

# Recours aux soins transfrontaliers et réseaux informels : l'exemple lao-thaïlandais

Audrey Bochaton

► **To cite this version:**

Audrey Bochaton. Recours aux soins transfrontaliers et réseaux informels : l'exemple lao-thaïlandais. François Moulle; Sabine Duhamel. Frontières, politique de santé et réseaux de soins, l'Harmattan, 2009. <hal-01802367>

**HAL Id: hal-01802367**

**<https://hal-univ-paris10.archives-ouvertes.fr/hal-01802367>**

Submitted on 29 May 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Recours aux soins transfrontaliers et réseaux informels : l'exemple lao-thaïlandais.**

*Audrey Bochaton, doctorante en géographie de la santé – Université Paris 10 Nanterre – Institut de Recherche pour le Développement (IRD Laos)*

---

20 Décembre 2006. Le second pont international sur le Mékong reliant Savannakhet (Laos) et Mukdahan (Thaïlande) est inauguré officiellement par les dirigeants des deux pays. Cette nouvelle infrastructure transfrontalière illustre la logique de rapprochement et de coopération initiée par les deux états voisins depuis le début des années 90. Quelques jours plus tard, la presse laotienne [Le Rénovateur, 10.01.2007, p.7] ripostait de manière virulente à un article paru le 25 décembre 2006 dans le Bangkok Post, dans lequel l'auteur thaïlandais affirmait que le nouveau pont représentait un grand espoir pour les prostituées laotiennes qui pourraient ainsi vendre leur service à un plus grand nombre de visiteurs. La mise en service du pont ouvre en outre le débat sur les problèmes de la diffusion des maladies sexuellement transmissibles et de l'augmentation des délits [Bangkok Post, 19.12.06, np ; 27.12.06, np ; Vientiane Times, 08.01.07, p.8]

Ces anecdotes éclairent bien l'ambiguïté des relations entretenues entre le Laos et la Thaïlande, entre une ouverture promue et la persistance de questions épineuses entre pays voisins. Les démêlés diplomatico-politiques entre les deux Etats ne sont pas récents et la politique de coopération, si elle tend à les réduire, ne les a pas complètement effacés.

Du côté des populations vivant de part et d'autre de la frontière, l'ouverture favorise des traversées multiples, particulièrement les mobilités orientées du Laos vers la Thaïlande. Les deux pays ont en effet des niveaux de développement différents à la faveur de la Thaïlande, pôle dynamique d'Asie du Sud-Est d'un point de vue économique, culturel et sanitaire. Les Laotiens sont ainsi de plus en plus nombreux à traverser la frontière le week-end afin de faire des achats dans des centres commerciaux encore inexistantes au Laos. De la même façon, la Thaïlande accueille de plus en plus de patients laotiens, non satisfaits de leur système de santé national.

La dynamique transfrontalière procède ainsi tout autant des projets de coopération initiés par les politiques bilatérales que des pratiques de la population. Quand ces deux logiques coïncident, les effets sont cumulés et la dynamique transfrontalière aboutie. Mais lorsque les états n'ont pas de politique de coopération bien définie alors que des besoins existent – comme dans le domaine des soins – nous verrons comment les pratiques locales viennent pallier le vide institutionnel et organiser le territoire transfrontalier par le jeu de réseaux informels.

Nous partons du postulat que le réseau social d'un patient constitue un capital déterminant dans la mise en œuvre des recours transfrontaliers vers la Thaïlande. Outil de solidarité et vecteur de diffusion des pratiques, les réseaux sociaux sollicités par les patients en route vers des structures de soins thaïlandaises sont à l'origine d'un territoire transfrontalier réticulé.

### **I. Contexte**

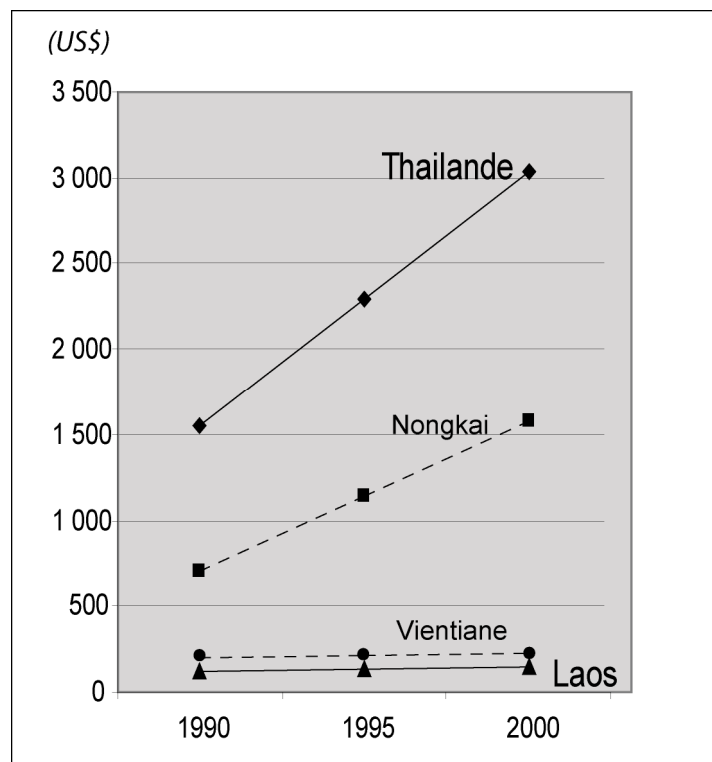
#### *a) Une relation frontalière asymétrique*

La frontière lao-thaïlandaise est longue de plus de 1750 km, dont plus de la moitié longe le Mékong. D'un côté, la Thaïlande - monarchie parlementaire - s'est illustrée au cours des

années '80-90' par un développement rapide, ce qui lui a valu l'appellation de 'tigre économique' au cœur de l'Asie du Sud-Est. Sur la rive opposée, la République Démocratique Populaire Lao (RDP Lao) est administrée par un régime de type socialiste autoritaire dont l'ouverture à l'économie de marché date de la fin des années 1980. Les situations économiques de part et d'autre sont donc bien distinctes, illustrées dans le graphique 1.

- Des indicateurs économiques différenciés

**Graphique 1 : Évolution du Produit Intérieur Brut par habitant entre 1990 et 2000 au Laos et en Thaïlande**



Source : Supang C., Amornthip A., Shati R. (2002)

En 1990, le Produit Intérieur Brut par habitant relevé sur l'ensemble du territoire thaïlandais est douze fois plus élevé que le PIB moyen par habitant au Laos avec respectivement 1554US\$ contre 124US\$. Au cours de la décennie qui suivit, cette logique de creusement des écarts s'est fortement accentuée et en 2000, le PIB/habitant en Thaïlande avec 3037US\$ représente vingt fois le PIB/habitant au Laos avec 149US\$.

Ces données agglomérées à l'échelle nationale, même si elles rendent bien compte du décalage de développement existant entre le Laos et la Thaïlande sont toutefois à nuancer au regard de notre espace d'étude : en effet, l'écart de richesse entre le Nord-Est thaïlandais et les plaines alluviales laotiennes qui lui font face, est moins marqué que celui décrit plus haut pour deux raisons principales : d'une part, le PIB thaïlandais est fortement influencé par la primauté de Bangkok qui concentre plus de la moitié de la population urbaine et qui contribue à 50 % du PNB de la Thaïlande. En outre, le territoire laotien situé en bordure frontalière compte les plus grandes villes du pays – Vientiane, Savannakhet, Pakse – et concentre une large part des activités industrielles et commerciales du pays. En conséquence, une forme d'équilibre s'opère dans les régions frontalières et l'écart constaté à l'échelle nationale est à relativiser pour notre espace d'étude, comme l'illustre bien l'évolution du PIB des habitants

de Vientiane, la capitale du Laos et celui des habitants de Nongkai de l'autre côté du Mékong (voir graphique1).

○ Des situations socio-sanitaires contrastées...

La comparaison des indicateurs socio-sanitaires du Laos et de la Thaïlande corrobore le constat de dissymétrie frontalière (tableau 1) : en 2005, la mortalité maternelle pour 100 000 naissances est 15 fois plus importante au Laos qu'en Thaïlande et concernant le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, le rapport est de l'ordre de un à quatre : ces situations sanitaires contrastées résultent sans aucun doute de la différence en matière de prise en charge de la maternité de part et d'autre de la frontière : alors que 85% des accouchements sont assistés par des professionnels de santé en Thaïlande, ils sont seulement de l'ordre de 21% au Laos et la différence des taux de recours à une consultation prénatale sont du même ordre de grandeur (86% en Thaïlande – 29% au Laos). L'espérance de vie est aussi un bon marqueur de l'état de santé d'une population : elle est en moyenne de 69 ans en Thaïlande contre 54 ans au Laos ; cela révèle des expositions aux risques pathologiques différenciées, couplée à une plus ou moins grande efficacité de la prise en charge par les systèmes de santé respectifs.

**Tableau 1 : Indicateurs socio-sanitaires de la Thaïlande et du Laos en 2005**

<b>INDICATEUR</b>	<b>THAÏLANDE</b>	<b>LAOS</b>
Analphabétisme des femmes âgées de 15 ans et + (%)	5	41
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances	44	650
Taux de mortalité infantile / 1000 naissances vivantes	19,8	88
Recours à au moins une consultation prénatale, %	86	29
Accouchements assistés par des professionnels de santé (%)	85	21
Espérance de vie moyenne (années)	69,3	54,5

Source: Country Profiles for Population and Reproductive Health 2005

○ ... et une offre de soins hétérogène

La Thaïlande offre une couverture universelle de santé à sa population au sein d'un système de soins performant. Les thaïlandais cultivent une grande fierté pour leur médecine et leur système de santé, aujourd'hui réceptacle de patients d'horizons divers et plaçant la Thaïlande au centre d'un hub sanitaire à la fois régional et mondial : les hôpitaux thaïlandais drainent en effet des patients habitant les pays voisins tels que le Laos, le Cambodge, le Myanmar ; les raisons qui poussent ces patients à quitter leur pays sont souvent liées à la mauvaise qualité des soins, au manque de personnel soignant ou des raisons politiques (minorités ethniques du Myanmar). Le récent mouvement de mobilités de patients à l'échelle mondiale, connu sous l'expression de 'tourisme médical', a pris naissance à la fin des années 90 à Bangkok et s'est développé de manière exponentielle dans la capitale thaïlandaise ainsi que dans les lieux de villégiature.

La renommée de la médecine et du système de santé thaïlandais est liée à la longue tradition d'implication des membres de la famille royale dans les affaires médicales du pays : en 1888, l'hôpital Siriraj à Bangkok a été le premier hôpital fondé en Thaïlande par le roi Chulalongkorn, grand modernisateur du royaume Siam. Aujourd'hui la famille royale conduite par le roi Bhumibol Adulyadej, initie de nombreux projets en matière de santé publique. Deux de ses filles, les princesses Ubolratana et Maha Chakri Sirindhorn sont très actives au sein de fondations de charité et de soutien aux malades.

Le Laos peine quant à lui à développer une offre de soins primaire de qualité et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire national. « Pourtant, pendant les premières années du régime communiste, la constitution d'un réseau de santé publique a été l'un des principaux objectifs déclarés des nouvelles autorités. La santé et l'éducation étaient regardées comme étant des instruments sociaux prioritaires pour se concilier les faveurs de la population et réaliser l'intégration nationale » [Mignot, 2003 : 92]. Dès 1975, le dispensaire devient l'élément clef de cette politique de santé visant à offrir à chacun un accès à des soins modernes ; la localisation des centres de santé a suivi la répartition du système de coopératives jusqu'au début des années 80 puis s'est poursuivie jusqu'à nos jours aux différents niveaux administratifs (village, district, province, niveau central). Cette politique de construction a certes largement contribué à augmenter le nombre d'infrastructures de santé au Laos mais il reste de nombreux problèmes, liés à la qualité des soins, la formation du personnel, la disponibilité des équipements et des médicaments. Au milieu des années 80, au moment où le pays s'ouvre économiquement, le gouvernement lao commence à tolérer le développement d'un système privé pour pallier aux difficultés rencontrées dans les structures publiques. Le nombre de cliniques privées explose mais concernent surtout les villes laotiennes. Aujourd'hui, malgré l'aide internationale considérable qui soutient la politique de santé du ministère, la situation des infrastructures sanitaires laotiennes reste critique.

Il existe entre ces deux pays un véritable écart sanitaire, tant du point de vue des états de santé que de l'offre de soins, reflet des politiques différenciées menées de part et d'autre de la frontière.

#### *b) Ouverture frontalière et projets de coopération segmentés*

Depuis la fin des années 1980 et plus particulièrement au cours de la décennie « 90 », on assiste à une politique d'entente et de collaboration entre le Laos et la Thaïlande, processus qui stimule les échanges et les flux de part et d'autre de la frontière. Les programmes bilatéraux s'inscrivent aujourd'hui dans le cadre de décisions émanant de l'ASEAN et du Greater Mekong Subregion (GMS), soutenu par la Banque Asiatique de Développement (BAD). L'objectif commun vise à renforcer les relations économiques entre les pays membres à travers d'accords dans le domaine de l'économie (signature de traités de libre échange), des infrastructures et de la sécurité.

Parmi les projets initiés entre les deux pays, la construction du pont de l'Amitié inauguré le 23 avril 1994, connectant Vientiane, la capitale du Laos à Nongkai dans le Nord-Est thaïlandais est hautement symbolique : financé par le gouvernement australien, le pont est en effet la première liaison routière entre la RDP Lao et la Thaïlande. Alors qu'il fallait plusieurs heures pour effectuer les démarches administratives auprès des deux bureaux de douanes à bord d'un ferry sur le Mékong, il faut aujourd'hui de 5 à 10 minutes pour traverser le pont en bus. Le pont reliant Savannakhet et Mukdahan ainsi que celui en projet pour 2010 entre Houaxay et

Chiang Khong (partie septentrionale de la frontière), parachève cette logique de mise en connexion du Laos et de son voisin thaïlandais. Dans ce contexte, le Laos est de moins en moins enclavé et se retrouve dans une position de carrefour, mettant en relation le sud de la Chine et les pays de la péninsule indochinoise. Les effets économiques attendus de ce nouvel ordre régional conditionnent en partie le développement futur du Laos.

- Projets concernant la santé

En matière de santé, la collaboration lao-thaïlandaise porte essentiellement sur le contrôle et la gestion des maladies transmissibles – paludisme, dengue, VIH, grippe aviaire - de part et d'autre de la frontière : l'objectif est d'établir un réseau de surveillance et de partage de l'information épidémiologique le long de l'axe frontalier afin de prévenir les risques de contagion transfrontalière, liés aux mobilités de personnes. Ces actions sont menées dans le cadre du « Mekong Basin Disease Surveillance Network (MBDS) » créé en 1999 par l'OMS et la fondation Rockefeller.

A l'inverse, il n'existe pas de collaboration formelle concernant la mise en commun des structures de soins frontalières, ou plus exactement dans le contexte décrit plus haut sur l'accueil et la prise en charge de patients laotiens pour des cas pathologiques précis, requérant des équipements ou des traitements spécifiques n'existant pas au Laos.

Le bureau stratégique du ministère de la santé publique thaïlandais a pourtant créé une directive [Thailand's Border Health Master Plan for 2005-2008], visant la prise en charge des patients n'ayant pas la nationalité thaïlandaise dans les hôpitaux publics des provinces frontalières au nom des droits de l'homme et plus particulièrement le droit de chaque individu d'avoir accès à une structure de soins de qualité. Cette directive vise en particulier les réfugiés birmans en exil dans le nord-ouest thaïlandais et répartis dans différents camps le long de la frontière : ce contexte de camp favorisant le développement et la diffusion de maladies transmissibles, la prise en charge des nouveaux arrivants est donc avant tout un moyen de prévenir les risques de transmission de maladies à l'intérieur du territoire thaïlandais. Si cette directive existe bel et bien dans les bureaux du ministère à Bangkok, elle est néanmoins tout à fait méconnue des acteurs de la santé au Laos.

Ce flou institutionnel et la non formalisation de la situation s'expliquent en partie par la divergence des intérêts respectifs vis-à-vis du phénomène de recours transfrontalier. La position thaïlandaise est vague car les mobilités des patients laotiens ont des effets mixtes sur le système de soins thaïlandais : alors que les flux dirigés vers le système privé sont sources de devises et confortent un certain business sanitaire frontalier, la prise en charge des patients laotiens dans le public pèse parfois sur les budgets des structures [The Nation, 24.09.1996 : ?]. Le gouvernement thaïlandais n'a pas intérêt à formaliser ces recours à travers la signature d'accords de prise en charge officielle, car cela viendrait très certainement accroître les effectifs de patients dans les structures publiques, ce qui alourdirait plus encore les budgets d'aide sociale dans les hôpitaux frontaliers déjà affectés. La situation actuelle est maintenue et les patients laotiens se soignent davantage dans les structures privées, qui sont inexistantes sous forme de larges infrastructures au Laos mais formant plutôt un réseau de petites cliniques de quartier. Les Laotiens constituent parfois jusqu'à 50 % de la patientèle totale de certains hôpitaux privés thaïlandais, mettant ces derniers dans une claire position de dépendance vis-à-vis des mobilités en provenance du pays voisin.

Côté laotien, le phénomène de mobilités éclaire explicitement le dysfonctionnement des structures de soins nationales ; pour cette raison d'ordre politique, source d'une perte de face

collective, les acteurs de la santé laotienne minimisent constamment les recours transfrontaliers et les considèrent comme des pratiques limitées exclusivement aux riches citadins de la capitale Vientiane. Cette attitude de déni vis-à-vis des recours de la part des membres du gouvernement et des fonctionnaires de la santé s'élabore dans un contexte où la Thaïlande est perçue comme une menace pour le Laos du point de vue culturel (via les programmes TV, les chansons thaïes diffusées sur les radios), constituant ainsi un danger pour la nation toute entière [Houmphanh, 1996]. Les recours transfrontaliers ont en outre une portée symbolique puisqu'ils soulèvent la question sensible de la faculté de l'État laotien à fournir à l'ensemble de sa population sur l'ensemble du territoire national des infrastructures de soins de qualité.

Les divergences de points de vue de part et d'autre ne laissent donc aucune chance à l'émergence d'un système de référencement institutionnalisé entre les hôpitaux qui se font face d'une rive à l'autre. Les patients qui désirent aller se soigner en Thaïlande aujourd'hui, le font donc par leur propre moyen et de manière informelle.

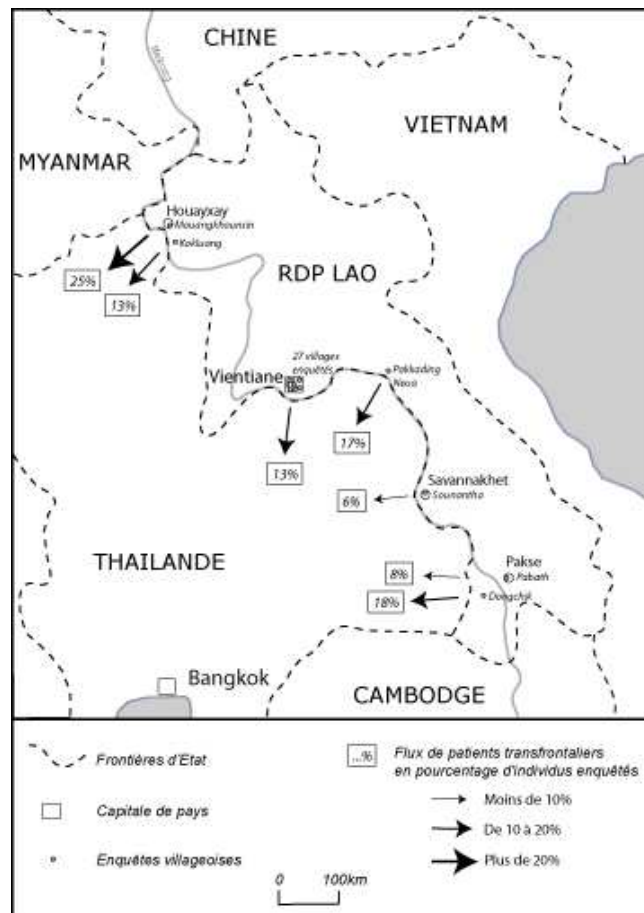
## **II. Recours transfrontaliers et réseaux informels**

En attendant l'émergence d'un système de soins efficace et conforme à leurs attentes, les Laotiens organisent une gestion originale de leur santé à travers les recours transfrontaliers, en marge des institutions étatiques. Cette pratique transfrontalière avait déjà été rapportée par l'anthropologue Richard Pottier (2004) qui avait mené une étude dans un village frontalier proche de Vientiane au début des années 1970.

Pour confirmer l'existence de ces flux de recours et les caractériser, des enquêtes par questionnaire suivies d'entretiens auprès des patients ont été menées en 2006-2007 dans cinq zones frontalières au Laos, soit un total de 33 villages étudiés dont 27 à Vientiane. A travers ces enquêtes, il s'agit d'établir les grandes lignes du phénomène de recours en Thaïlande ainsi que de relever les différences d'un point frontalier à l'autre. Si l'emploi des questionnaires permet de quantifier les flux et de dégager les principaux couloirs de mobilités liées aux soins, les entretiens réalisés auprès des patients (55 au total) permettent de mieux cerner les mécanismes et les modalités de ces itinéraires thérapeutiques particuliers. Les résultats et réflexions présentés plus loin dans le texte sur l'apport du réseau social du patient dans sa démarche de soins en Thaïlande sont issus de ces discussions.

Les premiers résultats des enquêtes établissent qu'il existe tout le long de la frontière des pratiques de recours transfrontaliers. Parmi les individus enquêtés, la proportion de ceux qui se sont déjà rendus en Thaïlande varie entre 6 et 25 % comme l'indique la carte 1. Ces recours sont d'une grande diversité du point de vue des profils de patients impliqués (socio-économiques, culturels, professionnels), des modalités de traversée (distance parcourue, transport), du choix des infrastructures de soins (hôpitaux publics ou privés). Les raisons médicales, pour lesquelles les Laotiens traversent, sont elles aussi multiples : accident de la route à traiter en urgence, dengue hémorragique ou traitement d'une maladie chronique, on retrouve le panel de pathologies que les hôpitaux laotiens ont des difficultés à prendre en charge.

**Carte 1 : Flux de patients le long de la frontière**



Carte réalisée par A. Bochaton, 2007

Néanmoins au delà de la variété des itinéraires individuels, il existe un élément récurrent dans la mise en œuvre du recours, constamment évoqué par les patients : en amont de chaque traversée, il y a en effet une prise de contact systématique du malade avec un réseau familial, amical et ou de voisinage afin d'être informé des structures de soins thaïlandaises existantes, de décider du mode de transport ou encore d'aider à financer le recours. Ces informateurs mobilisés parmi les connaissances du patient, agissent par conséquent à la manière d'un réseau informel qui s'étire parfois sur les deux pays dans le cas où le patient sollicite l'aide de personnes installées en Thaïlande.

*a) L'approche par les réseaux sociaux : transversalité socio-géographique*

o Réseau social & capital social

Nous entendons par réseau social « un ensemble d'unités sociales et des relations que ces unités sociales entretiennent les unes avec les autres, directement, ou indirectement, à travers des chaînes de longueurs variables » [Mercklé 2004 : 4]. Dans le cadre de notre recherche, le réseau social mobilisé par le patient est donc l'ensemble des individus qui, directement ou indirectement, aide le malade dans sa démarche transfrontalière en l'informant des structures de soins existantes ou en lui rendant un service lié.

Cela nous amène à développer l'idée que le réseau social d'un individu peut constituer pour lui une forme spécifique de ressources. On pose ainsi le postulat que, toutes choses égales par



ailleurs, les ressources sociales ont un effet propre sur l'individu, qu'il s'agisse de son ascension sociale ou plus spécifiquement ici de son recours aux soins et la manière dont il se soigne. Cette vision utilitariste du réseau social fait écho à la notion de capital social, développée par Pierre Bourdieu et entendue comme « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances » [Bourdieu 1980 : 2]. Le concept est particulièrement intéressant ici car il confère une dimension stratégique et dynamique aux réseaux sociaux. On considère donc le réseau social du patient comme son capital social au même titre que ses revenus constituent son capital économique et son éducation contribue à son capital culturel et sa maîtrise de l'espace forme son capital spatial. De nombreux auteurs se sont intéressés ces dernières années à l'influence que pouvait exercer le capital social d'un individu sur son bien-être, son état de santé faisant ainsi émerger les notions de solidarité et de cohésion sociale au centre des questionnements sur la santé et renouvelant les démarches classiques d'analyses menées exclusivement à partir de déterminants individuels [Carpiano 2006; Fassin 2003; Gatrell 2004; Veenstra 2007; Yip 2007]. L'approche par le capital social et plus largement par les réseaux sociaux « [...] se présente d'abord comme une méthodologie alternative : là où les études sociologiques classiques segmentent la réalité sociale et décrivent les comportements des acteurs sociaux à partir de catégories établies a priori (âge, sexe, profession...), l'analyse des réseaux s'intéresse aux liens entre les individus et les groupes pour étudier l'acteur à partir de sa relation aux autres » [Offner, Pumain 1996 : 146].

#### o Réseau et territoire

D'un point de vue géographique, l'analyse en termes de réseaux sociaux favorise elle aussi une approche transversale puisqu'elle permet d'« étudier la communauté en dehors de ses attaches spatiales et, plus largement, normatives » [Offner, Pumain 1996 : 147]. L'approche géographique classique est réalisée à travers le prisme du territoire, en tant qu'espace élaboré et aménagé par des politiques, façonné et remodelé en permanence par les sociétés qui l'habitent. Ce concept est bien adapté à une recherche sur les recours aux soins, résultats de l'interrelation entre l'offre sanitaire mise à disposition par la sphère politique et les pratiques des patients dans ce contexte sanitaire (appropriation ou non des structures sanitaires en présence.) Les recours aux soins sont donc des révélateurs du fonctionnement et de l'articulation des territoires sanitaires entre les différents acteurs. Néanmoins étudier les recours transfrontaliers suppose aussi de prendre en compte une composante réticulaire puisque les réseaux sociaux du patient sont en permanence sollicités en amont ou pendant la traversée. L'étude des recours transfrontaliers via les réseaux est nécessaire et constitue une alternative à l'approche traditionnelle des phénomènes géographiques en termes de catégories spatiales. Et comme le suggèrent J.M. Offner et D. Pumain, « ne peut-on pas envisager le réseau social, non comme une alternative au territoire, mais comme un mode de fonctionnement qui instaure de nouveaux territoires ? Ne peut-on pas avancer l'hypothèse qu'il existe dans l'espace un potentiel de relations qui, selon qu'elles sont activées ou non par des réseaux, conduisent à l'émergence de ces nouveaux territoires ? » [p.141]. Nous chercherons ainsi à identifier dans quelle mesure les réseaux sollicités par les patients au cours de leurs recours dans des structures thaïlandaises contribuent à l'émergence de nouveaux territoires, en l'occurrence des territoires transfrontaliers.

#### *b) Le réseau social du patient : un soutien matériel et un appui idéal*

Le réseau social mobilisé par le patient a une double fonction : tout d'abord celle de résoudre des difficultés d'ordre logistique et financier. Mais au-delà de ces considérations matérielles, le réseau social du patient fournit aussi un appui idéal à la concrétisation du recours, d'autant plus important qu'il s'élabore dans un contexte politique autoritaire.

- L'aide matérielle apportée par le réseau

Le réseau social du patient agit en premier lieu comme une ressource informationnelle, une aide à la prise de décision de se rendre ou non en Thaïlande et si oui où. Sur les 55 individus rencontrés, 54 ont cité un appui informationnel de la part d'une ou plusieurs personnes : au total 101 sources d'informations ont été mentionnées, soit une moyenne de plus de deux sources par patient, détaillées dans le tableau 2. Concernant leur localisation, 63% d'entre elles se trouvent au Laos, un tiers en Thaïlande et 3% à l'international.

**Tableau 2 : Localisations et description des ressources informationnelles**

<b>SOURCES D'INFORMATION</b>		
Au Laos (63)	Famille	15
	Connaissances (clients, patronne d'un salon de beauté, associés...)	15
	Voisins	12
	Amis	11
	Médecin ou staff médical laotien	6
	Médecin étranger basé au Laos	2
	Collègues (toujours au sein de sociétés étrangères)	3
En Thaïlande (34)	Médecin ou staff médical thaïlandais (référencement)	14
	Famille	5
	Chauffeurs de touk touk ou de voitures louées en Thaïlande	5
	Associé thaïlandais	4
	Amis	3
	Publicité, TV	2
	Inconnu rencontré en Thaïlande	1
Sphère internationale (3)	Famille laotienne à l'étranger	3

Source : enquêtes qualitatives réalisées par A. Bochaton et Vilavanh Xayaseng, 2006-2007

Au Laos, la famille et les « connaissances » au sens large arrivent en tête des ressources informationnelles ; ce terme générique de connaissance a été maintenu même s'il regroupe un vaste panel de personnes ressources : une commerçante rencontrée au marché, un associé, un client, la patronne d'un salon de beauté...tous ont toutefois en commun d'exercer une certaine autorité sur l'individu en quête de soins soit par l'âge, leur position sociale ou la confiance instaurée entre les deux individus. Si le référencement transfrontalier n'est explicitement pas pratiqué dans les hôpitaux laotiens, certains médecins recommandent parfois à leurs patients de se rendre en Thaïlande quand leur état de santé est jugé grave et impossible à traiter au Laos : cela a concerné 8 patients, dont 6 ont été conseillés par des médecins ou infirmiers laotiens et 2 cas par des médecins étrangers basés au Laos.

Les sources mobilisées en Thaïlande interviennent au moment où le recours est déjà engagé et leur rôle est de compléter et/ou corriger les informations déjà obtenues au Laos : ainsi dans 14 cas, les médecins thaïlandais consultés ont redirigé les patients vers des structures plus adaptées à leurs besoins de santé. Ces fréquentes réorientations des patients en Thaïlande, s'expliquent par la manière dont sont mis en œuvre les recours : il s'agit en effet souvent d'une démarche qui arrive en fin d'itinéraire thérapeutique quand l'état de santé du patient est critique ; la traversée se fait donc au plus proche, souvent en face du village d'origine dans des structures de type dispensaire où les équipements ne sont pas assez développés pour prendre en charge des pathologies lourdes. Une fois le diagnostic posé, le médecin lance la procédure de référencement vers un hôpital spécialisé et le patient est dans la plupart des cas véhiculé par ambulance.

Il est intéressant de noter que les chauffeurs de taxis et de touk touk thaïlandais sont sollicités dans les mêmes proportions que la famille vivant en Thaïlande ; malgré les informations réunies au préalable au Laos, le patient éprouve souvent le besoin de confronter ses sources avec celles des gens du pays qui connaissent le système mieux que quiconque et qui constitue une « valeur sûre ». Il se dessine donc une hiérarchie des intervenants au sein du réseau : tous n'ont pas le même degré d'influence et on a pu constater que les conseils provenant de la diaspora (3 patients concernées) s'imposaient comme une vérité malgré la distance géographique. Il en est de même pour les conseils émanant d'étrangers vivant au Laos (collègues, médecins, amis) qui souvent provoquent le recours là où les recommandations antérieures des membres de la famille proche n'avaient pas exercé d'influence.

On remarque enfin que la publicité exerce peu d'influence sur la prise de connaissance et de décision du patient malgré les nombreux efforts des hôpitaux thaïlandais pour s'imposer sur le marché laotien de l'offre privée (publicité dans les pages jaunes, présence de certaines structures hospitalières thaïes au cours de forum organisés à Vientiane...). Le bouche à oreille et la confiance envers l'interlocuteur restent déterminants dans la production du recours transfrontalier.

Le réseau social du patient intervient aussi dans le mode de traversée et la logistique propre au recours. Ainsi lors de leur premier recours en Thaïlande, 44 des 55 patients rencontrés ont été accompagnés par une ou plusieurs personnes, dont des membres de la famille (36), des amis (9), des voisins (13) ou des collègues (2). Parmi les 11 patients partis seuls en Thaïlande, 9 avaient l'habitude de traverser régulièrement pour des raisons diverses telles que la gestion d'un business transfrontalier pour 5 d'entre eux. Une patiente est partie seule afin de préserver le secret de sa traversée et l'acte médical pratiqué en Thaïlande.

Il est intéressant de noter que parmi les patients accompagnés la première fois, 7 d'entre eux y sont ensuite retournés seuls pour un suivi médical ou une nouvelle consultation. Une fois l'expérience transfrontalière vécue, le patient s'approprie l'espace frontalier et développe un capital spatial par la maîtrise des différents éléments de la traversée.

Enfin le patient, lorsqu'il en a besoin, peut compter sur son réseau social pour l'aider à prendre en charge une partie des frais hospitaliers. 13 patients ont ainsi été aidés par des membres de la famille au Laos (10), en Thaïlande (2) et même à l'étranger (1). Quelques-uns ont aussi emprunté à leurs voisins (2). 10 patients ont rapporté aussi avoir été aidé par les structures sociales des hôpitaux publics thaïlandais ; cette aide va d'une réduction équivalente à 10% de la somme totale à une prise en charge totale du patient quand sa situation financière est trop critique.

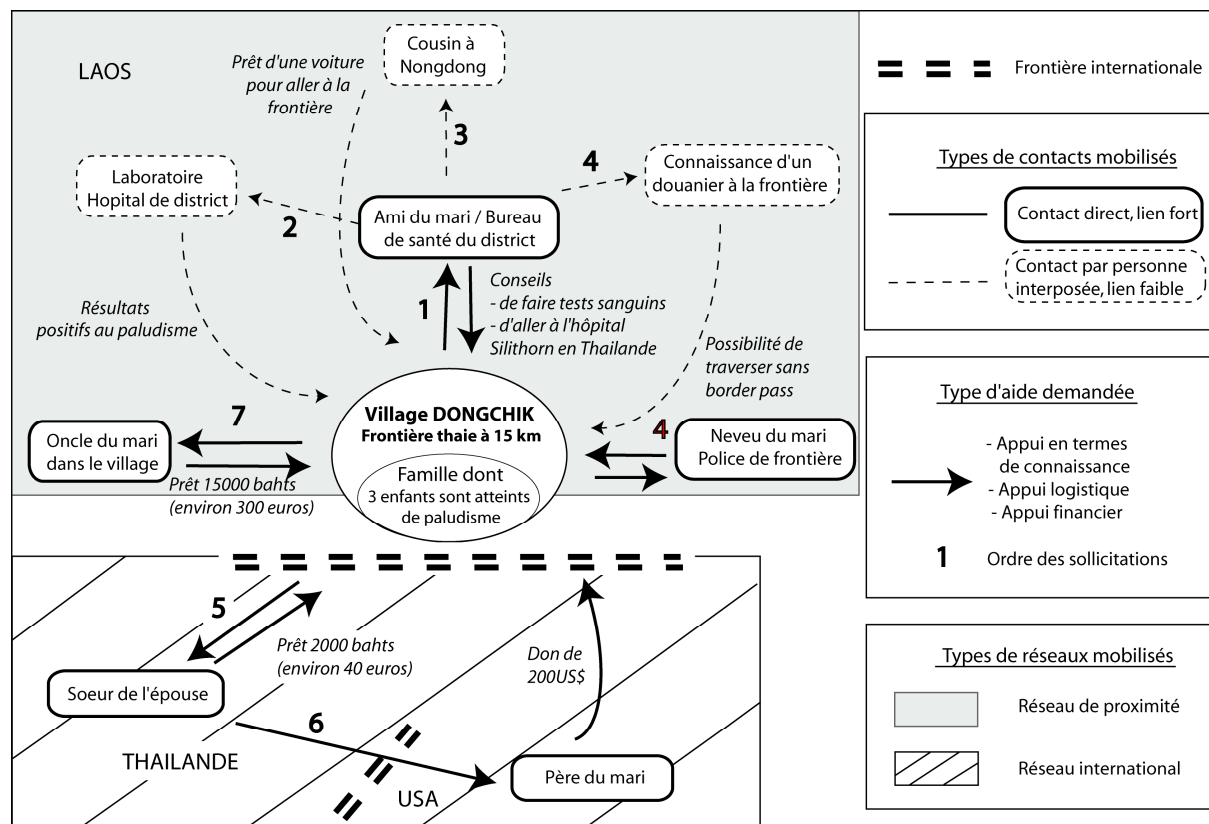
Qu'elle soit informationnelle, logistique ou financière, l'aide apportée par le réseau social du patient contribue à le rassurer et à lever les difficultés qui jalonnent le recours transfrontalier.

- L'appui idéal

Les recours transfrontaliers s'élaborent au Laos dans un contexte autoritaire, peu favorable aux pratiques de contournement des institutions étatiques et de critique même implicite. Comme le suggère Bernard Hours au sujet de la santé publique au Laos, « en l'absence de toute dynamique possible, la résistance passive constitue la stratégie commune des professionnels comme des patients. Les premiers vivent démobilisés dans la douceur de leur famille [...]. Quand aux patients [...] ils vont se faire soigner là où l'argent dont ils disposent leur offre une chance raisonnable de considération et de guérison » [Hours Selim 1997 : 36]. Aller se soigner en Thaïlande constitue souvent le dernier maillon d'un long itinéraire thérapeutique commencé et répété à plusieurs reprises dans les structures publiques et privées du Laos ; quand l'espoir de guérison n'est plus envisagé dans les structures nationales, alors certains patients choisissent d'aller en Thaïlande, bien conscients du caractère équivoque et de leur acte. Les entretiens qualitatifs menés auprès de certains d'entre eux ont en effet révélé les difficultés de mettre en parole la traversée comme si l'acte tel qu'il a été vécu n'était que partiellement assumé : certains craignaient que le récit de leur expérience puisse être employé à des fins politiques et se retourner contre eux. Le décalage entre les pratiques et leur verbalisation témoigne bien du carcan idéologique qui pèse dans les esprits. Pourtant les recours aux soins vers la Thaïlande existent et continuent d'exister. Nous considérons que les réseaux sociaux développés par les patients viennent largement légitimer les recours dans ce contexte idéologique. En effet, en apportant un soutien à la décision, un appui logistique et dans certains cas une aide financière, la responsabilité du recours est partagée entre tous les acteurs. Chaque recours en Thaïlande, même s'il est l'œuvre d'un seul patient, s'inscrit donc dans une trajectoire collective qui en retour le justifie.

Ce processus de légitimation est d'autant plus conforté que les interlocuteurs du réseau ont une position sociale élevée ou appartiennent aux institutions d'état. L'exemple du recours du couple et de leurs 3 enfants, représenté dans la figure 1, éclaire bien cette réalité : parmi les 8 acteurs sollicités pour divers motifs, 3 sont des agents de l'état : un membre du bureau de la santé du district qui joue aussi le rôle de volontaire de santé dans le village, une de ses connaissances - un douanier - et enfin un membre de la police des frontières, neveu du mari. Tous ont un rôle décisif dans le déroulement du recours, en conseillant le couple ou en lui permettant de traverser la frontière sans documents officiels mais par simple contrat oral. Finalement en faisant appel à des agents de l'état, les personnes en situation de recours réinsèrent leur pratique marginale dans un cadre conventionnel.

**Figure 1 : Stratégies de solidarité : du réseau de proximité à des logiques transnationales**  
*L'exemple d'un couple laotien en quête de soins pour ses 3 enfants atteints de paludisme*



Source : enquêtes réalisées par A. Bochaton et Vilavanh Xayaseng, 2006-2007

L'agent du bureau de la santé occupe une place centrale dans le réseau de solidarité développé par le couple : ce contact direct va en effet mobiliser trois de ses contacts personnels qui vont être à leur tour pleinement investis dans cette mission d'assistance. On retrouve à travers cet exemple la théorie de la « force des liens faibles » développée par le sociologue Mark Granovetter : « les individus avec qui on est faiblement lié ont plus de chances d'évoluer dans des cercles différents et ont donc accès à des informations différentes de celle que l'on reçoit » [cité dans P. Mercklé, 2004, p.60]. Ici les trois contacts indirects apportent en effet un soutien décisif à la famille, soutien qui n'aurait pas pu être mobilisé directement parmi les proches.

Le réseau du patient agit donc comme un médiateur entre une démarche transversale, qui sort du cadre classique en matière de recours aux soins et un régime qui en appelle à la conscience nationale de sa population pour se soigner dans les structures du pays ; de nombreux articles ont été publiés dans la presse laotienne au cours des dernières années afin de souligner la qualité des infrastructures sanitaires nationales et ainsi discréditer le phénomène de recours transfrontalier [Vientiane Times, 14 janvier 2005 : 3 / 11 novembre 2005 : 17 / 14 Novembre 2005 : 16 / 26 septembre 2006 : 9 ; Le Rénovateur, 25 Octobre 2006 : 14].

### *c) Formes géographiques des réseaux sociaux et émergence d'un territoire transfrontalier réticulé*

Les formes géographiques des réseaux mobilisés par les patients sont multiples. On a vu que le réseau pouvait se déployer simultanément sur plusieurs territoires nationaux, à l'image de la figure 1 : solidarité développée au sein du village, solidarité transfrontalière avec l'aide d'une proche vivant en Thaïlande qui elle-même va activer une solidarité transnationale, que le couple ne pouvait pas contacter directement depuis son village d'origine. L'imbrication des échelles dans le cas de cette famille témoigne bien d'une dynamique réticulaire, réponse à l'urgence sanitaire. Le très proche comme le très lointain influencent l'itinéraire thérapeutique de la famille par des appuis spécifiques, qui se complètent et donnent finalement la trajectoire finale au recours.

Néanmoins dans la majorité des cas, le réseau se cantonne à l'espace de proximité du patient. Le village est l'unité de base du système administratif pyramidal laotien et son importance structurelle et sociale a déjà été relaté par le passé dans de nombreux articles : le village est traditionnellement le lieu où il existe une longue tradition de l'entraide lors d'événements exceptionnels, tels que les mariages, les crémations ou lors d'épreuves [Taillard, 1977 : 74]. Parmi elles, la maladie peut constituer une source de difficultés que la communauté vient panser par son intervention. Il est donc tout à fait naturel que ce soit le réseau proche du patient qui intervienne dans la forme de son recours aussi bien dans les structures laotiennes que lorsqu'il s'agit d'un recours transfrontalier dirigé vers la Thaïlande. Des différences ont été relevées entre les zones rurales et urbaines enquêtées : les patients issus des villages de campagne ont un réseau social presque exclusivement constitué de membres de la communauté villageoise. Concernant les urbains, leur réseau s'est élargi au gré des mobilités quotidiennes et de leurs activités dans la ville. Mais dans les deux cas, le fonctionnement du réseau par bouche à oreille et son efficacité sont de même nature. La pratique transgressive et transfrontalière ne provient donc pas de l'extérieur mais au contraire est développée au sein de l'espace social laotien. C'est ce paradoxe que révèlent les recours aux soins transfrontaliers.

A son retour, le patient autrefois en demande d'informations devient source d'informations pour ses proches, ses voisins, ses collègues. Le réseau s'élargit ainsi de proche en proche et s'auto-organise. D'outil de solidarité, le réseau devient ainsi vecteur de diffusion des pratiques transfrontalières au sein du territoire laotien par les Laotiens eux-mêmes.

## **Conclusion**

### **Les territoires de l'institutionnel / les réseaux du fonctionnel**

A travers les recours transfrontaliers, on perçoit une disjonction entre les territoires du pouvoir et ceux pratiqués par la population ; les premiers répondent de politiques de santé nationales décidées par le Parti dans une logique de contrôle. L'objectif d'une couverture sanitaire à l'échelle du pays a certes été atteint avec la politique de construction des dispensaires mais la qualité des soins et l'approvisionnement en médicaments font parfois défaut d'où leur très faible fréquentation. Dans ce contexte, des pratiques transfrontalières s'élaborent pour répondre aux besoins de soins non satisfaits de la population. Elles s'appuient sur le mode du réseau social qui aide leur concrétisation et les justifient d'un point de vue idéal. La logique institutionnelle de maillage du territoire et la logique fonctionnelle d'aller se

soigner là où l'offre est la meilleure, apparaissent dissociées et éclairent l'échec de la politique nationale de santé établie depuis 1975 - relayée aujourd'hui par l'aide internationale.

La menace d'une influence thaïlandaise grandissante, véhiculée par le Parti, tenant du pouvoir, ne serait-elle pas finalement une version simplifiée de la réalité ? Les mécanismes transfrontaliers ne sont-ils pas aussi et avant tout l'œuvre des Laotiens, en recherche de soins plus performants, les conduisant inéluctablement vers la Thaïlande ? Miroirs d'une résistance passive de la population aux institutions que l'Etat impose, les recours transfrontaliers ne vont-ils pas à terme ébranler la stratégie d'intégration nationale promue depuis 1975 par la RDP lao ?

A la question « quelles sont les stratégies proposées par le gouvernement pour améliorer le système de santé actuel au Laos ? » posée à un haut responsable du Parti lors d'une réunion informelle en France en janvier 2008, sa réponse était : « le gouvernement a la volonté de laisser la place au secteur privé pour que la population ne parte pas en Thaïlande ». Sans même avoir mentionné les recours transfrontaliers dans la question, on constate que ces derniers sont aujourd'hui au centre de la réflexion du gouvernement sur sa politique sanitaire future. Les recours, considérés comme une fuite de patients, justifient ainsi que le ministère de la santé donne carte blanche au secteur privé, et cela à l'encontre des principes de sa politique initiée en 1975.

\*\*\*\*\*

Tout « territoire est toujours en voie de déterritorialisation, au moins potentielle, en voie de passage à d'autres agencements, quitte à ce que l'autre agencement opère à une reterritorialisation » [G. Deleuze et F. Guattari, 1980]

== structure dynamique du territoire, les réseaux peuvent en modifier l'organisation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

BOURDIEU P., 1980. « Le capital social : notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1980, vol.31, p. 2-3.

CARPIANO R.M., 2006. «Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? », *Social Science & Medicine*, vol.62, p.165-175.

FASSIN D, 2003. « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (full text in English on [www.e2med.com/resp](http://www.e2med.com/resp)), 51, p. 403-413.

GATRELL A., POPAY J., THOMAS C., 2004. «Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? », *Health & Place*, 10, p. 245-257.

HOUMPHANH R., 1995. The fast siamisation of Lao Culture Today: a serious cause for concern to the Lao people, *Culture, development and globalisation*, Proceedings of a series of symposia held at Nongkai, Hanoi, and Tokyo, p.??.

HOURS B., SELIM M., 1997. *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain. Marché, Socialisme et génies*, L'Harmattan, Paris, 398 p.

MERCKLE P., 2004. *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte & Syros, 123 p.

MIGNOT F., 2003. *Santé et Intégration nationale au Laos : rencontres entre montagnards et gens des plaines*, L'harmattan, Paris, 359 p.

OFFNER J.M., PUMAIN D., 1996. *Réseaux et territoires : significations croisées*, Groupement de recherche Réseaux du CNRS, La Tour-d' Aigues, Ed. de l' Aube, 280 p.

POTTIER R., 2004. *Santé et Société au Laos (1973-1978). Le système de santé lao et ses possibilités de développement : la cas de la zone de santé de Tha Dïa*. Texte remanié de thèse de doctorat en ethnologie. Comité de coopération avec le Laos, Paris, 505 p.

SUPANG C., AMORNTHIP A., SHATI R., 2002. *Cross-Border Transportation Infrastructure Development and HIV/ Aids Vulnerability at Nongkai-Vientiane Friendship Bridge*, Asian Research Center for Migration, Chulalongkorn University, 4 p.

TAILLARD C., 1977. «Le village lao de la région de Vientiane, un pouvoir local face au pouvoir étatique», *L'Homme*, XVII, 2-3, p. 71-100.

- VEENSTRA G, 2007. «Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada», *Health & Place*, 13, p.14-31.

- YIP W. and all, 2007. «Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China», *Social Science & Medicine*, 64, p. 35-49.

### **Articles dans la presse :**



## Au Laos

### *Vientiane Times:*

14 Janvier 2005, p. 3: Doctors say local hospitals give good service.

11 Novembre 2005, p. 17: Health care for a better nation.

14 Novembre 2005, p. 16: Modernising our hospital system.

26 Septembre 2006, p. 9: What do you think of our hospitals?

8 Janvier 2007, p.8: Will the Savannakhet-Mukdahan bridge bring good or ill ?

### *Le Rénovateur:*

25 Octobre 2006, p.14 : Et la santé...

10 Janvier 2007, p.7 : Le deuxième pont de l'Amitié n'a rien à voir avec la prostitution.

## En Thaïlande :

### *The Nation*

24 Septembre 1996, p.A7: Non-Thais prove burden to border medical services.

### *Bangkok Post*

27 Décembre 2006, np : Spread of diseases by travellers to be monitored

25 Décembre 2006, np : Lao girls place hopes on bridge

19 Décembre 2006, np : Thai-Lao bridge opening sparks crime fears