

Le développement sanitaire, un enjeu pour l'insertion pluri-territoriale des migrants.

Cas d'outils vidéo de prévention sanitaire (France-Mali).

BERTINI Barbara, CARTIAUX Marielle, GRDR - France.

Introduction

Il fut une époque, avant le téléphone portable et avant internet, où les migrants originaires du Bassin du Fleuve Sénégal immigrés en France, avaient l'habitude de communiquer en enregistrant des cassettes audio qu'ils envoyaient au pays. Au Pays, les personnes écoutaient, elles réenregistraient, familles et villages dialoguaient ainsi avec les ressortissants. Dans les années 1980, le « programme santé » du GRDR¹, fortement mobilisé auprès des résidents des Foyers Travailleurs Migrants, rajoute l'image à cette façon traditionnelle de communiquer pour qu'un débat émerge sur la santé entre les migrants ici et leurs familles restées au pays. L'idée était de créer des outils de communication et de prévention autour de la santé. Les premières « lettres vidéo » abordent des sujets très variés (l'autonomie et la pérennité des CSCOM², la vaccination, la prévention du paludisme, etc.), les 8 derniers films se centrent sur la pathologie du VIH/Sida. Initialement les outils sont développés entre la Région Ile de France et la région de Kayes. Au fil des années d'autres associations dans d'autres pays d'Europe, élargissent cette démarche à d'autres pays d'immigration et émigration.

A travers cet exemple, mais plus généralement dans les réalisations des migrants en développement sanitaire, la communication présentée interroge l'hypothèse suivante : les migrants du Bassin du Fleuve Sénégal, pour réaliser leurs projets migratoires, qu'ils soient à des fins personnelles, générateurs de revenus pour la famille et/ou collectifs, pour améliorer le quotidien des villageois et participer à l'amélioration des conditions de vie localement, s'insèrent dans le pays de destination tout en maintenant une « coprésence » dans les pays de départ. Cette double mise en territoire (pays d'installation et d'origine) leur permet de construire un continuum social entre des espaces de vie géographiquement discontinus. Leur implication notamment dans le domaine du développement sanitaire leur a permis d'atteindre une reconnaissance sociale et une posture politique et décisionnelle « là-bas » qui leur donne la possibilité de supporter la séparation et les conditions de vie complexes dans le cadre du périple migratoire.

Installés durablement en France, ils financent depuis bientôt 50 ans des réalisations de nature les plus diverses notamment dans le domaine de la santé et de l'éducation sanitaire. La construction des dispensaires de santé, leur équipement, la participation à la prise en charge des salaires des prestataires de santé, l'acheminement des stocks de vaccins lors des urgences sanitaires, sont parmi les actions qui les ont imposés dans une relation de contre ou double pouvoir vis-à-vis des acteurs locaux, et qui leur ont permis d'influer sur les politiques sanitaires locales tout en étant à des milliers de kilomètres de distance. Dans le cadre de la décentralisation dans leurs pays d'origine, ces mêmes acteurs associatifs ont perpétué leur engagement en effectuant la transition territoriale : du village, à la commune, à la région... leur « poids » est demeuré intact.

L'implication des associations de migrants dans le développement sanitaire, et spécifiquement dans l'élaboration des outils vidéo autour du VIH/Sida, constitue selon cette hypothèse une prise de position politique et donc un positionnement citoyen sur plusieurs territoires.

¹ Les programmes d'accompagnement du Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural en France et dans le bassin du fleuve Sénégal se déclinent à la fois, de façon thématique (« gestion des ressources naturelles », « sécurité alimentaire », « développement local », « co-développement », « insertion », « santé », « lutte contre les discriminations »...) et territoriale, du local à l'international. Cf. www.grdr.org.

² Centres de Santé Communautaires.

Nous ferons ici l'économie de la définition du terme de migrants, ou associations de ressortissants, ainsi que de l'histoire des migrations subsahariennes, dont la production scientifique est particulièrement riche et abondante (Timera, Quiminal, Gonin...). Mais en tant qu'équipe de recherche composée à la fois de scientifiques et de professionnels salariés dans l'association GRDR, nous nous posons la question : d'où parlons-nous ? Quelle valeur accorder au regard du « non chercheur », à sa non-distance objective vis-à-vis de son « non » objet de recherche, à sa connaissance de ce qui n'est pas dit, de ce qui est tu, déformé, dans la cadre de la recherche en anthropologie de la santé ? Au GRDR, la relation est régulièrement triangulaire. Acteurs techniques, professionnels associatifs, nous sommes souvent objets d'étude et/ou pourvoyeurs de terrains de recherche³. En tant qu'acteurs de terrain, on peut se poser la question : comment être ailleurs dans le dedans, dedans dans l'ailleurs ? Une longue histoire commune entre le « chercheur / acteur » et « l'objet de recherche / partenaire » rend-elle visible ce qui ne l'est pas ou reste-t-elle jalonnée de coins d'ombre partagés ?

La communication questionne l'insertion pluri-territoriale dans un premier temps selon une perspective géographique, puis selon les dynamiques organisationnelles qui la sous-tendent à travers le temps. Les discours, représentations et postures politiques adoptées par les migrants, leurs positions citoyennes en matière de santé constituent le troisième temps de la présentation.

I. « Ici et là-bas » : télescoper les échelles pour réduire la distance topographique ?

Tout au long des années de production des outils de prévention vidéo, les associations qui y ont participé ont tenu à afficher la dimension de leur pluri appartenance territoriale (Ex. Association des ressortissants de Sadiola en France). Les mots, loin d'être d'innocents véhicules de pensées uniques, nous permettent, par leur complexité même, de tenter de saisir les processus à l'œuvre et leurs enjeux (Neveu, 2008). En se définissant comme « ressortissants » (d'un village, d'une commune ensuite) résidents en France, les auteurs de ces messages de prévention mettent en scène la possibilité ou l'impossibilité de « dire » ce que l'on voudrait faire et par là même la difficulté à agir ou à exprimer le sens de l'action. Autrement dit, à travers ces messages échangés entre deux territoires lointains, entre des personnes dont la circulation est d'avantage symbolique que réelle, la continuité et la rupture spatiale sont interrogées et les termes désignent des catégories (de pensée ? émigré-immigré ?) appelées à participer au dialogue entre deux lointains, révèlent les puissantes transformations politiques à l'œuvre.

Pour signifier cet ancrage dans de multiples lieux, le GRDR emploie couramment l'expression « double espace migratoire ». Elle a l'avantage de matérialiser concrètement les ponts installés entre la France et cette partie du monde ; elle laisse imaginer une double inscription territoriale et signifie les circulations qu'elle génère. Mais cette lecture binaire est réductrice, elle ne rend pas compte des dynamiques induites par les circulations migratoires. Les ajustements spatiaux sont en perpétuels mouvements, ils ne se résument pas en une dualité éclatée mais à une somme d'expériences singulières. Dans les discours le « je » devient « nous », le nous se décline selon les contextes, les espaces changent d'échelle (le village, le quartier, la ville, la région, la commune, le pays, le monde) au gré des mouvements et des moments. Les discours à ce sujet semblent être autant de processus thérapeutiques pour élaborer le deuil et ou faire preuve de résilience : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de faire l'autopsie de la « coupure », de la « rupture » et de formaliser soit le déchirement soit la recombinaison de leur espace migratoire. Le développement sanitaire, ou plus exactement leur engagement personnel dans des actions collectives est aussi une forme de thérapie, subie ou choisie, pour relier des temps, des lieux et des histoires de vie qui se télescopent parfois harmonieusement, parfois dans le désordre

³ Nous en profitons pour remercier Henri Joutrou et Claire Boulanger, deux étudiants ayant fait un mémoire sur les lettres vidéo du GRDR, et ayant contribué directement ou indirectement à alimenter notre réflexion sur ces outils de prévention.

Dans les désignations banales entre ici et là-bas, la formulation des subsahariens installés en France, le là-bas n'est pas un ailleurs lointain de 5 000 Km. La distance entre les deux n'est pas sa valeur euclidienne, bien insuffisante pour mesurer le rapport aux lieux. Ici et ailleurs sont proches dans leur esprit. Mais ce rapprochement ne peut se faire sans l'apprentissage de l'altérité. Ils bousculent l'ici en apprenant à se faire (re)connaître, en connaissant l'ici et en construisant un vivre ensemble. Ce sont les confins « là où les choses diffèrent, là où s'opère la transition vers l'ailleurs ou vers l'autre » (Robic, 2000, p. 95)¹⁷ qui rassemblent les espaces et les lieux, brouillant ainsi les limites. Pour D. Retailé, « le moindre déplacement transforme ici immédiatement en ailleurs. Ici, ailleurs sont les deux premiers repères de la géographie spontanée, le second exprimant la conscience que la distance sépare et différencie alors qu'ici est la preuve "vivante" de l'existence. (...) En voulant quitter une maison ici pour un port au loin, je dois passer par un port proche ; aussi loin que j'arrive, il est un moment où, tombant de fatigue, le refuge dans une maison s'imposera, où ce qui en tiendra "lieu". Ici est toujours très dépendant des impératifs de la vie, même les plus triviaux, et surtout de ceux-là. » (Retailé, 1997, p. 41). Ces deux repères sont nécessaires à la circulation physique et mentale des personnes, et à la construction des systèmes de relations établies dans les sociétés par la distance. Mais cette distance évoque tant les relations sociales, les liens économiques et affectifs que les distances euclidiennes entre les territoires. Par leur investissement dans des lieux multiples, ils déclinent leur territorialité au pluriel en questionnant le territoire qui n'est plus un espace unique et circonscrit. Jean Remy montre « comment le mode de spatialisation contemporain est fondé sur l'articulation de (...) deux termes [ancrage et mobilité] et comment se construit un nouvel espace social. Reprenant sous une autre forme l'analyse d'Alain Médard sur le télescopage entre l'ici et l'ailleurs, il souligne cette mutation que constitue la possibilité d'avoir une accessibilité dissociée de la contiguïté spatiale. Les moyens de communication et les moyens de transport déréalisent de fait l'espace physique compact, tridimensionnel et produisent un espace discontinu, fait de réseaux aréolaires, de lieux qui prennent sens parce qu'ils sont reliés les uns avec les autres. Dans cette perspective se dessine donc un autre rapport au territoire et peut-être même une autre réalité du monde de la vie quotidienne » (Hirschhorn, 1996, p. 13).

Avec les projets de développement qu'ils initient ou soutiennent, dont la création et la diffusion des outils de prévention, les migrants dépassent le rôle unique de bailleurs de fond pour s'installer dans une autre posture qui construit un lien original entre pays de départ ou d'origine et celui d'arrivée ou de naissance, remettant en cause la terminologie « immigré » « émigré ». Le migrant passeur devient acteur, intermédiaire, impliqué dans le développement de son (ou celui des ancêtres) pays d'origine, ce qui l'oblige à se poser autrement la question de sa présence dans le pays de résidence, à s'interroger sur le temps passé en migration et à fortiori sur la signification du maintien des contacts et des liens avec le pays d'origine

Pour être mieux là où ils vivent, ces migrants / circulants originaires du bassin du fleuve Sénégal investissent dans l'ailleurs. Ces réalisations à distance ont un objectif principal : être reconnus ici pour ce qu'ils entreprennent là-bas. Ce qu'ils entreprennent dans les villes, villages et communes d'Afrique est aussi un ascenseur social auquel ils ont rarement accès, ces projets d'intérêt collectif sont aussi les éléments essentiels de (re)construction par la dignité humaine. Cette reconnaissance est d'abord locale, dans les villages par leurs réalisations, dans leur foyer ou leur cité, puis transnationale par leurs mises en connexion.

II. Les dynamiques sociales à l'œuvre : entre continuum social et stratégies collectives.

L'insertion pluri-territoriale est aussi une insertion dans des dynamiques sociales complexes et inter-reliées. Quelles sont-elles ? Comment la participation des migrants au développement sanitaire contribue-t-elle à les faire évoluer ?

Un continuum social alimenté par les initiatives en santé

L'exiguïté du territoire en France n'est supportable que parce qu'en parallèle coexiste un autre territoire quitté par choix ou par contrainte et pour lequel les migrants vivent en France. C'est dans ce lieu que se construisent les relations sociales en fonction de solidarités familiales, d'amitiés et d'intérêts. Le là-bas y est continuellement présent par

l'activation des relations avec la famille grâce au téléphone, aux départs et aux retours d'un d'entre eux, aux nouvelles qu'ils rapportent, à l'organisation des caisses de solidarité, des transferts d'argent...Ce champ des solidarités de proximité construit le continuum social entre ici et là-bas malgré la distance métrique entre les lieux de vie. Dans les foyers, les salles de réunions, lieux de palabre aux apparences sans fin, sont des temps d'échange, où chacun cherche à convaincre l'autre du bien fondé des actions entreprises, de l'importance des choix stratégiques pour eux et pour leur famille. Les solidarités sous contrainte imposent un cadre social, les décisions partagées collectivement en migration participent à donner ce contenu des "territorialités miroirs" : exister ici par ce qui est fait là-bas, être de là-bas malgré les 5 000 kilomètres qui les séparent des villages d'origine.

Le continuum est alimenté par les initiatives de développement sanitaire. Par exemple, la proximité entre récepteurs et émetteurs des messages de prévention redonne la place à la « collectivité » : la communication se faisant entre personnes qui se connaissent, directement ou indirectement, renforce la relation de confiance et les liens entre participants en mettant à mal la distance physique au profit d'une circulation symbolique entre les territoires. (Il est d'ailleurs explicitement dit : « *Cette cassette n'est pas faite pour démontrer nos connaissances, ou pour montrer qu'on est en Europe, mais pour vous demander de nous donner de vos connaissances, pour mettre en place un échange de savoir-faire* » lettre vidéo de France - Diboli, 1997).

Le continuum comprend les liens établis en France par les migrants, qui se mobilisent et mobilisent des acteurs afin de monter leurs projets. « Ici », le cadre collectif et organisationnel des associations de ressortissants donne lieu à l'élaboration de stratégies collectives qui dépassent les représentations individuelles pour la mise en place d'un projet commun. Chaque image des films est davantage le résultat d'un compromis entre les parties prenantes qu'un effort de mise en scène esthétique.

La mise en place de structures collectives est tournée vers du plaidoyer et une quête de reconnaissance et de légitimité. Le FORIM en France, le Réseau des Associations du Bassin du Fleuve Sénégal ou bien encore Le Réseau des Associations des Mauritaniens en Europe en sont quelques exemples. La constitution d'un entre soi préalable à l'entrée dans l'espace public (rapprochement / détachement) est-il un moyen d'investissement de la collectivité, d'affirmer une citoyenneté politique et sociale dans des logiques de différenciation revendiquée ? Il s'agit ici d'interroger des pratiques prenant corps hors du cadre politique institué, mais qui sont des formes d'engagement qui mettent en œuvre des compétences ordinaires (ET extraordinaires) dans différents espaces de vie et imaginaires (urbain, rural, village, quartier, nations, transnational).

Les stratégies collectives pour le développement sanitaire : du « béton » au plaidoyer

Dans les années 80, les migrants et les villageois parlaient de fidélité et abstinence ; dans « *Le syndrome du silence* » en 2007 « *on est tous infidèles* », « *ta femme comme toi ne peux pas rester sans avoir des rapports sexuels 5 ans* », « *je ramène les préservatifs à Kayes dans mes bagages* ». Le décalage chronologique est tout aussi frappant dans les premières lettres vidéo des années 80 : les migrants, ici, évoquaient l'importance de faire vacciner et de ne pas fuir à l'arrivée des agents dans les villages, prêchaient le recours aux médecins plutôt qu'aux tradithérapeutes, expliquaient aux femmes de ne pas hésiter à se faire consulter par un médecin homme. Mais aussi à « *aider le médecin à comprendre où on a mal et comment* ». En 1987 les migrants parlent de dialogue entre soignants et soignés, des risques de résistance au paludisme. Ils parlent de démarche de prévention, des risques de l'automédication, etc. autant de choses qui sont maintenant acquises là bas. En 2004, dans « *Trajectoires santé ici et là bas* » ce sont les migrants ici qui interpellent leurs familles là-bas : « *Les antirétroviraux vont arriver, il faut aller faire le dépistage, il faut utiliser le préservatif* ». Et 4 ans après, dans le « *Syndrome du silence* », c'est de là-bas qu'on ré-interpelle les migrants : « *Oui, mais vous êtes soignés au Nord, quand vous revenez ici, vos femmes, il faut pouvoir leur dire d'aller se faire dépister* ». En 1997 on parle pendant 60 minutes de cette maladie sans la nommer. En 2007, tout le tournage est centré autour de deux personnes séropositives, l'une à Kayes, l'autre à Paris, qui ne se connaissent pas et qui se parlent à travers le film.

En parallèle de ces outils, les migrants cotisent pour payer la construction des centres de santé, l'achat des ambulances, l'électrification des CSCOM, l'achat du matériel médical jusqu'au complément de salaire pour le personnel soignant, la mise en place de pharmacies scolaires, et les formations sur le VIH/Sida au profit des prestataires de santé. Des « constructions en béton » aux moyens d'en assurer la pérennité, la dette symbolique à payer du fait qu'on est parti se concentre sur les asymétries d'accès aux soins de qualité et de proximité entre espace de vie dans le pays de résidence et celui où demeure la famille au pays.

Quel impact sur le développement sanitaire effectif des communes concernées ? Les CSCOM sont désormais autonomes et auto financés, la couverture vaccinale est d'environ 86%, les accouchements médicalisés concernent plus de 56% des femmes et sont en augmentation d'une année sur l'autre.

La posture sociale des migrants, de bailleurs à acteurs de développement ?

L'homme célibataire immigré depuis Kayes, isolé en France et réduit à sa fonction de travailleur, est une exception sociale face à une immigration familiale d'êtres sociaux, avec des liens professionnels et amicaux, conjugaux et récréatifs, mobiles entre plusieurs espaces de résidence, souvent avec la double nationalité. Toutefois, le souvenir de « l'homo oeconomicus » (Sayad, 1999) est perpétué sciemment et politiquement. Comme le dit Christophe Broqua (au sujet des rétributions des pratiques homosexuelles à Bamako), évoquer le facteur économique pour justifier le choix de la migration présente un avantage et une justification « noble » d'un état de besoin que la représentation dominante considère comme explicatif de la pratique.

Les transferts financiers personnels, les enjeux de domination, de prestige, de considération ou d'indépendance sont évacués dans les histoires relatées par les messages de prévention. On devine à peine une critique voilée de la mise "sous perfusion" des familles, elle est surtout évoquée pour ses conséquences positives : les études des enfants, les réalisations d'infrastructures... Ces efforts personnels vis-à-vis de la famille, le décalage entre les représentations de vie des migrants ici par les familles là-bas, et les réelles conditions de vie est abordé avec pudeur. Les relations interethniques présentes en migration sont mises en veilleuse à l'avantage d'une organisation sociale et collective. Mais les "attributions catégorielles" (Hélène Bertheleu), le retournement du stigmate, fonctionnent aussi comme un marqueur social (Daniel Juteaux) d'un passé commun qui raconte la nature, et l'intensité d'un vécu collectif (quoiqu'anachronique) et qui fait, encore aujourd'hui, « sens » pour continuer.

La position sociale des migrants se renforce dans l'absence. La coprésence de trois acteurs (immigré, émigré et non migrant) dans un dialogue dont la pertinence du message sanitaire est assurée d'avantage par la persuasion que par des connaissances particulières, interroge les statuts sociaux des acteurs et redéfinit également les rôles de chacun. Dans une lettre vidéo, les migrants font la promotion de la parité des genres dans la gestion et la prise en charge de la santé des enfants. Les femmes depuis les villages répondent que ce rôle leur est dévolu. Les migrants ici incitent donc les hommes au Pays à partager les tâches féminines afin de permettre aux femmes de consacrer davantage du temps au suivi sanitaire des enfants.

Les migrants sont les premiers à s'investir, organiser et se cotiser pour la santé dans leur Pays d'origine, au fil des années ont su mobiliser diverses compétences et ressources pour réaliser leurs projets. La réussite du projet migratoire passe aussi et surtout par les changements induits directement ou indirectement par leur apport financier en termes de moyens et d'infrastructure. Une lutte contre la montre s'engage alors vers la course à une prétendue modernité, sans remise en cause aucune ou partielle du modèle à produire ou reproduire. En termes de visibilité, le béton qui remplace le banco, les équipements qui viennent de France, les blouses blanches données par des hôpitaux parisiens... autant de symboles qui constellent les villages où la migration est importante, autant de gages de qualité

Quelles sont les perspectives de ces engagements ?

De migration circulaire et collective de travail à migration de peuplement au regroupement familial, les enfants de ces mêmes migrants sont aujourd'hui engagés dans des mouvements associatifs qui, s'ils diffèrent par leur objet statutaire, s'inscrivent de façon originale dans la continuité de celles de leurs aînés. Par leurs actions sanitaires, ils relient des

espaces de façon nouvelle, en mobilisant les diasporas qualifiées et leurs réseaux dans le cadre de missions médicales et/ou dans des actions de formation et prévention qui dépassent le lien binaire entre territoires d'origine et territoires d'installation, au profit d'une diversité élargie qui réunit des espaces différents par des objectifs communs.

Concernant les lettres-vidéos, en 1997, les jeunes se tiennent à l'écart du débat. Ils sont dans l'image et pas dans la parole, autant ici dans les Foyers, que là-bas dans les villages. A partir de 2004, le film fait fonction de moyen transitionnel pour remettre en cause des « règles sociales » : le cadre est brisé. Dans « *Sida défis des femmes* » en 2005, ce sont de toutes jeunes filles qui interpellent les mères sur les questions de la virginité avant le mariage, le silence autour de la sexualité dans le cadre familial, le préservatif.

La visibilité et la reconnaissance (à la fois là-bas et ici) sont des éléments essentiels pour alimenter et entretenir « la cause », la reconnaissance est le seul amortisseur aux tensions sociales internes aux réseaux associatifs et le fil rouge qui évite les ruptures à l'avantage de la continuité. Ainsi la continuité est assurée dans le décalage de regard qui induit le changement et les transformations des pratiques sanitaires par l'échange et la concertation et très peu par l'opposition, mais aussi au niveau intergénérationnel.

III. Des pratiques résolument politiques : le développement sanitaire questionné par les migrants.

Négocier la rupture des paradigmes établis en santé

Pour introduire la « modernité » les migrants ont fait des concessions et prouvé aux anciens qu'ils respectaient l'ordre établi. Certaines réalisations marquent la continuité de leur appartenance à la communauté d'origine, ils sont toujours les fils de leur père. Mais d'autres installent la rupture : l'école sera française, le recours à la maternité une obligation pour les accouchements ... Réduire la dépendance du village par rapport à ses ressortissants à l'étranger est aussi un objectif pour les migrants. L'autonomie des centres de santé est présentée comme la condition de leur durabilité. Le dialogue entre le patient et le soignant comme un pré requis d'un bon diagnostic. Le recours précoce aux médecins comme un atout de guérison et également des économies pour le village. L'absence physique des ressortissants est comblée par une présence matérielle conséquente. Le paysage des villages évolue rapidement depuis quelques années : des maisons en parpaings côtoient celles qui sont encore en banco, les dispensaires, les écoles et les châteaux d'eau ont fait leur apparition. La contribution de ceux qui sont partis devient une évidence pour tous.

Les espaces sociaux partagés s'inscrivent dans une relation de pouvoir asymétrique tout en affirmant explicitement son contraire. Après avoir parlé longuement du sida, les migrants clôturent la lettre vidéo en affirmant publiquement : « *Après tout ce qu'on a dit aujourd'hui, il ne faut pas croire que nous nous pensons plus intelligents que vous. C'est tout simplement pour éviter la maladie. Vos êtes nos parents, nos pères, nos mères, nos enfants. Que ceux qui ont été vexés nous pardonnent au nom de Dieu* ». Gory Coppela, 1997. Pour limiter le risque de conflit, pour ne pas que la communauté soit fragmentée par la distance de la migration, les migrants utilisent à outrance des formules telles que « il faut » « il ne faut pas », « les gens doivent », « on ne doit pas », « certains disent que... », afin de ne jamais cibler une personne ou un groupe en particulier, et surtout elles servent à marquer une nécessité imposée, impersonnelle, par des circonstances extérieures, et non un savoir que les migrants se seraient donné comme objectif de diffuser. Les mêmes formules d'apaisement social sont utilisées depuis les villages pour s'adresser aux migrants. Si ces précautions oratoires peuvent être interprétées comme des moyens de ne pas offusquer la première source de revenus locaux, et de la part des migrants comme la crainte d'être rejeté par la « communauté d'origine », il est également possible de lire ces échanges de façon plus politique.

La mise en scène des différentes subjectivités, forcément normatives, interrogent les normes qui sont mises en débat. Les notions constitutives de l'idéal (de développement, de modernité, etc.), débattues entre deux lointains, mettent en scène des représentations sociales sur des sujets qui sont des objets en devenir. Mais sous prétexte de la proximité entre récepteurs et émetteurs, les dissonances cognitives (Festinger, 1957) et/ou l'interprétation défensive (Moliner, 2001) sont habilement évitées : par exemple, en utilisant un proverbe pour affirmer l'importance de la prévention.

Utiliser la religion pour aborder le thème du VIH/sida ; faire à un imam la démonstration visuelle du port du préservatif avec des objets et nombre de métaphores ; parler du VIH/sida sans le nommer ; avoir recours à l'intervention d'un médecin – français ou malien, selon les sujets- quand le besoin de légitimation se fait sentir. Parallèlement, la caution symbolique du chef du village, puis du maire de la commune est également un moyen d'intégrer l'outil de prévention dans une démarche de politique locale, qui la rend pertinente et légitime

Et si le système de soins traditionnel reste la source de référence en ce qui consiste l'étiologie des maladies, la coexistence des paradigmes explicatifs hétérogènes (Caprara 2000) est utilisée au service de la promotion d'un système de santé de soin occidental, qui fait la promotion du personnel de santé de l'efficacité de la médecine occidentale et des savoirs biomédicaux au détriment des savoirs anciens. Plus généralement, les messages délivrés, tout en brassant de façon large le domaine de la santé, touchent aussi aux représentations sociales de la maladie, du corps (Sayad, 1999), du couple, de la médecine, de la mort (Ziegler, 1975)

Il ne s'agit pas de nier la possible double inscription dans des registres parallèles du sens qu'on donne au mal, à la maladie, mais juste d'analyser le fait, que dans le cadre de la mise en œuvre des outils, le silence qui entoure les thématiques est assourdissant. Ou alors ce silence est le prix à payer pour dialoguer avec des partenaires possibles dans le cadre des projets de coopération et jumelage. La double appartenance à deux systèmes de sens paraît se limiter à la dichotomie de la santé ici, dans le pays d'accueil et la santé là-bas, dans le pays d'origine. Le système biomédical est le seul bon à dire ou bon à penser, il est le seul dont on peut parler sans s'exposer au risque d'apparaître « ridicule » face à l'Autre, cet Autre, qui, lui aussi, par son statut et son rôle, rappelle à l'immigré qui il est, d'où il vient et la raison (économique et éphémère) pour laquelle il est là...

Une interpellation des politiques sanitaires

L'engagement dans les actions de prévention du VIH/Sida des migrants est avant tout une prise de position politique. Le message important ne se retrouve pas tant dans le film, mais dans le processus de parole qui s'établit à partir du film. Sous prétexte de promouvoir le dépistage, les migrants font du plaidoyer pour la décentralisation sanitaire et l'accès aux anti-rétroviraux en zone rurale. Mais cette prise de pouvoir à 5000 KM de distance est aussi à lire en contre miroir ici, où des migrants réunis en palabre dans un Foyer disent aux professionnels de santé qui viennent faire la promotion du préservatif « *Vous et votre sida... Pour nous la santé est le prix du mil qui augmente au village, c'est avoir des papiers et pouvoir travailler pour envoyer de l'argent au Pays, car 20 personnes comptent sur chacun d'entre nous ! Nos conditions de vie et de logement sont minables. L'entretien du capital santé est votre dogme à vous, votre prévention est faite à votre image ! Elle nous stigmatise* ». Ils disent de façon simple ce qu'Olivier de Sardan traduit par la théorie des « discours simplificateurs, voire simplistes, à des personnes pour lesquels les discours techniques ne répondent pas aux demandes » et que Sandrine Musso traduit par l'usage fréquent de l'infantilisation de certains migrants par le corps médical. La formulation de la connaissance, avec des mots simples, des imperfections et des apories, est avant tout une aventure humaine. Fabriquer des choses ouvre la potentialité de fabriquer des hommes : le sida est donc à lire comme une opportunité d'interroger les conditions de vie, d'exprimer les incertitudes, des questions inhérentes à la migration et aux immigrés. Les migrants abordent la thématique du VIH/Sida comme un moyen de réitérer leur engagement citoyen à la fois vers le pays d'origine, mais aussi, et ça c'est nouveau, dans le pays de résidence : c'est un moyen de dépasser le gouffre de la « double absence » par la double présence. Les lettres vidéo sont politiques, dans leur prétendue capacité à identifier les relations sociales et dans la capacité d'affirmer la pleine égalité des hommes. Ces pratiques interrogent les visions figées du politique et de la citoyenneté.

En participant à combler les lacunes étatiques du développement du système sanitaire, les migrants se positionnent aussi comme des interlocuteurs pertinents au sein du débat des politiques de santé publiques du pays d'origine.

Conclusion

La pression morale sur l'absent, la dette à payer vis-à-vis de ceux qui sont restés au pays et encore plus pour « les siens » ici qui sont dans des positions de fragilité, s'est traduite par le besoin boulimique de s'investir dans des projets de solidarité pour le pays d'origine : le développement sanitaire était le prix à payer, la monnaie d'échange de la paix sociale.

Le migrant est parti pour revenir et le retour glorieux passe aussi par l'ostentation des symboles de cette réussite. Il apporte la santé de la France dans ses bagages, en quelque sorte. La référence à un autre système de sens reste de l'ordre de l'intime, du personnel, silencieux, secret, mais pas inexistant. La dichotomie sémiologique semble épouser la dichotomie spatiale. Au pays, malgré tout, on peut soigner des maux qu'ici les médecins ne connaissent, ne comprennent pas. Il y a des maladies, des maux qui guérissent quand on est au Pays. Si le « mal du Pays » est souvent le mal en question (difficilement avoué, impossible à dire car signe de faiblesse pour des hommes courageux), d'autres maladies trouvent des réponses là bas, qu'ici on ne peut ou ne sait pas donner. Cela reste de l'ordre du non-dit et du l'indicible, car en parler équivaldrait à avouer un possible renoncement à « la noble mission d'être acteur de développement de leur pays d'origine ». Ce mot draine toute l'ambiguïté des rapports de force asymétriques Nord-Sud.

Le défi réside alors dans la constitution d'un regard (auto)critique y compris quant aux attendus culturels et politiques des catégories de sens commun (y compris scientifique) utilisés, en mettant en lumière « les projets politiques » qui les sous-tendent, leurs modalités d'élaboration historique et politique, et les manières pratiques dont elles sont utilisées ou contournées, ainsi que leurs effets sur les possibles.

Bibliographie

Bertheleu Hélène, 1994, *Organisation collective et ethnicité : minorités Lao à Rennes, Grenoble et Montréal*, thèse de doctorat, Rennes 2.

Broqua Christophe, 2005, *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris : Les presses de Sciences Po, 450 p.

Caprara Andréa, 2000, *Transmettre la maladie : représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Paris : Karthala, 211 p.

Festinger Leon, 1957, *A theory of cognitive dissonance*, Evanston Ill, Row Peterson (Eds), 291 p

Gonin P., 1997, *D'entre deux territoires. Circulations migratoires et développement entre le bassin du fleuve Sénégal et la France*, Habilitation à diriger des recherches, Université des Sciences et Technologies de Lille, UFR de géographie et d'aménagement, décembre.

Gonin P., 2005, Jeux d'acteurs et enjeux territoriaux: quelles migrations pour quel développement? L'exemple du bassin du fleuve Sénégal (République du Mali), in *Engagements citoyens ici et là-bas. L'insertion pluri-territoriale des migrants*, Chaire Quetelet 2008, Bertini Barbara, Gonin Patrick, Kotlok Nathalie, Le Masson Olivier - 20 -

Émigrés - Immigrés dans le développement local, sous la direction de M. Charef et P. Gonin, Agadir, ORMES / Sud Contact, pp. 259-278.

Hirschhorn M ; et **Berthelot** J.M. (dirs), 1996, *Mobilités et ancrages. Vers un nouveau mode de spatialisation ?*, Paris, L'Harmattan.

Medan A., 1996, "Le lieu est dans le monde, le monde est dans le lieu", in *Mobilités et ancrages. Vers un nouveau mode de spatialisation ?*, sous la direction de M. Hirschhorn et J.M. Berthelot, Paris, L'Harmattan, pp. 103-114.

Musso Sandrine, 2008, *Sida et minorités postcoloniales : Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des "migrants" dans les politiques du sida en France*, Thèse de Doctorat, Paris, EHESS, 446 p.

Neveu, Catherine, 2004, « Les enjeux d'une approche anthropologique de la citoyenneté », in *Revue européenne des migrations internationales*, n°20-3, pp. 89-101.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 2001, « L'enquête de terrain socio-anthropologique », in Boutier J., Fabiani J-L., Olivier de Sardan J-P., *corpus, sources et archives*, Tunis : institut de recherche sur le Maghreb contemporain, pp. 63-100.

Quiminal C., **Timera** M., 2002, 1974-2002, les mutations de l'immigration ouest-africaine, *Hommes et Migrations*, N°1239,

septembre - octobre 2002.

Remy J. 1996, "Mobilités et ancrages : vers une autre définition de la ville", in *Mobilités et ancrages. Vers un nouveau mode de spatialisation ?*, sous la direction de M. Hirschhorn et J.M. Berthelot, Paris, L'Harmattan, pp. 135-153.

Retailé D., 1997, *Le monde du géographe*, Paris, Presses de Sciences Po.

Robic M. C., 2000, Confins, routes et seuils: l'au-delà du pays dans la géographie française du début du XXe siècle, *Communications*, n° 70, p. 93-120.

Sayad, Abdelmalek, 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, ed. du seuil, coll. liber, paris, 444 p.

Timera M., 1993, *Les immigrés Soninkés dans la ville : situations migratoires et stratégies identitaires dans l'espace résidentiel et professionnel*, Thèse de doctorat, EHESS /Paris.

Timera, Mahamet, 1996, *Les Soninké en France. D'une histoire à l'autre*, Paris: Editions Karthala, 244 p.

Ziegler, Jean, 1975, *Les vivants et la mort*, Paris : Ed. du Seuil, 314 p.