



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

3 | 2011

Médecines, mobilités et globalisation

Quand la santé et les médecines circulent

Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation

Juliette Sakoyan, Sandrine Musso et Stéphanie Mulot



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/819>

DOI : 10.4000/anthropologiesante.819

ISBN : 978-2-8218-1110-2

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Ce document vous est offert par Université Claude Bernard Lyon 1



Référence électronique

Juliette Sakoyan, Sandrine Musso et Stéphanie Mulot, « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 07 décembre 2011, consulté le 19 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/819> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.819>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International
- CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Quand la santé et les médecines circulent

Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation

Juliette Sakoyan, Sandrine Musso et Stéphanie Mulot

- 1 Les questionnements et travaux prenant pour objets santé et mobilités dans le contexte de la globalisation se multiplient incontestablement, dans les sciences sociales en général, et en anthropologie en particulier. En témoignent à la fois des colloques dédiés ces dernières années en France à ces questions¹, mais aussi la livraison récente de deux numéros de revues anglo-saxonnes, *Body & Society* (Roberts et Scheper-Hughes, 2011a) et *Anthropology & Medicine* (Naraindas et Bastos, 2011) consacrés respectivement aux « *Medical Migrations* » et aux « *Healing Holidays* ».
- 2 D'emblée, à la lecture des titres des communications, articles et travaux s'attachant à l'articulation de ces thèmes, la grande variété des « acteurs » sur lesquels portent les investigations, les échelles abordées, ainsi que celle des angles d'analyse privilégiés sont remarquables. Associée à la rapidité croissante de la diffusion de risques pour la santé, via la circulation mondialisée des agents infectieux (dont le SRAS peut être considéré comme exemplaire), la globalisation de la santé est aussi reliée à sa marchandisation. Ceci explique la relative hégémonie, notamment dans la littérature anglo-saxonne, de travaux d'économistes et de politistes traitant ces questions. Ces derniers abordent en premier lieu les enjeux relatifs à l'un des effets de la « fuite des cerveaux » que représente l'exode des personnels de santé des pays des Suds vers les pays du Nord, mais aussi l'importance croissante et considérable du tourisme médical dans l'économie mondiale (Nys, 2010).
- 3 Dans les analyses anthropologiques, les termes de « tourisme médical » ou « migrations médicales » font l'objet de controverses et charrient des enjeux et représentations variables selon les contextes, que ce numéro d'*Anthropologie & Santé* vise à dépasser. En effet, Elisabeth Roberts et Nancy Scheper-Hughes, dans leur introduction au numéro de *Body & Society* (2011b : 9), soulignent que le terme de « tourisme médical » décrit une « réalité sociale et médicale activement promue par des gouvernements et compagnies privées ». Il renverrait, en ce sens, plus à un espace de débats liés à la globalisation, à la

mobilité, au néolibéralisme et aux systèmes de santé qu'à une terminologie proprement anthropologique. Quant à la mise en lien des questions de migrations et de santé, elles ont longtemps renvoyé, en France du moins, à la « santé des migrants ». Didier Fassin a souligné combien cette thématique avait pu s'élaborer autour de deux logiques, celle de la discrimination, en instituant une clinique « à part », et celle de la « naturalisation », du fait de la primauté donnée aux seules conséquences biologiques de situations qui relèvent avant tout de logiques sociales, économiques et politiques (Fassin, 2000).

- 4 Enfin, tout se passe comme si l'usage des termes « tourisme médical » et « migrations sanitaires » faisait implicitement écho à une distinction entre « riches » et « pauvres » (Musso, 2009). L'usage du mot « mobilité » se présente dès lors comme une tentative de dépasser les régimes de problématisation cités plus haut. Le terme « mobilités » renvoie, d'une part, aux conditions et contraintes (politiques, juridiques, administratives, économiques, culturelles) qui façonnent, modèlent et rendent ou non possible le fait de se mouvoir. Les contraintes peuvent être le cadre légal d'accès aux dispositifs thérapeutiques relatifs à la fertilité, l'impasse thérapeutique, le manque de ressources, etc. D'autre part, les mobilités impliquent certes des personnes et des corps, ceux des malades comme ceux des professionnels, mais aussi des objets, des techniques, des produits, des savoirs, des modèles thérapeutiques et des normes de santé. Pour le dire simplement, utiliser le terme « mobilités » nous permet de gagner en élargissement de focales ce que nous pourrions sembler perdre en précision conceptuelle, dans le cadre d'un champ de recherche en constitution.
- 5 En termes de focales, les questions de santé, mobilité et globalisation ont été abordées selon divers registres de préoccupations. Les questions politiques — comment mettre en place des politiques de santé publique adaptées et justes (Mackintosh et Koivusalo, 2005 ; David, 2011) —, économiques — comment rendre le marché de la santé pérenne pour tous et/ou éviter l'exode des professionnels de santé des Suds au Nord (Brown et al, 2006) —, sanitaires — comment intervenir auprès de populations mobiles et/ou minoritaires (Haour-Knipe et Rector, 1996) —, éthiques — comment prévenir la « fragmentation capitaliste du corps humain » (Lau, 2000) à l'œuvre, notamment dans le trafic d'organes (Scheper-Hughes, 2000) — et quelles valeurs « humanitaristes » s'y déploient (Ticktin, 2006). Des enjeux juridiques — quel cadre de régulation donner à la marchandisation de la santé à l'échelle planétaire (Bélanger, 2011) —, et d'accès inégaux à la recherche et aux médicaments sont discutés (CCNE, 2005 ; Organisation mondiale de la santé, 1999). Ces questions sont articulées à des questionnements anthropologiques et sociologiques qui portent notamment sur les inégalités dans l'accès aux soins, la manière dont le genre s'articule avec la chaîne transnationale des métiers du « care » qui concernent en premier lieu les femmes migrantes (Hochschild, 2001, Yeates, 2011), l'adaptation des systèmes de santé à la mobilité des malades, des thérapeutes et des normes (Hours, 2004 ; Chasles, 2010), ou la composition de nouvelles formes de (bio-)socialité et de citoyenneté (biologique ou thérapeutique) façonnées par l'expérience de la santé et de la maladie dans des réseaux internationaux (Nguyen, 2004).
- 6 Nous avons choisi, dans ce troisième numéro d'*Anthropologie & Santé*, de mettre l'accent sur les mobilités et les circulations des médecines et des systèmes thérapeutiques dans un monde globalisé. En reprenant une interrogation sur les dimensions et les effets de la globalisation, les auteurs de ce numéro analysent les modalités selon lesquelles les systèmes thérapeutiques sont amenés à circuler, au gré des mouvements de personnes, de

firmes industrielles ou de réseaux de communications immatériels, et de fait à s'adapter, en se modifiant, à des contraintes économiques, politiques et culturelles nouvelles.

- 7 Ces circulations des médecines et des systèmes thérapeutiques s'inscrivent dans un mouvement plus vaste de mobilités des acteurs, des savoirs, des produits de santé, des clients et des thérapeutes qui est lui-même nourri et limité par les logiques des marchés économiques locaux et globaux qui gouvernent aujourd'hui l'industrie et les politiques de santé. Les contributions de ce numéro montrent toutes, en effet, comment des stratégies commerciales sont aujourd'hui le moteur des ajustements et des reconfigurations auxquels procèdent ces médecines à l'ère de la globalisation. Qu'il s'agisse d'Internet, où la commercialisation de tests de dépistage génétique se fait en dehors des cadres bioéthiques locaux (Beaudevin et Ducournau), du Brésil où l'implantation de l'homéopathie pluraliste française se heurte aux résistances de l'homéopathie uniciste locale (Giglio-Jacquemot), de l'Inde où les centres de remise en forme conjuguent la tradition ayurvédique aux stéréotypes ethniques et aux demandes d'une clientèle internationale (Pordié), ou bien encore du Sénégal où les néo-tradithérapeutes africains investissent le marché du traitement de l'infertilité (Faye), partout la circulation et la marchandisation des normes, des valeurs et des savoirs médicaux impliquent une renégociation de leurs fondements, de leurs usages, de leurs modalités d'application, voire des cadres législatifs et politiques qui les contrôlent. Les diverses contributions de ce numéro révèlent aussi la pluralité des espaces (locaux, internationaux, transnationaux, déterritorialisés) dans lesquels ces processus prennent place.
- 8 Ces dynamiques, qui sont autant de nouveaux sujets d'exploration pour les anthropologues de la santé, déjà familiers des études sur les adaptations et les syncrétismes des systèmes médicaux, notamment en contexte interculturel ou pluraliste, nécessitent aussi de revoir les méthodes, les paradigmes et les focales utilisés par notre discipline pour étudier et rendre compte des phénomènes observés à l'échelle locale et globale. Car, et c'est peut-être là l'un des premiers impératifs corrélés à l'investigation anthropologique de la globalisation, il est évidemment nécessaire de penser ensemble, et dans leurs relations réciproques, le local et le global.

Globalisation, quête de soins et médecines

- 9 Revenons tout d'abord sur quelques concepts essentiels. Comme le rappellent un certain nombre d'articles du numéro d'*Anthropology & Medicine* consacré aux « *Healing Holidays* », le « voyage » à visée thérapeutique est loin d'être un phénomène nouveau, rappelant la tradition euro-américaine au courant du 19^{ème} des voyages dans les spas et sanitariums, ou encore celle des pèlerinages. Mais ces lieux étaient alors liés à des caractéristiques climatiques, géophysiques ou spirituelles. Or, les lieux contemporains d'origine et de destination recouvrent une plus large économie politique de la maladie et de la santé, et donnent à lire de grandes variations des destinations selon les coûts, le cadre légal et les structures économiques globales. Ces déterminants sont bien plus larges que les seules dimensions climatiques ou spirituelles. La quête de santé cristallise des mobilités qui s'inscrivent clairement dans le cadre de la globalisation. Ces mobilités ne suivent en effet pas seulement les anciennes routes de l'esclavage et des flux du commerce des épices, comme Nancy Scheper-Hughes l'a décrit à propos de la circulation transnationale du trafic des dons d'organes (Scheper-Hughes, 2000). Si certains médicaments, et techniques de soins ont une accessibilité plus grande et/ou exclusive dans les pays riches, induisant

des flux spécifiques actuellement reconfigurés par l'essor des essais thérapeutiques (Petryna, 2009), d'autres s'inscrivent dans des circuits d'une grande complexité, que le schéma centre/périphérie n'épuise pas. Certaines personnes vont bénéficier de « prix défiant toute concurrence » d'opérations de chirurgie esthétique en Tunisie et ailleurs² ; d'autres, dépendantes à l'héroïne, vont chercher de l'Iboga en Afrique, de l'Ahyahuasca en Amérique du sud ; d'autres encore ont recours à des soins dentaires les moins coûteux en Asie : autant de cas d'espèce qui rendent compte de flux différents.

- 10 Nous choisissons dans ce numéro de parler de *globalisation*, plutôt que de mondialisation. A vrai dire, si ces deux termes semblent souvent se superposer, les auteurs francophones préfèrent habituellement celui de mondialisation, qui reprend une sémantique française. Ainsi Jackie Assayag défend l'emploi de mondialisation — « à la rigueur », concède-t-il, celui de « planétarisation » (2007 : 198). D'autres rappellent que la mondialisation n'est pas nouvelle (Wallerstein, 2002) et la notion braudélienne d'économie-monde ou l'histoire de la colonisation soulignent cette évidence de flux internationaux, de mobilités mondiales et d'interdépendances économiques et culturelles à l'échelle planétaire.
- 11 Or, ce qui distingue les flux et les mobilités contemporains et invite à les qualifier de « globaux », ce sont d'abord les espaces-temps dans lesquels ils se déploient. Du fait des nouvelles technologies de l'information et de la communication, on assiste à « un processus multi-forme de compression de l'espace et du temps, correspondant à l'intensification des relations sociales planétaires entre des lieux distants » (Cunin, 2006 : 3). A côté de cette intensification qui relève de l'inédit, ces mobilités et ces flux traversent des espaces bien plus complexes qu'auparavant. Ces derniers ne sont désormais plus identifiables au travers de l'isomorphie entre peuple, territoire et souveraineté, mais, en même temps, ils continuent d'exister dans diverses formes de souveraineté territoriale.
- 12 C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser le terme de globalisation pour souligner le caractère inédit de certaines logiques du processus plus ancien de mondialisation. Loin d'être inscrit dans un usage « franglais », ce choix terminologique est d'abord voué à mettre l'accent sur le fait que « tous les domaines de la vie sociale sont touchés, notamment le politique, qui, en un sens, englobe les autres » (Lévy et Lussault, 2003 : 639)³. Ce paysage planétaire, où certaines dimensions de la vie sociale et économique sont englobées par et dans d'autres, conduit Marc Abélès (2008) à parler d'un basculement culturel fondamental et d'une expérience anthropologique inédite, que seul caractérise le terme de globalisation.
- 13 Dès lors, c'est sans doute l'un des enjeux majeurs d'une anthropologie de la santé en contexte de globalisation que d'appréhender systématiquement les inégales participations des êtres humains à ces processus de circulations et d'échanges, alors même qu'une aspiration à l'égalité a gagné toute la planète (Badie, 2002). Arjun Appadurai a montré l'importance du rôle de l'imagination dans cette aspiration à l'égalité (2001). Dans le champ de la santé, ces attentes globalisées, empêchées par la violence structurelle des inégalités sociales, doivent continuer à être documentées. Et ce numéro se propose d'y contribuer.
- 14 S'impose alors une analyse de la place occupée par la santé dans ce que certains qualifient d'économies morales contemporaines (Fassin, 2010), à la fois à l'échelle des enjeux et des productions d'éthique, des combats politiques (les récentes mobilisations contre l'abolition du « droit au séjour pour soins » en France l'attestent), du façonnement des

subjectivités mais aussi des régulations internationales et étatiques qui se définissent à l'aube du 21^{ème} siècle, dans cette ère de la globalisation.

- 15 La biomédecine globalisée constitue du reste un observatoire privilégié de deux autres données intrinsèquement liées à toute réflexion anthropologique sur la globalisation. D'une part, la disparité et l'inégale distribution des problèmes de santé et des structures d'offres de soins montrent, à la fois, l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé (quand des politiques d'ajustements structurels ont des conséquences sanitaires locales), mais aussi la construction d'un référentiel global via la circulation mondiale de modèles, de représentations et de pratiques sanitaires (Fassin, 2001). D'autre part, la santé permet d'observer et donc de contribuer à conceptualiser un autre enjeu profond charrié par l'analyse de la globalisation : celui qui oppose la lame de fond de l'uniformisation globale aux productions de la localité (Appadurai, 2001), à l'hybridation, aux réappropriations, aux inventions et aux résistances.
- 16 En somme, si la santé et l'inégale valeur des vies sont exemplaires du coût humain de la globalisation (Sen, 2000), les nouveaux assemblages et les reconfigurations observés dans ce domaine témoignent de la dynamique innovatrice de la globalisation et de la manière dont elle affecte les corps, les systèmes médicaux, les Etats et industries pharmaceutiques, ainsi des nouvelles communautés dont elle est le contexte d'émergence. Par conséquent, la globalisation n'est pas que le cadre, extérieur et normatif, dans lequel prennent place ces mobilités ; elle est aussi le résultat de leurs cumuls, de leurs rencontres et de leurs dynamiques respectives.
- 17 C'est pourquoi la focale mise dans ce numéro d'*Anthropologie & Santé* sur les mobilités des médecines et des systèmes thérapeutiques permet d'analyser les rouages et les lieux de passage et d'articulation concrets entre le global et le local. Lorsque Armelle Giglio-Jacquemot analyse les résistances brésiliennes à l'implantation du laboratoire Boiron, elle met en avant les actions associatives, politiques et législatives menées par les professionnels de santé (pharmaciens et homéopathes) qui entendent défendre leurs intérêts (économiques) en prétendant défendre les principes scientifiques et thérapeutiques qui fondent la base de leur médecine homéopathique. Parallèlement, Laurent Pordié montre comment les spas indiens lient à une défense de la tradition médicale ayurvédique locale des pratiques thérapeutiques modifiées par l'arrivée et les demandes d'une clientèle internationale de « métrospirituels ». Claire Beaudevin et Pascal Ducournau mettent en lumière les stratégies des compagnies productrices de tests génétiques en ligne qui surfent sur les valeurs du « santéisme » et profitent d'un cadre déterritorialisé, caractérisé par une absence d'encadrement législatif au niveau international, pour traverser les mailles des réglementations législatives nationales. Enfin, Sylvain Faye montre bien que les tradithérapeutes ouest-africains circulant au Sénégal proposent une thérapeutique qui entre en concurrence avec les thérapeutiques traditionnelles locales, non seulement car elle investit le champ du traitement de l'infertilité, mais surtout car elle revendique des savoir-faire, une efficacité, une visibilité et une reconnaissance internationale qui justifieraient sa présence et sa légitimité au niveau régional.
- 18 Ces formes de déterritorialisation permettant à des médecines d'exister ailleurs et autrement que dans le territoire qui les a fait naître et leur donne un ancrage identitaire, appellent une analyse des processus de circulation, de transplantation, de transnationalisme ou de re-territorialisation des savoirs, des acteurs et des pratiques qui l'accompagnent éventuellement.

- 19 Nous devons aussi noter que ces contributions révèlent que la globalisation de la santé ne profite pas qu'à la biomédecine. Les quatre exemples présents dans notre volume évoquent des systèmes thérapeutiques variés et parallèles à cette médecine devenue « traditionnelle ». La génétique et ses intentions prédictives, l'homéopathie et ses différents courants, l'ayurvêda et ses fondements spirituels, ou les tradithérapies ouest-africaines se développent au niveau local, national et international en étant portés par une demande de remise en question des protocoles thérapeutiques employés par la biomédecine. Ces derniers sont cependant parfois partiellement utilisés par les professionnels de santé dans des stratégies de séduction thérapeutique ou de légitimation. La circulation de systèmes thérapeutiques alternatifs répond alors à une quête d'efficacité, mais aussi à une quête de sens, d'identité, d'originalité, d'authenticité, voire de « tradition ». Ceci, alors même que les enquêtes empiriques montrent combien ils procèdent le plus souvent par hybridation des savoirs et des protocoles de soin.
- 20 Ce que l'ensemble de ces contributions souligne enfin, c'est l'évidence d'une présence manifeste du local dans le global et du global dans le local. La globalisation n'a de fondement que par la manifestation à l'échelon local des normes qu'elle induit, des pratiques qu'elles modifient, des savoirs qu'elle fait circuler et qui tous la font exister.

Les conquêtes de marchés thérapeutiques en contexte de globalisation

- 21 Les contributions à ce numéro portent sur des contextes caractérisés par leur forte émergence sur l'échiquier des rapports géopolitiques et économiques : Internet, le Brésil, l'Inde, le Sénégal sont autant d'exemples qui obligent à repenser les rapports Nord-Sud, Sud-Sud et Est-Ouest et la définition même du Sud (et, par voie de conséquence, du Nord), au regard de la dynamique des marchés observable dans le domaine de la santé.
- 22 La contribution fort originale de Claire Beaudevin et Pascal Ducournau, sur les enjeux éthiques, médicaux et scientifiques que pose le marché des tests génétiques en ligne, plante le décor de la globalisation comme processus de marchandisation de la santé et de circulation des produits, des valeurs et des normes « santéistes ». Développé au tournant du millénaire, le marché des tests génétiques en ligne, multinational et déterritorialisé, se situe encore en dehors des législations médicales nationales. Il a construit sa réussite en s'adaptant aux préoccupations contemporaines en matière de santé, tout en renforçant la médicalisation de la vie sociale et des utopies préventives, voire d'une obsession des « origines » et d'une recherche d'« ancestralité » visant à être biologiquement ratifiée.
- 23 En contrepoint de cette implantation d'un marché jusqu'aux domiciles des personnes, qui a tout l'air d'un succès, l'implantation de la firme Boiron au Brésil s'apparente à un parcours du combattant. L'analyse qu'y consacre Armelle Giglio-Jacquemot dresse en effet un bilan mitigé des tentatives de conquête du marché brésilien par la filiale inaugurée en 2006 à São Paulo. Représentant l'homéopathie dite « pluraliste », Boiron est arrivé sur un terrain conquis depuis le 19^{ème} siècle par l'homéopathie « uniciste », en provenance d'Allemagne. Quels sont, dès lors, les supports et instruments d'implantation de la firme et, de l'autre côté, les stratégies de contre-attaque sur le territoire national pour défendre le marché de l'homéopathie brésilienne ? Face à une marque promouvant une homéopathie accessible en automédication et auprès de médecins allopathes, l'Etat

brésilien a, à la demande des professionnels, élaboré une législation sanitaire contraignante pour le développement de la firme.

- 24 C'est ensuite en Inde que Laurent Pordié nous conduit pour y analyser l'implantation de la « culture globale du spa » à travers le cas de la marque Mango Spa, chaîne indienne de centres de soins et de remise en forme. Quelles sont les logiques de distinction qu'utilise cette marque pour se façonner une image propre dans un environnement concurrentiel indien et exister sur le marché économique international, tout en s'articulant à une « tradition » d'indianité, gage de son identité locale et de l'attraction des touristes internationaux ? A un autre niveau, comment maintenir unicité et identité de pratiques parmi les employés travaillant dans ces centres, dans la mesure où ces employés sont recrutés selon des profils et des traits ethniques stéréotypés, et combinent, en réponse aux attentes des clients, idéaux dogmatiques, authenticité thérapeutique et innovation des pratiques ?
- 25 Cette tension entre singularisation/désingularisation, à la base des stratégies d'implantation de la marque Mango Spa, se retrouve à une autre échelle chez les tradithérapeutes ouest-africains en situation migratoire, auprès desquels a enquêté Sylvain Faye à Dakar. Sa contribution, figurant en clôture de ce dossier, préfigure un prochain numéro d'*Anthropologie & Santé* qui interrogera davantage les mobilités des individus dans le champ de la santé. Elle montre combien la mobilité des pratiques et des savoirs thérapeutiques est liée à celle des personnes physiques. Comment ces thérapeutes migrants, se demande l'auteur, parviennent-ils à pénétrer le marché sénégalais, à créer et fidéliser leur clientèle ? Comment trouver sa légitimité dans un marché d'autant plus favorable aux soins traditionnels que le Président Wade les soutient - sans prendre de mesure concrète -, mais monopolisé par l'association des tradithérapeutes nationaux qui veille à protéger son territoire.

Les processus identitaires en situations transnationales

- 26 On le voit, conquérir un marché thérapeutique suppose de se positionner dans un espace local, national et bien souvent transnational. En réponse à la méfiance de leurs homologues nationaux qui les accusent de charlatanisme, les tradithérapeutes circulant à Dakar proposent une meilleure accessibilité financière, utilisent les médias pour leur publicité et mettent en avant leurs innovations pour singulariser leurs pratiques thérapeutiques. Mango Spa insiste sur l'« indianité » de ses produits, alors même que la majorité de ses masseuses rappelle aux clients l'Asie et non l'Inde : en effet, ces employées sont désormais originaires du Nord-Est de l'Inde en raison de certains critères physiques et sociaux. Dans les deux cas traités par ces auteurs, la revendication d'une identité fondée sur l'ethnicité fait partie de l'argumentaire sur la plus-value thérapeutique offerte à la clientèle. C'est aussi sur la base de ce rapport efficacité/identité que l'on peut lire la réaction des professionnels brésiliens face à l'arrivée du groupe Boiron. Plus que les autres, l'article d'Armelle Giglio-Jacquemot illustre le versant nationaliste des pratiques thérapeutiques. Dans le face-à-face entre les émissaires de Boiron et les professionnels brésiliens, ces derniers qualifient d'« homéopathie française » la branche pluraliste, et d'« homéopathie brésilienne » leur propre branche uniciste, dans un processus d'« indigénéisation » où l'altérité fait bouger les frontières au sein desquelles se redéfinissent des attributs de l'identité.

- 27 Ces tensions, mises à l'épreuve et redéfinitions de ce qui relève du national ou de sa souveraineté, sont à questionner également à la lecture de l'article de Claire Beaudevin et Pascal Ducournau : qu'en sera-t-il des futures tentatives de réappropriation économique et juridique du marché des tests en ligne par les Etats-nations concernés ?
- 28 Toutefois, à côté de ces revendications nationales qui s'expriment dans différents registres (pratiques thérapeutiques, réglementations, etc.), certains des acteurs auprès desquels ont enquêté les auteurs de ce dossier traversent les frontières. Les tradithérapeutes dont parle Sylvain Faye ne sont au Sénégal que de passage, mais de passage régulièrement : ils vont et viennent dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest prodiguer leurs soins ; ou bien encore, ils livrent leurs conseils thérapeutiques vers l'Europe grâce au réseau GSM. Cette identité transnationale est d'ailleurs plus ou moins revendiquée comme responsable du succès d'un marché thérapeutique.
- 29 Arrêtons-nous ici sur la notion de « transnational » qui fait l'objet d'un malentendu d'une part, et d'un débat de l'autre. En France, l'usage qui en est fait sert à désigner des réseaux multipolaires de migrants (Streiff-Fenart, 1999). Mais ses fondateurs, L. Bash, N. Glick Schiller et C. Blanc-Szanton, la définissent en 1994 comme :
- « [l']ensemble des processus par lesquels les immigrants tissent et entretiennent des relations sociales de nature multiple reliant leurs sociétés d'origine et d'accueil. Nous appelons ces processus transnationalisme pour insister sur le fait que, de nos jours, beaucoup d'immigrés construisent des espaces sociaux qui traversent les frontières géographiques, culturelles et politiques... Un élément essentiel en est la multiplicité des activités auxquelles s'adonnent les immigrants à la fois dans leurs sociétés d'origine et d'accueil »⁴.
- 30 La force de la notion tient au nécessaire dépassement du « nationalisme méthodologique » qui caractérisait les études sur les migrations dans les sciences sociales (Wimmer et Glick Schiller, 2003), tout en maintenant le cadre de relations entre Etats-Nations. De sorte que cette définition, et plus largement l'usage anglo-américain qui en est fait, évoquent des relations bipolaires. Or, l'approche bipolaire des migrations fait l'objet d'études en France depuis les textes d'Abdelmalek Sayad (1991) sur le double phénomène d'émigration/immigration. Dès les années 1990, le paradigme multipolaire forgé principalement par Alain Tarrius (2000) est venu le « concurrencer » ou offrir une autre perspective. On pourrait faire l'hypothèse d'un malentendu dans la réception de ce terme en France, où le « transnational » a sans doute été reçu au travers du paradigme multipolaire, lequel présentait l'intérêt d'une sortie du paradigme bipolaire et de penser les identités déterritorialisées (Sakoyan, 2010, 2011).
- 31 En outre, il existe un débat relatif à l'usage de cette notion, principalement chez les chercheurs anglophones. Il porte essentiellement sur la prise en compte de l'historicité par cette notion, telle qu'elle a été définie et utilisée, notamment par Portes. Le concept pêche par son présentisme qui laisse croire que les phénomènes auxquels il se rapporte sont nouveaux. Et il pêche encore lorsqu'il s'efforce de s'historiciser parce qu'il le fait exclusivement sur le mode de la récurrence. Or, pour Robert Waldinger, l'intérêt porté aux liens transnationaux doit avant tout permettre de comprendre « comment et pourquoi “maintenant” – quel que soit le moment – diffère de “avant” » (2006 : 32). Son article retrace le débat entre les historiens, d'un côté, et ceux qui considèrent cette notion comme avant-gardiste, de l'autre⁵.
- 32 S'agissant de différence, il est possible de relever la complexité des échelles, des acteurs impliqués, et des registres mobilisés à l'œuvre dans les situations transnationales, ainsi

qu'en témoigne la variété des données analysées dans les articles. L'une des récurrences concerne par ailleurs très probablement les inégalités socioéconomiques structurelles dans un pays. Ainsi, les masseuses employées de Leena, migrantes internes à l'Etat indien, tout en expérimentant une situation multiculturelle (dans leur travail) et une situation migratoire (intra-nationale) n'accéderont sans doute jamais au type d'itinéraire transnational mené par Leena — avocate de formation.

- 33 Si les auteurs de ce numéro ne s'y penchent pas explicitement, le thème des subjectivités transnationales est sous-jacent à leurs propos. Claire Beaudevin et Pascal Ducournau en fournissent l'exemple le plus contemporain au travers des biosocialités délocalisées, dans lesquelles les personnes délaissent leurs réseaux sociaux numériques classiques au profit de ceux tissés avec les internautes pratiquant les tests en ligne et appartenant au même halogroupe. Ici, les subjectivités se reformulent dans une situation de sociabilité transnationale et sur la base de nouvelles conceptions du corps.

Les pratiques de soins : innovations et syncrétismes stratégiques

- 34 Chaque article de ce dossier décrit, en effet, des pratiques et des représentations du corps revisité. D'une part, celui-ci fait l'objet d'un traitement appuyé sur divers bricolages qui participent à le redéfinir. Ainsi, Laurent Pordié montre comment les types de massages aroma-thérapeutiques proposés à Mango Spa s'inscrivent dans une « fragmentation capitaliste du corps » et, de manière générale, témoignent du glissement des thérapeutiques relatives à l'Ayurveda vers des techniques de « bien-être ». D'autre part, comme dans le cas de l'article d'Armelle Giglio-Jacquemot, où le corps est au centre d'une lutte entre deux marchés thérapeutiques, les différences entre ses représentations sont durcies. Les défenseurs de l'homéopathie uniciste critiquent ainsi l'aspect généraliste de la thérapeutique pluraliste qui produit des médicaments correspondant à des maux de la vie courante, et détachés de l'irréductibilité de chaque corps individuel.
- 35 On voit ici que l'exportation de pratiques et représentations corporelles, dans une logique cumulative — ou dans les termes de Roger Bastide « un principe de coupure » (1955) — est plus difficile que l'exportation au travers de syncrétismes.
- 36 Le cas de Mango Spa illustre de manière complexe ce syncrétisme par la matière, que rend possible le principe de continuité. Leena emprunte tout autant au mysticisme qu'au libéralisme économique, utilise la théorie japonaise du « message de l'eau » dans le dispositif des massages ; mais elle le passe désormais sous silence pour éviter les réticences des clients. Ainsi, bien qu'un attirail d'objets liés à cette théorie accompagne chaque cabine de massage, personne n'est informé de leurs références symboliques. Suivant la théorie du syncrétisme, on se trouve dans une situation où les éléments matériels relatifs à la théorie du message de l'eau s'articulent à d'autres éléments d'inspirations diverses, et véhiculent nécessairement, d'une manière ou d'une autre, une partie de leurs référents symboliques. L'originalité est qu'ici, conquête de marché et hiérarchie entrepreneuriale obligent, seule la directrice de Mango Spa donne du sens à l'articulation entre ces différents éléments et représentations. C'est dans un autre registre que les masseuses, à une échelle individuelle, bricolent en silence leurs techniques de massage façonnées préalablement dans le projet syncrétique de Leena,

dont le bricolage se voudrait stabilisé pour asseoir une image homogène et standardisée de la marque.

- 37 Les textes de ce dossier insistent aussi sur les innovations que la globalisation produit dans les logiques et pratiques de soins. D'une part, la perte du fameux pouvoir de prescription suscite chez les acteurs des questions éthiques tout autant qu'économiques. On a évoqué plus haut les inquiétudes au Brésil, relatives à l'automédication véhiculée par l'homéopathie pluraliste. On peut se demander s'il s'agit d'un paradigme globalisé de la « biopolitique individuée » dont parlent Claire Beaudevin et Pascal Ducournau pour rendre compte des logiques dans lesquelles se façonnent les chalandes numériques. D'autre part, une des innovations de la globalisation concerne les relations thérapeutiques à distance et délocalisées qui ne se laissent saisir sur aucun axe précis. Là encore, le cas des tests génétiques en ligne est notoire.

Renouveau des axes de mobilités, des échelles et outils d'observation

- 38 Terminons rapidement cette introduction sur la question des axes de mobilités et, partant, sur celle des échelles et outils d'observation. En effet, les espaces de la santé, de plus en plus complexes, lorsqu'ils ne sont pas délocalisés, invitent les chercheurs à faire varier leurs échelles d'observation pour saisir cette complexité. Dans le cas des espaces virtuels, ils demandent aux chercheurs d'innover dans leurs techniques de recueil de données, comme l'ont fait Claire Beaudevin et Pascal Ducournau en réalisant des entretiens menés par le truchement de dispositifs audio-vidéos. Ces situations inédites d'interactions avec les personnes enquêtées conduiront sans doute à s'interroger plus précisément sur les enjeux éthiques qui se posent au chercheur, lorsque son ethnographie l'inscrit dans les réseaux de communication globalisée. Toutefois, ces méthodologies inédites restent encore mineures dans la mesure où, dans le monde, la majorité des malades continue de se déplacer physiquement pour avoir accès aux soins, et la majorité des relations thérapeutiques se laisse encore cartographier sur des axes précis. Mais les enjeux des développements supposés et attendus de la télémédecine ne manqueront pas de reposer ces questions dans un cadre singulier.
- 39 A ce titre, l'ensemble des contributions témoigne des modifications à l'œuvre sur les axes Nord-Sud et Est-Ouest : on y voit se redéfinir les territoires de santé à l'échelle mondiale, les conditions de circulation des savoir-faire thérapeutiques, des traditions médicales, des innovations thérapeutiques et diagnostiques, mais aussi celles des produits et des personnes qui les vendent, les prescrivent ou les consomment. Plus largement, les contributions abordent les effets de la modification de l'offre et de la demande de soins sur les enjeux commerciaux des médicaments ou des produits de santé, et sur les stratégies des « Suds » pour résister à l'hégémonie des « Nords ». En ce sens, elles invitent à penser l'émergence des pays du Sud sur les marchés thérapeutiques globaux. Ce « Sud » n'attire plus seulement les industriels pharmaceutiques du « Nord ». Se déploient aussi en son sein des logiques d'exploitation et de conquêtes, qu'elles soient fondées sur des formes d'« entrepreneuriat » individuel comme pour les tradithérapeutes migrants à Dakar, ou qu'elles s'articulent plus fortement à des logiques globales comme pour le cas de Mango Spa.

- 40 Les mobilités Sud-Sud que ces deux contributions mettent en scène (pays d'Afrique de l'Ouest pour les tradithérapeutes, régions de l'Inde pour les masseuses) rappellent une évidence encore peu audible par les politiques de globalisation des frontières :
- « La plupart des déplacements dans le monde ne s'effectuent pas entre des pays en développement et des pays développés, ni même entre différents pays. L'écrasante majorité des personnes qui migrent le font à l'intérieur de leur propre pays. Même en utilisant une définition conservatrice, nous estimons à environ 740 millions le nombre de migrants internes, soit près de quatre fois celui des migrants internationaux. Parmi ceux ayant quitté leur pays, seul un tiers s'est déplacé d'un pays en développement vers un pays développé, c'est-à-dire moins de 70 millions de personnes. La majorité des 200 millions de migrants internationaux dans le monde se sont déplacés d'un pays en développement vers un autre, ou entre deux pays développés » (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2009 : 2).
- 41 Pour autant, et ce point sera mis en avant dans un prochain numéro d'*Anthropologie & Santé*, les inégalités continuent de se reproduire au fil des axes classiques de migrations : chez les soignants, les pourvoyeurs de *care*, et bien évidemment les malades.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELES M., 2008. *Anthropologie de la globalisation*. Paris, Payot.
- APPADURAI A., 2001. *Après le colonialisme : les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris, Payot.
- ASSAYAG, J., 2007. « Les sciences sociales à l'épreuve de la mondialisation. Le cas de l'Inde et bien au-delà », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2 (123) : 197-215.
- BADIE B., 2002. *Qu'est-ce que la mondialisation*. Paris, La Découverte.
- BASH L., GLICK SCHILLER N. et BLANC SZANTON C., 1994. *Nations Unbound: Transnational Projects, Postcolonial Predicaments, and Deterritorialized Nation-States*. New York, Gordon and Breach.
- BASTIDE R., 1995. *Les Amériques noires*. Paris, Payot.
- BELANGER M., 2011. *La mondialisation du droit à la santé*. Bordeaux, Editions Les études hospitalières.
- BROWN T, CUETO M. et FEE E., 2006. "The world health organization and the transition from international to global public health", *American Journal of Public Health*. 96(1) : 62-72.
- CHASLES V., 2010, *Santé et mondialisation*. Lyon, PUL.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2005. « Inégalités d'accès aux soins et dans la participation à la recherche mondiale : problèmes éthiques », *Journal International de Bioéthique*, 16(3-4) : 152-153.
- CUNIN E., 2006. « L'ethnicité revisitée par la globalisation », *Autrepart*, 38 : 3-13.
- DAVID P.M., 2011. « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 6 [En ligne], <http://socio-logos.revues.org/2550> (page consultée le 26 novembre 2011).

- FASSIN D., 2000. « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et migration*, 1225 : 5-12.
- FASSIN D., 2001. « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », In HOURS B. (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala.
- FASSIN D., 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- HOCHSHILD A.R., 2001, « Global care chains and emotional surplus value », In HUTTON W. and GUIDDENS A. (eds), *On the edge. Living with global capitalism*. London, Vintage.
- HOURS B., 2004. « Trois objets étapes de la globalisation de la norme de santé », *Autrepart*, 29 : 135-144.
- LAU K., 2000. *New Age Capitalism: Making Money East of Eden*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- LEVY J., LUSSAULT M., 2003. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris, Belin.
- MACKINTOSH M. et KOIVUSALO M. (eds.), 2005. *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. Basingstoke, UNRISD et Palgrave.
- MUSSO S., 2009. « Quelques éléments de synthèse », communication présentée au Colloque Amades « Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulation des acteurs, évolution des pratiques », Toulouse, 16-18 septembre 2009, [en ligne], <http://tinyurl.com/4j4arsw> (page consultée le 28 novembre 2011).
- NARAINDAS H. et BASTOS C. (eds), 2011. "Special Issue : Healing holidays ? Itinerant patients, therapeutic locales and the quest for health", *Anthropology & Medicine*, 18(1) : 1-144.
- NGUYEN V.-K., 2004. "Antiretroviral, globalism, biopolitics and therapeutic citizenship", in ONG A. et COLLIER S.J. (eds), *Global assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. London, Blackwell, 124-145.
- NYS J.F., 2010. « Les nouveaux flux de migrations médicales », *Revue internationale et stratégique*, 1 (77) : 24-35
- Organisation mondiale de la santé, 1999. *Mondialisation et accès aux médicaments*. Série "Economie de la santé et médicaments", n° 7.
- PETRYNA A., 2009. *When Experiments Travel: Clinical trials and the Global Search for Human Subjects*. Princeton, Princeton University Press.
- PORTES A., 1999. « La mondialisation par le bas », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 129 : 15-25.
- Programme des Nations Unies pour le Développement, 2009, *Rapport mondial sur le développement humain. Lever les barrières : mobilité et développement humains*. New York, PNUD.
- ROBERTS E.F. et SCHEPER-HUGUES N. (eds), 2011a. "Special issue, Medical Migrations", *Body & Society*, 17(2-3): 1-213.
- ROBERTS E.F. et SCHEPER-HUGUES N., 2011b. "Introduction: Medical Migrations", *Body & Society*, 17(2-3) : 1-30.
- SAKOYAN J., 2010. *Un souci « en partage ». Migrations de soins et espace politique entre l'archipel des Comores et la France*, Thèse de doctorat en Anthropologie, sous la direction de JAFFRE Y., EHESS.
- SAKOYAN J., 2011. « Les frontières des relations familiales dans l'archipel des Comores », *Autrepart*, 57/58 : 181 - 198.

- SAYAD A., 1991. *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Bruxelles, De Boeck/Editions universitaires.
- SCHEPER-HUGUES N., 2000. "The Global Traffic in Human Organs." *Current Anthropology*, 41(2) : 191-211.
- SEN A., 2000. *Repenser l'inégalité*. Paris, Seuil, 2000.
- STREIFF-FENART J., 1999. « Construction d'un réseau de parenté transnational : une étude de cas d'immigrés tunisiens dans le sud de la France », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 15 (3) : 45-61.
- TARRIUS A., 2000. *Les nouveaux cosmopolitismes. Mobilités, identités, territoires*. Toulouse, La Tour-d'Aigues, Editions de l'Aube.
- TICKTIN M., 2006. "Where ethics and politics meet: the violence of humanitarianism in France", *American Ethnologist*, 33(1) : 33-49.
- WALDINGER R., 2006. « "Transnationalisme" des immigrants et présence du passé », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 22(2) : 23-41.
- WALLERSTEIN I., 2011 (2002). « La mondialisation n'est pas nouvelle », In *Le capitalisme historique*, Postface à la 2ème édition, Paris, La Découverte.
- WIMMER A. et GLICK SCHILLER N., 2003. "Methodological nationalism, the social sciences and the study of migration: an essay in historical epistemology", *International Migration Review*, 37(3) : 567-610.
- YEATES N., 2011. "Global Care Chains", *International Feminist Journal of Politics*, 6(3) : 369-391.

NOTES

1. Citons les plus récents qui se sont tenus en France : *Les effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale : pour une écologie du lien social* (Lyon, 2011), *Soin, éthique, santé et mondialisation* (Bordeaux, 2010), *Migrations humaines et circulations des ressources. La santé en temps de mondialisation* (Paris, 2009), *Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques* (Toulouse, 2009), *Santé et mondialisation* (Lyon, 2009), *Santé et mondialisation* (Paris, 2008).
2. A cet égard, le site Internet « patients sans frontières » rend compte d'échanges de « bonnes adresses » en esthétique ou soins dentaires : <http://www.patientsansfrontieres.fr/> (page consultée le 26 novembre 2011).
3. Dans leur dictionnaire, les géographes Jean Lévy et Michel Lussault retracent la genèse du processus de mondialisation commencé après la seconde guerre mondiale, sa dernière phase étant définie sous le terme de globalisation (2003 : 639).
4. Définition citée par Portes (1999 : 16); c'est nous qui soulignons.
5. « Portes et ses associés ont d'abord soutenu que les raisons d'étudier le transnationalisme tenaient à la nouveauté du phénomène lui-même. Peu de temps après, ces mêmes auteurs prenaient bonne note des précédents historiques, mais cherchaient à sauver le concept en invoquant "l'erreur de la préfiguration". Concédant que le phénomène n'était pas nouveau, les auteurs estimaient que le transnationalisme mettait en lumière des parallèles jusque-là négligés liant des "événements contemporains à des événements similaires du passé", et donc concluaient que le concept apportait une valeur ajoutée significative » (Waldinger, 2006 : 25).

AUTEURS

JULIETTE SAKOYAN

EHESS-Marseille, juliette.sakoyan@sfr.fr

SANDRINE MUSSO

GReCSS / Centre Norbert Elias, Université Paul Cézanne, Aix Marseille,
sandrine.musso@gmail.com

STÉPHANIE MULOT

LISST, Université Toulouse 2 Le Mirail, stephanie.mulot@univ-tlse2.fr