

Zeitschrift:	Itinera : Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Geschichte = supplément de la Revue suisse d'histoire = supplemento della Rivista storica svizzera
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Band:	34 (2013)
Artikel:	Être présent malgré la distance : les Maliens de France actifs dans la santé au Mali
Autor:	Boulanger, Claire
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1077921

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Etre présent malgré la distance Les Maliens de France actifs dans la santé au Mali

Claire Boulanger

Lorsqu'elle cherche à décrypter la ferveur académique autour du mot diaspora, Christine Chivallon¹ observe une grande diversité d'usages de la notion, mais néanmoins une unanimité autour de l'idée que les acteurs diasporiques, de par la situation migratoire, font une expérience particulière de l'espace-temps. Qu'ils continuent à être mobiles ou qu'ils se sédentarisent, une partie de leur vie, passée et présente, est ailleurs.

Les interrogations liées à la nature de ces expériences de vie particulières trouvent un écho important dans les réflexions sur les significations sociales de l'expérience multilocale. Au cœur de ces expériences se trouvent en effet des formes de multilocalité qui vont au-delà de la mobilité. Des formes de multilocalité cognitive et affective qui produisent des espaces sociaux transnationaux² dans lesquels les pratiques transnationales des migrants tendent à instaurer de la continuité là où l'espace physique et les Etats instituent de la discontinuité.³

Les matériaux empiriques utilisés ici pour analyser les formes et les dynamiques qui figurent cette continuité ont été collectés auprès d'une population de migrants et de descendants de migrants résidant en région parisienne (Île-de-France) qui maintient à distance des liens avec des personnes et des organisations situées dans des régions du sud du Mali.⁴ Parmi ces régions, celle de Kayes, située à l'extrême sud-ouest du pays (figure 1), a une longue histoire d'émigration de travail vers la France. Avec la forte urbanisation du pays durant les dernières décennies, la capitale, Bamako, qui depuis longtemps envoie ses élites se former en Europe, est devenue une importante zone de départ pour des acteurs de différentes catégories sociales.

1 Christine Chivallon, «Diaspora: ferveur académique autour d'un mot», in: *Les diasporas dans le monde contemporain: un état des lieux*, dir. par William Berthomière et Christine Chivallon, Paris: Karthala, 2006, pp. 15–27.

2 Thomas Faist, *The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces*, Oxford: Oxford University Press, 2000.

3 Marie-Antoinette Hily, «L'usage de la notion de 'circulation migratoire'», in: *Les circulations transnationales, lire les turbulences migratoires contemporaines*, dir. par Geneviève Cortès et al., Paris: Armand Colin, 2009, p. 28.

4 Le corpus de la recherche est le fruit d'une enquête de terrains multisitués: une quarantaine d'entretiens semi-directifs réalisés en Île-de-France entre novembre 2010 et avril 2012, auxquels s'ajoutent environ quatre-vingts rencontres avec des acteurs clés à Kayes et à Bamako lors de deux séjours de six semaines en 2010 et 2012.

Pour appréhender scientifiquement les flux qui matérialisent la continuité des espaces sociaux transnationaux, les chercheurs utilisent le plus souvent des catégories qui distinguent les pratiques transnationales de nature économique, politique et culturelle ou socioculturelle.⁵ Or, les études empiriques montrent que, pour la plupart des pratiques, ces dimensions se confondent, poussant les auteurs à critiquer cette catégorisation. De manière à dépasser cette contrainte méthodologique, il est nécessaire de se concentrer sur une des dimensions du social. La thématique de la santé, de par son caractère transversal, permet d'aborder, sans les cloisonner, les différentes dimensions (économique, sociale, politique et symbolique) des espaces sociaux constitués par le fait migratoire. Plus précisément, en approchant la santé comme un fait social,⁶ il s'agit d'étudier non pas les itinéraires thérapeutiques des acteurs migrants eux-mêmes, mais les pratiques qui s'inscrivent dans leurs expériences relatives à la protection santé de personnes tierces: parents, connaissances ou compatriotes, résidant au Mali. La protection santé recouvre à la fois la prévention, l'accès aux soins, et les mécanismes de couverture santé. Elle englobe l'ensemble du paysage biomédical, depuis les soins primaires jusqu'à la médecine dite d'élite ou de troisième niveau. Cette approche globale permet d'appréhender les opportunités et les contraintes constitutives des situations dans lesquelles évoluent les Maliens de France désirant agir, à différentes échelles, sur la situation sanitaire malienne. L'engagement des acteurs est en effet un phénomène dynamique et fluctuant dans le temps, autrement dit, un phénomène circonstanciel, d'où l'importance d'introduire ici le contexte général dans lequel il se déroule.

L'histoire coloniale partagée par les deux pays a produit un espace migratoire particulier, caractérisé à la fois par une relative connaissance de l'autre et par une vision et un ressenti d'altérité forte entre les deux sociétés. De plus, la persistance d'une hiérarchisation et d'une hyperdifférenciation⁷ des espaces de la migration peut être illustrée dans le domaine qui nous occupe par un seul chiffre: l'écart de 30 ans d'espérance de vie qui sépare la France et le Mali.⁸ Le champ des possibles dans lequel les pratiques des migrants se déploient ou, à l'inverse, sont entravées, est mis en tension par les inégalités de santé globales. Cette tension, que l'on retrouve dans la notion de champs migratoires développée par

5 Voir, par exemple, les articles dans édition intitulée «Pratiques transnationales – mobilité et territorialités» de la *Revue Européenne des Migrations Internationales* 24:2 (2008) pp. 1–222, dir. par Rosita Fibbi, Gianni D'Amato et Marie-Antoinette Hily.

6 Didier Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris: Karthala, 2000.

7 Alain Vaguet, «Santé, frontière et mondialisation», in: *Le monde vu à la frontière*, dir. par Patrick Picouet, Paris: L'Harmattan, 2011, pp. 49–63.

8 Espérance de vie à la naissance, France: 81,5 ans; Mali: 52,5 ans. *Statistiques sanitaires mondiales* (2009) pp. 38–40.

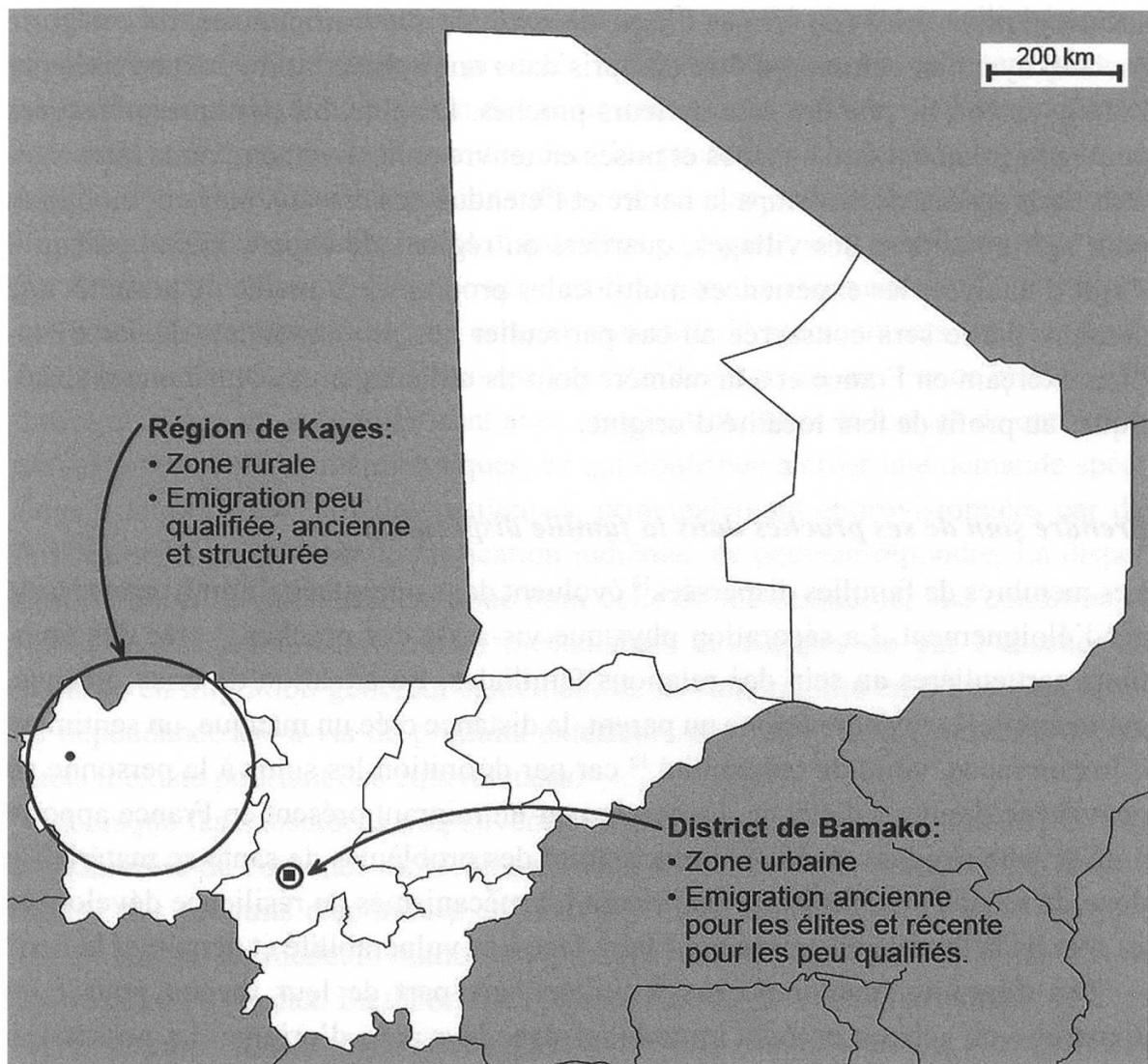


Figure 1. Mali, zones d'émigrations et d'actions. Source: Claire Boulanger (2012).

Gildas Simon,⁹ est également alimentée par différents types de contraintes结构elles (distance physique, politiques migratoires restrictives) et conjoncturelles (situations personnelles, juridiques ou professionnelles des acteurs) qui rendent le champ des possibles dynamique, à la fois extensible et rétractable.

Dans une démarche de recherche attentive à la multiplicité de ces contraintes et des situations qu'elles engendrent, il s'agit ainsi tout d'abord de comprendre les circonstances qui poussent ou permettent à des acteurs individuels aux profils

9 Gildas Simon, «Réflexions sur la notion de champ migratoire international», in: *Migrations internes et externes en Europe occidentale*, dir. par Pierre-Jean Thumerelle, vol. 2, Lille: Institut de géographie, 1981, pp. 85–89. Et, plus récemment, Gildas Simon, «Migrations, la spatialisation du regard», *Revue européenne des migrations internationales* 22: 2 (2006) pp. 9–21.

sociologiques variés (en termes d'âge, de sexe, de statut migratoire, de catégorie sociale) ayant en commun d'être compris dans une sphère intime caractérisée par l'éloignement, de prendre soin de leurs proches. De plus, les pratiques observées pouvant également être conçues et mises en œuvre collectivement, nous interrogerons dans un deuxième temps la nature et l'étendue des réseaux sociaux mobilisés pour agir au niveau des villages, quartiers ou régions de départ. Enfin, puisqu'il s'agit d'analyser les expériences multilocales propres au domaine de la santé, une dernière partie sera consacrée au cas particulier des professionnels de santé maliens exerçant en France et à la manière dont ils utilisent leurs compétences spécifiques au profit de leur localité d'origine.

Prendre soin de ses proches dans la famille dispersée

Les membres de familles dispersées¹⁰ évoluent dans une sphère intime caractérisée par l'éloignement. La séparation physique vis-à-vis des proches,¹¹ crée des émotions particulières au sein des relations familiales. En situation de crise, lorsque, par exemple, la maladie frappe un parent, la distance crée un manque, un sentiment d'impuissance, voire de culpabilité,¹² car par définition les soins à la personne ne peuvent se donner à distance. Le soutien qu'un migrant présent en France apporte à un proche résidant au Mali et rencontrant des problèmes de santé se matérialise donc de manière particulière. Quels sont les mécanismes de résilience développés au sein de la famille dispersée pour faire face à sa vulnérabilité et perpétuer le lien?

Les migrants sont nombreux à utiliser une part de leur revenu pour faire construire ou acheter un bien immobilier dans leur pays d'origine. La possession d'un appartement ou d'une maison en ville, où se concentre l'essentiel des structures de soins et des ressources humaines qualifiées, permet aux membres non-migrants de la famille des migrants, résidant habituellement au village, de venir se faire soigner à Bamako sans devoir assurer, en plus du coût des soins, celui de leur logement. Etre propriétaire d'un bien immobilier en milieu urbain et ainsi pouvoir mettre à disposition de sa famille un lieu de résidence à proximité des structures de soins est donc une forme de soutien pratique qui facilite l'accès aux soins des proches non-migrants.

10 Elodie Razy, «Les 'sens contraires' de la migration. La circulation des jeunes filles d'origine soninké entre la France et le Mali», in: *Journal des africanistes* 77: 2 (2007) pp. 19–43.

11 Josiane Le Gall, dans «Familles transnationales: bilan des recherches et nouvelles perspectives», *Les Cahiers du Gres* 5:1 (2005) pp. 29–42, propose une typologie distinguant «parentalité transnationale» (éloignement parent/enfant) et «parenté transnationale» (éloignement des descendants, de la famille élargie ou des *kinship*).

12 Loretta Baldassar, «Ce 'sentiment de culpabilité'», *Recherches sociologiques et anthropologiques* 41:1 (2010) pp. 15–37.

Plus directement, il arrive très fréquemment¹³ que l'émigré soit sollicité par ses proches pour la fourniture de produits pharmaceutiques. Le caractère plus ou moins urgent de l'administration du médicament ainsi que la nature du produit en question vont déterminer la manière dont les processus d'acquisition et de transport se déroulent. Pour les produits disponibles sans ordonnance, des arguments liés à la qualité des médicaments disponibles en France sont mobilisés pour justifier la circulation des produits. Le migrant qui se rend en vacances au Mali emporte systématiquement avec lui une certaine quantité de médicaments de base (antidouleurs, antiseptiques) qu'il laissera à sa famille à son départ. Par ce biais, les familles de migrants se familiarisent avec certaines marques et formes de conditionnements des produits thérapeutiques, ce qui contribue à créer une demande spécifique à laquelle les officines maliennes, principalement approvisionnées par des médicaments génériques de fabrication indienne, ne peuvent répondre. La dispersion de la cellule familiale est donc pour celle-ci une ressource, une condition de l'accès à ces produits. Mais les mécanismes développés de par l'absence du membre en migration génèrent également de la vulnérabilité en créant une forme de dépendance vis-à-vis de produits extérieurs et relativement coûteux pour lesquels il existe pourtant des équivalences.

Lorsque les substances ne peuvent être délivrées que sur ordonnance, la non-disponibilité de certaines molécules au Mali s'ajoute à la confiance mise dans la qualité des produits disponibles en France pour expliquer l'importance des flux. L'ordonnance du médecin malien est envoyée vers la France, par le biais d'un intermédiaire ou par fax. En théorie, un pharmacien ne peut délivrer que des médicaments prescrits par un médecin exerçant en France. Dans les faits, à l'exception de quelques produits, les officines acceptent de délivrer des médicaments à partir d'ordonnances étrangères. Comme pour les médicaments obtenus sans ordonnance, le coût de ces produits thérapeutiques prescrits par un médecin malien revient intégralement à la charge du migrant. Si le prix du médicament est trop prohibitif (que ce soit en raison de la nature du produit ou de la durée de la maladie), le migrant devra solliciter des ressources de nature relationnelle. Lorsqu'il a pu nouer une relation de confiance avec son médecin traitant, celui-ci pourra transcrire l'ordonnance au nom du migrant, ce qui lui permettra de voir une partie des frais couverts par la sécurité sociale et sa mutuelle s'il en a une. Néanmoins, le plus souvent, ce sont les médicaments de base prescrits pour le ménage résidant en France (et donc en partie remboursés) dont les surplus sont envoyés à la famille, tandis

13 Les mécanismes décrits ci-dessous ont été exposés par la majorité des enquêtés et corroborés par des médecins et pharmaciens rencontrés dans des quartiers d'Ile-de-France à forte densité de population malienne.

que les produits plus spécifiques et plus coûteux sont directement achetés en pharmacie sans aucune forme de couverture.

Une fois en possession des médicaments, reste à faire parvenir ceux-ci à la personne qui en a besoin. Une fois de plus, c'est le registre social et relationnel qui entre en jeu: il s'agit d'identifier, au sein de la communauté migrante, une personne partant dans les heures ou les jours à venir à destination du Mali et de lui confier les produits pharmaceutiques. Si cette démarche n'aboutit pas, ou en cas d'urgence, les entretiens ont montré qu'un inconnu rencontré aux terminaux des avions pour Bamako peut devenir le précieux intermédiaire.

La mise à disposition de médicaments est une forme d'appui tangible qui met directement en lumière pour les proches du migrant les efforts déployés par celui-ci pour soutenir les membres non-migrants de sa famille. D'où le fait que ces pratiques de fourniture ou de transport de médicaments pour un tiers sont récurrentes et concernent toutes les catégories sociales.

Les conséquences des inégalités sociales sur les possibilités de protection santé à distance apparaissent de manière plus accrue lorsque le migrant cherche à faire venir en France son parent nécessitant des soins. Les évacuations sanitaires depuis le Mali sont organisées et prises en charge par trois types d'organismes: l'Etat malien dispose de fonds spéciaux pour évacuer ses élites politiques; les grandes entreprises ont souvent mis en place des fonds sociaux dont peuvent bénéficier leurs cadres; quelques fondations internationales organisent la prise en charge d'enfants atteints de pathologies spécifiques. En dehors de ces cadres précis et limités, une démarche individuelle peut être entamée, mais les barrières politiques et administratives sont dès lors très lourdes. La complexité du dossier et le nombre de pièces justificatives à fournir afin d'obtenir un visa pour raisons médicales tendent à raréfier les évacuations vers la France.¹⁴ Parmi ces pièces doit figurer la preuve d'un rendez-vous avec un médecin hospitalier français qui, sans avoir vu le patient, aura dû évaluer le coût de sa prise en charge (hospitalisation, intervention chirurgicale), pour qu'une somme équivalente (plusieurs milliers voire plusieurs dizaines de milliers d'euros) soit déposée en garantie à l'ambassade de France au Mali. Cette démarche nécessite d'importantes ressources relationnelles et financières, elle n'est donc réalisable que par une certaine élite. Il n'en reste pas moins que la présence d'un proche en France peut faciliter le processus, en particulier pour la circulation du dossier médical du patient.

14 Des données chiffrées concernant le volume et l'évolution du nombre de visas délivrés pour raison médicale n'ont pu être réunies malgré une intense sollicitation du consulat de France au Mali. Différentes observations laissent à penser que les évacuations se réorientent depuis plusieurs années vers le Maghreb (Maroc et Tunisie, principalement).

Si celui-ci parvient à rejoindre son parent en migration en France grâce à une autre procédure (visa touristique), cela ne résout pas totalement la question de son accès aux soins. Pour pouvoir bénéficier de la couverture santé, un étranger, ne disposant pas d'un emploi déclaré, doit en effet attendre l'expiration de son visa, c'est-à-dire de tomber dans la clandestinité, pour pouvoir bénéficier de l'Aide Médical d'Etat (AME), un régime spécifique pour les sans-papiers nonsalariés. Pour les personnes de nationalité malienne salariées en France et ayant un titre de séjour, un dispositif institutionnel existe leur permettant de faire bénéficier leur famille (conjoint(s), descendant(s) et descendant(s)) du régime de sécurité sociale malien. Depuis 1979, une Convention de sécurité sociale lie la France et le Mali.¹⁵ Ainsi, un Malien travaillant en France peut, en remplissant chaque année un formulaire, faire bénéficier sa famille résidant au Mali des prestations de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS). Mais face à la non-effectivité du remboursement des soins, la grande majorité des travailleurs ayant connaissance de cette possibilité n'ont pas, ou pas de manière pérenne,¹⁶ effectué les démarches nécessaires.

La prévention du risque financier lié aux dépenses de santé est donc assurée au travers de mécanismes indépendants des instances administratives, ce que Nicola Yeates désigne comme le «transnational social welfare», c'est-à-dire les «remittances and other channels of risk protection enabled by migration».¹⁷ S'il est très difficile d'évaluer la part des dépenses de santé dans l'ensemble des transferts financiers d'un migrant vers ses proches, les entretiens, corroborant les résultats d'autres études,¹⁸ révèlent sa place prédominante aux côtés de la scolarisation, en particulier dans les milieux où les besoins nutritionnels sont assurés. Tous domaines confondus, ces transferts sont estimés à près de 300 millions d'euros par an,¹⁹ ce qui représente 65% du total des fonds reçus de l'étranger par le Mali et plus de trois fois l'aide publique au développement de la France vers ce pays. La Banque Africaine de Développement souligne le fait que 73% de ces transferts

15 Cette convention est l'une des plus larges conventions bilatérales de sécurité sociale signées par la France (hors pays de l'Union Européenne), et couvre les prestations vieillesse, familiale et santé.

16 Des enquêtes ont été menées auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis. Les dossiers anonymisés des cotisants au «droit des familles» maliens disponibles dans le Val-de-Marne couvrent la période 1992–2011. Sur 493 dossiers, seul 74 (15%) procurent une couverture continue entre la première et la dernière inscription.

17 Nicola Yeates, «Global Migration Policy», in: *Understanding Global Social Policy*, dir. par Nicola Yeates, Bristol: Policy Press, 2008, pp. 229–252. Voir également Paolo Boccagni, «Migrant's Social Protection as a Transnational Process: Public Policies and Emigrant Initiative in the Case of Ecuador», in: *International Journal of Social Welfare* 20 (2011) pp. 318–325.

18 Flore Gubert, «Enjeux individuels et collectifs de la migration: le point de vue des pays de départ», in: *Migrants, craintes et espoirs*, dir. par Alain Chemin et al., Rennes: Presses Universitaire de Rennes, 2009, pp. 203–212.

19 Source: Banque Africaine de Développement, 2009, consulté le 14 avril 2010, http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/70000012_FR_Transfert%20des%20fonds%20FR.PDF.

sont informels. Autrement dit, seul un quart des remises transitent par des sociétés de transferts d'argent ou par des banques commerciales. Le mode de transfert privilégié est le loin l'espèce, qui circule en s'appuyant sur les réseaux d'agents de change, de commerçants ou de connaissances personnelles. Ces modes de transferts sont préférés en raison du faible taux de bancarisation des bénéficiaires (contrairement à celui des migrants, qui est comparable à la moyenne de la population française), ainsi qu'en raison de leurs faibles coûts.²⁰ Les migrations de travail de Maliens vers la France concernant des milliers d'individus depuis plus d'un demi-siècle, ces réseaux ont pu se constituer, se renforcer et enfin se structurer de manière à garantir une opérationnalité et une efficacité inégalées par les circuits officiels.

Appui moral, pratique, matériel et utilisation du différentiel de revenu entre pays d'installation et pays de départ forment les principales ressources dans lesquelles la cellule familiale multilocalisée puise pour prendre en charge la santé de ses membres. Au-delà de cette échelle microsociale, la situation migratoire engendre également des dynamiques collectives pour faire face aux enjeux de la santé.

Les espaces de mobilisation des groupements et associations de migrants pour agir dans les localités d'origine

Les travailleurs immigrés originaires du bassin du fleuve Sénégal (nord de la région de Kayes) ont attiré l'attention des chercheurs par la densité de leur organisation, l'importance de leur mobilisation et de leur participation à des projets collectifs dans leur localité d'origine.²¹ Les premiers groupements de types associatifs sont nés dès les premières migrations de travail à la fin des années 1960. Ils ont d'abord pris la forme de caisses de solidarité et d'entraide, sortes de mutuelles servant à financer l'accueil des nouveaux arrivants, le soutien aux malades et aux chômeurs ou le rapatriement des personnes décédées en migration. Dans les années 1970, ces caisses de solidarité prennent de l'ampleur et commencent à financer des projets collectifs dans les villages d'origine. Christophe Daum dénombrait en 1998 près de 400 associations de ressortissants maliens en France²²; on estime qu'au mi-

20 De 3 à 5 % du montant transféré dans les réseaux informels contre 8 à 20 % dans les entreprises comme Western Union ou Money Gram.

21 Voir, par exemple, Daum, *Les associations de Maliens en France*, Paris: Karthala, 1998; Patrick Gonin, «Migration et développement des lieux d'origine: l'exemple de la communauté de l'Afrique de l'Ouest installée en France», in: *Espace, Population, Société* 2 (1990) pp. 304–309; François Manchuelle, *Les diasporas des travailleurs Soninkés (1848–1960): migrants volontaires*, Paris: Karthala, 2004; Catherine Quiminal, «Du foyer au village: l'initiative retrouvée», in: *Hommes & Migrations* 1131 (1990) pp. 19–24; Mahamet Timera, *Les Soninkés en France*, Paris: Karthala, 1996.

22 Daum, *Les associations*.

lieu des années 1990, 64% des infrastructures de la Région de Kayes sont attribuables aux migrants.²³ Les fonds utilisés pour ces réalisations (routes, puits, mosquées, écoles, dispensaires, réseaux d'électrification et d'eau potable, etc.) proviennent des cotisations directes des membres. A titre d'exemple, les ressortissants du village de Lambatara en France, cotisent à hauteur de cent cinquante euros par an. Cent euros sont dédiés à la «caisse de développement» et cinquante euros à la «caisse de rapatriement des corps».²⁴ Au fil des ans, les groupements qui réunissent des centaines de cotisants peuvent accumuler jusqu'à plusieurs centaines de milliers d'euros.

Ces groupements associatifs financent, en particulier à partir du début des années 1980, la construction de centres de santé qu'ils dotent en mobilier et équipement médical, pourvoient aux salaires des professionnels de santé qui y travaillent et aux stocks de médicaments. Ces nombreuses réalisations permettent une amélioration importante de l'accessibilité aux soins de santé dans la région enclavée du bassin du fleuve Sénégal où les structures publiques sont rares. Une telle capacité de levée de fonds est rendue possible par les écarts de revenus entre les deux espaces, ainsi que par le caractère collectif, familial ou villageois du projet migratoire²⁵ qui crée une importante pression sociale au sein de la communauté. L'unité de la communauté villageoise dispersée par la migration est en effet symboliquement recomposée par les actions de ces collectifs aussi appelés «village-bis» car portant le plus souvent le nom du village d'origine des migrants. Si le contrôle social, incarné en particulier par les représentants en migration des chefferies villageoises, est une contrainte forte pesant sur chacun des membres, il est également la principale source de légitimation des collectes et des décisions qui orientent l'utilisation des fonds accumulés.

Au-delà de ces ressources financières, c'est également à travers des moyens politiques, autrement dit d'intenses activités de plaidoyer, en France comme au Mali voire au-delà, que ces groupements parviennent à mobiliser différentes formes de soutien pour leur village. Avec l'officialisation des caisses villageoises en association de Loi 1901 à partir de 1981,²⁶ la part des fonds propres dans leurs

23 Marie-Hélène Libercier et Hartmut Schneider, *Les migrants, partenaires pour le développement*, Paris: OCDE, 1996.

24 Entretien du 12 mars 2012 avec un ressortissant de Lambatara ayant vécu 42 ans en France.

25 Dans Thomas Lacroix, Leyla Sall et Monika Salzbrunn, «Marocains et Sénégalais de France: permanences et évolution des relations transnationales», in: *Revue européenne des migrations internationales* 24:2 (2008) p. 27, à propos des Sénégalais de France: «l'acte migratoire est inséré dans un dispositif social et familial qui constraint les acteurs à conserver des liens avec la communauté d'origine. Ce dispositif prévient contre l'affaiblissement des liens sociaux entre les migrants et les personnes qui n'ont pas pu émigrer». En effet, l'objectif premier de ces migrations est d'obtenir un emploi qui permettra d'envoyer de l'argent à sa famille, restée au village.

26 A cette date, la législation encadrant la liberté d'association est modifiée pour s'ouvrir aux étrangers.

budgets va peu à peu diminuer, ce statut légal permettant aux groupements de lier de nouveaux partenariats, autrement dit de diversifier leurs ressources financières et techniques par une expansion des réseaux mobilisables. Parallèlement, les politiques de décentralisation entrées en vigueur au Mali dans les années 1990 font apparaître de nouveaux acteurs sur le terrain: les élus locaux. La redistribution des compétences et des pouvoirs due à la mise en œuvre de cette politique va pousser les associations villageoises à se fédérer et à constituer des associations agissant à l'échelle communale voire intercommunale.

Les changements dans les ressources et les échelles d'action des associations sont d'autant plus visibles lorsque l'on se penche sur les activités collectives de jeunes migrants (nés à partir des années 1970) ou sur celles menées par des descendants de migrants. Généralement plus instruits, maîtrisant mieux que leurs aînés la langue française, le vocabulaire administratif et les supports de communication, les acteurs de ces organisations vont pouvoir se mettre en lien avec différents types d'institutions françaises dont les collectivités territoriales (mairies, conseils généraux et régionaux), le plus souvent, mais non exclusivement, celles de leur lieu de résidence. De même, médecins et structures de soins locales, ONG françaises et internationales, fondations, ministères sont autant de partenaires sollicités pour la rénovation de structures de soins, l'organisation de campagnes de vaccination ou de sensibilisation, le renforcement des associations de patients, etc. Si la multiplication des types de ressources mobilisables peut apparaître comme un véritable atout, le fait que celles-ci soient quasi exclusivement dérivées du système public les rend vulnérables aux bouleversements politiques. Les sanctions internationales qui ont suivi le coup d'Etat du 22 mars 2012²⁷ ont ainsi eu pour conséquence de suspendre l'ensemble des projets en cours ou en phase d'élaboration avec des partenaires institutionnels. La déstabilisation de l'Etat malien a ainsi compromis certaines formes d'actions, mais il faut noter que les acteurs associatifs (rencontrés en grande majorité avant ces événements) s'estiment «négligés», «ignorés» par les organismes français du développement actifs dans leur région d'origine. Cette impression s'ac-

27 Le 22 mars 2012, un coup d'Etat militaire a renversé le régime en place au Mali, à quelques semaines des élections présidentielles. Les mutins ayant pris le pouvoir reprochaient aux autorités d'avoir laissé s'étendre une rébellion armée dans le nord du pays (Régions de Tombouctou, Gao et Kidal), sans avoir donné à l'armée nationale les moyens de la combattre. La vacance du pouvoir suite au coup d'Etat a précipité les événements dans ces régions septentrionales qui, le 6 avril, ont déclaré leur indépendance par la création de l'Azawad. Ce vaste territoire est depuis lors le théâtre de violents conflits opposant républicains laïcs indépendantistes (MNLA), différents groupes islamistes radicaux (AQMI, MUJAO, Ansar Dine, etc.), armées régulières malienne et africaines, armée française (depuis janvier 2013) et, à partir de juillet 2013, les casques bleus de la MINUSMA. Ces bouleversements ont provoqué le déplacement de centaines de milliers de personnes, ainsi qu'un brusque arrêt de la plupart des programmes de coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée, et paralysé les organes politiques et administratifs du pays, dont les services publics de base.

compagne d'une certaine incompréhension puisque ces mêmes acteurs se considèrent comme des intermédiaires, des collaborateurs idéaux de par leur expérience de vie multilocale, les connaissances qu'ils ont du «terrain». Ce sentiment de n'être que peu sollicitées par les organisations de solidarité internationales vient également du fait que malgré une certaine capitalisation et diffusion de savoir-faire organisationnels au sein du milieu associatif, les petites structures sont mises en difficulté par la complexification des procédures de demandes de subventions. Répondre aux appels à projets lancés par les bailleurs de fonds institutionnels est un exercice chronophage qui nécessite la mobilisation de ressources humaines spécialisées. Or, ces associations fonctionnent exclusivement grâce aux activités bénévoles de leurs membres. La mise en œuvre des initiatives de ces groupements et associations repose donc principalement sur l'intensité des liens sociaux qui unissent leurs membres, et ces membres à leurs proches en migration ou dans la localité concernée par les projets, au Mali.

La mise à disposition de compétences et de ressources spécifiques par les professionnels de santé

La gestion des ressources humaines qualifiées est un des principaux disfonctionnements du système de santé malien. Quelles sont les opportunités qui s'offrent aux Maliens et descendants de Maliens exerçant un métier de la santé en France qui désirent agir sur la situation sanitaire de leur pays de départ?

Dans la sphère professionnelle, ces acteurs font face à des pressions spécifiques. En France, les professions médicales sont, depuis les années 1930, des «emplois protégés»: il existe des restrictions en termes de nationalité (de l'individu ou de son diplôme) pour les exercer, ce qui constitue une forme spécifique de discrimination systémique. Malgré les revendications des syndicats et les multiples changements de réglementation sur cette question, les professionnels de la santé à diplômes étrangers restent souvent piégés dans des statuts précaires et ou subalternes.²⁸ Ces postes (médecins urgentistes, infirmiers de nuit ou remplaçants, etc.) sont connus pour leurs conditions difficiles, en particulier en termes de temps de travail, ne laissant que peu le loisir aux personnes qui les occupent d'avoir d'autres activités. De plus, les restrictions à l'exercice de la médecine et des métiers paramédicaux entraînent une déqualification de ces professionnels: en France, les médecins maliens deviennent infirmiers et les infirmiers deviennent aides-soignants.

28 Victoire Cottreau, «Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres», mémoire de Master 2 Recherche, Université de Poitiers, 2010.

Cette déqualification, douloureuse pour l'estime de soi,²⁹ est parfois expliquée par ces professionnels eux-mêmes, par un réel différentiel de compétences. En effet, les conditions de formation au Mali, avec une seule faculté de médecine qui s'appuie sur deux hôpitaux nationaux connaissant eux-mêmes de graves dysfonctionnements, sont décriées par les intéressés. Ceux-ci décrivent lors des entretiens une laborieuse phase d'adaptation professionnelle à leur arrivée en France. Face à ces difficultés, et au regard du statut social acquis par quelques-uns de leurs confrères exerçant au Mali, certains déclarent qu'ils souhaiteraient parfois ne pas avoir migré. Mais de nombreuses spécialisations ne peuvent pas être acquises au Mali. Or, après avoir exercé en France, il est très difficile de se réinsérer dans l'environnement sanitaire malien.

J'ai hésité à revenir [au Mali]. J'hésite encore. Je me suis donné un an pour voir, faire l'expérience du travail ici. Je voulais vivre ça. J'avais peur de rester en France et de regretter, plus tard, de ne pas avoir tenté... Il faut en passer par là parce que même si c'est dur, après, quand je travaillerai en Europe, je saurai que c'est moins dur qu'ici. [...] Je perds mon temps depuis que je suis là. Mon but en venant ici était d'aider les malades. Mais les gens que je vois sont uniquement ceux qui ont les moyens. (Entretien du 16 mars 2012)

Comme nombre de ses confrères ayant étudié à l'extérieur, ce jeune médecin de retour à Bamako depuis quelques mois, après trois ans de spécialisation de néphrologie en Bretagne, ne parvient pas à s'adapter aux conditions de travail existant dans un système sanitaire dépourvu des moyens techniques et financiers avec lesquels il a pris l'habitude d'exercer. Ce phénomène explique que nombre de professionnels venus se spécialiser en France avec l'objectif de retourner pratiquer au Mali ne mènent pas leur projet à bien et demeurent en migration.

Au premier rang des ressources mobilisables par ces professionnels exerçant en France pour agir au Mali viennent bien sûr leurs qualifications spécifiques. Elles font d'eux les principaux référents de leurs proches ayant besoin d'avis, de conseils concernant leurs problèmes de santé. Grâce à leur profession, ils ont également un accès plus direct aux ressources des établissements dans lesquels ils travaillent. La dotation en matériel médical dans les structures de soins françaises est très régulièrement renouvelée, suivant le rythme des innovations techniques ou des restructurations. Le matériel délaissé pourra ainsi être récupéré et envoyé au Mali. Les ressources immatérielles que constituent les connaissances de leurs collègues sont également mobilisées. Un médecin hospitalier peut ainsi recevoir des imageries médicales sur son adresse e-mail, solliciter ses confrères pour un avis, voire un contre-avis, et communiquer immédiatement les résultats au malade résidant au Mali.

29 Laurence Roulleau-Berger, *Migrer au féminin*, Paris: Presses Universitaires de France, 2010.

L'exécution de «missions» est également une pratique courante. Elle consiste à se déplacer au Mali pour consulter bénévolement dans une ou plusieurs structures, ou à organiser des formations pour les professionnels de santé exerçant sur place. Si, le plus souvent, ce sont les fonds propres des acteurs qui sont utilisés pour le voyage et le séjour, il arrive qu'ils fassent appel à des organisations internationales telles que le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui, à travers le programme TOKTEN (en français «Transfert des connaissances par l'intermédiaire des expatriés»), tente de soutenir les projets de transfert des compétences. Dans ce cas, les transferts se font lors d'interventions dans les centres d'enseignement ou à travers l'organisation de séances de formation continue auprès des professionnels en activité. D'autre part, certains professionnels sont à l'initiative de la création de structures de soins au Mali dans lesquelles ils seront également amenés à transmettre leurs compétences spécifiques. Il peut s'agir de tenter de reproduire les conditions d'exercice expérimentées en France avec la création d'une polyclinique haute technologie dans un quartier chic de Bamako, ou d'aménager et d'équiper une maternité rurale pour améliorer les conditions de travail de ses confrères. Mais la pérennité de ces structures conçues et en partie gérées à distance semble fragile. En effet, elles impliquent un travail d'équipe rendu délicat par les inégalités de revenus. Seule une présence régulière et un investissement personnel constant de leur initiateur semblent pouvoir assurer leur fonctionnement. La mobilité des acteurs doit dès lors être dictée par les besoins de l'activité au Mali et non par l'emploi exercé en France, ce qui peut être rendu possible par certaines formes de circulations couplées à un mode d'habiter multirésidentiel et métropolitain.

Enfin, le lien entre sphère professionnelle et capacité d'agir peut également être renversé. En effet, parmi les descendants de migrants rencontrés en Ile-de-France, plusieurs ont déclaré que la volonté d'agir sur la situation sanitaire malienne était à l'origine de leur choix d'entamer une carrière dans le domaine médical ou paramédical. A l'échelle de l'espace migratoire, un des mécanismes développés pour assurer la protection santé au Mali est ainsi l'apparition de vocations professionnelles qui inscrivent la multilocalité de ces acteurs et de leurs pratiques dans la durée.

Evoluant dans des espaces de vie et de projection multilocaux porteurs de contraintes et d'opportunités, les migrants et leurs descendants mobilisent de manière créative et dynamique des ressources de nature financières, matérielles, cognitives, affectives et sociales pour mettre en œuvre, avec plus ou moins d'intensité, des mécanismes de résilience leur permettant d'agir à différentes échelles et malgré leur absence sur la protection santé au Mali. Ils développent et transmettent des savoirs, des savoir-faire, des relations, qui sont autant de ressources venant s'ajouter aux qualités et compétences individuelles préexistantes.

Au sein des familles transnationales, le membre en migration pallie à son absence par la fourniture de produits pharmaceutiques, de formes de couverture santé formelles et surtout informelles. Lorsqu'il en a les moyens relationnels et financiers, il peut également le faire en organisant l'évacuation de la personne nécessitant des soins. Dans le cadre plus large d'un appui collectif aux localités d'origine, la force de mobilisation au sein de la communauté migrante, et de celle-ci vis-à-vis des acteurs français et internationaux de la solidarité internationale, s'illustre par la réalisation de nombreux projets qui participent à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins. Enfin, des professionnels de santé maliens exerçant en France vont mettre en œuvre divers mécanismes pour se rendre disponibles et solliciter les compétences de leurs collègues pour, à distance ou par des séjours sur place, utiliser leur savoir-faire spécifique au profit des populations locales.

Ainsi, modulant les échelles d'actions en fonction des opportunités et de la temporalité propre aux besoins des personnes en demande de soins, les acteurs en situation de multilocalité démontrent une capacité d'adaptation de leurs pratiques transnationales pour participer à la protection santé au Mali et ainsi assurer la continuité de leur environnement social.