

Titre : Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants du Maghreb au Québec : entre le local et le transnational

Josiane Le Gall et Catherine Montgomery

Josiane Le Gall, Ph.D. anthropologie Chercheure, CSSS de la Montagne Professeure associée, UQAM Centre de recherche et de formation 1801, boul. De Maisonneuve Ouest, 6 ^e étage Montréal, Québec (Canada) H3H 1J9 Tel : 514 934 0505, poste 7605 Courriel : j.legall@ssss.gouv.qc.ca	Catherine Montgomery, Ph.D. sociologie Chercheure, CSSS de la Montagne Professeure associée, Université McGill Centre de recherche et de formation 1801, boul. De Maisonneuve Ouest, 6 ^e étage Montréal, Québec (Canada) H3H 1J9 Tel : 514 934 0505, poste 7604 Courriel : catherine.montgomery@ssss.gouv.qc.ca
---	--

Introduction

En février dernier, la télévision de Radio-Canada révélait que plusieurs centaines d'étrangères avaient accouché au cours des récentes années dans les hôpitaux du Québec sans acquitter leurs factures, une pratique qui occasionne de nombreux frais pour les services hospitaliers, mais qui assurent la citoyenneté canadienne à l'enfant. Selon un représentant de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, la grande majorité de ces adeptes du tourisme obstétrique au Québec ou « baby touring » proviennent du continent africain, plus particulièrement du Maghreb. Si la question des abus du système de santé québécois par les étrangers fait régulièrement la manchette des médias, le recours à des soins hors du Québec par les immigrants est une réalité moins bien connue.

Dans le cadre de cette communication, nous nous penchons sur les activités transnationales relatives à la santé des migrants maghrébins au Québec; soit le recours à des réseaux et des ressources à l'étranger dans l'objectif de se maintenir en bonne santé. Le propos ici sera d'essayer de comprendre dans quelle mesure et comment ces derniers accèdent aux ressources transnationales liées à la santé et aux soins.

L'évolution des pratiques de santé des Maghrébins au Québec qui naissent de la multiplication des mobilités est ici interrogée au travers de l'analyse de leurs itinéraires thérapeutiques¹, soit les parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins et aux choix thérapeutiques qui en découlent. Tel que l'a traité Janzen (1978) dans une étude qui s'est déroulée au Bas-Zaïre, les individus prennent des décisions en matière de recours aux soins. Pour ce faire, ils développent des stratégies les mettant en relation avec diverses ressources de soins. Les itinéraires thérapeutiques se vivent dans un contexte de pluralisme médical où les types de traitements et les ressources sont multiples (Csordas et Keinman, 1996). La biomédecine, les pratiques spirituelles, les pratiques de guérisseurs traditionnels et les soins domestiques en sont des exemples.

Si les recherches sur les nouveaux arrivants au Québec suggèrent que, dans l'ensemble, ils tendent à moins utiliser les services de santé que la population en général, elles observent également chez ces personnes l'usage simultané d'une pluralité de soins². C'est que, comme plusieurs auteurs l'ont souligné, les divers systèmes de soins ne sont pas exclusifs les uns par rapport aux autres et il est fréquent qu'une personne ait recours de façon complémentaire et combinée à différentes ressources thérapeutiques pour résoudre un problème. Ainsi, les itinéraires thérapeutiques sont généralement caractérisés par des allers-retours entre médecine biomédicale et médecines parallèles.

Bien qu'un nombre grandissant de migrants conservent des liens intenses avec leur pays d'origine ou avec d'autres individus dispersés de par le monde et développent une multiplicité de pratiques de toutes sortes, très rares sont les recherches sur le recours aux soins de santé qui tentent de comprendre dans quelle mesure les liens transnationaux modifient l'envergure des itinéraires thérapeutiques des migrants et ce, tant dans les recherches sur l'utilisation des services de santé par les immigrants que dans les nombreuses études sur le transnationalisme³⁴.

Par ailleurs, face à la pluralité des soins, parfois contradictoires, plusieurs facteurs interviennent sur les itinéraires thérapeutiques. À ce propos, Csordas et Kleinman (1990) précisent que les itinéraires

¹ Aussi appelé cheminement thérapeutique (Massé, 2006) ou trajectoire d'utilisation des services.

² En dépit d'un problème de sous-utilisation, le cheminement de recherche d'aide par les immigrants est loin d'être uniforme et certains s'engagent et persistent ou non dans une démarche d'aide (Guberman et Maheu, 1997; Heneman *et al.*, 1994).

³ Le concept de transnationalisme dans le champ des migrations a été introduit par un groupe d'anthropologues américaines en 1992, Nina Glick Schiller, Linda Basch et Cristina Blanc-Szanton, pour s'opposer aux visions traditionnelles de l'incorporation des migrants, où l'accent est placé exclusivement sur la relation entre ces derniers et le pays hôte. Dans leur ouvrage, ces auteurs présentent la définition suivante du transnationalisme : « Nous définissons le transnationalisme comme les procédés par lesquels les migrants forgent et maintiennent des relations sociales multiples et créent de la sorte des liens entre la société d'origine et la société où ils s'installent. Nous appelons ces procédés transnationalisme pour insister sur le fait que de nombreux immigrants construisent aujourd'hui des sphères sociales qui traversent les frontières ».

⁴ Parmi les rares textes sur la question, notons ceux de Menjivar (2002), de Krause (2008) et de Le Gall et Cassan (2007).

thérapeutiques doivent être étudiés dans leur propre contexte, incorporant l'influence de divers facteurs allant de la représentation de la maladie à l'accès aux soins de la santé.

Dans le cas des nouveaux arrivants au Québec, les facteurs culturels et individuels sont souvent invoqués pour expliquer leur moindre recours aux services. Toutefois, plusieurs recherches montrent comment ces clientèles doivent surmonter de multiples obstacles liés à la structure des milieux et aux pratiques de l'intervention qui les amènent à ne pas les utiliser, à abandonner un traitement ou encore à ne plus y recourir par la suite⁵. Nous verrons ici comment de telles contraintes structurelles exercent également une influence sur les activités transnationales de santé des migrants, ce qui permet de voir se dessiner le lien entre activités transnationales et la mobilisation de ressources pour se maintenir en bonne santé. À partir de nos recherches sur les migrants Maghrébins vivant au Québec, nous montrerons ici comment les migrants font appel, pour se soigner ou rester en santé, non seulement à des ressources formelles et informelles au Québec, mais également à des ressources situées au pays d'origine ou ailleurs dans le monde. Dans leurs itinéraires thérapeutiques, le rôle du réseau de parenté et des amis apparaît clairement.

Méthodologie

Nous nous baserons principalement sur les résultats de deux projets de recherche. Le premier, réalisé en 2003-2006, porte sur les trajectoires d'utilisation des services sociaux et de santé d'hommes récemment immigrés au Québec et sur les déterminants de leur utilisation⁶. Une soixantaine d'entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de deux heures ont été menés auprès de personnes appartenant à divers groupes ethniques, dont 20 personnes d'origine maghrébine. Le second projet « roman familial : parcours migratoire et jeunes familles maghrébines »⁷ examine les transmissions intergénérationnelles chez les familles maghrébines à Montréal. Dans le cadre de ce projet, 20 familles ont été interviewées à plusieurs reprises, pour un total de 6 heures environ, sur leur récit de famille, structuré autour des projets migratoire, parental, scolaire et professionnel.

Quelques mots rapides sur la migration maghrébine au Québec. Si la présence des Maghrébins au Québec remonte aux années 1970, la majorité de ces derniers y sont installés depuis peu. Ils se situent d'ailleurs au premier rang des nouvelles populations au Québec. Parmi les nouveaux arrivants, on retrouve en effet de

⁵ Le recours aux services ne se limite pas simplement à une question de choix individuels ou de culture mais s'inscrit plutôt dans la dynamique des relations entre acteurs (les nouveaux arrivants, les intervenants, l'entourage, etc.) occupant des positions sociales variées au sein de milieux institutionnels et organisationnels.

⁶ Le projet, intitulé « Trajectoire et déterminants de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspectives des hommes récemment immigrés », a été financé par le FQRSC (2003-2006) (Le Gall, Montgomery, Battaglini, Meintel).

⁷ Le projet, intitulé « Parcours d'insertion et roman familial. Le cas des jeunes familles immigrantes nouvellement arrivées au Québec » a été financé par le CRSH (2007-2010) (Montgomery, Le Gall, Rhéaume, Rachédi, Rousseau).

nombreux ressortissants d'Algérie, du Maroc et de Tunisie. Par exemple, le Maroc et l'Algérie se classent respectivement aux 2^e et 4^e rangs des pays de naissance des nouveaux arrivants pour la période 2001-2005 (Gouvernement du Québec, 2006). En 2008, la migration maghrébine représente 19,2 % des personnes arrivées cette année-là au Québec. Enfin, bien que les Maghrébins au Québec soient fortement éduqués, ces derniers vivent des processus de déqualification professionnelle.

Usage simultané d'une pluralité de soins

L'analyse des itinéraires thérapeutiques des personnes interviewées dans ces deux études met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des « aides informelles », mais également un aller-retour entre pratiques locales et pratiques transnationales. Ainsi, selon les données recueillies, les liens transnationaux modifient l'envergure des itinéraires thérapeutiques de ces nouveaux arrivants. En plus de fréquenter des établissements de santé à Montréal et diverses ressources informelles, la plupart de ces personnes font appel à des ressources situées à l'extérieur du pays, soit au pays d'origine ou encore dans un pays tiers. Ces pratiques transnationales liées à la santé incluent à la fois les soins médicaux et les pratiques traditionnelles. Elles peuvent aller de soins routiniers du corps jusqu'au traitement de maladies graves.

Le reste de la communication sera consacré à l'examen de différents types de pratiques transnationales relatives à la santé et de leur imbrication avec des pratiques locales.

Informations et conseils du réseau

Tout d'abord, l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication s'avère un vecteur privilégié des connaissances et des pratiques relatives à la santé. Dans bien des cas, les migrants font appel à leur réseau, tant au Québec qu'à l'étranger, pour recevoir de l'aide ou obtenir des conseils et des informations entourant la prévention ou la guérison, les traitements ou encore les services disponibles, et ce, même s'ils utilisent les services de santé montréalais. La famille constitue alors un acteur-clé du système de soins, tant comme consommatrice que productrice de soins de santé, selon les termes de Geneviève Cresson (1995). Par exemple, lors d'une naissance, les jeunes mères contactent régulièrement leur famille pour obtenir de l'information concernant l'allaitement ou les soins à prodiguer à l'enfant, même si la plupart utilisent les services de santé disponibles au Québec. Par exemple, Syrine⁸, une Algérienne mère de deux jeunes enfants, appelle parfois en Algérie pour connaître des petits remèdes traditionnels, pour soigner la toux par exemple.

⁸ Pour préserver l'anonymat des répondants, tous les prénoms sont des pseudonymes.

Celle-ci raconte : « Ça dépend [...] comment préparer telle ou telle chose ou quand mes enfants tombent malades et que tu vas à l'hôpital et qu'on te dit qu'il n'y a rien à faire, prenez-le à la maison. Ici, ils ne donnent pas beaucoup de médicaments... Donc, c'est des petits remèdes de grand-mère, si tu veux. Pour la toux, pour calmer la toux, (par exemple) ».

Par ailleurs, les réseaux de parenté au Québec, mais également entre le Québec et le pays d'origine, ou un autre pays, se mobilisent lorsqu'un membre de la famille traverse des moments difficiles, comme un problème de santé, mais aussi à d'autres moments du cycle de vie familial. À ces occasions, ces contacts peuvent notamment devenir une source d'aide pratique ou financière pour les migrants. À cet égard, on observe dans divers entretiens que des membres de la famille se déplacent pour soutenir le migrant ou la migrante. C'est le cas à nouveau de Syrine. Lors de son premier accouchement, sa mère est venue d'Algérie pour l'aider avec les soins du nouveau-né et les tâches ménagères. Elle est restée deux mois et a été d'un grand soutien. Durant cette période, Syrine a eu recours de façon minimale aux autres services de soins. Elle s'est sentie bien prise en charge : « donc, dit-elle, je n'ai pas vraiment [souffert] parce que j'ai toujours eu de l'aide ».

Lors de maladie ou de problème de santé, les liens transnationaux peuvent aussi devenir une source d'aide financière permettant l'obtention d'un traitement médical au Québec.

Médicaments et remèdes

Au-delà des informations et de l'aide, ce sont aussi les médicaments et les produits de soins qui circulent dans ces réseaux informels. Les remèdes traditionnels⁹ et les médicaments obtenus à l'étranger s'ajoutent à ceux achetés au Québec. Pour se soigner, plusieurs personnes ramènent de tels produits de leur pays d'origine et d'ailleurs ou les font venir par l'entremise de la famille ou d'amis.

Si certaines personnes indiquent faire davantage confiance, par habitude, aux médicaments qu'ils connaissent depuis longtemps et qui ne sont pas nécessairement disponibles au Québec, des conditions structurelles, dont l'accessibilité du système de santé, sont importantes pour comprendre pourquoi ce type de pratique semble assez fréquent. Plusieurs médicaments au Québec ne peuvent être achetés sans posséder une ordonnance obtenue auprès d'un médecin.

⁹ Quelques personnes obtiennent aussi dans le pays d'origine quelques remèdes simples utilisés pour des affections bénignes, tels que des rhumes, souvent préparés à partir de plantes indigènes.

Quelques personnes interviewées ne sont pas couvertes par le régime d'assurance-maladie, ni par un régime d'assurance santé privé tandis que d'autres n'ont pas accès à un médecin de famille ou spécialiste. Les nouveaux arrivants doivent attendre une période pouvant aller jusqu'à trois mois après leur inscription avant d'être couverts par le régime d'assurance-maladie du Québec et de bénéficier de consultations gratuites (le système de santé au Québec est un système public). Durant ce laps de temps, s'ils ne veulent pas défrayer les coûts engendrés par des soins médicaux, ils doivent souscrire à un régime d'assurance-maladie privée. Cette mesure, établie en 2001, se traduit par le fait que beaucoup de personnes non assurées se retrouvent chaque année sans soins ou dans une situation économique difficile en raison de dettes contractées pendant le délai de carence. À ce propos, Adnane indique que, faute d'ordonnance, de nombreux compatriotes font venir des médicaments d'Algérie : « Là-bas, tu peux t'acheter presque tous les médicaments chez un pharmacien, sans prescription médicale. Ce n'est pas bien organisé comme ici. Ici, il faut passer par un médecin pour avoir un médicament. ». De plus, dans certains cas, même s'ils peuvent se procurer les médicaments au Québec, leur coût peut être beaucoup plus élevé qu'ailleurs et donc hors de prix pour plusieurs compte tenu de leurs ressources financières limitées.

Soins formels

Comme illustré dans l'exemple précédent, les pratiques transnationales liées à la santé incluent non seulement les pratiques traditionnelles, mais également les soins médicaux modernes. Même si la plupart des personnes interviewées ont accès à des soins formels au Québec, il arrive que certaines d'entre elles retournent temporairement au pays d'origine pour recevoir des soins médicaux, notamment des soins dentaires, qui peuvent être par exemple jugés hors de prix au Québec ou encore non disponibles dans le cas des personnes non couvertes par l'assurance-maladie. En fait, bien que le régime d'assurance-maladie du Québec couvre une multitude de services, de nombreux besoins médicaux et connexes – soins dentaires, lunettes, médicaments délivrés sur ordonnance, peuvent occasionner des dépenses privées.

C'est le cas de Malik, toujours couvert par ses assurances privées tunisiennes, qui a préféré se rendre en Tunisie pour obtenir des soins dentaires qu'il jugeait hors de prix au Québec. Selon ses calculs, il revenait moins cher d'acheter un billet d'avion que de se faire traiter à Montréal. En même temps, cela lui donnait l'occasion de passer des vacances dans son pays d'origine. D'autres personnes s'adressent à des médecins à l'étranger, par téléphone ou courrier électronique, souvent lorsqu'elles n'ont pas accès à un médecin de famille au Québec, ce qui s'avère assez fréquent. Elles se procurent ensuite les médicaments conseillés par courrier ou par l'intermédiaire d'amis ou de membres de la famille.

Bricolage des ressources

Il est important de souligner ici que le recours à des ressources transnationales ne constitue nullement la seule option pour les Maghrébins au Québec, comme pour les nouveaux arrivants. Au contraire, en dépit des nombreux obstacles rencontrés, plusieurs des personnes interviewées accèdent à divers services du réseau de la santé québécois, souvent à travers l'aide de la famille et des amis, qui les informent sur les services existants ou qui leur apporte un soutien financier.

Comme les exemples précédents l'illustrent de diverses façons, les personnes interviewées combinent un ensemble de ressources en matière de santé, puisant à la fois dans des pratiques et services locaux et dans d'autres, mobilisés à travers les réseaux transnationaux. Ce faisant, ils mettent en place ce qui ressemble à un bricolage de traitement. Il est clair que ce bricolage n'est pas complètement *ad hoc*. Dans le cas des Maghrébins au Québec, des besoins plus pragmatiques ou la présence de réseaux personnels, mais aussi des obstacles ou des opportunités dont l'accessibilité des services, amènent les migrants à développer des stratégies dans la recherche de soins et, ce faisant, modifient leurs itinéraires thérapeutiques. On ne saurait donc établir un ordre quant à la succession des différents types de recours. Selon un ensemble d'éléments¹⁰, une même personne pourra privilégier, par exemple, dans un cas, la consultation d'un médecin au pays d'origine, et dans un autre cas, le recours à des ressources locales.

Le cas de Syrine, cité précédemment, est une bonne illustration de cet argument. Lors de son deuxième accouchement, elle n'a pas pu bénéficier de la présence de sa mère, les règles pour obtenir un visa permettant un court séjour ayant été resserrées. Syrine a beaucoup souffert de cette absence, surtout parce qu'elle a traversé une phase de dépression suite à l'accouchement. En même temps, l'obstacle posé par le refus de visa est devenu un événement déclencheur important qui a complètement transformé son itinéraire thérapeutique. On note surtout au cours de cette période un bricolage de diverses ressources afin de pallier à l'absence de sa mère. Au niveau local, elle a recours à plusieurs ressources communautaires : une association de soutien aux nouvelles mères; une accompagnatrice lors de l'accouchement; des « mamans visiteuses », c'est-à-dire des mères bénévoles qui vont à domicile pour effectuer de petites tâches et s'occuper de l'enfant plus âgé; un organisme de « grands-mamans » bénévoles pour le gardiennage. Du côté du réseau formel de santé, elle reçoit les services d'une auxiliaire familiale (une aide-infirmière) pendant six mois. En même temps, ce bricolage fait appel aux réseaux transnationaux. Ainsi, la mère d'une amie algérienne de passage à Montréal joue un rôle important de « substitut » auprès de Syrine. Cette dernière lui accorde une importance

¹⁰ Incluant aussi la nature de la maladie et l'interprétation qu'en donne le malade, mais aussi la situation de l'individu au moment où survient cette maladie

« symbolique » parce que, comme elle l'explique, en Algérie, ce sont les femmes âgées qui agissent en quelque sorte comme une autorité en matière de périnatalité pour les plus jeunes. Syrine se tourne également vers un frère qui habite aux États-Unis pour obtenir du soutien. Malgré la distance géographique, le lien familial demeure très important pour celle-ci.

Bref, on voit ici comment un événement déclencheur, le refus de visa dans ce cas précis, oblige les individus à revoir et renégocier leurs options en matière de soins. On pourrait aussi penser à d'autres types d'événements déclencheurs, dont l'influence de certains est ressortie dans les exemples précédents : par exemple l'insertion dans un nouveau réseau, une ressource « noyau » qui guide les individus dans l'orientation de leurs itinéraires thérapeutiques, la situation financière des individus, mais également plusieurs contraintes structurelles : l'accessibilité des services, les barrières linguistiques, la méconnaissance des services ou une mauvaise expérience avec un type de soins ou soignant.

Ce réaménagement de l'itinéraire thérapeutique amène en même temps une constante reconfiguration des liens entre les pratiques et les services locaux et transnationaux. Les éléments qui déterminent l'organisation des itinéraires thérapeutiques sont donc d'une grande complexité et d'une grande variabilité.

Conclusion

Dans le contexte canadien, les études suggèrent que la santé des immigrants est généralement meilleure que celles des natifs dans les premières années suivant leur établissement au pays, mais qu'elle se détériore avec le temps (McDonald et Kennedy, 2004). Les personnes que nous avons rencontrées lors de nos recherches ont toutes immigrées récemment et maintiennent encore des liens importants avec des personnes et ressources dans le pays d'origine. Nous proposons que si les migrants continuent à bénéficier de ces ressources transnationales, celles-ci peuvent contribuer, directement ou indirectement au maintien de leur bonne santé à plus long terme.

La mobilité apparaît ici comme un événement amenant à développer des compétences particulières, à faire appel à de nouvelles ressources et stratégies pour gérer la santé et la maladie. Il est clair que, du point de vue des individus, on note des différences en ce qui a trait aux possibilités d'accéder ou de participer à des pratiques transnationales de santé. Des différences dans le statut légal, les moyens financiers, l'éducation et même le genre se révèlent significatives, mais ne sont pas les seules. C'est que les migrants et les membres de leur famille transnationale se trouvent à des endroits précis à des moments précis et les barrières politiques, culturelles ou linguistiques qu'ils doivent franchir par exemple, affectent les moyens auxquels ils ont recours

pour fournir ou obtenir des soins. Par exemple, le contexte socio-économique et politique du pays hôte, en modulant les opportunités qui s'offrent aux migrants, détermine le type de ressources relatives à la santé auxquelles ils peuvent accéder. Les contraintes rencontrées influencent le recours à des ressources transnationales, en permettant ou limitant leur usage. C'est donc en partie en fonction des barrières rencontrées dans l'accès aux soins que les migrants sont amenés à développer des stratégies spécifiques leur permettant à la fois de contourner les obstacles et de bricoler avec des ressources alternatives afin de rencontrer leurs besoins en matière de santé.

La mobilité permet ce bricolage. C'est à travers elle que les migrants acquièrent des connaissances intimes des différents univers de soins et de pratiques; connaissances qui peuvent être mobilisées de façon stratégique et qui traversent les frontières étatiques. Au cours des dernières années, les chercheurs étudiant la migration transnationale ont insisté sur le fait que mobilité et processus d'insertion ne sont pas contradictoires ou mutuellement exclusifs, comme ils ont longtemps été conçus, mais plutôt complémentaires, bien que selon des modalités différentes (Faist, 2000; Kivisto, 2001; Levitt et Glick Schiller, 2004; Morowska, 2003). L'examen des itinéraires thérapeutiques des Maghrébins au Québec, en révélant l'imbrication entre les activités transnationales de santé et les activités locales, permet donc de voir se dessiner les liens entre mobilité et le maintien de la bonne santé en contexte migratoire.

Bibliographie

Battaglini, A. (2000), Culture et santé, in Gravel, S., Battaglini, A. (dir.), *Culture, santé, ethnicité*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux, pp. 57-75.

Cresson, G. (1995), *Le travail domestique de santé, Analyse sociologique*, Paris : L'Harmattan, coll. logiques sociales.

Csordas, T. et J. Kleinman (1996), "The therapeutic process", in: Carolyn F. Sargent and T.M. Johnson, *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Westport, London, Praeger, pp. p. 3-20.

Faist, T. (2000), Transnationalization in international Migration : implications for the study of citizenship and Culture, *Ethnic and Racial Studies*, 23 : 189-222.

Glick Schiller, N., Basch, L. et Blanc-Szanton, C. (1992), *Towards a Transnational Perspective on Migration : Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*, New York, New York Academy of Sciences.

Gouvernement du Québec, (2005), *Tableaux sur l'immigration au Québec. 2001-2005*, Immigration et Communautés culturelles, Québec.

Guberman, N. et Maheu, P. (1997), *L'utilisation des ressources d'aides par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Montréal : Ex-CLSC Centre-ville de Montréal.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S. et Alvarado, E. (1994), *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Montréal : Université de Montréal, École de service social, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Janzen J.M. (1978) *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

Johnson, T.M. et C.F. Sargent (sous la dir) (1990), *Medical Anthropology. A handbook of Theory and Method*, New York, Cresswood Press.

Kivisto, P. (2001), *Theorizing Transnational Immigration : A critical review of current efforts*, *Ethnic and Racial Studies*, 24 (4) : 549-577.

Krause, K. (2008). "Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London." *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(2) : 235 - 251.

Le Gall, J. et Cassan, C. (2007), « Parcours de soins d'hommes immigrants et découpage sociosanitaire du territoire : des logiques distinctes », in Leloup, X. et Radice M. (dir.), *Les Nouveaux territoires de l'ethnicité*, PUM, pp. 57-72.

Levitt, P. et Glick-Schiller, N. (2004), "Conceptualizing Simultaneity : A transnational Social Field Perspective on Society", *International Migration Review*, 38 : 1002-1039.

Massé, R. (2006), « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », in *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine : formation et collaboration*, Colloque des 3 et 4 mai 2006, CHUV, Lausanne, Bern, Suisse, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, pp. 93-103.

Menjívar, C. (2002), "The Ties that Heal : Guatemalan Immigrant Women's Networks and Medical Treatment", *International Migration Review*, 36 (2) : 437-466.

McDonald, J.T. et S. Kennedy (2004), "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada", *Social Science and Medicine*, 59(8), : 1613-1627.

Morawska, E. (2003), "Immigrant transnationalism and assimilation : a variety of combinations and the analytical strategy it suggests", in C Joppke and E. Morawska (eds), *Toward assimilation and citizenships : immigrants in Liberal nation-states*, New York, Palgrave. Pp. 133-175.