



COLLOQUE
AMADES
Association d'Anthropologie Médicale
Appliquée au Développement Et à la Santé **2009**

LISST
Laboratoire Interdisciplinaire,
Solidarités, Sociétés, Territoires

Santé et mobilités au Nord et au Sud

Circulations des acteurs, évolutions des pratiques

Colloque international organisé par
AMADES, le LISST, l'IFERISS, l'Université Cheikh Anta Diop et l'IRD

16-18 septembre 2009
Toulouse, France

30 septembre 2009
Dakar, Sénégal

Résumés

DES COMMUNICATIONS



SOMMAIRE

Mercredi 16 Septembre 2009 : Toulouse, Institut d'études politiques.

9h15 - 10h45 : Plénières. Amphithéâtre Bodin (Pdt : R. Massé) 2

Session A : Ajustements des systèmes, des politiques de santé et des pratiques de soins aux migrants malades et/ou vulnérables. Amphithéâtre Bodin

11h15. Atelier A1 : Dynamiques des systèmes de santé face aux mobilités. (Pdte : S Fortin) 3

14h. Atelier A2 : Accommodements avec le droit et l'éthique chez les praticiens. (A-M Moulin) 7

16h. Atelier A3 : Réaménagements des pratiques de soin et questionnements interculturels.
(Pdte : A. Sarradon-Eck) 11

Session B : Globalisation des modèles et des normes de santé. Amphithéâtre Jaurès.

11h15 : Atelier B1. Globalisation des modèles et normes de santé. (Pdt : G. Bibeau) 15

14h : Atelier B2. Le rôle des ONG dans le transfert des modèles de santé. (Pdt : V. Ridde) 19

16h15 : Atelier B3. Circulations des produits et des médicaments :
vers des espaces de soins déterritorialisés. (Pdte : S. Fainzang) 24

Session AB : Mixte. Amphithéâtre Montesquieu.

11h15 : Atelier AB1. Penser la "santé mondialisée" (Pdt : R. Massé) 29

14h : Atelier AB2. Les institutions face à la mobilité des soignants et des usagers. (Pdt JP Albert) 32

Jeudi 17 Septembre 2009 : Toulouse, Institut d'études politiques.

9h-10h30 : Plénières. Amphithéâtre Bodin (Pdte : S. Mulot) 37

Session C. Circulations des malades et des thérapeutes : Mobilités sanitaires et négociations thérapeutiques. Amphithéâtre Bodin

11h : Atelier C1. Tourisme médical et migrations sanitaires. (Pdt : L. Pordié) 38

14h : Atelier C2. Quand les tradi-thérapeutes migrent. (Pdt : JP Olivier de Sardan) 41

16h : Atelier C3. Mobilités des médecins. (Pdt : T. Lang) 45

Session D : Expériences de la santé et de la maladie dans la mobilité. Amphithéâtre Jaurès

11h : Atelier D1. « Ici Là-bas » : continuités et ruptures dans les représentations
et les pratiques de santé. (Pdt : L. Vidal) 48

14h : Atelier D2. Stratégies et accès aux soins chez les migrants. (Pdte : HS Missaoui) 52

16h : Atelier D3. Les ressources que mobilisent les migrants pour leur santé. (Pdt : B. Taverne) 56

Session CD Mixte du matin. Amphithéâtre Montesquieu.

11h-12h30 : Atelier mixte CD1. Délocalisations des malades et des soins. (Pdt I. Rossi) 59

Vendredi 18 Septembre 2009 : Toulouse. Université Toulouse le Mirail.

Assises de l'anthropologie de la santé. (Pdte A Sarradon-Eck) 62

Mercredi 30 Septembre 2009 : Dakar, Université Cheikh Anta Diop.

Session du colloque à Dakar, en visio-conférence avec Yaoundé (A. Desclaux et L. Vidal).

10h30 : Session 1. Migrants et santé. (Pdt : L. Ndiaye) 64

13h45 : Session 2. Mobilité des soignants. (Pdt : K. Sow) 69

15h30 : Session 3. Mondialisation des thérapies. (Pdt : S. Faye) 72



Mercredi 16 Septembre 2009 : Toulouse, Institut d'études politiques.

9h15 - 10h45 : Plénières présidées par Raymond Massé. (Amphithéâtre Bodin)

1. **Yannick Jaffré** (CNRS, Marseille, France) (sous réserve)
Expériences de confrontations des savoirs et des modèles de santé en Afrique de l'Ouest

2. **Fred Eboko**

« La migration est-elle une pathologie ? Enjeux politiques et anthropologiques »

Structure de rattachement : Chargé de recherches à l'IRD. UMR 912 IRD – INSERM – U2
Marseille
Contact : fred.eboko@ird.bondy.fr

Notre intervention vise à questionner les faits de santé par le prisme des migrations et des mobilités. Le monde globalisé connaît une exceptionnelle avancée des échanges et des informations qui masque aussi des différentiels en matière d'accès aux soins. A partir d'un regard africaniste, il s'agit modestement de mettre en lumière les représentations et les pratiques que génèrent les migrations africaines (internes et externes) face aux grandes questions contemporaines de santé. Au-delà de ces migrations africaines, il est aussi question d'insister sur les logiques et les apories politiques qui accompagnent les questions de mobilités face à l'accès aux soins, au bout des trajectoires migratoires. L'interprétation politique de la prise en charge des personnes en situation de mobilité varie d'un pays à l'autre, d'une histoire politique à l'autre. Quels rapports entretiennent ces différentiels de prise en charge, de traitement et d'accès aux soins avec l'idéal éthique médical ? Du Nord au Sud de la planète, d'un pays africain à l'autre, c'est toujours par une combinatoire de variables (économiques, politiques, « culturelles », historiques, sanitaires, etc.) que s'explique la manière avec laquelle la santé est un miroir de l'altérité et un prisme du rapport à soi. Vu sous l'angle des mesures internationales et politiques, les migrations sont souvent conçues comme un péril, quand l'histoire nuance ou révoque cette hypothèse. La lecture bijective entre pathologies et immigrations quelques fois admise comme une évidence aux sommets des Etats, au Nord comme au Sud, en Afrique comme ailleurs, permet de poser la question titre que nous déconstruirons : « la migration est-elle une pathologie ? ».



Session A : Ajustements des systèmes, des politiques de santé et des pratiques de soins aux migrants malades et/ou vulnérables. (*Amphithéâtre Bodin*).

11h15-12h45. Atelier A1 : Dynamiques des systèmes de santé face aux mobilités.

Présidente : Sylvie Fortin (Université de Montréal, Montréal, Canada)

1. Lara Maillet

« De la pratique à la gouverne, adapter les organisations de santé de première ligne à la prise en charge de nouveaux arrivants au Québec : un modèle novateur. »

Structure de rattachement : Etudiante au PhD Santé Publique, Université de Montréal, Québec, Canada. Affiliée au DASUM, au Centre FERASI et au GRIS.

Contact : lara.maillet@gmail.com

Les réformes des dernières années à travers le système de santé québécois visent à améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts aux populations. C'est dans cette optique que les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les Groupes de médecin de famille (GMF) ainsi que les Cliniques réseaux affiliés (CRA) ont été créés. Cet ensemble de services de santé doivent à présent travailler en collaboration et en réseau via la création et l'application des Réseaux locaux de services (RLS). Dans ce cadre, la coordination des services de première ligne est mise de l'avant afin d'améliorer l'accessibilité de la population à l'ensemble des services offerts (MSSS, 2006). Du point de vue législatif, ces nouvelles structures deviennent imputables de la santé de la population de leur territoire : c'est l'officialisation du concept de responsabilité populationnelle. Plus spécifiquement, l'approche populationnelle préconisée au niveau des soins de santé de première ligne exige également de réfléchir aux stratégies de prise en charge au sein d'une population qui se diversifie culturellement (Faist, 2009; Frohlich & Potvin, 2008). Si la dynamique du processus migratoire est de mieux en mieux documentée, les capacités et les besoins organisationnels permettant un ajustement et une adaptation des services le sont beaucoup moins (Green-Hernandez, Quinn, Denman-Vitale, Falkenstern, & Judge-Ellis, 2004; Rosenheck, 2001).

Le but de notre présentation sera de décrire un **cadre conceptuel novateur**, permettant l'analyse des processus d'adaptation et de changement vécus à travers la pratique et la gouverne des organisations de santé de première ligne, en lien avec la prise en charge de nouveaux arrivants, et le mandat de responsabilité populationnelle. Ce cadre s'appuie notamment sur des concepts tels que les « CSSS promoteurs de santé » (Dedobbeleer et al., 2008), la gouvernance clinique (Pomey, Denis, & Contandriopoulos, 2008) et le processus d'institutionnalisation de nouvelles pratiques au sein d'une organisation (Barley & Tolbert, 1997; Lounsbury & Crumley, 2007). Une grande importance est aussi apportée au contexte. Nous souhaitons donc analyser les pratiques et la gouverne sous différents angles (tactique, stratégique et opérationnel) (Glouberman & Mintzberg, 2001) afin de refléter au mieux la complexité que représente l'ajout de la variable « nouveaux arrivants » au sein des organisations de santé de première ligne au Québec.

Ce projet novateur permettra de mettre en lumière les interactions et les niveaux d'intégration existant entre les différents paliers organisationnels et professionnels de l'organisation de santé. L'analyse du processus d'adaptation des établissements de santé à la prise en charge de nouveaux arrivants n'en sera que plus riche. Il pourra engendrer, d'un point de vue théorique, une réflexion quant aux différents cadres organisationnels et systémiques capables de s'adapter à de nouveaux



défis, tant au niveau de la pratique que de la gouverne. À la suite du projet doctoral, des recommandations seront formulées à différents niveaux : d'une part, au niveau opérationnel (clinique) et d'autre part, aux niveaux tactique et stratégique. Nous croyons que la majorité des professionnels du réseau de la santé au Québec ne sont pas suffisamment outillés pour répondre, dans un souci constant de justice et d'équité des soins donnés à l'ensemble de la population, aux besoins spécifiques de certaines populations dont les nouveaux arrivants. De plus, ces résultats pourront être utilisés et s'appliquer à une mise en place future d'établissements « Amis des migrants », dans le cadre de l'implantation de plus en plus répandue de CSSS et d'hôpitaux « promoteurs de santé » au Québec.

Références :

- Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution. *Organization Studies*, 18(1), 93-117.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A., Nguyen, H., Rousseau, L., Lamothe, L., & Bilterys, R. (2008). *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpital promoteur de santé »*. Montréal: GRIS, Université de Montréal.
- Faist, T. (2009). Diversity: a new mode of incorporation? *Ethnic and Racial Studies*, 32(1), 171 - 190.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*, 98(2), 216-221.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health Care Manage Rev*, 26(1), 70-84; discussion 87-79.
- Green-Hernandez, C., Quinn, A. A., Denman-Vitale, S., Falkenstern, S. K., & Judge-Ellis, T. (2004). Making primary care culturally competent. *Nurse Pract*, 29(6), 49-55.
- Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New Practice Creation: An Institutional Perspective on Innovation. *Organization Studies*, 28(7), 993-1012.
- MSSS. (2006). *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité* (Document de consultation). Québec: MSSS.
- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 183-194.
- Rosenheck, R. A. (2001). Organizational process: a missing link between research and practice. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1607-1612.



2. Marion DAVID

« *Recompositions et permanences des interventions sanitaires en milieu de prostitution face à l'arrivée de prostituées migrantes* »

Structure de rattachement : Doctorante CENS/Université de Nantes – ANSO/UCL (Belgique)

Contact : mariondavid30@yahoo.fr

Depuis les années quatre-vingt-dix, on assiste à l'arrivée en nombre important de femmes d'origine étrangère sur les lieux de prostitution européens. Dans un premier temps ces migrations étaient essentiellement le fait de populations originaires de régions ayant des liens historiques avec les pays de destination (ainsi, en France, il s'agissait alors de personnes provenant du Maghreb et d'Afrique noire francophone). Puis, à la fin des années quatre-vingt-dix, la plupart des pays d'Europe occidentale furent concernés par l'arrivée de femmes originaires des pays de l'ex-bloc soviétique (Albanie, Bulgarie, Ukraine, Moldavie, Roumanie), et, par la suite, d'Afrique anglophone (Nigeria, Sierra Leone, Ghana). Aujourd'hui, ces migrantes sont devenues majoritaires au regard des autres populations pratiquant l'activité de prostitution (prostituées dites traditionnelles, transsexuels, hommes, etc.). Ainsi lorsqu'on estime par exemple qu'il y aurait entre 15000 et 20000 personnes se prostituant en France et 12000 en Belgique, la proportion de femmes étrangères représenterait près de 70% de cette population¹. Face à cette évolution liée à un contexte de mondialisation, on peut s'interroger sur la manière dont les dispositifs médico-sociaux spécialisés dans l'intervention en milieu de prostitution, pour la plupart créés au début années 90 suite à l'apparition de l'épidémie de sida, ont été amenés à modifier le contenu et les modalités de leurs pratiques de santé ainsi que les représentations qu'ils associent aux populations concernées (ces deux aspects étant bien sûr interdépendants). Un tel questionnement constituera donc le propos de notre communication; il s'inscrit plus largement dans le cadre d'un doctorat portant sur les interventions sanitaires réalisées -en France et en Belgique- en direction des personnes se prostituant ainsi que sur la mobilisation morale et politique du registre de la santé autour du phénomène prostitutionnel. A l'occasion de cette présentation, nous exposerons tout d'abord les caractéristiques générales du champ médico-social existant. Nous constaterons alors que l'arrivée en nombre important de ces prostituées étrangères a conduit la plupart des structures concernées à adapter leur offre de soins et de prévention afin de faciliter le contact avec ce public difficile d'accès (actions de proximité régulières et inscrites dans la durée, à bas seuil d'accès, recourant à la médiation culturelle, etc.) mais également de répondre à ses demandes spécifiques (offre de santé généraliste visant l'insertion dans le droit commun et associée à la défense des droits des personnes). Dans le même temps, il apparaîtra que certains dispositifs ayant historiquement inscrit leur action sanitaire dans le cadre d'une reconnaissance professionnelle de l'activité de prostitution peinent à inclure les nouvelles arrivantes dans leur intervention (difficultés à établir un lien avec cette population mouvante pratiquant souvent la prostitution de façon transitoire) et à leur proposer une offre médicale qui leur soit adaptée (intervention limitée à la prévention du VIH et des IST ne répondant pas aux autres problèmes de santé rencontrés par ce public précaire). Enfin, à partir du cas de la ville d'Anvers ayant mis en place une politique locale de régulation de la prostitution (comprenant un soutien à des actions spécifiques de prévention du VIH), nous nous interrogerons sur la manière dont certains enjeux politiques -liés à des objectifs d'ordre public et de contrôle des populations migrantes- peuvent venir interférer avec les préoccupations de santé publique affichées et compromettre l'action de santé réalisée en direction des prostituées étrangères.

¹ Précisons cependant que si ces chiffres peuvent révéler certaines tendances, ils sont à manier avec de grandes précautions. En effet ils concernent des personnes souvent en situation de double illégalité (migrantes en situation irrégulière et prostituées) dont la présence sur les lieux de prostitution est instable et fluctuante. Ils sont en outre tributaires des buts qu'on leur assigne (grossir un phénomène ou à l'inverse le réduire pour justifier une politique).



3. Martin Yaba

« Mobilité des populations en situation de guerre et conséquences des conflits armés sur les infrastructures de santé, les recours thérapeutiques et la santé des populations : cas du Congo Brazzaville »

Structure de rattachement : Union Pour l'étude et la Recherche sur la Population et le Développement (UERPOD), Congo Brazzaville.

Contact : yabamartin@yahoo.fr

La plupart des pays qui sortent des conflits armés sont confrontés à des nombreux défis, parmi lesquels, l'assistance humanitaire, la sécurisation, la consolidation de la paix, la reconstruction, la prise en charge médicale en termes de (offre et la demande), la relance du processus du développement socio-économique, l'assistance aux groupes vulnérables et la prise en charge des populations victimes de guerre. Au Congo Brazzaville, alors que les guerres de 1993 et 1997 n'ont touché principalement que les quartiers de Brazzaville, celle de 1998-1999 s'est étendue dans les quatre régions sud-ouest du pays : Pool, Bouenza, Niari et Lékoumou. De plus, le Congo a été particulièrement meurtri par un conflit socio-politique à plusieurs rebondissements, d'abord en 1993, ensuite en 1997 et enfin en 1998/1999. Ce conflit socio-politique a non seulement généré des combats militaires, mais également conduit à la destruction du tissu socio-économique national. Ont été affectés, aussi bien les rapports communautaires et sociaux, que les services de bases (éducation et santé) avec pour conséquence la détérioration des conditions sociales et l'émergence des pathologies au sein des populations déjà meurtries par les effets de la crise socio-économique que traversait le pays depuis la deuxième moitié des années 80.

La présente communication s'appuie sur les résultats de l'étude sur le bilan social au Congo réalisée dans les quatre régions du 29 mars au 30 avril 2001. Cette étude porte sur l'Etude du bilan social au Congo réalisée par l'UERPOD à la demande du gouvernement, appuyée financièrement par la Banque Mondiale et l'Agence Française de Développement. L'objectif assigné à cette communication vise à « fournir une base d'informations sur la mobilité des populations en situation de conflits armés, d'évaluer les conséquences sociales des conflits armés sur la santé des populations. Cette communication doit permettre de : (i) décrire les infrastructures sanitaires ; (ii) les recours thérapeutiques utilisés par ces dernières ; (iii) les types de pathologies ; (ix) les causes de morbidité des populations victimes de conflits socio politiques, les attentes de ces dernières et les stratégies adaptées au contexte de conflits».

Combinant des techniques de la recherche documentaire (registres médicaux, fiches de soins), d'entretien semi-directif avec l'aide d'un questionnaire et de l'observation directe, l'étude s'est focalisée sur les structures de santé, les responsables ou gestionnaires desdites structures, les populations victimes de conflits armés, les femmes, les hommes adultes, des chefs de ménage et des chefs de quartier ou de village. Au total, vingt (20) localités réparties dans les quatre régions ont été couvertes. Le choix de ces localités a été fait de façon raisonnée en tenant compte des critères d'accessibilité géographique et de sécurité.



14h-16h. Atelier A2 : Accommodements avec le droit et l'éthique chez les praticiens.

Présidente : Anne-Marie Moulin (CNRS, CEDEJ, France)

1. Cyril Farnarier

"De l'adaptation au public au questionnement politique. Les familles migrantes dans les consultations de Protection Infantile"

Structure de rattachement : SHADyC-EHESSS/CNRS, Marseille, France.

Contact : cyril.farnarier@gmail.com

À partir de l'exemple des consultations gratuites de protection infantile en France et des adaptations de ce service aux besoins et demandes du public auquel il s'adresse, cette communication interroge les évolutions et la portée de l'action d'une politique de santé publique préventive.

Pour cela notre communication se comprendra deux parties.

Dans un premier temps, nous retracerons rapidement le parcours intellectuel et le « retournement » de sujet de recherche que nous avons connu lors de notre enquête de terrain. Nous avons débuté notre recherche dans les consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour y étudier les modifications de pratiques de soin à l'enfant opérées par les familles migrantes ou issues de l'immigration à la suite de leur rencontre avec les professionnels de ces consultations, porteurs d'une « puériculture à la française ». Après une première période d'observation, notre travail de recherche fut réorienté sur l'adaptation du service et de ses intervenants aux conditions économiques, familiales, culturelles et sociales des familles ayant recours aux consultations.

Dans un second temps, nous analyserons alors le sens que recouvrent ces adaptations du service en termes de pratiques de prévention à la santé globale de l'enfant, plus particulièrement lorsqu'elles s'adressent à des populations migrantes ou issues de l'immigration. Nous verrons qu'à travers ces négociations du quotidien s'effectue une redéfinition partielle du rôle des consultations de Protection Infantile. Un questionnement général se pose alors à ces structures de santé publique.

Quelle est la part à accorder au travail d'investigation mené sur les conditions de vie des familles dans la mission de prévention socio-sanitaire de ces consultations de protection infantile ? D'autre part, alors que la « culture d'origine » des familles est encore souvent présentée, de prime abord, comme une des principales difficultés à surmonter dans la relation usager/intervenant du service, l'analyse montre que les conditions socio-économiques dans lesquelles elles vivent posent des problèmes généralement bien plus importants que les questions d'ordre culturel.

Face à cette double contrainte du travail quotidien, les intervenants des services de PMI en viennent à remettre en cause les formes et la légitimité de leurs interventions. Ainsi, dans les consultations de protection infantile, au « faux problème » de la culture des migrants s'opposent les vraies questions des conditions de leur insertion dans la société d'accueil.



2. Elhadji Mamadou Mbaye

"Réalités et enjeux éthiques de la prise en charge hospitalière des migrants vivant avec le VIH/sida".

Structure de rattachement : IEP, Grenoble, France.

Contact : elhadjimbaye@gmail.com

Après l'arrivée des trithérapies en France en 1997, la désaffection des « malades experts » rend plus visible aussi bien au sein des associations de soutien aux malades que dans les hôpitaux, la réalité des migrants vivant avec le VIH/sida. Au sein des hôpitaux, les médecins jadis habitués à des malades contaminés par rapport homosexuel, de classes moyenne, connaissant bien leur maladie, se retrouvent désormais confrontés avec l'arrivée des migrants malades du sida à des patients contaminés par rapport hétérosexuel, dépistés tardivement, venant d'aires culturelles éloignées, particulièrement d'Afrique subsaharienne, ayant des représentations de la maladie différentes et confrontés à des problèmes sociaux particulièrement importants notamment en matière de droit au séjour, à la problématique du logement et à celle de la stigmatisation au sein même des communautés africaines. C'est ainsi que dans le cadre de leur prise en charge hospitalière, les professionnels de santé doivent faire face à ces différentes problématiques. La réussite de leur prise en charge médicale étant directement dépendante de la résolution de ces problèmes sociaux.

Cette prise en charge entraîne deux conséquences directes. D'abord la redéfinition des rôles en matière de prise en charge des malades du sida avec une place de plus en plus importante des travailleurs sociaux, des médiateurs culturels, des psychologues et des associations. Ensuite, une interrogation sur les règles éthiques de la prise en charge. Le respect de la déontologie médicale notamment en matière de prise en charge de tous les malades quelque soit leur origine, leur ethnie ou leur situation administrative, entre ainsi en contradiction fréquente avec les politiques en matière de lutte contre l'immigration. La résolution d'un problème de santé publique pose ainsi inversement un problème en matière d'immigration. Les autorités politiques tentent ainsi, à défaut d'assujettir les médecins à la logique de lutte contre l'immigration, de contourner ces derniers par plusieurs moyens : externalisation de la prise en charge des migrants ou obligations des médecins à utiliser des « fiches de pays » sûrs en matière de santé institués par le ministère de l'immigration. Face à cette stratégie, les médecins hospitaliers, les médecins de la DDASS et les médecins agréés développent ainsi plusieurs stratégies de résistance à cette incursion des politiques d'immigration dans la prise en charge médicale de populations migrantes.

Cette proposition est basée sur une série d'enquêtes et d'observations participantes effectuée dans plusieurs services hospitaliers.



3. Estelle Carde

*« L'accès aux soins en Guyane :
quand usagers et système de soins viennent "d'ailleurs" »*

Structure de rattachement : LISST-CERS, Toulouse, France.

Contact : Estelle.carde@sfr.fr

La Guyane est un terrain privilégié pour l'étude du soin en contexte de migration. Les allochtones y sont en effet particulièrement nombreux, chez les usagers (à l'image de la population résidente en Guyane, dont plus du tiers est étrangère) mais aussi chez les professionnels de l'accès aux soins (qui, bien que français dans leur grande majorité, sont pour partie nés en métropole, c'est-à-dire loin de la Caraïbe dont sont originaires la plupart des usagers, étrangers ou français). Par ailleurs, les enjeux de légitimité que soulève l'accès aux soins des étrangers sont plus prégnants en Guyane qu'en métropole. La restriction progressive des droits aux soins de ceux des étrangers qui sont en situation précaire (d'un point de vue économique et juridique), dont témoigne par exemple chaque nouvelle réforme de l'Aide Médicale d'Etat, prend en effet en Guyane un écho particulier car les étrangers résidant en Guyane sont particulièrement vulnérables. Cette vulnérabilité est souvent tant économique (au sein d'une société locale traversée d'inégalités socio-économiques bien plus accusées qu'en métropole) que juridique (les règles du droit au séjour s'accommodant mal, en Guyane, d'une dynamique migratoire intra-caraïbéenne intense et ancienne).

Cette communication porte sur les pratiques des professionnels métropolitains exerçant en Guyane à l'égard des usagers étrangers en situation précaire. Les premiers se perçoivent comme des immigrés, sur cette terre tropicale, mais sont bardés de la légitimité que leur octroient leur nationalité française et leur statut professionnel. L'accès aux soins des seconds est soumis, entre autres facteurs, à l'appréciation que font les professionnels de leur légitimité à accéder à la solidarité nationale, et en l'occurrence aux soins.

En nous appuyant sur un terrain réalisé en 2002 et actualisé en 2009, nous nous attarderons sur trois situations qui amènent ces professionnels à « prendre position », face à une situation de précarité particulière de l'utilisateur auquel ils ont affaire : lorsque l'utilisateur est dépourvu de documents d'identité (attribution d'un jugement déclaratif de naissance), de résidence en Guyane (suspicion de tourisme médical) ou enfin de titre de séjour (attribution d'un titre de séjour pour soins). On verra comment les professionnels, représentants en Guyane cette métropole d'où sont importés le droit et la règle, adaptent ces derniers quand ils les pensent inappropriés à la réalité locale, voire improvisent quand ils les estiment muets face à des situations imprévues par le législateur, naviguant alors en marge du droit.

On constatera que ces pratiques, en s'affranchissant des règles et du droit, se différencient aussi les unes des autres - même quand elles s'articulent à des conceptions morales partagées par tous. Si par exemple ces professionnels s'accordent en général pour considérer que d'une part les lois françaises sur l'immigration sont inappropriées au contexte local, tant naturel (frontières fluviales) qu'humain (les étrangers au sens juridique du terme ne le sont pas toujours du point de vue historique et culturel) et que d'autre part rendre possible l'accès à un soin optimal est un devoir auquel nul ne peut échapper, leurs pratiques varient considérablement. Leur ancienneté en Guyane, des considérations relatives à leur exercice professionnel (qu'est-ce que le soin, de l'avis d'un médecin, ou le mérite, de celui d'une assistante sociale) ou encore les sources d'information dont ils disposent, s'avèrent influencer notablement leurs pratiques à l'égard des étrangers en demande de soins. Sont ainsi dessinées une série de pratiques dont la diversité même introduit de l'inégalité de traitement, puisque chaque usager pourra être traité différemment selon le professionnel auquel il s'adresse. Surtout, cette diversité illustre la difficulté à situer un consensus social sur l'accès aux soins des étrangers.



4. Myriam Hachimi-Alaoui & Alexandra Nacu

« *L'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Regard croisé sur la relation soignants-patients. Une étude comparative France - Grande Bretagne - Suisse¹* »

Structures de rattachement : Myriam **Hachimi-Alaoui** : Centre Maurice Halbwachs, Equipe de recherche sur les inégalités sociales, (CNRS-EHESS-ENS) & Alexandra **Nacu** : Centre de Sociologie des Organisations (CNRS-Sciences-Po)

Contacts : m.hachimialaoui@gmail.com alexandra.nacu@sciences-po.org

Au-delà des singularités des politiques nationales, les politiques d'immigration et d'asile des pays européens trouvent leur convergence autour de la question de la lutte contre l'immigration irrégulière. Cette lutte est présentée comme une des conditions de l'intégration des immigrés en situation régulière selon une logique qui voudrait que l'exclusion des uns garantisse l'inclusion des autres. Depuis plusieurs années, comme les pays européens, la France s'engage dans une politique de durcissement des frontières. On constate ainsi une illégitimité croissante des migrants en situation irrégulière qui va de pair avec un rétrécissement des droits sociaux des individus aux statuts juridiques les plus précaires.

Notre communication porte plus particulièrement sur l'accès aux soins des populations en situation irrégulière en France, en Grande-Bretagne et en Suisse. Elle interroge l'articulation entre politiques nationales et pratiques locales dans la prise en charge de ce public.

Les trois pays engagés dans la comparaison rencontrent un contexte globalement défavorable à l'accès aux soins des migrants irréguliers. Les dispositions réglementaires des dernières années dans chacun des pays ont rendu cet accès encore plus difficile. Cependant, des différences importantes subsistent entre la France, où un dispositif national de prise en charge existe, et la Grande-Bretagne et la Suisse, où l'accès aux soins de cette population est réservé à certaines catégories de pathologies, voire à des situations exceptionnelles.

Notre communication s'organisera en trois temps. D'abord, nous présenterons les pratiques des personnels de santé et la manière dont l'évolution des dispositifs juridiques et administratifs les affecte dans leur quotidien. A partir des entretiens menés avec des soignants concernés par cette problématique, nous nous intéresserons à leurs stratégies, à leurs manières de s'adapter aux changements des réglementations ou de les contourner ainsi qu'aux conflits que cela peut engendrer. Nous analyserons ensuite leur perception de la transformation de leur métier à la faveur de ces évolutions. Enfin, nous étudierons les implications plus vastes de ces évolutions en les interrogeant à la lumière des transformations des systèmes de santé et de l'évolution des politiques migratoires dans les trois pays.

¹ Ce travail est tiré d'une enquête financée par la Drees-MiRe, portant sur l'accès des migrants à la santé dans plusieurs pays européens. Les participants sont : Serge Paugam (EHESS, Paris), Sandro Cattacin (Université de Genève), Milena Chimienti (Université de Genève), Alexandra Nacu, (Centre de Sociologie des Organisations), Myriam Hachimi Alaoui, (Centre Maurice Halbwachs),



16h15- 18h15. Atelier A3 : Réaménagements des pratiques de soin et questionnements interculturels.

Présidente : **Aline Sarradon-Eck** (AMADES, Marseille, France)

1. Aparecida Gourevitch & Evelyne Marie Thérèse Mainbourg
*"Migrations et pratiques de santé :
Indiens urbanisés et systèmes de santé en Amazonie brésilienne "*

Structures de rattachement : Aparecida **Gourevitch** : CERU/USP – Centre d'Etudes Rurales et Urbaines de l'Université de São Paulo & Evelyne Marie Therese **Mainbourg** : Instituto Leônidas e Maria Deane de la Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brésil

Contacts : aparecida@wanadoo.fr ; evelyne@amazonia.fiocruz.br

Au Brésil, la santé des populations indiennes a été ces vingt dernières années le centre de débats quant aux stratégies du système de santé. Après des décennies d'actions immédiatistes et d'alternance de ministères en charge de la politique de santé des Indiens, un nouveau sous-système de santé spécifique pour ces populations a été créé en 1999, en relation directe avec le SUS (Système Unique de Santé national). Ce sous-système spécifique est basé sur 34 Districts Sanitaires Indiens qui correspondent chacun à une région géographique, aux ethnies qui y habitent et à un ou deux centres urbains à peu près équipés en hôpital et laboratoire qui déterminent le profil géographique, ethnique et épidémiologique de chaque district. Dans chacun d'eux, une équipe de médecin et infirmières, basée dans la ville principale, travaille en circulant d'un village à l'autre, appuyée par les agents communautaires de santé indiens qui réalisent des activités de prévention, de diagnostic précoce et de suivi de traitements, chacun dans leur village.

La population indienne qui habite les villes, soit pour y avoir émigré, soit pour y être née, n'est pas incluse dans ce système de santé puisqu'il est fait pour les populations indiennes qui résident dans les territoires indiens et qui sont trop éloignées des villes et ont donc difficilement accès au SUS. Tous ces Indiens émigrés ou nés dans la ville se trouvent donc dans la situation générale (SUS), sans assistance sanitaire spécifique. Or, on sait que le SUS permet difficilement de prendre en compte les caractéristiques culturelles et parfois linguistiques de cette population : interprétation de la maladie et des mesures thérapeutiques spécifiques, itinéraires thérapeutiques, régime alimentaire durant l'hospitalisation, thérapies chamaniques parallèles... Les efforts réalisés pour dépasser ces difficultés, par les professionnels de santé et les Secrétariats à la Santé de chaque commune ou État sont encore limités et informels. Mais les tentatives d'insertion de cette problématique dans la formation des personnels de santé sont chaque fois plus importantes.

La migration des populations indigènes au Brésil est un phénomène récent encore peu étudié, surtout celle en direction des villes. Les causes en sont diverses : conflits ou limitation des moyens de subsistance sur les territoires indigènes, infrastructures et services publics essentiels insuffisants (enseignement scolaire et centres de santé)... De plus, on observe une certaine hétérogénéité entre les différentes ethnies qui ont émigré ou émigrent vers les villes. Quelques ethnies comme celle des Baré ont une longue histoire de contact avec la société nationale. Par ailleurs, l'histoire de migration et de colonisation vécue par le Brésil montre, à travers la figure du *caboclo* (descendant d'indien et d'européen mélangés) que de nombreux traits culturels empruntés aux peuples indigènes sont encore très présents dans la culture urbaine de la population non indienne. Témoin en est l'usage des plantes médicinales par les populations urbaines.

A partir de deux études réalisées en Amazonie, l'une à Manaus, capitale de l'État d'Amazonas qui compte environ 11.000 Indiens sur une population de 1.800.000 habitants, et l'autre dans la région de São Gabriel da Cachoeira, commune d'Amazonas située au nord-ouest et peuplée de 17 ethnies (dont les Baré), nous nous proposons de montrer comment, par l'effet de la migration des indiens vers la ville et celui de séjours temporaires de professionnels de santé dans les territoires indigènes on observe une imprégnation des pratiques de santé traditionnelles par le système de santé général et, réciproquement, une influence de la biomédecine sur les pratiques traditionnelles.



2. Sandra Bascougnano & Emilie Adam & Marguerite Cognet

« *Pratiques de soignants dans la prise en charge de patients migrants.* »

Structures de rattachement : URMIS-SOLIIS / CNRS- UMR 7032, Université Paris 7 Denis Diderot
Contacts : bascougnano.sandra@free.fr

Interroger l'évolution des pratiques de santé des migrants ne saurait occulter le rôle fondamental des acteurs sociaux, des organisations et des institutions de la "société d'accueil" dans les parcours thérapeutiques des malades. En France, des études ont mis en évidence l'existence de difficultés spécifiques rencontrées par les migrants dans l'accès aux soins, en raison de facteurs notamment juridiques et économiques. Une fois ces obstacles franchis, quelle prise en charge est proposée aux migrants malades qui ont accédé aux services de santé ? Des inégalités subsistent-elles dans le suivi des patients migrants ?

L'étude que nous avons réalisée dans trois Centres Hospitaliers Universitaires d'Île-de-France (méthodologie qualitative et quantitative) auprès de 94 patients et des 17 praticiens référents qui les prennent en charge pour un vih-sida et/ou une tuberculose nous a permis d'interroger l'évolution des pratiques de soins des soignants qui prennent en charge des patients migrants et non migrants. Cet angle d'approche permet d'explorer les conditions de l'émergence de traitements différentiels en santé et les modalités de leur expression.

Les analyses avèrent que le classement des individus malades dans des groupes ethnoracisés est associé à un contrôle plus ou moins fort de l'observance et à une probabilité différenciée de participer à des études cliniques. Dans les discours des soignants, ces pratiques particulières s'inscrivent dans une volonté de "faire au mieux" pour ces patients. Au vu de ces résultats, nous interrogerons le poids des représentations véhiculées dans la "société d'accueil" (pensée dans l'articulation des niveaux macro, meso et microsociaux) sur les pratiques soignantes en situation pluriethnique.



3. Oumar Barry

« Mobilité et accessibilité aux soins de santé mentale des étrangers à Dakar »

Structures de rattachement : Ph.D Psychologue, Enseignant Chercheur à la FLSH, Département de Sociologie, Université Cheikh Anta DIOP UCAD, BP 5005 Dakar Fann SENEGAL

Contacts : barry_oumar@hotmail.com

La capitale dakaroise accueille de nouvelles catégories populations, provenant d'horizons très divers, dont un nombre de plus en plus croissant serait confronté à des problèmes de santé mentale avérés ou potentiels. Ces problèmes sont consécutifs à des vécus dramatiques (guerres, viols, catastrophes naturels, assassinats de parents, pauvreté, etc.) qui les ont conduit à migrer vers Dakar. Dans cette ville, elles doivent s'adapter à des situations difficiles de survie au quotidien dans un contexte culturel et linguistique qui leurs est complètement étranger. Elles sont aussi souvent dans une logique de recherche de soins de santé mentale, car dans ce domaine, Dakar garde encore une image valorisée en Afrique subsaharienne avec l'Ecole de Fann.

Dans toutes les procédures thérapeutiques, il est reconnu que la parole joue un rôle important dans le processus, aussi bien pour le thérapeute que le patient. Elle permet à l'individu de formuler une demande d'aide en exprimant son vécu en mots, à des professionnels de la santé de poser un diagnostic, d'orienter la personne vers les services requis et de lui proposer un traitement et/ou un accompagnement approprié. Pourtant, nombre de ces étrangers demandent des services d'assistance psychologique et/ou psychiatriques, sans maîtriser les langues d'usage à Dakar, qui sont le français et le wolof. De même, les structures qui offrent ces services, déjà en nombre limité dans la capitale, font aussi face à une nouvelle catégorie de demandeurs au profil particulier qu'il faut prendre en compte. Ces différentes considérations nous amènent à nous poser les questions suivantes :

- l'utilisation de langues autres que le français et le wolof par les migrants constitue-t-elle une barrière à l'accès à des services appropriés en santé mentale dans la ville de Dakar ?

- au sein des structures sollicitées (hôpitaux, services sociaux, organismes et associations d'appui aux migrants), quelle est la réponse offerte pour accompagner et répondre aux besoins de santé mentale de populations usagères de langues étrangères ?

- est ce que cela induit une modification de leurs pratiques ou offres de services ?

Les données ici présentées sont collectées par le biais d'une enquête qualitative menée au sein des deux principales structures institutionnelles d'offres de services en santé mentale à Dakar et des organisations d'appui et d'accompagnement des migrants et réfugiés. Nous y avons ciblé des personnels de service, des migrants effectivement utilisateurs, ainsi que des potentiels solliciteurs des services de santé mentale à Dakar.

Résultats attendus : les données de cette étude doivent montrer que la méconnaissance de la langue française et celle du wolof par les migrants vivant à Dakar demeure comme une barrière fondamentale à l'obtention de services appropriés en santé mentale. Il n'existe pas encore dans les structures à Dakar de services spécifiques en santé mentale en direction des personnes étrangères utilisant d'autres médiums autres que le français et le wolof. Les limites qu'impose la méconnaissance des langues d'usage appauvrissent toute la dimension « médiatrice » de la relation thérapeute-patient. Ceci a des incidences avérées sur la perception de la qualité des soins aussi bien par les soignants que les patients, et conduit ces derniers à s'orienter vers l'offre de soins de nouveaux acteurs. Néanmoins, le phénomène des mouvements migratoires à Dakar et leurs conséquences en terme de troubles mentaux et comportementaux interpelle de plus en plus le champ sanitaire dakarois. Le besoin de mise en place d'un dispositif d'offres de services spécifiques en santé mentale diversifiant davantage les médiums de communication se fait davantage ressentir. Il est à prévoir que le champ de l'offre de soins se diversifie davantage, avec de nouveaux acteurs.



4. François Kaech

*« Quand les migrants prennent soin de la fin de vie de nos vieux ».
Du déni à la reconnaissance.*

Structures de rattachement : Assistant de recherche et d'enseignement, doctorant, Institut d'Anthropologie et de Sociologie (IAS), Université de Lausanne, Suisse.

Contacts : francois.kaech@unil.ch

Les employés migrants occupent depuis longtemps un rôle considérable dans l'économie suisse et au sein du système de santé. Plus particulièrement, la présence d'employés migrants s'avère de plus en plus importante dans des emplois peu qualifiés tel que l'activité d'aide-soignant.e en maison de retraite médicalisée. Pour des raisons, principalement, socio-économiques et politiques, une bonne partie de ces personnes – en majorité des femmes – se voient obligées d'assumer des tâches éprouvantes, mal rémunérées et peu reconnues socialement. Depuis peu, des requérants d'asiles et des personnes provisoirement admises occupent également ces emplois. Au quotidien, ce personnel de santé réalise un travail de proximité, fondé sur des logiques de responsabilité et du « souci de l'autre », auprès des personnes âgées. Toutefois, leurs compétences acquises souvent sur le tas et leurs ressources informelles (leur savoir-faire et savoir-être) ainsi que leur expérience migratoire restent largement dans l'ombre jusqu'à souffrir d'un certain déni social.

A l'heure où le développement d'une culture de soins palliatifs participe d'une nouvelle manière d'administrer et d'humaniser la question de la mort dans notre société, ce sont avant tout ces professionnels migrants non spécialisés qui s'occupent des personnes âgées et c'est au travers de leurs pratiques que se constitue le rapport de notre médecine à l'extrême vieillesse et à la mort. Dans les maisons de retraites - qui se veulent d'abord des « lieux de vie » selon l'ambition humaniste du projet gérontologique - l'importante fréquence des décès confronte régulièrement ces soignants, les résidents et les proches à la perspective et à la proximité de la mort. Le décalage entre cette omniprésence de la mort et le traitement social qui en est fait interroge les pratiques soignantes, l'organisation du travail et le vécu de ces soignants. Dans quelle mesure ces lieux peuvent-ils ou doivent-ils offrir un espace de significations et de symboles, une réponse sociale et culturelle au décès de leurs résidents alors que ces professionnels sont régulièrement confrontés à un manque de temps, d'effectif et de formation, mais également souvent à un manque de soutien et de reconnaissance, lié à une représentation sociale négative de la grande vieillesse ?

Partant de ce questionnement, cette communication - fondé sur une enquête ethnographique réalisée au sein de différentes structures de soins et menée depuis 2007 - étudiera comment, à l'ère des protocoles et des procédures de soins, ces équipes soignantes interculturelles tentent d'offrir une prise en charge humaniste et personnalisée à la fin de vie de nos aînées. Dans un premier temps, il s'agira d'interroger les compétences, les ressources informelles (savoir-faire et savoir-être), ainsi que l'expérience migratoire de ces professionnels en lien avec les valeurs, les normes, et les jugements qu'ils donnent aux soins et à l'accompagnement. Dans un deuxième temps, un tel questionnement sur les conditions de prise en charge en maison de retraite ne peut se faire sans prendre en considération le contexte d'ensemble dans lequel elles s'inscrivent et avec lequel elles forment système : une politique de santé publique locale. Adopter une telle perspective permettra, ainsi, d'articuler de manière dynamique les enjeux moraux et politiques du traitement médico-social de la vieillesse et de la fin de vie.



Session B : Globalisation des modèles et des normes de santé. Amphithéâtre Jaurès.

11h15-12h45 : Atelier B1. Globalisation des modèles et normes de santé.

Président : **Gilles Bibeau** (Université de Montréal, Canada)

1. Salvatore Bevilacqua

« *La diète méditerranéenne.*

Redéfinitions territoriales d'un modèle de santé alimentaire »

Structures de rattachement : Dr ès sciences sociales, chercheur associé, Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, (IUHMSP), Lausanne (Suisse)
[<http://www.chuv.ch/iuhmsp>]

Contacts : salvatore.bevilacqua@chuv.ch

La diète méditerranéenne (Mediterranean diet) est, à l'origine, un modèle nutritionnel élaboré par le physiologiste américain Ancel Keys suite à sa découverte à la fin des années 1950 du faible taux de mortalité cardiovasculaire en Europe du Sud. Sur la base d'une enquête comparant les données épidémiologiques de sept pays², Keys explique ce « mystère » par les habitudes alimentaires des populations méditerranéennes, fait entraînant une « révolution » dans la connaissance de l'incidence du cholestérol et des lipides dans le développement des maladies coronariennes ainsi que la préconisation à l'échelle mondiale du fameux « régime crétois ». Ce modèle alimentaire méditerranéen idéal, recommandé par les organisations internationales (OMS, FAO), est présenté depuis quelques années comme un remède à la progression de l'obésité et du diabète frappant surtout les pays industrialisés mais n'épargnant pas certains pays en développement.

Parallèlement à une recherche médicale prolifique sur les effets prophylactiques de cette alimentation, se met en place une patrimonialisation des traditions culinaires méditerranéennes sous la forme d'une requête commune déposée à l'UNESCO (par l'Espagne, la Grèce, l'Italie et le Maroc) visant à les pérenniser au titre de patrimoine culturel immatériel de l'humanité. Pour asseoir sa légitimité, cette reconnaissance institutionnelle recourt souvent à la « parabole » médico-scientifique tandis que, inversement, une certaine vulgate (pseudo)médicale adopte des arguments « archéologiques ». Cette hybridation de discours d'autorité laisse entrevoir que la médicalisation et la patrimonialisation de la diète méditerranéenne sont des constructions sociales imprégnées d'enjeux politico-économiques ainsi que de certaines utopies sociales de la santé induites par la globalisation et par un climat d'insécurité alimentaire³. La reconnaissance internationale de la diète méditerranéenne apparaît ainsi comme un artéfact politico-institutionnel interagissant de manière vertueuse avec une vocation médico-préventive qui en avalise la salubrité et la promotion. Cette valorisation ouvre, en retour, des perspectives de développement « durable » pour les politiques de requalification touristique et agricoles des pays concernés, minimisant de nombreuses dissonances d'ordre médico-scientifique, socio-économique et écologique. A partir de là, une série de questions épistémologiques structurent ma réflexion:

Comment les discours dominants requalifient une alimentation autrefois stigmatisée –

² Keys Ancel, Aravanis Chris, Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease, Cambridge, Harvard University Press, 1980

³ Fischler Claude, « Pensée magique et utopie dans la science. De l'incorporation à la 'diète méditerranéenne' », Les Cahiers de l'OCHA (1996) n° 5, pp. 111-127



miroir de populations immigrées pauvres et frustes – mais vantée aujourd'hui comme une panacée à la fois saine, frugale et savoureuse ? Quel rôle jouent les Etats concernés et les acteurs scientifiques dans ce processus ? Présument que leurs pratiques alimentaires soient restées inaltérées, à quelles sociétés méditerranéennes fait-on référence ? Ces sociétés se reconnaissent-elles dans cette création médicogastronomique de leur altérité ? Quels problèmes (et solutions) soulève, en termes d'accessibilité culturelle et économique à la santé, la préconisation de ce « régime idéal » pour des populations réticentes quant à son adoption ?

Mon propos interpelle ainsi l'historicité, les rapports de pouvoir et les imaginaires sociaux inventant, reformulant et uniformisant les pratiques alimentaires de l'Autre. Dans un contexte de mondialisation, la diète méditerranéenne véhicule une « authenticité » rassurante venant au secours de l'anxiété alimentaire (lipophobie, quête de pureté corporelle, etc) des classes moyennes des sociétés occidentales ou occidentalises. Partant d'une anthropologie de la médiation et de l'alimentation contemporaine, ma communication analyse le chevauchement des points de vue scientifiques et dominants élaborant une méditerranée imaginée à travers les manières d'envisager la géographie, l'histoire et la santé des populations de cet espace de frontières et de mobilités toujours « bon à penser ».



2. Jean-Pierre Poulain & Anne Dupuy.

«Epidémie mondiale d'obésité : la transition nutritionnelle et thématization»

Structures de rattachement : Université de Toulouse Le Mirail, CERTOP UMR-CNRS 5044

Contacts : poulain@univ-tlse2.fr

En 2000, l'OMS tire la sonnette d'alarme et déclare l'obésité « épidémie mondiale ». Quelques années plus tard, le problème s'aggrave encore. En effet, non seulement elle atteint des records dans certains pays développés, mais elle augmente aussi dans les pays en développement cohabitant avec la malnutrition. « Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain » (OMS 2006). Les plus récentes estimations de l'OMS considèrent, qu'à l'échelle de la planète, il y aurait environ 1,6 milliard d'adultes (âgés de 15 ans et plus) en surpoids et au moins 400 millions d'adultes obèses. Auquel il convient de rajouter « au moins 20 millions d'enfants de moins de cinq ans en surpoids ».

Cette communication tente de montrer les intérêts et les limites de l'application du concept de « transition nutritionnelle » qui prolonge dans le champ de l'obésité le modèle de la transition épidémiologique.

Dans un raisonnement analogique, le modèle de la transition alimentaire pose l'équivalence des taux de natalité et des apports énergétiques, puis des taux de mortalité et des besoins énergétiques et enfin l'accroissement marginale de la population et l'accroissement de la masse grasse des populations en transition. Il présente l'obésité comme une conséquence d'un écart entre des besoins énergétiques sur déterminés par les systèmes d'action et des consommations contrôlées quant à elles par des systèmes de valeurs et des normes culturelles. Dans une version pessimiste, l'obésité serait la conséquence de l'industrialisation et de la globalisation de la sphère alimentaire et de la modernisation des sociétés en développement. Dans une version optimiste qui rejoint en partie celle de Frank Notestein, le concepteur de la transition démographique, il suffirait d'attendre pour que les valeurs des besoins et des apports se réajustent. L'obésité ne serait ici qu'un avatar de processus de transformation impliquant des processus évoluant sur des échelles temporelles différentes. La solution consisterait simplement dans l'attente que les systèmes de représentation et de régulation rattrapent les rapides changements du contexte économique et du cadre de vie. Elle tentera de voir comment les résultats de la démographie peuvent permettre de penser la transition nutritionnelle.

Dans un second temps, elle s'intéresse ensuite au processus de thématization qui sous tend la conception et la diffusion de l'idée d'épidémie mondiale d'obésité.



3. Armelle Giglio-Jacquemot

«Homéopathie et mondialisation : le cas du Brésil.»

Structures de rattachement : Maître de conférences en ethnologie à l'université de Lille 3 rattachée au GRACC/ CERIES de l'Université de Lille 3 (rattachement principal) et au CreCSS de l'Université Paul Cézanne.

Contacts : armellej@club-internet.fr

L'internationalisation de l'homéopathie ne doit rien à l'actuel phénomène dit « de mondialisation ». Dès la première moitié du 19^{ème} siècle, la nouvelle médecine commence à se diffuser hors d'Allemagne et d'Europe, la circulation et l'implantation de ses savoirs et pratiques dans le monde étant du reste largement liées à la mobilité des premiers médecins formés auprès de Hahnemann. Au Brésil, ce sont des médecins étrangers qui sont les introducteurs et les premiers propagateurs de l'homéopathie à partir des années 1840, notamment le médecin français Benoit Mure et le chirurgien portugais João Vicente Martins. Prosélytes d'une médecine sociale, ils forment la première génération des homéopathes brésiliens et c'est grâce à leur action que l'homéopathie entame sa longue marche pour la légalisation et l'institutionnalisation de son savoir, de son enseignement et de sa pratique.

A l'heure actuelle, le contexte de mondialisation n'est néanmoins pas sans effet sur l'homéopathie. Au Brésil, il la met face à des situations inédites, la conduit à de nouveaux ajustements. Il la conduit notamment à défendre l'indépendance de ses pharmacies et laboratoires nationaux ainsi que leurs conceptions de la fabrication des remèdes face aux firmes étrangères de l'industrie pharmaceutique homéopathique qui tentent de pénétrer le marché brésilien (Les laboratoires français Boiron et la Deutsche Homöopathie-Union (DHU)). Il l'amène aussi à composer avec les nouveaux arrangements d'un pluralisme médical toujours plus diversifié, arrangements d'ailleurs suscités, pour certains, par les politiques nationales de santé publique : ainsi l'homéopathie s'est-elle vue récemment (2006) incorporée à la catégorie des PIC (Pratiques Intégratives et Complémentaires) du système de santé publique brésilien (SUS) où elle côtoie d'exotiques médecines et pratiques de santé avec lesquelles elle partage parfois, et non sans tensions, l'espace physique des mêmes dispensaires (notamment la dite « MTC » (Médecine Traditionnelle Chinoise)).

Dans le même temps pourtant, de surprenantes permanences peuvent être observées. Ainsi la pharmacie publique d'homéopathie de la ville de São Paulo fabrique-t-elle les préparations homéopathiques prescrites dans tous les postes de santé de la mégalopole selon des procédés exclusivement manuels : la dynamisation par succussions des remèdes y est par exemple réalisée au moyen du bras humain selon la méthode décrite par le fondateur de l'homéopathie.

Ce sont ces différents points et exemples que je propose de développer dans ma communication en m'appuyant à la fois sur des éléments historiques (de source bibliographique) et des éléments ethnographiques recueillis dans le cadre d'un terrain en cours réalisé dans la ville de São Paulo. Dans le but d'enrichir le propos, la communication pourra être accompagnée d'un petit document vidéographique de ma réalisation.



Session B : 14h- 16h : Atelier B2. Le rôle des ONG dans le transfert des modèles de santé.

Président : Valéry Ridde (Université de Montréal, Canada)

1. Clélia Gasquet

*« La dépossession d'Ebola au Gabon et en République du Congo.
Lieux d'émergence, territoires de diffusion et espaces d'intervention »*

Structures de rattachement : Doctorante en Géographie de la Santé, Laboratoire EST (Espace Santé et Territoire) Université Paris Ouest Nanterre La Défense & UMR 190 PEV (Pathologies virales émergentes) IRD , France.

Contacts : cleliagasquet@yahoo.fr

La fièvre hémorragique à virus Ebola constitue une menace réelle pour les populations d'Afrique Centrale, notamment en milieu rural forestier. Endémique dans cette région, le virus Ebola réémerge, depuis 1976, de plus en plus fréquemment. Pour certains pays, comme le Gabon et la République du Congo, où 7 épidémies ont sévit entre 1994 et 2005, il est devenu un problème de santé publique. Cette zoonose émerge chez l'homme lors d'un contact direct avec un animal contaminé, une carcasse (principalement les grands singes), ou un vecteur du virus (chauves-souris frugivores). L'émergence est donc liée, dans cette Afrique des Paniers, aux pratiques ancestrales des lieux (chasse, cueillette, etc.). Par ailleurs, dans ces villages enclavés, l'emprunte territoriale du système national de santé est faible, souvent dysfonctionnelle. Plusieurs types d'offres de soins « parallèles », antérieurs (guérisseurs traditionnels) ou postérieurs (réseaux de cliniques pentecôtistes) se surimposent aux modèles de santé publique et de biomédecine occidentaux, mis en place durant la colonisation. Ils sont représentés localement par quelques cases de santé villageoises et centres médicaux dans les villes de forêts, où les personnels de santé ne sont pas toujours présents. Le recours aux soins des populations devient alors plus une errance thérapeutique qu'un recours pluriel. La contamination interhumaine par le virus Ebola s'effectue par un contact direct avec les fluides corporels d'un malade (sueur, salive, sang, sperme, vomissures...). Donc, la diffusion des cas s'effectue en premier lieu au sein des familles des premières victimes, lors des soins prodigués aux malades et des cérémonies funéraires. On a également constaté les rôles amplificateurs des hôpitaux et guérisseurs traditionnels dans la diffusion, notamment lors de l'épidémie de Kikwit (RDC) en 1995, qui toucha 315 personnes et dont 254 périrent. Parmi elles, les décès de 30% des médecins et 10% des infirmières de l'hôpital de la ville provoquèrent un choc au sein du monde médical. On en tira un ouvrage, puis un film à succès¹ qui alimentent l'actuelle perception panique de l'opinion mondiale envers ce virus.

En raison de son taux de mortalité (jusqu'à 80% des cas) et de sa contagiosité élevés, les Nord s portent un intérêt scientifique particulier à ce virus. De fait, et au nom de l'aide humanitaire, il n'existe pas d'épidémie d'Ebola qui ne soit accompagnée du cortège des institutions internationales (OMS, CDC_Atlanta, MSF, Croix Rouge...). Ce, en parallèle de l'intervention pourtant systématique des autorités nationales qui semblent passer au second rang de la lutte contre la maladie. Laboratoires de recherche et médecines d'urgences interviennent massivement, apportant connaissances et logistiques et important frontières physiques (habillement), intellectuelles (connaissances) et culturelles (communication). Ces barrières socioculturelles constituent une violence psychologique supplémentaire envers des populations touchées par une épidémie qui déstructurent par la mort rapide et en chaîne, les liens sociaux les plus fondamentaux : ceux de la famille et de la communauté. Les symptômes associés à Ebola (forte fièvre d'apparition



brutale, complications gastro-intestinales et respiratoires, et en phase terminale, hémorragies généralisées), dans un tableau clinique d'1 à 2 semaines, imposent un traitement qui reste, en l'absence de vaccin, uniquement symptomatique (antipyrétiques, anti-diarrhéique et réhydratation). Ce dernier provoque l'incompréhension des familles touchées, puisque les équipes médicales venues les « aider » ne possèdent aucun « remède » contre cette maladie. Mais, la plus grande incompréhension réside dans les mesures d'intervention pour limiter la diffusion des cas : l'isolement des malades et l'incinération de tous matériaux contaminés. Des mesures qui vont à l'encontre des toutes les normes sociales structurant les pratiques d'une maladie (prohibition des soins aux parents malades) et le travail de deuil (enterrements réalisés par les équipes médicales, interdiction de tous type de regroupements). Outre l'anomie provoquée par l'épidémie d'Ebola, l'intervention internationale d'urgence dépossède les populations, voir les acteurs sanitaires nationaux, de la maladie. En conséquence de quoi, les causalités du malheur sont, entre autres, attribuées aux occidentaux compliquant notablement les campagnes de lutte préventive contre cette maladie.



2. Fatoumata Hane

« Conditions de production des savoirs et pratiques autour du VIH. Le rôle des ONG dans la construction de l'expertise médicale au Sénégal »

Structures de rattachement : Postdoctorante ANRS/IRD-INSERM UMR912, Marseille, France.

Contacts : hanefatoumata@yahoo.fr

Contexte : La mondialisation de certaines pathologies comme le VIH a permis de réduire le clivage entre le Nord - siège théorique des décisions - et le Sud - lieu souhaité d'exécution de ces décisions. En effet, des experts des pays du Sud se retrouvent de plus en plus dans ces institutions du Nord, mais également dans ces ONG et autres associations et participent donc aux réflexions sur les actions à mener dans les pays africains. A l'échelle du pays, les parcours ainsi que le jeu de positionnement de ces acteurs dans ces institutions, semblent particulièrement intéressants à décrypter dans la définition et l'élaboration des politiques et modes d'intervention sanitaires en Afrique.

Objectifs : L'objectif de cette communication est de décrire les transformations de l'expertise médicale soumises à l'action des intervenants dits de terrain que sont les ONG et associations communautaires et à la circulation des savoirs entre le Nord et le Sud.

Méthodes : Nous avons utilisé une démarche classique en anthropologie basée sur des entretiens avec les responsables d'ONG, les responsables programmes d'organisations internationales, les acteurs des programmes nationaux de lutte contre le VIH. Pour une analyse fine des pratiques des acteurs au niveau micro, ces entretiens au niveau institutionnel ont été combinés avec une enquête de terrain dans les structures de santé auprès des personnels de santé impliqués dans la prise en charge du VIH.

Résultats : Conduite dans le cadre de politiques publiques de santé, la décentralisation de l'offre de soins au Sénégal avait pour but de rendre accessibles les structures de santé aux populations aussi bien d'un point de vue géographique que financier. Parallèlement, ces structures de santé ne cessent de connaître des transformations du fait de l'émergence de pathologies chroniques comme le VIH, dont le mode de prise en charge nécessite l'articulation de différents types de prise en charge (médical, psycho-social, nutritionnel) mais surtout l'implication d'une diversité d'acteurs. En effet aussi bien au niveau institutionnel qu'au niveau micro, les pratiques des acteurs se retrouvent modifiées du fait des exigences découlant des principes de gestion de l'infection à VIH et de prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Dans cette perspective, on assiste de plus en plus à l'émergence et l'intervention de nouveaux acteurs dits de terrain tels que ESTHER, SOLTHIS et autres ONG qui, contrairement aux organisations internationales, interviennent directement au niveau des structures de santé et introduisent des transformations dans les pratiques des personnels de santé.



3. Anthony Billaud

« Transfert de militantisme et diffusion du savoir médical lié au VIH/Sida : le rôle des réseaux associatifs Nord / Sud au Sénégal »

Structures de rattachement : Doctorant à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, EHESS, Centre d'études africaines de Paris (Ceaf).

Contacts : anthonybillaud@yahoo.fr

Cette communication se propose d'analyser l'impact des réseaux associatifs Nord/Sud sur les reconfigurations de l'action collective face à l'épidémie du VIH/sida. L'approche adoptée se base sur les apports croisés de la socio-anthropologie du développement (Oliver de Sardan, 1995), de l'anthropologie du sida (Fassin, 2001) et de la sociologie des mouvements sociaux (Neveu, 2005). Le cas du Sénégal, considéré comme un traditionnel « terrain de jeu des ONG » et où une forte mobilisation associative face au sida existe depuis les années 1990 (Delaunay, 1998, Mbodj 2007), sera le socle empirique de cette communication. Quatre années d'enquête en France et au Sénégal sur un réseau associatif international de lutte contre le sida ont permis de révéler certains processus centraux de ces nouvelles formes de mobilisation collective.

Le premier constat est que certains acteurs associatifs du Nord engagés dans la lutte contre le sida ont « internationalisés » leur intervention depuis la fin des années 1990, notamment en direction du continent africain. Le second constat repose sur l'idée qu'en développant des réseaux Nord/Sud de lutte contre le sida, ces acteurs ont initié des dynamiques de transformation des pratiques de santé et de mobilisation des acteurs associatifs au niveau local. Nous proposons ici d'approfondir l'analyse autour de deux de ces dynamiques : le transfert de militantisme au sein de la lutte contre le sida et la diffusion d'un savoir médical face au VIH. Ces deux processus seront mis en lumière par l'étude de cas d'un réseau transnational mis en place en 1997 par l'une des plus importantes associations françaises de lutte contre le sida en coopération avec 17 associations du Burkina-Faso, du Burundi, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Conakry, du Mali, du Niger, du Togo et du Sénégal. Au-delà de la traditionnelle interprétation de la transmission de normes par les acteurs du Nord vers les pays du Sud, il s'agit ici d'étudier les stratégies d'appropriation, de transformation et / ou de rejet de ces normes par les acteurs locaux sénégalais. Plusieurs interrogations sont ici soulevées : Quelles sont les stratégies des acteurs français et des acteurs sénégalais au sein de ces dynamiques de transfert Nord/Sud? Quelles nouvelles formes de coopération dans la lutte contre le sida s'amorcent à travers cette mise en réseau ? Quels sont les enjeux de ces nouvelles formes de mobilisation collective et de diffusion de normes sanitaires au sein du « marché » du sida sénégalais ?

L'enjeu de cette communication est alors d'analyser comment, au niveau local, les acteurs français « utilisent » le réseau transnational pour tenter d'imposer leur conception d'une certaine forme de mobilisation collective face au VIH et produire, in situ, des normes sanitaires, par exemple en matière de prophylaxie. L'exemple type de cette dynamique d'imposition normative est la mise en place d'un « guide de bonnes pratiques » en matière de lutte contre le sida. Le non-respect de ce guide par les acteurs associatifs peut conduire à l'exclusion du réseau, comme cela a été le cas avec une association sénégalaise que nous étudierons en détail. Les stratégies déployées par les acteurs du réseau associatif Nord/Sud ainsi que les effets pervers de ces pratiques feront ainsi l'objet d'une attention particulière.

Mots clés : Association, ONG, réseaux, savoir médical, Sénégal, transferts, VIH/sida.



4. Laurence Kotobi

« A Bam, la citadelle observe les humanitaires »

Structures de rattachement : Mcf en Anthropologie, Atotem, Université Victor Segalen –Bordeaux
2

Contacts : kotobi@free.fr

Le tremblement de terre qui a secoué la ville et la célèbre citadelle de Bam en République islamique d'Iran, le 26 décembre 2003 est un événement qui a également particulièrement marqué le rapport d'un pays -resté depuis sa révolution jusque là très fermé- à l'aide humanitaire médicale d'urgence internationale, en ouvrant à titre exceptionnel ses frontières à plus de 70 équipes médicales et Ong, y compris américaines.

En effet, la gestion tant matérielle que symbolique des événements de l'urgence comme de la post-urgence par l'Etat iranien (pour lequel il ne s'agissait pas d'un premier séisme de cette importance), nous apparaît être particulièrement révélatrice des enjeux politiques qui sous-tendent la rhétorique globalisée de la bonne gouvernance (Atlani-Duault 2005), sous couvert de santé humanitaire.

A partir de notre analyse du séisme de Menjil (Kotobi 2000) et de l'étude des rapports d'activités d'un certain nombre de structures françaises présentes à Bam, d'entretiens alors menés auprès d'humanitaires concernés et d'une analyse de la presse française et iranienne de cet événement, nous nous proposons de montrer comment la mobilisation internationale qui se déclenche à de telles occasions et qui questionne le devoir d'ingérence sanitaire peut rencontrer des résistances locales, comme on a pu le voir avec le Tsunami de décembre 2004 en Inde notamment. Les secours apportés par les Ong d'urgence placent habituellement celles-ci dans une position privilégiée d'action, de témoignage, sinon d'expertise, qui ne les aide pas toujours à analyser leurs conduites, la légitimité de leurs pratiques ou encore leur propre instrumentalisation. Or si la machine humanitaire d'urgence, porteuse d'un modèle d'action et de valeurs qui se sont imposées comme universels, demeure valorisée et efficace, l'exemple iranien illustre les limites d'un modèle sanitaire acculturatif que des modèles locaux (système de soins, traditions médicales, religiosité populaire) ont dans une certaine mesure fait piétiner.

-Atlani-Duault L. « Les Ong à l'Heure de la bonne gouvernance ». Autrepart N° 35, 2005.

-Hours B. Dominations, dépendances, globalisation. Tracés d'anthropologie politique ». Paris, L'Harmattan, 2002.

-Kotobi L-D, « De quelques réflexions sur l'humanitaire dans le champ sanitaire en Iran islamique », Cahiers du Cemoti, N°29, 2000.

-Rist G. Le développement. Histoire d'une croyance occidentale. Paris, Presses de Sciences Po, 1996.



Session B : 16h15- 18h15 : Atelier B3. Circulations des produits et des médicaments : vers des espaces de soins déterritorialisés.

Présidente : Sylvie Fainzang (CERMES, Paris)

**1. Pascal Ducournau,
Anne Cambon-Thomsen, Emmanuelle Rial-Sebbag**

« Tests génétiques en vente libre sur Internet : déterritorialisation des régulations bioéthiques et stratégies de développement commercial. »

Structures de rattachement : **Pascal Ducournau** : Maître de Conférences au C.U.F.R. JF Champollion Albi (81) et membre de l'unité LISST CERS, Université Toulouse II - Le Mirail Lisst-Cers, UTM. **Anne Cambon-Thomsen, Emmanuelle Rial-Sebbag** (INSERM, U 558, Toulouse)
Contacts : ducourna@cict.fr

L'arrivée récente de tests génétiques vendus à distance sur Internet, dans le but d'identifier des prédispositions à développer des maladies communes (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabètes...) ou même des traits comportementaux (violence, intelligence, ...), est en train de profondément bouleverser les cadres de régulation bioéthique construits au niveau des Etats, et de participer à leur déterritorialisation. Pour ce qui concerne la France mais aussi la plupart des autres pays, les tests génétiques de prédisposition ne pouvaient être légalement utilisés que dans le cadre d'une prescription et d'une consultation médicales, et voyaient leur usage principalement circonscrit au dépistage précoce de pathologies dites monogéniques, c'est-à-dire de celles où l'implication d'une mutation génétique dans le développement futur d'une pathologie pouvait être affirmée et reconnue comme scientifiquement éprouvée (cf. maladie de Huntington, dystrophies musculaires, mucoviscidose, ...). La mise en vente directe de tests génétiques sur Internet remet en question ces restrictions d'usage et d'expérimentation des tests, suscite de nombreux et âpres débats médicaux, éthiques et scientifiques au sein de la communauté des généticiens et de la santé publique⁴, et peut paraître pour certains emblématique des nouvelles facettes de la globalisation contemporaine.

Sur quels arguments et dispositifs jouent les acteurs de cette vente directe pour capter cette nouvelle clientèle d'usagers de tests génétiques ?

Au travers d'une observation de sites proposant des tests à la vente directe, nous nous proposons de décrire les modes de présentation des produits, les stratégies de diffusion mobilisées, et les politiques de positionnement des sites vis-à-vis des différents secteurs de ce marché émergent (positionnements sur des segments concurrentiels ou stratégie de recherche de « niches »).

Les premiers résultats de notre étude font premièrement apparaître que les éditeurs de ces sites affichent un discours favorable à une mise à distribution la plus large possible de ces tests en défendant un droit pour les usagers de connaître leurs susceptibilités génétiques dès lors qu'un test existe, à l'encontre de la prudence portée par les professionnels du système de santé. Ces éditeurs paraissent ainsi jouer sur une revendication contemporaine en faveur d'une « biopolitique individuée » (Memmi, 2003) ou encore d'un contrôle individuel de celle-ci en dehors de l'activité directe du corps médical ou des institutions sanitaires officielles (Kaye, 2008). A l'occasion de la révision de la loi de bioéthique, différentes instances font part de leurs interrogations et propositions

⁴ Cf. Cambon-Thomsen, E Rial-Sebbag, P Ducournau. Tests génétiques : quels sont les risques du libre accès ? Pour la science (2009, à paraître)



à ce sujet. Une analyse de ces positions sera présentée.

Deuxièmement, il apparaît que les acteurs de cette e-distribution tentent d'impulser ce qui peut faire défaut à la dynamique de diffusion de leurs tests génétiques, à savoir des collectifs d'utilisateurs (cf. l'édition de blogs et de sites de sociabilités associés aux sites de distribution des tests en tant que tels). Certains sites vont ainsi jusqu'à proposer aux utilisateurs des tests de former de nouvelles communautés, des « bio-socialités » (Rabinow, 1996), sur la base d'une mise à disposition publique ou semi-publique de la cartographie de leurs génomes, autour d'un idéal du partage et de la communication que nous présenterons de manière plus détaillée.

Enfin, nous signalerons quelques résultats quantitatifs pour répondre à la question du positionnement des sites vis-à-vis des différents secteurs du marché, en pointant quels sont les types de tests (pour quelles pathologies et traits comportementaux ?) les plus fréquemment mis à la vente - versus les plus rarement. Ces résultats permettront de décrire les secteurs où se concentre la plus grosse partie de l'offre de tests disponible, mais pourront aussi être utilisés, en première approche, pour déduire en négatif où se situe principalement la demande.



2. Carinne Baxerres

« Mobilité des médicaments industriels en Afrique de l'Ouest et évolution du système pharmaceutique en vigueur dans les pays francophones. Réflexions à partir de la question du marché informel du médicament au Bénin »

Structures de rattachement : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Université Abomey-Calavi (UAC), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), France.

Contacts : carinebax@hotmail.com

Le marché informel du médicament est présenté, dans les pays francophones d'Afrique, comme un problème majeur de santé publique qui affecte, depuis presque 30 ans, la santé des populations. Au-delà du discours dominant développé à l'encontre de ce phénomène (toxicité et mauvaise qualité des médicaments, amalgame avec la question de la contrefaçon, problèmes de conservation, divulgation de conseils thérapeutiques inappropriés par les vendeurs) par les institutions sanitaires nationales des pays, des fondations et des ONG, j'ai mené une étude d'anthropologie sociale de manière à décrypter les réalités que recouvre effectivement le marché informel du médicament.

A travers la conduite de temps d'observation participante et d'entretiens semi-directifs et libres, pendant plus de deux ans (2005-2007), auprès des différentes catégories d'acteurs intéressés par ce phénomène à Cotonou (vendeurs informels grossistes et détaillants, vendeurs formels grossistes et détaillants, différentes catégories de clients du marché informel, familles, acteurs institutionnels), des réalités peu décrites auparavant ont été mises à jour. Des investigations ponctuelles ont aussi été menées dans les capitales des pays anglophones situés à proximité du Bénin (Nigeria, Ghana).

Le marché informel génère la circulation de médicaments pharmaceutiques industriels distribués, pour partie officiellement, dans les pays anglophones vers les pays francophones, où ils n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché. Ces médicaments, fabriqués en grande partie dans les pays émergents d'Asie (Inde, Chine), sont véhiculés par les vendeurs informels béninois qui s'approvisionnent légalement à Lagos et Accra et traversent ensuite les frontières sans remplir les conditions douanières formelles d'importation de médicaments.

Le marché informel introduit, dans les pays francophones, une nouvelle manière de pratiquer et de concevoir la distribution pharmaceutique. Découplée de la prescription biomédicale et favorisant la concurrence entre les fabricants, celle-ci magnifie la « commodification » des médicaments. Elle favorise le libre accès des populations à des médicaments peu coûteux aux emballages attrayants mais pose de nombreux problèmes de santé publique (perte du contrôle médical, utilisation irrationnelle des médicaments). Le marché informel génère la confrontation du mode de distribution pharmaceutique « français », dans lequel la distribution est strictement conditionnée à la prescription et les sources d'approvisionnements peu diversifiées, avec le mode de distribution pharmaceutique « anglo-saxon », qui promeut un accès plus large à des médicaments génériques peu coûteux, une distribution plus libérale et une automédication plus forte de la part des individus.



3. Evelyne Micollier

« Des plantes de la pharmacopée chinoise aux usages et significations multiples au temps de la globalisation économique et culturelle »

Structures de rattachement : IRD, UMR 145, Pekin Union Medical College /CAMS, Beijing, Chine
Contacts :

A partir d'une recherche portant sur les usages sociaux et médicaux (scientifiques) de la médecine chinoise "biomécanalisée" ou "néo-traditionnelle" et sur la "transculturation" de certains de ces usages, je me pencherai sur des études de cas de trois plantes de la pharmacopée chinoise d'usage très courant, reconnues dans le savoir médical populaire et traditionnel pour leur action immuno-stimulatrice et immuno-régulatrice : il s'agit de Radix Astragali (racine d'Astragale), Panax Ginseng (racine Ginseng) et de l'Aloe Vera (à vérifier de plus près pour l'Aloe Vera). J'ai choisi ces trois plantes car elles sont toutes trois présentes dans les publications rapportant les résultats d'essais cliniques du traitement du VIH/sida conduits en Chine et aussi parce qu'elles sont d'un usage fréquent en médecine familiale et populaire hors prescription (over the counter OTC) et en médecine traditionnelle officielle intégrée dans le système de santé publique accessible sur prescription. Cette médecine intégrée promue par le gouvernement chinois depuis les années 1950 peut être qualifiée de "biomécanalisée" ou de "néo-traditionnelle" dans la mesure où elle insère des éléments de biomédecine dans la transmission et la pratique. La "transculturation" réfère au processus de réappropriation des usages, pratiques et significations qui advient systématiquement lors de la circulation ou de la transnationalisation d'éléments d'un corpus de savoirs et de pratiques dans plusieurs sociétés et contextes hors du contexte d'origine ou lorsque se produit une re-territorialisation après de-territorialisation.

Les usages de ces trois plantes traversent plusieurs secteurs du système de soin dans le contexte de la pluralité thérapeutique chinoise et dans le système de santé publique par leur insertion dans les secteurs populaire, traditionnel spécialisé et traditionnel scientifiques (biomécanalisé) à la frontière ou appartenant au secteur biomédical. Ainsi, dans les mouvances de cette frontière, des compositions intégrant des constituants et/ou des extraits de la racine d'Astragale sont l'objet d'essais cliniques en Chine et au niveau de la recherche internationale visant à tester des traitements du VIH/sida. Des résultats de ces essais ont été publiés récemment dans des revues médicales chinoises ou internationales. Dans ce contexte d'essai clinique visant à atteindre la normalisation internationale, les constituants sont alors traités et considérés par les chercheurs qui les manipulent comme des produits pharmacologiques biomédicaux sans référence aucune aux savoirs traditionnels qui sous-tendent les usages antérieurs des plantes fondés sur une expérience clinique pre-EBM (evidence-based medicine).

De telles compositions innovantes en médecine chinoise testées pour le traitement du VIH/sida se combinent aisément pour les acteurs concernés (chercheurs, soignants et patients) à un usage populaire et/ou familial hors prescription à une échelle locale mais aussi globale "transculturée".

Des usages intégrés, complémentaires ou alternatifs peuvent être identifiés. L'objectif est de clarifier ces distinctions et aussi de renseigner sur ces passerelles symboliques et techniques qui jalonnent la transmission et la pratique de l'échelle locale à l'échelle globale : quels types de savoirs et pratiques (éventuellement à redéfinir) circulent et où?



4. Aline Mercan

« Enjeux sanitaires, environnementaux et sociaux de la mondialisation de la phytothérapie à travers quelques exemples de plantes emblématiques »

Structures de rattachement : doctorante en anthropologie bioculturelle, CReCSS d'Aix en Provence, France.

Contacts : aline.mercan@wanadoo.fr

La mondialisation s'accompagne d'une circulation d'acteurs de soin, de savoirs, de pratiques, mais aussi de matière médicale. On peut ainsi décrire une pharmacopée phytothérapique globalisée dotée de caractéristiques spécifiques qui sont relativement constantes quelle que soit l'origine des produits. A la source d'une économie florissante, son large usage influe sur sociétés et écosystème. Si la mise en danger de nombreuses espèces de plantes et d'animaux par un changement d'échelle de leur exploitation a déjà été décrite, les enjeux économiques et identitaires ainsi que les conséquences sanitaires en particulier, restent insuffisamment explorés. Les exemples d'un champignon himalayen moderne « panacée » et d'une plante médicinale africaine « hépatoprotectrice », permettront de décrire les différentes phases de la construction de blockbusters de la phytothérapie mondiale et de dégager les problématiques qu'ils soulèvent sur les terrains qu'ils traversent.

Les caractéristiques biologiques des plantes expliquent la grande variabilité de composition des produits qui en sont issus, ce qui les distingue du biomédicament standardisé. Les usages contemporains sont bouleversés du fait de l'emballlement du marché et de la multiplication des enjeux. L'identification, la collecte, la préparation des produits, s'en trouvent modifiées ce qui retentit sur la qualité des produits et peut compromettre la pérennité des ressources. La valorisation des médecines traditionnelles au sein d'une dynamique de biomédicalisation nourrit des processus de légitimation stéréotypés. Les données issues du laboratoire de pharmacologie se combinent à celles se réclamant des ethnomédecines dans de riches usages sociaux. Elles servent de fondement à un discours de la preuve qui contraste le plus souvent avec la pauvreté des données cliniques.

La circulation des acteurs et des produits s'accompagne d'une diffusion d'informations par le réseau internet qui actualise et amplifie des phénomènes récurrents, dans une histoire de la phytothérapie riche en copies et réinterprétations. Ces produits déterritorialisés font l'objet, en se reterritorialisant, de changement de forme galénique, de préparation, de posologies, d'indications et d'interprétations, servant de révélateur aux attentes des différentes cultures qu'ils traversent. Ils changent également de statut juridique, les plantes médicinales ayant pour caractéristique leur ambivalence de nature entre aliment et médicament le plus souvent. Les acteurs économiques savent tirer parti des ambiguïtés ou des vides législatifs qui vont ainsi déterminer la diffusion et la pénétration de certains produits. Une autre ambiguïté entre conseil et prescription révèle la porosité des frontières entre secteurs de soin dans l'utilisation des plantes médicinales. Les usages thérapeutiques, enfin, restent peu explorés. Conseillé aussi bien dans l'asthénie que proposé comme alternative aux anti-rétroviraux dans le sida en Afrique pour le champignon himalayen, proposé dans le cancer et les hépatites pour la légumineuse africaine, les conséquences sanitaires de l'usage de ces produits sont largement inconnues.

Les produits de phytothérapie globalisée ouvrent ainsi, de par des problématiques qui lui sont propres, un champ de recherche spécifique au sein de l'anthropologie du médicament.



Session AB : Mixte Amphithéâtre Montesquieu.

11h15-12h45 : Atelier mixte AB1. Penser la "santé mondialisée"

Président : **Raymond Massé** (Université Laval, Québec, Canada)

1. Véronique Lapaige

« Pratiques de santé fondées sur des savoirs probants et globalisation : liens, défi d'apprenance et valeurs de gouvernance en jeu »

Structures de rattachement : MD (Psychiatrie), MA (Linguistique), PhD (Santé publique). Stagiaire postdoctorale, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Contacts : veronique.lapaige@fsi.ulaval.ca

Depuis le début des années 1980, la globalisation se manifeste dans des domaines allant de la culture à la politique, en passant par la production, le travail, la finance, l'éducation et la santé, étant en outre rattachée aux questions d'émergence de nouveaux risques environnemento-sanitaires et mettant à mal tant la souveraineté étatique que la solidarité providentialiste. Dans les sociétés dites développées, ce «nouveau monde global» pose ainsi à la santé publique des enjeux théoriques et pratiques de taille, étant donné ses multiples manifestations : avènement d'économies fondées sur les connaissances articulé à l'émergence et au développement des TIC, crises internes des États-providence, crises des normes et des valeurs accompagnant une montée en puissance de l'évaluation avec hégémonie de l'efficacité et promotion subséquente d'une culture de résultats. Depuis environ un quart de siècle d'économie globalisée, la primauté du techno-instrumentalisme a effectivement gagné de nombreux secteurs professionnels et l'on assiste à un véritable «seigneurisme évaluatif» dans le secteur de la santé : évaluation de programmes sanitaires, évaluation de technologies de santé, mouvement des «meilleures pratiques» et médecine fondée sur des données probantes («Evidence-based medicine», EBM). Ainsi, à l'aube du XXI^{ème} siècle, tout professionnel de la santé – qu'il soit clinicien ou expert en santé publique – est-il «tôt ou tard» confronté à la nécessité d'«évaluer» (qu'il s'agisse d'un traitement, d'une intervention ou d'une action). Le but de cette communication est double. En nous basant sur le modèle théorique de «santé publique globalisée» (un modèle interactif et transdisciplinaire des interrelations existant entre le champ de la santé publique et la globalisation, ayant été développé au Québec au cours des dernières années), l'auteur souligne d'abord toute l'importance et la complexité des interrelations existant entre la pratique fondée sur des «données probantes» et le processus socio-historique de globalisation. En recourant à une double mise en perspective synchro-diachronique croisée, il montre ainsi comment et explicite pourquoi l'EBM reçoit le «label», la marque contextuelle d'une époque nommée globalisation ou «nouveau monde global». En second lieu, il propose l'adoption d'une autre vision, plus intégrée et cosmopolitique de médecine fondée sur des savoirs probants. Il offre parallèlement de nouvelles pistes de réflexion pour le développement d'une «apprenance» relativement au transfert de savoirs probants en santé. Cette communication prend assise sur une recherche qualitative réalisée au Québec de 2004 à 2007, étude qui portait sur la transmutation de la santé publique sous l'égide globalitaire des quelque 25 dernières années et sur la gouvernance globale en santé publique. Ladite recherche visait, premièrement, à conduire une analyse critique sur la globalisation de la santé publique et sur la gouvernance globale en santé ainsi qu'à élaborer, secondement, une théorie sur la globalisation de la santé publique. Elle s'inscrivait dans une perspective transdisciplinaire et était affiliée à la pensée complexe et de non-linéarité. Plus intimement, cette recherche participait de la pensée socio-anthropologique et répondait à la «sensibilité théorique et expérientielle» de l'auteur face au monde contemporain, ses manifestations et ses enjeux, tout comme elle lui donnait l'occasion de réaffirmer son «engagement intellectuel et critique» face à la globalisation. Le positionnement adopté par l'auteur dans ladite recherche relevait du courant dit pragmatique de la globalisation visant à «réconcilier » le marché et l'équité, ainsi que de l'école de pensée des transformationalistes, pour lesquels l'important de protéger les plus faibles et d'organiser, de réglementer, la globalisation.



2. Valéry Ridde^{1,2} et Florence Capelle^{2,3}

« Des chercheurs mobiles. Étude exploratoire sur les défis de la pratique de recherche en partenariat Nord-Sud dans le domaine de la santé. »

Structures de rattachement : ¹Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; ²Département de médecine sociale et préventive, Montréal, Canada; ³ Université de Liège, Belgique.

Contacts : valery.ridde@umontreal.ca

Dans le domaine de la recherche en santé en Afrique, la mobilité des chercheurs est bien souvent, sinon exclusivement, à sens unique. Des chercheurs venant des pays à revenus élevés (pour simplifier du Nord) se retrouvent au Sud pour réaliser des travaux de recherche en collaboration avec des collègues vivant dans ces pays. S'il reste encore quelques exceptions avec des chercheurs du Nord expatriés au Sud, la norme semble maintenant être celle de chercheurs du Nord qui viennent passer quelque temps sur le terrain au Sud, puis retournent dans leurs universités d'origines. Sans revenir sur les poncifs du « colonialisme scientifique » (Tan-Torres Edejer, 1999), il semble important de constater que la transformation de la pratique de recherche vers une plus grande mobilité – au lieu d'une présence continue sur le terrain – engendre de nouvelles formes de collaboration dont les enjeux et les défis sont nombreux, sur les plans pratique, scientifique et éthique : pouvoir et mobilisation des ressources financières, sensibilité culturelle (Hodge et al., 2000), traduction (Copans et Singly, 1998), encliquetage (Olivier de Sardan, 2008), partage et utilisation des résultats de recherche (Ridde et Mohindra, 2008), publications scientifiques et « authorship » (Albert et Wager, 2003), etc.

Au Canada, pour participer à la réduction du fameux écart 10/90 dans la recherche en santé, on incite de plus en plus les étudiants et les jeunes chercheurs à réaliser des travaux de recherche dans les pays du Sud (Reckart et al, 2005). C'est maintenant devant un champ de recherche dit la « recherche en santé mondiale ». Mais il faut bien reconnaître que nombre de ces nouveaux chercheurs ne sont pas vraiment informés des défis d'une telle pratique de recherche. Ils ne sont pas plus suffisamment formés à ses conditions de mise en œuvre. L'objectif ultime de la présente recherche exploratoire est donc de mieux comprendre la manière dont la recherche en collaboration Nord-Sud se réalise et évolue afin d'en tirer des leçons pour mieux former les nouveaux chercheurs. Dans cette perspective, la communication aura deux objectifs principaux. Dans un premier temps, nous mettrons en lumière les défis de la collaboration Nord-Sud dans le domaine de la recherche sur la base d'une revue des écrits scientifiques en sciences sociales et santé publique. Dans un second temps, sur la base de cette recension, nous présenterons les résultats d'entretiens individuels menés auprès de chercheurs ayant une expérience de ce type de collaboration. Les entretiens auront lieu au printemps et à l'été 2009 au Canada, au Burkina Faso, au Niger et au Bénin. En adoptant une démarche compréhensive dans l'analyse des données qualitatives ainsi récoltées, nous chercherons à mettre en lumière les différents points de vue des acteurs du Nord et du Sud sur leurs expériences de collaboration, sur les défis qu'ils ont rencontrés et sur la manière dont ils ont été en mesure de les gérer. Il ne s'agit pas de relever uniquement les points négatifs et stigmatisant mais plutôt de comprendre comment les acteurs se sont adaptés aux contraintes (coping strategies) pour faire en sorte que la collaboration soit fructueuse et que les programmes de recherches soient menés à bien. Dans la mesure du possible, nous nous servirons des leçons tirées de ces expériences de collaboration pour formuler quelques recommandations concernant la formation des futurs chercheurs.



3. Ilario Rossi

« Inductions de la mobilité et transversalité de la « capabilité ». »

Structures de rattachement : Institut des Sciences Sociales (ISS) Laboratoire Politiques Sociales, Santé et Développement (LAPSSAD). Université de Lausanne (UNIL)

Contacts : Bâtiment Anthropole /3134 UNIL CH - 1015 Lausanne

La « capabilité », ces diverses combinaisons de fonctionnement auxquelles une personne peut accéder pour choisir son mode de vie, est une notion qui s'exprime de manière éclatée dans le milieu de la santé: pour les professionnels comme pour leurs patients, elle évoque aussi bien des volontés, des libertés que des possibilités concrètes d'accéder aux ressources désirées pour gérer la maladie. Au Nord, dans les stratégies de prise en charge des maladies, les connaissances et les pratiques médicales modifient à grande vitesse, les normes institutionnelles et professionnelles se renouvellent sans cesse. Preuve en est l'évolution du concept de santé face à l'internationalisation des maladies et à l'émergence de pathologies chroniques. Construite notamment par la mobilité de la science médicale, déterminée par la surenchère de la compétition scientifique, fortement conditionnée par des enjeux financiers et de marché, la santé s'ouvre désormais à des considérations d'ordre systémique; celles-ci mettent en jeu corps, profil génétique, psyché, émotions, environnement social, culturel, économique et écologique, habitudes et comportements de vie ou encore accès aux soins. Par ailleurs, aux compétences accumulées dans la gestion du curatif, la médecine scientifique ajoute un pôle de compétences préventives et d'anticipation du pathologique. Ce qui rend plus complexes les efforts de connaissance scientifique, de contrôle médical et de gestion publique de ces maladies. En ce sens, et dans le cadre des CHU, la formalisation de « Guides Lines » et de programmes dits de « Evidence Base Medecine » doit trouver un équilibre avec la valorisation de la relation, la professionnalisation de l'accompagnement et du travail en équipe. D'où le constat d'un changement progressif dans la culture professionnelle qu'incarnent des soignants tiraillés entre un besoin croissant d'adaptation aux défis de la clinique et leur transformation en fournisseurs de prestation. Quelle est dès lors le lien qui s'établit entre la reconduction des normes et des pratiques des infrastructures et le degré de capabilité des professionnels? L'exigence de relier les enjeux de la mobilité aux réformes des institutions et aux modifications des cultures professionnelles nous permet d'éclairer les processus de construction de la chronicité au sein de la médecine. Ce qui conditionne évidemment les stratégies de réponses des malades à leur maladie chronique. De fait, ceux-ci, dans leurs multiples expressions, sont confrontés aux inducteurs sociaux de la mobilité ; le tissu de leurs relations sociales et le dispositif de gestion de la maladie se construisent non seulement via l'hétérogénéité professionnelle et disciplinaire de la médecine, mais aussi dans le cadre du pluralisme médical, par de nombreuses stratégies d'accompagnement soignant, par les diasporas migrantes et leur organisation des soins, par la sollicitation de leur capital social. Tout patient « parle » le langage de la mobilité, qui devient une dimension constitutive de son individualité et de sa corporéité. Les pratiques de sa mise en oeuvre ne visent pas que l'efficacité, mais s'emploient aussi à renouveler les dimensions cognitives, émotionnelles, sensorielles que chaque recours thérapeutique implique. Ce faisant, leur combinaison redéfinit l'humain en transformant la structure d'ensemble de son expérience existentielle, morale et corporelle ainsi que ses jugements et ses actions. Ce langage évidemment diffère d'une personne à l'autre et est fonction de sa capabilité. Le renouvellement continu du domaine de la santé, de l'offre et de la demande, a partie liée avec les enjeux de la mobilité ; pour les soignants et pour les patients, devient alors prioritaire de construire un processus de vie et une trajectoire professionnelle ou de malade qui puisse, dans les dynamiques d'élaboration du rapport à sa personne, aux autres et au monde, garantir la possibilité de faire face à la gestion de soi.



Session AB 14h- 16h Atelier mixte AB2. Les institutions face à la mobilité des soignants et des usagers.

Président : **Jean-Pierre Albert** (LISST, EHESS, Toulouse)

1. Frédéric Le Marcis

« Une expérience européenne : dynamiques transnationales rroms et logiques institutionnelles sanitaires et sociales. »

Structures de rattachement : Anthropologue, Maître de conférences à l'université Victor Segalen - Bordeaux 2

Contacts : frederic.le-marcis@u-bordeaux2.fr

Ce projet de communication repose sur une recherche menée dans l'agglomération bordelaise et visant à comprendre la dynamique et les logiques des migrations bulgares dans cette ville, tant du point de vue des acteurs de cette « migration » que du point de vue des acteurs des institutions en contact avec cette population (Services sanitaires et sociaux, tels que PASS, Secours Populaire, Emmaüs et dans une certaine mesure ANAEM).

Face à des individus dont l'expérience transnationale empêche tout « contrôle » efficace, les acteurs institutionnels n'ont de cesse d'identifier, de classer, demandant même à l'anthropologue de les éclairer pour savoir « qui est qui ? ». Ce faisant, ils développent un discours largement partagé sur « les Bulgares » dans lequel se confondent des stéréotypes sur les Rroms et la « Mafia de l'Est ». Ainsi, le migrant bulgare/Rrom est largement pensé comme un Free Rider, un acteur rationnel hyper-utilitariste : un individu ne jouant pas le jeu de la communauté d'accueil, usant au maximum des services tout en donnant le minimum. Les accusations récurrentes de « migration thérapeutique » ou de « trafic de bébés » sont exemplaires de ce type de catégorisation. La mobilisation de ces catégories permet aux acteurs des institutions de légitimer à leurs yeux certains aménagements avec leur déontologie ou leur éthique pratique : restriction de l'accès aux soins, refus de l'accueil d'urgence, expulsions illégales. Ces arrangements locaux avec l'éthique ou même la loi confirment localement la situation d'exception dans lequel l'Europe place globalement ces nouveaux citoyens européens. Partant d'une description des conséquences concrètes de cette situation d'exception dans l'ordinaire de la vie des migrants bulgares à Bordeaux puis insistant sur les interactions avec les services sanitaires et sociaux (dont une Permanence d'Accès aux Soins de Santé), cette communication tentera d'explorer parallèlement la logique des discours et des catégories produites par les institutions pour qualifier cette population et la réalité concrète de l'expérience transnationale des individus considérés comme Rroms. Elle montrera qu'au-delà de la notion de citoyenneté européenne, ce sont les frontières d'une commune humanité qui sont déplacées dans ce processus.



2. Jean-Marie Bouron

*« Plasticité des pratiques médicales, mobilité géographique et identité religieuse.
Le cas de l'offre sanitaire de la Mission catholique au Burkina Faso
(auparavant Haute-Volta). »*

Structures de rattachement : Doctorant en histoire contemporaine, Université de Nantes (Labo CRHIA) – Université de Ouagadougou

Contacts : jm.bouron@hotmail.fr

Incarnant un manichéisme propre à la pensée missionnaire de la première moitié du XXe siècle, les membres de la Société des Missionnaires d'Afrique – Pères Blancs – ont construit, avec la mondialisation religieuse que provoque leur évangélisation, une dialectique opposant la médecine dite « traditionnelle » à la médecine dite « moderne » à mesure que le christianisme s'impose sur la société locale. Dès lors, la conversion doit entraîner l'adhésion à un habitus chrétien au sein duquel les pratiques thérapeutiques du terroir sont bannies devant le risque de « superstition » qu'elles présentent. Ainsi sont constitués des quartiers chrétiens suite à la migration des néophytes qui viennent alors se grouper autour de l'église et du dispensaire de la Mission. Dans ce nouveau milieu où leur confession religieuse a supplanté leur identité originelle, les chrétiens bénéficient alors des soins prodigués par les Sœurs Blanches.

Pourtant, la répartition spatiale des dispensaires démontre que l'offre sanitaire de la Mission s'adresse également à l'ensemble des populations évangélisées. Avec leur pastorale itinérante, les Pères Blancs, souvent initiés aux techniques médicales, participent à la diffusion de la médecine « moderne » au sein du finage villageois. Le Père Docteur Goarnisson est alors le meilleur exemple de cette mobilité du personnel soignant. Dès lors, l'action médicale des Pères et des Sœurs devient partie intégrante du dispositif apostolique et les guérisons enregistrées aux dispensaires de la Mission deviennent prétexte à une migration religieuse. En effet, bien que la pratique médicale occidentale est regardée, au premier abord, avec défiance par les populations, la qualité des soins proposés par les missionnaires catholiques leur donne l'occasion de « guérir les âmes » en soignant les corps. En particulier, l'excellence des soins ophtalmologiques prodigués par le dispensaire de Ouagadougou provoque la migration temporaire de centaines de malades venant de tout le territoire et parfois même du Soudan français.

Les compétences médicales du personnel missionnaire sont évidemment insuffisantes au regard de la densité démographique. Dès lors, avec l'appui de l'administration coloniale, la Mission devient responsable de la formation officielle des infirmiers à partir des années 1950. Elle cherche alors, en même temps que d'inculquer les normes de la médecine occidentale, à conférer au personnel soignant un véritable esprit apostolique.

Néanmoins, de nombreux chrétiens, à l'instar de leurs concitoyens, continuent à recourir aux praticiens traditionnels. Dès lors, la pensée missionnaire est contrainte de s'adapter si elle ne veut pas que son intransigeance en matière médicale devienne une justification au rejet du christianisme. Les Pères Blancs cherchent alors à distinguer, au sein de la pharmacopée locale, la valeur thérapeutique de l'enrobage « païen ». Ils tolèrent qu'un chrétien puisse se soigner avec des plantes reconnues pour leur efficacité médicinale mais refusent toute explication religieuse de la maladie, et par conséquent tout procédé médical faisant intervenir des puissances invisibles. Et parce que, bien souvent, ces deux aspects ne sont pas dissociables chez les thérapeutes traditionnels, la Mission décide d'offrir à ses ouailles un circuit alternatif pour que les personnes en quête de remèdes ne se tournent plus vers les guérisseurs et les devins. Dans cette optique, les Sœurs Noires de l'Immaculée Conception cultivent, transforment et commercialisent des plantes médicinales dans le but de ne conférer à la pharmacopée locale qu'une charge profane et médicale. Egalement, depuis les années 1980, un Père s'est spécialisé dans la production de remèdes à base de végétaux. L'observateur attentionné remarque d'ailleurs aujourd'hui que les pharmacies « Phytosallus » du Père César sont implantées dans toutes les villes du Burkina Faso.

Ce regard rétrospectif, résultant du recoupement des archives missionnaires, des documents administratifs et des sources orales, se doit alors d'offrir une clé de lecture pertinente pour comprendre avec plus d'acuité les configurations contemporaines inhérentes aux pratiques médicales.



3. Marion Delpu

*« Soignants d'horizons divers et vicissitudes thérapeutiques.
Ethnographie d'un centre pour personnes séropositives en Inde du Sud. »*

Structures de rattachement : doctorante en anthropologie, allocataire ANRS au Laboratoire Sociétés, Santé, Développement / ADES UMR 5185, Université Victor Segalen Bordeaux 2, et actuellement affiliée à l'Institut Français de Pondichéry.

Contacts : mariondelpu@hotmail.com

Cette présentation est basée sur l'étude d'un centre d'accueil pour personnes séropositives en Inde du Sud. Ce centre a été créé en 1999 par deux congrégations catholiques, l'une regroupant des religieuses indiennes et l'autre, des missionnaires occidentaux. Ces derniers, établis dans leur prieuré fondé en 1997 auquel ils ont donné le nom d'ashram, ont fait appel aux religieuses pour la prise en charge des patients et la gestion de la structure d'accueil. Le foyer des patients, qui jouxte l'ashram, bénéficie depuis 2008 de subventions attribuées par le gouvernement indien en plus du soutien financier des congrégations et de dons privés. Edifié dans le Territoire de Pondichéry, ancien comptoir français, et bordé par la cité utopique d'Auroville bâtie en 1968, cet espace de vie et de soins se situe dans un lieu historiquement façonné par des influences indiennes et occidentales. Cette structure d'accueil, marquée par des identités religieuses affirmées, ne s'est pas construite à l'écart de ces influences. Depuis sa création, des bénévoles occidentaux catholiques, actifs au sein de l'Eglise, et des indiens de religion hindoue sont accueillis pour des durées variant de quelques semaines à plusieurs années. Ils participent aux activités sociales, éducatives et thérapeutiques du centre.

Ce centre regroupe un personnel et des patients provenant de divers horizons géographiques, sociaux, culturels et religieux. Les traitements procurés aux patients sont également multiples, dans leur forme et leur contenu : à la biomédecine, choix privilégié par les congrégations et le personnel soignant, sont associées d'autres pratiques qui relèvent des traditions indiennes (āyurveda) ou des thérapies alternatives occidentales (comme la spiruline). Les soignants ont ainsi l'occasion d'orienter, de varier ou de transformer leurs actes thérapeutiques, mais tous ne disposent pas de la même amplitude. Leur origine culturelle, leur statut au sein de cette institution, la durée de leur séjour, les logiques internes de pouvoir et d'autorité, définissent pour chacun les possibilités d'innovation.

Dans un contexte où les pratiques de santé sont éminemment transculturelles, cette communication interroge les dynamiques sociales à l'œuvre dans la production et la légitimation des offres de soins et l'inscription de ces pratiques dans le centre.



4. Véronique Rochais

*« Souffrance et quête identitaire à la Martinique :
Espace des religions et mobilités religieuses dans les soins de santé mentale. »*

Structures de rattachement : Doctorante en anthropologie à l'EHESS/CEAF

Contacts : veronique.rochais@neuf.fr

L'enjeu de ma contribution consiste à réinterroger la notion de mobilité au croisement de l'histoire (histoire collective) et de la santé mentale (parcours individuels). Si la thématique du colloque met l'accent sur les variations et l'évolution des pratiques de santé des différents acteurs concernés dans un contexte général de mobilités et de globalisation, ma recherche consiste à déplacer le regard théorique autour des notions de mobilité telles qu'elles sont pensées dans les études sur « les migrations » ou les « mobilités sociales ». L'approche socio-historique retenue dans le cadre de cette communication vise à montrer que la mobilité peut s'appréhender autant comme une trajectoire géographique imaginaire⁵ que comme un parcours social parallèle, une carrière spécifique (selon la terminologie désormais consacrée depuis les travaux de Becker) en marge des mobilités sociales officielles⁶. Autrement dit, sur le plan théorique, nous avons l'intention de poser un cadre d'interprétation des mobilités à la Martinique qui varie sensiblement des cadres en usage dans la sociologie des migrations actuelles ou des mobilités sociales d'un statut à l'autre.

Nous postulons, en effet, que la transplantation forcée de populations africaines a eu pour effet, jusqu'à aujourd'hui, dans un cadre désormais néocolonial, associant modernité démocratique et maintien de structures issues de la période coloniale, de déterminer un certain nombre de comportements sociaux spécifiques : nous entendons par là l'existence d'identités mobiles, d'habitus ouverts, de postures « résilientes » inventives qui se retrouvent dans des « carrières de santé psychique ». Autrement dit, on peut définir la carrière de santé psychique comme des stratégies de positionnement existentiel, comme des logiques de mobilisation de soi qui, notamment dans le domaine religieux, affectent une partie de la population martiniquaise. Ce qui est appelé créolisation (Benoît 1996 ; Jolivet 1997) peut s'analyser de manière interactionniste dans ces conduites de changement économique, matrimonial et aussi religieux. Si les transformations des structures religieuses, dans le contexte contemporain de la globalisation, ont fait l'objet de plusieurs publications (Bastian, Champion et Rousselet 2001), la mobilité des pratiques religieuses s'inscrit dans la continuité de ces approches initiales (Meintel et Le Blanc 2003).

A partir de mon terrain de thèse, intitulée « Souffrances sociales et quêtes identitaires à la Martinique », j'ai pu isoler un certain nombre de comportements récurrents dans le domaine de l'engagement religieux,

⁵ J'entends par imaginaire, les reconstructions généalogiques opérées par certains Martiniquais à partir de la déportation d'Africains réduits en esclavage. Cette transplantation constitue la première expérience migratoire imposée et va affecter psychiquement la population martiniquaise. L'histoire esclavagiste fonctionne comme une mémoire collective détachable des expériences singulières de chaque histoire familiale. Aussi me semble-t-il que cette migration se poursuit dans l'imaginaire, dans la mesure où un grand nombre de Martiniquais se considèrent comme des descendants d'esclaves. Or tous n'ont pourtant pas de filiation directe avec ces derniers puisqu'après l'abolition de l'esclavage, des migrations africaines, « nègres Congo », indiennes ou encore chinoises ont été planifiées pour remplacer les « anciens » esclaves fuyant les plantations. Dans l'impossibilité de rentrer chez elles, ces populations se sont installées définitivement sur l'île, puis se sont métissées. Toutefois, leur miscégenation ne garantit pas que tous leurs ascendants soient nécessairement descendants d'esclaves, même lorsque le phénotype dominant rappelle celui du descendant africain. A contrario, certains Martiniquais, comme le constatait l'historien F. Régent à propos de certains membres de la société guadeloupéenne, ignorent leur origine africaine, tandis que d'autres se fabriquent, par exemple, des origines amérindiennes. L'imaginaire mémoriel commun participe ainsi largement de reconstructions identitaires acceptées par l'ensemble de la population.

⁶ Dans le contexte martiniquais qui nous intéresse, les mobilités en terme de carrières marginales, qu'elles soient économiques, sociales, religieuses, doivent être pensée, interrogée, me semble-t-il, en fonction des déracinements antérieurs. Les « flottements » dans les statuts et les rôles qui, depuis la plantation et la fin de la colonisation officielle, n'ont cessé de s'affirmer dans des conduites de défiance et de déviance (travail instable, relations homme/femme affectées par la distance et les « voyages » du multipartenariat), de marronnage (avec une préférence pour de nombreuses personnes pour le « job » et le détournement des aides sociales)⁷, de flux migratoires (Bumidom, mouvements d'allés-retours avec la métropole, migration vers l'Angleterre, le Canada), de recomposition de l'existant.



spirituel, qui semble corroborer l'idée selon laquelle la quête identitaire s'exprime aussi dans le cheminement religieux, dans une sorte de course vers la stabilisation sociale à partir de l'investissement dans le sacré.

Nous chercherons à montrer que, plutôt que de penser uniquement l'appartenance religieuse et la conversion, il faut aussi mettre au jour ces choix renouvelés d'engagement spirituel et aussi les fabrications personnelles du religieux, hors de toute adhésion formelle à une institution. Ces mobilités là, autant dans la logique de la quête (donc dans le parcours lui-même) que dans la logique de l'installation ponctuelle ou durable dans une organisation donnée, renvoient anthropo-logiquement aux dynamiques visant à s'extraire des souffrances antérieures : esclavage, non emploi, structure socio- raciale, luttes autour de la blancheur/négritude, hontes familiales liées à des événements traumatiques particularisant les familles prises dans des historicités différenciées de l'esclavage et du colonialisme. Les souffrances existentielles, induites par la misère psychique (passé) ou sociale, peuvent ainsi être soulagées par des soins de salut en recourant au religieux dans une configuration sociale spécifique. En effet, la diversité de l'offre religieuse⁷ autorise les individus à manifester leur religiosité sous diverses formes expérimentales : circulations multiples, conversions réversibles⁸, syncrétisme catholique avec des bricolages personnels (rejets et réappropriations à partir de matériaux et d'horizons multiples) et recours à la sorcellerie. Ces itinéraires religieux nous éclairent sur les enjeux de la conversion/non conversion et de la gestion de l'identité religieuse, toujours en mouvement, qui participe des dynamiques sociales et d'un processus d'individualisation. Ces quêtes et hésitations religieuses, ces tentatives de réponses hybrides aux souffrances, aux conflits intérieurs, sont des élaborations d'une réalité créole. Néanmoins, dans une société traversée tant par l'ordre hiérarchique que par les problèmes socio-économiques et politiques, le propre de cette quête procède de l'insatisfaction, de la non-stabilité, ce qui interroge l'anthropologue dans sa compréhension des pratiques de santé mentale.

Aussi nous semble-t-il important de tenir compte de cette nécessité de repères religieux car c'est à travers les pratiques personnelles et les symboles dont usent les individus et la plus ou moins grande adhésion aux mouvements religieux institutionnalisés que l'on se propose de contribuer à enrichir la réflexion que cet appel à communication propose sur le thème des mobilités.

Bibliographie

- Benoît J., 1996, « Métissage, syncrétisme, créolisation: métaphores et dérives », *Études créoles*, 19, 1 : 47-60. URL : <http://classiques.uqac.ca/>
- Jolivet M-J., 1997, « La créolisation en Guyane : un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole », *Cahiers d'études africaines*, Paris.
- Meintel D., 2000, « Transnationalité et le renouveau de la vie festive capverdienne-américaine », *Revue européenne de la migration internationale*, 16, 2 : 77-90.
- Meintel D. et M-N. Le Blanc, 2003, « Présentation : la mobilité du religieux à l'ère de la globalisation », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 1 : 5-10.
URL : <http://id.erudit.org/iderudit/006999ar>
- Bastian J-P., Champion F. et K. Rousselet, 2001, *La globalisation du religieux*. Paris, L'Harmattan.
- Champion F., 1999, « De la diversité des pluralismes religieux », *International Journal on Multicultural Societies (IJMS)*, URL : <http://portal.unesco.org>
- Massé R., 1978, *Les adventistes du septième jour aux Antilles françaises : anthropologie d'une espérance millénariste*, Centre de Recherches caraïbes, Martinique.
- Massé R. et J. Benoît (dir.), 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris.

⁷ Il existe à la Martinique une pluralité religieuse telle que le catholicisme, le protestantisme qui englobe les témoins de Jéhovah, les adventistes et les évangéliques baptistes et pentecôtistes. On peut encore répertorier les religions importées d'Asie telles le Mahikari, le bouddhisme Sokka Gakai et Zen, etc.

⁸ Ce concept est repris à Katrin Langewiesche qui le développe dans son ouvrage intitulé : *Mobilité religieuse. Changements religieux au Burkina Faso*, Ed. LIT Verlag Berlin-Hamburg-Münster, 2003.



**9h-10h30 : Plénières présidées par Stéphanie Mulot (LISST, Toulouse, France).
Amphithéâtre Bodin**

Laurent Pordié (Institut français de Pondichéry, Inde et Université de Heidelberg, Allemagne):
Les enclaves transnationales du tourisme médical en Inde.
Sylvie Fortin (Université de Montréal, Montréal, Canada):

2. Sylvie Fortin

"La clinique comme espace de négociations des savoirs, normes et valeurs"

Structures de rattachement : Professeure agrégée, Département d'Anthropologie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Contacts : sylvie.fortin@umontreal.ca

Migration, santé, pratiques de soins sont des thèmes qui alimentent les recherches en anthropologie médicale depuis un moment déjà. La mobilité internationale et la diversité des populations des villes du Nord qui en résulte posent des défis pour la clinique au quotidien. Au-delà de la diversification des traditions thérapeutiques et savoirs sur le monde, sur le corps, sur la maladie, cette variabilité au sein de la population tient d'un éventail de facteurs tels que les rapports de genre, le statut de classe, l'origine ethnique ou nationale, la confession religieuse, le profil migratoire et les ressources (économiques, sociales, symboliques) dont disposent les individus. La clinique est traversée par cette diversité (clinicien/usager) et devient un espace social de négociations des savoirs, normes et valeurs (soignant/soigné/famille) polarisés par les contextes critiques d'intervention (naissance, fin de vie, passage des soins curatifs aux soins palliatifs, interruption des soins). Cette pluralité de normes et de valeurs est à son tour indissociable de l'évolution des situations cliniques liée aux progrès de la médecine et à la diversification des expertises médicales, aux modalités d'intervention et processus décisionnels et à l'asymétrie du rapport clinique.



**Session C. Circulations des malades et des thérapeutes :
Mobilités sanitaires et négociations thérapeutiques. (Amphithéâtre Bodin)**

11h-12h30 : Atelier C1. Tourisme médical et migrations sanitaires.
Président : **Laurent Pordié** (Institut Français de Pondichéry et Université de Heidelberg)

1. Audrey Bochaton

*« Des hôpitaux thaïlandais au carrefour de nouvelles mobilités de santé :
tourisme médical et recours transfrontaliers. »*

Structures de rattachement : Doctorante en géographie de la santé, Université Paris Ouest Nanterre La Défense - Laboratoire EST « Espace, Santé et Territoire », Institut de Recherche pour le Développement (IRD) - Unité de recherche 178 « Conditions et territoires d'émergence des maladies »

Contacts : audreybochaton@hotmail.com

Dans un contexte de mondialisation, les pratiques de santé des acteurs évoluent sous l'effet conjugué de l'ouverture des frontières, la croissance des échanges et l'intensification des mobilités. Aujourd'hui le tourisme médical est la pratique thérapeutique qui illustre le mieux la globalisation des soins. Son expansion rapide soulève de nombreuses réflexions quant à l'évolution du rapport à la santé et les comportements médicaux. Le phénomène se déploie à l'échelle planétaire et génère de nouvelles proximités entre des patients et des infrastructures de soins situés aux quatre coins du globe dans des contextes culturels différents. Parmi les pays récepteurs de patients voyageurs, la Thaïlande, avec son rôle pionnier dans l'essor de cette pratique thérapeutique récente, capte aujourd'hui la quasi-totalité des flux de touristes médicaux en direction du sud-est asiatique.

Outre l'attractivité des structures de soins thaïlandaises à l'échelle mondiale, il est intéressant aussi d'analyser les recompositions des pratiques sanitaires à l'échelle régionale, en étudiant plus particulièrement l'espace frontalier entre la Thaïlande et le Laos et l'émergence d'une nouvelle dynamique thérapeutique : des recours aux soins transfrontaliers initiés par des patients laotiens vers des hôpitaux frontaliers thaïlandais. Si ces mobilités de santé ne s'inscrivent pas dans la même logique que les recours thérapeutiques des patients issus des pays développés, nous verrons toutefois que ces pratiques initiées par une partie de la population laotienne accompagnent l'ouverture des frontières du pays et incarnent plus largement son entrée dans la mondialisation. A l'aide d'enquêtes de terrain réalisées en plusieurs lieux de passage le long de la frontière lao-thaïlandaise, nous décrivons les formes socio-spatiales de ces recours, les profils de patients impliqués afin de mettre en évidence à travers la pluralité des pratiques la réalité d'une société laotienne à deux vitesses et des impacts sur le système de soins thaïlandais différenciés.

Nous proposons ici une réflexion centrée sur la Thaïlande et son système de soins afin d'appréhender les bouleversements qui s'opèrent aujourd'hui dans la sphère médicale aussi bien à l'échelle mondiale, régionale que locale. Comment sont générées et se déploient les mobilités de santé d'un nouveau genre ? Quelles sont les répercussions sur le système de soins du pays récepteur et sur les systèmes de soins des pays dont sont originaires les patients ? Dans quelle mesure ces nouvelles pratiques de santé liées à la mobilité participent-elles à une déterritorialisation et une reterritorialisation des espaces de santé ? Enfin peut-on parler d'une tendance à l'uniformisation des pratiques thérapeutiques à l'échelle mondiale ?



2. Céline Dumas

« Notes de recherche sur les mobilités transnationales entre le Cambodge et le Vietnam pour le traitement des hépatites virales. »

Structures de rattachement : CReCSS, chercheuse contractuelle projet ANRS 12102.

Contacts : dumascel@gmail.com

L'épidémiologie des hépatites virales B et C est mal connue au Cambodge, cependant les premières estimations laissent penser que la prévalence de la première (prévalence Ag Hbs 8-9%) est similaire à celle retrouvée dans la plupart des pays limitrophes, alors que l'hépatite C semble bien plus fréquente (prévalence Ag VHC 6-8%) que dans les pays frontaliers.

Depuis quelques années, leur prise en charge (suivi biologique, traitements selon les recommandations internationales) est possible à Phnom Penh et se pratique principalement dans les cliniques privées d'hépatologues spécialisés en infectiologie. Cependant, l'espace de soins et de prise en charge des hépatites virales ne se limite pas au territoire national. Il apparaît qu'une partie des personnes atteintes reçoit (ou a reçu) des soins à l'étranger, essentiellement en Asie du Sud-Est, principalement à Hô-Chi Minh, Bangkok, Singapour. Mais on retrouve également des déplacements en fonction des liens avec les diasporas (France, Amérique de Nord) ou les liens familiaux (Chine).

Notre présentation, qui se limite aux mobilités pour la prise en charge d'hépatites virales (B ou C) entre le Cambodge et le Vietnam, et particulièrement vers Hô-Chi-Minh, a pour objectif de décrire quelques parcours de soins hors des frontières nationales, d'analyser l'effet « miroir » de cet aller-retour sur les perceptions du système de soin cambodgiens et de ses médecins.

Cette recherche a été menée dans le cadre du projet ANRS 12102 lors d'un terrain de trois mois à Phnom Penh et dans la province de Prey Veng en 2008 où des entretiens avec des malades et des professionnels de santé ont été menés à l'aide d'une assistante de recherche.

Tout d'abord, nous rappellerons quelques particularités, dans le contexte des relations khméro-vietnamiennes, de l'histoire sociale du système de santé cambodgien depuis la fin du régime des Khmers Rouges. Ensuite, nous exposerons le parcours de malades et les raisons qui les ont décidé à obtenir un traitement au Vietnam. Les cas rapportés ressortent tous du déplacement volontaire, assis sur une décision personnelle, s'appuyant sur des réseaux de connaissances.

Alors que Cambodgiens et Vietnamiens entretiennent des relations conflictuelles héritées de l'Histoire, où le Vietnam est souvent présenté comme « le frère ennemi », la santé semble être un domaine qui ne prend pas en compte ces inimitiés. Les médecins vietnamiens semblent correspondre à des stéréotypes laudatifs déjà anciens, développés par les colons français et paradoxalement repris par les malades cambodgiens. Les discours sur la prise en charge au Vietnam, les lieux de soins et les médecins vietnamiens permettent d'entrevoir comment sont perçus le système de santé et les médecins cambodgiens et sur quoi la concurrence pour les soins peut se jouer.

En conclusion, nous discuterons à travers cet exemple khméro vietnamien, de l'importance relative des aspects de mondialisation et de globalisation en lien avec la santé d'une part, et de l'ancrage socioculturel et historique d'autre part au cœur des questions de déterritorialisation-reterritorialisation des espaces de santé .



3. Juliette Sakoyan

« Migration et mobilité sanitaires en contextes institutionnel et profane : différentes formes de « voyages » sanitaires d'enfants originaires des Comores »

Structures de rattachement : Doctorante en Anthropologie de la santé – CReCSS.

Contacts : sakoyan.juliette@orange.fr

Cette intervention est fondée sur un travail de thèse en anthropologie portant sur des migrations de soins de familles originaires de l'Union des Comores induites par la maladie d'un enfant, et plus particulièrement sur des trajectoires familiales entre l'Union des Comores, Mayotte, la Réunion et la métropole. On propose de décrire différentes formes de de « voyages » (traduction du terme employé par les familles) sanitaires d'enfants à l'extérieur des frontières nationales. Qu'est-ce qui détermine le cadre institutionnel ou profane d'une mobilité sanitaire et dans quelle mesure se transforme-t-elle en migration sanitaire, c'est à dire, découle-t-elle sur une installation induisant le plus souvent un réagencement biographique et familial?

Dans un premier temps on décrira le contexte géographique, historique et migratoire de l'archipel des Comores (Union des Comores et Mayotte). D'une part son positionnement de carrefour dans le canal du Mozambique et son histoire coloniale avec la France ont dessiné un espace politico-sanitaire singulier structuré par différents types de frontières (politiques, administratives, insulaires, culturelles) d'échelles et de territorialités variables. D'autre part, les Comoriens et particulièrement les Grand-Comoriens, ont accumulé un savoir pratique migratoire qui en fait aujourd'hui une diaspora disposant de divers réseaux en Afrique de l'ouest, de l'est, dans divers pays arabes, dans l'océan indien et surtout en France métropolitaine. Ainsi les mobilités pour raisons sanitaires - sans pour autant représenter un flux quantitativement significatif si tant est qu'elles soient quantifiables - bénéficient-elles d'un savoir migratoire préexistant tout en se confrontant à un espace de circulation fortement contraint.

Dans un second temps on proposera une catégorisation des mobilités sanitaires de familles originaires de l'Union des Comores à partir de deux dimensions non exclusives. La dimension contextuelle de la trajectoire de soins concerne le cadre dans lequel le voyage sanitaire de l'enfant s'effectue. Il peut être institutionnel et encadré par le dispositif d'évacuation sanitaire existant entre Mayotte, la Réunion et la métropole mais aussi d'assise plus précaire entre l'Union des Comores et Mayotte ; ou profane c'est à dire être initié et organisé par les familles et la communauté comorienne. Bien souvent une trajectoire d'enfant commence dans un cadre profane et se poursuit institutionnellement à partir de Mayotte. La dimension biographique de la trajectoire de soins amène pour sa part à distinguer entre une mobilité sanitaire et une migration sanitaire. La première correspond à un aller-retour de l'enfant et des membres l'ayant éventuellement accompagné. La seconde correspond à des trajectoires plus complexes où, entre le village d'origine et l'établissement de soins le plus éloigné (en métropole), des ancrages quelquefois définitifs interviennent s'accompagnant de réagencements biographiques individuels et familiaux.

Le troisième temps consistera à faire la genèse de ces trajectoires complexes et plus largement à analyser les liens entre les quatre formes de « voyages » sanitaires identifiées (migration institutionnelle, migration profane, mobilité institutionnelle, mobilité profane). Il s'agira de montrer comment ces différentes trajectoires sont fonction de la manière dont s'articulent l'espace politico-sanitaire dans lequel elles s'inscrivent avec les choix éthiques et biographiques des acteurs qui les conduisent.

Dans un contexte de quasi absence de travaux sur le thème des mobilités/migrations sanitaires chez les malades, ce colloque sera finalement l'occasion de préciser la pratique migratoire d'accès aux soins et de la mettre en perspective dans un éclairage réciproque avec les catégories de migrations définies dans la littérature d'une part et avec le thème du pluralisme médical d'autre part.



Session C : 14h-16h : Atelier C2. Quand les tradi-thérapeutes migrent.

Président : Jean-Pierre Olivier de Sardan (LASDEL, CNRS, Niger)

1. Sylvain Landry Faye

« Le champ sanitaire dakarois à l'épreuve des nouveaux « entrepreneurs » étrangers des thérapies néo-traditionnelles (Sénégal). »

Structures de rattachement : Socio-Anthropologue, Enseignant Chercheur, Département de Sociologie FLSH, Université Cheikh Anta DIOP UCAD, Sénégal.

Contacts : fayesylvain@yahoo.fr

Ces dernières années, la ville de Dakar est devenue une destination privilégiée des mouvements transfrontaliers de populations. Ces dynamiques posent un ensemble d'enjeux, en particulier sur le plan sanitaire. Elles constituent un facteur favorisant la circulation des agents pathogènes (Lalou et al.2007) et ont aussi contribué au départ massif de médecins vers l'Occident (GCIM, 2005.) Cependant, elles ont aussi permis la circulation des thérapeutes valorisant la tradition et religion africaines, en provenance du Ghana, du Nigéria, du Mali et du Cameroun (marabouts, devins, exorcistes, guérisseurs, herboristes etc.) On note aussi une expansion des églises pentecôtistes, dans un pays fortement islamisé. Ces acteurs étrangers, spécialisés dans la prise en charge de pathologies, intègrent un champ sanitaire urbain, dont les dynamismes contemporains méritent une analyse actualisée.

En s'intéressant particulièrement aux marabouts et guérisseurs étrangers qui se sont spécialisés dans le traitement de l'infécondité conjugale, cet article vise à décrire les différentes pratiques professionnelles qu'ils mettent en œuvre pour la prendre en charge; la place que ces thérapeutes étrangers prennent dans les itinéraires thérapeutiques des urbains, comparativement à celle des locaux. Il vise aussi à identifier les modifications apportées dans le champ sanitaire sénégalais, en particulier celui dakarois.

Les données présentées sont tirées d'un travail de recherche mené par une équipe d'universitaires de la FLSH (UCAD) en 2008 pour OXFAM, portant sur les dynamiques contradictoires des sociétés ouest-africaines actuelles. Elles ont été collectées par la recension de documents et les entretiens avec des personnes ressources et des acteurs cibles.

Nos résultats montrent que les pratiques des thérapeutes étrangers s'inscrivent dans une logique d'hybridation : ils valorisent des savoirs endogènes africains, tout en les associant aux symboles de la pratique biomédicale. Dans le cas de l'infécondité conjugale, ils sont aussi devenus une alternative thérapeutique réelle dans les comportements de recours aux soins des urbains, face à des tradithérapeutiques locaux souvent taxés de « charlatans » en milieu urbain. Ces acteurs ont aussi réussi à remobiliser et à renouveler des idéologies surnaturelles pour expliquer l'infortune, ainsi qu'une médecine traditionnelle locale « instrumentalisée », malgré l'existence de structures associatives (Prometra/Malango.) La proximité entretenue avec la biomédecine s'exprime comme une volonté de conquête d'un nouvel espace de légitimité sociale et politique. Cette légitimité, en voie d'être acquise, remanie les rapports médecine moderne/traditionnelle dans le champ sanitaire sénégalais.



2. Véronique Duchesne

*« Les prophètes ivoiriens à l'ère de la téléphonie mobile.
Consultations sur radio Moronou et dans les camps de prière »*

Structures de rattachement : Centre d'Etudes des Mondes africains, CNRS, Paris I, EPHE.
Contacts : duchesne@ivry.cnrs.fr

La préfecture de Bongouanou tout comme l'ensemble de la Côte d'Ivoire est en pleine mutation religieuse. De nombreux « camps de prière » s'y créent ou s'y implantent. Toutes les religions interviennent peu ou prou dans le champ sanitaire ne serait-ce qu'en demandant à leur fidèles de prier pour tels frère ou sœur malades. Quelques unes d'entre elles se caractérisent par l'accent mis sur la guérison par la foi. Elles constituent de véritables églises thérapeutiques qui se préoccupent de la santé physique et sociale de ses membres et ont à leur tête un « prophète » ou une « prophétesse » (terme utilisé localement).

Ces hommes et femmes de Dieu doués d'un pouvoir de guérison ont comme caractéristique commune d'être des étrangers à la communauté au sein de laquelle ils s'installent et dont ils ne parlent pas toujours la langue. A la différence des guérisseurs et des devins-initiés-thérapeutes locaux, ils ne sont pas liés au terroir et à ses puissances tutélaires. Extrêmement mobiles, ils ont quitté leur région natale, sont souvent passés par Abidjan ou par une grande ville avant de s'installer dans des lieux stratégiques : à un carrefour sur un axe routier bitumé ou à l'entrée du village d'un responsable politique. Tous possèdent également un téléphone portable et peuvent être joignables par un confrère ou un patient depuis la France ou bien la Chine.

A l'ère de la téléphonie mobile, leurs pratiques aussi évoluent : ainsi à Bongouanou le prophète Tano consulte-t-il tous les mercredis sur les ondes de la radio rurale communautaire radio Moronou (qui émet depuis 2004), en donnant, par la vision, l'origine du mal dont souffre l'auditeur. Les consultations téléphoniques peuvent être suivies d'une consultation au camp de prière où chaque patient est tenu de s'inscrire sur un registre – ce qui permet par exemple de comptabiliser le nombre de cas de personnes atteintes de « sorcellerie ». Si les séances de vision permettent d'élucider l'origine du mal et sont accompagnées de prières, elles peuvent également être suivies de traitements parfois de longue durée qui s'assimilent à une hospitalisation dans le camp de prière. La famille qui accompagne le malade est alors amenée à construire une chambre et un foyer sur place. Au sein du camp, se côtoient au quotidien et lors des prières, à la fois des chrétiens, des musulmans et des « féticheurs », souffrant de toutes sortes de maux et de malheurs. Des personnes atteintes du VIH/sida venues avec les résultats de leur test de dépistage sont ainsi soignées par des prières spécifiques faisant intervenir un animal sur lequel est transféré le mal.

Cette intervention sera accompagnée d'extraits vidéo donnant la parole à deux prophètes, chacun nouvellement installé dans son propre camp de prière en août 2008 : le prophète Tano et la prophétesse Maman Déborah.



3. Marie Meudec

« Mobilités des savoirs et des pratiques magico-thérapeutiques à Ste-Lucie, Stratégies et discours de légitimation des guérisseurs. »

Structures de rattachement : Doctorante en anthropologie, Université Laval, Québec.
Contacts : marie.meudec.1@ulaval.ca

Cette communication donnera lieu à une réflexion sur les stratégies discursives des guérisseurs à Ste-Lucie, dans un cadre plus général d'une analyse de l'évolution des pratiques et des discours de santé. Une enquête de terrain dans cette île de la Caraïbe en 2006-2007 a permis de recueillir de nombreux discours, en termes moraux notamment, sur les pratiques de soins de santé en général et sur les pratiques magiques et sorcellaires en particulier. Les pratiques thérapeutiques "traditionnelles" à Ste-Lucie témoignent d'une forte tendance à l'internationalisation des discours et à l'hybridation des pratiques, autant au niveau des guérisseurs que des malades. Une analyse approfondie de la construction des identités des praticiens de santé montre la nécessaire prise en compte de cette forme de diasporisation des discours et des pratiques. Plusieurs pistes de réflexion seront avancées afin de rendre compte de ces processus à l'œuvre actuellement à Ste-Lucie.

Au sein des discours de légitimation omniprésents chez les guérisseurs-sorciers, quelle est la place pour un discours sur la mobilité ? De nombreux guérisseurs effectuent des "voyages thérapeutiques" au cours de leur vie, pour des objectifs d'apprentissage ou de guérison. Comment ces déplacements interviennent-ils dans les perceptions des pratiques locales et dans les accusations de sorcellerie ? Quels sont les effets de la mobilité des praticiens sur les perceptions locales et sur les processus de moralisation des pratiques thérapeutiques ? En quoi les différents types de mobilités, internes, régionales, transnationales et personnelles notamment, pénètrent-ils les discours sur les origines des employés ? Les stratégies mobilisées par certains guérisseurs sont multiples et pour une grande part fortement individualisées, et elles illustrent une capacité d'adaptation aux contraintes sociales et morales. On verra en outre qu'elles s'inscrivent dans un processus global d'une transnationalisation des schémas et des valeurs de référence en matière de soins de santé.

Aussi, cette communication illustrera tous ces aspects à partir du parcours individuel de certains praticiens, de leurs discours d'auto-légitimation et de la réputation dont ils bénéficient.



4. Eric De Rosny

*« La sorcellerie, compagne secrète du migrant.
Les échappées de la jeunesse du Cameroun »*

Structures de rattachement : enseignant en anthropologie de la santé à l'université catholique d'Afrique Centrale, résidant à Yaoundé (Cameroun), BP 59.

Contacts : ericderosny@yahoo.fr

Tandis que toutes les classes de la société, journalistes en tête, réproouvent officiellement et à haute voix les pratiques de sorcellerie, force est de constater la résistance de celles-ci et même leur progression aujourd'hui par comparaison avec le temps des indépendances. Ce phénomène irritant se manifeste dans l'ensemble des pays au sud du Sahara. Ici, il ne sera question que du Cameroun qui n'est d'ailleurs pas le pays le plus affecté. Or cette persistance de la sorcellerie dans le monde moderne africain touche paradoxalement les migrants censés s'émanciper de leur pays d'origine. Ils sont enclins à attribuer maux, maladies et malheurs à la sorcellerie. La thèse de cette contribution est de montrer que la responsabilité en incombe principalement à leur famille d'origine qui, sans le dire, emploie la sorcellerie comme une sorte de tactique pour retenir en elle-même et de loin ceux et celles qu'elle a peut-être encouragés à partir mais sur lesquels elle entend garder prise. Cette stratégie inavouée n'est pas nouvelle. Lors des grandes migrations de la jeunesse paysanne vers la ville, avant l'indépendance politique, déjà la famille faisait jouer le système de la sorcellerie pour gérer l'exode rural. On pouvait penser que la ville serait pour la jeunesse le terminus de sa migration, elle s'est avérée n'être qu'une étape.



16h15-17h45 : Atelier C3. Mobilités des médecins.
Président : **Thierry Lang** (INSERM/IFERISS, Toulouse, France)

1. Emilie Hennequin

*« La fuite des cerveaux du Sud vers le Nord :
Comprendre et gérer la mobilité du personnel soignant camerounais »*

Structures de rattachement : Maître de Conférences, PRISM, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
Contacts : emilie.hennequin@univ-paris1.fr

La situation des Ressources Humaines dans le secteur de la Santé est préoccupante dans plusieurs Etats africains. L'accès aux soins de base dans les pays subsahariens se heurte à une mauvaise répartition géographique de l'offre et à des insuffisances quantitatives et qualitatives dans la formation des médecins généralistes et des infirmiers à cause de la « fuite des cerveaux » ou de « l'évaporation des compétences » vers des horizons plus rémunérateurs. L'Afrique se vide ainsi de ses personnels qualifiés, notamment dans le domaine médical. Les zones de destination privilégiées sont les Etats-Unis, l'Australie, le Canada puis l'Europe. Aujourd'hui, l'Afrique dans son ensemble, avec ses 890 millions d'habitants, compte moins de médecins que l'Allemagne. D'après une étude de l'OMS en 2004, 34 pays africains comptent moins de deux médecins pour 10 000 habitants. D'autres études menées par l'OMS (2002, 2004) indiquent la volonté affichée de nombreux personnels soignants d'émigrer.

Au Cameroun, la situation n'est pas beaucoup plus favorable. 15 % du personnel médical formé dans le pays part chaque année⁹. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire d'élaborer des stratégies qui favorisent le maintien des personnels de santé dans leur pays d'origine ou qui les incitent à y revenir. Cela passe par une meilleure identification des causes du phénomène et par la mise en place de dispositifs correctifs encourageant le retour des compétences.

Cette communication a pour objectif, dans un premier temps, de comprendre les causes expliquant le départ des personnels soignants du Cameroun puis de détailler les stratégies et corrections pouvant être envisageables pour répondre à ce défi. En effet, cette mobilité des pourvoyeurs de soins ne peut rester ignorée par les institutions en raison des dangers qu'elle peut poser à la population du pays.

⁹ Rapport de la Réunion annuelle des responsables centraux et extérieurs du Ministère de la Santé, 2007.



2. Alain Le Vigouroux et Anne-Claire Stona ¹

« Maintenir une qualité des soins dans un contexte de vieillissement de la population : place des professionnels de santé migrants en région Champagne Ardenne, exemple du centre hospitalier de Vitry le François »

Structures de rattachement : ¹DrDASS 51

Contacts : alain.levigouroux@sante.gouv.fr

Les paramètres de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été modifiés par la réforme hôpital 2007. L'émergence de l'échelon régional a marqué un virage dans l'organisation du système de santé (loi du 31 juillet 1991). Les Agences régionales de l'hospitalisation, mises en place suite aux ordonnances de 1996, sont en charge de la planification hospitalière publique et privée. Le SROS III couvrant la période 2006-2011, devient l'unique outil de planification élaboré à partir des besoins de la population. Le territoire de santé, élément structurant de l'offre sanitaire, devient un espace de concertation de projets médicaux territorialisés entre les acteurs du champ de la santé, les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux, élus et usagers.

La région Champagne Ardenne regroupe une population et une main d'œuvre médicale vieillissantes. La démographie médicale est en baisse autant dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier. La densité médicale ainsi que le temps médical diminuent. La question de l'optimisation de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients est posée. Sur le plan national, des perspectives de réponses émergent dont une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé. Cependant, les expériences internationales montrent que cela ne suffit pas à résoudre les questions liées à la démographie des problèmes de santé.

Face à une démographie médicale s'amenuisant, les établissements de soins font de plus en plus appel à des médecins venus d'ailleurs et en particulier des récents pays adhérents à l'Union européenne. Cette question des « médecins étrangers » n'est pas nouvelle. En région Champagne Ardenne, à l'exemple du territoire national, qu'ils soient européens ou extra européens, les professionnels de santé « non-nationaux » sont présents en milieu hospitalier. Réalisée dans le cadre d'un mémoire professionnel (EHESP), notre étude ciblera, en priorité l'hôpital général de Vitry le François. Cet hôpital local dessert une population située dans le territoire du « Triangle », sur deux régions : la Champagne Ardenne (sud du département de la Marne, nord de la Haute Marne) et la Lorraine (département de la Meuse).

L'intégration professionnelle des praticiens non nationaux peut poser problème. Tout d'abord, la pratique de la langue française nécessite d'être évaluée. Ensuite, dès leur arrivée sur leurs lieux d'exercice, ces praticiens sont confrontés à des pratiques professionnelles contrastant parfois avec celles acquises dans le pays d'origine ou ailleurs. Les migrants professionnels doivent alors composer avec de nouvelles contraintes posées notamment par des impératifs sécuritaires, une culture thérapeutique différente ou encore une gestion de la qualité des soins et services de plus en plus exigeante.

Les résultats de cette enquête cibleront le rôle et la place des professionnels migrants, en milieu hospitalier, dans la perspective d'un maintien de la qualité des soins. Il s'agira d'en relever les points forts et points faibles à partir des perspectives des acteurs professionnels de santé, des usagers et des représentants de la direction hospitalière. Le point de vue des institutionnels régionaux sera pris en compte. Des propositions d'actions réalisables à l'échelon régional devraient permettre une meilleure prise en charge des patients tant sur le plan sécuritaire que sur celui de la qualité.



3. Patrice Cohen, Aline Sarradon-Eck, Clémentine Raineau, Emilie Legrand, Coralie Caudullo

« L'offre des recours non conventionnels pour les patients atteints de cancer en France : mobilité nationale et internationale des approches, des spécialistes et des produits. »

Structures de rattachement : Patrice Cohen*, Clémentine Raineau*, Emilie Legrand*, Coralie Caudullo*, Aline Sarradon-Eck** : * GRIS, Université de Rouen, ** CReCSS, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III (MMSH)

Contacts : patrice.cohen@univ-rouen.fr

Face au système officiel de la prise en charge des cancers, les offres non conventionnelles de traitement du cancer définissent une large diversité d'approches, de produits, et de soins. Tout en épousant à la fois les formes et les interstices du système de soins conventionnel, ces offres se caractérisent notamment par leur fluidité et plasticité, par la mobilisation de vecteurs d'information et de communication spécifiques, et par un échange d'idées, de produits et de prestataires de recours.

À partir d'une recherche effectuée dans trois régions françaises (Normandie, Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur)¹⁰, la communication propose d'examiner différentes modalités de circulation des individus, des savoirs, des objets thérapeutiques et de présenter ce qui se joue en termes de reconfiguration du système de soins.

➤ Une mobilité des leaders charismatiques : Le recensement des événements grand public (conférences, salons, marchés) liés aux offres non conventionnelles de santé dans chaque région montre qu'il existe des conférenciers qui sillonnent la France afin de diffuser leurs conceptions du cancer et de sa guérison. Cette diffusion de proximité s'adresse à un public attentif à l'environnement, à la santé et à l'alimentation, composé très souvent de personnes atteintes de cancer ou de leurs proches. Elle sert très souvent de relais à une communication plus large, soit par réseaux associatifs ou corporatifs ou encore par Internet, de leur(s) ouvrage(s) sur le cancer. Elle participe à une réorganisation des savoirs sur le cancer et sur la santé par la confrontation des paradigmes.

➤ Une mobilité géographique des « spécialistes du cancer » : Afin d'échapper au cadre d'exercice de la médecine proposé en France, des médecins, dont la pratique est fondée sur une approche non conventionnelle du cancer, se sont expatriés dans des pays limitrophes. Ce déplacement, analysé comme un contournement des dispositifs de contrôle de l'activité médicale, draine une nouvelle clientèle composée notamment de malades français cherchant un traitement complémentaire ou alternatif.

➤ Mobilités des produits : L'identification des produits récurrents utilisés par les personnes atteintes de cancer en complément des traitements officiels montre qu'un commerce de produits accompagne la promotion d'approches complémentaires et alternatives du cancer. Il s'agit un marché qui s'appuie sur la circulation de plantes et de leurs composés, ainsi que d'aliments produits dans différentes régions du monde (Afrique, Inde, Chine, Etats-Unis, Amérique du sud, zone pacifique, etc.) et vendus en France sous forme de compléments alimentaires ou de préparations médicinales. Par ailleurs, certains produits interdits en France (produits Beljanski par exemple) sont à l'origine de mobilités des patients (se rendre dans un pays où la vente est autorisée) et de commandes par correspondance, contournant ainsi le cadre légal.

¹⁰ Cette recherche coordonnée par Patrice Cohen a pour objectif d'effectuer une comparaison anthropologique et sociologique entre la France (Normandie, Auvergne, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur), la Belgique et la Suisse des recours non conventionnels des personnes atteintes de cancer. Cette communication doit beaucoup aux apports collectifs des chercheurs de ce projet : Aline Sarradon-Eck et Coralie Caudullo (CReCSS, Université d'Aix-Marseille), Patrice Cohen, Émilie Legrand, Ludovic Jamet, Clémentine Raineau (GRIS, Université de Rouen), Olivier Schmitz et Emmanuel Lenel (CES, Faculté Saint-Luis de Bruxelles, Ilario Rossi et Barbara Müller (IAS, Université de Lausanne), et Marie Ménoret (Université de Paris 8).



Session D : Expériences de la santé et de la maladie dans la mobilité.

11h-12h30 : Atelier D1. « Ici - Là-bas » : continuités et ruptures dans les représentations et les pratiques de santé.

Président : **Laurent Vidal** (IRD, Yaoundé, Cameroun)

1. Berta Mendiguren

« « Moi aussi je dois partir, il n'y a pas de scanner ni de vrai médicaments au village », ou de l'impact des migrations soninké sur les conceptions et itinéraires thérapeutiques des parents restés au village ainsi que sur le système sanitaire malien. »

Structures de rattachement : FARAPI, chercheuse et consultante internationale indépendante, réside en Espagne.

Contacts : mendigurenberta@yahoo.es

Les mouvements migratoires constituent un phénomène structural au sein de la société soninké de la Région de Kayes (Mali), affectant les principes fondamentaux de son système culturel, inclus ses conceptions sur la santé et ses itinéraires thérapeutiques, tant en origine comme en destination.

L'étude approfondie¹¹ des itinéraires thérapeutiques d'une communauté rural soninké de l'Ouest du pays, de grand tradition migratoire vers la France (zone sanitaire de Dramané), nous permettra d'appréhender comment les expériences des migrants en France avec un certain « visage » de la biomédecine (celle des grandes hôpitaux, haute technologie et médicaments en spécialité) ont un important impact sur les conceptions et pratiques des ses parents restés au village qui réclament a son tour cette même visage. Image renforcé par l'installation en proximité des centres de santé communautaires et des cliniques privés avec l'appui des acteurs du Nord (ONGs, praticiens,...).

C'est ainsi que les parents restés au village, sensibles aux conceptions de ses acteurs en position hégémonique, et en quête de dites icones de la biomédecine, d'un système de santé « comme il faut », initient un exode qui leur mènent soit vers le secteur public de la capitale (niveau tertiaire de la pyramide sanitaire) soit vers le secteur privée, même si souvent son affection pourrais bien trouver une réponse au niveau local (centre de sante communautaire) et/ou départemental (centre de sante de référence). Exode que si bien serais en train de mettre en risque le secteur public malien constitue une importante source de revenus pour le secteur prive et ses agents, lesquels se réadaptent aux « territoires, souhaits et besoins » de cette clientèle, une des seules à pouvoir payer ses services grâce aux transferts des migrants.

Parallèlement, cette société, et en spécial les femmes restées au village, réalisera un usage social de ses itinéraires thérapeutiques pour gérer ses propres fractures sociales, ses rivalités actualisées par l'immigration, dans un processus où chaque acteur social se sert de son implication solidaire dans les processus santé/maladie/soins pour rééquilibrer sa position sociale.

¹¹

Cette recherche mené entre le Mali et la France depuis 1999, a donné lieu a la thèse Doctorale « Immigration, Médicalisation et Changement Social entre les Soninké: le cas de Dramané (Mali) défendue a l'Université Rovira I Virgili de Tarragona (Espagne) en 2006 et qui a obtenu en 2007, le Prix Extraordinaire de dite Université.



2. Barbara Bertini & Marielle Cartiaux

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

Structures de rattachement : Barbara **Bertini** : Responsable Programme Interface Santé GRDR France. Marielle **Cartiaux** GRDR, chargée de mission programmes de recherche, France .
Contacts : barbara.bertini@grdr.org marielle.cartiaux@grdr.org

La communication que nous proposons mettra la focale sur le rôle ambigu des acteurs de terrain exerçant dans le domaine de la santé confrontés au délicat exercice de rétroaction et réflexivité. Elle posera les questions de distance et affinité, des relations d'interdépendance entre acteurs et sujets de développement sanitaire, dont la lecture analytique impose le questionnement relatif au positionnement de chacun : peut on être ailleurs dans le dedans, dedans dans l'ailleurs ? Dans le cas étudié, il s'agira de proposer une lecture « décalée » du discours qui justifie et rend ses lettres de noblesse aux engagements des associations migrantes qui travaillent avec le GRDR (Groupe de recherche et de Réalisations pour le Développement Rural, Migration, citoyenneté, développement) autour des questions de développement sanitaire pour faire émerger les jonctions contradictoires qui le composent. 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'intègrent de façon originale dans le pays de destination tout en maintenant une « coprésence » dans les pays de départ. Ils relient de façon originale des espaces géographiques et de vie spatialement éloignés et, dans un continuum en apparence harmonieux, les évolutions intergénérationnelles du même engagement associatif se font sans rupture.

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 dans le domaine du développement sanitaire leur a permis d'atteindre une reconnaissance sociale et une posture politique et décisionnelle « là-bas » qui leur a permis de supporter la séparation et les conditions de vie complexes dans le cadre du périple migratoire grâce à une construction ascensionnelle qui s'opère à distance. 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. 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 aux acteurs locaux dans une relation de contre ou double pouvoir 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 (Mali, Mauritanie, Sénégal), ces mêmes acteurs associatifs ont perpétué leur engagement en effectuant la transition scalaire : du village, à la commune, à la région... leur « poids » est demeuré intact. Paradoxalement, les politiques migratoires restreignant les libertés de circulation et la crise économique qui a touché les classes socioprofessionnelles les plus fragiles, dont ils font partie, ont poussé ces « acteurs obligés » de développement à élargir aussi leur engagement collectif en impliquant d'autres acteurs (ONG, collectivités territoriales, bailleurs...). Dans ces contextes de socialisation choisie ou subie, les approches thématiques dans lesquels ils étaient engagés ont également évolué : des infrastructures sanitaires, les migrants se sont retrouvés impliqués et concernés au premier chef en tant qu'acteurs de prévention. La dette symbolique du départ, assouvie initialement par les constructions de dispensaire, par le « béton », se transforme en dette



symbolique à payer vis-à-vis des asymétries des possibilités d'accès aux soins de qualité et de proximité entre leur espace de vie dans le pays de résidence et celui où demeure la famille au pays. L'engagement des migrants dans le développement sanitaire évolue donc vers le renforcement des compétences des acteurs locaux, les actions de prévention et sensibilisation, le plaidoyer et le lobbying....

Des migrations circulaires et collectives de travail à des migrations de peuplement suite au regroupement familial, les acteurs évoluent : les enfants de ces mêmes migrants sont aujourd'hui engagés dans des mouvements associatifs qui, quoique différents par leur objet statutaire, s'inscrivent de façon originale dans la continuité de ceux 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 éclatée, une pluri-territorialité qui réunit des espaces différents par des objectifs communs. La question qui sera posée est de savoir si le regard du « non chercheur », sa non-distance objective vis-à-vis de son « non » objet de recherche, sa connaissance de ce qui n'est pas dit, pas montré, tu, déformé, a une valeur dans la cadre de la recherche en anthropologie de la santé. Nous proposons d'interroger l'hypothèse suivante : 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, se traduit par le besoin boulimique de s'investir dans des projets de solidarité pour le pays d'origine : le développement sanitaire est le prix à payer, la monnaie d'échange de la paix sociale. Néanmoins la reconnaissance de cet engagement, à la fois dans le pays d'origine et à la fois dans le pays de résidence, produit des formes actives d'engagement citoyen qui permettent de relier de façon originale des espaces de vie éloignés. Mais aussi l'engagement citoyen dans le domaine de la santé « là bas » permet de réinvestir le même domaine de compétences ici. En dernier lieu il s'agit de savoir si le regard de l'acteur de terrain, impliqué en première instance dans le processus thérapeutique d'élaboration du deuil de la « rupture » par la recomposition des espaces via l'implication dans les actions de développement sanitaire et la mise en scène d'un processus de résilience par l'engagement dans des actions de développement sanitaire, a du sens ou si c'est un non sens.



3. Annamaria Fantauzzi

«CORPS, MIGRATION ET DON DE SOI: le cas du don du sang des Marocains à Turin (Italie)»

Structures de rattachement : Anthropologie culturelle et médicale, Université de Turin, Italie.

Contacts : annfantauzzi@tiscali.it

L'objet de cette communication porte sur l'analyse des aspects socio-anthropologiques et des pratiques du don du sang des immigrés marocains de Turin, étudiées dans deux associations qui ont organisé des collectes de sang avec l'Association italienne du don du sang bénévole (AVIS). L'analyse se concentre sur les résultats d'une recherche empirique menée à Turin et, par comparaison, dans plusieurs centres de transfusions au Maroc pour comprendre les différences et les changements sociaux du don du sang dus au phénomène de la migration et les dynamiques culturelles qui ont déterminé le choix des immigrés marocains de donner leur sang en Italie. Premièrement on veut réfléchir sur le fait qu'il ne s'agit pas de donateurs individuels mais d'une communauté, d'associations avec leur propre identité, qui se propose au système de collecte italien en tant que «corps social» dans lequel l'individu confond soi même et son appartenance. Deuxièmement on doit considérer que les donateurs de sang des deux associations se représentent en tant qu'immigrés, marocains et musulmans; ces trois identités sont analysées à travers le rapport entre immigration marocaine à Turin, des expériences des premiers-immigrés à la construction des réseaux transnationaux, et la société d'accueil, les dynamiques d'intégration dans les systèmes sanitaires et dans le bénévolat en défense de la santé publique.

Les collectes de sang organisées par les deux associations mènent à une réflexion sur la relation entre immigration et santé et, plus précisément, sur le rapport entre le médecin préleveur et le donneur immigré marocain, avec les problèmes de communication et d'incompréhension (soit linguistique que culturelle) que ce comporte. Cette analyse permet de réfléchir aussi sur le rôle politique et social que l'immigré confère à son corps et, plus précisément, à la recherche d'une reconnaissance sociale et d'une citoyenneté convoitée dans la société d'accueil à travers le don de soi et de son bien-être; en outre, d'approfondir l'union entre don, religion et éthique médicale musulmane.

A partir de ces considérations, on veut aborder trois pistes interprétatives: les pratiques et les poétiques du soi (self) dans le contexte migratoire (rapport entre identité-altérité; pays d'émigration-immigration, «nous»-les autres); la dimension individuelle et communautaire du don du sang des immigrés rencontrés; les politiques de citoyenneté et de réciprocité que l'immigré marocain met en pratique à travers le don d'une partie de son corps. Finalement on veut discuter de la validité de la notion de l'inter-esse (intérêt), par laquelle on pourrait lire la relation entre ces trois domaines: «intérêt», à la fois, dans le sens étymologique latin, d'«être parmi», participer activement au tissu civil du contexte d'accueil; d'«être différent de», en gardant la différence identitaire, religieuse et culturelle, toutefois, l'immigré marocain exprime l'exigence d'une complétude culturelle et sociale à travers les valeurs de la gratuité et de l'altruisme du don du sang; d'«éprouver quelque chose pour...», sortir des frontières de soi-même pour s'étendre vers l'altérité, à travers le don d'une partie de son corps; en langue arabe, intérêt = «maslaha», principe du bien/intérêt public, propre de l'éthique médicale musulmane, entendu comme devoir et obligation collective de sauver et défendre, sans aucune discrimination, la sacralité de la vie humaine.



14h-16h : Atelier D2. Stratégies et accès aux soins chez les migrants.
Présidente : **Hasnia-Sonia Missaoui** (LISST-CERS, Université de Toulouse, France).

1. Josiane Le Gall & Catherine Montgomery

*«Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants au Québec :
entre le local et le transnational»*

Structures de rattachement : Josiane Le Gall, Ph.D. Anthropologie, Chercheure, CSSS de la Montagne, Professeure associée, UQAM, Montréal, Québec (Canada) & Catherine Montgomery, Ph.D. Sociologie, Chercheure, CSSS de la Montagne, Professeure associée, Université McGill
Contacts : j.legall@ssss.gouv.qc.ca // catherine.montgomery@ssss.gouv.qc.ca

Au cours des dernières années, un nombre croissant d'études a montré comment, tout en s'intégrant dans le pays hôte, les migrants maintiennent des liens familiaux, religieux, politiques, organisationnels, économiques ou sociaux avec le pays d'origine. Dans le cadre de cette communication, nous examinons les activités transnationales liées à la santé et aux soins, un type de stratégies pour gérer la santé et la maladie encore très peu exploré dans la littérature. L'évolution des pratiques de santé des migrants qui naissent de la multiplication des mobilités est ici interrogée au travers de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants au Québec, soit les parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins et les choix thérapeutiques qui en découlent. Comment les nouveaux arrivants au Québec construisent-ils leurs itinéraires thérapeutiques? Dans quelle mesure les liens transnationaux modifient-ils l'envergure de ces itinéraires thérapeutiques? Comment les nouveaux arrivants accèdent-ils aux ressources transnationales liées à la santé? Nous nous appuyons sur les données issues de deux projets de recherches menés auprès de nouveaux arrivants à Montréal. Le premier examine les trajectoires d'utilisation des services sociaux et de santé d'hommes récemment immigrés tandis que le second porte sur les parcours d'insertion de jeunes familles maghrébines. L'analyse des itinéraires thérapeutiques des personnes interviewées dans ces deux études fait ressortir une conjugaison des usages de la médecine biomédicale et des « aides informelles », mais également un aller-retour entre pratiques locales et pratiques transnationales. En plus de fréquenter des établissements de santé au Québec et diverses ressources informelles, plusieurs nouveaux arrivants 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 traditionnels.



2. Claudio Bolzman

«Personnes âgées immigrées et accès aux soins : attentes réciproques et décalages entre migrants et professionnels des soins»

Structures de rattachement : Centre d'études de la diversité culturelle et de la citoyenneté (CEDIC)
Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).
Contacts : claudio.bolzman@hesge.ch

Les sociétés européennes connaissent une tendance au vieillissement démographique. L'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine, la diminution du taux de fécondité en sont les principaux facteurs explicatifs. Dans ce contexte, on évoque souvent la migration comme une des solutions possibles pour le rajeunissement de la population. On oublie que les migrants vieillissent aussi. Et souvent leur vieillissement physiologique est plus rapide que celui de la population nationale du fait de la dureté des tâches qu'ils ont exercé dans les sociétés de résidence. Ils sont ainsi usés prématurément par le travail (Bolzman et al., 1999). Certains auteurs parlent à ce propos d'un « exhausted migrant effect » (Bollini et Siem, 1995). La question de la nécessité des soins de santé peut donc se poser précocement pour ces personnes.

Cette communication tentera dans un premier temps d'examiner si l'«exhausted migrant effect» est présent chez les immigrés âgés en Suisse. Dans un deuxième temps, elle s'interrogera d'une part sur les types de soignants auxquels s'adressent les immigrés âgés, d'autre part sur ce qui est fait par les structures des soins pour tenir compte des réalités et des demandes de cette population d'utilisateurs.

Nous traiterons ces questions à partir des données d'une recherche que nous avons menée dans le contexte du 5ème Programme cadre de l'Union européenne, dans laquelle nous avons interrogé par questionnaire 290 personnes immigrées Espagnoles, Italiennes et ex-Yougoslaves âgées de 55 ans et plus et résidant dans les agglomérations de Bâle et de Genève. Nous avons également interrogé des responsables et des professionnels des services de santé et gériatriques destinés aux personnes âgées (81) et des services destinés aux immigrés (32) dans ces deux agglomérations.

Nos données mettent en évidence l'existence des problèmes de santé importants, en particulier chez la population ex-Yougoslave, mais les Espagnols et Italiens sont également en moins bonne santé que les Suisses des mêmes classes d'âge. La communication présente quelques hypothèses explicatives de ces différences.

Elle montre également qu'outre l'accès aux hôpitaux et le recours à un médecin généraliste, les immigrés âgés sous utilisent certains spécialistes (dentiste, ophtalmologue) et certains services de soins (soins à domicile par exemple), alors que leurs problèmes sont plus importants que ceux de la moyenne de la population.

Aussi bien les immigrés que les professionnels sont d'accord pour estimer qu'il y a une sous-utilisation des services de soins, mais les explications avancées par les uns et les autres diffèrent. Les professionnels estiment notamment que « les familles et les membres de leur communauté s'occupent des leurs » ; en revanche les immigrés âgés mettent en évidence les obstacles administratifs, informationnels et linguistiques d'accès aux services. La communication explore les significations sociologiques de ces décalages.



3. Mehdi Alioua

*« "Voir le docteur, pour nous, c'est exister."
Les stratégies d'accès aux soins des transmigrants subsahariens
lors de leur étape marocaine.»*

Structures de rattachement : Doctorant LISST-CERS, Université Toulouse Le Mirail, France.
Contacts : mehdialioua@hotmail.com

Tout pourrait laisser à penser que les transmigrants subsahariens qui ont traversé l'Afrique dans des conditions très dures et souvent dramatiques, et qui se retrouvent au Maroc en attendant de passer en Europe, font passer l'accès aux soins au deuxième plan, ou du moins que leur situation dite de "clandestin" ne leur permet pas d'y accéder. Pourtant, l'observation accompagnante, au plus près des acteurs et des relations qu'ils tissent, nous enseignent que les réseaux migratoires transnationaux et les collectifs d'entraide s'ancrant dans les étapes qui rythment ce périple, s'organisent autour d'une relation particulière à la transmigration où tous les éléments permettant de la rendre plus supportable sont mobilisés collectivement. Après avoir décrit rapidement cette transmigration, nous nous concentrerons sur son étape marocaine et sur les stratégies d'installation et de contournement mises en œuvre par les transmigrants subsahariens, où l'accès aux soins est aussi important qu'avoir accès à un toit ou que de discerner les informations nécessaires à leur prochain passage en Europe. "Voir le docteur, pour nous, c'est exister", me disait un transmigrant Camerounais. Nous montrerons alors, qu'exclus de la société marocaine, qui n'avait ni prévu, ni désiré cette présence, les stratégies mises en œuvre pour pouvoir circuler au Maroc afin d'avoir accès à tous les éléments leur permettant d'y vivre _ou devrions nous dire d'y survivre? _ suggèrent que la santé est une ressource précieuse pour ces populations en situation de mobilité transnationale. Et, être capable de mobiliser cette ressource grâce à l'entraide inter-transmigrants et à celle d'ONG et de certains Marocains, c'est continuer à exister, malgré les pouvoirs centraux des Etats-nations européens et ceux de la région, qui préservent jalousement leur souveraineté territoriale en matière de mobilité humaine, plongeant alors ces populations dans la clandestinité et la précarité.



4. Slimane Touhami

«"Face à "ceux de l'autre monde". Jeunes et jnouns par delà la mer.»

Structures de rattachement : Docteur de l'EHESS. ATER en anthropologie, LISST- Université Toulouse le Mirail, France.

Contacts : stouhami73@yahoo.fr

Soutenue en 2007 sous le titre "Contrer l'œil envieux. Croire et faire autour du 'aïn dans le Maghreb de France", ma recherche doctorale porte sur la question du mauvais oeil - le 'aïn - dans l'exil nord-africain.

C'est en cherchant à saisir les contours d'un objet toujours vivace en exil que j'ai été confronté, sur le terrain, à la prégnance de certaines représentations traditionnelles dans la jeunesse du Maghreb de France. Ainsi les jnouns, les "génies", transportés de l'autre côté de la mer dans le bagage symbolique des migrants. Ces entités polymorphes des traditions nord-africaines côtoient désormais ceux qui ont choisi l'Europe en occupant les espaces marginaux des lieux de vie: friches, caves, bois, canalisations, salles d'eaux... Relativement neutres, ces représentants de l'Invisible peuvent s'attaquer aux humains s'ils se sentent agressés. La possession de l'impudent/imprudent constitue la manifestation la plus spectaculaire de leur courroux.

A partir de récits de croyance et de témoignages de possession relevés à Toulouse, terrain principal de l'enquête, il s'agira, dans cette intervention, de visiter la conception d'une représentation en exil - descriptions, sources du crédit, place des nouvelles technologies, notamment de l'Internet, comme garantie de croyance, recompositions du discours entre ici et là-bas - ainsi que les pratiques d'évitement qu'elle détermine au quotidien: éviter de jeter de l'eau bouillante dans l'évier, de se doucher l'après-midi, recours aux formules conjuratoires... En excluant toute perspective essentialiste, l'exposé apportera un éclairage nouveau sur la relation des jeunes à l'héritage religieux en appréhendant un phénomène, encore peu étudié en situation migratoire, qui participe aussi à définir l'être pluriel des enfants d'une diaspora.



16h15-17h45 : Atelier D3. Les ressources que mobilisent les migrants pour leur santé. Président : **Bernard Taverne** (IRD, Montpellier, France)

1. Silvia Büchi

«Rester en bonne santé dans la migration. Mais comment?»

Structures de rattachement : Anthropologue; doctorante à l'Université de Bâle et à l'Institut Tropical Suisse

Contacts : silvia.buechi@unibas.ch

Depuis la conférence «Migration and Health» de l'OMS en 1992, seul un petit nombre de chercheurs s'est intéressé à la santé et le bien-être des migrants, plutôt qu'aux maladies – malgré une demande croissante de changer la perspective de recherche. Comment les migrants et migrantes vivent la santé au quotidien est encore peu connu. Savoir plus sur la résilience et les ressources de santé mobilisées dans une situation de migration est important pour développer de futures pratiques et politiques de santé. Dans la communication proposée une approche salutogénétique est utilisée pour aborder le sujet «migration et santé»: Quels sont les facteurs qui aident les migrants à rester en bon état de santé?

Inspiré par Aaron Antonovsky, nous avons réalisé en 2004/05 une étude qualitative en Suisse pour mieux comprendre l'expérience de santé dans la vie quotidienne des migrants. L'équipe de recherche mixte (africaine-suisse) a exploré les concepts et les activités quotidiennes de santé d'un groupe d'hommes et de femmes venant de différents pays de l'Afrique subsaharienne. Ces personnes se sentaient en bonne santé et/ou étaient considérées comme maîtrisant bien leurs problèmes de santé.

Les résultats montrent que ces migrants et migrantes résilient(e)s conceptualisent la santé comme étant dynamique, multidimensionnelle et étroitement liée à la réalisation de leur projets de migration. Santé et maladies sont vécus en interaction avec un environnement multiple et changeant, ce qui influence leurs pratiques quotidiennes. Diverses ressources personnelles, sociales et matérielles sont mobilisées pour pouvoir répondre aux conditions difficiles de la vie. En plus ces personnes ont appris à interpréter leurs difficultés comme «stress»: elles se sont donc appropriées un concept de maladie très populaire en Suisse et en Europe, mais moins connu dans leurs pays d'origine. Pour rester en santé, il est primordial pour ces migrants et migrantes d'avoir de bonnes relations sociales et du travail.

Dans la communication proposée, nous allons développer à partir de cette étude et d'autres recherches qualitatives une «vision migrante» des facteurs qui aident à rester en santé dans la migration. Cette vision sera ensuite discutée, tout en tenant compte des analyses récentes du premier monitoring de santé de la population migrante en Suisse (GMM) et d'autres études épidémiologiques.



2. Lamia Missaoui

«Gitans et santé de Barcelone à Gênes. Lorsque les mobilités spatiales de l'« étranger de l'intérieur » font initiative.»

Structures de rattachement : MCF Sociologie, Versailles st-quentin (Laboratoire PRINTEMPS).
Contacts : lamia.missaoui@libertysurf.fr

Mon intervention s'appuiera sur une recherche qui a concerné trois états : l'Espagne, la France et l'Italie ; qui fut menée conjointement dans six régions : Catalogne, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Côte d'azur, Piémont et Ligurie et qui visait à comprendre comment les populations tsiganes de Barcelone à Gênes et Turin sont à même de développer des initiatives en matière de santé. En effet, les services médico-sociaux signalent unanimement leur grande difficulté à gérer leurs missions auprès de ces populations. Les comportements collectifs tsiganes en matière de consultation sont désignés comme anarchiques, ignorants de l'organisation territorialisée des institutions de santé.

J'ai donc voulu comprendre comment ces Tsiganes, Gitans catalans et andalous, sédentaires ou nomades, mettent en œuvre des ressources anciennes, coutumières, et des stratégies nouvelles à même de faciliter leur accès aux institutions médicales appropriées ou bien, sombrent dans l'épidémie, condamnés par une forte extériorité d'étrangers aux lieux, aux hommes, aux institutions qui les entourent ; en somme, qui, parmi ces étrangers de l'intérieur, ces irréductibles communautaires, peut renégocier comme modernité le soi-disant archaïsme de ses comportements sociaux dans la situation de plus grand danger collectif ?

Une cartographie des déplacements pour soins suggère que, si les traditionnels nomadismes ont disparu, de vastes réseaux territoriaux transfrontaliers sont toujours activés et permettent des mobilisations inconnues parmi les autres populations. Une description précise de l'entrée sous 24 heures d'un enfant gitan, accidenté dans un quartier pauvre de Montpellier, dans une clinique ophtalmologique barcelonaise de grande réputation permettra de montrer l'efficacité de ces réseaux.

De plus, mon intervention visitera les rapports des Gitans aux médecines traditionnelles et analysera particulièrement la situation de ces populations par rapport à l'épidémie de VIH qui les concerne à hauteur de 1 à 2% mais jusqu'à 10% de certaines classes d'âge, cette épidémie épouse les formes de la diffusion des consommations d'héroïne injectée. Nous verrons comment cette situation provoque des transformations inédites au sein des familles gitanes mais aussi impose des modifications dans les modalités d'interventions des divers soignants...



3. Anne-Cécile Hoyez

«Pratiques de santé et de soins des populations migrantes : les actions et initiatives locales entre adaptations, compositions et négociations.»

Structures de rattachement : Chargée de recherches. CNRS – Migrinter.

Contacts : anne.cecile.hoyez@univ-poitiers.fr

Les pratiques et les parcours de soins des migrants sont rendus très complexes par la multiplication des niveaux d'intervention et de décision, en tension entre prérogatives supranationales, politiques nationales et actions sociales locales. C'est ce dernier échelon qui fera l'objet de cette communication. En effet, l'action sociale locale, composée des intervenants sociaux, qui agissent en lien avec les professionnels de santé et les élus locaux, doit, pour rendre effective la prise en charge médicale des migrants, s'adapter, composer, et négocier. Quels sont ces compositions et ces ajustements ? Comment et avec qui s'opèrent les négociations ? Et, enfin, quelles sont les retombées des initiatives locales en matière de pratiques de santé et de soins à deux niveaux : auprès des migrants (par les associations et les bénévoles) et par les migrants (usagers, mais aussi migrants pourvoyeurs de soins) ?

A un premier niveau, une analyse des mobilités liées à la fréquentation des structures de soin, à l'échelle de la ville et de la région, sera proposée¹. Dans les villes de Poitiers et de Rennes (comme dans d'autres villes où la politique de la ville s'est depuis longtemps saisie des questions de santé à destination des migrants auprès des associatifs), des structures dispensent des consultations médicales, proposent des conseils pour l'ouverture aux droits, et informent sur la prévention des maladies. Les parcours de soins des migrants sont ainsi jalonnés par des lieux précis, qui ont été construits autour d'initiatives locales, et qui fonctionnent de façon inédite (statuts, objectifs, actions)².

À un deuxième niveau, il s'agira d'analyser les tactiques mises en oeuvre et les pratiques élaborées par les migrants pour proposer une offre de soins « autre », qui peut être dirigée soit vers des domaines qui peuvent toucher plus ou moins directement à la santé (élaboration de messages de prévention, groupes de travail sur l'alimentation...), soit vers une (re)valorisation des savoirs et pratiques de santé dits « traditionnels ». Dans les deux cas, il s'agit d'appréhender le contexte (social, culturel) de la migration comme ressource pour les pratiques de santé et de soins.

Ces deux niveaux sont interdépendants. En effet, alors que, au niveau national, les financements publics destinés aux associations sont drastiquement revus à la baisse (50% de coupe budgétaire en moyenne), les associations ferment, se restructurent, créent, négocient et composent en permanence³. Aussi, pour maintenir leurs actions, les associations font de plus en plus appel aux initiatives issues des groupes de migrants. Ceci participe d'une part à la mise en place de nouvelles pratiques de santé et de soins. Parmi celles-ci on compte, par exemple, la mise au point d'« ateliers santé » menés par les migrants ou les migrantes, dans les quartiers où ils/elles résident. Ces pratiques peuvent d'autre part contourner les cadres institutionnels et jouer sur les liens entre les médecins des centres gratuits et les médecins issus de communautés de migrants. Enfin, hors cadre institutionnel, les pratiques de santé et de soins des migrants eux-mêmes sont de plus en plus marquées par l'importance accordée aux soins dits « traditionnels » ou « néotraditionnels », via le recours à des praticiens issus du groupe, ou encore des praticiens restés dans le pays d'origine.

En somme, cette communication explorera les compositions relatives aux pratiques de santé et de soins des populations migrantes, à la lumière des initiatives locales (comment la politique de la ville s'est-elle saisie de la question de la santé des migrants et comment s'organise le tissu associatif local ? pour quelles actions ?), et des pratiques des migrants eux-mêmes, en distinguant celles des usagers de celles des pourvoyeurs de soins.



Session Mixte du matin. Amphithéâtre Montesquieu.

11h-12h30 : Atelier mixte CD1. Délocalisations des malades et des soins.

Président : **Ilario Rossi** (Université de Lausanne, Suisse)

1. Marilène Vuille

« Santé des migrant·e·s âgé·e·s : entre carcans juridiques et bricolages familiaux. »

Structures de rattachement : Sociologue, Haute école de la santé La Source, Lausanne, Suisse

Contacts : mvuille@yahoo.fr

Le regroupement familial des ascendant·e·s – défini comme l'immigration tardive de personnes venant, de leur pays d'origine, rejoindre leurs enfants installés durablement dans un autre pays – est un phénomène émergent et encore très peu connu à ce jour. Modeste du point de vue des effectifs concernés, il soulève néanmoins des questions importantes et complexes relatives à l'accès aux prestations du système de santé du pays d'accueil (dans le cas de cette communication, la Suisse).

Parmi les motifs variés des personnes âgées à rejoindre leurs enfants adultes installés en Suisse, l'un des principaux est la dégradation de leur état de santé, entraînant une réduction de leur autonomie, souvent couplé à un isolement accru par le veuvage ou la séparation d'avec le conjoint. Lorsque les ascendants sont atteints dans leur santé, le regroupement familial peut à première vue apparaître comme la solution la plus favorable pour les proches assurant le travail d'articulation des soins. En effet, s'occuper de son parent à distance, a fortiori à partir d'un autre pays, voire d'un autre continent, représente une dépense considérable en temps, en organisation, en argent et en souci; cette charge peut se répercuter négativement sur la vie professionnelle, en particulier des femmes qui se déplacent plusieurs fois par an dans le pays où résident leurs parents âgés. Toutefois, installer (près de) chez soi son parent âgé, dont l'essentiel de la vie active s'est déroulée à l'étranger, présente des risques considérables, du fait que des restrictions légales empêchent l'accès à certaines prestations des régimes sociaux. La première restriction découle de l'absence de contribution de la personne âgée à la sécurité sociale suisse durant sa vie active; la deuxième du fait qu'une autorisation d'établissement en Suisse n'est accordée au parent âgé qu'à condition que son ou ses enfant(s) s'engagent à couvrir ses frais d'entretien sans recourir à l'aide sociale. Dès lors, en cas de péjoration de l'état de santé des parents âgés, les proches se voient contraints d'assumer des soins très importants avec une aide institutionnelle limitée; le plus souvent, un hébergement de la personne âgée en institution spécialisée n'est pas envisageable en raison de son coût très élevé.

A partir d'une recherche conduite dans deux cantons de Suisse romande, examinant la situation d'une trentaine de familles et les témoignages d'une cinquantaine de professionnel·le·s de services sociosanitaires, nous discuterons dans cette communication de plusieurs points soulevés dans l'appel du colloque. Les effets contraignants du cadre juridique sur les pratiques de santé des familles en situation de regroupement familial d'ascendant·e·s seront examinés sous l'angle du questionnement de l'axe 3 («déterritorialisation-reterritorialisation des espaces de santé»). L'analyse des situations répertoriées nous amènera à soulever la question cruciale du coût des soins (dans un système de santé dont l'organisation et le financement sont pensés à l'échelle nationale, quel que soit le degré de globalisation et de mobilité sanitaire). Il nous permettra aussi de discuter la notion de «tourisme médical» en relevant l'existence d'une de ses formes paradoxale, celle des pays les plus pauvres vers les pays les plus riches où les soins sont pourtant plus chers, mais aussi perçus comme meilleurs par des familles migrantes dont les normes sanitaires se sont alignées sur celles du pays d'accueil.

Cette proposition de communication se fonde sur les résultats d'une recherche conduite sous la direction de Claudio Bolzman (Haute école de travail social, Genève) et d'Elisabeth Hirsch Durrett (Haute école de travail social et de la santé, Lausanne), à laquelle ont collaboré Simon Anderfuhren (HETS, Genève), Monique Jäggi (Pro Senectute, Genève) et Marilène Vuille (HETS&S, Lausanne).



2. Fabienne Hejoaka

« *« L'enfant est parti au village ».*

Mobilité, soins et traitement du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso. »

Structures de rattachement : Doctorante en anthropologie sociale, EHESS - Centre d'études Africaines, Paris. Doctorante associée à l'UMR 145 « VIH et maladies associées », Institut de Recherche pour le Développement, UM1 Montpellier

Contacts : hejoaka@club.fr

Les soins et le traitement des enfants vivant avec le VIH ont rarement été appréhendés en termes de mobilité. La mobilité des parents autant que celle des enfants conditionnent pourtant l'accès aux soins autant que la continuité du traitement. Qu'elle soit transnationale ou locale, temporaire ou durable, la mobilité s'incarne diversement dans des déplacements, des absences, un nouveau partage des responsabilités du soin qu'il s'agit d'interroger. A partir d'une étude ethnographique réalisée de 2005 à 2007 au Burkina Faso auprès d'enfants et d'adolescents vivant avec le VIH et de leurs parents, l'objet de cette communication est de décrire les formes de mobilité et d'en analyser les implications en termes d'accès et de continuité des soins dans le cas singulier d'une maladie chronique chez l'enfant. Une première partie de la communication s'intéressera à décrire les formes de mobilité des parents. Il s'agira notamment de montrer comment les mobilités transnationales autant que locales pour des raisons d'ordre professionnel (travail saisonnier, activités commerciales...), familial (décès, cérémonies funéraires, mariages) ou personnel (conflits conjugaux, maladie...) conditionnent les soins. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la mobilité des enfants à partir de ce que nous qualifions de « nomadisme familial » en décrivant notamment comment les enfants « passent » d'un tuteur à l'autre en fonction des recompositions familiales ou des contraintes socio-économiques rencontrées. Cette circulation des enfants peut par exemple se traduire par une rupture de soins, lorsque faute de parents ou de personnes pouvant assurer les soins de l'enfant en ville, celui-ci « est envoyé au village ». Nous montrerons enfin que la dyade santé/mobilité nécessite également d'être pensée à un niveau micro-local relevant d'espaces tels que la maison, la cour familiale ou le quartier. Nos matériaux ethnographiques suggérant que les soins des enfants peuvent être partagés entre différents membres de la famille, nous analyserons comment l'enfant évolue entre ces différentes personnes et les différents espaces dans lesquels il s'inscrit. Cette réflexion nous permettra au final d'interroger la question de la santé chez l'enfant d'un point de vue dynamique au regard de la mobilité et d'en pointer les implications en termes de santé publique.



3. Maymouna Ba

*« Décentralisation et processus de délocalisation des patients
dans la prise en charge du VIH au Sénégal:
stratégies d'adaptation et nouveaux défis dans la recherche de soins »*

Structures de rattachement : Doctorante en sociologie, Département de Sociologie, UCAD / IRD, UMR 912, Projet ANRS 12155.

Contacts : bamaymouna@yahoo.fr

Objectif : L'objectif est de montrer la manière dont les trajectoires des patients séropositifs délocalisés se trouvent modifiées et alourdies du point de vue thérapeutique et financier ; effets indirects qui remettent ainsi en cause les principes qui avaient prévalu à la décentralisation de la prise en charge du VIH.

Méthodologie : Nous avons adopté une approche typique en anthropologie à savoir des séries d'observations menées à l'hôpital de Fann et dans deux centres de santé périphériques : Roi Beaudoin de Guédiawaye (région de Dakar) et centre de santé de Kaffrine (région de Kaolack). Des entretiens ont été aussi réalisés avec des professionnels de différentes catégories (médecins, infirmiers, assistants sociaux, pharmaciens, médiateurs) et avec des membres d'une association de PVVIH. Démarche à laquelle nous avons associé une analyse institutionnelle faite d'entretiens avec les principaux responsables de la lutte contre le sida, les responsables d'ONG et d'études de documents programmatiques.

Résultats : La décentralisation de la prise en charge du VIH, amorcée en 2003, a rendu possible l'accès aux ARV dans plusieurs régions du Sénégal. Commence alors un processus de délocalisation des patients vers des structures de proximité. Cependant, les nouveaux modes de prises en charge offertes sont nettement différenciés de ceux du niveau central, particulièrement dans les structures spécialisées « VIH ». Au niveau périphérique, le traitement est assuré par un personnel souvent confronté à une surcharge de tâches et de fonctions, ce qui induit de longues attentes au cours des consultations et oblige les malades à des allers-retours fréquents. En outre, l'accompagnement psychosocial est caractérisé le plus souvent par une irrégularité des activités de soutien (manque d'appui nutritionnel, irrégularité des GP, rareté des financements...). Tout cela induit des niveaux de prise en charge et de gratuité en deçà de ce que les patients étaient habitués à avoir au niveau central. On assiste toujours, au sein des structures du niveau central confrontées au peu de succès des tentatives de transfert des patients, à un rengorgement des effectifs. Au niveau décentralisé, les patients transférés qui avaient déjà établi un lien social avec les pourvoyeurs de soins d'avant doivent maintenant s'adapter à un nouvel espace sanitaire dont les acteurs eux-mêmes n'ont pas encore fini de se familiariser avec des principes de soins spécifiques à ce type de prise en charge, telle la gestion de la confidentialité. On constate ainsi une reconfiguration des trajectoires faites d'attentes non satisfaites et comportant une multiplicité d'affiliations associatives et d'ONG d'appui ; ce qui fait apparaître une reproduction des contraintes de prise en charge médicales et financières du niveau central.

Conclusion : Ces premiers constats montrent que ces nouvelles trajectoires de patients délocalisés du niveau central vers les structures périphériques au nom de la décentralisation de l'offre de soins semblent questionner à nouveau la pertinence et l'effectivité de cette décentralisation des traitements des affections chroniques comme le VIH ainsi que leurs incidences dans l'observance au traitement et dans la recherche de soins.



Vendredi 18 septembre, Toulouse, Université Toulouse 2 Le Mirail.

Assises de l'Anthropologie de la santé. Amphi 9

ORGANISÉES PAR AMADES SUR LE THÈME

LES CONDITIONS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ AUJOURD'HUI.

9h. Ouverture : Aline Sarradon-Eck (Présidente d'AMADES).

À l'occasion des 20 ans de l'Amades, il nous a semblé important de proposer un espace de discussions autour de la situation actuelle de l'anthropologie de la santé, en termes de bilans, d'enjeux et de perspectives. Pour cela nous avons retenu trois thèmes de discussion pour le forum en ligne, à partir desquels pourra s'organiser la journée. Chaque thème fera l'objet d'une conférence donnée par un spécialiste de la question durant 30 minutes. Elle sera suivie par un commentaire d'un spécialiste, par une présentation des résultats du forum organisé sur le site Web d'Amades, puis d'un débat avec la salle.

Il s'agira de réfléchir aux différentes voies possibles pour conforter la discipline sur la scène sociale, dans le monde de la recherche et de la santé.

1. 9h10. Introduction : comment faire de l'anthropologie de la santé aujourd'hui ?

Cette introduction permettra de poser la problématique générale de la journée et de présenter les ateliers de la journée. Quels sont les nouveaux défis que rencontre l'anthropologie de la santé aujourd'hui ? Comment aborder l'évolution de la discipline, notamment dans ses relations avec la médecine, les autres sciences sociales, ou médicales ? Comment articuler les différentes méthodologies de travail ? Comment ces questions sont-elles posées en France et à l'étranger ?

Présentation de Raymond Massé (Université Laval, Québec)

Les enjeux et défis contemporains de l'anthropologie de la santé.

2. 10h15. Thème 1 : Champ théorique de l'anthropologie de la santé. Concepts, variations, postures, diversités

Dans cette session, nous questionnerons l'adéquation des théories et concepts fondamentaux de l'anthropologie de la santé aux défis actuels, et aux nouveaux terrains et objets (par exemple le développement de la génomique, le clonage, etc).

Doit-on, d'une part, parler d'anthropologies de la santé, de tensions entre des paradigmes concurrents – ou antagoniques - ou d'une « commune diversité » ? D'autre part, si les années 1980 et 1990 ont permis le développement de nombreux outils conceptuels et théoriques, on peut se demander s'ils sont toujours adaptés à saisir et à analyser les nouveaux objets et les enjeux sociaux sous-jacents. L'avenir de l'anthropologie de la santé passe-t-il par des innovations théoriques ? Faut-il, dès lors, renouveler les concepts usuels dans l'enseignement et la formation de l'anthropologie de la santé ?

Présentation de Gilles Bibeau (Université de Montréal, Québec):

Penser l'humain dans sa complexité : l'anthropologie médicale au secours de l'anthropologie.

Commentaires de Sylvie Fainzang (CERMES, CNRS, INSERM)

Présentation des échanges du forum et débat avec la salle



3. 13h30. Thème 2 : L'anthropologie de la santé en actes. Exigences scientifiques et pluralité des pratiques méthodologiques

Cette seconde session vise à interroger plus particulièrement la place de l'anthropologie de la santé face à la médecine, en écho au dernier colloque d'AMADES (Marseille, octobre 2007) dans un contexte de demande sociale d'expertise et de conseil.

L'exigence méthodologique, l'empirisme de l'étude et le temps accordé à la description constituent les socles du « raisonnement sociologique » et sont les indispensables garants d'une rigueur du qualitatif. Comment se construisent nos « terrains » et comment les « écrit-on » ? Comment les objets étudiés (des pratiques de soins observables aux valeurs et sentiments) influent-ils sur les modalités d'enquête ? La rigueur qualitative n'est-elle pas, finalement, la principale exigence éthique et professionnelle de l'anthropologie ? Or, la recherche qui se fait de plus en plus sur contrat nécessite de trouver des financements auprès d'organismes de recherche en santé : faut-il s'inscrire dans une réflexion guidée par les logiques et les pathologies médicales ? Comment ne pas être l'alibi qualitatif et périphérique de la recherche en santé publique ? De même, le développement des cadres et comités d'éthique soumet les sciences sociales aux mêmes dispositifs que les sciences médicales : comment articuler et montrer la singularité de l'anthropologie de la santé ?

Présentation de Jean-Pierre Olivier de Sardan (CNRS, LASDEL, Niamey, Niger):

"Les exigences de la connaissance et les contraintes de l'action. Autour de quelques expériences en anthropologie de la santé"

Commentaires de Laurent Vidal (IRD, Yaoundé, Cameroun).

Présentation des échanges du forum et débat avec la salle.

4. 15h45. Thème 3 : La recherche en anthropologie en dehors du champ académique : l'anthropologie au risque de l'expertise ?

La pratique de l'anthropologie ne se limite pas aux organismes officiels de recherche mais englobe un ensemble d'exercices privés (expertise) ou associatifs (cabinet de conseil, etc.) voire institutionnels (expertises judiciaires etc...). Cette dichotomie professionnelle ne peut aucunement se confondre avec ce qui relèverait du « fondamental » et d'un « appliqué ». Des travaux de qualité sont également produits dans ces deux espaces professionnels. Cependant, l'existence - ou l'absence - d'instances de légitimations scientifiques ainsi qu'une réelle pression du marché de la demande induisent des variations dans les formes de production de savoir (rapports vs articles, interventions vs enseignements...) ou les types d'outils d'enquêtes (enquêtes longues vs rapides, méthodologies rigoureuses vs enquêtes-sondages, etc.).

Ce marché de la consultance internationale, de l'expertise et de « l'intervention anthropologique », porté par d'importantes institutions, est en expansion. Comment répondre théoriquement et professionnellement à ces nouvelles configurations du métier d'anthropologue ? Comment construire des espaces où s'articulent - au-delà de l'ignorance, ou de la méfiance - ces formes contemporaines des pratiques anthropologiques ? Comment faire de la recherche ailleurs que dans les instituts ?

Table ronde :

Zahia Kessar (RIPI, Paris), Berta Mendiguren (FARAPI, Espagne), Christophe Perrey (Institut Gustave Roussy, Paris), Madina Querre (REVESS, Bordeaux)

5. 17h15. Conclusion de la journée

Anne-Marie MOULIN (CNRS-CEDEJ, France):

Regards et propos épistémologiques sur l'évolution de l'anthropologie de la santé.



Mercredi 30 septembre 2009 : Session du colloque à Dakar. Campus International de Hann.
En visio-conférence avec l'IRD, Site ANRS, Yaoundé (Cameroun)

9h : Cérémonie d'ouverture et Introductions. Présidence Alice Desclaux et Laurent Vidal.
10H30 : Session 1. Migrants et santé. Présidence : Lamine Ndiaye

1. Chantal Crenn

*«Entre ici et là-bas, normes alimentaires et sanitaires en débat :
le cas des migrants sénégalais de la région bordelaise »*

Structures de rattachement : Maître de conférences en anthropologie sociale et culturelle (Université de Bordeaux III) en délégation CNRS à l'UMI 3189 Environnement, santé, société Dakar.

Contacts : crenn.girerd@wanadoo.fr

Dans le cadre d'une étude plus large menée pour l'INPES, je m'intéresse aux discontinuités/ continuités dans les pratiques alimentaires, et aux représentations du lien entre « bien manger » et « bonne santé » parmi des mangeurs migrants originaires du Maroc, d'Afrique de l'Ouest et de Madagascar, pris dans la globalisation et la mondialisation. Plus particulièrement pour ce colloque de l'AMADES, il s'agit d'interroger le lien entre les modèles nutritifs rencontrés en situation de migration par les Sénégalais, touchant non seulement les migrants eux-mêmes mais l'ensemble de leur famille en France mais aussi ceux rencontrés par eux lorsqu'ils se rendent dans leur pays de départ (qui peut aussi être pays de retour).

L'enquête de terrain, réalisée à la fois en France (Bordeaux et la CUB, Arcachon) et au Sénégal (Dakar, M'Bour, Thiès), est centrée sur les trajectoires alimentaires (liées aux parcours de vie) de plusieurs membres de plusieurs familles sénégalaises connaissant des parcours migratoires variés, oscillant entre installation et allers-retours, dans le temps et l'espace. Cette enquête nous permet de présenter la façon dont la confrontation aux différents discours nutritionnels et réalités sociales et culturelles de l'alimentation peut être vécue par chacune de ces personnes, amenant à des processus d'acculturations culinaires qui tiennent compte des cadres sociaux des sociétés de départ et d'arrivée, (va et vient de ceux qui sont installés en France, réinstallation au Sénégal, migration pour une formation en France...) ainsi que du processus de globalisation et de mondialisation.

La migration en France a des effets concrets sur les pratiques alimentaires (accès à un système alimentaire et sanitaire différent, ressources économiques plus importantes qu'au Sénégal mais aussi précarité, situation politique tendue en ce qui concerne les migrants). Mais, est-il nécessaire de le rappeler, l'alimentation occupe aussi une place centrale dans la construction symbolique du « nous » : quelle place occupent les pratiques alimentaires liées à la santé comme éléments culturo-symboliques dans la construction des rapports sociaux entre ici et là-bas ? Dans un contexte de transition nutritionnelle mais aussi d'émeutes de la faim, parallèlement à l'émergence de la valorisation de productions localisées ainsi que des médecines « traditionnelles », j'essaierai, en m'attardant sur les trajectoires individuelles, de comprendre l'émergence de « différences culturelles » chez les uns et les autres à travers leurs pratiques et discours alimentaires en fonction des contextes. Les « parents » du Sénégal constatent des différences entre « eux »(ceux qui ont migré) et « nous », de même, ceux qui ont migré, constatent ces écarts dans leurs pratiques alimentaires et sanitaires par rapport à celles de leur famille restée au pays tout en essayant de les minimiser. Comme le signale De Certeau¹² (1994), tout groupe vit de compromis qu'il invente et de contradictions qu'il gère. En effet, pour ce qui concerne les migrants sénégalais et leurs familles, tant ici que là-bas, en termes alimentaire et sanitaire, j'ai pu constater des ajustements rapides et une sélection des modes d'appartenance. Je tenterai, ici, de repérer quelles sont les formes que prennent le maintien et le renforcement d'une altérité dans le contexte de mobilité (« go-between » des migrants âgés), de mondialisation et de globalisation. Je montrerai à travers les discours et les pratiques sur l'alimentation et la santé, comment les normes alimentaires adoptées en fonction de l'âge du genre et de la trajectoire sociale sont loin d'être stables.

¹² Michel De Certeau, « L'actif et le passif des appartenances », *La prise de parole et autres écrits politiques*, éd. établie et présentée par Luce Giard, Seuil, Paris 1994 pp. 248-251



2. Franck Enjolras

«Etrangers malades sous surveillance : les paradoxes de la santé en rétention»

Structures de rattachement : Doctorant en anthropologie, IRIS, EHESS. Psychiatre, Institut Marcel Rivière.

Contacts : f-enjolras@wanadoo.fr ;

Les centres de rétention administrative font partie en France des dispositifs de contrôle de l'immigration au service de politiques de plus en plus restrictives. L'officialisation de ce type de structures pour isoler les étrangers jugés indésirables et prêts à être reconduits remonte aux années 80. Ces espaces circonscrits, en forte progression et dédiés au contrôle et à la surveillance, ont évolué ces dernières années et sont ainsi devenus l'exercice de nouvelles pratiques. Depuis 1999, il existe dans chaque centre une équipe médicale chargée de gérer tout problème de santé. Prodiguer des soins s'effectue dans un espace de contraintes relatives au lieu et à ses logiques de fonctionnement, mais aussi secondaires à la procédure de rétention et de reconduite dont le délai de mise en œuvre est souvent incertain. Ces centres constituent des espaces à la fois de confinement et à la fois de passage pour des personnes vivant, un temps, une mobilité forcée. Dans ce contexte, la contrainte des pratiques rejoint la contrainte des corps. L'ethnographie d'un centre de rétention administrative (CRA) nous a permis d'appréhender la dynamique de travail du service médical et, en regard de cela, prendre la mesure des enjeux que pouvait représenter la santé en rétention. Dans notre présentation, il s'agira de mettre en évidence la façon dont s'inscrit le travail de soins, dans le rôle et les fonctions que se trouvent à négocier les acteurs qui l'exercent. Par ailleurs, nous serons amenés à insister sur les paradoxes qui entourent les soins et la santé dans ce lieu de confinement voué à l'exercice des politiques d'état. Ces paradoxes se retrouvent dans le corps malade que l'on surveille –corps physique et corps psychique- et le corps souffrant comme moyen de résistance à la procédure. Les contraintes ambiantes du lieu associées aux dispositions actuelles relatives aux étrangers malades - lesquels peuvent pour certains profiter d'une carte de séjour temporaire pour soins- contribuent à l'émergence de ces paradoxes au cœur desquels les acteurs du service médical sont amenés à évoluer avec plus ou moins d'aménagements et d'adaptations. Au sein du CRA, le corps, dans son exposition, représente le point central du contrôle et incarne aussi, dans une certaine mesure, des mouvements de résistance face aux situations subies. Tantôt force de travail dans les discours et les représentations, tantôt espace de résistance, le corps des étrangers, parfois souffrant, s'affiche en rétention dans sa dimension politique et morale.



3. Jean-Marie Essomba & Patrick Pasquet & Mbonji Edjenguélé

« Pratiques alimentaires, surpoids et image corporelle des migrants à la ville en Afrique Centrale. »

Structures de rattachement et contacts : Jean-Marie **Essomba** : Doctorant chercheur : UMR 7206 : Eco-Anthropologie et Ethnobiologie (CNRS/MNHN) et Laboratoire d'ethnologie et d'Anthropologie Africaines Appliquées (LEAAA, Université de Yaoundé I, département d'Anthropologie). Contacts : scientificjuan@yahoo.fr

Patrick **Pasquet**, Anthropologue, Directeur de Recherche CNRS, UMR 7206 (CNRS/MNHN). ppasquet@mnhn.fr

Mbonji **Edjenguélé**, Anthropologue, Professeur des Universités (Directeur du Laboratoire D'Ethnologie et D'Anthropologie Africaines Appliquées et Chef du Département D'anthropologie (Université de Yaoundé I Cameroun). Contacts : mbonjietmc@yahoo.fr

Jadis considéré comme le mal des pays riches, les syndromes de surcharge, et en particulier l'obésité deviennent un sujet de préoccupation pour les pays en développement où ils viennent s'ajouter au fardeau des maladies infectieuses, constituant une contrainte et une transaction lourdes de conséquences en termes humains et économiques. En Afrique Centrale, et notamment au Cameroun où le taux d'accroissement de l'urbanisation est l'un des plus forts d'Afrique subsaharienne, les syndromes de surcharge évoluent rapidement, essentiellement en milieu urbain et dans les zones rurales à fort développement économique. Dès à présent on assiste à une mobilisation des pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales pour endiguer le phénomène.

Cette présentation a pour objet d'analyser de manière endosémique et dans une approche simultanément culturaliste et constructiviste, la relation que les migrants ruraux à Yaoundé entretiennent avec la nourriture et l'image corporelle dans un socio-espace urbain afin de la confronter à la conception étique des effets délétères du mode de vie urbain et de la transition nutritionnelle dans la perspective du développement des maladies de surcharge.

Dans le cadre du programme de recherches sur l'« Anthropologie Nutritionnelle des migrants d'Afrique Centrale au Cameroun et en France » (ANTRAC), nous menons une étude socio anthropologique sur les facteurs associés au développement de l'obésité à Yaoundé auprès de migrants adultes appartenant à deux communautés : Béti (Bene) et Bamiléké (Bandjoun), dont l'épidémiologie nous enseigne qu'elles se situent à des stades différents de la transition épidémiologique vers les syndromes de surcharge en milieu urbain. Les techniques des « focus groups », des entretiens approfondis, des causeries spontanées et des récits de vie ont été utilisées. Par ailleurs une enquête quantitative sociologique a été menée afin de confirmer sur un large échantillon les données issues de l'analyse qualitative. Nous nous proposons ici de présenter quelques unes des observations faites au cours de nos enquêtes.

D'abord, il est établi que dans la durée, le migrant rompt avec ses normes traditionnelles alimentaires de base et en reconstruit petit à petit d'autres qui le conduisent moins vers la commensalité alimentaire de tradition, mais plutôt, vers l'individualisme alimentaire. Ensuite, le sens et la pratique que le migrant donne à la nourriture sont plus orientés vers « l'exo-subjectivisme alimentaire » (« l'aliment de l'autre ») que vers « l'endo-réalisme alimentaire » (« l'aliment de soi ») qui induit une situation de conflit entre le sujet et son environnement. Enfin, les deux communautés caractérisent tous l'image corporelle par deux types de corps : le « corps gras » et le « corps gros » ; mais le contenu que chacune d'elle donne à ces deux types de corps est différent. S'agissant des syndromes associés au surpoids les représentations actuelles convergent vers des méta-croyances qui renvoient à des pathologies locales mal connues. De plus, on observe une grande variabilité de perception à l'intérieur des différents corps culturels. La prise en compte de ces divers éléments est un préalable à la mise en place des stratégies de prévention.

Mots clés : Cameroun, migrants, villes, obésité, syndromes de surcharge, alimentation, perception, représentations.



4. Honoré Mimche & Renée Cécil Bonono

« MOBILITES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA ET PRACTIQUES DE SOINS AU CAMEROUN »

Structures de rattachement : Honoré **Mimche** : IFORD-Université de Yaoundé II, BP 1556 Yaoundé-Cameroun & Renée Cécil **Bonono** : Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun.

Contacts : h_mimche@yahoo.fr bonono2003@yahoo.fr

Le SIDA constitue aujourd'hui dans la plupart des pays en développement un sérieux défi en santé publique. Alors que les premiers travaux scientifiques n'ont montré l'existence du sida qu'en 1985 au Cameroun, cette pandémie est devenue en peu de temps l'un des problèmes majeurs de santé publique dans ce pays. La séroprévalence a connu une évolution inquiétante, touchant principalement les jeunes, les femmes enceintes, les prostitués, les hommes en tenue, les transporteurs qui sont les catégories retenues dans la définition des groupes à risque. Aujourd'hui on estime à environ 5% la proportion de la population infectée. C'est pour répondre à cet important défi sanitaire que le Gouvernement a initié une politique d'accès aux ARV en créant des centres de prise en charge et de traitement.

Cependant la mise des patients sous traitement ARV est, comme la maladie du SIDA, porteuse d'enjeux multiples pour les patients et leur entourage. Comme le montre l'histoire d'une jeune femme séropositive « *Etre infecté(e) par VIH a des répercussions sur la vie du malade* ». C'est ce qui justifie l'importance de la stigmatisation dans la vie quotidienne des personnes infectées. Pour faire face à cette attitude de la société vis-à-vis des malades, ces derniers ont développé une nouvelle stratégie d'accès aux soins en choisissant de se déplacer régulièrement de leur milieu de résidence vers des localités voisines où ils peuvent prendre sereinement leur traitement et avoir des rapports sociaux plus cordiaux avec le staff médical. C'est ce qu'il est convenu aujourd'hui convenu d'appeler la mobilité des personnes vivant avec le VIH-SIDA au Cameroun.

Cette communication vise à interroger les effets de cette mobilité sur les pratiques de santé des acteurs, notamment les patients eux-mêmes et le personnel médical. Il s'agira en effet de questionner les effets de cette mobilité sur les habitudes professionnelles et populaires de santé. Notre objectif est de mettre l'accent sur la façon dont le contexte de mobilité modifie le rapport offre/demande de soins en ARV, favorise une observance thérapeutique et oblige à une évolution des pratiques de santé tant chez les demandeurs de soins que sont les PVVS et les pourvoyeurs de soins.

Mots clés : PVVS, personnel de santé, mobilités inter-urbaines, pratiques de soins.



5. Emile Koffi Brou

« La prise en charge sanitaire des déplacés de la crise ivoirienne à Abidjan »

Structures de rattachement : Université de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Koffi_brou@yahoo.fr

Cette communication a pour objet le système de prise en charge sanitaire des populations déplacées dans la Côte d'Ivoire en crise. En effet, la crise a provoqué un exode massif des populations, fuyant les zones de conflit, en direction des pays limitrophes et des régions sous contrôle de l'armée nationale... Ce système de prise en charge a été imaginé et mis en œuvre dans un pays dépourvu d'un système de prise en charge dans le domaine de la santé, à l'image de la sécurité sociale dans les pays développés. Appuyé sur des établissements sanitaires présentant des plateaux techniques variés, ce dispositif a mobilisé une pluralité d'acteurs. Outre l'Etat et les collectivités décentralisées (municipalités, districts et conseils généraux), le dispositif a dû faire une place aux acteurs du secteur privé ainsi qu'au secteur associatif... Le but de la communication est de présenter et d'analyser cette expérience originale, en certains points. Au-delà de l'urgence, s'agit-il d'un dispositif fondateur d'un système national de prise en charge ? Un bref rappel du contexte de la crise suivi d'une esquisse du profil des déplacés ; une présentation du dispositif de prise en charge, et de son fonctionnement ; une analyse des apports de ce dispositif et des perspectives tels sont les axes structurants de la communication. Cette contribution est basée sur l'exploitation des résultats d'une enquête pour le compte de la Direction Régionale de la Santé d'Abidjan Lagune effectuée en 2004 d'une part, du dépouillement des données techniques recueillies auprès des services de santé, d'autre part. La compilation d'articles de presse, spécialisée ou non, complète le support de cette contribution.

Mots-clés : Crise – déplacés – Abidjan – Prise en charge - Santé – formations sanitaires

Indications bibliographiques :

Dembélé O., 2003 – Abidjan : de la territorialisation de la sécurité à la fragmentation de la société urbaine ? in Leimdorfer F. et Alain Marie (éds), « l'Afrique des citadins », Paris, Karthala, pp. 155-194

Duponcel JL, mars 2001, projet « équité dans l'accès aux soins en zone urbaine », qualité des soins à Abidjan : rapport global, CF/UNICEF/DRL, Abidjan, 92P

Guillaume A. et Yapi-Diahou A., 1989 - Femmes, Enfants et crise en Côte d'Ivoire, Abidjan, UNICEF, 113 p.

Juillet Amary et al, 2002 - Etude sur les modalités de prise en charge médicale des indigents à Abidjan les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) d'Abidjan, 101 p.

Koffi E 2004 - Réparer ou faire du neuf : le difficile choix des élus locaux, in Liens n° Spécial, pp 79-90



13H45 : Session 2. Mobilité des soignants. Présidence : Khoudia Sow

1. Daniel Baska Toussia

« Mobilité des soignants expatriés dans les structures de soins de santé à Maroua (Nord-Cameroun) : Quels enjeux pour la dynamique des pratiques de santé ? »

Structures de rattachement : Ecole Normale Supérieure de Maroua, Département de Géographie. E-mail : (Cameroun)

Contacts : baskatoussia@yahoo.fr

La santé n'a pas de prix a-t- on coutume de dire dans notre société. Cette assertion se justifie dans la mesure où pour une société qui se veut dynamique, il faut des hommes valides et en bonne santé. Or il arrive souvent que le Nord-Cameroun qui accuse un retard considérable en matière d'offres de soins, soit confronté à des problèmes de santé qui dépassent la compétence locale et qui nécessite une main étrangère pour régler la question. Au départ la première action urgente était l'évacuation systématique des malades vers les grands centres de traitement camerounais que sont Yaoundé et Douala. Et les coûts étaient exorbitants pour les malades. Or ces derniers temps, on observe le mouvement des soignants expatriés dans les structures sanitaires de la ville de Maroua au Nord du Cameroun et la question qu'on se pose est celle de savoir quelles sont les stratégies mises en place pour concilier les anciennes pratiques de santé locales et l'innovations apportées par les pourvoyeurs de santé expatriés. Toutefois, il est à noter qu'à l'issu des entrevues auprès des pourvoyeurs de soins étrangers, des soignants locaux et des malades bénéficiaires des dits soins, des observations directes, il ressort que leurs actions sont tellement visibles qu'ils ont révolutionné les pratiques de santé, notamment la réduction du coût de prise en charge des malades, le transfert de l'expertise étrangère aux soignants locaux au travers des séminaires d'échanges et l'intégration effective des soignants étrangers. Ce qui entraîne à coût sûr une dynamique non seulement des médecines, mais aussi des systèmes de santé.

Mots clés : Pratique de santé, Mobilité, Soignants expatriés, Structures de soins de santé, Nord-Cameroun, Maroua.



2. Yves Djouda Feudjio & Idrissou Mounpe Chare

« Mobilité des tradi-thérapeutes et des patients au Cameroun : enjeux, contraintes et perspectives »

Structures de rattachement : Yves Bertrand Djouda Feudjio : Doctorant en Sociologie, Université de Yaoundé I (Cameroun), Chercheur/CASSRT & Idrissou Mounpe Chare : Doctorant en Sociologie, Université de Yaoundé I (Cameroun).

feudjioyb@yahoo.fr ; moupidriss@yahoo.fr

Le système de santé au Cameroun est aujourd'hui en pleine mutation (Gruénais 2001).

Le constat le plus visible fait état d'un réel foisonnement ou d'un pluralisme des pourvoyeurs de soins. Du point de vue de l'espace, la médecine traditionnelle qui se pratiquait au village ou dans les cabanes est aujourd'hui exercée dans tous les centres urbains. Nombre de tradi-thérapeutes, loin de rester au village confinés dans les « cases de soin ancestrales », connaissent une mobilité vers les villes. Ils franchissent les frontières géographiques et culturelles. Cette mobilité contraste avec la trajectoire de certains citadins qui retournent au village à la recherche d'une médecine traditionnelle « authentique ». D'un point de vue socio-anthropologique, cette double mobilité soulève des interrogations multiples lorsqu'on prend en compte l'histoire et les spécificités de la médecine traditionnelle africaine. Les méthodes de diagnostic étaient, dans la plus part des cas, la divination ; les formes galéniques étaient les macérés, les décoctés, les infusés et les sucs végétaux ; certaines pratiques exigeaient des sacrifices au sanctuaire familial, ou dans les lieux mythiques etc. Actuellement, avec les tradi-thérapeutes migrés en milieux urbains, l'on connaît une médecine africaine en pleine transformation. Elle est désormais exercée dans de nouveaux espaces « non sacrés », dans des « logiques nouvelles ». Certains soignants traditionnels présentent même de véritables laboratoires où l'on constate un réel métissage entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Comment ce métissage s'opère-t-il donc entre les deux médecines ? Comment dans un contexte de mobilité, les nouveaux tradi-thérapeutes urbains préservent-ils les spécificités d'une médecine dont l'espace privilégié ou adapté reste, pour bien de personnes, le milieu rural ou le village ? Comment comprendre le retour aux sources des patients à la quête d'une médecine traditionnelle désormais disponible en ville ?

La présente communication se propose de montrer à partir de la double mobilité des thérapeutes traditionnels et des patients, que la médecine traditionnelle est en pleine transformation, en plein métissage. Le travail s'inscrit dans une perspective socio-anthropologique et fonde ses analyses sur les enquêtes ethnographiques menées à la fois auprès des tradi-thérapeutes (restés au village et migrés en ville) et des patients. L'étude prend aussi en compte les perceptions des citadins autour de ces nouveaux acteurs qui ont fait immixtion dans un champ médical urbain jadis dominé par la médecine moderne.

Mots clés : Mobilité, milieu urbain, tradi-thérapeutes, patients, Cameroun.



3. Estelle Kouokam Magne

*« Les personnels de santé entre identité religieuse et entrepreneuriat humanitaire.
Étude d'une structure de soin confessionnelle au Cameroun. »*

Structures de rattachement : UMR912 « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés »

Contacts : esthelka@yahoo.com

Au Cameroun on observe au sein des structures de soins confessionnels, une pluralité de trajectoires chez les professionnels de santé. La diversité des parcours professionnels se traduit par la présence de médecins et d'infirmiers recrutés dans le cadre d'organisations non gouvernementales situées au Nord. La présence de ces professionnels de santé permet aux responsables religieux et à l'administration de l'hôpital d'affirmer leur ouverture au monde et leur attachement aux populations desservies. Ces professionnels recrutés au niveau international sont rémunérés par l'organisme mandataire tandis que leurs collègues du Sud sont rémunérés par les recettes de l'hôpital. À cet aspect financier, s'ajoutent les enjeux liés à l'exercice de la médecine et à l'identité religieuse de l'hôpital. Nous effectuons une étude de cas à partir d'une recherche menée dans un hôpital protestant de l'Ouest du Cameroun dans le cadre d'une thèse d'anthropologie sur les offres de soins confessionnelles. Elle porte sur des médecins recrutés par une organisation internationale confessionnelle partenaire de l'hôpital. Dans ce contexte multiculturel nous analysons la pratique de la médecine comme un enjeu de reconnaissance mutuelle. En premier lieu, nous abordons les conflits autour des pratiques de soins et leurs résolutions et en second lieu, nous analysons la rencontre entre médecins expatriés et l'équipe locale comme un processus de reprofessionnalisation.



15h30 : Session 3. Mondialisation des thérapies. Présidence : Sylvain Faye

1. Christine Bellas-Cabane

« La réparation clitoridienne comme un révélateur du regard social sur la sexualité féminine . »

Structures de rattachement : médecin pédiatre anthropologue, Dakar, Sénégal.
Contacts : cbcabane@gmail.com

Depuis plusieurs années les femmes excisées peuvent bénéficier d'une intervention dite de reconstruction clitoridienne. Cette technique mise au point par un chirurgien en urologie a d'abord été proposée aux patientes qui souffraient de dyspareunies et de douleurs chroniques. Elle constitue maintenant un recours pour de nombreuses patientes qui souhaitent accéder à une vie sexuelle plus satisfaisante. Sur le plan de l'anthropologie de la santé cette démarche a été en quelque sorte un révélateur de l'indifférence des médecins pour un organe génétal qui n'était pas impliqué dans la reproduction mais dans la sexualité. Cette prise de conscience a permis de changer la pratique des consultations de gynécologie, aussi bien en terme de qualité d'examen que sur le déroulement de l'entretien. Par ailleurs, par la réflexion développée par de nombreuses équipes qui reçoivent des femmes "en demande de réparation", on peut montrer qu'il suffit parfois que les femmes excisées, se sentent rassurées sur leurs capacités fonctionnelles et autorisées sur le plan social, pour recouvrer le plaisir sexuel. Ce travail préalable à l'intervention permet là de changer le regard sur les femmes excisées qui sont encore trop souvent considérées comme anormales et irrémédiablement frigides. Néanmoins, même si elles ne présentent pas de troubles, certaines femmes demandent à être opérées, pour des raisons identitaires et de conformité à la norme qui, en France est de ne pas être excisée. En miroir de l'excision justifiée par ceux qui la pratiquent au Mali, comme une obligation identitaire, cete demande d'intervention révèle les tranformations de la conception de "l'identité féminine" chez les femmes maliennes, en lien avec la migration et la mondialisation d'un certain modèle de sexualité..



2. Alice Desclaux

« « Babosa » capverdienne, « pulpe » américaine, « African herbal antiretroviral » : Circulations et significations d'une plante de la pharmacopée sénégalaise au temps de la mondialisation. »

Structures de rattachement : IRD (UMR 145) / CRCF Fann, Dakar

Contacts : Alice.desclaux@ird.fr

A côté de l'entrée du Centre de Recherche Clinique du Service de maladies infectieuses de l'hôpital national universitaire de Fann, qui héberge de nombreux protocoles d'études cliniques transnationales obéissant aux exigences scientifiques de niveau international, quelques pots de conserve hébergent des pieds d'Aloe vera, sous la surveillance, à leurs moments perdus, d'un « intervenant communautaire » et d'un gardien qui travaillent au centre. Cette plantation privée n'a rien d'exceptionnel : les feuilles charnues de cette liliacée peuvent être aperçues en de très nombreux lieux sur la presqu'île occupée par la ville de Dakar, où sa popularité est due à son statut de « remède » appartenant à la pharmacopée sénégalaise, que lui attribuent les personnes que nous avons interrogées dans la banlieue voisine de Pikine. Ses connaisseurs la qualifient plus précisément de « remède des capverdiens », installés en nombre à Dakar. Intégrée dans les usages domestiques, cette plante venue des îles voisines est-elle pour autant confinée à une utilisation thérapeutique pragmatique dans le secteur populaire, favorisée essentiellement par son accessibilité et relevant du care plutôt que du cure ?

Si l'on passe la porte du centre de recherche et l'on écoute quelques membres des associations de personnes vivant avec le VIH, la plante est également présente parmi les traitements consommés en parallèle aux antirétroviraux, cette fois sous son nom botanique : certains consommeraient des « produits » à base d'Aloe vera. Transformée par une firme multinationale basée aux Etats-Unis, la plante est présentée comme très attractive pour les personnes séropositives, notamment du fait de sa distribution dans un système de vente qui fait du consommateur un distributeur prosélyte. On retrouve également l'Aloe vera, plus loin de l'hôpital, parmi les ingrédients de plusieurs traitements qui guérissent l'infection à VIH revendiqués par une organisation panafricaine de thérapeutes traditionnels ; dans ce cas, la plante est investie du savoir traditionnel légitimé par des essais cliniques « alternatifs » et diffusée dans le cadre de relations revendiquées comme thérapeutiques. L'Aloe vera fait également l'objet, dans une relation plus distante avec les personnes vivant avec le VIH, de programmes de développement de la culture des plantes médicinales menés par une ONG sénégalaise à dimension internationale.

L'Aloe vera, sous diverses formes et interprétations, traverse ainsi plusieurs secteurs du système de soin sénégalais. L'analyse de cette diffusion locale nous permettra de discuter la pertinence du concept de « chaînes du médicament » utilisé par Lévy et al. Par ailleurs, chacune des formes socialisées de la plante est associée à une forme de mobilité (importation, déterritorialisation-reterritorialisation), au moins symbolique, passant par le Cap Vert, les Etats-Unis, le Kenya ou le Sénégal. Ces formes signifiées de l'Aloe vera renvoient à des acceptions particulières des notions de « Nature » d'une part, de « Culture » d'autre part, qui renseignent sur un aspect de la « géographie symbolique » des thérapeutiques au Sénégal.



3. Oumy Thiongane

« Circulations scientifiques au travers d'expériences transfrontalières de la méningite (Niger-Nigeria) »

Structures de rattachement : Doctorante EHES-Shadyc, France.

Contacts : Oumy.Thiongane@ehess.fr

La question de la santé à travers la gestion coordonnée et transfrontalière de la méningite bactérienne, est très intéressante à analyser. Infection recrudescante aujourd'hui, la méningite bactérienne pose depuis plus d'un demi-siècle le défi de sa gestion. Cette maladie, dans les acteurs qu'elle mobilise, les facteurs écologiques qui permettent sa présence, les frontières qu'elle enjambe et les stratégies de soins qu'elle incite à élaborer, souligne et rend permanent la question de la circulation des savoirs et des pratiques mais aussi différents types de mobilisations en santé. La gestion de la méningite est d'une brûlante actualité de nos jours, elle ne cesse d'être posée dans diverses rencontres de santé dans les pays qui connaissent l'épidémie et dans les institutions de santé. L'étude des stratégies de soins et de prévention de la méningite à méningocoque au Niger à l'institut Pasteur de Niamey, le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) servira de cadre institutionnel et géographique d'analyse. Cette communication portera sur l'expérience de l'expatriation des pastoriens du Niger, la question des alertes médicales transfrontalières entre le Niger et le Nigeria concernant la méningite, la gestion complexe d'une maladie mouvante et le sens aujourd'hui d'un espace qualifié de « ceinture de la méningite ».

L'étude a nécessité une ethnographie de terrain pendant laquelle les acteurs du CERMES ainsi que des patients ont été interviewés au travers de questionnaires qualitatifs et quantitatifs. Les archives du CERMES, du Lasdel, de l'IRD et des bibliothèques parisiennes servent d'appui à l'analyse. Le CERMES Niger réunit en interaction quotidienne des scientifiques (médecins, laborantins, épidémiologistes, etc) du nord inscrits dans l'expérience de l'expatriation et des acteurs du sud travaillant à une gestion des maladies infectieuses dans les pays de la sous région (Niger, Madagascar, République centrafricaine) entre lesquels s'effectuent des transferts, échanges et productions de savoir dans un réseau dynamique et transnational d'acteurs qui associent des partenaires engagés dans la lutte contre les pathologies. Ces acteurs inscrits dans la mobilité internationale élaborent des stratégies de soins et de gouvernement des corps dont l'histoire prend source avec l'installation du réseau des pastoriens à travers le monde depuis plus de cent ans. Au Niger, la lutte contre les épidémies de méningite est un exemple typique de mondialisation sanitaire à travers les ressources mobilisées en termes d'acteurs mondialisés, de germes mouvants, de politique de santé transnationale en passe d'être revue avec l'élaboration d'un nouveau vaccin conjugué. D'autre part, l'espace épidémique nommé depuis une cinquantaine d'années « Ceinture de la méningite », connaît une expansion géographique vers le sud qui pousse à redéfinir les dynamiques nouvelles de cet espace.

Mots clé : méningite, anthropologie, Niger, Nigeria, souche, bactéries, prévention, pastoriens, CERMES, gestion transfrontalière, circulation transnationale



4. François Wassouni

« LA PRESENCE CHINOISE AU CAMEROUN ET SON INFLUENCE SUR LES PRACTIQUES DE SANTE ET DE SOINS »

Structures de rattachement : Doctorant en Histoire, Université de Ngaoundéré (Cameroun).
Contacts : wassounifrancois@yahoo.fr

S'il est un fait qui a alimenté et continue d'entretenir les débats dans bien de pays africains ces dernières années, c'est bien la présence des chinois. Habitues jusqu'à une époque récente aux Européens exerçant ou en tourisme dans leurs pays, les populations de nombreuses villes d'Afrique furent « surprises » d'assister au déferlement des chinois dont le nombre va croissant au fil des ans et dont l'activisme commercial ne laisse personne indifférent. Le Cameroun est l'un des pays d'Afrique où le nombre des chinois croît depuis quelques années non pas seulement dans les grandes métropoles, mais aussi dans des petites villes. Certes, la présence de ces asiatiques dans ce pays ne date pas d'aujourd'hui puisque dans le cadre de la coopération avec la Chine, des chinois venaient déjà séjourner soit dans des centres médicaux qu'ils y ont créés entre les années 70 et 80, soit pour la réalisation des points d'eau, mais on ne les retrouvait pas encore dans le monde des affaires comme c'est le cas ces derniers temps. Ils vendent de nombreux produits et offrent par la même occasion de multiples services. Au rang des prestations figure bien évidemment le domaine de la santé et du coup les pratiques de santé chinoises ont cours au Cameroun et cela n'est pas sans impact. Dès lors, quelle est l'influence de la présence chinoise sur les pratiques de santé et de soins au Cameroun ? Quel est l'impact de ces nouvelles pratiques de santé au Cameroun ? Ce sont là autant de questions autour desquelles sera bâtie cette communication.

Pour conduire cette recherche, il importe de consulter les écrits divers sur la présence chinoise au Cameroun : ouvrages, articles de revues et de journaux, entre autres seront exploités. L'on s'attellera à interroger diverses personnes à même de donner des informations sur la présence chinoise et leurs domaines d'activité avec accent dans le domaine sanitaire. Nous ne manquerons pas d'approcher les chinois eux-mêmes exerçant dans ce domaine, les personnes qui sollicitent leurs soins, les camerounais qui travaillent avec eux dans leurs cliniques, les infirmiers camerounais et bien d'autres. L'observation des activités des chinois dans le domaine de la santé permettra tout de même de se rendre compte d'un certain nombre de réalités qui aideront à construire cette réflexion. La compilation, la confrontation de la masse de données collectées et leur analyse critique permettra de rédiger cette proposition.

Mots clés : présence chinoise, pratiques de santé et soins, Cameroun

La session dakaroise sera suivie d'une journée sur les "Etudes sénégalaises".



NOTES
