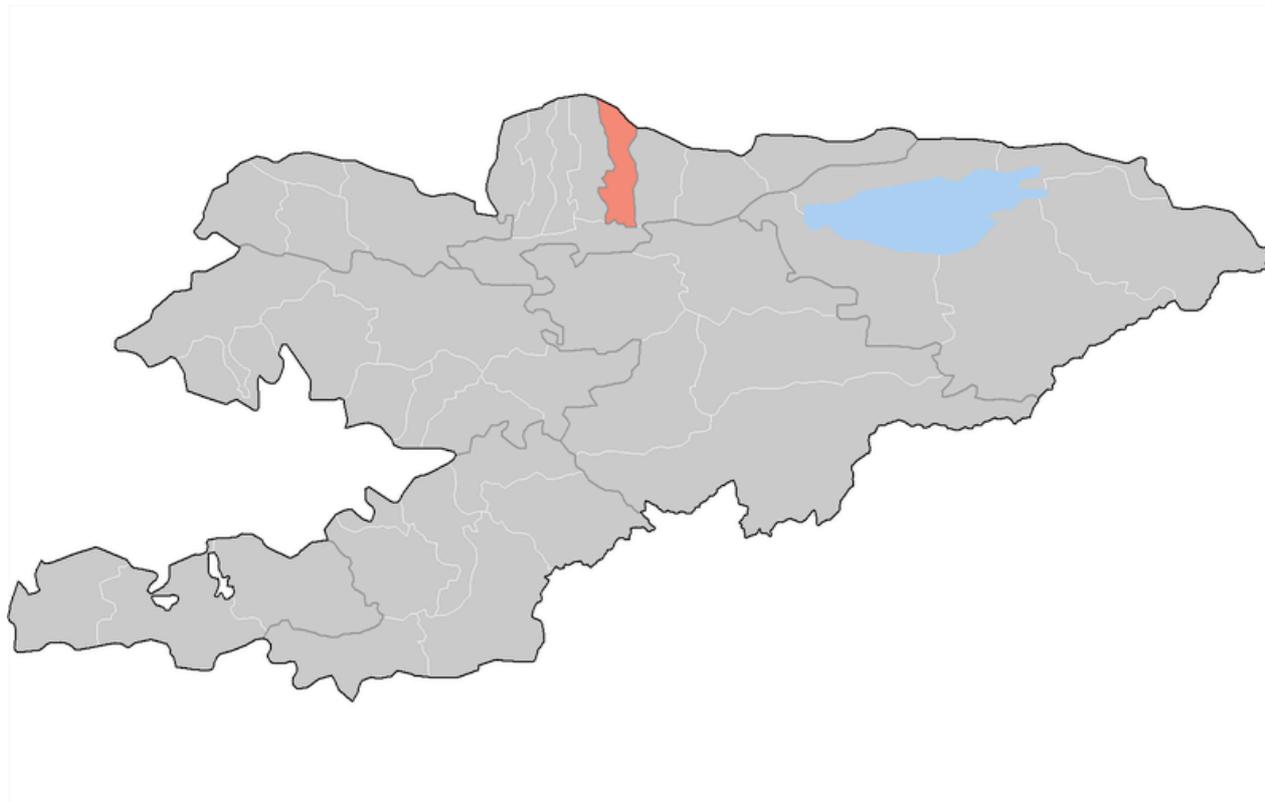
Annexe 7 : L'oblast de Tchuy (en rouge)

(Source : [www.http://commons.wikimedia.org](http://commons.wikimedia.org))



Annexe 8 : Carte *rayons*

a) Emplacement (en rouge) du *rayon* Alamedin, où se situe un des villages étudiés
(Source : www.wikipedia.org)



b) Emplacement (en rouge) du *rayon* Sokoluk, où se situe un des villages étudiés
(Source : www.wikipedia.org)

