



MIGRATIONS SANTE, N° 144/145 (2012)

Les migrants face à leur santé : la réappropriation de soi

EDITORIAL

LAINE AGNES & BRAUD ROSANE

Ce numéro s'inscrit dans la continuité d'une réflexion collective engagée lors du colloque organisé par l'URMIS¹ les 24 et 25 septembre 2009, intitulé « Migrations humaines et circulations des Ressources - La santé en temps de mondialisation ». Il vise à restituer, enrichir et actualiser une partie des discussions amorcées sur les liens existants entre questions de santé, processus migratoires, circulations et construction de minorités ethnicisées dans le contexte actuel de mondialisation. Dans ce dossier nous avons rassemblé des contributions centrées sur les acteurs de la migration face à leur santé. Dans un prochain numéro un second dossier portera sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé face aux acteurs de la migration. Il sera construit avec d'autres auteurs que ceux du colloque et d'autres équipes en lien avec les chercheurs de l'URMIS.

DES INEGALITES DE SANTE AUX INEGALITES SOCIALES : TRANSFORMATION DES MODELES EXPLICATIFS DANS LE COURS DE LA MONDIALISATION ECONOMIQUE

Durant ces journées, les inégalités de santé ont été le cœur des communications et des discussions. Les liens théoriques entre santé, inégalités sociales et mobilités humaines se sont construits à partir de la fin du XVIIIe siècle dans la proximité d'hommes de savoir avec des hommes de pouvoir qui pointaient les maux des populations « misérables » - comme on disait

¹ Unité de Recherche Migrations et Société (UMR205). Unité mixte de recherche associant l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et les universités de Paris Diderot (Paris 7) et Nice-Sophia Antipolis.

alors - dont les conditions de vie et les comportements « malsains » devaient être corrigés à l'aune de normes sanitaires scientifiquement établies. De ce courant de pensée qualifié depuis d'hygiéniste a émergé la nécessité d'une réponse « biopolitique » à ce qu'on appelait la question sociale (Bourdelaï, 2001). Ces préoccupations ont crû avec les mobilités des campagnes vers les villes et les concentrations urbaines de travailleurs pauvres consécutives à l'industrialisation du XIXe siècle ; elles se sont diffusées depuis les pays européens vers d'autres continents d'autant plus qu'elles coïncidaient aussi avec une phase d'expansion et de migrations européennes vers des espaces colonisés. Comme on le voit, l'action sanitaire et d'hygiène publique a depuis longtemps partie liée avec l'organisation économique, les circulations d'hommes et de produits marchands.

Avec le développement de la statistique démographique au XXème siècle, une importante documentation a été accumulée sur les paramètres affectant la santé des populations tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, donnant lieu au constat récurrent de disparités des états de santé entre continents, entre Etats, entre territoires et entre groupes sociaux. Ces disparités ont fait l'objet de différentes analyses en fonction des champs disciplinaires. A partir des années 1960, les épidémiologistes, les démographes et les politologues ont appréhendé les pathologies dans un clivage Nord-Sud ou, plus précisément, dans une opposition entre régions du monde plus ou moins dotées de moyens de lutte contre les maladies (alimentation, éducation à l'hygiène, infrastructures d'assainissement, technologies médicales, pharmacologie). Les transformations sanitaires étaient parfois envisagées dans une perspective évolutionniste comme le montre la théorie désormais classique de la « transition épidémiologique » du démographe Abdel Omran (1971) qui identifiait trois « âges » successifs par lesquels, la mortalité régressant et les progrès médicaux étant synonymes de modernisation des sociétés, l'espérance de vie pouvait croître jusqu'à un certain seuil². Alors perçu comme débarrassé des maladies infectieuses qui préoccupent toujours le Sud, le Nord était renvoyé à des pathologies du vieillissement, à des maladies dites de civilisation (maladies cardiovasculaires, cancers, obésité, dépression, accidents de la route, etc.). Mais l'apparition du sida puis la visibilité croissante des pathologies chronique au Sud (diabète, hypertension, etc.) ont remis en cause ces certitudes (Vallin & Meslé, 2010). De leur côté, dans le sillage de la sociologie de la médecine qui avait conduit à questionner la définition même de la santé, certains sociologues attiraient l'attention sur la dimension sociale des écarts de santé, allant jusqu'à faire de la santé un fait social avant tout (Herzlich, 1984) dont l'analyse permettait de rendre compte des inégalités observées entre les époques, les sociétés et les conditions sociales d'existence. Influencées par ces travaux, les théories des démographes ont fait place, à partir des années 1980, à des analyses en termes dynamiques cherchant désormais à expliquer l'évolution épidémiologique par les effets combinés des transformations environnementales, démographiques, d'organisation sociale et de comportements individuels. Les écarts constatés mettent en relation la santé ou la maladie, les conditions de vie et la position sociale des individus, avec la structure de la société qui les influencent. Ainsi le libéralisme économique, la libre circulation des biens et des personnes, la mondialisation des ressources et des techniques qui permettent une meilleure qualité de vie, ne garantissent pas la répartition 'juste et équilibrée des bénéfiques' comme l'a récemment

² Il est alors pensé que la nature humaine ne permettait pas de dépasser une espérance de vie, alors estimée aux alentours des 75 ans (plus ou moins deux ans selon les sexes) (Vallin & Meslé 2010 : 5-6).

souligné la directrice de l'OMS, Margaret Chan³. Cette répartition inégale épouse les contours des inégalités sociales qui s'incarnent dans les inégalités sociales de santé, voire les accentue : malgré des progrès significatifs (Klugman, 2009), les Nations Unies constatent une aggravation des écarts de santé entre les populations pendant les dernières décennies du 20^{ème} siècle⁴. Si les disparités entre pays du Nord et du Sud sont flagrantes, elles sont aussi présentes au sein même des pays du Nord (Chauvin & Lebas, 2007) qui investissent pourtant dans des programmes de lutte contre les inégalités de santé. L'espérance de vie, malgré sa progression, y présente des écarts importants entre régions et groupes sociaux (Avdeev, & *al.*, 2011) en défaveur des personnes ayant un niveau d'éducation, un niveau de revenus et une position plus faibles dans le système social (Mackenbach, 2006). Là aussi, l'explication biologique – imputant les inégalités à une constitution biologique plus fragile – et l'explication par les comportements délétères en termes d'atteintes au 'capital santé' ont fait écran et participé à « méconnaître la nature et l'ampleur des facteurs sociaux qui déterminent les inégalités face à la santé » (Bihl & Pfefferkorn, 2008 : 62). Ainsi la question des inégalités de santé a une portée universelle au prisme de laquelle nous pouvons appréhender tant les situations migratoires que la santé des migrants.

MIGRATIONS ET DOMINATION DANS UN MONDE GLOBALISE

Les populations migrantes sont diversement affectées par les inégalités de santé. Les flux migratoires sont l'une des composantes de l'internationalisation des échanges au sein d'un système qualifié de "global", c'est-à-dire d'un système-monde où les interconnexions entre les espaces (nationaux, continentaux) participent d'une économie dont les structures se sont affranchies des frontières territoriales (délocalisations, sous-traitances) afin de réduire toujours davantage les coûts de production. Si certaines catégories de migrants peuvent négocier une place enviable au sein de ce système (commerçants, entrepreneurs, étudiants, travailleurs hautement qualifiés), d'autres constituent les variables d'ajustement de l'économie mondiale au même titre que les travailleurs les moins qualifiés et les plus pauvres des Etats-Nations⁵. Ainsi la situation des migrants serait subordonnée à la structure d'un

³ Lors de son discours prononcé devant l'assemblée Générale des Nations Unies, à l'occasion de la 63^{ème} journée des Nations Unies, le 24 octobre 2008 à New-York. Extrait de son discours accessible : http://www.orsnpdc.org/50-51/248904_15051-25.pdf (consulté le 03 mai 2012).

⁴ Un récent rapport de l'OMS conclut à l'actualité et à l'urgence en termes de développement, du problème des inégalités socioéconomiques à l'échelle planétaire (OMS, 2008).

⁵ C'est ce qui explique le paradoxe entre la disparition des frontières territoriales devant l'économie et la multiplication des barrières devant la circulation des individus, matérialisées ou non (immigration économique sélective, multiplication des règles d'accès au territoire, contrôles à l'intérieur et à l'extérieur des frontières). Certains auteurs comme Paola Cuttitta qualifie de monde-frontière cet aspect de la mondialisation (Cuttitta, 2008) ; Sylvie Ritaine énumère les formes même infimes que revêt aujourd'hui la multiplication des barrières (Ritaine, 2009).

système de domination économique à l'échelle mondiale, et c'est aux différentes échelles, locale et globale, ainsi que dans les circulations d'hommes et de pratiques, que les faits de santé doivent être appréhendés par les chercheurs (Fassin, 2000a).

Toutefois, dans les pays ayant mis en œuvre des politiques de correction des inégalités de santé ou ayant développé l'accès au soin pour tous, ces inégalités de santé devraient au moins s'atténuer, or il n'en est rien : à l'intérieur même des catégories socioéconomiques, les disparités relevées selon le sexe, l'âge, la nationalité, etc. montrent que certains groupes sociaux n'ont pas, dans les faits, les mêmes 'chances' que les autres (Lang, 2009 ; Potvin, & al., 2010). Parmi les groupes sociaux subissant les inégalités sociales, les migrants incarneraient une figure extrême : en France, les premières mesures de la santé des immigrés, réalisées dans le courant des années 1980, montraient déjà que si les immigrés jouissent à leur arrivée d'une meilleure santé que la population majoritaire, leur santé se dégrade plus vite que celle de la population autochtone en raison des conditions d'existence particulièrement dures dans le domaine du travail, du logement et des relations sociales (Brahimi, 1980). Plus récemment, de nouvelles recherches ont confirmé cette analyse et relevé l'aggravation de ces inégalités face à la santé et à la mort (Beauchemin, & al., 2010 ; Hamel & Moisy, 2010). Ces constats ont orienté les recherches vers l'analyse des inégalités de santé en termes d'injustices et/ou de discriminations. Certains auteurs ont interrogé les inégalités en santé entre catégories de populations fondées sur l'origine. Ainsi pour Didier Fassin les migrants sont l'objet d'une double disqualification sociale (Fassin 2000b ; 2001) : sans la nationalité, ils font l'objet d'un traitement juridique différent qui les prive d'un statut d'égal ; ils sont affaiblis par des représentations stigmatisantes qui les particularisent, voire les naturalisent, et dont résulte un traitement social inégal. Ces analyses, qui mettent le focus sur des faits de discrimination relatifs à la citoyenneté d'une part, à l'identité sociale perçue par la population autochtone d'autre part (Hyman, 2009), s'inscrivent dans une démarche de dénonciation des rapports sociaux de domination ; elles rendent compte d'une relation asymétrique entre institutions et individus permettant de dépasser les explications culturalistes des inégalités de santé qui tendaient à imputer au malade la responsabilité de sa mauvaise santé à travers ses comportements, ses croyances, voire son psychisme (en continuité de la pensée de certains hygiénistes comme on l'a vu ci-dessus). Ce focus sur les discriminations possède un pouvoir explicatif puissant des mécanismes d'inégalités sociales comme cause des inégalités de santé, tout autant qu'il présente l'intérêt de dénoncer des mécanismes d'oppression qu'il est nécessaire de "dévoiler" à des fins de libération (Bourdieu, 1980). Toutefois, à l'appui d'une sociologie pragmatique (Genard & Cantelli, 2008), il nous apparaît que cette analyse en termes de discrimination - attentive aux actions des seuls dominants - reste à compléter, voire à dépasser parce qu'elle tend à véhiculer une idée de perpétuation mécanique comme si les dominants et les dominés reproduisaient la structure de la société sans agir sur elle ; elle présuppose que l'action sociale ne ferait que reproduire les schèmes de la domination sans que l'agent – simple exécutant – en ait conscience ; elle présume la stabilité du dominant et du dominé dans leur rôle et ne laisse que peu de place à l'analyse des actions du dominé⁶. En

⁶ Pierre Bourdieu définissait sa sociologie comme un constructivisme structuraliste - les interactions y sont envisagées comme mode de construction des configurations sociales – toutefois dans ses propres travaux, il s'est davantage intéressé à la reproduction sociale qu'à ses transformations.

somme ce regard porté sur les structures comme déterminant les actions individuelles n'est pas celui qui permet le mieux d'envisager les conditions de transformation des configurations sociales, la modification des rapports de force ni d'explorer les voies possibles de l'émancipation ; elle ne permet pas de penser le changement social autrement que par le renversement des structures (lutte des classes, révolution) - qui suppose l'existence d'un rapport de force favorable aux dominés - ou comme l'aménagement des comportements rendu possible par une prise de conscience morale de la part des dominants, mais débouchant généralement sur la reproduction du rapport de domination sous d'autres formes : victimisation, attitude compassionnelle, paternalisme, soit des comportements qui font partie intégrante du stigmatisme (Goffman, 1963) sans permettre l'émancipation des dominés ni la modification des structures.

LES STRUCTURES COMME CONTRAINTES ET OPPORTUNITES POUR DES MIGRANTS ACTEURS

C'est pourquoi les logiques qui président aux stratégies des acteurs méritent d'être observées plus attentivement. Chaque individu évolue dans une pluralité de « champs » - au sens de Bourdieu - ou de situations dans lesquels sa position sociale n'est pas identique ; il peut être opprimé dans un groupe social (au travail par exemple) et retrouver sa fierté dans un autre (famille, association), disqualifié par la migration dans la société où il réside mais valorisé dans la société d'origine, etc. Malgré un contexte peu favorable (la perte des repères, les difficultés juridiques et économiques, le déclassement et la discrimination), les migrants restent des acteurs « compétents » au sens développé par Giddens (1987) ayant une réflexivité, une conscience et une capacité d'agir. Dans ce dossier nous avons voulu porter attention aux configurations qui viennent déplacer le rapport de domination, mettre en valeur les stratégies développées pour l'amoinrir ou le faire évoluer en sa faveur, et selon le projet de Giddens saisir la capacité « d'agir autrement » des acteurs de cette relation asymétrique. Nous envisageons les différentes configurations sociales à la fois comme des contraintes et comme des ressources possibles : c'est à partir des contraintes du contexte (inégalités socio-économiques, politiques migratoires, maladies, représentations liées à l'altérité, etc.) que les différents acteurs rencontrés sur nos terrains respectifs agissent, mobilisent leurs compétences et sont capables de suivre une voie qui est la leur.

C'est avec ce double regard que nous proposons d'interroger l'autonomie des migrants face à leur santé, dans une théorie de l'action alliant les structures comme contraintes avec les structures comme opportunités pour l'acteur d'inventer de nouvelles normes d'action malgré les relations asymétriques. Autrement dit, nous proposons d'interroger les liens entre structure et action, moins sous l'angle d'un rapport de domination que sous l'angle d'un rapport politique, à l'appui d'une définition du pouvoir comme producteur de capacité d'action et de transformation des rapports sociaux. Dans ce rapport l'action des dominés tend à la réappropriation de soi, entendue comme possibilité pour le sujet de s'inventer une nouvelle subjectivité.

Plusieurs articles sélectionnés dans ce numéro ont en commun l'enquête ethnographique, ou du moins des liens prolongés avec le terrain. Cette temporalité longue semble être une ressource permettant de dépasser les préjugés, les impressions; elle favorise l'observation des

« bricolages », des accommodements qui améliorent l'existence (Payet & Laforgue, 2008); elle permet de rendre compte d'acteurs pluriels, d'apercevoir le caractère modifiable des situations asymétriques ; elle éclaire des processus par lesquels les inégalités sociales de santé se construisent et que les méthodes quantitatives ne font que signaler et mesurer ; elle révèle de nouveaux paramètres que les catégories préconstruites de l'analyse quantitative ne peut pas mettre au jour. Les auteures de ce dossier les appréhendent à différentes échelles, ce qui permet de relier des situations locales et des situations globales, l'analyse microsociale avec la perspective macrosociale, les interconnexions entre un ici et un ailleurs parfois grâce à une recherche multi-située.

Carolina De Rosis ouvre ce dossier avec une étude localisée en Ethiopie dans le contexte des politiques de lutte contre l'épidémie de vih-sida ; elle concentre son analyse sur les migrations internes des femmes séropositives et s'attache au cas particulier d'une femme dont le parcours illustre à la fois les formes de précarité et de marginalisation sociale des femmes dans sa situation, les difficultés et les opportunités que la migration engendre en termes d'insertion sociale, où l'on voit que ces opportunités sont en relation, également, avec l'implantation en ville d'organismes locaux et internationaux de lutte contre l'épidémie. L'article de C. de Rosis illustre ainsi que les acteurs peuvent être conscients de leur place de dominant ou de dominé selon les contextes ; ils sont également conscients, au moins partiellement, des mécanismes par lesquels s'exerce le pouvoir et peuvent même y résister. Les deux articles à suivre décrivent, dans le contexte hospitalier français, des dynamiques relationnelles où l'identité sociale peut évoluer, en fonction des stratégies ou des tactiques adoptées par les acteurs. Ces deux études illustrent la tendance des professionnels de santé, inscrits comme dominants dans la relation de soin, à lire les pratiques des individus malades en termes de capacités à comprendre les messages de la santé publique, sans percevoir dans ces pratiques, ce que certains auteurs analysent comme des actes de résistance, de réappropriation identitaire (Crenn, 2000 ; Roy 2002 ; 2004). Dans l'étude présentée ici sur "l'éducation thérapeutique" des patients diabétiques en France, Rosane Braud montre bien ces malentendus mais fait aussi valoir que, s'il existe différentes façons d'appréhender l'éducation thérapeutique, celles-ci basculent soit dans la logique coercitive de l'observance médicale soit dans la logique de l'empowerment, en fonction d'éléments structurels (temps disponible, formation ad-hoc des soignants...), mais aussi selon que les acteurs parviennent ou non à se concevoir et à se faire reconnaître comme des égaux dans la relation de soin. De son côté, Marguerite Cognet étudie la trajectoire thérapeutique de patients atteints du vih-sida en montrant que le jugement a priori, porté par les soignants sur les capacités d'observance des patients en fonction de leur origine ethnique réelle ou supposée, réduit à leur plus simple expression (la soumission) les possibilités d'action des individus discriminés sur leur propre santé ; ceux-ci sont traités différemment non pas à cause de leurs compétences limitées, mais des compétences limitées qu'on leur impute. Les migrants malades subissent aussi les effets d'un contexte politique oppressif qui les prive des possibilités que détiennent les patients appartenant à la société dominante de protester, de revendiquer, d'être jugés aptes à être inclus dans un protocole d'essais thérapeutiques par exemple. Même si la méthodologie de l'étude ne permet pas de l'analyser, on peut faire l'hypothèse que les ressources mobilisées par les patients pour élargir leur capacité d'action dépend moins de leur psychisme ("capacités cognitives" ou dispositions psychologiques comme la "combattivité") que de l'accès différencié aux ressources matérielles, juridiques et symboliques. Celles-ci dépendent tant des dynamiques d'ascension sociale des migrants que de la structure sociale, économique, des migrations. Or l'évolution du libéralisme économique "en temps de mondialisation" – pour reprendre les termes du colloque de septembre 2009 – s'articule à des politiques d'immigration sélective (« choisie »)

en fonction des besoins structurels nationaux, eux-mêmes en transformation sous la pression néolibérale.

Ainsi, dans le domaine sanitaire, en France, assiste-t-on au recrutement de main œuvre étrangère qualifiée, mais subissant un déclassement, pour répondre aux besoins engendrés par le vieillissement de la population ainsi que par la pénurie d'autres formes de recours au soin. Asuncion Fresnozat-Flot étudie ici la migration des femmes philippines en France impliquées dans la « chaîne du *care* », en s'interrogeant sur les conséquences des conditions de leur migration pour la santé physique et psychique de ces femmes et sur les ressources que celles-ci mobilisent ; en outre l'auteure questionne les conséquences de cette migration pour leur famille restée "au pays" et sur les perspectives ouvertes à terme par les récents accords bilatéraux entre la France et les Philippines en matière de main d'œuvre qualifiée.

L'hétérogénéité de ces recrutements migratoires, dont d'autres auteurs font aussi état⁷, qui manifeste les transformations de la structure des migrations, est-elle à terme susceptible de modifier les rapports de force dans les contextes nationaux des pays du Nord⁸ ? Le champ sanitaire est, comme d'autres, interconnecté de multiples façons : soignés et soignants échangent et s'organisent ; ces mobilisations sanitaires s'articulent parfois à d'autres mobilisations sociales (politiques, professionnelles et associatives). Agnès Lainé montre ainsi que certaines représentations ethnicisées concernant les familles africaines – celles des femmes "victimes" de la maladie de leurs enfants dans le contexte de la drépanocytose – dont l'auteure nuance ici la réalité et la portée – sont co-produites par les soignants et les soignés, des mobilisations autour du droit des femmes combinées avec la mobilisation contre la maladie, des politiques de santé de la reproduction, des politiques migratoires et d'accès au soin, des réseaux cliniques internationaux. Des dynamiques imbriquées qui, à travers cette étude ponctuelle, montrent l'interdépendance des contextes dans le champ sanitaire tout autant qu'elles révèlent les interconnexions entre les acteurs de la migration dans le monde contemporain.

⁷ Dans le numéro suivant, Christelle Hounsou présentera une étude des professionnels de santé africains en France.

⁸ Sur les flux internationaux de migrants qualifiés et leur impact sur les pays d'accueil et d'origine, voir Defoort (Defoort, 2007). Sur l'impact économique et social d'une politique nationale d'immigration sélective en France, voir les interrogations de l'OCDE (Durand & Lemaître, 2007).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Le Bouteillec, N., & Springer, S. (2011). Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010). *Population*, 66(1): 9-133.
- Beauchemin, C., Hamel, C., & Simon, P. (2010). Trajectoires et Origines. Enquêtes sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. (Vol. 168). Paris: INSEE & INED, 151p.
- Bihl, A., & Pfefferkorn, R. (2008). Les inégalités sociales de santé. *Interrogations*, Juin 2008(6): 60-77.
- Bourdelaï P. (2001) Introduction. In Bourdelaï (dir) *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris : Belin, 2001, 540 p.
- Bourdieu, P. (1980) . Questions de sociologie. Paris : Les éditions de Minuit, 277 p.
- Brahimi, M. (1980). La mortalité des étrangers en France. *Population*, 35(3) : 603-622.
- Chauvin, P., & Lebas, J. (2007). Inégalités et disparités sociales de santé. In F. Bourdillon, G. Brücker & D. Tabuteau (Eds.), *Traité de santé publique* (pp. 331-341). Paris : Flammarion Médecine Sciences (2ème éd.).
- Crenn, C. (2000). Une consultation pour les migrants à l'hôpital. In D. Fassin (dir) Santé - Le traitement de la différence. *Hommes & migrations*, mai-juin 2000(1225) : 39-45.
- Cuttitta, P. (2008). Le monde-frontière. Le contrôle de l'immigration dans l'espace globalisé. [Traduit de l'anglais par Francesco Ragazzi]. *Cultures & conflits*, hiver 2007(68) : 61-84.
- Defoort, C. (2007). *Migrations qualifiées et capital humain : nouveaux enseignements tirés d'une base de données en panel*. (Thèse d'économie). Université Lille 2 - Droit et santé, Lille.
- Durand, M., & Lemaitre, G. (2007). *La politique migratoire française à un tournant*. Document de travail n°56 (Questions sociales, emploi et migration) : OCDE, 27 p.
- Fassin, D. (2000a). Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1) : 95-116.
- Fassin, D. (2000b). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. In D. Fassin (dir) Santé. Le traitement de la différence. *Hommes & Migrations*, mai-juin 2000 (1225): 4-12.
- Fassin, D. (2001). Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme* (160) : 137-162.
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T., & Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health transition review*, 1(1) : 21-38.
- Genard, J.-L., & Cantelli, F. (2008). Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques. SociologieS. Consulté de <http://sociologies.revues.org/1943> le 28 mai 2012.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société. Eléments de la théorie de la structuration* (T. d. l. a. p. M. A. U. Laval), Trans.). Paris : Presses Universitaires de France, 474p.
- Goffman, E. (1963) (éd. Française 1975). *Stigmate; les usages sociaux des handicaps* [Traduit de l'anglais par A. Kihm]. Paris : Editions de Minuit, 175p.
- Hamel, C., & Moisy, M. (2010). L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. In C. Beauchemin, C. Hamel & P. Simon (Eds.), *Trajectoires et Origines. Enquêtes sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*. (Vol. Document de travail 168, pp. 77-84). Paris : INSEE & INED.

- Herzlich, C. (1984). Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social. In M. Augé & C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal, anthropologie histoire sociologie de la maladie* (pp. 189-215). Montreux : Ed. des Archives Contemporaines.
- Hyman, I. (2009). *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*. Canada: Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI), Agence de la santé publique du Canada, 21.
- Klugman, J. d. (2009). Rapport mondial sur le développement 2009. Lever les barrières : mobilité et développement humains. Danemark : Nations Unies (PNUD), 251 p.
- Lang, T., (dir.). (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : Haut Conseil de la santé publique, 99 p.
- Lerner, M. (1973). *Modernization and Health : A model of the Health Transition*. Paper presented at the Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association (APHA), San Francisco, Californie.
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health Inequalities : Europe in profile*. Rotterdam : Commission européenne (UE), 53 p.
- Observatoire des inégalités. (2009). *Immigrés et étrangers : entre discriminations et inégalités sociales*. Paris: Observatoire des inégalités, 36 p.
- OMS. (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève: WHO, Commission on social determinants of health (CSDH), 32 p.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiological transition : a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4) : 509-538.
- Payet, J.-P., & Laforgue, D. (2008). Qu'est ce qu'un acteur faible? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance. In J.-P. Payet, F. Giuliani & D. Laforgue (Eds.), *De l'indignité à la reconnaissance. Enquête sur la voix des acteurs faibles* (pp. 9-25). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Potvin, L., Moquet, M.-J., Jones, C., M., & (dir.). (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint Denis : InPES, 380.
- Ritaine, E. (2009). Des migrants face aux murs d'un monde-frontière. In C. Jaffrelot & C. Laquesne (Eds.), *L'enjeu mondial. les migrants* (Annuel ed., pp. 155-164). Paris : Presses de Sciences Po.
- Roy, B. (2002). Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit. Québec : Presses de l'Université Laval, 247 p.
- Roy, B. (2004). Vulnérabilité des autochtones ou regard tutélaire des milieux de la santé. In F. Vaillant, M. Clément & C. Gaucher (Eds.), *Identité, vulnérabilité, communautés* (pp. 189-229). Québec : Nota Bene.
- Vallin, J., & Meslé, F. (2010). *De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale*. Colloque : Ralentissements, résistances, ruptures dans les transitions démographiques, 23-26 novembre 2010. Chaire Quételet : Université Louvain-la-Neuve, 32 p. http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/jVallin_Mesle.pdf. Consulté le 11 mai 2012

Les migrants face à leur santé : la réappropriation de soi

Articles

- Femmes vivant avec le VIH et mobilité interne à Gondra. Une étude cas entre les marges inédites d'une ville (région Amhara. Ethiopie). **Carolina De Rosis**
- Education thérapeutique des migrants diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie ? **Rosane Braud**
- L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. Français et Africains en traitement pour un VIH-sida. **Marguerite Cognet**
- Paradoxes de la migration des mères philippines et conséquences sur leur santé en France. **Asuncion Fresnozat-Flot**
- Femmes victimes ? Comprendre la construction d'une anthropologie collective dans des jeux d'échelles face aux risques de drépanocytose. **Agnès Lainé**