



HAL
open science

La société chilienne face aux migrations “ nouvelles ” : savoirs de santé et parcours de soin d’Haïtiens à Santiago du Chili

Marine Bertrand

► To cite this version:

Marine Bertrand. La société chilienne face aux migrations “ nouvelles ” : savoirs de santé et parcours de soin d’Haïtiens à Santiago du Chili. *Anthropologie sociale et ethnologie*. Université de Poitiers, 2017. Français. NNT: . tel-01891640

HAL Id: tel-01891640

<https://hal.science/tel-01891640v1>

Submitted on 11 Mar 2019

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.

La société chilienne face aux migrations « nouvelles » : savoirs de santé et parcours de soin d’Haïtiens à Santiago du Chili

MARINE BERTRAND



Ephaniel ALEXIS, Lo Valledor, 2015

Sous la direction de Véronique PETIT et de José María COMELLES ESTEBAN

Membres du jury :

José María COMELLES ESTEBAN, Professeur, Universitat Rovira i Virgili

Elisabeth CUNIN, Directrice de recherche, IRD

Françoise DUREAU, Directrice de recherche, IRD

Laurence KOTOBI, Maitre de conférence HDR, Université de Bordeaux

Véronique PETIT, Professeure, Université Paris Descartes

José Oriol ROMANÍ ALFONSO, Professeur, Universitat Rovira i Virgili

THESE DOCTORALE EN ANTHROPOLOGIE

Soutenue le 19 décembre 2017



La société chilienne face aux migrations « nouvelles » : savoirs de santé et parcours de soin d'Haïtiens à Santiago du Chili

MARINE BERTRAND

Sous la direction de Véronique PETIT et de José María COMELLES ESTEBAN

Membres du jury :

José María COMELLES ESTEBAN, Professeur, Universitat Rovira i Virgili

Elisabeth CUNIN, Directrice de recherche, IRD

Françoise DUREAU, Directrice de recherche, IRD

Laurence KOTOBI, Maître de conférence HDR, Université de Bordeaux

Véronique PETIT, Professeure, Université Paris Descartes

José Oriol ROMANÍ ALFONSO, Professeur, Universitat Rovira i Virgili

THESE DOCTORALE EN ANTHROPOLOGIE

Soutenue le 19 décembre 2017

Cette thèse a été réalisée à l'Université de Poitiers.

J'ai bénéficié d'une allocation doctorale du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement et de la Recherche.

J'ai également reçu une aide financière de la part de l'Institut des Amériques, de l'École doctorale SORG et du laboratoire Migrinter, dont les soutiens ont été essentiels à la réalisation des missions de terrain.

Marine BERTRAND

La société chilienne face aux migrations « nouvelles » : savoirs de santé et parcours de soin
d'Haïtiens à Santiago du Chili

Thèse doctorale en Anthropologie

Dirigée par Jose María COMELLES ESTEBAN et Véronique PETIT

UMR 7301 - Migrinter. Université de Poitiers



Imprimée à Poitiers en octobre 2017

REMERCIEMENTS

Face à une liste si longue de personnes qui m'ont accompagnée, (ap)portée, soutenue, dans la réalisation de cette thèse, je pourrais suivre les conseils avisés de ma sœur et signaler que je les remercie toutes, en espérant n'avoir oublié personne. Au risque de perdre le lecteur dès le début de cet ouvrage, je me lance malgré tout dans une liste plus détaillée.

Je tiens à exprimer ma gratitude et mes remerciements à mes directeurs pour leur suivi au cours de ces longues années. À Josep María Comelles pour m'avoir transmis dès le master sa passion pour l'anthropologie médicale et m'avoir encouragée à faire ce doctorat. À Véronique Petit pour votre chaleureux accompagnement. Vos savoirs ont amplement contribué au déroulement de cette recherche et à ma formation.

Aux membres de mon comité de thèse, qui incluait Françoise Dureau et Anne-Cécile Hoyez ainsi que mes directeurs, je vous adresse mes vifs remerciements. Ces rencontres ont été extrêmement précieuses et ont guidé l'avancée de mes recherches, je vous en suis sincèrement reconnaissante. À Françoise tout particulièrement qui dès les commencements a soutenu mon projet et sans qui jamais cette aventure ne serait venue à bout. Pour avoir su trouver les mots nécessaires, pour avoir toujours respecté mes émotions et mes engagements, pour les conseils toujours très avisés et précis, pour votre pédagogie et pour l'ensemble des projets auxquels vous m'avez permis de participer, merci infiniment.

Je tiens également à remercier Oriol Romani, Elisabeth Cunin, Laurence Kotobi et Françoise Dureau d'avoir accepté d'être jury de cette thèse et de me faire l'honneur de leur présence.

Des difficultés administratives ont conduit à rompre en fin de parcours la cotutelle dans laquelle cette thèse s'était inscrite, entre l'Université de Poitiers et la Universitat Rovira i Virgili. Si cette thèse est finalement présentée uniquement à l'Université de Poitiers, elle s'est déroulée au sein du laboratoire Migrinter (Université de Poitiers) et du Dafits (Universitat Rovira i Virgili). Je tiens à remercier leurs membres pour les enseignements transmis, les expériences et les échanges au cours de ces années de thèse. Un chaleureux remerciement aux différents membres de la direction, de la gestion administrative et du soutien à la recherche : Kamel Dorai, Cédric Audebert, Thomas Lacroix, Maurad Hamaidi, Alexandra Brunaud, Emmanuel Demaury, Gille Dubus et Carole Tardif ; à Nuria Martorell et Pedro Marta pour leur aide et leurs conseils réguliers. Merci encore à Nathalie Kotlok pour sa compréhension et son soutien ; et à Pascaline Daccord de l'école doctorale SORG pour sa patience et ses réponses. À mes collègues doctorants, compagnons d'aventure, amis, pour les moments partagés et les projets mis en place ensemble, je vous remercie.

Merci encore à Guerlande et Limaner pour m'avoir transmis les bases du créole et vous être toujours montrés disponibles pour m'aider à sa compréhension, son écriture et sa traduction.

À Maria Emilia Tijoux et toute l'équipe du *Fondecyt*, pour m'avoir intégrée à cette recherche, m'avoir énormément transmis sur les pratiques de recherche collective et sur le Chili, un grand merci pour votre accueil et les connaissances partagées. À Yasna Contreras qui m'a toujours reçue chaleureusement au Chili et m'a également beaucoup enseigné de son pays.

À toutes les personnes qui au Chili ont rendu cette expérience de recherche passionnante et m'ont transmis leurs savoirs et parfois leur amitié. Aux personnes rencontrées à Los Nogales, qui m'ont ouvert leur porte, m'ont accueillie et nourrie, m'ont présenté, expliqué et répété bien des informations. Pour votre confiance, vos partages, vos enseignements, pour les expériences que vous m'avez permises, je vous remercie sincèrement. Pou konfyans nou te fè mwen, pou lakay nou nou te louvri pou mwen, pou ansèyman nou yo,

pou tout eksperyans nou te pèmèt mwen, map di nou mesi anpil. Gertrude, Myrlande, Guirlène, Lucson, Idalie, Herline, Siliette, Guslaine, Germaine, Madna, Deles, Astrid : mesi pou amitye nou, mwen pa janm bliye sa. M vlé di mesi anpil ak Gertrude epi ak Guirlène pou nou de ti fiyèl nou te ba mwen.

A Erwin Mike Walker, que tus pasos sean numerosos y felices. Esta tesis te esta dedicada.

Merci également aux professionnels du centre de santé de Los Nogales et de *Gota de Leche* qui ont accepté ma présence et ont offert des réponses à mes questions. À Maigo tout particulièrement pour son engagement.

Je tiens à remercier tout autant (par ordre d'apparition dans le déroulement de cette thèse) :

Mis compañeros de Tarragona, compañeros de casa, de amistad y de master, compañeros de alma. Particularmente Gözde y Camilo, por su apoyo, su paciencia y su felicidad. A Paty quien supo ayudar a canalizar mis energías en muchas ocasiones, quien fue una bruja central en mi crecimiento y aprendizaje personal. A Carmen, y con ella sus ancestras Wayuu quienes guiaron mis pasos. Su acompañamiento y su fuerza llevaré siempre y trataré de seguir repartiéndoles.

À Yann, qui a su écouter les prémices de mon projet de thèse et qui m'a soutenue, poussée, réconfortée, éclaire bien des zones d'ombre (etc.) pendant la construction du projet de recherche puis tout au long de cette thèse. Cher cousin, je souhaite à beaucoup de croiser ta route.

À mes colocataires d'ici et là-bas. Au Chili, Betania, Violeta, Brenda, Myrlande, Gabriel ; à Poitiers, Sarah, Martine, Anne, Nene, Franck. Mais aussi Yoro, Mohamed, Losseny et les autres. Pour tous les moments passés ensemble, je ne vous remercierai jamais assez. Un merci tout particulièrement à Martine pour toutes ces aventures et pour avoir su rendre ces années poitevines très enrichissantes.

À Anne, Lélia, Désirée, Carla, femmes essentielles à ma vie. Pour votre passion, votre énergie et pour votre présence, merci.

À tous mes amis et mes proches qui m'ont soutenue, encouragée, célébrée et fait vivre pendant ces dernières années, un grand merci. À Aurélien pour la co-rédaction, la patience et les rires. A Paola y Lía, por su cariño y su acogida. À Pierre, pour sa lumière et ses mystères. A todos mis « asistentes de investigación » : Gabriel y su mirada sociológica en tiempo de terreno y su ayuda de último momento ; a Chino, Gonzalo y Paty, por la experiencia traumática y por el consuelo en el Raíces, que permitieron un gran avance científico; a Chunchu, por haberme permitido conocer al misterioso mundo de Lo Valledor. Un grand merci aussi à ceux qui m'ont accueillie chez eux pour me permettre de travailler : mes grands-parents, les Bertons, Dominique, mes parents.

À tous les jeunes et à l'équipe de Min' de Rien. Ces aventures n'ont pas fait avancer cette thèse, mais elles donnent sens au monde et contribuent à le rendre plus beau. Aux jeunes tout particulièrement, vous n'en êtes probablement pas conscients, mais vous êtes de superbes professeurs. Que vos chemins se poursuivent vers des jours plus heureux. Aux coéquipiers qui ont pris sur eux ce que je ne pouvais plus assumer afin de venir à bout de ce projet, je vous remercie très sincèrement.

À ma famille bien évidemment, sans qui, rien de tout cela ne se serait déroulé de la sorte. Mes frères et sœurs, Jean-Baptiste, Hélène, Mahaut, Guilhem, pour votre amour et votre humour. Mon neveu Léo et ma nièce Lily-Rose, nés pendant cette période, que ma libération nous réunisse plus souvent. À mes parents, responsables de l'ensemble. Sans vous, ces mots n'auraient pu être imprimés. Votre accueil ces dernières semaines en est l'exemple : il a été incroyable et je ne vous remercierai jamais assez. Non seulement vous

m'avez permis de et aidée à finir ce travail, mais vous m'avez offert les conditions pour que cela ne soit pas trop douloureux. Vous êtes extraordinaires.

Merci à tous qui avez rendu cette aventure possible et si riche. Vous disposez de ma reconnaissance éternelle.

(Si malgré tout, quelqu'un a malencontreusement été oublié dans ces pages, qu'il sache que je le remercie tout aussi chaleureusement. Et j'espère, cette fois, n'avoir oublié personne).

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
Partie I. La société chilienne observée depuis la santé des migrants. Aspects théoriques et méthodologiques	7
Chapitre 1. Cadre théorique : la santé, révélateur social.....	11
Chapitre 2.La santé des migrants, ou comment la « place » qui leur est assignée impacte leur santé et leur accès aux soins	25
Chapitre 3. Problématique et méthodologie	45
Partie II. Contours de la Nation, structure interne et « place » des migrants	95
Chapitre 4. Construction historique des limites de la société chilienne et de sa structure : Nous et les Autres, de la colonisation à la dictature.....	101
Chapitre 5. Société chilienne contemporaine. Contours, structure interne et « nouvelles » migrations.....	119
Chapitre 6. Processus d'émergence sur la scène publique d'un débat sur les migrations, les migrants, leurs droits et devoirs.....	140
Intermède. Itinéraire thérapeutique de Stevenson	209
Partie III. Santé, maladie et soin de migrants haïtiens à Los Nogales.....	225
Chapitre 7. Migration haïtienne au Chili.....	229
Chapitre 8. Conditions d'habitat et de travail des Haïtiens de Los Nogales.....	251
Chapitre 9. Biomédecine	279
Chapitre 10. Vodou, Médecine Créole et Église évangélique	316
Chapitre 11. Savoirs de l'auto-soin et construction des parcours de soin.....	346
Conclusion générale.....	368
Resumen en español : La sociedad chilena frente a las migraciones « nuevas » : saberes de salud y trayectorias de atención de Haitianos en Santiago de Chile.....	435

NOTES PRELIMINAIRES

Le terme biomédecine est utilisé dans cette thèse en référence à la médecine scientifique et expérimentale.

Le terme auto-soin est employé et correspond à une traduction littérale de *auto-atención*, tel que développé par Eduardo Menéndez. Il est défini comme « les représentations et les pratiques que la population utilise à échelle de sujet et de groupe social pour diagnostiquer, expliquer, s'occuper, contrôler, soulager, supporter, guérir, solutionner ou prévenir les processus qui affectent la santé en termes réels ou imaginaires, sans l'intervention centrale, directe et intentionnelle de guérisseurs professionnels »* (Menéndez, 2003, p. 198).

Les citations d'ouvrages en espagnol ainsi que les extraits d'entretiens en espagnol et en créole haïtien ont été traduits par mes soins. Ces extraits sont marqués d'un astérisque.

INTRODUCTION GENERALE

Marché Lo Valledor, cinq heures du matin.

À pas lents, au rythme du péage d'entrée, nous pénétrons dans l'enceinte du marché au gros. Depuis l'intérieur du camion glacé de Chuncho, je reconnais les lieux, je retrouve les odeurs. Je ressens cette même impression de petitesse devant ce monstre aux hangars gigantesques. Plongés dans le brouillard, les camions sont rangés côte-à-côte en d'interminables files. Ils arrivent à peine à contenir les citrouilles, les courgettes ou les salades qui débordent de leurs remorques sans toit. Entre les camions, des visages émaciés, encore silencieux, sont éclairés par les feux de camps allumés. Les corps abimés se réchauffent, en attendant les prochains clients ou l'arrivée d'un camion à décharger.

Avec le jour qui se lève, le rythme s'accélère progressivement, les bruits se font plus forts, précipités ; dans les allées, les camions, camionnettes, voitures, charrettes, piétons se gênent, se tamponnent, et repoussent les limites de la physique la plus basique en parvenant à se croiser. Parmi les véhicules, les *teteras* et *cafeteras* circulent et invitent les habitués à se réchauffer grâce à un café ou un thé chaud. Depuis les remorques, on prépare et range les légumes ou les fruits à vendre, on interpelle les clients qui passent, on se cherche. Des hommes poussent des charrettes en bois chargées d'une quantité impressionnante de produits ; ils travaillent pour des acheteurs et transportent à la force de leurs bras les marchandises vers les camions particuliers. Ils doivent faire attention à ne pas glisser sur les détritrus végétaux qui jonchent le sol.

« Tu vas voir, tu vas être surprise » me dit mon ami Chuncho, « il y a des Haïtiens partout maintenant ! Ça marche bien pour eux ici. Ce sont des bons travailleurs, ils sont génétiquement plus grands et forts et ils sont de confiance : ils ne volent pas ». Il précise qu'au Valledor, les Haïtiens vident les camions, gèrent la vente pour des patrons, organisent les produits dans les boutiques, et quelques-uns commencent même à avoir leurs propres entreprises. Mais ils sont encore rares. Il y a également des femmes haïtiennes qui préparent les produits dans les boutiques, ou qui poussent des caddies pour vendre du thé aux travailleurs. Pour me montrer, il m'emmène vers son vendeur de choux-fleurs, Haïtien en poste depuis plusieurs mois maintenant, de grande confiance.

Depuis la remorque du camion dont il a la charge, Louis envoie des choux-fleurs à Josué, debout sur la charrette du porteur d'un client. Deux par deux ; ils doivent en charger cinq cent. Perché sur le camion voisin, flanqué d'un bonnet et d'une paire de gants, Odney les observe et commente : « *Se sa ki inivèsite nan Chili*. Tu vois comme on travaille au Chili ? Tu vois comme il prend les choux-fleurs ? Tu vois comment il les passe ? C'est ça l'université au Chili ! »*. Ils rient, se chamaillent, nous ignorent. Profitant de nous avoir en potentiel public, les travailleurs chiliens du camion d'en face s'approchent de nous et l'un eux lance à Josué tout juste descendu de son camion : « *Oye weon, usted es masisi !* »¹. Ils rient et entourent Josué en lui donnant des frappes viriles sur l'épaule en répétant tous « *Masisi ! Masisi !* ». Ils l'insultent, en créole, et semblent ravis. Ils nous prennent alors à témoin et nous expliquent que bien sûr ces blagues sont pleines d'affection, qu'il ne faut pas croire qu'ils maltraitent leurs compagnons haïtiens, au contraire, ceux-ci ont été bien accueillis ici à Lo Valledor et ils ont appris à apprécier l'humour typique chilien. Le langage est dur en ces lieux, l'humour souvent impitoyable.

« Je préfère les ignorer », nous explique l'homme qui avait pourtant rigolé, comme fatigué et las, aux moqueries. Il ne s'habitue pas à ces blagues, mais cherche à s'en détacher en expliquant qu'elles viennent de l'ignorance de ces personnes. Il les

¹ « Hey mec, t'es un pédé ». *Masisi* est une insulte assez commune en créole haïtien, elle vise les homosexuels et les transgenres. Lors de mon travail de recherche, j'ai entendu plusieurs Chiliens répéter ce mot ; on m'a même raconté que des médecins du service public l'employaient entre eux.

supporte, car ici il gagne un bon salaire. Il peut gagner jusqu'à 50 000 pesos par jour² : les jours de grande chance quand il y a deux camions à décharger. Le salaire le pousse à supporter la dureté du travail ; il espère pouvoir louer une maison pour sa femme et son nouveau-né. *Si Bondye vle*, si Dieu le veut. Ou au moins un deux-pièces.

Arrivé à une heure du matin, il partira dans l'après-midi quand les camions seront vides. Il rejoindra son domicile sur son vélo rafistolé, dans la rue du marché du dimanche à Los Nogales. Dans la soirée, il se rendra chez Karry, pour recevoir un massage qui allègera ses douleurs de dos. Voir un docteur ? Il ne peut pas, il n'a pas le temps de prendre un rendez-vous ni de s'y rendre ; d'ailleurs il n'a même pas d'assurance maladie faute de contrat de travail. Il pourrait se rendre aux urgences du *ti lopital*, le centre de santé du quartier, mais il ne veut pas. Il a déjà essayé et là-bas, on lui fait juste une piqûre qui calme momentanément ses douleurs. Il préfère voir Karry, « qui sait manier » ; aujourd'hui, c'est la troisième et dernière session de soin, les massages devraient le soulager. Enfin... *si Bondye vle*.

L'immigration haïtienne au Chili s'inscrit dans un nouveau mouvement migratoire vers ce pays qui débute à la fin de la décennie 2000. Si avec le retour à la démocratie dans les années 1990 le pays s'était ouvert à l'immigration, les dynamiques migratoires récentes présentent d'importantes transformations qui leur donnent un caractère inédit. Elles se singularisent avant tout par une forte croissance du nombre de migrants et par une diversification de leurs pays d'origine. La réouverture des frontières à la fin de la dictature avait conduit à une augmentation des flux et des circulations migratoires depuis les pays voisins du Chili, à savoir l'Argentine, le Pérou et la Bolivie. Entre 1982 et 2002, le nombre de résidents étrangers passe ainsi de 83 805 à 195 320 personnes (Martínez Pizarro, 2003b). Depuis la fin des années 2000, l'augmentation des flux et des stocks d'étrangers au Chili s'est encore accentuée et le nombre d'étrangers dans le pays est estimé à 410 988 en 2014, soit 2,3% de la population du pays³. Par ailleurs, ces populations ne proviennent désormais plus seulement des pays voisins, mais de toute l'Amérique latine et des Caraïbes, et notamment de l'Équateur, de la Colombie, d'Haïti, de la République dominicaine, du Brésil, du Venezuela, ou encore de l'Asie.

La nouveauté de ces migrations naît aussi de la visibilité sociale nouvelle de ces populations étrangères au Chili. Une visibilité liée au nombre grandissant de migrants et à leur progressive organisation en associations culturelles ou politiques. Mais surtout, une visibilité liée à l'irruption dans l'espace public de corps marqués d'une radicale altérité. De corps noirs. De corps venus de la Colombie, d'Haïti ou de République dominicaine. De corps dont la couleur est marquée du sceau de la différence par les idéologies coloniale et étatique-nationale constamment actualisées. Dans une société qui s'est construite en se définissant comme blanche et européenne, qui a effacé la présence des esclaves africains de son histoire officielle et qui souffre encore de devoir reconnaître l'appartenance des peuples originaires⁴ à la société, l'avènement de ces corps noirs dans l'espace social ne peut passer si inaperçue. C'est là une première hypothèse de cette recherche : l'imaginaire associé à cette couleur est si ancré dans la société chilienne, que la présence de ces migrants rend visible l'immigration dans le pays. Elle oblige la société chilienne et l'État à constater

² Ce salaire est beaucoup plus élevé que celui que l'on peut toucher avec un contrat de travail ou dans un travail dans les secteurs de la restauration ou de la construction. Le salaire minimum, qui est bien souvent celui touché dans ces métiers est de 225 000 pesos chiliens en 2014 (ou 310 euro), soit 7 500 pesos chiliens par jour.

³ Pour 17,61 millions d'habitants en 2014. Ces estimations sont produites par le *Departamento de Extranjería y Migración* (2016a). Ces chiffres excluent les personnes en situation irrégulière et celles qui disposent d'un permis de séjour temporaire, ces dernières étant estimées 140 000 en 2014.

⁴ Au long de cette thèse je ferai référence aux peuples autochtones comme des peuples originaires, selon la traduction littérale de « pueblos originarios » répandue en Amérique latine. J'utiliserai également le terme « indígenas », employée actuellement au Chili en référence aux peuples originaires et celui de « indios », qui correspond au terme historique employé notamment dans la littérature coloniale.

la présence de migrants en son sein, à considérer la non-adaptation des politiques et de la législation migratoires en vigueur. Elle porte l'immigration en un sujet de réflexion, de débat, de tension, de préoccupation, d'intérêt de la part d'une diversité toujours plus importante d'acteurs sociaux. Elle place les migrants au cœur des enjeux sociétaux et sociaux actuels. Plus encore, elle pousse le Chili à s'interroger sur lui-même. À observer la construction historique de ses propres frontières. À questionner son histoire officielle, les figures nationales et l'identité chilienne. À s'interroger sur les hiérarchies qui structurent la société et les critères sur lesquels elles reposent. À parler, pour la première fois, de racisme.

Les dynamiques migratoires récentes ont en effet fait l'objet ces dernières années d'un intérêt croissant de la part de nombreux acteurs sociaux de la société chilienne. Les universitaires multiplient les recherches et les espaces de discussion sur la migration ; les associations, fondations et organisations qui soutiennent et accompagnent les migrants augmentent en nombre ; la presse porte toujours plus d'intérêt au sujet, diversifiant thématiques et points de vue avec les années ; des manifestations, des rassemblements en soutien ou à l'encontre des migrants s'organisent plus fréquemment ; des institutions publiques identifient des particularités à leurs actions envers ces populations et créent des programmes spécifiques. Tous construisent et diffusent des idées autour de l'immigration et tous contribuent à problématiser la question migratoire au Chili. Si les points de vue divergent, ces acteurs sociaux s'accordent pour interpeller l'État chilien sur la nécessité de réguler l'immigration, de redéfinir la législation migratoire et de clarifier et actualiser les politiques migratoires. La problématisation de la question migratoire et la pression exercée sur l'État montrent la mise en place d'un débat idéologique, moral, politique dont les enjeux sont de taille. Un débat autour des conditions d'entrée des étrangers dans le pays, autour de leurs droits une fois installés et de leurs obligations. Dit autrement, il s'agit d'un débat sur les possibilités et les conditions de participation de ces étrangers au contrat social qui unit les membres de la société. C'est donc de leur « place » dans la société chilienne dont il est question.

En effet, pour Didier Fassin, « *immigrants and foreigners seem thus to be the paradigmatic group of greatest liminality since they belong neither to the community of origin nor to that of the nation (...). Yet, they are still members of the society to which they contribute through their work, culture, and sociability, and whose solidarity they put to the test by forcing it to define the extent of its duties (Noiriel, 1988)* » (Fassin, 2004, p. 204). La question de leur place dans la société met en exergue les limites du contrat social et pousse la société à se positionner quant à celles-ci⁵. Il est ici question de la légitimité de ces étrangers à participer à la société dans laquelle ils s'installent. Plus encore, selon Fassin (2009), de leur biolégitimité, c'est-à-dire de la valeur accordée à leurs vies. Car, non seulement dans ces débats est en jeu leur participation politique à la communauté d'installation, leur situation dans les rapports sociaux qui la structurent, mais également la définition de si leurs vies et leurs corps méritent l'attention, la préoccupation et l'investissement de la société d'accueil (S. Willen, 2012, p. 806). En effet, la définition de leur place, et donc de leurs droits et de leurs devoirs, se traduit dans les conditions de vie, de travail, de logement, d'accès au soin et finalement, en termes de morbidité et de mortalité (Fassin, 2004, 2009). Les inégalités sociales de santé, qui ne sont rien d'autre que des inégalités face à la vie et à la mort, reflètent ainsi les valeurs morales sur lesquelles reposent les différenciations entre des populations dont les vies valent « plus » ou « moins ». Et ce sont bien les choix établis par les sociétés qui sont en jeu ici. Car, si les sociétés ont

⁵ Il n'est alors guère étonnant d'observer la co-présence de débats - pour certains émergents - autour d'autres groupes en marge, luttant contre une répression de la part de l'État (comme dans le cas des Mapuche) ou pour une reconnaissance de leurs identités (mouvement afro-chilien dans le Nord du pays, mouvement LGBT), voire de droits qui leur seraient particuliers (par exemple, des groupes qui cherchent à se faire reconnaître comme *indigenas* dans le but de protéger leur territoire face à l'installation d'industries minières). Tous revendiquant leur appartenance de plein droit à cette société.

« un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort »⁶ (Foucault, 2001, p. 181, cité in Fassin, 2009, p. 53), « faire vivre » pour Fassin, « *actually supposes implicit or sometimes explicit choices over who shall live what sort of life and for how long. In most cases, it is not formulated as such. But choices in terms of health and social policies, on employment and housing programs, on education and welfare, have concrete and measurable impacts on life expectancy, which is the average duration of life* » (2009, p. 53)⁷.

Aussi, lorsque l'État chilien est sollicité pour établir les droits et les devoirs des migrants, pour statuer sur qui peut prétendre s'installer légalement dans le pays et sous quelles conditions, lorsque de nombreux acteurs sociaux agissent ou opinent en faveur ou contre ces populations, c'est bien de la définition de la valeur à accorder à ces personnes dont il est question. Mais aussi de la définition du « nous » chilien, des frontières externes de la communauté nationale et des hiérarchies internes à la société. Comment alors se construit ce débat autour de la place des migrants dans la société chilienne ? Quelle légitimité d'appartenir à la société chilienne leur est attribuée et sur quels critères se justifie la différenciation entre ceux qui sont considérés légitimes et les autres ? Comment cette illégitimité s'articule et se nourrit de processus de différenciation et de hiérarchisation sociales basées sur des critères de race, d'ethnie, de sexe ou de classe ? Comment la place qui est accordée à ces migrants se matérialise, comment se traduit-elle dans le traitement social qui leur est fait ? Et comment ces différenciations s'expriment-elles en termes de santé, de morbidité, d'accès aux soins et de mortalité ?

Cette thèse prétend apporter des éléments de compréhension à ces questionnements à partir de l'observation des conditions de vie, de l'état de santé, des savoirs de santé et des processus de soin de migrants, et plus particulièrement de migrants haïtiens. L'inscription des Haïtiens dans différentes catégories sociales altérisées (ils sont « migrants », « noirs », « Haïtiens », « Caribéens », non-hispanophones) en font une sorte d'*idéal-type* des migrations « nouvelles » au Chili. Ils s'installent au Chili depuis 2010 et présentent le taux de croissance de visas délivrés le plus élevé. « Noirs » et non-hispanophones, ils portent l'évidence de leur différence. Leur nationalité est un élément important : objet de représentations, elle participe à situer les migrants dans une hiérarchie sociale entre les migrants. Aussi, la radicalité de l'altérité qui leur est attribuée et la forte visibilité sociale dont ils font l'objet rendent particulièrement lisibles les processus de différenciations qui opèrent sur eux et donc les rapports de pouvoir dans lesquels ils s'inscrivent.

Pour construire et préciser ce questionnement, les deux premiers chapitres de la première partie propose une révision de littérature et la définition d'un cadre théorique. Le premier chapitre s'arrête sur les théories de l'anthropologie médicale et notamment sur ses courants critiques. En repartant dans l'histoire de la discipline et en s'intéressant aux théories, concepts et méthodes de l'anthropologie médicale critique, un premier niveau du cadre théorique de cette thèse est défini. Il justifie la proposition de partir des problèmes, des savoirs et des expériences de santé et de soin des individus et des groupes sociaux pour éclairer des dynamiques sociales plus larges. Le deuxième chapitre précise ce cadre et s'attache plus particulièrement à la littérature des sciences sociales sur la santé des migrants. Si le premier chapitre permet de comprendre que la situation sociale des individus et des groupes sociaux, c'est-à-dire leur insertion dans les rapports de pouvoir qui structurent une

⁶ «On pourrait dire qu'au vieux droit de faire mourir ou de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort» correspond au propos tenu par Michel Foucault (1976, p. 181).

⁷ Ces propos de Fassin apparaissent dans une discussion qu'il mène avec les écrits de Foucault sur le biopouvoir. Fassin défend que la biopolitique dans les sociétés contemporaines n'est pas seulement une question de gouvernement et de discipline des corps en vue d'une normalisation de la population, mais de valeurs et de sens donnés à la vie en général et aux vies en particulier. Aussi, plus que par leur pouvoir sur la vie, il faut observer les sociétés au travers de la légitimité qu'elles accordent à la vie, et à la production d'inégalités qui résultent de la définition des vies qui méritent d'être et celles que l'on peut laisser mourir (2009).

société, affecte de manière différenciée leur santé, le second s'attache à identifier dans la littérature existante ce qui affecte de manière particulière les migrants. Dans plusieurs pays, à même âge et catégorie socio-professionnelle, les migrants sont généralement en moins bon état de santé que les nationaux. Différents mécanismes opèrent pour inscrire les migrants dans des processus de différenciation et de hiérarchisation sociales qui se matérialisent dans un moins bon état de santé et qui affectent expériences, savoirs et parcours de soin des migrants. Ces deux chapitres définissent un cadre théorique sur lequel repose la construction de la problématique, exposée dans le chapitre 3. Ce cadre permet de proposer un éclairage sur la construction de la place des migrants haïtiens dans la société chilienne depuis leurs conditions de vie, leurs expériences, leurs savoirs et leurs parcours de soins. Pour cela, un dispositif méthodologique est établi et présenté dans la suite du chapitre 3. La révision bibliographique s'articule à une recherche ethnographique menée dans un quartier de Santiago du Chili, Los Nogales, dont le déroulement est décrit et discuté.

La deuxième partie de la thèse s'arrête sur la société chilienne et offre des clés de lecture sur la définition d'une « place » en son sein pour les migrants. Un retour historique sur l'époque coloniale, la construction de l'État-Nation et la dictature de Pinochet est proposé dans le chapitre 4. Il permet de saisir les fondements de la structure sociale chilienne, de la construction du « nous » chilien et des figures d'« autres » qui demeurent des références dans l'actualité. Le chapitre 5 s'arrête sur la société contemporaine. Les dynamiques sociales, économiques et politiques y sont abordées au travers de la description de l'organisation de la structure sociale, des modèles économiques et politiques en place. Ces présentations donnent un contexte à la description des migrations que connaît le Chili depuis le retour à la démocratie. Au travers d'analyses descriptives simples des données existantes sur les populations migrantes, les particularités de ces mouvements migratoires sont soulignées. La partie se conclue sur un 6^{ème} chapitre qui observe comment s'est problématisée l'immigration au Chili. Dans un ordre chronologique apparaissent les acteurs qui se saisissent de la question et leurs manières d'aborder les migrations. Progressivement, le débat est porté sur la scène publique contribuant à la diffusion de représentations sur les migrants. Ces chapitres permettent de saisir le contexte social dans lequel se situent les migrants qui s'installent actuellement au Chili et qui oriente leurs relations avec les Chiliens et le traitement social qu'ils reçoivent.

Enfin, la troisième partie s'attache à décrire et analyser la situation de migrants haïtiens qui résident dans le quartier de Los Nogales où est réalisée une ethnographie et à comprendre leurs savoirs de santé et leurs parcours de soin. Le chapitre 7 porte sur la migration haïtienne au Chili et décrit l'organisation des réseaux migratoires des Haïtiens et leurs situations légales. Le chapitre 8 s'intéresse aux conditions de vie et de travail de ces migrants. Il est suivi de trois chapitres qui s'arrêtent sur les questions de santé et de soin. Le chapitre 8 décrit l'accès légal et concret des Haïtiens au système de santé chilien. Puis, entrant au sein d'un centre de soin primaire, le traitement reçu par les Haïtiens est mis au jour et articulé aux représentations des professionnels de santé sur les Haïtiens et leur santé. Les points de vue des Haïtiens sur la médecine scientifique et expérimentale sont alors abordés pour saisir l'usage qu'ils disent avoir de ces dispositifs. Le chapitre 9 s'arrête quant à lui sur trois autres formes de soin qui composent, avec la biomédecine, le panorama médical en Haïti, à savoir la médecine créole, le vodou et les Églises charismatiques. Dans ce chapitre, il s'agit de présenter ces trois formes de soin, leurs représentations des problèmes de santé ainsi que les prises en charge qu'elles proposent en Haïti, puis au Chili. La question de l'accès à ces thérapeutes est centrale pour comprendre le recours qu'en ont les Haïtiens. Une fois définis les savoirs des différentes formes de soin qui servent de références aux Haïtiens et l'accès qu'ils en ont depuis Los Nogales, le

chapitre 11 s'intéresse à l'auto-soin. Il est alors question des représentations et des pratiques de soin mises en place sans intervention d'un thérapeute au sein des espaces domestiques. Puis, ce dernier chapitre s'arrête sur la construction des parcours de soin des Haïtiens lorsqu'ils sont confrontés à un épisode de maladie. La troisième partie de la thèse répond ainsi aux objectifs de recherche en décrivant conditions de vie, savoirs de santé et parcours de soin des Haïtiens et propose de les comprendre depuis la situation sociale des Haïtiens au sein de la société chilienne et au regard de la valeur que leur attribue la société chilienne.

**PARTIE I. LA SOCIÉTÉ CHILIENNE OBSERVÉE
DEPUIS LA SANTÉ DES MIGRANTS. ASPECTS
THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES**

INTRODUCTION PARTIE I

La démarche que je souhaite mener dans cette thèse est de mettre en lumière comment la société chilienne fait « place » aux migrants qui s'installent dans le pays depuis une analyse critique de la santé des migrants et des pratiques de soins qu'ils mettent en place dans ce contexte. Une telle proposition est rendue possible dès lors que l'on considère la santé, la maladie et les soins dans une perspective sociale, relationnelle, historicisée et multi-scalaire, capable de saisir à la fois et dans leur articulation leurs dimensions structurelles et subjectives.

Le premier chapitre est consacré à la construction d'une définition de la santé et des soins répondant à ces caractéristiques. Celle-ci est nourrie principalement des apports épistémologiques et théoriques de chercheurs pouvant être assimilés au courant de l'anthropologie médicale critique. Ce parcours épistémologique et historique permet de construire le cadre conceptuel sur lequel repose la formulation des questions de recherche et l'analyse qui y apportera des réponses. Il est suivi d'un deuxième chapitre qui propose une révision bibliographique des recherches sur la santé des migrants. Centrée sur les propositions qui ont adoptées une démarche théorique proche de celle développée dans le chapitre 1, cette révision permettra de saisir les enjeux que peuvent comporter les processus liés à la santé, à la maladie et aux soins pour des populations migrantes. Ensemble, ces deux chapitres me donnent la possibilité de construire une problématique ainsi qu'un dispositif méthodologique adapté aux choix théoriques effectués.

Ces choix théoriques ainsi que les révisions bibliographiques que j'ai réalisées doivent être compris depuis ma trajectoire personnelle. J'ai suivi entre 2009 et 2011 une formation dans un master en anthropologie médicale et santé internationale à l'*Universitat Rovira i Virgili* de Tarragone, en Espagne. Les références théoriques enseignées là-bas sont principalement en langue espagnole et de manière moindre anglophone. Parmi ces enseignements, un courant théorique est présenté comme une référence, celui de l'anthropologie médicale critique latino-américaine, parmi lequel les apports d'Eduardo Menéndez sont particulièrement valorisés. La qualité, la précision, l'esprit critique et politisé de cette approche m'a très fortement plu. Ils faisaient écho à la découverte que j'avais faite au Chili - lors d'un échange universitaire à l'*Universidad de Chile* en 2008-2009 - d'une anthropologie politisée, critique et d'une certaine manière plus appliquée que celle qu'on m'avait enseignée en France. Je ressentais alors la passion de mes collègues devant la possibilité de mobiliser les outils de l'anthropologie pour faire avancer la société, pour rendre visibles les mécanismes de domination et d'inégalité et les dénoncer. Je trouvais dans l'approche de Menéndez des outils forts pertinents et utiles qui rendaient pour moi insatisfaisantes les approches plus culturalistes qu'on m'avait enseignées - ou que j'avais bien voulu entendre - en France. Mes intérêts personnels, forgés par mes rencontres, mes amitiés et les enseignements reçus, m'ont ainsi poussé vers ces choix théoriques.

Par ailleurs, il faut relever le peu de lien développé entre l'anthropologie médicale critique latino-américaine et les courants nord-américains ou français. En Amérique du Nord, un courant théorique avec des propositions assez proches des latino-américaines s'est construit mais dans l'ignorance des productions d'Amérique du Sud. Par ailleurs, en France, une telle approche critique me semble n'être apparue que plus tardivement, avec l'étude de la santé des migrants et des inégalités sociales de santé. Aussi, la révision théorique et bibliographique effectuée dans ce premier chapitre dans le but de mobiliser une définition de la santé, des soins et des maladies utiles à cette recherche, repose principalement sur les productions latino-américaines et nord-américaines. Cependant, les courants latino-

américains d'anthropologie de la santé ne se sont guère penchés encore sur les questions de santé et migration. Aussi, la révision effectuée dans le deuxième chapitre sur ce sujet provient de la littérature anglophone nord-américaine et francophone, dans laquelle des recherches très pertinentes ont été réalisées.

Enfin, il importe de signaler dès à présent que la santé est un champ de recherche très peu développé par l'anthropologie au Chili. Mis à part quelques travaux sur des thématiques particulières, il n'y a pas eu d'apports théoriques généraux sur la santé qui pourraient être mobilisés ici. Sur les questions de santé et migration, très peu de choses ont été écrites, exceptions faites de thèses doctorales d'étudiantes étrangères (Holper, 2003 ; Liberona Concha, 2011 ; Núñez Carrasco, 2008), qui mobilisent des courants similaires à ceux choisis dans cette thèse. À noter quand même que depuis 2013 et plus fortement récemment, des projets de recherches sur la santé des migrants apparaissent dans les universités chiliennes (Avaria Saavedra, 2014, 2016; Cabieses, Bernales, & McIntyre, 2017; Pedrero, Bernales, Cabieses, & Obach, 2013; Urzúa, 2014).

La démarche réalisée ici présente l'intérêt de mobiliser et de mettre en lien des apports théoriques et des recherches issues de courants scientifiques sans grande connexion entre eux et d'avoir recours à des auteurs peu connus en France ou peu mobilisés au Chili. Elle permet aussi de participer au développement d'un champ de recherche peu travaillé au Chili et pourtant pertinent d'approfondir aujourd'hui.

Le troisième chapitre de cette partie propose une synthèse théorique issue des deux premiers chapitres qui fonde le cadre théorique sur lequel repose cette thèse. À partir de ces éléments, une problématique est énoncée, accompagnée d'objectifs de recherche. Enfin, le dispositif méthodologique employé est présenté.

Chapitre 1. CADRE THEORIQUE : LA SANTE, REVELATEUR SOCIAL

Ce premier chapitre propose d'explorer les courants d'anthropologie médicale critique en les situant dans un panorama historicisé des recherches en sciences sociales sur la santé. Ce parcours, qui cherche à comprendre la construction d'un courant de recherche, de ses concepts et théories, me permet d'identifier et de construire les bases théoriques du travail de recherche que je mène dans cette thèse. Les définitions qui sont retenues offrent un socle conceptuel qui me donne la possibilité de problématiser les dynamiques observées et de construire des questions et des objectifs de recherche. Elles ont guidé mes démarches de recherche sur le terrain et elles me donnent les outils pour penser, donner forme et contenance à ce qui furent dans un premier temps des intuitions.

1.1. Histoire de l'anthropologie médicale critique

L'anthropologie médicale critique a développé à partir des années 1980 une définition de la santé, de la maladie et du soin qui prend en considération les aspects sociaux, politiques, économiques qui les sous-tendent. Ce courant naît de l'opposition aux approches « classique »⁸ et « pragmatique »⁹ de l'anthropologie médicale (Martínez Hernáez, 2011), dans un mouvement critique cherchant non seulement à gagner son indépendance vis-à-vis de la biomédecine, mais aussi à faire de cette dernière un objet d'étude. En effet, depuis les années 1970, mais plus fortement à partir des années 1980, les anthropologues se sont prêtés au jeu de trouver dans la science, dans la biomédecine, des croyances et des rapports de pouvoir. Ce modèle critique se propose de comprendre la médecine scientifique comme une production culturelle et sociale et donc d'étudier ses savoirs et ses pratiques comme des constructions. Elle est pensée de la même manière que les autres modèles médicaux, ce qui introduit la possibilité d'un renouveau théorique et méthodologique. Par ailleurs, la maladie n'est plus seulement considérée comme biologique, mais aussi comme une construction sociale et culturelle, ce qui permet d'en faire des analyses interprétatives, symboliques, herméneutiques, structuralistes ou encore matérialistes.

Au sein de ce mouvement, l'anthropologie médicale critique se construit en établissant des critiques envers des théories culturelles de la maladie (Good, 2003; Martínez Hernáez, 2011). Ces dernières, considérant les maladies, les souffrances comme des réalités culturellement construites, récupèrent la voix des malades, leur univers de sens, de valeurs et de significations. Elles observent, interprètent, voire partagent l'expérience de la maladie

⁸ L'histoire de l'anthropologie médicale peut être découpée selon trois étapes selon Martínez Hernáez (2011). La première étape correspond au « modèle classique » (Martínez Hernáez, 2011: 13-26), développé au XIX siècle et au début du XX siècle avec des anthropologues comme Radcliffe-Brown (1922), Firth (1936) 19/11/y 13:16 Tylor (1871), Frazer (1894). Deux tendances caractérisent cette approche. Tout d'abord, la non-présence de la maladie dans les études ethnographiques, conséquence de la séparation entre nature et culture qui associe la maladie à la première alors que l'objet d'étude des anthropologues correspond à la seconde. Les maladies, définies comme des événements naturels, n'entrent pas dans les champs de la réalité qui peuvent être étudiés à partir d'ethnographies. D'autre part, les thérapies et les pratiques traditionnelles de soins sont presque toujours associées à l'étude de la magie, de la sorcellerie et de la religion. On retrouve ici l'influence des approches évolutionnistes qui voient dans ces modèles de soin des preuves de l'irrationalité des peuples « primitifs ».

⁹ La deuxième étape correspond, selon la classification de Martínez Hernáez (2011, pp. 26-37), au « modèle pragmatique ». L'échec des premières campagnes internationales de santé publique a conduit à faire des systèmes thérapeutiques traditionnels des objets d'étude pour les anthropologues dans les décennies 1940 et 1950. Une anthropologie appliquée aux problématiques de santé se développe alors, qui a pour tâche de mettre au jour les pratiques et les savoirs locaux, afin de faciliter le développement des programmes de santé (par exemple: Aguirre Beltrán, 1955; Paul, 1955). Alors que l'anthropologie du XX siècle montre que les connaissances sont culturellement et socialement modelées, l'anthropologie appliquée à la santé reste entièrement sous la coupe des arguments naturalistes et objectivistes de la médecine. Loin de questionner la biomédecine, elle est instrumentalisée par cette dernière et montre une dépendance aux théories et aux concepts biomédicaux. La culture est alors perçue contre la science, contre la médecine, l'empêchant de s'implanter.

et du soin. L'enjeu est de taille : « penser la maladie comme un symbole, un texte ou une narrative signifie récupérer des sens considérés erronés par la perspective biomédicale » * dominante (Martínez Hernáez, 2011, p. 85). Et si la maladie est une construction culturelle, les systèmes médicaux, eux, sont considérés comme des « systèmes culturels » (Kleinman, 1980) : porteurs de significations, de symboles qui construisent et entourent la maladie, son explication, son diagnostic, son soin et son expérience. L'étude de la dimension culturelle de la maladie et des systèmes de soins est développée par une grande diversité d'approches théoriques et méthodologiques. Si le structuralisme hérité de Lévi-Strauss et les ethnosciences, qui se sont principalement intéressés aux systèmes de classification des maladies dans des contextes locaux, n'ont guère perduré dans l'étude de la santé, ce sont surtout les approches interprétatives et herméneutiques (menées notamment par Arthur Kleinman et Byron Good) et plus récemment phénoménologiques (voir par exemple Thomas Csordas) qui ont dominé l'étude des dimensions culturelles de la maladie.

Ces approches sont cependant critiquées pour leur non-prise en considération des conditions politiques et économiques dans lesquelles se construisent les significations et les expériences de la maladie ainsi que les systèmes culturels que sont les médecines. Souvent centrées sur le niveau microsocial, elles oublient de l'articuler avec les processus sociaux historiques et les rapports sociaux de domination qui pèsent sur ces modèles explicatifs et sur les pratiques de santé. C'est en formulant des critiques à l'égard de ce courant que se développe la deuxième orientation du « modèle critique » de l'anthropologie médicale : l'anthropologie médicale critique. Elle regroupe des théories qui s'intéressent aux dimensions sociales et pour certains politiques et économiques de la santé, de la maladie et des systèmes de soin (Martínez Hernáez, 2011, p. 123-169).

Une telle perspective n'est cependant pas récente : la médecine sociale développée en Allemagne au 19^{ème} siècle, dont est retenu le nom de Rudolf Virchow, puis dans d'autres pays européens, centrait son attention sur les conditions sociales, économiques et politiques, mais également environnementales (suivant une perspective holistique héritée d'Hippocrate) de production et de traitement des maladies. Considérant la maladie comme « un produit de la vie sociale et, plus concrètement du manque de bien-être et d'éducation de la population, des salaires bas et des conditions de travail, de la misère et du manque de politiques étatiques actives pour solutionner les problèmes du peuple »*, Virchow définit la médecine comme « une science sociale et la politique [comme] une forme de médecine à grande échelle »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 124)¹⁰. Cette médecine sociale est cependant rattrapée par le processus de biomédicalisation qui définira de manière hégémonique les maladies et les soins à apporter.

Cependant, les dimensions sociales de la maladie sont de nouveau prises en compte, non plus par la médecine, mais depuis les sciences sociales. Deux perspectives se distinguent, qui reprennent différents paradigmes classiques des sciences sociales. D'un côté, depuis la sociologie, une approche fonctionnaliste héritière de l'œuvre de Durkheim sur *Le suicide* (1897) se développe et saisit la maladie, l'expérience du malade et les soins en termes de relations et de consensus social. On y trouve la sociologie médicale de Parsons (1951) qui développe la notion de rôle du malade, les recherches sur les liens entre désorganisation sociale, anomie et pathologie sociale au sein de l'École de Chicago (Faris & Dunham, 1939), ou encore les apports de Goffman (1968) qui interroge les liens entre obligation sociale, transgression et déviance et conduit au développement de concepts autour de la notion de carrière du malade (*health seeking behaviour, sickness career, stage of illness*) (Comelles & Martínez Hernáez, 1993, p. 61). De ces approches, et principalement de Durkheim, on doit le développement d'une perspective relationnelle dans la compréhension des

¹⁰ Voir aussi : (Rosen, 1984, 1993).

phénomènes de santé. Le malade, sa maladie, l'expérience de celle-ci et son traitement ne peuvent se comprendre qu'au sein des relations sociales dans lesquelles elles se définissent.

D'un autre côté et plus tardivement, c'est dans l'héritage du marxisme que se situent des approches anthropologiques qui ajoutent aux dimensions sociales considérées par le fonctionnalisme, celles économiques et politiques qui affectent de manière inégale l'état de santé et l'accès aux soins des populations et qui avaient été oubliées par ce dernier. Elles ne partent pas d'une idée de consensus social, mais pensent plutôt santé et maladie depuis les luttes et les conflits sociaux, les inégalités sociales et les mécanismes sur lesquelles celles-ci reposent et sont justifiées. Ayant souvent un objectif de dénonciation voire de transformation, leurs études s'inscrivent dans la tradition ethnographique portée par Engels (1960 - 1ère éd 1844) dans son travail sur les conditions de vie des classes ouvrières anglaises dans laquelle il observe et dénonce l'impact de la pauvreté sur leur état de santé.

L'approche fonctionnaliste, très en vogue en anthropologie dans les années 1970, se marginalise dans les années 1980 pour être remplacée par des approches marxistes et néo-marxistes qui deviendront progressivement, les principales rivales des approches herméneutiques et phénoménologiques présentées juste avant.

1.2. *La Critical Medical Anthropology*

Dans les années 1980 naît dans les pays anglo-saxons la *Critical Medical Anthropology*. Ce nom, employé pour la première fois par Baer et Singer en 1983, cherche à rassembler des propositions développées en anthropologie autour des inégalités sociales de santé depuis des approches marxistes et en économie politique¹¹. À la même période, d'autres propositions marxistes appliquées à l'étude des phénomènes de santé se définissent dans des traditions académiques dites « périphériques » (italienne, mexicaine) qui ne dialogueront, et ne dialoguent toujours que très rarement, avec les courants anglo-saxons.

Comme signalé auparavant, l'anthropologie médicale critique se fonde sur un rejet d'une anthropologie appliquée qu'elle considère au service des intérêts de la biomédecine et, par là même, du capitalisme¹². De plus, pour ces anthropologues, la maladie ne peut seulement être comprise comme un ensemble de représentations et/ou d'expériences, car « elle est aussi un produit des rapports d'exploitation et des processus d'accumulation du capital, quand elle n'est pas une mystification ou une dissimulation des réalités de la pauvreté et de la misère par le biais d'une technique chère à la biomédecine d'individualisation des processus de morbidité et de décontextualisation des réalités socio-économiques dans lesquels ils s'insèrent »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 147). C'est donc une analyse de la maladie en termes de conditions socio-économiques qui est développée, au travers de l'observation critique des répercussions de processus de pouvoir macro-sociaux historiquement situés sur l'état de santé, l'accès au soin et les expériences de la maladie (Otegui, 2005).

Il existe évidemment des divergences au sein de ces propositions, qui dépendent entre autres de la tradition marxiste dans laquelle elles s'insèrent, des contextes nationaux particuliers et de l'application envisagée des connaissances. Différentes classifications de ces travaux ont été réalisées (Morgan, 1993), je présente ici celle proposée par Martínez Hernáez. Il distingue deux courants parmi les apports anglo-saxons et y associe un troisième, « périphérique », issu d'autres contextes académiques et qui est présenté juste après. Le premier, qu'il nomme « matérialisme critique », répond à la branche dure, orthodoxe du marxisme, héritière des écrits de Engels et de Lénine, ainsi qu'à ceux qui ont

¹¹ Il est d'ailleurs souvent question de *Political Economy of Health* avant que le nom de *Critical Medical Anthropology* ne soit mobilisé.

¹² Voir pour une histoire précise des relations entre anthropologie et médecine : (Comelles & Martínez Hernáez, 1993).

cherché à appliquer la théorie de la dépendance aux phénomènes de santé. Ici, capitalisme et impérialisme sont responsables des inégalités de santé. Le capitalisme, dont l'objectif d'accumulation du capital est basé sur l'exploitation de la classe ouvrière et les inégalités entre classes sociales, a des conséquences sur la répartition sociale des maladies et de la durée de vie ainsi que sur l'accès aux soins (Navarro, 1976, 1986; Waitzkin, 1981). Mais ces inégalités de santé se lisent également à échelle internationale : les théories de la dépendance montrent comment le capitalisme développé dans certains pays entraîne le sous-développement et l'exploitation d'autres pays, dynamiques lisibles ici aussi dans les taux de mortalité et morbidité des pays (Onoge, 1975; Turshen, 1984). Alors que « le modèle anthropologique classique a été spécialement insensible au rôle des processus globaux de l'économie politique, de la colonisation et de l'impérialisme dans le contexte des sociétés qu'elle étudiait, au point de les rendre invisibles dans les rapports ethnographiques »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 154), ces approches les portent au centre des analyses. Ce qui conduit certaines à souffrir d'un excès de structuralisme, voire d'économisme et, non seulement elles laissent en marge d'autres processus sociaux pouvant agir sur la santé des populations, mais elles refusent aux individus leur capacité d'acteurs et oublient la dimension subjective, individuelle ou collective (Menéndez, 2011). D'autres approches cependant réussissent le pari d'une analyse plus englobante. En effet, non seulement ces processus macro-sociaux trop souvent oubliés par les anthropologues sont pris en compte, mais ils sont alors mis en relation avec les dynamiques meso et micro-sociales pour comprendre les phénomènes de santé, de maladie et de soin. Pour Singer, l'objectif est de penser ces derniers « *in terms of the interaction between the macrolevel of political economy, the national level of political and class structure, the institutional level of the health care system, the community level of popular and folk beliefs and actions, the microlevel of illness experience, behavior, and meaning, human physiology, and environmental factors* » (Singer & Baer, 1995, p. 81). Très fortement critiques et à visée émancipatrice, ces apports anglo-saxons se refusent cependant à toute application de leurs travaux.

Le deuxième courant de l'anthropologie médicale critique anglo-saxonne, identifié par Martínez comme le « culturalisme critique », rassemble des travaux qui incorporent à leur analyse économique et politique de la santé une dimension culturelle. Héritiers de traditions marxistes hétérodoxes, ils récupèrent des propositions de Lukács ou encore de Gramsci et mettent en place des analyses articulant « la dimension macroéconomique de la pauvreté ou de la rationalité du capitalisme avec les processus spécifiques et particuliers de réification du malade dans la communication clinique, l'incorporation (*embodiment*) et l'expérience de la maladie »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 162).

Les travaux de Taussig et de Schepher-Hughes sont représentatifs de cette démarche qui considère les dimensions sociales et culturelles de la maladie. Taussig (1980) comprend « les signes et les symptômes d'une maladie comme des réalités significatives qui condensent des composantes contradictoires de la culture et des relations sociales » * (Martínez Hernáez, 2011, p. 157). Pour lui, la biomédecine déshistoricise et dé-socialise l'expérience de la maladie par le biais du diagnostic établi par le médecin. Réifiant ainsi la maladie (et le malade), elle cherche à reproduire un certain ordre social, celui du système capitaliste ; et cela car, en niant l'aspect social et culturel des maladies, la biomédecine réifie les relations sociales et rend possible « une mystification par laquelle se reproduit l'idéologie capitaliste au nom d'une présumée objectivité »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 158).

Nancy Schepher-Hughes est connue pour son travail de recherche dans des *favelas* du Nordeste brésilien (1997) dans lequel elle met au jour les processus d'occultation et de médicalisation de la faim. Grâce à une étude ethnographique, elle montre que le lien entre la faim et les « *nervios* » n'est pas reconnu par la population étudiée, alors que selon elle, « les nerfs et la nervosité leur donnent un langage au travers duquel ils reflètent leur faim et les

perturbations qu'elle leur cause »* (1997, p. 169). Mais si la population ne reconnaît pas l'association entre faim et nerfs, c'est notamment parce que celle-ci est niée par le personnel de santé qui fait de la faim « une maladie biomédicale cachant et masquant ainsi les conditions sociales de sa production » * (Martínez Hernáez, 2011, p. 160). C'est ce que cette anthropologue montre en mobilisant le concept d'« hégémonie » de Gramsci qui se comprend ici dans « la pénétration de l'idéologie dominante dans les couches défavorisées dans l'objectif d'établir un travail de coercition indirecte par laquelle les groupes subalternes en arrivent à s'identifier et à partager les intérêts et le sens culturel de l'élite »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 160). L'analyse de cette anthropologue parvient à articuler le contexte économique macrosocial avec l'expérience et la signification de la maladie à échelle micro, révélant comment des rapports de pouvoir influencent ces dernières, mais également comment celles-ci peuvent être les marques d'une résistance de la part des groupes subalternes. Elle réalise, tout comme Taussig, une proposition théorique et méthodologique d'articulation des échelles d'analyses et de la prise en compte combinée des dimensions culturelles et des dimensions sociales de la maladie.

La *Critical Medical Anthropology* s'est développée au cours des dernières décennies, et a précisé théories, concepts et méthodologie tout en diversifiant ses objets d'études¹³. En gardant à l'esprit les divergences et les débats internes à cette approche, la définition suivante proposée par Baer et Singer (2003 ; 1995) en résume les propositions générales. Ils écrivent que la *Critical Medical Anthropology* « *emphasizes the importance of political and economic forces, including the exercise of power, in shaping health, disease, illness experience, and health care* » (1995, p. 5). Ils précisent : « *It understands health issues within the context of encompassing political and economic forces -including forces of institutional, national and global scale- that pattern human relationships, shape social behaviors, condition collective experiences, reorder local ecologies, and situate cultural meanings* » (2003: 38).

L'idée de base défendue par cette approche est donc que la santé, l'expérience de la maladie ainsi que les soins sont conditionnés par des processus sociaux, politiques et économiques. Aussi, les inégalités sociales qui résultent de ces processus sociaux expliquent la répartition socialement différenciée des maladies, les disparités dans l'accès aux soins et donc la manière de vivre la maladie. L'objectif, comme l'exprime Paul Farmer, est alors d'observer et d'analyser « *how large-scale social forces become embodied as sickness, suffering* » (Farmer, 2005, p. 19). Deux sens de l'incorporation (*embodiment*) de ces rapports sociaux de pouvoir sont considérés ici : à la fois le sens épidémiologique et le sens phénoménologique (S. Willen, 2012). Le premier correspond à l'idée que les personnes incorporent littéralement leurs environnements sociaux, politiques et biologiques, lesquels se traduisent dans leur état de santé, les maladies qu'ils développent et dans leur mortalité (S. Willen, 2012, p. 808). De la plus ou moins grande confrontation à des situations pathologiques et à des risques, et de la possibilité d'avoir accès à une prise en charge de qualité des maladies, découle un état de santé différencié. Le sens phénoménologique de cette incorporation fait référence à la subjectivité et à l'expérience vécue des personnes. Pour Csordas qui a travaillé cette notion d'*embodiment*, le corps est « le socle existentiel de la culture »* (Csordas, 2002, p. 58) ou encore le « *fundamental orienting frame for subjective existence in the world* » (Willen, 2012, p. 808). Il s'agit ici de saisir comment la situation sociale modèle l'expérience vécue incarnée (« *embodied lived experience* »), ou, dit autrement, « les expériences individuelles du temps et de l'espace, du soi et des interactions avec les autres »* (Willen, 2012). Plus clairement, les

¹³ La distinction de l'anthropologie médicale critique du reste de l'anthropologie médicale ne doit pas masquer son influence sur le champ de recherche de la maladie, la santé et les médecines. Saillant et Genest, dans un livre paru en 2005 qui dresse un portrait de l'anthropologie médicale dans douze pays, mettent en évidence que dans tous ces contextes, l'anthropologie médicale est avant tout politique. Les apports des contributeurs de cet ouvrage montrent que la culture n'est pas au cœur des recherches des anthropologues médicaux qui adoptent assez communément une posture critique et politique.

vulnérabilités structurelles qui affectent les individus façonnent également leurs subjectivités « *by leading them to adopt behaviors and practices, self-concepts and world views that are inextricably linked to networks of power and, crucially, that compromise their capacity to negotiate their everyday worlds* » (Quesada, 2012, p. 895). Ces deux sens doivent être pris en considération et observés dans leurs articulations pour saisir dans une plus grande complexité les phénomènes de santé, de maladie et de soin.

Cette perspective conduit donc à considérer que l'état de santé d'une population et les écarts de morbidité et mortalité entre groupes sociaux, mais également l'expérience que les personnes ont des maladies, les représentations qu'elles développent et les pratiques de soin qu'elles construisent, peuvent être des révélateurs des processus sociaux qui les conditionnent. Mais pour cela, il est nécessaire de comprendre les données récoltées auprès des individus au sein du contexte social dans lequel ils se situent. Pour Farmer, il faut étudier « *both individual experience and the larger social matrix in which it is embedded in order to see how various social processes and events come to be translated into personal distress and disease. By what mechanisms, precisely, do social forces ranging from poverty to racism become embodied as individual experience ?* » (Farmer, 2005, p. 30).

De plus, les rapports de force dans lesquels se situent les individus et les mécanismes politiques, économiques et idéologiques qu'ils mobilisent opèrent à différentes échelles internationale, nationale, locale et même interactionnelle, qu'il est nécessaire de prendre en considération dans leur articulation. L'excellent travail réalisé par Maternowska (2006) sur la fertilité en Haïti montre justement comment les politiques internationales en matière de santé, les intérêts économiques, moraux et politiques des puissances américaines et européennes, les violences politiques et les instabilités économiques internes au pays, l'instrumentalisation des services de santé à des fins de contrôle des activités politiques de la population, la marchandisation des services de santé, les relations verticales médecins-patients, les conditions de travail et de vie ou encore les relations de pouvoir entre hommes et femmes expliquent, dans leur ensemble, le paradoxe d'une fertilité extrêmement élevée dans un espace qui reçoit une énorme quantité de fonds destinée à la réduction de celle-ci. La qualité de l'étude qu'elle propose révèle la pertinence d'un travail qui croise données récoltées par le biais d'une ethnographie avec une analyse critique de processus beaucoup plus amples et qui opèrent à différentes échelles.

Ces propositions impliquent également la compréhension des processus politiques, sociaux, économiques selon une approche historique. Nombreux sont les auteurs qui dénoncent les mécanismes de déshistoricisation - auxquels s'ajoutent bien souvent une dépolitisation, désocialisation et naturalisation - des phénomènes de santé qui accompagnent et facilitent les rapports d'oppression, permettant aux groupes hégémoniques de faire accepter aux groupes subalternes leur situation. La récupération de l'historicité des situations et des processus politiques, économiques ou idéologiques, permet alors de faire apparaître la construction sociale de ces derniers et leurs possibilités de transformation. Elle facilite la prise en compte des liens entre la réalité matérielle des individus et leurs expériences, observables « dans le présent » et les processus sociaux plus larges - compris dans leur historicité - au sein desquels se définissent les expériences et les pratiques des individus. Pour Farmer, « *without a historically deep and geographically broad analyses, one that takes into account political economy, we risk seeing only the residue of meaning* » (Farmer, 2004, p. 309).

L'anthropologie médicale critique propose donc une compréhension de la santé, de la maladie et du soin qui prend en compte les processus sociaux qui conditionnent la santé et les soins de la population dans leurs dimensions politiques, économiques, spatiales et culturelles. Elle appelle à une analyse qui articule différentes échelles d'observation pour mettre en évidence comment opèrent ces rapports sociaux et comment ils sont finalement incorporés par les individus et se traduisent dans leur santé et leurs expériences de santé,

maladie et soins. Enfin, ces rapports sociaux et la manière dont ils se reflètent dans la santé et les processus de soin des individus et groupes sociaux doivent être compris dans leur historicité. Cette thèse s'inscrit pleinement dans ces propositions théoriques.

1.3. L'anthropologie médicale critique : courants périphériques

Les propres relations d'hégémonie/subalternité au sein du monde académique ont fait que l'anthropologie médicale critique anglo-saxonne ne s'est pas développée en relation avec d'autres travaux et apports théoriques pourtant très proches qui ont pris forme d'abord en Italie puis au Mexique, en Argentine et au Brésil et enfin en Espagne (Comelles & Martínez Hernáez, 1993; Saillant & Genest, 2005; Seppilli, 1994). Dans ces pays latins, note Otegui (2005), la grande majorité des travaux d'anthropologie médicale s'inscrivent dans les démarches de l'anthropologie médicale critique, même si peu se réclament de ce nom. Cela est dû selon elle au fait que les propositions principales de la *Critical Medical Anthropology* sont à la base même de la construction de l'anthropologie de la santé dans ces pays et de l'engagement professionnel des académiques.

Pourtant, ces approches complètent et apportent d'importantes précisions théoriques et méthodologiques aux propositions de la *Critical Medical Anthropology* notamment en ce qui concerne la compréhension des dimensions idéologiques - ou culturelles selon les auteurs - qui nourrissent et se conjuguent aux processus politiques et économiques dans la définition des représentations et pratiques de santé et des expériences subjectives de la maladie. En effet, un élément central de leurs propositions naît de l'approche en termes d'hégémonie/subalternité des rapports sociaux, qu'ils reprennent des définitions de Gramsci (Otegui, 2005, p. 8) et appliquent à l'analyse des phénomènes de santé. Plus haut, il a été mentionné que Nancy Scheper-Hugues s'était elle aussi saisie de ce concept pour réaliser son étude sur la faim au Brésil. Pourtant, depuis l'Amérique Latine, on lui reproche de ne pas avoir mobilisé tout le potentiel d'analyse (Pizza, 2005) des pensées de Gramsci.

C'est à Ernesto de Martino que l'on doit d'avoir repris les apports de Gramsci pour les appliquer au domaine de la santé, de la maladie et des soins (Comelles & Martínez Hernáez, 1993, p. 75). Dans son œuvre sur la population paysanne italienne, de Martino (1948) s'intéresse aux relations entre magie et maladies. Pour lui, le recours à la magie de ce groupe social est « une tentative pour sauver le sujet et l'ordre social de la crise causée par sa vulnérabilité au travers d'une anticipation et d'une déshistoricisation des événements » * (Martínez Hernáez, 2011, p. 164). Selon l'auteur, la magie a pour but de conjurer les risques causés par les forces naturelles mais aussi par les processus de domination et d'exploitation que connaît cette population et qui se matérialisent dans des maladies, des taux de mortalité élevés, des épisodes de famine fréquentes, etc. Mais, la magie, qui affronte ces risques de maladies, les déshistoricise et favorise ainsi le processus de domination par l'élite sociale. La population n'ayant pas conscience des processus sociaux, politiques et économiques à l'origine de ces risques, leur vulnérabilité se maintient, tout comme la reproduction des inégalités sociales et des rapports de domination. La magie est donc une solution pour la classe paysanne face aux problèmes qu'elle rencontre, qui satisfait pleinement les classes hégémoniques qui renforcent grâce à elle leur pouvoir sur le premier groupe.

Le concept d'hégémonie, tel que pensé par Gramsci, exprime l'idée d'une domination des classes subalternes qui ne se limite pas à de la coercition, mais passe par la construction d'un consensus entre les dominants et dominés. Celui-ci se met en place au travers d'un processus qui conduit à « l'identification de ces derniers aux intérêts de l'élite à partir d'un système d'idées et de valeurs » qui se diffusera comme « sens commun » au sein de la population. Pour les groupes hégémoniques, la domination des classes subalternes se met donc en place à partir de leurs propres savoirs, soit en les niant, sans en les appropriant pour ensuite les transformer, en leur faisant intégrer les représentations et pratiques des

classes dominantes comme si elles étaient leurs (Menéndez, 2012a). Les groupes hégémoniques doivent convaincre les subalternes qu'ils peuvent obtenir des bénéfices de leur situation, ou qu'elle peut leur être utile. Les « intellectuels organiques » jouent un rôle central dans ce processus. En obtenant leur consentement et en parvenant à les faire participer aux dynamiques en place, ils s'assurent du maintien de celles-ci. L'obtention de ce consensus passe principalement par un travail idéologique construisant et légitimant la situation de pouvoir, et non pas par la violence. « En rompant résolument avec la conception de l'idéologie comme idéologie illusion ou comme simple système d'idées, Gramsci étend l'analyse et passe des aspects les plus conscients des idéologies à ses aspects inconscients, matérialisés dans les pratiques et les normes culturelles acceptées ou souffertes. Les idéologies fonctionnent comme des agents d'unification sociale, comme ciment sur une base de classe. Plus encore, l'idéologie, tendanciellement identifiée avec la conception du monde d'une classe, imprègne toutes les activités, toutes les pratiques »* (Menéndez, 1981, p. 398 citant Buci-Glucksmann, 1978). Aussi, une analyse critique des rapports de domination doit donc chercher non seulement dans les classes hégémoniques les principes de cette domination, mais elle doit également regarder dans le sens commun des groupes subalternes comment celle-ci s'exerce et s'exprime.

Pour de Martino, - et cette idée sera reprise en Italie par une anthropologie de la santé critique et appliquée¹⁴-, une alternative au processus d'hégémonie est possible en réhistoricisant la culture populaire, en développant un processus réflexif de conscientisation des valeurs et des savoirs populaires et en mettant au jour les mécanismes de domination opérant jusqu'alors. Martínez Hernáez souligne l'intérêt d'une telle approche en écrivant que « de Martino nous montre des manières loin d'être ingénues de lier l'individuel au collectif, la culture avec la stratification sociale, le présent avec l'histoire « reniée », et la fragmentation de la culture populaire avec le pouvoir idéologique et politique des élites »* .

Les propositions théoriques de Gramsci et de de Martino seront reprises au Mexique en anthropologie médicale notamment, par Eduardo Menéndez et ses collaborateurs du CIESAS. Dans une première étude menée dans le Yucatán au Mexique sur la santé et les soins de la population, Menéndez (1981) pose les bases d'une théorie qui parvient à appréhender la santé depuis une perspective historique intégrant les dimensions sociales et culturelles de la maladie. Il y articule différentes manières de la penser souvent mobilisées en exclusivité voire en opposition : « la maladie comme signification versus la maladie comme produit de domination, la maladie comme expérience versus la maladie comme processus économique et politique »* (Martínez Hernáez, 2011, p. 166). Il dit avoir fondé son approche théorique sur les propositions non seulement de Gramsci et de de Martino, mais également de l'approche relationnelle de Durkheim et de l'interactionnisme symbolique, de la phénoménologie et encore de la première école de Francfort (Menéndez, 2012a). C'est dans leur ensemble qu'elles permettent de saisir la complexité sociale en jeu autour de la santé. Il précise et défend aujourd'hui encore ses propositions théoriques, méthodologiques et par là même, politiques, qui, bien que très reconnues et mobilisées dans les pays d'Amérique Latine où l'anthropologie médicale est développée, n'apparaissent toujours pas dans les approches anglo-saxonnes ou françaises de la santé. Ses propositions sont centrales également dans le développement de la médecine sociale et de l'épidémiologie socioculturelle en Amérique Latine.

Pour aborder dans leur ensemble la santé, la maladie et les soins, depuis une perspective historique et relationnelle qui considère à la fois leurs dimensions sociales et culturelles, Menéndez mobilise le concept de « processus de santé, maladie et soin ». Celui-ci est défini

¹⁴ Voir les recherches menées par le *Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria* à Pérouges.

comme un « phénomène universel qui opère structurellement et de manière différenciée, dans toute société et dans tous les ensembles sociaux qui en font partie. [...] La maladie, les souffrances, les dommages à la santé constituent quelques-uns des faits les plus fréquents, récurrents, continus et inévitables qui affectent la vie quotidienne des sujets et des groupes sociaux. Ils forment partie des processus sociaux au sein desquels se constitue collectivement la subjectivité »* (Menéndez, 2002, p. 312). On retrouve ainsi dans cette proposition comment la structure sociale et les rapports sociaux de pouvoir affectent différemment à la fois la santé et la mortalité des groupes sociaux, mais aussi la dimension subjective de l'expérience de la maladie et du soin. Et c'est principalement dans la compréhension de cette deuxième dimension (bien que toujours étroitement liée à la première) que les constructions théoriques qu'il propose constituent un apport au courant de l'anthropologie médicale critique.

Menéndez précise : « La réponse sociale à la présence et à la reconnaissance de maladies et de souffrances constitue un fait quotidien, qui est, de plus, nécessaire pour assurer la production et la reproduction bio-sociale de toute société. En d'autres termes, tant les souffrances elles-mêmes que les actions à leur égard, constituent des processus structurels au sein de tout système et de tout ensemble social ; ce pour quoi, ils ne généreront pas seulement des représentations et des pratiques, mais ils organiseront également un savoir pour affronter, vivre avec, résoudre et, si possible, éradiquer les souffrances. Tomber malade, mourir, prendre en charge la maladie et la mort doivent être pensés comme des processus qui se définissent non seulement à partir de professions et d'institutions spécifiques et spécialisées techniquement, mais surtout comme des faits sociaux envers lesquels les ensembles sociaux doivent construire des actions, des techniques et des idéologies parmi lesquelles seule une partie est professionnellement organisée »* (Menéndez, 2002, p. 310).

La maladie, la souffrance ou encore la mort sont donc des faits quotidiens qui impliquent la construction de savoirs permettant de les reconnaître et de les expliquer, mais aussi de les prévenir, les affronter, les soigner ou bien les soulager. Véritable fait social total, la maladie fait l'objet d'une constante production de significations, de représentations et de pratiques. Les enjeux qui entourent la définition de ces savoirs sont de taille : la maladie et le soin étant au cœur d'une intense production symbolique, différents acteurs sociaux y trouvent des intérêts économiques, politiques et idéologiques.

Les acteurs sociaux qui participent à la construction des représentations et pratiques de santé sont nombreux : l'État au travers des politiques et des services sanitaires et sociaux qu'il définit ; les industries pharmaceutiques avec la production et la vente des médicaments ; les médias qui diffusent des informations sur le bien-être et sur les soins ; les médecins, les prêtres, les guérisseurs qui proposent des explications et des solutions aux maladies et aux problèmes rencontrés. La biomédecine n'est donc pas la seule à produire des savoirs de santé (bien qu'elle le fasse généralement de manière hégémonique), et, contrairement à l'image d'objectivité et de technicité à laquelle cette dernière s'identifie, « dans tous les contextes, les institutions d'assistance, de soins, de contrôle de la santé structurent une rationalité qui n'est pas exclusivement technique et scientifique, mais aussi socioculturelle et idéologique »* (Menéndez, 2002, p. 312). Les différentes formes de soin apparaissent donc comme des acteurs clés dans la définition des savoirs de santé et cherchent à les faire valoir auprès des individus et groupes sociaux.

Aussi, on ne peut comprendre la construction de représentations et de pratiques de santé sans considérer les relations, les rapports de pouvoir entre tous ces acteurs significatifs qui cherchent à transmettre leurs propres savoirs auprès des groupes sociaux. Et ces rapports de pouvoir, selon Menéndez, doivent être compris comme des rapports d'hégémonie/subalternité. Ainsi, les dimensions idéologiques apparaissent centrales. En

guise d'exemple, on comprend que les campagnes de vaccination contre certaines maladies ne consistent pas uniquement en une imposition des vaccins à certains âges, mais qu'elles associent aux mécanismes de contrôle de la population un discours justifiant les intérêts de cette pratique jouant même sur des valeurs morales. Ou encore, les campagnes pour l'utilisation de protections lors de rapports sexuels s'affrontent souvent aux idées de certaines religions concernant la sexualité et la maternité, les deux cherchant à faire adopter leurs idées auprès des populations ciblées.

Il est à ce point nécessaire de faire quelques précisions concernant les concepts utilisés. Le terme *savoir* fait référence « aux représentations et aux pratiques utilisées par un acteur déterminé, et qui inclut l'effet de pouvoir que développe tout savoir »* (Menéndez, 2005, p. 66) Par *pratiques*, sont considérées les « modes d'action, d'organisation et de réponse des acteurs impliqués dans des activités de santé en référence au processus de santé-maladie »* (Grimberg, 1997, citée dans Ramírez Hita, 2010, p. 46) lesquels peuvent prendre des « formes spontanées ou organisées, individuelles ou en groupes, formelles ou informelles »* (Grimberg, 1991; Ramírez Hita, 2010, p. 46).

Par *représentations*, sont définies l'ensemble des « catégorisations-prescriptions qui organisent les caractéristiques des pratiques » de santé (Ramírez Hita, 2010, p. 47). Cela inclut donc « les processus reliés de percevoir, catégoriser et signifier (donner sens) en privilégiant cette dernière - la signification - comme condition basique de tout processus social »* (Grimberg, 1997, citée dans Ramírez Hita, 2010, p. 47).

Il est important de s'arrêter également sur la notion de *forme de soin*. Sous ce terme, Menéndez réunit « toutes les formes de soin qui, en termes intentionnels cherchent à prévenir, soigner, contrôler, soulager et/ou guérir une souffrance déterminée »* (2005, p. 34). Celles-ci « utilisent diverses techniques diagnostics, différents indicateurs pour la détection du problème de santé, ainsi qu'une variété de traitements et même différents critères de guérison »* (2005, p. 34). Elles participent donc à la définition de significations, de symboles, de représentations et de pratiques autour de la santé et s'inscrivent au sein de rapports de pouvoir. Ces rapports se jouent entre les formes de soin elles-mêmes, et entre les formes de soin et les individus et groupes sociaux. C'est dans ces rapports que se joue la participation des formes de soin à la définition sociale de la santé, de la maladie et des soins. C'est par eux que vont se mettre en place les représentations des maladies et les stratégies de soin des populations.

De cette proposition naît l'intérêt de développer une analyse relationnelle des phénomènes de santé : il apparaît en effet nécessaire de comprendre les savoirs de santé des groupes sociaux, mais également des formes de santé, dans leurs relations avec les autres acteurs sociaux significatifs. Aussi, Menéndez propose-t-il « une perspective d'analyse qui situe le cœur de la description et de l'interprétation sur le système de transactions produits entre les parties »* (1994, p. 74) et non pas seulement sur les caractéristiques de l'une ou de l'autre.

Menéndez distingue de nombreuses formes de soin, comme la biomédecine, les médecines populaires ou traditionnelles, des formes alternatives ou New Age, des médecines venues d'autres traditions médicales académiques (médecine ayurvédique, médecine chinoise), les religions, les formes de soin basées sur l'entraide, etc. Il les regroupe sous différents *modèles médicaux* : instruments conceptuels théoriques, ils ont pour but de simplifier et schématiser la complexe réalité. Ces modèles se distinguent par leurs principales caractéristiques et fonctions mais surtout par les relations qu'ils entretiennent avec les autres modèles et avec les groupes sociaux¹⁵. Cet anthropologue définit trois modèles médicaux. Si ces modèles ont été construits à partir du contexte mexicain de la fin du XXème siècle et que les

¹⁵ Jesús Haro réalise une excellente synthèse sur la prise en charge « profane » de la santé à partir de travaux de nombreux anthropologues et sociologues (Haro, 2000).

caractéristiques énoncées peuvent être discutées depuis l'actualité (Comelles, 1993), ils offrent un cadre de base pour penser les parcours de soin et les relations entre les formes de soin.

a) Le modèle médical hégémonique

Ce modèle fait référence à la biomédecine et au système d'assistance qu'elle organise. Menéndez décrit ce modèle comme constituant l'idéologie technique dominante dans le savoir médical actuel. Il entend par là « l'ensemble des savoirs générés par le développement de la « médecine scientifique », lequel a opéré une hégémonie sur les autres savoirs depuis la fin du 18^{ème} siècle, jusqu'à être identifié, dans certains contextes, comme l'unique forme correcte de diagnostiquer, d'expliquer, de soigner et de résoudre les problèmes de maladie, légitimée par des critères scientifiques comme politiques. Les fonctions remplies par ce modèle sont différenciées en trois groupes : a) curatives, préventives, de maintien de la santé; b) de contrôle, normalisation, médicalisation, légitimation ; c) économiques et professionnelles »* (Menéndez & Di Prado, 1996). Ses principales caractéristiques sont : son efficacité pragmatique, son biologisme et son a-socialité, sa conception évolutionniste-positiviste, son individualisme, universalité, a-historicité, réductionnisme, marchandisation, ainsi que la reconnaissance du patient comme porteur de savoirs erronés et la relation asymétrique patient-médecin (entre autres) (Osorio, 1998, p. 35).

Jesús Haro (2000, p. 108) précise que cette forme de soin médicale professionnelle peut prendre une forme individuelle offrant des services personnels ou une forme communautaire comme le sont les services de santé publique. Sont inclus ici : la sécurité sociale, la santé publique et l'assistance sociale ; mais également les services privés et mixtes. On retrouve aussi différentes formes de bienfaisance, - qui peuvent présenter des services allant de campagnes d'éducation sanitaire à des soins -, et qui peuvent être privées, civiles ou religieuses, voire proposées par des organisations internationales.

La relation de ce modèle avec les autres est généralement ambiguë. L'exclusion, la délégitimation ou la subordination des autres modèles médicaux de la part de la biomédecine coïncide parfois avec une reconnaissance voire une convocation d'autres formes de soins dans les processus de soin de certaines maladies.

b) Le modèle médical alternatif subordonné

On trouve dans ce modèle différentes médecines souvent catégorisées comme les Médecines Alternatives et Complémentaires en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique Latine, qui peuvent être associées à des guérisseurs particuliers (chamanes, sorciers, guérisseurs, sages-femmes, devins), à des traditions médicales académiques (ayurvéda, tibétaine, chinoise, etc.) ou encore aux médecines dites New-Age (aromathérapie, ostéopathie, sophrologie, réflexologie etc.). On peut trouver également dans cette catégorie les formes de soins issues de religions qui prennent en charge une définition des maladies et proposent des solutions face à celles-ci. Bien que très variées, ces formes de soin partagent selon Menéndez leur caractère alternatif vis-à-vis de la biomédecine. Haro explique qu'elles sont généralement exercées de manière privée, individuellement ou organisées en corporations. Elles sont parfois intégrées par des médecins à leurs pratiques médicales, mais toujours de manière complémentaire ou subordonnée.

Menéndez caractérise ce modèle comme ayant une conception globalisante de la santé, une tendance pragmatique, une a-historicité, une asymétrie patient thérapeute, une

subordination du consommateur, une rationalité technique et symbolique et des tendances récentes à la commercialisation (Haro, 2000, p. 110).

c) Le modèle d'auto-soin

Menéndez décrit l'auto-soin comme « les représentations et les pratiques que la population utilise à échelle de sujet et de groupe social pour diagnostiquer, expliquer, s'occuper, contrôler, soulager, supporter, guérir, solutionner ou prévenir les processus qui affectent la santé en termes réels ou imaginaires, sans l'intervention centrale, directe et intentionnelle de guérisseurs professionnels »* (Menéndez, 2003, p. 198). Ce modèle correspond « au premier niveau de soin de [toute société]. Il est à la base de tous les modèles antérieurs »* (Menéndez, 1984).

Dans un sens large, l'auto-soin comprend une gamme ample de situations et de pratiques. Menéndez reconnaît deux définitions de l'auto-soin, une plus large qui inclut tout ce qui a pour objet « d'assurer la reproduction biosociale des sujets et des groupes à échelle des microgroupes et spécialement du groupe domestique. Ce sont des formes utilisées à partir des objectifs et des normes établies par la propre culture du groupe. Depuis cette perspective, il est possible d'inclure non seulement le soin et la prévention des souffrances, mais aussi les activités de préparation et distribution des aliments, le ménage du foyer, l'environnement immédiat et le corps, l'obtention et l'usage de l'eau, etc. » * (2003, p. 199). L'autre définition, plus restreinte concerne seulement « les représentations et pratiques appliquées intentionnellement au processus de santé, de maladie et de soin » * (2003, p. 199), soit celles mobilisées en cas d'épisode de maladie. C'est en général dans sa définition restreinte qu'est étudié le processus d'auto-soin¹⁶.

Ce modèle se caractérise par « son efficacité pragmatique, sa conception de la santé comme un bien d'usage et sa tendance à percevoir la maladie comme une marchandise, la légitimité au sein des groupes, une conception basée sur l'expérience, la tendance à l'appropriation traditionnelle des pratiques médicales, la tendance à synthétiser, et la tendance à assumer la subordination face aux autres modèles »* (Menéndez, 1984, p. 9).

Menéndez considère que c'est depuis le processus d'auto-soin que les individus et groupes sociaux vont articuler dans leurs pratiques et leurs représentations des savoirs qui proviennent de différentes formes de soin et qu'ils vont décider d'avoir recours à celles-ci. « Les sujets et les groupes sociaux constituent l'agent qui, non seulement utilise les différentes formes de soin, qui les synthétise, articule, mélange ou juxtapose, mais ils sont aussi l'agent qui reconstitue et organise une partie de ces formes de soin en activités d'« auto-soin ». Il faut donc prendre en compte que cette dernière constitue non seulement la forme de soin la plus constante, mais surtout le principal nœud d'articulation pratique des différentes formes de soin, la majorité desquelles ne peuvent fonctionner complètement si elles ne s'articulent pas avec le processus d'auto-soin »* (Menéndez, 2005, p. 42).

Cette proposition est fondamentale et a des conséquences extrêmement importantes dans la définition d'une approche méthodologique visant à comprendre les savoirs mobilisés par les individus dans leurs « processus de santé, maladie et soin ». Car, si c'est depuis l'auto-soin que les individus et groupes sociaux construisent des savoirs qui articulent et réorganisent des savoirs issus de différentes formes de soin, mais également qu'ils établissent une articulation entre ces formes de soin tout au long de leurs démarches de soin, il est alors nécessaire de partir de leurs propres représentations et pratiques de santé pour comprendre comment se réalisent ces articulations. Dans un second temps seulement,

¹⁶ Voir par exemple les recherches menées par Susana Ramírez (2007) et Rosa Osorio (1998).

il devient intéressant de réaliser un travail sur les savoirs des différentes formes de soins qui interviennent, en tant qu'acteurs significatifs, sur les processus de soin des groupes sociaux. Une analyse critique des convergences et divergences des savoirs que chacun mobilise face aux problèmes de santé qu'ils identifient se révèle alors tout à fait pertinente (Menéndez, 2005, p. 38; Osorio, 1998; Ramírez Hita, 2007).

Par ailleurs, comme il a été dit plus haut, ces articulations s'inscrivent dans des relations d'hégémonie/subalternité entre les formes de soin et entre les formes de soin et les propres groupes sociaux : aussi, une analyse des savoirs de santé pourra permettre d'éclairer comment opèrent ces relations de pouvoir. Mais cela n'est réalisable que dans la mise en place d'une analyse relationnelle et historique, qui situe ces relations dans le contexte d'une société et d'un monde socialement hiérarchisés, c'est-à-dire dans des rapports sociaux de pouvoir qui opèrent au travers de différents mécanismes pour établir des différenciations et des hiérarchisations sociales. Et ces rapports sociaux, doivent être compris tant dans leurs dimensions matérielles qu'idéologiques. « En fonction de l'importance des conditions structurelles, la signification socioculturelle des souffrances devrait être nécessairement référée à la structure sociale, non seulement pour analyser les articulations qui s'opèrent entre celles-ci, mais pour observer les conditions socio-économiques dans lesquelles se construisent, se développent, se modifient et s'utilisent les significations culturelles »* (Menéndez, 2002, p. 322). On ne peut cependant réduire la structure sociale à sa dimension économique et politique précise Menéndez : « Nous avons spécialement mis en évidence l'existence d'une série de processus structurels qui affectent les conditions de santé/maladie/soin, comme par exemple la tendance continue à l'urbanisation et à la concentration de la population dans des grandes agglomérations ; l'articulation entre processus économiques et démographiques et le constant processus migratoire rural/urbain ou pays périphériques/pays centraux qui génèrent une variété de problèmes de type racial, ethnique ou de classe et qui s'expriment spécialement dans les conditions de sécurité sociale incluses dans la prise en charge de la santé »* (Menéndez, 2002, p. 322).

Pour résumer les différents points repris des propositions théoriques de Menéndez : les savoirs construits par les individus et groupes sociaux pour expliquer, affronter, soigner leurs maladies ou pour préserver leur santé doivent se comprendre au sein du contexte socioculturel dans lequel ils se situent. Celui-ci, compris dans son historicité, révèle les dimensions politiques, économiques et idéologiques qui sous-tendent les processus de différenciation et hiérarchisation sociales au sein desquels se construisent les processus de santé/maladie/soin des individus et groupes sociaux. Avec une telle approche, il devient possible de restituer « le processus matériel et l'expérience de la maladie dans son contexte historique et social d'apparition comme dans celui de sa construction sociale et médicale » (Grimberg, 1999, p. 53).

Ajoutons que, par conséquent, l'étude des savoirs de santé, de maladie et de soin qu'un groupe social construit face aux problèmes qu'il identifie apparaît comme une entrée pertinente pour observer des dynamiques et des processus sociaux plus larges. Comme le signale Menéndez, « les souffrances peuvent constituer des métaphores de la société à un niveau générique ou peuvent être des symptômes de conditions culturelles et ou économique-politiques particulières ayant lieu dans un contexte spécifique »* (2002, p. 311).

1.4. Conclusion du chapitre

Des propositions théoriques présentées ci-dessus, il est possible de construire la synthèse suivante sur laquelle repose la construction du travail de recherche mené dans cette thèse.

La santé, la morbidité et la mortalité d'une population, ainsi que les expériences, les représentations de celles-ci et les manières de les prendre en charge sont le produit de

l'inscription dans les corps de processus et de dynamiques sociales. Une société peut être comprise comme un champ social hétérogène structuré par des rapports sociaux de pouvoir qui établissent des processus de différenciation et de hiérarchisation entre des groupes sociaux. De ces rapports résultent des inégalités en termes de richesse, de prestige et de pouvoir entre groupes sociaux et individus qui sont observables dans leurs conditions de vie et de travail, leur logement, leur accès à l'éducation, à la sécurité et à la santé. Concernant la santé, ces inégalités se traduisent dans une confrontation directe ou une exposition indirecte socialement différenciée à des situations « pathogènes » et en un accès inégal à des ressources de prévention et de soin de qualité. Aussi, la situation sociale des individus, la place qui leur est accordée dans la société, qui résulte de leur insertion dans les rapports sociaux de pouvoir qui structurent une société, est incorporée par ceux-ci et se traduit dans leur état de santé. Mais elle se traduit également dans leurs expériences, leurs représentations et leurs pratiques face aux problèmes de santé qu'ils identifient. En effet, depuis leur situation sociale, les individus construisent des savoirs permettant d'identifier, de comprendre et d'expliquer mais également de prévenir, affronter et guérir les souffrances et maladies auxquelles ils sont confrontés. Pour cela, ils mobilisent des savoirs issus de différentes formes de soin, qu'ils articulent, synthétisent depuis leur propre prise en charge des problèmes de santé.

La construction de ces savoirs de santé (qui incluent perceptions, représentations et pratiques) doit être comprise au sein des rapports sociaux dans lesquels se situent les individus et groupes sociaux, dans leurs relations avec les formes de soin disponibles et en prenant en compte les relations de pouvoir entre ces formes de soin. Aussi, tant les problèmes de santé que les expériences et les savoirs liés à la maladie et à sa prise en charge, s'ils sont compris dans leurs dimensions sociales, relationnelles et historiques, apparaissent comme des révélateurs des dynamiques sociales qui sous-tendent les sociétés.

Cette compréhension des phénomènes de santé et de prise en charge de la maladie constitue le socle théorique à partir duquel se construit la problématique de cette recherche et l'analyse des données récoltées.

Chapitre 2. LA SANTE DES MIGRANTS, OU COMMENT LA « PLACE » QUI LEUR EST ASSIGNEE IMPACTE LEUR SANTE ET LEUR ACCES AUX SOINS

À travers une revue de différents travaux réalisés sur la santé des migrants, ce chapitre a pour objectif d'observer comment a été problématisé ce sujet, notamment depuis un cadre théorique proche ou héritier de l'anthropologie médicale critique. Très peu de recherches ont été menées au Chili sur la santé des migrants, ni en anthropologie, ni en épidémiologie ou en santé publique. Aussi, ce chapitre repose principalement sur les productions d'autres contextes académiques et sociaux. La réflexion part de résultats d'études démographiques et épidémiologiques qui ont mis en lumière des écarts de santé entre populations migrantes et « nationaux » dans différents contextes, très souvent défavorables aux étrangers. Ces études, qui se sont précisées avec le temps, offrent une série d'explications à l'état de santé généralement moins bon des migrants. Ainsi faisant, elles ont offert une base quantitative à partir de laquelle les sciences sociales ont pu s'interroger sur les processus sociaux qui sous-tendent ces observations. Il est ici question d'observer les mécanismes que ces études ont révélés et leurs manières d'opérer pour affecter négativement la santé des migrants. Cette démarche permet finalement de préciser les questionnements de cette thèse, en affinant la construction théorique tout en mettant en valeur la pertinence sociologique et scientifique de la problématisation menée.

2.1. État de santé des migrants : des écarts de morbidité et mortalité entre migrants et nationaux

Evaluer la santé d'une population migrante suppose avant tout la distinction d'une catégorie de population considérée particulière. Pour cela, il est nécessaire que cette particularité lui soit reconnue socialement, mais qu'elle soit également validée scientifiquement et politiquement.

En France par exemple, la santé des migrants n'a été que récemment observée par les démographes, les épidémiologues, les spécialistes de santé publique puis par les sciences sociales. Plusieurs raisons expliquent cela. Tout d'abord, la santé des migrants a avant tout été considérée comme l'affaire de spécialistes cliniques, lesquels ont défini les problèmes de santé des migrants comme des maladies dites « d'importation », « d'acquisition » et « d'adaptation » (Fassin, 2000b) qui leur seraient propres. Ce particularisme accordé aux migrants a conduit à leur séparation du reste de la population, justifiée par une essentialisation, une naturalisation de leurs maux et une culturalisation voire une racialisation de cette population (Meñaca, 2007). Mis à part, les migrants sont également considérés comme un groupe à risque, pour eux-mêmes comme pour le reste de la population, et comme des récepteurs passifs des maladies (Fassin, 2000b, p. 5). L'exotisme dans lequel on enferme alors les migrants empêche de penser leur santé en termes de santé publique, ou dans un ensemble social plus grand, dans leur relation avec le reste de la population. Par ailleurs, un débat très important existe en France dans le monde scientifique et dans la sphère politique concernant les dommages que peut créer la mobilisation de statistiques selon des catégories ethniques, raciales ou par nationalités. Il s'agit d'un débat autour de la performativité des catégories. Les opposants à la production de « statistiques ethniques » invoquent le risque que ces dernières renforcent la validité sociale des différences entre les catégories mobilisées et favorisent les dérives discriminatoires envers celles-ci. En faisant cela, elles vont à l'encontre des principes de la Nation française d'égalité entre les citoyens et des politiques d'intégration envers les

étrangers. Or, répondent des défenseurs de ces statistiques, bien qu'elles ne soient pas nommées officiellement, la société française produit ces catégories sociales qui engendrent des inégalités sociales. Et, dans la mesure où existent des inégalités produites socialement, il est nécessaire de les faire apparaître et de les comprendre pour pouvoir agir sur les mécanismes qui les produisent et réduire ces inégalités.

Il faudra attendre en France un contexte scientifique et politique favorable pour obtenir les premiers chiffres sur la santé des populations migrantes et pour le développement d'enquêtes précisant les données. C'est à partir des années 1990, sous l'influence d'observations réalisées en Grande-Bretagne, que des études révèlent des informations sur la santé des migrants dans des approches dépassant les perspectives biologiques et psychologiques associées d'un différentialisme culturaliste et raciste prégnantes jusqu'alors. Cela a été rendu possible, pour une part, comme le dit Musso car « après l'emploi et le logement, la « santé » a rejoint dans la dernière décennie, la litanie des termes accolés aux « problèmes posés » par les immigrants » (2005, p. 2), rendant ainsi visible un problème social. D'autre part, le contexte scientifique est devenu sensible à ces questions, alors que se rencontrent : 1) des réflexions sur les inégalités sociales de santé, qui mettent en évidence les failles que le modèle républicain d'intégration et d'égalité produit et cherche à masquer ; 2) des apports sur les rapports interethniques et raciaux (minorités) ; 3) des approches féministes qui interrogent l'articulation des rapports de pouvoir basés sur des critères de classe, sexe et race. Ce contexte permet de penser les maladies et la santé des migrants, non plus dans des perspectives du risque ou de la particularité culturelle, mais bien en termes d'inégalités sociales, de vulnérabilité, de responsabilités politiques et citoyennes, justifiant ainsi l'intérêt de l'existence de données sur cette population.

Les catégories à mobiliser pour produire ces données doivent cependant être questionnées. Arantxa Meñaca (2007) s'interroge sur les catégories à partir desquelles la santé des migrants a été observée en santé publique et en épidémiologie dans différents contextes nationaux et académiques. Elle met ainsi en évidence le côté idéologique et politique qui sous-tend les manières de penser - ou non - cette question. Selon elle, les contextes politiques et historiques de chaque pays conditionnent la manière de se saisir de la diversité des origines, de penser l'altérité, mais également les différences et les inégalités en matière de santé. Elle relève trois critères de catégorisation des populations qui, en les distinguant de la population majoritaire, permettent de penser les populations immigrées : la « race », l'« ethnicité », le statut d'immigrant. Le premier critère, la « race », est majoritairement utilisé aux États-Unis. Meñaca observe trois acceptations de celle-ci, à savoir : a) les variations génétiques qui influeraient sur le risque de souffrir certaines maladies ; b) une justification biologique des catégories racistes mobilisées pour distinguer des groupes de population ; c) l'auto-identification à une race ou une ethnie. Cette catégorisation, comprise selon le troisième sens énoncé, est considérée valide par les chercheurs qui y ont recours dans le sens où des différences significatives de mortalité, morbidité et de recours aux soins sont observées entre les groupes et qu'elle permet de réaliser des analyses en termes d'inégalités sociales (LaVeist, 2005; LaVeist & Isaac, 2013; Meñaca, 2007, p. 41). L'« ethnicité » est une autre variable mobilisée pour penser la santé des migrants, notamment au Canada, en Australie ou encore en Nouvelle Zélande, pays ayant de longues traditions d'immigration et des populations dites autochtones. Au Royaume-Uni également, l'« ethnicité », en ce qu'elle est entendue en partie comme l'appartenance à une communauté nationale, permet une catégorisation de la population étrangère (Smith, 2000; Sporston & Mindell, 2006). Dans la plupart des autres pays européens, dont la France, c'est plutôt la distinction entre la population immigrée et les nationaux qui est considérée. Pays de naissance et nationalité sont les données les plus communes pour identifier ces populations (Uniken Venema, Garretsen y van der Maas, 1995 ; Reijneveld, 1998 ; Stronks,

Ravelli y Reijneveld, 2001 ; Uitenbroek y Verhoeff, 2002 , Ernst, 2000 ; Pfliegerer, 1991 ; Krasnik et al., 2002).

Bien que les études concernant la population immigrante présentent une grande diversité d'approches et obtiennent des résultats très hétérogènes, la plupart s'accordent sur deux points : à leur arrivée dans les pays d'immigration, les migrants ont une meilleure santé que la population de ce pays. Pourtant, avec le temps de résidence dans ce pays, cette santé décline pour devenir moins bonne que celle du reste de la population. En France, les premières données statistiques traitées concernant la santé de la population immigrée apparaissent dans des études démographiques dans les années 1980 et 1990¹⁷. Elles révèlent un meilleur état de santé et une moindre mortalité des immigrés par rapport à la population française. Plusieurs explications sont données. Pour une part, des habitudes alimentaires et des comportements propres au « mode de vie » de certains immigrés sont considérés protecteurs (Wanner, Bouchardy, & Khlat, 1997) ; (Khlat & Courbage, 1995). D'autre part, ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par le retour d'immigrés à la retraite ou en fin de vie dans leurs pays d'origine : le « biais du saumon » (Attias-Donfut & Wolff, 2005). Finalement, et cette hypothèse est celle qui retiendra le plus l'attention des chercheurs, la meilleure santé des immigrés peut s'expliquer par le phénomène de sélection des candidats à la migration : ce sont ceux en meilleure santé qui partent. Ce phénomène est nommé par la littérature anglophone depuis les années 1990, le « *healthy migrants effect* » (Hamel & Moisy, 2013; Fennelly, 2007; Berchet & Jusot, 2012). Pourtant, des divergences apparaissent rapidement concernant ces résultats et certains questionnent le maintien de cette meilleure santé avec une plus grande ancienneté dans le pays d'immigration. Les critiques mettent en avant les biais méthodologiques des enquêtes¹⁸ et font valoir les observations d'associations et d'organisations qui soulignent la mauvaise santé des migrants¹⁹.

Dans ce contexte, des efforts ont été réalisés dans les récoltes effectuées par des enquêtes pour préciser les informations sur la situation des immigrés en France²⁰. Elles ont permis

¹⁷ Mobilisant les informations produites par le recensement ou par les fiches d'état civil, ces analyses ont révélé une disparité entre la mortalité des étrangers et des Français, favorable aux étrangers. Ces observations sont similaires à celles produites par des travaux concernant la situation dans d'autres pays comme les États-Unis, l'Australie, le Canada, l'Allemagne. Brahimi (1980) a montré que l'espérance de vie des hommes étrangers en France, mais aussi en Suisse et en Allemagne, est supérieure à celle des nationaux. Selon elle, la sélection pour la migration de personnes en bonne santé compense ainsi les conditions de vie et de travail en migration - et dans le pays d'origine - et explique ainsi cet écart. Ces résultats sur la mortalité des étrangers en France furent validés dans d'autres recherches sur les causes de décès des jeunes étrangers (Bouvier-Colle, Magescas, & Hatton, 1985), sur les risques de décès des étrangers (Wanner, Bouchardy, & Khlat, 1997), et plus spécifiquement, sur les causes de décès des Marocains, dans une étude basée sur les chiffres produits par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Khlat & Courbage, 1995). De même, des travaux comparant la morbidité des étrangers et des Français ont mis en lumière un meilleur état de santé déclaré des étrangers (Mizrahi, Mizrahi, & Wait, 1993) ce qui fut confirmé par l'enquête Santé de l'Insee (réalisée entre les années 1991 et 1992) pour les ménages originaires du Maghreb (Khlat, Sermet, & Laurier, 1998).

¹⁸ Tout d'abord, ces dernières adoptent à cette époque une définition réduite de la population immigrée et limitent la possibilité de réaliser des analyses reflétant plus précisément la diversité des situations de ces populations. La définition actuellement mobilisée par l'Insee des immigrés, à savoir, « une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France » n'est guère mobilisable à cette époque. En effet, les personnes qui ont acquis la nationalité française au cours de leur vie sont dans la plupart de ces enquêtes assimilées à la population française. Pourtant, comme le remarquent Hamel et Moisy (Hamel & Moisy, 2013), ceux-ci correspondraient en 1999 à un tiers des immigrés. Par ailleurs, les enquêtes sur la morbidité de la population reposent sur les maladies que les personnes déclarent avoir eu/ avoir. Or, pour qu'une maladie soit diagnostiquée, il faut avoir eu accès à un médecin ; et déjà à cette époque, des études ont montré un moindre recours aux soins de la part des migrants (Mizrahi et al., 1993). Un biais de déclaration peut donc être identifié.

¹⁹ Des associations et des ONG qui mènent une action auprès de migrants (Médecins du Monde, Remede, Migrants contre le Sida, Médecins sans Frontières) ont en effet signalé la dégradation de la santé de ces derniers, la forte prévalence de maladies comme le VIH-Sida ou la tuberculose parmi ce groupe et leur grande vulnérabilité sociale. Ils questionnent ainsi les résultats obtenus dans ces premiers travaux démographiques (Hamel & Moisy, 2013).

²⁰ À la nationalité des individus est ajoutée une donnée sur le pays de naissance. C'est le cas par exemple dans l'Enquête décennale Santé menée par l'Insee en 2002-2003 (Dourgnon, Jusot, Sermet, & Silva, 2009). Pourtant, comme le soulignent Hamel et Moisy (Hamel & Moisy, 2013), ces enquêtes nationales fournissent toujours des informations limitées en ce qu'elles concernent un trop faible effectif d'immigrés, limitant notamment les possibilités d'analyses par pays d'origine. De plus, aucune information n'est relevée sur le temps de résidence en France ou sur la nationalité et le pays de

de mettre en lumière que cet « *healthy migrants effect* » est observable, mais seulement à l'arrivée des migrants dans le pays d'accueil (Berchet & Jusot, 2012; Hamel & Moisy, 2013; Hyman & Jackson, 2010). Avec le temps, leur état de santé se dégrade jusqu'à devenir moins bon que celui des Français. Cette détérioration de l'état de santé est expliquée en grande partie par les conditions de vie et de travail des immigrants qui affecteraient négativement leur morbidité et leur mortalité. Aux déterminants sociaux de santé tels que le revenu, l'éducation, la catégorie socio-professionnelle, s'articulent pour les migrants une plus importante précarité des logements et des emplois, un sur-chômage, des difficultés administratives, mais aussi des expériences de discriminations, une perte de lien social et un sentiment d'exclusion, qui sont identifiés comme des facteurs conduisant à une moins bonne santé (Attias-Donfut & Tessier, 2005; Berchet & Jusot, 2009, 2010; Dourgnon, Jusot, Sermet, & Silva, 2009; Mizrahi & Mizrahi, 2008). Un moindre recours aux soins est également observé pour les immigrés, qui affecterait aussi leur état de santé. L'enquête *Trajectoire et Origine* révèle que la plus faible couverture médicale (absence de mutuelle notamment) chez les immigrés les conduit à moins consulter en cas de besoin ; le renoncement aux soins (qui correspond à une volonté de consulter empêchée par une impossibilité de le faire) est d'ailleurs plus fréquemment déclaré par les femmes que par les hommes migrants. Les difficultés financières (Beauchemin, Hamel, & Simon, 2010), mais aussi la moindre maîtrise de la langue ou encore la méconnaissance du fonctionnement du système de soin (Chaouchi, Casu, Ledesert, & Caussidier, 2006) ; (Lert, Melchior, & Ville, 2007) sont également signalées comme des facteurs qui déterminent le recours aux soins limité de certains immigrés. Des disparités sont encore observées en matière de prévention, notamment en ce qui concerne le dépistage des maladies et la vaccination. Enfin, il faut noter que le sexe, conjugué au temps de résidence en France et au pays d'origine se conjuguent pour produire des disparités de santé au sein même de la population migrante (Hamel & Moisy, 2013).

L'évidence des disparités de santé entre immigrés et nationaux, ainsi qu'au sein des populations immigrées en fonction de différents critères d'âge, de sexe, de pays d'origine, d'ancienneté d'immigration, ou encore de catégorie socio-professionnelle, a conduit les différents travaux en démographie ou économie de la santé à penser ces questions sous l'angle des inégalités et des déterminants sociaux de santé. En mettant en lumière ces disparités, ces chiffres offrent non seulement la possibilité d'aborder le sujet dans les débats publics - et de mettre ainsi fin, comme le disait Fassin, à la « politique de la méconnaissance » (Fassin, 2001b) - , mais ils donnent également une opportunité aux sciences sociales de s'en saisir pour étudier les processus sociaux qui les produisent avec la profondeur que les approches qualitatives permettent (Cognet, Hoyez, & Poiret, 2012). Comme le souligne Fassin, il importe désormais de se demander : « Qu'est ce qui, dans les sociétés contemporaines, se joue autour du corps, de la maladie, de la souffrance, dans leur rapport à l'immigration ? » (2000b, p. 6).

naissance des parents : informations qui permettraient pourtant d'observer l'évolution de l'état de santé dans le temps et d'observer la santé des descendants d'immigrés. L'évaluation de l'état de santé connaît également des modifications et les enquêtes favorisent à partir des années 2000 l'obtention d'informations sur la perception de la santé des personnes, les rendant, selon les chercheurs, moins dépendantes à l'accès aux soins de ces personnes. Plus récemment, et à l'image des enquêtes Passages à la retraite des immigrés réalisées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et par l'Insee ou encore Trajectoire et Origine de l'Ined et de l'Insee, des précisions ont été apportées sur la situation des immigrés, leur pays de naissance et leur nationalité, leur temps de résidence en France, voire même sur la nationalité et le pays de naissance des parents. Les questions autour de la santé et de l'accès aux soins sont également précisées et adaptées aux particularités des immigrés, notamment concernant leurs conditions de vie en France et dans le pays d'origine.

2.2. Quand l'altérité assignée se conjugue, nourrit et justifie les processus de différenciation et de hiérarchisation sociales

Si l'on reprend la définition de la santé proposée plus haut dans le chapitre, le moins bon état de santé observé chez les migrants serait dû à une situation sociale peu favorable. Ils s'inscriraient donc dans des rapports sociaux qui affecteraient leur santé négativement. Comment comprendre alors qu'il existe des écarts de santé entre migrants et nationaux, à même niveau socioéconomique et professionnel, sexe ou âge ? Qu'est-ce qui affecte particulièrement les migrants pour les rendre différemment vulnérables à la maladie ? Et ces questions doivent être posées en considérant que « *Disparities in mortality rates are not only statistical data, they mean differences in values attached to life* » (Fassin, 2009, p. 53).

La plupart des études en sciences sociales qui se sont posées ces questions s'accordent pour dire qu'aux rapports sociaux « classiques » qui structurent une société (et qui reposent sur des critères de classe, race, sexe) se conjugue une différenciation sociale basée sur une altérité radicale assignée qui distingue les « migrants », les « étrangers », les « illégaux ». Cette assignation dans l'altérité, qui peut prendre différentes formes, figures ou catégorisation selon les contextes, relève de dimensions idéologiques et morales qui participent à la justification de leur matérialisation, dans un traitement social différencié particulier à la population migrante. Ainsi faisant, elle contribue à leur attribuer une « place » dans la société d'accueil, bien souvent à ses marges, qui les rend vulnérables aux problèmes de santé.

C'est à la compréhension de ces processus qu'est dédié le reste de ce chapitre. Dans un premier temps, je pars d'une définition des rapports sociaux qui produisent une différenciation et une hiérarchisation sociale, à partir du modèle théorique du rapport majoritaire/minoritaire. À partir de celui-ci, je développe une définition des processus de racialisation, ethnicisation et culturalisation qui peuvent participer à la mise en altérité des migrants et à la construction de leur situation sociale, c'est-à-dire de leur place dans une société. La suite de la partie s'organise autour d'un état de l'art des travaux qui ont cherché à observer comment opèrent ces rapports sociaux pour finalement affecter la santé et l'accès aux soins de migrants.

2.3. De la figure de l'étranger à la condition de migrant

Le mouvement porté par les féministes matérialistes, par les *black feminists*, par ceux qui se revendiquent de l'intersectionnalité (Crenshaw & Bonis, 2005; Kergoat, 2009; Wallace & Dorlin, 2008) s'est attaché à observer les rapports sociaux de pouvoir conduisant, souvent dans leur conjugaison, à une domination d'un groupe par un autre à partir de critères tels que ceux de race, de classe et/ou de sexe. Ce courant a démontré que les catégorisations selon ces critères, qui situent certaines catégories comme inférieures selon un principe revendiqué « naturel », non seulement sont le résultat de constructions sociales historiquement définies, mais qu'elles naissent de rapports de pouvoir entre des groupes sociaux au sein d'un même ensemble social. Cet énoncé repose sur une idée déjà développée par Max Weber selon laquelle « le groupe n'existe et ne se définit comme tel qu'en fonction de son rapport (inégal) avec l'autre » (Juteau, 1999, p. 45). Aussi, ce n'est pas sur des caractéristiques communes que les groupes se forment mais bien dans des rapports sociaux de pouvoir, dans lesquels ces caractéristiques vont prendre sens (Juteau, 1999, p. 19). La différenciation sociale à partir de catégories est avant tout relationnelle, et l'altérité est « le reflet de la distribution du pouvoir dans la société » (Guillaumin, 2002, p. 12).

Pour observer ces rapports sociaux de pouvoir, Guillaumin a construit le modèle théorique du rapport majoritaire/minoritaire. Les minoritaires correspondent aux groupes auxquels une identité est assignée et en situation de domination. Leurs rapports avec la majorité, peu

importe le critère justifiant leur catégorisation, peut se caractériser de la manière suivante. Pour une part, tous les groupes minoritaires « ont en commun leur forme de rapport à la majorité, l'oppression ; oppression économique d'abord, oppression légale (ou coutumière) ensuite (...). Les groupes se définissent par leur état de dépendance au groupe majoritaire. Ils sont au sens propre du terme, en état de minorité. Minorité : être moins. » (2002, p. 119). De plus, les minoritaires ont en commun leur particularité face à un groupe pensé comme général, le majoritaire. Ils sont en effet « recouverts du sceau de la différence » (2002, p. 120). Alors que le majoritaire est libre de marque, « différent de rien étant lui-même la référence », le minoritaire est contraint à n'exister que dans sa particularité. Celle-ci le constitue « autant qu'elle le différencie du majoritaire » (2002, p. 120). La particularité assignée aux minoritaires repose sur un mécanisme qui élève au rang de marque un critère physique, un trait culturel ou un comportement, et le signifie comme étant la preuve d'une différence irréductible. Cette marque est définie socialement et historiquement. Ce rapport qui contraint les minoritaires à rester dans leur particularité, leur enlève toute individualité. Désignés différents par le majoritaire, ils sont contraints « d'être cette abstraction que lui impose le majoritaire », des « inauthentiques » selon Sartre (Guillaumin, 2002, p. 122). Quoiqu'ils fassent, ils répondent à la particularité de leur groupe, n'étant qu'une « actualisation » de celui-ci. À l'inverse, le majoritaire a un statut symbolique ouvert : se présentant comme une généralité, comme la norme de référence, les individus majoritaires peuvent eux, se penser dans leur individualité. Enfin, la dimension idéologique qui donne sens à la distinction, rend possible un traitement social différencié, qui matérialise la différence et en devient finalement une preuve.

Pour résumer, les groupes sociaux ne se constituent pas autour de caractéristiques propres, mais dans les rapports sociaux par lesquels s'établissent des différenciations et des hiérarchisations sociales. Ceux-ci donnent un sens à des caractéristiques en les érigeant comme preuve d'une différence, justifiant ainsi une mise à part du groupe possesseur de ces caractéristiques et un traitement social particulier. Différents mécanismes et instruments, politiques, économiques, juridiques, spatiaux ou autres, sont mobilisés à différentes échelles, rendant cette différenciation idéologique concrète, jusqu'à parfois lui servir de support de justification. Cette assignation sociale, cette mise en altérité au sein de rapports de pouvoir, s'observe dans différents processus d'altérisation qui peuvent marquer les migrants, comme par exemple la racialisation, l'ethnisation, la culturalisation, qui se conjuguent évidemment aux rapports sociaux de sexe et de classe (Kergoat, 2009). Si les critères ainsi que les mécanismes et instruments mobilisés par ces processus d'altérisation diffèrent, ils opèrent tous en enfermant dans une catégorie un groupe à partir d'un critère essentialisé pour le considérer différent, sinon également inférieur.

La racialisation est un mode d'assignation dans l'altérité qui a été et est toujours très prégnant dans nos sociétés. Il s'agit dans ce cas de faire de traits physiques ou biologiques les marques d'une différence radicale. Elevées en preuve de cette différence (quoi de plus pratique pour cela qu'un signe biologique, irréversible), elles sont associées à des comportements et des traits de caractères qui seraient particuliers à ce groupe. Une essentialisation, une naturalisation des différences sociales est alors mise en place. Pour Miles, l'essentialisation est « *a representational process whereby social significance is attached to certain biological (usually phenotypical) human features, on the basis of which these people possessing those characteristics are designated as a distinct social collectivity* » (Miles, 1989, p. 74, in Juteau, 1999, p. 113). Les preuves physiques observables justifient, expliquent les différences d'ordre social, et masquent par là-même leurs origines. En naturalisant les situations sociales, les comportements, le rapport de pouvoir qui les produit n'est pas remis en question. La racialisation est accompagnée bien souvent d'une infériorisation qui peut aller jusqu'à la

déshumanisation des groupes racialisés (Balibar & Wallerstein, 1988; Fassin & Fassin, 2006; Guillaumin, 2002; Memmi, 1982; Taguieff, 2013).

Différents auteurs (Balibar, 2005; Balibar & Wallerstein, 1988; Taguieff, 2013) soutiennent l'idée qu'un néo-racisme s'est mis en place depuis le milieu du 20^{ème} siècle en Europe. Alors que l'idée de l'existence de races est condamnée, une essentialisation de certains groupes est observée qui ne se base pas nécessairement sur des critères physiques. Ce sont plutôt des traits culturels, ethniques, religieux, qui servent de marques et justifient leurs mises en altérité. Celles-ci sont souvent essentialisées et permettent de prouver que le groupe marqué présente des particularités sociales, culturelles, ethniques irréductibles. On rejoint en fait la définition d'ethnicisation des rapports sociaux. Plusieurs chercheurs soutiennent l'idée que l'ethnicité, plus politiquement correcte, a remplacé la race comme critère de différenciation sociale. L'ethnicisation, parfois appelée culturalisation (les termes sont confusément mobilisés dans le sens commun), justifie les différences entre des groupes sociaux par des particularités culturelles propres à certains (Hoffmann, Poiret, & Audebert, 2011).

Si les critères sur lesquels ils reposent diffèrent, tant dans le processus de racialisation comme dans ceux d'ethnicisation ou de culturalisation, il s'agit d'un « rapport à l'égard d'autres dont la différence est à la fois réifiée et radicalisée : réifiée signifiant qu'il existe des traits définis comme une essence de l'altérité, radicalisée supposant une surdétermination de ces traits par rapport à toutes autres formes possibles de caractérisation » (Fassin & Fassin, 2006, p. 32). Tous ces processus se rejoignent en ce qu'ils nient « aux autres leur aspiration à l'universel » et leur individualité et permettent, en justifiant tous les comportements et situations par la catégorie dans laquelle sont assignées les personnes, de ne pas prendre en considération d'autres facteurs sociaux, économiques, politiques qui peuvent en être responsables (Fassin, 2001b, p. 143). Il est également important de noter que la racialisation, l'ethnicisation ou la culturalisation peuvent être initiés ou favorisés depuis les groupes minoritaires (Juteau, 1999; Cunin, 2003; Hoffmann et al., 2011), notamment dans un but de reconnaissance de leurs droits. Cependant, ces mécanismes trahissent la situation de subalternité dans laquelle se situent ces groupes, dans le sens où, pour effectuer leurs revendications, ils doivent mobiliser les catégories produites par la majorité.

À ces processus de mise en altérité qui peuvent toucher les migrants, se conjugue parfois une criminalisation de ces derniers, notamment à travers l'« illégalité » assignée à certains – et qui se répercute sur les représentations de l'ensemble des migrants-. Cette catégorie exclue de manière radicale les migrants de la société : « illégaux », ils sont hors-la-loi, ils l'enfreignent de par leur situation. Ils sont donc extérieurs à la société d'accueil et ne peuvent ainsi prétendre à aucun droit. « *Unauthorized migrants are excluded from the political realm. In Hannah Arendt's terms, they lack not only rights but also, and more fundamentally, the right to have rights* » (S. Willen, Mulligan, & Castañeda, 2011, p. 332). Pourtant, si elle est souvent naturalisée en ce qu'elle repose sur un critère juridique, la légalité de la situation des migrants doit également être observée comme une construction sociale, produite, ici encore, dans des rapports de pouvoir. L'exclusion sociale des migrants dits « illégaux » repose sur une idéologie qui refuse de les reconnaître « *as complete social beings, or as ratified members of the moral community* » (S. Willen et al., 2011, p. 332).

L'ensemble des processus décrits ici (non exhaustifs) doit être pensé dans leur conjugaison et en contexte. Ils s'inscrivent dans une histoire longue de traitement de la différence, variant selon les contextes nationaux et les époques. L'histoire de la construction de la Nation, l'histoire coloniale, le traitement des populations « autochtones », le rôle des migrations dans la constitution d'un pays, les besoins de main d'œuvre, etc. : toutes ces dimensions historiques et sociales qui jouent sur la manière dont se construit le rapport à

L'Autre sont à considérer pour observer quels processus opèrent pour identifier et définir les populations migrantes et de quelles manières, à un moment donné. Par ailleurs, comme l'a montré le courant de l'intersectionnalité, ces différents processus peuvent coexister, se conjuguer entre eux, mais aussi avec d'autres rapports de pouvoir, basés sur des critères comme le genre, la classe, la religion, l'âge, l'origine nationale, etc. Ces rapports s'articulent, se nourrissent et se justifient entre eux (Jodelet, 2005; Juteau, 1999; Poiret, Hoffmann, & Audebert, 2011). Et c'est cette conjugaison historicisée qui doit être observée pour comprendre le traitement social dont font l'objet les migrants (Castañeda, 2012; Juteau, 1999; S. Willen, 2012; S. Willen et al., 2011). Car c'est de celle-ci que se constitue la place accordée aux populations migrantes par une société à un moment donné. Ensemble, ils contribuent à la définition d'une valeur reconnue par une société aux migrants. Dans la mesure où différents processus se conjuguent pour situer les migrants, une différenciation opère entre les migrants eux-mêmes, selon leurs statuts juridiques, nationalités, races, sexes, cultures, etc. La valeur qui leur est associée définit leur légitimité à appartenir et participer à une société. Ou plutôt leur bio-légitimité, c'est-à-dire, la valeur accordée à leurs vies.

La compréhension de ces processus idéologiques, de leurs manières d'opérer et de leur matérialisation dans les conditions de vie et dans la santé des migrants a fait l'objet de recherches en sciences sociales au cours des quinze dernières années. D'abord, depuis des recherches sur les inégalités sociales de santé qui ont analysé les dimensions sociales sous-jacentes aux écarts de santé entre migrants et nationaux ; puis par des recherches sur les relations interethniques et leurs conséquences en matière d'accès au soin et de prise en charge particularisée au sein des institutions de santé ; et enfin, très récemment, par des travaux cherchant à comprendre comment les dimensions idéologiques et morales opérant à différentes échelles peuvent conduire à une réinterprétation des lois et des droits à échelle locale, conduisant à une prise en charge réduite des migrants. Une synthèse de leurs résultats est réalisée maintenant.

2.4. La condition de migrant ou l'importance des dimensions sociales pour comprendre l'état de santé de la population migrante

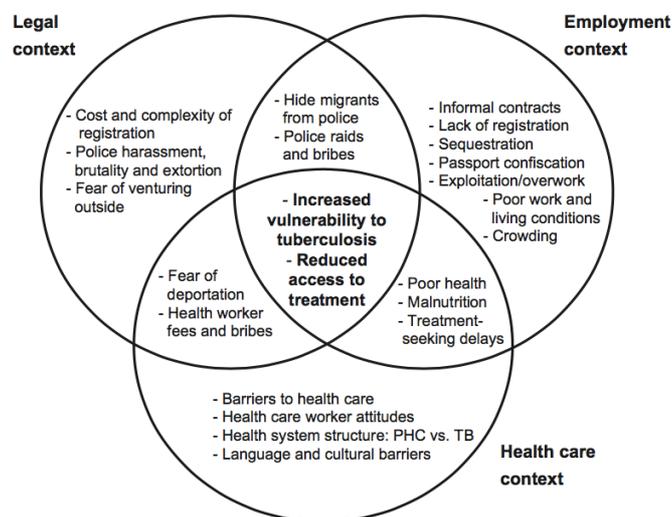
Des recherches en sciences sociales se sont attachées à mettre en lumière les mécanismes politiques, économiques et sociaux qui affectent de manière négative la santé des migrants. En observant les facteurs structurels qui s'articulent pour peser sur la vie des individus, elles montrent comment la condition sociale des migrants oriente leurs expériences de vie, de santé et leurs possibilités d'accéder au soin.

Le numéro de la revue *Social Science & Medecine* dirigé par Sarah Willen (2012) a été consacré aux conséquences des inégalités et des vulnérabilités structurelles sur la santé et l'accès au soin de migrants « illégaux ». Les auteurs montrent que le processus « d'illégalisation » auquel sont confrontés certains migrants se conjugue à d'autres facteurs d'exclusion (Bourgeois, 1988) exacerbant leur vulnérabilité face à la maladie (Willen, 2012, p. 805). Cette citation de Quesada en résume les propositions :

« *The "cumulative vulnerabilities" that migrants experience represent the accumulation of hardships that cause ill health (Huffman et al., 2012 : 25 ; Larchanché, 2012): precarious living conditions, exploitative work conditions, low incomes, lack of health insurance, lack of transportation and restrictions on mobility, lack of proper housing, hunger, homelessness, language barriers, social stigmatization, restrictive and punitive immigration policies. The accumulation of these structural vulnerabilities shapes migrant subjectivities by leading them to adopt behaviors and practices, self-concepts and world views that are inextricably linked to networks of power and, crucially, that compromise their capacity to negotiate their everyday worlds* » (Quesada, 2012, p. 895).

Dans ce dossier, Huffman et ses collaborateurs (Huffman, Veen, Hennink, & McFarland, 2012) ont travaillé sur la tuberculose parmi les migrants uzbeks au Kazakhstan. Dans ce pays qui a connu une résurgence de la tuberculose à la fin de l'URSS, le gouvernement a rendu gratuit et disponible pour tous le traitement de cette maladie. Cependant, les migrants Uzbeks qui y résident et qui connaissent une prévalence importante de cette maladie n'ont que rarement accès à celui-ci. Les auteurs ont cherché à comprendre les mécanismes sociaux qui conduisent au fort développement de la maladie chez ces migrants et à sa non-prise en charge dans un pays offrant un traitement gratuit à tous. Leurs données ont mis en avant trois importants facteurs structurels qui pèsent sur la vie de cette population et la rend vulnérable, qui sont : le contexte légal, qui conduit les migrants à une situation d'illégalité ; le contexte de l'emploi, qui favorise leur exploitation ; et enfin le système de soin en lui-même, qui leur est inaccessible. Le schéma suivant résume comment ces facteurs conduisent à une plus grande vulnérabilité face à la tuberculose :

Figure 2.1. L'impact des facteurs structurels sur la vulnérabilité des migrants uzbeks au Kazakhstan



Sources : Huffman et al., 2012, p. 867.

Les conditions de travail des migrants uzbeks, engagés de manière saisonnière dans la construction, le ramassage du coton, la boulangerie ou la cuisine, sont extrêmement précaires. Embauchés avec de faux contrats qui empêchent la régularisation légale de leurs situations, ils se retrouvent souvent dans des formes de captivité, leurs passeports confisqués et avec l'interdiction de quitter leurs lieux de travail. Des abus de toutes sortes ont été observés, notamment la retenue sur leurs salaires des amendes passées par les policiers aux employeurs qui ne déclarent pas faire travailler des migrants. Logés sur place en surnombre avec un accès limité à de l'eau propre, les travailleurs uzbeks déclarent de nombreuses maladies respiratoires, mais aussi des diarrhées et des douleurs importantes dues aux efforts demandés par leurs tâches. La législation concernant la situation légale des migrants se combine à ces conditions de travail pour fragiliser plus encore les migrants. La loi prévoit que leur régularisation s'effectue grâce à leurs employeurs et au contrat de travail qu'ils reçoivent. Or, très peu en obtiennent et peuvent devenir « légaux ». Les travailleurs migrants indépendants, lorsqu'ils connaissent les procédures de régularisation, sont confrontés au prix trop élevé de celles-ci et aux contraintes de temps qu'elles requièrent. Enfin, la relation avec la police, qui agresse, intimide, brutalise et rackette les migrants au quotidien, démotive les migrants à chercher à régulariser leurs situations. Plus

encore, la peur que cette institution leur inspire les contraint à ne pas sortir de leur lieu de travail. Aussi, lorsqu'ils présentent une maladie, ils ne cherchent généralement pas d'aide auprès du système de santé et favorisent un traitement « maison », définis par eux-mêmes. La peur d'être renvoyé par leurs employeurs en cas de maladie les pousse également à ne pas la déclarer et à travailler le plus longtemps possible. Seulement lorsque leur situation devient très critique, ils cherchent de l'aide. Mais leur prise en charge se trouve limitée par leur situation illégale. Ils se confrontent souvent à un refus d'accès au soin pour manque de papiers, ou doivent payer très cher le service. Le personnel de santé considère que ces migrants ne méritent pas d'être soignés et que leurs présences encombrant leurs services. S'ajoutent encore des barrières de langue et la méconnaissance du fonctionnement du système de soin. L'ensemble de ces facteurs favorisent le développement de la tuberculose parmi cette population et sa non prise en charge. C'est donc la violence structurelle (Farmer, 1999a) à laquelle ils sont confrontés qui produit le fort taux de tuberculose chez cette population et sa non prise en charge.

Dans le contexte français, dans un numéro de la revue *Hommes et Migrations* dirigé par Fassin (2000a), novateur à l'époque, plusieurs textes sont rassemblés qui présentent une démarche similaire et cherchent à mettre en lumière les dimensions sociales sous-jacentes à la prévalence très élevée d'une maladie parmi une population migrante. Anne-Jeanne Naudé (2000) s'intéresse au saturnisme et à sa gestion par les pouvoirs publics. Cette pathologie est provoquée par une intoxication des jeunes enfants par les peintures au plomb, lesquelles ont été beaucoup utilisées dans les immeubles d'habitations avant d'être interdites en 1948. En France dans les années 1980 et 1990, ce sont les habitants des quartiers populaires des grandes villes, principalement des migrants africains récemment arrivés, qui sont les plus touchés par cette maladie. Cette pathologie des habitats anciens et dégradés, qui affecte plus particulièrement une population migrante en situation d'habitat précaire, met en évidence le caractère social de la maladie. Il s'agit d'un problème lié à l'habitat en milieu urbain, à la question de l'accès au logement social et de l'accès des migrants à un logement. Cette origine sociale de la pathologie renvoie l'État à ses responsabilités et notamment aux politiques de logement social qu'il développe.

Pourtant, si ces recherches démontrent l'évidence du poids des facteurs structurels sur l'état de santé des populations migrantes, ces déterminants ne sont que très rarement considérés dans la prise en charge et dans la gestion de ces problèmes de santé. Aussi, comme l'explique Naudé, bien que l'origine du saturnisme a rapidement été associée au mal-logement, cette maladie a d'abord été perçue comme une pathologie liée à des comportements culturels, pour ensuite être traitée de manière sanitaire et non par le biais des politiques sociales. Les pratiques culturelles sont d'abord mises en avant et certains comportements « africains » sont considérés responsables (objets africains contenant du plomb, géophagie, surpopulation dans les logements et polygamie, manque d'aération, mauvaise surveillance des enfants, manque de jouets) et identifiés comme des « facteurs de risque déterminants » (Naudé, 2000, p. 15-17). Une « culturalisation » de la maladie s'opère, liée à ce que l'auteure appelle une « psychologisation des conditions de vie » (2000, p. 16). Ces arguments masquent cependant le problème de fond : la présence de peinture toxique dans des logements délabrés dans lesquels se concentrent les populations immigrées africaines. Quand bien même on ne peut plus remettre en cause l'origine de l'intoxication, il y a derrière ce débat une volonté politique de ne pas reconnaître ce problème dans ses dimensions sociales, qui mettrait en cause la responsabilité de l'État et obligerait à une réponse en termes de politique de logement. L'ampleur et le coût d'une telle action conduisent à la mise en place de « stratégies et tentatives de détournement » (p.17). Ce problème social est progressivement saisi de manière sanitaire : l'intervention se concentre principalement sur le dépistage et les soins apportés à la maladie. Cette « sanitarisation » de

la prise en charge du saturnisme offre une réponse là où les volontés politiques sont absentes.

Un dernier exemple peut être pris à travers la gestion publique du VIH-Sida dans la population immigrée en France (Fassin, 2001a). Depuis l'apparition des premiers cas en 1982, la relation entre Sida et immigration a d'abord été un sujet tabou. Alors que le modèle Républicain défendait ses politiques d'intégration et d'égalité et se refusait à observer les écarts de santé entre immigrés et Français nés en France, les problèmes de santé des migrants étaient avant tout envisagés sous l'angle de la menace épidémiologique. Fassin révèle que si le problème du sida chez les immigrés était occulté par les pouvoirs publics, des enquêtes avaient été commanditées sur le sujet (2001a, p. 142). Or ces enquêtes cherchaient dans les pratiques culturelles des migrants les causes de la transmission du sida. Il y a une « exotisation de la perception du risque » (Fassin, 2001a, p. 142). Ici encore, le culturalisme, comme « essentialisation de la culture et surdétermination par le culturel » (Fassin, 2001a, p. 143) est la première réponse apportée à ce problème de santé. À la fin des années 1990 cependant, un changement s'est opéré avec la publication d'un rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (Savignoni, Lot, Pillonel, & Laporte, 1999). Non seulement, en rendant publiques des informations statistiques, ce rapport suspend le secret qui pesait sur le sujet et ouvre la possibilité d'un débat public, mais surtout, il « déplace la préoccupation centrale des autorités sanitaires du thème implicite d'un risque de contagion de la population française par des immigrés fortement infectés par le virus à la question du lourd tribut payé par eux à la maladie, du retard au diagnostic de l'infection et de l'accès difficile au traitement : les étrangers ne sont plus vus comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives » (Fassin, 2001a, p. 140). Ce regard nouveau qui pose le problème en termes de conditions sociales rend désormais possible une autre prise en charge, plus effective de la population concernée²¹. La maladie, son expérience, sa transmission et son soin doivent être pensés « comme une production de la société, qui en définit le contenu et les limites juridiques, économiques, politiques et culturelles » (Fassin, 2001a, p. 144). Ils ne peuvent en effet être compris sans prendre en compte les facteurs qui forment la condition sociale de migrant, à savoir par exemple, les politiques migratoires, les politiques sanitaires et sociales, ou encore les politiques en matière d'emploi et de logement. Si le regard porté sur les migrants porteurs de sida a changé, la prise en charge du problème reste de l'ordre du sanitaire et dans une logique du cas par cas. Nous sommes encore loin d'une action portant sur les fondements sociaux des inégalités de santé.

Les politiques actuelles en matière de santé ne considèrent que rarement les dimensions sociales en cause dans les problèmes de santé de la population. Elles focalisent leurs actions sur l'accès au soin et les moyens d'interventions biologiques ou à travers des mesures d'éducation de la population visant à prévenir les maladies en modifiant les comportements individuels (Quesada, Hart, & Bourgois, 2011, p. 344). Quand ces maladies touchent plus particulièrement la population migrante, étrangère et/ou « illégale », d'autres mécanismes de détournement et de justification se mettent en place. La « tentation à l'exotisme » et la « culturalisation » ou encore la « naturalisation » des problèmes sont des réponses très fréquemment observées (Musso, 2005, p. 6). On trouve dans la « culture », dans les croyances et les pratiques dites propres à une population, les causes de leurs maladies. La « différence culturelle » permet souvent de justifier les échecs des soins apportés à la population et conduit souvent à la mise en place d'une clinique particulière à celle-ci. Les meilleures intentions, comme le souligne Quesada, lorsqu'elles s'affrontent à la production et à la reproduction des vulnérabilités structurelles, sont bien souvent subverties.

²¹ Rappelons ici que c'est à cette époque en France que les sciences sociales commencent à participer aux débats autour des questions de santé publique en proposant des analyses sous l'angle des inégalités sociales de santé. Fassin est d'ailleurs une figure clé de ces apports.

Dans la partie suivante, il est question d'observer comment opère l'assignation à la différence au sein des institutions médicales.

2.5. L'assignation à la différence dans les institutions médicales

Les institutions médicales, lieux de rencontres et d'interactions entre professionnels du monde sanitaire et social et patients migrants, sont des espaces de production et reproduction de l'altérité et de sa matérialisation. En leur sein, les figures de « migrants », « d'étrangers », « d'illégaux », « d'illégitimes », de « différents » se construisent et opèrent, guidant les interactions, justifiant un certain traitement, bien souvent particulier à ces catégories de patients. Comment se construisent ces figures ? Quelles sont-elles ? Comment se répercutent-elles dans les relations entre personnels de santé et patients et dans la prise en charge de ces derniers ? Comment agissent-elles sur les expériences des migrants dans les institutions de soins, sur leurs expériences de la maladie, sur leur accès aux soins et sur leurs trajectoires de soin ? Différents auteurs se sont penchés sur ces processus de catégorisation et d'assignation d'une altérité au sein d'institutions de soins et sur leurs répercussions sur la prise en charge des patients migrants. Je retiens ici les recherches d'Holmes (2012), de Kotobi (2000) ou encore de Sauvegrain (2012) qui se sont intéressés à la production de l'Autre migrant par le personnel médical et apportent des éléments très intéressants pour comprendre les mécanismes qui se mettent en place à échelle d'une institution.

Dans un travail visant à mettre en lumière les facteurs socioculturels qui façonnent les interactions entre les professionnels biomédicaux et des migrants « illégaux » mexicains aux États-Unis, Holmes montre comment les perceptions que les professionnels ont des migrants, malgré leurs bonnes intentions, vont produire des barrières à leur prise en charge et modeler négativement leurs expériences de soin. Reprenant la notion de « regard médical » à Foucault (2015), il observe grâce à un travail ethnographique comment les professionnels constituent un sujet migrant mexicain « illégal » au travers des perceptions qu'ils construisent à leurs égards. L'analyse proposée par Holmes articule ces perceptions avec un cadre social plus large et prend en compte nombreux facteurs structurels qui pèsent tant sur les migrants que sur les professionnels de santé. Il considère ainsi la législation migratoire et ces impacts sur l'accès à une assurance maladie des migrants ; l'impossibilité pour les centres de soin d'être remboursés des soins donnés lorsque les patients n'ont pas d'assurance, ce qui oblige les médecins à chercher d'autres sources de financements ; les conditions de travail, qui affectent la santé, limitent les possibilités des migrants de se rendre à des soins et retardent au maximum cette demande de soin ; les trajectoires et les routes migratoires qui poussent les migrants à changer de lieu de travail et donc de centres de soin fréquemment empêchant le suivi de leur traitement ; les problèmes de communication liés à la langue et les difficultés des centres de soin à obtenir des interprètes, entre autres.

Les perceptions que les professionnels de santé construisent sur les migrants mexicains qu'ils soignent sont de différents ordres et ne sont pas homogènes. Ils s'accordent cependant sur le fait que ces migrants sont « un groupe méritant de l'aide et avec qui il est agréable de travailler »* (p. 877). Perçus comme contents et heureux malgré leurs vies difficiles, ils se plaignent moins que les autres patients et utilisent moins les services médicaux et sociaux. Ils sont également plus respectueux et leurs enfants mieux éduqués que les autres. Cependant, les professionnels de santé leurs reprochent de ne « pas vraiment prendre soin d'eux »*, et certains estiment qu'« ils ont besoin qu'on leur enseigne comment prendre soin de leurs corps »* (p. 877). Ils condamnent le fait que ces personnes considèrent ne pas avoir besoin de médicaments, ou encore qu'elles ne comprennent pas les résultats des examens, les diagnostics et leurs conséquences. Certains professionnels se

plaignent de leurs croyances en des maladies et des thérapeutes « traditionnels », et font de celles-ci les responsables de leur mauvaise santé. Les professionnels de santé identifient que leurs principaux problèmes sont le diabète, les douleurs corporelles liées au travail, les conséquences d'accidents de travail et les problèmes dentaires. Certains signalent que les problèmes dentaires sont liés à des comportements culturels, notamment la surconsommation de jus en bouteille. Les « différences corporelles ethniques »* (p. 878) sont soulevées par un dentiste pour expliquer les difficultés à réaliser des soins dentaires à cette population. La violence conjugale, les grossesses non souhaitées et les dépressions sont également très fréquemment observées par les professionnels biomédicaux. Des conflits moraux sont posés aux professionnels quand des jeunes femmes mineures se présentent enceintes d'hommes majeurs. Ils associent à la « tradition » et à la culture d'origine cette grossesse à l'âge mineur, mais doivent, par loi, dénoncer le comportement de l'homme majeur. Enfin, les professionnels expliquent que les migrants utilisent mal le système de soins, certains vérifiant les diagnostics auprès de différents médecins. D'autres associent au problème de la langue les difficultés pour réaliser l'histoire médicale et comprendre les problèmes des patients. Leurs manières « différentes » de percevoir et de s'affronter aux douleurs ou aux maux rendent compliquées la prise en charge.

Holmes signale que ces perceptions sont construites à partir des brèves rencontres médicales, mais également des discours et images rapportées par les médias qui véhiculent de nombreux stéréotypes de la situation des migrants mexicains. À cela s'ajoute la formation des professionnels de santé qui ne favorise pas la prise en compte des facteurs sociaux ou économiques qui sous-tendent les problèmes de santé et les pratiques de leurs patients. Seuls les facteurs individuels et culturels sont considérés, limités bien souvent à la prise en compte de la langue et de l'« ethnie » d'appartenance. Les conditions de vie réelles (non celles transmises par les médias) de ces migrants sont généralement ignorées par les médecins, même si les infirmiers sont plus fréquemment amenés à aller « sur le terrain ».

Pour l'auteur, mettre au jour ces perceptions est de première importance, car « *the experiences of suffering and sickness of Triqui migrants farm workers are shaped significantly by responses from medical professionals in the field of migrant health* » (p. 879). Les perceptions, rappelle-t-il, sont centrales dans la conduite des interactions. « Être, c'est être perçu » écrivait Bourdieu (2003). « *Perception necessarily involves also visceral, bodily sensations and reactions. Such mental and bodily perceptions determine people's actions toward another person, shape the possible actions of the other person herself, and - in this dialogic process - produce the material conditions in which she lives* » (p. 879). Aussi, analyse-t-il, alors que le regard médical porté sur ces migrants mexicains mélange idéalisme (volonté de travailler avec cette population) et décontextualisation (non prise en compte des déterminants sociaux, économiques et politiques), il pousse les professionnels à inculper les patients (leurs biologies et/ou leurs comportements) pour leurs propres souffrances. Ces blâmes (souvent subtils) et le manque de prise en compte des conditions sociales des migrants affectent l'expérience de maladie et de soin des migrants, qui concluent que « les médecins ne savent rien ».

Dans le contexte hospitalier français, Laurence Kotobi (Kotobi, 2000; Crenn & Kotobi, 2012) observe comment s'élabore l'assignation dans la différence des patients migrants. Elle met en évidence la place centrale donnée à la « culture » par les professionnels dans la construction de cette différenciation et de sa naturalisation. En effet, un discours culturaliste et ethnocentriste est mis en place, qui oriente les soins adressés à ces patients et les particularisent.

Elle rappelle que la catégorisation des patients à partir de leur différence est un mécanisme de réponse à la question de l'altérité qui est aussi mise en place face à d'autres situations, comme la toxicomanie ou l'homosexualité. Dans le cas des migrants observe-t-elle, « les professionnels des secteurs médico-sociaux décrivent des spécificités, particulières aux

populations africaines et maghrébines essentiellement. Ces patients sont avant tout envisagés comme “différents”, de par leurs caractéristiques physiques (couleur de la peau, tenues vestimentaires), leurs façons d’être (vie en communauté, autre gestion du temps), leurs croyances (fatalisme, sorcellerie) ou encore leurs perceptions du malheur (faute, péché, destin) » (Kotobi, 2000, p. 63). Comme dans le cas décrit par Holmes, ce sont les comportements qui « posent problème » aux soignants qui sont identifiés comme des spécificités de cette population. Aussi, le recours à des thérapies non biomédicales, à des rituels religieux, mais aussi les retards et la non présence aux rendez-vous médicaux, ou encore la langue, sont des éléments caractérisant selon eux la culture des migrants et empêchant un bon déroulement de la prise en charge. À cela s’ajoutent le manque de papiers, d’assurance maladie, une certaine précarité qui caractérisent à leurs yeux cette population. Mais même ces derniers éléments sont avant tout associés à la culture de ces patients et leurs origines sociale, économique ou politique ne sont guère mises en avant comme explications. Le discours culturaliste des professionnels de santé sur les patients migrants porte également sur les causes des maladies. Dans le cas de malades du Sida, Kotobi observe comment s’est construit un « Sida africain » : hétérosexuel, associé à une sexualité libre, ouverte mais très codée, lié notamment à la forte polygamie dont les femmes et les enfants seraient finalement les victimes. Certains comportements sont, à la différence, associés à d’autres groupes, comme l’est la toxicomanie aux Maghrébins.

La construction de ce discours sur les patients étrangers et leurs maladies se réalise à partir « d’une généralisation de type culturaliste du problème des immigrés à l’hôpital, que ces personnels s’autorisent légitimement à poser comme une réalité objective, et qu’ils justifient par leur propre expérience de prise en charge (“Je l’ai constaté moi-même.”) » (Kotobi, 2000, p. 64-65). Toutes les difficultés dans la prise en charge, depuis la communication, l’établissement d’un diagnostic ou le suivi du traitement, sont expliquées par la culture du patient. Attribuant ainsi à l’Autre l’origine des difficultés, les professionnels peuvent ne pas remettre en question leurs propres représentations, normes, valeurs, ni prendre en considération d’autres facteurs sociaux en cause. « La culture, avant tout comprise comme un révélateur de la différence, devient en cela un principe explicatif dans l’interprétation des événements » (Kotobi, 2000, p. 65).

La définition de « culture » mobilisée dans ces discours culturalistes et ethnocentristes est souvent celle d’une unité homogène, non dynamique, univoque : elle enferme ainsi l’Autre dans une irréductible différence. Il est fréquent que des formations en compétences culturelles soient demandées par les professionnels, dans le but de mieux saisir ces cultures et de résoudre les difficultés qu’elles impliquent (Holmes, 2012; Jenks, 2011; Kotobi, 2000). Souvent limitées à des stéréotypes culturels, ces formations ne remettent pas en question la culture des professionnels, ni ne s’ouvrent à la prise en compte d’autres dimensions de la condition de migrant.

Les représentations que les médecins construisent de leurs patients orientent leurs pratiques et leurs manières de se conduire avec ces patients. La catégorisation des patients oriente ainsi l’organisation du travail du personnel de santé (Kotobi, 2000, p. 66; Pennef, 1992; Vega, 1997). « Bons » ou « mauvais patients », suivant les traitements facilement ou posant des difficultés, victimes de la violence masculine ou polygames sans moral, ces appréciations sur les « types de patients » guident l’ordre de passage, les informations données, le traitement engagé. L’enfermement dans une altérité irréductible associée à la culture des patients conduit à des pratiques différenciées dans la prise en charge des patients migrants. Kotobi rappelle que ce rapport d’altérité se conjugue à d’autres rapports sociaux hiérarchisant les populations selon le sexe, la profession, la classe sociale qui jouent également dans la construction des perceptions des migrants et dans sa traduction dans leur traitement médical. Elle donne l’exemple d’un patient africain et de sa femme très malade :

la psychologue s'oppose à l'idée de placer cette femme en maison de repos, car son mari étant polygame, elle y voit une manière pour lui de se débarrasser d'elle. Il apparaît ici de manière flagrante comment les représentations et les valeurs engagées par les professionnels peuvent façonner les trajectoires de soins et l'expérience de la maladie des patients.

Priscille Sauvegrain (2012) s'est également attachée à observer le processus de catégorisation de patientes migrantes et ses effets sur le traitement de ces dernières. Elle a réalisé son étude dans des maternités parisiennes et remarque une racialisation des patientes dites « africaines » avec des conséquences importantes sur leurs suivis médicaux pendant la grossesse et leurs accouchements. Son étude part de la constatation d'une surreprésentation des femmes nées en Afrique dans les accouchements par césariennes depuis les années 1970. Si ces femmes dénoncent une pratique discriminatoire visant à limiter leur fécondité, différentes raisons cliniques ont été invoquées pour mettre en place des protocoles qui leurs sont particuliers. Depuis les années 1970, ce sont les bassins, plus petits, de ces femmes qui justifient une intervention par césarienne. Dans les années 2000, un nouveau protocole apparaît, basé sur une étude nord-américaine : le temps de gestation des femmes « noires » serait plus court de 5 jours que celui des « blanches ». Bien que cette conclusion n'ait pas été vérifiée, un « protocole de terme ethnique » est mis en place dans de nombreuses maternités françaises conduisant à une surveillance spécifique de la fin de grossesse de ces femmes. Sauvegrain montre comment la racisation de ces patientes impacte les pratiques en maternité « au nom de caractéristiques biologiques et génétiques qui les singulariseraient » (p.84).

À partir d'une étude statistique des dossiers d'une maternité, l'auteure montre qu'effectivement les femmes catégorisées « Africaines » (catégorie qui inclue toutes les femmes « noires ») connaissent plus de césariennes que les autres. Cependant, contrairement à ce qui est avancé par les professionnels, toutes les femmes catégorisées comme « Africaines » ne sont pas touchées par cette surreprésentation. Sauvegrain montre une surreprésentation des césariennes chez les immigrées nées à l'étranger, qu'elle explique par une corrélation entre césarienne et état de santé dégradé (qu'elle associe plutôt à leurs conditions sociales). Or, les professionnels n'observent pas ces distinctions et considèrent que toutes les patientes catégorisées « Africaines », c'est-à-dire noires de peau, sont sujettes à des « mécaniques obstétricales » spécifiques. Les hanches trop étroites et les termes de grossesse plus précoces qui caractérisent biologiquement cette population justifient le déclenchement d'un accouchement et d'une césarienne. Pour cette raison, les « Africaines » peuvent voir appliquer sans plus de discussion le « protocole de terme ethnique ». Les amalgames des professionnels, leurs bonnes volontés et leurs convictions de favoriser le principe d'égalité entre les patientes, fabriquent, renforcent et reproduisent les catégories raciales et justifient la mise en place d'une prise en charge particulière.

La tendance à la racialisation, à l'essentialisation des différences, à son inscription dans le biologique est d'autant plus tentante dans le milieu médical que l'intervention touche à des dysfonctionnements corporels et que ceux-ci semblent varier selon les groupes en fonction de leurs origines (Fassin, 2000b, p. 7). Doris Bonnet constate d'ailleurs dans le cas de la maladie de la drépanocytose, que l'inscription génétique de cette pathologie renforce la racialisation des patients et l'essentialisation de la « culture » des migrants qui en sont atteints. Comme le souligne Fassin, on assiste bien souvent à une double dérive essentialiste : « le culturalisme, qui fait de la culture une essence, souvent idéalisée, de la différence, et la naturalisation, qui fonde en nature, et généralement dans la race, cette différence » (2003, p. 71).

La catégorisation des migrants par les spécificités culturelles et/ou biologiques qui leurs sont attribuées, non seulement oriente différenciellement les interactions entre

professionnels et patients et leur prise en charge particulière, mais conduit parfois même à la construction d'un dispositif de soins qui leur est particulier. La psychiatrie a notamment offert une réponse en ce sens en faisant renaître l'ethnopsychiatrie, une « clinique des migrants » (Rechtman, 2000). Cette approche, qui avait disparu avec la fin de la colonisation, considère que la psychiatrie ne peut comprendre avec ses outils classiques tous les maux qui touchent les migrants, mais, qu'armée d'une instruction culturelle, elle peut mieux les comprendre et les traiter. Il s'agit donc d'aller chercher dans les représentations et les classifications des maladies propres aux cultures des patients les origines des troubles qui les touchent et d'y trouver également des réponses pour la mise en place d'un traitement. L'ethnopsychiatrie en France est même devenue une référence incontournable, voire la solution à tous les problèmes des professionnels de santé, pour la prise en charge de patients immigrés et leurs descendants. Pourtant, non seulement la démarche thérapeutique est mise en cause (Rechtman, 2000), mais les dérives idéologiques d'une telle approche, qui a cherché à « instaurer une norme dans la gestion de l'altérité » (Fassin, 1999, p. 149), ont entraîné de très fortes critiques (Fassin, 1999, 2000c; Rechtman, 2000, 2010). Cette approche, dont le *leader* est Tobie Nathan, peut être vue comme soutenant une nouvelle théorie des races, dans le sens où elle enferme les patients dans leurs cultures et défend une ghettoïsation culturelle qui serait favorable au bien-être de chacun. Elle repose sur l'idée que personne n'échappe à sa culture : réifiée, celle-ci s'inscrit dans les corps. Ce culturalisme, comme expliqué dans la section 2.3, prive l'autre de son universalité, de sa diversité, de sa rationalité mais également de sa condition sociale (Fassin, 1999, p. 168-169). Il a « pour effet de situer l'expérience du malade dans un univers de croyances où la tradition tient lieu d'historicité, où le symbolique prend le pas sur le matériel, où l'invocation de la sorcellerie permet d'éluder l'ordinaire de l'existence » (Fassin, 2001c, p. 139).

Les violences auxquelles peut conduire une ethnicisation de la thérapie sont mises en lumière par Chantal Crenn (2000a) dans son observation d'un service de soin ethnopsychiatrique proposé par une association à Bordeaux. Cette association défend un regard croisant psychiatrie et anthropologie, prenant en compte les spécificités culturelles et sociales de patients mais aussi celles des thérapeutes. Selon elle, trois raisons poussent les médecins à orienter leurs patients vers cette consultation, à savoir : « la surdétermination culturelle, l'échec de traitements médicaux ou sociaux, ou l'admiration de la culture de l'autre » (Crenn, 2000b, 2000a, p. 41). Malgré l'attention portée par les membres de l'équipe soignante à ne pas donner une place surdéterminante à la culture des patients ou à réifier celle-ci, les pratiques qui y sont menées et la catégorisation sur laquelle elles se basent peuvent renforcer les hiérarchies sociales en œuvre dans la société. L'auteure part du cas d'un homme qui refuse l'étiquetage qu'il reçoit par son pays d'origine qui le renvoie à sa condition de migrant. Ayant intégré les perceptions négatives associées en France aux « migrants », il refuse de s'y inscrire et lui préfère la catégorie d'« ouvrier ». Or, ce traitement médical spécifique aux migrants le renvoie à sa condition de migrant et lui donne une nouvelle preuve qu'il n'appartient pas pleinement à cette société (2000b, p 45). Aussi, même si cette association a pour objectif d'offrir un service plus adapté aux personnes étrangères, elle renforce en le faisant les hiérarchies sociales et les différenciations entre les migrants et le reste de la population.

Les perceptions que les professionnels de santé construisent des migrants et qui façonnent leurs prises en charge et donc les expériences des migrants, s'inscrivent dans un contexte plus large de traitement des étrangers et de la différence, qui doit être pris en considération. Mais tant ces perceptions que les pratiques auxquelles elles conduisent participent à construire, renforcer et justifier la différence dans laquelle sont enfermés les migrants. Le cas de l'ethnopsychiatrie en est représentatif, dans le sens où cette approche culturaliste est

aujourd'hui une référence pour une prise en charge considérée adaptée à cette population. Véritable « entrepreneur moral » dans le sens développé par Becker (2012), cette approche contribue à renforcer cette différence et même, à l'essentialiser, la rendant irréductible.

2.6. L'accès aux soins des migrants : quand les perceptions sociales sur la légitimité des migrants conduisent à limiter leur accès aux soins

Un autre aspect de la manière avec laquelle les processus de différenciation et de hiérarchisation sociales façonnent négativement la santé des migrants concerne leur accès au soin. Différentes études sont parties du constat que même dans des contextes où l'accès au soin était par loi universel, les migrants, et de manière encore plus prononcée, les migrants « illégaux », ont en pratique un accès moindre que le reste de la population. Comment alors expliquer cet écart entre les droits reconnus d'accès aux soins et l'accès concret à ceux-ci ?

Les études qui se sont intéressées à la question (Carde, 2012; Cognet, Gabarro, & Adam-Vezina, 2009; Fassin, 2004; Musso, Sakoyan, & Mulot, 2012; S. S. Willen, 2012b) ont montré qu'il fallait observer l'accès aux soins des migrants depuis plusieurs angles pour pouvoir saisir les nombreux facteurs en jeu. Les aspects juridiques sont évidemment à prendre en compte et les lois définissant les droits des migrants selon leurs différents statuts doivent être analysées. Par ailleurs, l'accès « réel » à ces soins doit également être pris en compte. Sont considérées ici l'accessibilité géographique, financière et linguistique, entre autres. Ces deux aspects, que Cognet *et al.* (2009) nomment l'accès primaire, sont ceux qui ont été le plus objets d'attention. Dans la mesure où une importante différence s'observe entre les droits d'accès et l'accès dans les faits, il importe de comprendre comment se réalise la prise en charge des patients migrants dans les institutions administratives et de soin. Dans la partie supérieure, différents exemples ont été pris pour montrer que les représentations des professionnels de santé sur les migrants, et notamment la mise en altérité de ces derniers, conduisent à une prise en charge particularisée de ceux-ci. Inspirées par les recherches menées sur la *Street-level-bureaucracy* ou sur la politique des guichets (Spire, 2008), plusieurs études se sont attachées à observer comment à échelle locale et interactionnelle les agents administratifs et les professionnels de santé réinterprètent les lois, conduisant ainsi à modifier l'accès aux soins et la prise en charge dont les migrants ont, par loi, droit (Carde, 2012; Gabarro, 2012; Larchanché, 2012; van Dongen & van Dijk, 2010). Dit autrement, elles ont « *critically examine the complex processes through which national as well as local policies are created, implemented, interpreted, subverted and transformed through everyday social interactions (Shore & Wright, 1997) and in the clinics, social services offices, online forums, workplaces and households where such policies come to life* » (S. Willen et al., 2011, p. 337). Ces études s'accordent pour dire que la réinterprétation des lois qu'effectuent les professionnels vient, entre autres²², de la légitimité ou du mérite d'avoir accès aux soins que ces professionnels accordent aux migrants. Les évaluations morales locales (« *local moral assessments* » (S. Willen, 2012)) de la légitimité de chacun à avoir accès aux soins, conduisent les agents et professionnels à réinterpréter les lois et à les appliquer différenciellement en fonction de leurs propres critères. Ces mondes moraux locaux doivent donc être saisis pour comprendre comment les lois sont réajustées dans les pratiques quotidiennes.

Par ailleurs, ils doivent être compris au sein d'un contexte beaucoup plus large. Pour une part, le mérite, la légitimité accordés aux migrants se conjuguent et se nourrissent des catégorisations dans l'altérité dont ils font l'objet. L'exemple guyanais travaillé par Carde (2012) est extrêmement révélateur de comment les différentes figures d'altérité dans un

²² Entre autres, car d'autres éléments entrent en compte dans les pratiques mises en place par les agents et professionnels de santé : leurs conditions de travail, leurs projets professionnels, leurs propres inscriptions dans des rapports sociaux de pouvoir par exemple, jouent sur leurs interactions avec leurs interlocuteurs.

contexte d'immigration pluriel nourrissent cette question de légitimité. La propre position des professionnels dans ces hiérarchies sociales et leurs considérations concernant les différentes figures d'altérité vont guider leurs pratiques. Ces considérations sont intimement liées à l'imaginaire colonial de l'Autre, aux rapports de pouvoir entre métropole et région d'outre-mer, et aux rapports géopolitiques entre pays d'accueil et pays d'origine des migrants.

Les évaluations morales des professionnels de santé et des agents administratifs s'inscrivent également dans une histoire et dans un contexte plus global de production de cette légitimité qui définit qui mérite ou non d'être pris en charge par la société (S. Willen, 2012). Il faut donc interroger la construction de la légitimité des migrants, non seulement à échelle locale, mais également à échelle globale et nationale. Le cadre légal est un mécanisme de définition de celle-ci mais il n'est pas le seul. Larchanché (2012) s'est intéressée à la manière dont les représentations sur l'immigration et sur la question de l'« illégalité » dans la société française conduisent à restreindre l'accès au soin, mais également à orienter la légitimité que les professionnels et les migrants eux-mêmes construisent. Pour elle, le climat de peur et de suspicion renforcé par des politiques toujours plus restrictives vis-à-vis des migrants a des effets très importants sur les critères mobilisés par les agents administratifs associatifs lorsqu'ils réalisent des démarches avec les migrants. Elle observe par exemple la méfiance qui s'installe face aux migrants, suspectés d'instrumentaliser leur santé pour obtenir des papiers et considérés trop demandeurs de services alors qu'il y a des réductions budgétaires dans le système de soin. Ces représentations s'inscrivent dans un contexte où les associations reçoivent moins de moyens pour traiter les demandes des migrants et se retrouvent débordées ; où de nombreux médecins refusent de recevoir les migrants disposant de la CMU ou de l'AME, car ils ne peuvent demander de charge supplémentaire et ne sont pas payés immédiatement, et où les visas pour raison de santé deviennent un des rares moyens de légaliser sa situation. Alors que pour les migrants « illégaux », l'obtention de papiers, d'assurance maladie ou de visa pour raison de santé, sont un des rares moyens d'obtenir une reconnaissance de leur existence et de leur participation à la société d'accueil, pour leurs interlocuteurs, la suspicion et l'application de critères personnels pour l'attribution de ces papiers sont de mises.

Castañeda (2012) a travaillé sur la manière dont la question migratoire a été abordée dans les débats sociétaux en Allemagne au cours des cinquante dernières années pour comprendre comment la légitimité qui leur est accordée au fil du temps permet de saisir le traitement actuel qu'ils reçoivent au sein du système de soin. Les thèmes clés à partir desquels a été débattu la place des migrants, qui reflètent l'histoire migratoire du pays et les transformations dans les idéologies d'inclusion ou d'exclusion, offrent un cadre éthique à partir duquel les migrants sont pris en charge dans le système de soin. Aussi, les débats qui ont lieu au sein même du système de soin allemand, en termes de compétences culturelles, d'approches transculturelles du soin, de barrières linguistiques ou encore de disparités de santé, reflètent la manière avec laquelle est pensée la légitimité sociale des migrants. L'auteure ajoute que le traitement des migrants dans le système de soin doit aussi être saisi en relation avec l'histoire migratoire du pays et ses politiques migratoires, mais également en lien avec la manière dont les inégalités de santé ont été saisies par le système de soin. Dans le contexte étatsunien, Viladrich (2012) a montré comment les cadres (*frames*) à partir desquels les académiques interrogent la légitimité des migrants « illégaux » à bénéficier de soins participent à la construction sociale de cette légitimité et aux traitements reçus par les migrants « illégaux » dans le système de soin. Elle s'intéresse spécifiquement à la rhétorique employée en santé publique sur le sujet et qui se déploie selon les époques en termes de : « cost-saving » et « effort-full migrants » (il revient moins cher de prévenir des maladies que d'attendre un trop mauvais état de santé tout en considérant que les migrants participent

économiquement à la société et méritent donc un accès aux soins) ; de sécurité nationale et de coupables (les migrants présentent un risque pour la société, donc en assurant des soins, on évite le développement et la propagation de maladies) ; de contrôle des dommages et de protection du futur de la Nation (notamment en donnant accès aux soins aux mères porteuses d'enfants qui seront des nationaux et en contrôlant la santé de ces derniers) ; d'illégitimité et effet de dissuasion (à travers des discours de restriction budgétaire) ; et enfin le cadre des injustices sociales. L'ensemble de ces discours imprègne les débats sociaux et guide non seulement les politiques en matière d'accès aux soins mais également les valeurs morales à partir desquels agissent les interlocuteurs qui ont affaire à des migrants.

Les considérations sociales envers la légitimité des migrants à avoir des droits et à participer en tant que membres à la société d'accueil, lorsqu'elles sont orientées vers une illégitimité, « *alter popular, institutional and clinical perceptions of migrants to justify their maltreatment ; subvert the finer political and humanitarian aspirations of receiving nations ; and both cultivate and intensify climates of fear and suspicion that pervade the whole society* » (Quesada, 2012, p. 895). Aussi, le climat « général » envers les migrants, l'augmentation de la xénophobie et de l'intolérance, la mise en place de structures de contrôle, de détention, de surveillance et d'expulsion, non seulement rendent plus difficiles les conditions de vie des migrants, mais ils conduisent souvent à la discrimination, au manque d'empathie et à l'intolérance. Celles-ci sont les expressions d'une violence structurelle, mais également de l'exclusion sociale et de l'indifférence portées envers ceux qu'on ne considère pas légitimes d'appartenir à la société (Quesada, 2012). Aussi est-il pertinent d'observer les pratiques des professionnels de soins et des agents administratifs en ce qu'elles orientent l'accès au soin des migrants comme des pratiques et des discours qui expriment et révèlent la légitimité, c'est-à-dire la valeur accordée aux étrangers. Ou plutôt les constructions morales locales concernant cette légitimité, qui se situent dans un débat social autour de la définition de celle-ci et que chacun, en fonction de sa situation sociale réinterprètera à sa manière.

Il faut encore préciser que tant les débats sociétaux concernant la légitimité des migrants à avoir accès aux soins, ou plus généralement, à avoir droit à des droits, comme les interactions que les migrants ont avec différents interlocuteurs, notamment dans des institutions de service, vont façonner leur considération de leur propre légitimité à avoir des droits. Nous retrouvons là la notion d'incorporation phénoménologique mentionnée plus haut. Les perceptions portées sur les migrants vont orienter les pratiques des professionnels et des migrants, qui termineront par assumer l'idée qu'ils ne méritent pas ou n'ont pas droit à des droits (S. S. Willen, 2012a).

Cette sous-partie a permis de montrer que les processus de mise en altérité en association avec la production de la légitimité sociale des migrants conduisent à une réinterprétation des lois à différentes échelles. Aussi, il n'apparaît pas suffisant de prendre en considération les lois existantes pour comprendre l'accès aux soins qu'ont les migrants : il est nécessaire de saisir comment les représentations sur les migrants et la légitimité qui leur est accordée, qui sont produites à la fois par les lois, les débats sociétaux et par les propres acteurs, permet à chacun de redéfinir l'application des lois selon ses propres considérations. La santé des migrants, leur accès aux soins et leurs considérations de leur propre légitimité à y accéder sont façonnés par ces processus. Musso, Sarkoyan et Mulot résument la perspective développée par l'ensemble de ces auteurs : « réaliser l'ethnographie de la mise en œuvre de ces formes discrètes de hiérarchies suppose par conséquent non seulement la connaissance des normes et dispositifs existants, celle des mobilisations qui les ont suscitées et des débats auxquels ils ont donné lieu, mais aussi l'investigation des scènes et des acteurs qui président à leur application, des interactions entre ces derniers et leurs bénéficiaires, et enfin de la manière dont les personnes s'en saisissent et de ce qu'elles en

font. En somme, cela suppose de conjuguer les échelles et d'adopter une perspective qui contextualise socialement et politiquement ces dispositifs, en n'omettant pas l'attention phénoménologique à ce qu'ils produisent en termes d'expériences de la maladie et du soin » (2012, p. 4).

2.7. Conclusion du chapitre

Les recherches présentées en points 2.5 et 2.6 apportent des informations extrêmement importantes sur l'accès réel aux soins des migrants en démontrant que les lois ne suffisent pas à garantir un accès à des droits pour des populations considérées illégitimes et « différentes ». Elles offrent des analyses précises des mécanismes et des pratiques qui conduisent à un traitement social différencié des migrants catégorisés culturellement ou racialement « autres ». Elles sont en cela un apport essentiel pour la compréhension dans leur complexité des processus de hiérarchisation et de différenciation qui situent socialement les migrants en fonction de certains critères et pour mettre en lumière les instruments et les mécanismes qui permettent à ces processus de se matérialiser jusqu'à conduire à une moins bonne santé des populations migrantes. Il faut cependant préciser que des recherches sur les inégalités sociales ont montré que l'accès aux soins biomédicaux n'est pas le facteur qui pèsent le plus sur la détermination de l'état de santé d'une population (Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski, & Lang, 2000). Les conditions de vie, de logement, de travail, d'accès à l'éducation sont des facteurs de première importance pour la définition de l'état de santé d'une population, sa morbidité et sa mortalité. Une démarche cherchant à observer les inégalités de santé de population vulnérable ne doit donc pas laisser de côté ces dimensions, notamment si elle sert de support à l'intervention des autorités publiques.

Par ailleurs, de l'ensemble des processus qui définissent la place des étrangers dans une société, naissent également les réponses que les migrants vont construire pour prévenir et faire face aux maladies et aux souffrances qu'ils vont rencontrer en migration. Ces processus orientent en effet l'accès de ces personnes à des soins biomédicaux, la qualité de ceux-ci, leur possibilité de mobiliser d'autres formes de soin comme des médecines dites « traditionnelles », c'est-à-dire la construction des processus de prise en charge de ces souffrances. La condition migratoire, non seulement affecte l'état de santé des personnes, mais elle modèle également la construction des représentations et des pratiques de santé, maladie et soin qu'ils établissent. Il faut noter que peu de recherches (Krause, 2008; S. Willen et al., 2011) ont observé les stratégies et tactiques ainsi que les savoirs mis en place par les migrants depuis leurs situations sociales pour prévenir, affronter et guérir les maladies depuis une perspective théorique observant ceux-ci au sein des rapports de pouvoir dans lesquels s'inscrivent les individus et les groupes sociaux. Cette thèse propose justement de s'inscrire dans cette démarche et d'observer depuis une population migrante comment se construisent représentations, pratiques et expériences de santé et de soin, dans le contexte social dans lequel elle se situe.

Chapitre 3. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

Ce chapitre a pour objectif de présenter la problématique et la méthodologie de cette recherche. Autrement dit, il s'agit d'explicitier la construction du problème auquel cette investigation cherche des réponses, les questionnements spécifiques et les outils mis en place pour y répondre.

Les choix théoriques réalisés permettent d'interroger avec un regard particulier des dynamiques sociales à un moment donné et orientent la construction d'un dispositif méthodologique tout comme l'analyse des données récoltées. C'est pourquoi ce chapitre s'initie par une synthèse des propositions théoriques retenues, lesquelles s'inscrivent dans les propositions de l'anthropologie médicale critique. Elle conduit à la définition d'une problématique qui est ensuite déclinée en objectifs de recherche. Dans une deuxième partie, le dispositif méthodologique élaboré est présenté, en trois points. Le premier correspond au dispositif mis en place pour comprendre, dans leur histoire, les rapports sociaux qui structurent la société chilienne et dans lesquels s'inscrivent les migrants actuellement. Le deuxième porte sur les données existantes et sur l'analyse statistique descriptive réalisée pour décrire les migrations actuelles au Chili et notamment la migration haïtienne. Enfin, le dernier point porte sur l'ethnographie mise en place pour observer les problèmes, les représentations et les pratiques de santé et de soin des Haïtiens. Là, l'intérêt d'une telle méthode est souligné tout en pointant les caractéristiques qu'engage le recours à celle-ci. Le choix de la population d'enquête est ensuite justifié et enfin, une description du déroulement de l'ethnographie est présentée.

La problématique présentée et les objectifs de recherche associés, ainsi que le dispositif méthodologique décrit sont les fruits d'une construction dynamique, nourrie par les ouvrages lus, les rencontres, les dialogues avec des scientifiques, avec des acteurs du terrain ainsi que par les observations et les analyses des données récoltées.

3.1. Synthèse théorique et problématique

Des chapitres précédents, je retiens que l'état de santé d'une population ainsi que ses représentations, pratiques et expériences de santé et de soin s'inscrivent dans des rapports sociaux de pouvoir historiquement construits opérant à différentes échelles, et pour autant, ils permettent d'en établir une lecture. Deux idées principales sont retenues sur lesquelles repose la construction de la problématique de recherche.

Pour une part, l'inscription des individus et des groupes sociaux dans des rapports de pouvoir, autrement dit, leur situation sociale, est incorporée par ceux-ci et se traduit dans leur état de santé. Une société peut être comprise comme structurée par différents rapports sociaux de force, historiquement construits, qui mobilisent des mécanismes et des instruments idéologiques, politiques, économiques et spatiaux pour établir des différenciations au sein de la population. Ces différenciations se réalisent à partir de critères idéologiquement définis qui justifient, conduisent et se renforcent par un traitement social différencié des groupes sociaux et des individus. Ensemble, ils permettent de définir une situation sociale aux groupes sociaux et aux individus dans la société qui se traduit dans leurs conditions de vie. Résultent alors des inégalités entre les groupes sociaux et les individus en termes de pouvoir, de richesse, de reconnaissance et de valeur accordée à leurs vies, lesquelles se traduisent dans leur niveau de vie, leur pouvoir politique, idéologique, économique, leurs conditions de logement et de travail, leur accès à l'éducation, à la sécurité et dans leur santé.

En termes de santé, ces inégalités se traduisent dans une confrontation directe ou une exposition indirecte différenciées à des situations dites pathogènes et en un accès inégal à des ressources de prévention et de soin de qualité. Aussi, la situation sociale des individus et des groupes sociaux, qui résulte de leur insertion dans les rapports sociaux de pouvoir qui structurent une société conditionne leur état de santé.

Par ailleurs, ces rapports sociaux de pouvoir sont considérés dynamiques en ce qu'ils reposent sur des relations sociales. Aussi, tout individu ou groupe social, par ses actions et discours, participe à les rendre dynamiques et à les transformer.

D'autre part, la situation sociale des individus et des groupes sociaux se traduit également dans les représentations, les expériences et les pratiques qu'ils construisent face aux problèmes de santé qu'ils identifient. En effet, depuis leur situation sociale, les individus doivent faire face aux épisodes de maladie et de souffrance et construisent pour cela des savoirs - des représentations et des pratiques - qui permettent de les identifier, les comprendre et les expliquer mais également de les prévenir, les affronter et les guérir. La construction de ces savoirs, en ce qu'ils touchent à la santé et donc à la vie et à la mort, se met en place au sein de rapports de pouvoir. Nombreux sont les acteurs qui produisent des significations et des manières de faire autour de ces sujets et cherchent à les faire valoir. Les formes de soin jouent un rôle essentiel dans la production de ces savoirs ; pourtant, c'est depuis l'espace domestique que les individus vont construire leurs propres pratiques et représentations de santé, en empruntant et en articulant des savoirs issus de différentes formes de soin. C'est aussi depuis cet espace qu'ils vont construire leurs trajectoires de soin et faire appel à des formes de soin pour prendre en charge leurs problèmes de santé. La construction des savoirs de santé et de soin, qui incluent les parcours de soin, s'inscrit donc dans des rapports de pouvoir qui opèrent à plusieurs niveaux : entre les individus au sein des espaces domestiques, entre les individus et les formes de soin, entre les formes de soin elles-mêmes et à nouveau, au sein des rapports sociaux qui structurent la société.

Ainsi, la santé d'un groupe social - qui comprend l'état de santé mais aussi les représentations, expériences et pratiques de santé, maladie et soin -, comprise à la fois comme processus structurel et comme expérience subjective, est révélatrice des rapports sociaux de pouvoir dans lesquels les groupes sociaux se situent, dans la mesure où elle est abordée de manière historicisée et relationnelle.

Dans le modèle théorique d'une société présentée ci-dessus, les migrants ont une situation particulière. Étrangers, ils ne remplissent pas la condition d'appartenance au contrat social qui unit les citoyens d'une même communauté nationale. Pourtant, par leur présence, leurs activités, leur travail, leurs mobilités, ils participent à cette société. Ils sont en position liminaire et toute société qui observe une immigration se confronte à la question des limites de son contrat social et à la possibilité des migrants d'en bénéficier. La réponse à cette question est d'ordre moral et idéologique, car dans la définition des droits et des devoirs des migrants, c'est en fait celle de la valeur accordée aux migrants et à leurs vies qui est en jeu. En effet, de la réponse apportée à cette question découlent des politiques publiques, des mesures législatives et administratives et une manière de penser les migrants qui orientent le traitement social à leur égard, ce qui a des répercussions sur les conditions de vie des migrants et donc, finalement, sur leur vie, leur état de santé et leur mort.

La définition de la valeur à accorder aux migrants s'inscrit dans une histoire longue de traitement social de la différence. S'ils sont considérés administrativement des étrangers, ils sont aussi des « autres », dont l'altérité dépend de la construction du « nous » et donc des critères sur lesquels repose la définition des limites de la communauté nationale, lesquels critères sont intrinsèquement liés à ceux qui organisent la structure sociale interne à la société. Cette construction de l'altérité est nourrie par différents rapports de différenciation

et de hiérarchisation sociales qui reposent sur des critères de race, d'ethnie, de culture, de langue, entre autres. Aussi, les migrants, de par leur participation à la société, s'insèrent dans les rapports sociaux qui la structurent, mais ils font également l'objet d'autres rapports sociaux de différenciation et de hiérarchisation sociales qui les définissent comme « autres ». L'ensemble de ces rapports sociaux se conjugue pour construire une « place » aux migrants dans une société, c'est-à-dire, une situation sociale et une légitimité sociale, ou, dit autrement, une valeur accordée à leurs vies. La définition de cette « place », avec ses fondements idéologiques et moraux et leur matérialisation dans un traitement social particulier, se répercute - si l'on suit les raisonnements exposés plus haut - sur leur état de santé, leurs représentations et expériences de santé, de maladie et de soin et sur leurs pratiques de soin.

Le modèle théorique présenté ci-dessus montre comment l'observation des représentations, des pratiques et des expériences de santé et de soin d'un groupe de migrants est pertinente pour éclairer à un moment donné les dynamiques sociales en jeu autour de la définition d'une « place » sociale pour ces migrants. Ces dynamiques sociales vont bien au-delà de la seule définition légale des droits des migrants : elles permettent de saisir le traitement social des migrants à différentes échelles sociales et ses bases idéologiques, mais elles touchent aussi aux fondements même de la société d'accueil, à savoir la définition de ses contours et de ses hiérarchies sociales, dans leurs dimensions idéologiques et dans leur matérialisation. Et c'est ce que cette thèse cherche à réaliser en partant de la santé d'un groupe de migrants haïtiens pour éclairer la manière dont la société chilienne fait « place » aux migrations contemporaines.

Avant de poursuivre, il est nécessaire de préciser les limites de ce modèle théorique. Tout d'abord, dans le monde actuel, l'État-Nation n'est pas une entité totalement souveraine dans la définition des droits et des devoirs de ces citoyens et des migrants qu'il accueille. Il fait l'objet de pressions et de rapports de pouvoir qui s'exercent à échelle internationale et qu'il importe de prendre en compte. Or dans cette thèse, ces derniers seront très peu pris en compte. De même, la globalisation du monde conduit à l'exercice de rapports de pouvoir à échelles mondiale et transnationale qui s'articulent à ceux qui s'exercent au sein d'une société nationale et qui jouent sur l'économie, la politique ainsi que sur les mouvements migratoires. De plus, les migrants ne s'insèrent pas uniquement dans les rapports sociaux de la société d'accueil, mais s'inscrivent aussi dans les rapports sociaux de pouvoir au sein de leur société d'origine et dans les rapports de pouvoir transnationaux. Ces dynamiques ne seront que peu explicitées, mais l'analyse qui est réalisée prend en considération ces limites. Enfin, le modèle théorique présenté ci-dessus peut sembler statique de par sa définition structurée des sociétés ; or, il construit une compréhension relationnelle de cette structure sociale qui comprend une vision dynamique de la société et des rapports de pouvoir. Aussi, les migrants ne s'insèrent pas seulement dans des rapports sociaux, mais ils contribuent à les rendre dynamiques et à les transformer

Problématique de recherche

Fin 2016, la question migratoire est débattue sur la scène publique chilienne. La nécessité d'une nouvelle législation migratoire fait consensus auprès de tous les acteurs sociaux qui participent à ce débat. Cependant, le contenu de cette loi fait l'objet de désaccord entre ceux qui réclament une grande sélectivité à l'entrée du pays pour n'avoir que des migrants « utiles » au pays et ceux qui prônent une législation qui repose sur le respect et la garantie des Droits de l'Homme. Ce débat public naît d'un engouement social autour de l'immigration qui s'est intensifiée au sein de la société chilienne au début de la décennie 2010. À cette époque, la croissance de l'immigration se fait plus forte et une diversification des pays d'origine des migrants commence à s'observer. Jusqu'alors, et depuis le retour à la

démocratie, les migrants en provenance des pays voisins, à savoir l'Argentine, le Pérou, la Bolivie, ou encore en provenance d'Espagne, étaient les plus nombreux et les migrants andins, notamment péruviens, représentaient la figure type des migrants au Chili. L'arrivée et l'installation de personnes venant de Colombie, Haïti, République dominicaine, Venezuela ou Brésil provoquent différentes transformations sociales : non seulement dans la composition des flux et des stocks migratoires, dans les lieux d'installation et dans les pratiques des migrants, mais également dans leur visibilité sociale et dans les perceptions des Chiliens sur ces étrangers.

En effet, une hypothèse défendue dans cette thèse est que dans la société chilienne actuelle, une altérité radicale est attribuée à ces nouveaux migrants, notamment à ceux catégorisés comme « noirs », laquelle rend visible l'immigration au Chili et contribue, par la force des représentations qui sont associées aux migrants, à créer un engouement social autour du sujet. Cet engouement se nourrit d'une problématisation de différentes situations que vivent les migrants. Les conditions de logement, la traite de personnes, les abus au travail et le trafic de faux contrats de travail, les mauvais traitements à la frontière, les discriminations quotidiennes, l'accès à l'éducation ou au soin deviennent désormais visibles et sont objets de préoccupation. Naissent aussi des questionnements autour de la législation migratoire et de la politique migratoire, une production intense de représentations autour de l'immigration et des migrants, des tensions sociales qui s'expriment dans des manifestations, des crimes ou des situations de racisme quotidien ou encore des actions menées par des acteurs sociaux spécifiquement auprès de la population migrante. À travers ces discussions et situations, se pose la question de la légitimité des migrants à participer et appartenir à la société chilienne, celle de la « place » que la société accepte de leur attribuer. Plus encore, elles interrogent la société chilienne elle-même, son histoire, les limites de la Nation, les mécanismes qui sous-tendent sa structure interne. Un exemple des questionnements que soulèvent les migrations contemporaines et l'engouement qu'elles suscitent est celui du racisme. C'est la présence de migrants noirs au Chili, leurs expériences évidentes du racisme quotidien ou du racisme d'État, qui conduit à parler de racisme, non seulement envers cette population, mais dans la hiérarchie sociale chilienne elle-même et dans les fondements de l'histoire officielle du pays.

La présence de ces migrants et l'engouement social qu'elle suscite - en articulation avec d'autres processus sociaux - sont moteurs de transformations sociales sur lesquelles cette thèse propose un éclairage partiel. En partant de la santé d'un groupe de migrants récemment arrivés au Chili et marqués par une altérité radicale, il s'agit d'observer comment au sein de la société chilienne actuelle se construit une « place » pour les migrants et les enjeux que cette construction implique.

Pour cela, je fais le choix de partir d'un groupe de migrants contemporains que la société chilienne inscrit dans différentes catégories d'altérité et par là, les marque d'une différence radicale : les Haïtiens. « Migrants », « noirs », « caribéennes », non-hispanophones, « Haïtiennes », ces personnes font l'objet d'une forte production de représentations qui les définit comme « autres » et les rend visibles socialement. La migration haïtienne au Chili s'initie à la fin des années 2000 et se consolide suite au tremblement de terre qui touche Haïti début 2010. Elle participe ainsi aux nouveaux mouvements migratoires que connaît le Chili. Elle est depuis lors la migration par nationalité qui présente la plus forte croissance. Les Haïtiens peuvent ainsi être pensés comme un *idéal-type* des nouveaux migrants qui s'installent dans la société chilienne. La radicalité de l'altérité qui leur est attribuée et la forte visibilité sociale dont ils font l'objet rendent particulièrement lisibles les processus de différenciation qui opèrent sur eux et donc certains rapports sociaux dans lesquels ils s'inscrivent. Le critère de nationalité est ici important, car aux nationalités des migrants

sont associées des représentations et des valeurs qui vont participer à créer une différenciation et une hiérarchie sociale avec et entre ces migrants selon ce critère.

La problématique de cette thèse est la suivante :

Comment les savoirs de santé et les parcours de soin de migrants haïtiens résidant à Santiago du Chili en 2014 se construisent-ils depuis leur situation sociale et au regard de la légitimité sociale que la société chilienne définit à leur égard ?

Avant de décliner la problématique en objectifs de recherche, je souhaite faire différentes considérations méthodologiques auxquelles conduisent les choix théoriques effectués et qui importent dans la construction de ces objectifs.

En inscrivant cette recherche dans les propositions théoriques d'Eduardo Menéndez, je considère que la construction des savoirs de santé ainsi que des trajectoires de soin des individus et des groupes sociaux se réalise depuis le modèle d'auto-soin, qui correspond à la prise en charge de problèmes de santé sans intervention directe et intentionnelle d'un professionnel de santé. C'est depuis ce modèle, qui généralement s'organise au sein de l'espace domestique, que les individus vont mobiliser et produire des savoirs pour identifier les maladies, les prévenir, les affronter ou les guérir. C'est depuis l'auto-soin que les individus vont mettre en place des parcours de soin et pour cela avoir parfois recours à des formes de soin. Ce faisant, non seulement les individus sont ceux qui articulent par leurs pratiques les différentes formes de soin, mais ils récupèrent des savoirs issus de ces formes de soin qu'ils réorganisent et redéfinissent pour les mobiliser depuis l'auto-soin.

Aussi, pour observer et analyser les représentations et pratiques de santé et de soin d'un groupe social, il importe de partir de ce groupe social et du modèle d'auto-soin. La démarche proposée ici diffère donc des nombreuses recherches qui s'initient depuis un espace médical pour observer les problèmes de santé et les pratiques de soin de groupes sociaux. Non seulement elles n'ont pas accès à l'ensemble des problèmes de santé pour lesquels les individus n'ont pas recours à cette médecine, mais elles n'ont pas non plus accès à l'ensemble des démarches de soin mises en place pour les prendre en charge. En partant des individus et en les suivant au quotidien, il est possible d'obtenir une vision plus large de leurs processus de santé et de soin.

De cette manière, il est possible de mettre en lumière non seulement les problèmes de santé que ce groupe identifie, mais aussi comment ils sont identifiés, quelles sont les représentations qui fondent leur classification, leur diagnostic, leur étiologie mais aussi leur prévention et traitement. Cette approche donne également accès aux représentations des individus et groupes sociaux sur les différentes formes de soins qu'ils identifient. Enfin, elle offre la possibilité de saisir comment se construisent les trajectoires de soin, à savoir comment se réalise la prise en charge des problèmes de santé identifiés, quelles sont les pratiques de prévention et de soin mises en place et enfin quelles sont les formes de soin auxquelles ont recours les individus et comment elles interviennent pour faire face à la maladie.

Depuis le suivi des prises en charge des problèmes de santé et de la construction de savoirs autour de ceux-ci, vont apparaître les formes de soin auquel ont recours les individus et groupes sociaux pour prendre en charge un problème de santé. Une fois identifiées ces formes de soin, il est intéressant d'observer comment se réalise la prise en charge des problèmes de santé et d'analyser les savoirs mobilisés au sein de ces formes de soin pour définir et traiter ces problèmes de santé. Il importe aussi de saisir les relations entre les thérapeutes et professionnels de ces formes de soin et les patients, lesquelles peuvent être comprises dans les interactions entre ceux-ci et dans les représentations que les uns ont des autres, parmi lesquelles les représentations sur les maladies des uns et sur la pratique

professionnelle des autres. De cette manière, il est aussi possible de mettre au jour l'accès légal mais aussi concret des personnes à la prise en charge de leurs problèmes par ces formes de soin.

Cette compréhension de la construction des savoirs de santé et des processus de soin repose sur une analyse relationnelle. En effet, ces derniers se définissent au sein de relations entre différents acteurs clés qui orientent l'identification des problèmes, leurs définitions et les choix de prises en charge. Ces acteurs clés peuvent être issus de différents modèles médicaux, de l'auto-soin et des formes de soin mobilisées. Les points de vue des différents acteurs sont à prendre en compte pour saisir les enjeux autour des problèmes de santé et doivent être resitués dans les relations entre ces acteurs. Il est nécessaire d'observer les rapports entre les différentes formes de soin car le pouvoir et la légitimité qui leur est reconnu et les rapports de forces entre elles vont orienter les processus de soin des individus. Ensuite, l'attention doit aussi porter sur les relations entre les formes de soin et les individus pour saisir les relations entre ces formes de soin et l'auto-soin, mais également pour comprendre l'accès concret aux soins et le traitement reçu par les individus au sein de ces formes de soin : ces relations, elles aussi, vont façonner les représentations, pratiques et expériences de santé et de soin. Enfin, cette perspective relationnelle naît aussi de la compréhension de la santé et des pratiques de soin des groupes sociaux depuis leur situation sociale, c'est-à-dire depuis leur insertion dans des rapports sociaux de pouvoir qui les différencient et les insèrent dans une hiérarchie sociale. Il s'agit de saisir ces rapports de pouvoir dans leurs dimensions idéologiques et par les mécanismes et instruments qui permettent leur matérialisation dans un traitement social différencié en opérant à différentes échelles sociales. Ces rapports sociaux ont des conséquences sur les conditions sociales d'existence - les conditions de logement, de travail, d'alimentation, d'éducation, de sécurité -, sur l'accès au soin - légal, matériel, concret - ou encore dans les relations quotidiennes.

Dans le cas qui nous intéresse, celui de migrants haïtiens au sein de la société chilienne actuelle, il importe de s'arrêter sur l'histoire du traitement social de la différence et notamment des étrangers, sur les débats actuels qui construisent des manières de percevoir les étrangers et qui vont orienter les lois comme les pratiques à leur égard à toutes échelles sociales, sur la structure sociale chilienne et ses mécanismes et enfin sur la définition du contrat social et les droits et devoirs reconnus aux migrants. Ensemble, ces éléments permettent de comprendre la situation sociale dans laquelle vivent ces migrants, les dimensions idéologiques qui orientent le traitement social dont ils font l'objet et les relations qu'ils construisent dans cette société.

De la synthèse théorique réalisée et à partir des considérations méthodologiques énoncées ci-dessus, il est possible de décliner la problématique en différents objectifs de recherche.

Objectif principal :

Observer depuis la santé, les savoirs de santé, de maladie et de soin et les parcours de soin de migrants haïtiens résidant en 2014 à Santiago de Chili comment se construit une « place » dans la société chilienne pour les migrants, à ce moment donné.

Objectifs spécifiques :

1. Mettre en lumière les processus de différenciation et de hiérarchisation sociales qui contribuent à différencier et à situer socialement les migrants haïtiens dans la société chilienne en 2014.
 - a. Eclairer comment se construisent les contours de la Nation chilienne dans l'histoire du pays jusqu'à aujourd'hui ;

- b. Analyser la construction historique des figures d'altérité au Chili jusqu'à aujourd'hui et qui orientent la manière de penser les Haïtiens ;
 - c. Mettre en lumière comment se construit la structure sociale au sein de la société chilienne, en considérant les dimensions idéologiques et matérielles des rapports sociaux ;
 - d. Observer le débat social actuel autour de l'immigration au Chili pour mettre en évidence les manières de penser les migrants et plus particulièrement les migrants haïtiens, et pour identifier les acteurs sociaux et les événements clés dans la construction de ces définitions.
2. Caractériser la population haïtienne à échelle du Chili, de la Région métropolitaine de Santiago et à échelle individuelle. Décrire les caractéristiques socio-économiques et démographiques, les trajectoires migratoires et les situations légales et mettre au jour les conditions de vie et de travail des migrants haïtiens résidant à Los Nogales.
 3. Identifier et analyser les représentations et les pratiques des Haïtiens résidant à Santiago du Chili en 2014 pour faire face aux maladies qu'ils identifient.
 - a. Identifier les maladies dont les Haïtiens disent souffrir et mettre à jour leurs représentations autour de la classification, l'étiologie, le diagnostic, la prévention et le traitement de ces maladies ;
 - b. Observer les pratiques de prise en charge de ces maladies par le modèle d'auto-soin, sans intervention d'un thérapeute professionnel ;
 - c. Identifier la récupération, l'articulation et la synthèse de savoirs issus de différentes formes de soin qu'effectuent les Haïtiens dans leurs processus d'auto-soin ;
 - d. Mettre en lumière les parcours de soin mises en place pour faire face à un épisode de maladie et l'intervention de différentes formes de soin dans ces trajectoires ;
 - e. Mettre au jour les représentations des Haïtiens concernant ces différentes formes de soin et leurs thérapeutes.
 4. Pour chaque forme de soin identifiée, mettre au jour l'accès légal et concret des Haïtiens, les savoirs mobilisés pour prendre en charge les problèmes de santé, le traitement donné aux Haïtiens et caractériser les relations entre les thérapeutes et les Haïtiens et avec les autres formes de soin.
 - a. Caractériser ces formes de soin en observant leurs espaces, leurs temporalités et leur organisation ;
 - b. Mettre en lumière les savoirs - représentations et pratiques - mobilisés par ces formes de soin pour prendre en charge les problèmes de santé ;
 - c. Identifier l'accès légal, matériel et concret des Haïtiens à ces formes de soin ;
 - d. Observer les usages qu'ont les Haïtiens de ces formes de soin et les limites, difficultés et problèmes qu'ils identifient dans leurs prises en charge ;
 - e. Observer les relations entre les professionnels et les Haïtiens ;
 - f. Identifier les représentations des thérapeutes sur les problèmes de santé des Haïtiens, sur leur prise en charge et sur les Haïtiens eux-mêmes ;

- g. Mettre en lumière les relations entre les formes de soin et les représentations avec lesquelles elles se caractérisent entre elles.

3.2. Dispositif méthodologique

Pour répondre à la problématique et aux objectifs énoncés, un dispositif méthodologique est construit en accord avec les choix théoriques effectués. Il est composé de différents outils mobilisés selon leurs capacités à répondre aux objectifs. Ce dispositif articule trois méthodes qui sont présentées ci-dessous.

Comprendre les rapports sociaux de pouvoir dans lesquels s'inscrivent les migrants dans la société chilienne actuelle

Pour analyser les représentations, les pratiques et les expériences de santé et de soin ainsi que les conditions de vie d'Haïtiens à Santiago du Chili, il apparaît nécessaire de prendre en compte leur situation sociale et la manière avec laquelle ils sont pensés et valorisés par la société chilienne. Il est donc important de mettre au jour les rapports sociaux dans lesquels s'insèrent ces migrants, dans leurs dimensions idéologiques comme dans leurs traductions matérielles. De cette manière, il sera possible de dépasser une simple description à échelle micro-sociale pour comprendre représentations, pratiques et expériences comme résultantes d'une incorporation des rapports sociaux qui s'exercent à échelle micro comme macro-sociale.

Dans le cas d'une population migrante, les individus s'inscrivent dans des rapports sociaux qui se forment à échelle mondiale, dans leurs pays d'origine et dans les pays où ils s'installent plus ou moins durablement. L'ensemble de ces rapports sociaux, dans leur articulation, jouent sur l'état de santé de cette population et sur ses ressources pour faire face à une situation de maladie. Souvent, la migration est mobilisée comme un moyen pour s'extraire de certains rapports sociaux, de certaines violences, obtenir une autre position en leur sein ou pour les transformer. Elle peut être un outil pour une mobilité sociale ascendante, pour une amélioration des conditions de vie. De plus, les migrants, par leurs mobilités dans différentes sociétés, gagnent en autonomie et mobilisent des ressources dans ces différents espaces pour définir leurs pratiques et représentations. On ne peut donc comprendre ces dernières sans considérer les différents espaces sociaux auxquels participent les migrants.

Pourtant dans cette thèse, j'ai fait le choix de limiter mes recherches à l'insertion des migrants dans les rapports sociaux qui structurent la société chilienne. Ce choix, qui limite la qualité des analyses, est réalisé à la fois pour des raisons pratiques - les contraintes temporelles et financières -, mais aussi car mon attention porte avant tout sur la société chilienne, sur la manière dont sont pensés et traités les migrants en son sein et sur les dynamiques sociales que génèrent leur présence. Cependant, les analyses qui sont réalisées prennent en considération ces limites. Aussi lorsque les problèmes de santé des personnes sont évoqués, le contexte de vie avant l'arrivée au Chili n'est-il pas oublié ; de la même manière, les savoirs que ces personnes mobilisent sont compris selon l'histoire des personnes, leurs expériences et leurs parcours.

Dans la société chilienne, les Haïtiens sont des étrangers, qui participent aux nouvelles migrations vers le Chili, des « Caribéens », des « noirs » et ils proviennent d'un pays extrêmement pauvre. Pour éclairer leur situation sociale au Chili et les représentations dont ils font l'objet et qui orientent la manière de les traiter, il faut comprendre d'abord comment s'est construite la société chilienne, comment elle s'est définie comme une unité se séparant et se distinguant d'« autres » extérieurs, une unité pourtant hétérogène et hiérarchisée. Un retour dans l'histoire de la construction de la société chilienne et

notamment de l'État-Nation chilien - producteur d'un discours hégémonique sur le « nous » chilien - s'avère donc pertinent. Or, cette construction du « nous » s'articule à la construction de la structure interne de la société et à la mise en place d'une hiérarchie sociale. La structure sociale interne doit ainsi faire l'objet d'attention pour saisir les critères et les mécanismes sur lesquels elle repose et les conséquences en termes de conditions de vie qu'elle entraîne. En comprenant dans l'actualité la structure sociale chilienne, son économie, son marché du travail, son organisation socio-spatiale, il est par la suite plus aisé de situer les migrants dans cette structure sociale. Enfin, il importe d'éclairer comment s'est mis en place cet engouement social qui a porté l'immigration en question sociale dans l'actualité. Les acteurs, les termes, les temps et les espaces qui forment ce débat doivent être identifiés, dans le but de saisir comment sont pensés les migrants aujourd'hui au Chili. L'analyse de ce débat est l'occasion de mettre à jour tant les discours que les pratiques à l'égard des étrangers : il s'agit de montrer les actions de différents acteurs sociaux lorsqu'elles sont spécifiques aux migrants, mais aussi de mettre en lumière les cadres juridique et politique qui orientent leur existence, leurs droits et leurs devoirs. Cette démarche permettra d'éclairer le traitement reçu par les migrants haïtiens dans leur vie quotidienne et dans leurs démarches de santé.

L'ensemble de ces éléments offre la possibilité de comprendre le contexte économique, politique et social et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrivent actuellement les migrants haïtiens au Chili et de mettre en lumière les cadres idéologiques qui orientent les manières dont ils sont pensés et traités dans la société chilienne. Ainsi offrent-ils la possibilité d'une analyse des pratiques, des représentations et des expériences de santé contextualisée et relationnelle.

Pour répondre à ces objectifs spécifiques, la recherche bibliographique est le principal outil mis en place. Le retour sur l'histoire du Chili, sur la construction de ses contours et de sa structure interne, ainsi que sur la construction des figures d'altérité au sein de cette société est abordé principalement depuis un travail de recherche, de synthèse et d'analyse bibliographique. Cependant, ce travail a été nourri et orienté par ma participation au projet de recherche dirigé par Maria Emilia Tijoux²³ sur les pratiques quotidiennes de racialisation et de sexualisation des migrants noirs au Chili. C'est au sein de ce projet qu'il a été assumé de parler de racisme envers des migrants noirs et qu'a été rendu visible le fait que le racisme auquel se confrontaient ces personnes était fondamental de la construction de la société chilienne.

J'ai participé comme chercheuse invitée à ce projet de recherche et l'ensemble de l'équipe s'est retrouvé tous les lundis matin pendant l'année et demie que j'ai passé à Santiago entre 2013 et 2015. Cet espace a été fondamental pour ma recherche²⁴, les discussions et analyses de l'équipe m'offrant l'occasion de comprendre mieux la société chilienne et son histoire. C'est là aussi que j'ai compris l'importance de prendre en considération l'histoire chilienne du traitement social de la différence pour saisir comment dans l'actualité sont traités les migrants. La figure des « *indígenas* » et celle des « noirs » dans le récit officiel de la Nation, la manière dont ils ont été réprimés et invisibilisés sont nécessaires à la compréhension de la définition d'une valeur associée à ces corps aujourd'hui. Par ailleurs, en observant comment des chercheurs chiliens questionnaient théoriquement et empiriquement ces migrations et les relations entre Chiliens et « migrants noirs », j'ai pu saisir l'importance des enjeux sociaux que soulève la présence de ces nouveaux migrants marqués d'une altérité

²³ Fondecyt n° 1130203, *Inmigrantes « negros » en Chile: prácticas cotidianas de racialización/sexualización*, dirigé par Maria Emilia Tijoux, 2013-2016.

²⁴ Il l'a été également car il m'a permis d'observer la construction et le déroulement d'un travail de recherche en équipe sur du long terme. J'y ai aussi trouvé des retours intellectuels et humains extrêmement précieux pour faire face et organiser ma propre recherche.

essentialisée. J'ai compris que ce que je ressentais comme une intuition que « *algo estaba pasando* »²⁵ correspondait effectivement à une période de transformation sociale à laquelle la présence des migrants que j'étudiais participait activement. Je trouvai là en quelque sorte une justification sociologique à un intérêt que j'avais encore peine à expliquer et que certains associaient jusque-là à une curiosité pour une situation nouvelle. Aussi, alors qu'au début de ma recherche, j'entendais considérer comme « contexte » encadrant les représentations et les pratiques de santé et de soin des migrants avant tout le cadre législatif chilien déterminant les droits des étrangers et notamment leur accès au soin, mes lectures nourries par ma participation à ce projet de recherche et mon propre travail de terrain m'ont convaincu de l'intérêt d'élargir ce contexte à l'histoire du Chili, aux manières de penser les « autres » et à sa structure sociale.

Ma participation à ce projet de recherche, ainsi que ma connaissance d'acteurs sociaux agissant sur l'immigration - institutions publiques, associations chiliennes et migrantes -, et mon suivi des différents événements autour de l'immigration au Chili m'ont permis de saisir l'enthousiasme grandissant pour l'immigration, d'observer comment se problématisait la question migratoire et d'avoir une idée sur quelques années du panorama des acteurs qui interviennent sur cette question. J'observais avec curiosité comment certains acteurs parvenaient à rendre légitime leur voix ou comment d'autres orientaient le débat autour de certaines thématiques. Pourtant, ce n'est qu'au cours de la rédaction de cette thèse, et notamment du chapitre 2, que j'ai saisi l'importance du « climat » général d'une société envers les migrants et ses répercussions sur le traitement des migrants. Les manières dont sont pensés les migrants se répercutent sur leurs interactions quotidiennes, sur leurs conditions de vie, sur l'application concrète des lois et donc sur leur santé et leur accès aux soins.

Aussi, non seulement il importe de faire un retour historique pour comprendre les contours de la Nation et les rapports sociaux qui structurent la société chilienne, mais, pour saisir comment se définissent dans l'actualité les migrants et leur légitimité, il faut observer comment sont perçus et pensés les migrants aujourd'hui et quelles actions sont mises en place à leur égard. Il s'agit alors de comprendre les dynamiques de construction du débat contemporain sur l'immigration au Chili. Comment l'immigration a-t-elle été construite comme un objet de débat, jusqu'à être pensée aujourd'hui sur la scène publique comme un problème social et sociétal ? Quelles sont les situations considérées problématiques ? En quels termes sont pensés les migrants et l'immigration ? Quels sont les acteurs sociaux qui prennent position dans ce débat, quelles représentations de l'immigration et des migrants soutiennent-ils et quelles actions mettent-ils en place qui conduisent à un traitement particulier pour ces migrants ? Quels sont les espaces où se construisent ces perceptions et où se déroule ce débat ? Quels sont les événements clés de ce débat ? Quelles sont ses temporalités ?

Pour répondre à ces questions et proposer une analyse de la problématisation sociale de la migration contemporaine au Chili, j'ai réalisé un recensement des événements, des actions, des mesures, des publications, des discours autour de l'immigration et des migrants. Le but était de parvenir à identifier les acteurs sociaux qui se sont exprimés ou qui ont mis en place des actions autour de la migration ; d'identifier les termes avec lesquels ils l'ont fait, les arguments et idées qu'ils ont défendus et les espaces et moyens de diffusion des idées ; d'observer les relations entre ces acteurs ; et d'identifier les événements marquants de ce débat. De cette manière, les dynamiques de ce débat peuvent être analysées en mettant au jour les temporalités, les termes et les « intellectuels organiques » (pour reprendre le terme de Gramsci). La compréhension de ce processus de construction du problème migratoire

²⁵ « Quelque chose était en train de se passer ».

est pensée en lien avec les dynamiques migratoires que connaît le pays et avec le contexte politique et économique.

Ce recensement, ainsi que son analyse, reposent d'abord sur la connaissance de ce débat que j'ai développée lors de mon travail de terrain à Santiago du Chili. Bien qu'à cette époque je n'étais pas guidée par la volonté de reconstruire et d'analyser ce débat, j'ai cherché à rencontrer les acteurs qui intervenaient autour des migrants, à participer aux différents événements autour de l'immigration, à saisir le fonctionnement des institutions publiques et privées auxquelles avaient à faire les migrants et à observer leurs programmes spécifiques pour les migrants.

Lors de mon travail de terrain, j'ai développé des relations proches avec certains acteurs sociaux clés de ce débat qui m'ont permis d'observer de près leurs pratiques et leurs discours, ainsi que leurs relations avec les autres acteurs sociaux. J'ai ainsi été très proche de l'organisation *Servicio Jesuita a Migrantes* (SJM) de Santiago : présente à des moments clés de l'histoire de cette organisation, mes amitiés parmi ses membres m'ont permis d'avoir un suivi de ses activités, de ses prises de positions et de ses évolutions. En 2010, j'ai réalisé un stage au SJM alors que l'organisation était en pleine restructuration et professionnalisation. Après mon passage, l'organisation a pris beaucoup d'ampleur et de pouvoir jusqu'à se positionner comme l'un des acteurs de la société civile les plus légitimes en matière migratoire. En interrogeant régulièrement mes amis, en suivant sur les réseaux sociaux les activités du SJM, en me rendant à ses événements et en accompagnant des personnes haïtiennes pour bénéficier de ses services, j'ai pu observer de près cet acteur social. J'ai également suivi la mise en place du programme migrant de la *Municipalidad de Quilicura*, commune où résident de nombreux haïtiens. J'ai rencontré la sœur responsable de ce programme lors du terrain exploratoire que j'ai fait en 2012. Alors que le programme se structurait, j'ai aidé à la construction d'une base de données pour garder les contacts des bénéficiaires. Par la suite, j'ai toujours maintenu contact en me rendant sur place pour rencontrer les responsables du programme et en assistant aux événements organisés par celui-ci.

Par ailleurs, j'ai été présente au commencement du *Movimiento Acción Migrante* (MAM) en 2014, un regroupement d'associations de migrants qui est parvenu à se porter en acteur légitime du débat sur l'immigration, indispensable aux événements de toutes sortes sur le sujet. Arrivée par hasard²⁶ dans les premières réunions de ce collectif, j'ai finalement participé à l'organisation des premières rencontres qui cherchaient à faire travailler ensemble de nombreuses associations de migrants. Je me suis ensuite désengagée, faute de temps, mais j'ai été présente aux activités proposées par le MAM, et j'ai maintenu un lien avec les *leaders* de ce mouvement. J'ai ainsi pu observer de près la création de liens entre ce mouvement et d'autres acteurs sociaux. Toujours dans le secteur associatif, j'ai également développé des liens avec des associations de migrants, comme l'association haïtienne du quartier dans lequel j'ai travaillé, l'*Organización Sociocultural de los Haitianos de Estación Central* (Oshec) et avec l'association de femmes péruviennes *Warmipura*. J'ai participé à des événements organisés par ces associations, en aidant ponctuellement à leur organisation et j'ai suivi leurs activités au travers de contacts réguliers avec leurs dirigeants. Enfin, ma participation au projet de recherche dirigé par Maria Emilia Tijoux m'a permis d'observer depuis le milieu académique, les productions scientifiques, l'état de la recherche sur les

²⁶ Un *leader* de l'association haïtienne de la commune d'Estación Central (Oshec), avec qui j'avais échangé à plusieurs reprises, m'avait demandé de l'accompagner représenter la Oshec à une conférence de presse organisée par les associations présentes dans la table-ronde organisée par le Sénat autour de l'immigration (qui deviennent ensuite le MAM). Sans savoir vraiment de quoi il s'agissait, je m'y suis rendue. À cette occasion, j'ai proposé d'aider pour la création d'une affiche pour un événement et j'ai finalement été conviée aux réunions suivantes, qui cherchaient à organiser l'action collective des associations de migrants.

migrations et les liens entre monde académique et institutions publiques, médias et société civile.

Mes liens avec ces différents acteurs issus de divers secteurs de la société m'ont donné un premier aperçu de leurs discours, leurs actions et de leurs relations. J'ai par ailleurs mené des entretiens avec d'autres acteurs sociaux qui travaillent auprès de migrants, avec lesquels je n'ai pas eu un lien si étroit, mais qui m'ont donné la possibilité de comprendre en partie leur position, leurs actions et leurs relations avec les autres acteurs sociaux. J'ai ainsi réalisé un entretien avec une responsable du programme migrants de la *Municipalidad de Santiago* et avec une travailleuse sociale de l'Incami (*Instituto Católico de Migración*), une organisation religieuse chilienne très importante dans l'accompagnement des migrants.

Ce panorama des acteurs s'impliquant dans les questions migratoires a été nourri également par ma participation, lors de ma présence au Chili, à la plupart des événements organisés sur Santiago autour de l'immigration et que j'avais identifié : conférences, colloques, réunions publiques, formations, spectacles, commémorations, expositions. Je ne me suis pas rendue à ces événements avec une grille d'observation précise, cependant, j'inscrivais systématiquement dans mon carnet de terrain une description de ceux-ci, des acteurs présents et des discours tenus, lorsqu'ils retenaient particulièrement mon attention²⁷.

Enfin, ma compréhension des actions et des mesures prises spécifiquement pour les migrants a été alimentée lors de mon travail de terrain auprès des migrants haïtiens, lorsque j'accompagnais quotidiennement des personnes dans des institutions publiques et organisations privées. J'ai ainsi fréquenté de manière régulière des centres de santé publics et privés, des hôpitaux et des laboratoires d'examen, des associations d'aide aux migrants (SJM, Incami), des services sociaux municipaux de la commune d'Estación Central, des administrations publiques (*Departamento de Extranjería y Migración, Policía de Investigación, Registro Civil, Fonasa, Instituto de Salud Pública*). Par ailleurs, j'ai réalisé des entretiens avec différents responsables des services de santé à différentes échelles administratives. Ensemble, ces observations et entretiens m'ont permis de comprendre comment des mesures se mettaient en place autour de la migration à ces différentes échelles et d'observer si ces mesures semblaient répondre à une politique dirigée par les autorités ou si elles étaient le fait d'initiatives locales.

Mon travail de terrain m'a ainsi offert une connaissance générale du panorama des acteurs participant discursivement ou au travers de leurs actions à penser les migrations et les migrants. Pourtant, comme je ne cherchais pas à répondre aux questions que je formule précisément aujourd'hui, je n'ai eu accès principalement qu'aux espaces les plus visibles du débat, hormis lorsque mes relations étaient plus étroites avec certains acteurs et dans l'observation des espaces fréquentés par les Haïtiens. En ne cherchant pas à observer ce qui pouvait m'être caché - et je pense notamment aux espaces privés de négociation -, une partie de ce débat est demeurée invisible. De retour en France, j'ai maintenu un suivi de la situation au Chili principalement au travers des réseaux sociaux et par des conversations avec des contacts restés au Chili. Par une lecture régulière de la presse et par mon inscription sur Facebook à de nombreux comptes d'associations, d'organisations ou d'institutions, j'ai pu me tenir à jour des discussions publiques et des actions autour de l'immigration et des migrants.

Ce panorama général m'a permis de cadrer l'organisation d'un recensement des événements et des acteurs autour de l'immigration. Dans un tableau chronologique, les acteurs sociaux

²⁷ Il n'y a pas eu ici de rigueur scientifique, car je souhaitais avant tout comprendre le contexte dans lequel évoluaient les migrants haïtiens. Aussi, je notais les discours qui me surprenaient, les idées qui revenaient régulièrement, celles qui ne correspondaient pas à ce que j'observais. Je relevais ce qui m'apparaissait comme des clichés, des propos discriminatoires, ce qui me permettait de saisir les représentations sur les migrants et notamment sur les Haïtiens.

qui interviennent sur des questions migratoires sont organisés par catégories, à savoir : l'État, les gouvernements locaux, les institutions publiques, les associations et organisations chiliennes, les associations de migrants, les organisations internationales, la presse, les syndicats, l'académie. Une dernière catégorie correspond aux événements mettant en jeu des migrants et qui ont marqué la société chilienne en étant très relayés par la presse et dans les réseaux sociaux.

Dans ce tableau, j'ai inscrit l'ensemble des événements, des actions, des discours et des productions que j'ai recensé depuis 1990 jusqu'à fin 2016. Ce recensement a été réalisé principalement depuis Internet, en consultant les publications sur les réseaux sociaux, les sites Internet, les articles de presse, la littérature grise et la littérature scientifique. En partant de mes observations et mes connaissances acquises sur le terrain, j'ai initié le recensement par les acteurs que j'avais identifiés. J'ai retracé leur histoire, pris notes des activités qu'ils ont organisées autour de l'immigration ainsi que de leurs prises de position et observé avec qui leurs actions étaient réalisées. J'ai pu ainsi identifier progressivement un ensemble d'acteurs et d'événements autour de la question migratoire et mettre en lumière les espaces et les temporalités du débat, les acteurs les plus visibles et les relations entre eux.

Le tableau ci-dessous résume pour chaque catégorie les critères de sélection des acteurs recensés et de leurs actions, ainsi que les sources de ces informations.

Tableau 3.1. Critères de sélection des informations recensées et des sources d'informations

Catégories d'acteurs	Critères de sélection	Informations relevées	Sources
<i>État</i>		Législation Mesures politiques Programmes Prises de position officielles	Sites Internet Législation Littérature scientifique
<i>Institutions publiques</i>	Institutions publiques organisatrices des activités autour de l'immigration	Événements sur l'immigration ou spécifiques pour les migrants Programmes spécifiques pour les migrants Mesures déterminant un traitement particulier aux migrants Collaborations	Sites Internet Presse Carnet de terrain
<i>Gouvernements locaux</i>	Municipalités à l'initiative de la mise en place d'un programme spécifique aux migrants	Année de création Objectifs déclarés Activités réalisées Collaborations	Sites Internet Réseaux sociaux Presse Carnet de terrain <i>Observatorio de Políticas Migratorias</i> ²⁸
<i>Associations et organisations chiliennes</i>	Associations, organisations, fondations chiliennes dont l'action porte principalement ou secondairement sur les migrants	Année de création Histoire Objectifs déclarés Activités réalisées Collaborations	Sites Internet Réseaux sociaux Presse Carnet de terrain
<i>Associations de</i>	Associations créées et	Année de création	Sites Internet

²⁸ L'*Observatorio de Políticas Migratorias* est né en 2014 dans le cadre du projet de recherche sur les politiques migratoires mené par Eduardo Thayer. Cet observatoire publie des analyses sur les politiques locales de gestion des migrations.

<i>migrants</i>	portées par des migrants	Histoire Objectifs déclarés Activités réalisées Collaborations	Réseaux sociaux Presse Carnet de terrain Littérature scientifique
<i>Organisations internationales</i>	Organisations internationales avec un siège au Chili et dont partie ou totalité des actions portent sur les migrations	Année de création du siège au Chili Histoire Objectifs déclarés concernant l'immigration Activités réalisées Collaborations	Sites Internet Réseaux sociaux Presse
<i>Syndicats</i>	Syndicats qui affirment publiquement une position vis-à-vis de l'immigration ou des travailleurs migrants	Activités réalisées Collaborations	Internet Presse
<i>Universités</i>	Auteurs qui font des recherches et des publications autour de l'immigration Conférences, colloques, séminaires, publications autour des migrations	Publications Projets de recherche Conférences Colloques Séminaires	Internet Presse Littérature scientifique
<i>Autres évènements</i>	Evènements concernant des migrants qui ont été très fortement relayés	Evènements marquants Espaces de diffusion	Internet Presse Carnet de terrain

Un acteur social primordial a été laissé de côté dans cette analyse : la presse. Les médias sont pourtant extrêmement importants dans la production et la diffusion d'idées qui orientent les perceptions. À part pour les années 1990 et début des années 2000, où les messages véhiculés par la presse concernant l'immigration ont été analysés (Doña, 2001; Póo Figueroa, 2009; Quevedo & Zuñiga, 1999), je n'ai pas eu accès à d'autres analyses sur le sujet. Par ailleurs, un travail d'analyse de qualité de la presse s'est révélé hors de mes compétences. Mon suivi régulier de la presse lors des dernières années m'a donné une idée des discours tenus, loin d'être homogènes et notamment de l'usage de la presse par différents acteurs sociaux pour diffuser leurs points de vue. Cela m'a poussé à porter attention au sujet et à considérer cette limite de mon travail dans l'analyse présentée.

Ce recensement a été réalisé depuis les informations disponibles sur Internet, les recherches existantes et auxquelles j'avais accès et depuis les notes prises dans mon carnet de terrain. On trouve là une limite de ce travail : les acteurs n'ont pas été interrogés sur leur histoire et leurs relations avec les autres, et leurs points de vue n'ont pas été systématiquement relevés. Par ailleurs, tous les évènements qui ne sont pas apparus pas dans mes recherches sur Internet n'ont pas pu être considérés. Aussi, ce travail ne prétend-il pas être exhaustif. L'engouement généré par le sujet ces dernières années rend impossible ce recensement complet sur un sujet si vaste. Mais cette impossibilité est révélatrice de l'engouement social que je cherche à montrer. Aussi, à mesure que le débat s'intensifie, il n'est plus question d'exhaustivité, mais de relever les acteurs et les évènements les plus marquants du débat. Les espaces privés de négociation ne m'étant pas non plus accessibles, je ne peux prétendre observer que ce qui se joue sur la scène publique ; il est cependant possible de considérer que les acteurs et évènements clés (les plus marquants, légitimes, significatifs dans ce débat public) sont certainement les plus visibles, les plus publicisés et sont donc relativement accessibles *via* Internet.

Il faut encore noter que l'analyse de ces informations ne repose pas sur une méthode pointue d'analyse des réseaux sociaux et des discours. Elle correspond plutôt à un

bricolage. Cependant, elle suffit à saisir les temporalités, les espaces, les termes, les « intellectuels organiques » de ce débat ainsi que les relations de pouvoir sur lesquelles repose la construction de l'immigration comme un problème social et au sein duquel se construit la légitimité sociale des migrants.

Sources de données sur les migrations et analyses statistiques descriptives

Une hypothèse importante qui sous-tend la problématisation construite dans cette thèse est que les nouvelles dynamiques migratoires - nouvelles de par l'importance du nombre de migrants et de par la diversification de leurs pays d'origine - ont conduit à une plus grande visibilité sociale des migrants et à un intérêt croissant pour cette population. Cette situation a conduit un engouement social portant la question migratoire sur la scène publique. Il apparaît donc nécessaire de caractériser les nouvelles migrations que connaît le Chili, en les décrivant et en observant ce qui relève de la nouveauté. En la situant dans l'histoire migratoire du Chili, une description statistique des flux et des stocks migratoires que connaît le Chili dans l'actualité doit être réalisée

Par ailleurs, le choix de travailler avec la population haïtienne de Santiago du Chili est justifié par le fait qu'elle correspond à un *idéal-type* des migrations contemporaines au Chili, tant par la croissance de leur nombre que par la nouveauté de cette migration et par l'altérité dans laquelle les Haïtiens sont inscrits. Il importe de décrire cette population haïtienne résidante au Chili et dans la Région métropolitaine de Santiago, et ce d'abord d'une manière statistique. Ainsi est-t-il possible d'observer les flux et les stocks particuliers à cette population et ses dynamiques propres.

L'existence de chiffres sur les populations migrantes est toujours problématique du fait du caractère souvent temporaire de la migration, de l'existence de mobilité constante ou encore des législations qui poussent à des entrées et des séjours non déclarés. Au Chili, il existe à ma connaissance deux importantes sources de données sur l'immigration.

La première est le recensement, organisé par l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE), tous les dix ans. Ce recensement offre des chiffres précieux sur le stock de migrants présents au Chili à un moment donné. Il faut noter que le dernier recensement de 2012 a été invalidé pour des raisons méthodologiques, il est donc utilisé ici qu'avec beaucoup de précaution.

La deuxième source correspond aux registres du *Departamento de Extranjería y Migración* (DEM) du *Ministerio del Interior y de la Seguridad Pública*. Cette institution est chargée de garantir l'application de la législation migratoire concernant les entrées et les sorties du territoire, la régularité des séjours, l'expulsion des étrangers infracteurs. Elle est responsable de développer une politique nationale de migration et d'asile adaptée au contexte actuel. C'est au sein du DEM que les étrangers font les demandes de titres de séjour, d'asile et de nationalité et que celles-ci sont acceptées ou refusées. Le DEM dispose donc d'informations importantes sur les étrangers au Chili. L'attitude des derniers gouvernements chiliens qui se sont montrés intéressés pour réguler l'immigration a favorisé la publication des chiffres disponibles. À partir de 2016, il y a un véritable effort de la part de cette institution pour faciliter l'accès à ces données. Aussi, sur son site Internet²⁹ sont désormais accessibles les bases de données recensant les visas délivrés de 2005 à 2015. Pour chaque visa délivré, les informations suivantes sont disponibles : sexe, date de naissance, activité, pays de la nationalité, niveau d'éducation, commune, province et région de résidence, année de délivrance du visa et type de visa délivré³⁰. Enfin, en 2016, le DEM

²⁹ <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>, consulté le 17 mars 2017.

³⁰ L'accès à ces bases de données était jusqu'alors plus difficile. Auparavant, le site Internet du DEM contenait des relevés annuels avec les nombres de visa délivrés chaque année par nationalité et par type de visa. Je tiens tout particulièrement à remercier Yasna Contreras et son équipe du projet de recherche Fondecyt n° 11121241 : « *Mercado de arriendo y trayectorias*

publie un annuaire statistique sur les migrations, qui présente des chiffres précis sur les stocks et flux migratoires, avec des informations par types de titres de séjour, par nationalité et par région de résidence. Son objectif est de présenter des statistiques fiables qui peuvent servir de support à la définition d'une politique migratoire nationale adaptée à la réalité, comme le requièrent les engagements internationaux que le Chili a signé.

Par ailleurs, deux autres institutions disposent d'informations sur la population d'étrangers au Chili. L'une est la *Policía de Investigaciones de Chile* (PDI). Elle a parmi ses missions de contrôler l'entrée et la sortie des personnes sur le territoire national chilien et de contrôler la régularité du séjour des étrangers dans le pays. Cette institution possède donc des chiffres sur les flux de migrants. Pourtant, à ma connaissance, ces chiffres ne sont pas publiés. L'autre est le *Registro Civil*: ce service d'état civil est notamment en charge de délivrer des cartes d'identité aux étrangers, lesquelles mentionnent le titre de séjour dont ils disposent. Tout étranger qui obtient un titre de séjour doit passer par la PDI, le DEM et le Registre Civil. À ce jour, je n'ai pas connaissance de chiffres publiés par le service d'État civil au sujet des étrangers inscrits dans leurs bases de données. Cette institution serait également en mesure de produire des chiffres concernant les naissances au Chili d'enfants de personnes étrangères. J'ai fait une demande en 2014 auprès de ces deux institutions *via* la *Ley de Transparencia* (loi qui oblige les administrations et services publics à transmettre des informations sur leurs activités) pour obtenir ces informations mais celles-ci n'ont pas abouties.

Dans cette thèse (chapitre 5), la caractérisation des migrations contemporaines repose sur les informations issues du recensement et celles produites par le *Departamento de Extranjería y Migración* (DEM).

Dans un premier temps, il est possible de décrire les stocks de la population étrangère résidant au Chili. Pour cela, deux sources sont mobilisées : les recensements produits par l'INE jusqu'en 2002 et les chiffres du DEM. Les recensements permettent de saisir le nombre de personnes résidant au Chili dont le pays de naissance ou de résidence antérieure est autre que le Chili. Les immigrants étrangers sont définis comme les personnes nées dans un autre pays que le Chili. Une des limites de ces chiffres est qu'ils ne prennent pas en compte les personnes en situation irrégulière. De plus, comme le remarque Martínez Pizarro (2003b, p. 14), les recensements révèlent le nombre total de migrants accumulé entre deux recensements. Ils ne permettent pas de rendre compte de la circulation des personnes migrantes ou de la multi-résidence.

Les données présentées sur les stocks de migrants jusqu'en 2002 reposent malgré ces limites sur les recensements. Cependant, dans cette thèse, je reprends le travail sur les données du recensement élaboré par Martínez Pizarro (Cano Christiny, Construcci, & Martínez Pizarro, 2009; Martínez Pizarro, 1999, 2003a, 2003b). Pour les stocks de migrants concernant les années postérieures à 2002, les chiffres présentés se basent sur des estimations élaborées par le DEM. En 2016, le DEM publie dans son annuaire statistique des estimations allant jusqu'à 2014. Ces estimations ont été construites à partir des chiffres du recensement de 2002 auxquels a été ajoutée la somme des titres de séjour définitifs (voir tableau 5.1. Titres de séjour) délivrés par le DEM depuis lors. Les chiffres proposés laissent donc de côté non seulement les migrations irrégulières, mais aussi les migrations temporaires ou récentes³¹, lesquelles sont régularisées par le biais de titres de séjour de caractère temporaire. Ces dernières correspondent selon le DEM à 140.000 personnes en 2014. De plus, ces estimations ne prennent pas en considération la résidence effective des

residenciales de los precarios urbanos. Áreas centrales de Santiago e Iquique», qui m'ont facilité l'accès à ces mêmes bases de données, alors qu'elles n'étaient pas encore en libre accès sur Internet.

³¹ Récentes, car pour la plupart des étrangers le processus de régularisation le plus commun s'initie par l'obtention de titres de séjour temporaire (une ou deux années) à la suite desquels il est possible de demander un titre de séjour définitif.

personnes au Chili, leur retour au pays ou encore leur décès (Departamento de Extranjería y Migración, 2016a, p. 13).

Dans un deuxième temps, une lecture des flux des migrants peut être proposée à partir des chiffres concernant les titres de séjour délivrés. Le DEM a mis à disposition les bases de données concernant les titres de séjour délivrés de 2005 à 2015. Ces chiffres ne correspondent pas à des personnes, mais aux titres de séjour délivrés ; ils ne permettent pas de saisir les stocks de personnes migrantes, mais complètent l'information concernant la migration récente ou temporaire de personnes en situation régulière. Il est possible de faire une description à partir de l'année de délivrance du titre de séjour (entre 2005 et 2015), de la nationalité, des types de titres de séjour, des âges, des sexes, des communes, provinces et régions de résidence. Certaines descriptions statistiques de ces données sont disponibles dans l'*Anuario estadístico* publié par le DEM en 2016³². J'ai systématiquement comparé ces informations avec celles que j'obtenais dans des analyses réalisées à partir des bases de données du DEM. Lorsque les chiffres différaient, j'ai choisi les informations obtenues par les analyses élaborées depuis les bases de données³³.

Ces mêmes sources peuvent être mobilisées pour obtenir une description statistique de la population haïtienne qui réside au Chili. Le recensement permet de connaître les stocks de personnes nées en Haïti résidentes au Chili. En connaissant les critiques faites au recensement de 2012, je mobilise seulement le nombre d'Haïtiens recensés cette année-là afin de montrer la croissance de ce nombre depuis le recensement de 2002.

Plus précis, les chiffres du *Departamento de Extranjería y Migración* (DEM) sont pertinents pour caractériser la population haïtienne et offrent des points de comparaison avec d'autres groupes migrants. J'ai eu recours aux bases de données publiées par le DEM sur son site Internet³⁴. À nouveau, ces chiffres donnent des indications sur les titres de séjour délivrés par le DEM et non sur les personnes. Ces données permettent d'obtenir une description de la population migrante haïtienne en situation régulière à partir des informations sur les types de titre de séjour délivrés, l'année de délivrance, l'âge des personnes à qui ils ont été délivrés, leur sexe, profession, activité, ainsi que les communes, provinces et régions de résidence déclarées.

L'analyse de ces données me permet de caractériser la population haïtienne depuis les titres de séjour délivrés, selon le sexe et l'âge. Ces informations sont comparées avec celles concernant les titres de séjour délivrés à des personnes d'autres nationalités. Les comparaisons à partir du critère de nationalité sont effectuées avec des groupes de migrants dont la nationalité est latino-américaine ou caribéenne et qui participent, soit à des migrations vers le Chili considérées plus traditionnelles (Pérou, Bolivie, Argentine, Equateur), soit à des migrations plus récentes (Brésil, Colombie, Cuba, République Dominicaine, Venezuela).

Par ailleurs, l'analyse des types de titre de séjour délivrés et leur variation annuelle est très intéressante pour comprendre les dynamiques de la migration haïtienne : le caractère récent de cette migration, sa forte croissance et son installation progressive dans la durée apparaissent à travers ces chiffres. Là encore des comparaisons avec les titres de séjour

³² Voir : <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/07/AnuarioEstadisticoNacionalDEM2015.pdf>, consulté le 10 octobre 2017.

³³ J'ai choisi les données issues de mes propres analyses des bases de données du DEM plutôt que les informations données par le DEM dans l'annuaire statistique publié en 2016 pour plusieurs raisons. Pour une part, alors que les chiffres de l'annuaire se limitent à ce qu'a voulu analyser le DEM, les chiffres des bases de données me permettent de pousser plus loin les analyses. D'autre part, dans le *Boletín estadístico* N°1, publié en 2016 par le DEM au sujet de la population haïtienne, les chiffres présentés dans cette publication correspondent à ceux que je trouve depuis les bases de données et non à ceux présentés dans l'annuaire statistique.

³⁴ Voir : <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/> consulté le 10 octobre 2017.

obtenus par des populations d'autres nationalités permettent d'observer les particularités de cette migration et leur inscription dans des dynamiques plus communes.

Enfin, ces informations peuvent être spatialisées grâce aux données sur la commune de résidence déclarée lors des demandes de titres de séjour. Dans cette thèse, je me centre sur une analyse par commune dans la Région métropolitaine de Santiago, où sont déclarées les résidences des personnes haïtiennes de 97% des titres de séjour délivrés. Une description par ces communes de résidence est intéressante pour saisir comment s'insèrent les migrants haïtiens dans l'espace chilien particulièrement ségrégué socialement. Elle permet aussi d'observer les transformations dans le temps des communes de résidences déclarées. Des comparaisons sont aussi réalisées entre les types de titre de séjour délivrés ou les caractéristiques déclarées entre les communes de résidence ou encore entre les nationalités au sein de chaque commune. Ces informations spatialisées sont représentées dans le chapitre 5 et en annexe par le biais de cartes réalisées avec le logiciel Philcarto.

Ces analyses statistiques descriptives à partir des bases de données rendues publiques par le DEM ont été confrontées aux analyses produites très récemment par le DEM dans un bulletin dédié à la migration haïtienne (2016b). Ce bulletin décrit les caractéristiques basiques des Haïtiens à partir des mêmes bases de données du DEM. Dans cette publication, la *Policía de Investigación* du Chili (PDI) a transmis aux auteurs les chiffres de 2004 à 2015 des entrées et sorties du territoire national des étrangers par nationalité qu'il contrôle, et notamment les chiffres des réembarquements (les personnes qui n'ont pas obtenu l'autorisation d'entrer sur le territoire et sont renvoyées par avion). Si ces chiffres ne sont pas donnés dans leur totalité, des indications sont fournies qui sont très utiles pour comprendre la migration haïtienne au Chili.

Ces dernières informations permettent également de recouper les chiffres qui proviennent d'une autre source, le *Servicio Nacional de Turismo* (Sernatur). Cette institution publie des chiffres régulièrement actualisés sur les entrées sur le territoire chilien en qualité de touriste, par nationalité et par mois. Ces chiffres lui sont transmis par la PDI. L'enquête de terrain que j'ai réalisée (voir III.2.3) m'a permis de comprendre que dans une grande majorité des cas, les Haïtiens qui venaient au Chili entraient en demandant un visa touristique à leur arrivée à l'aéroport. L'autorisation qu'ils reçoivent alors, de 90 jours, leur permet d'entrer sur le territoire chilien. Ils cherchent ensuite à obtenir un autre titre de séjour. Par ailleurs, mes observations me permettent de faire l'hypothèse que seul un faible pourcentage des Haïtiens arrivés en qualité de touristes repart ensuite dans leur pays. Cette hypothèse est vérifiée par les informations données dans le Bulletin n°1 du DEM (2016b) sur la migration haïtienne. Aussi, ces chiffres, qui sont observés en relation avec le nombre de titres de séjour délivrés à des Haïtiens, nous éclairent sur les dynamiques de la migration haïtienne au Chili.

Une ethnographie à Los Nogales pour observer les conditions de vie, les savoirs de santé et les trajectoires de soin

Le cœur de l'analyse réalisée dans cette thèse porte sur les conditions de vie des migrants haïtiens, leurs problèmes de santé, la construction de savoirs pour faire face à ces problèmes de santé, la mise en place de trajectoires de soin et leur prise en charge par des formes de soin. Les constructions théoriques à partir desquelles les objectifs de recherche sont définis orientent les choix méthodologiques, les techniques mobilisées pour récolter du matériel et pour organiser son analyse.

Ces constructions théoriques poussent à la définition d'une méthodologie mixte, quantitative et qualitative. Contre la tendance à considérer méthodologie qualitative et quantitative comme antagoniques ou incompatibles, je considère que dans l'idéal l'analyse

des conditions de vie des migrants, de leurs problèmes de santé ou encore de leurs usages des espaces de soin et des traitements reçus en leur sein devrait être abordée en articulant ces deux méthodologies. Pourtant, je ne réalise pas ici d'analyses à partir des données de grandes enquêtes existantes, comme la Casen³⁵ ou le recensement. En ce qui concerne la population haïtienne, ces enquêtes ne disposent pas d'informations suffisamment précises sur ce groupe pour que leur usage se révèle pertinent ici. Je ferai seulement appel ponctuellement à des analyses réalisées par d'autres chercheurs à partir de ces enquêtes afin de caractériser les zones de résidence de cette population. Des données épidémiologiques auraient été intéressantes pour analyser les problèmes de santé qui touchent cette population ou réaliser des comparaisons entre différents groupes sociaux. Cependant, au Chili, à cette heure et à ma connaissance³⁶, il n'existe pas de données quantitatives concernant les problèmes de santé des usagers des services publics et privées selon les nationalités. Le service de santé public est organisé et géré à différentes échelles administratives, rendant difficile une homogénéité dans les informations enregistrées au sein des établissements de santé. La santé des migrants est un sujet qui commence à intéresser les chercheurs chiliens ; il est fort possible que des données quantitatives sur ce sujet soient publiées prochainement. Par ailleurs, pour des contraintes de temps et de moyens, mais aussi par choix méthodologique, je ne mets pas en place moi-même des outils de collecte d'information d'ordre quantitatif.

Enfin, une analyse très pertinente, réalisée entre autres par Ramírez, Osorio ou encore Menéndez (Osorio, 1998; Ramírez Hita, 2007, 2010; Menéndez, 1981) consiste à croiser les points de vue des différents acteurs significatifs de santé d'un groupe social concernant les principaux problèmes de santé dont souffre ce groupe social. Il s'agit d'observer quelles maladies le groupe social lui-même identifie comme les plus fréquentes, celles enregistrées par la biomédecine et celles déterminées par les autres thérapeutes, pour ensuite croiser ces différentes informations. Les données épidémiologiques officielles sont intéressantes pour comprendre l'ampleur des maladies enregistrées depuis la biomédecine et par les services publics. Pourtant, et c'est en cela que cette analyse croisée trouve sa pertinence, l'épidémiologie n'est pas en mesure de prendre en considération les problèmes de santé qui ne sont pas connus, observés ou déclarés à la biomédecine ; et cela d'autant plus dans les contextes où le pluralisme médical est courant ou lorsque certains problèmes de santé sont tabous. Or ce sont sur ces données épidémiologiques quantitatives que reposent la plupart des politiques publiques de santé. Cette démarche de comparaison des points de vue est nommée épidémiologie socioculturelle. Si je souhaitais réaliser cette analyse, j'ai finalement abandonné l'idée, faute de données épidémiologiques, mais aussi en faisant l'hypothèse que la migration haïtienne au Chili étant nouvelle, ni les Haïtiens, ni les thérapeutes ne seraient déjà en mesure d'identifier clairement les maladies les plus communes dans ce groupe.

Approche ethnographique : saisir les pratiques et les discours de santé

C'est finalement une méthodologie exclusivement qualitative qui est retenue pour répondre aux objectifs de recherche portant sur les savoirs et expériences de santé et de soin des Haïtiens au Chili ainsi que sur leurs conditions de vie. Cette méthodologie repose principalement sur la méthode de l'ethnographie au sein de et avec laquelle sont utilisées les techniques d'observation, de conversation et d'entretien individuel ou collectif.

³⁵ Voir : <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>, consulté le 25 mars 2017.

³⁶ En 2014, j'ai cherché à obtenir de telles données auprès du Ministère de la Santé et du *Servicio de Salud Metropolitano Central* (Ssmc). On m'expliqua que les bases de données au sein des établissements de santé n'étaient pas uniformisées sur l'ensemble du territoire et que la plupart n'identifiaient pas la nationalité des patients. Il était alors prévu d'améliorer ce système afin de disposer de données épidémiologiques selon les nationalités.

La présentation de ce dispositif est initiée par des considérations générales liées aux choix théoriques, aux objectifs de la recherche mais aussi aux conséquences qu'implique le recours à la méthode ethnographique. Elles seront suivies de la définition de la population d'enquête et enfin d'une explication du déroulement de cette enquête de terrain, afin de clarifier les conditions d'obtention des données - et donc leur qualité- qui seront analysées par la suite.

Choix d'une méthode ethnographique

Les objectifs de recherche auxquels je cherche à répondre par le biais de cette méthodologie qualitative ont au cœur une analyse des savoirs de santé d'un groupe social, lesquels sont compris comme des représentations et des pratiques qui se construisent au sein de relations. L'une des principales conséquences méthodologiques de cette proposition est la nécessité de construire un dispositif méthodologique qui permette de prendre en considération tant les discours que les pratiques. Souvent confondus, discours sur les pratiques et pratiques présentent pourtant souvent des différences, des incongruités. Il faut pour donc pouvoir relever ces deux dimensions et les analyser comme des éléments distincts, en articulation.

Or pour analyser des pratiques, il faut pouvoir les observer. Et pour accéder aux discours et saisir les représentations des personnes dans leur complexité, mieux vaut les recueillir dans un contexte plus quotidien, familial, que dans la mise en scène d'un échange qui relève de l'extraordinaire comme peut l'être un entretien. Il faut donc observer. Regarder et écouter. Avec qualité, en se donnant les conditions d'une écoute et d'un regard qui permettent de saisir les répétitions, les transformations, les nouveautés, la diversité des pensées, des gestes et des relations. En construisant et mobilisant des outils méthodologiques qui conduisent à l'obtention de données de qualité, fiables et précises.

La santé, la maladie mais aussi les conditions de vie relèvent de l'intime. Pour pouvoir obtenir des données sur ces sujets, il faut avoir accès aux espaces intimes, privés, aux moments où s'identifient les problèmes de santé, où ils se discutent et où ils sont pris en charge. Passer les frontières du privé, de l'intime n'est pas chose aisée. Pour cela, il faut bénéficier de la confiance nécessaire des personnes, être accueilli dans ces lieux et aux moments de ces situations. Gagner cette confiance suppose du temps. Du temps et de la patience. Rencontrer, fréquenter les personnes, être présent, disponible, à l'écoute, jusqu'à ce que le terrain s'ouvre au chercheur, quand le terrain est prêt. Et quand le terrain considère que le chercheur est prêt³⁷. Prêt à entendre, à voir, à recevoir, à comprendre.

Gagner la confiance des personnes, cela suppose aussi d'être transparent, d'être cohérent. L'observateur est le plus observé ; il doit se montrer cohérent entre ce qu'il présente de lui, de sa recherche et ce qu'il fait et dit. Cette cohérence subit l'épreuve du temps, qu'il faut passer, avec patience. Le chercheur doit trouver sa place dans le groupe, parvenir à ce qu'on s'habitue à sa présence, qu'elle ne gêne plus, qu'elle perde son caractère exceptionnel, pour s'insérer dans la vie quotidienne du groupe et pouvoir l'observer.

Pouvoir et savoir prendre du temps sont des conditions fondamentales pour l'obtention de données qualitatives précises et fiables³⁸. « Savoir perdre du temps »* dit même Lluís

³⁷ Cette leçon méthodologique m'a été transmise par Susana Ramírez Hita, lors d'un cours sur l'ethnographie dispensé en 2012 à l'Universitat Rovira i Virgili. Elle reprend ici les enseignements de l'anthropologie, des ethnographes classiques et de la sociologie urbaine de Chicago. Elle est pour moi, comme Menéndez, une référence en méthodologie en ce qu'elle a su me montrer l'importance de la logique et de la rigueur dans les choix méthodologiques et théoriques réalisés dans le cadre d'une recherche, et dans les astuces de terrain qu'elle m'a transmises avec beaucoup de pédagogie.

³⁸ Il ne s'agit pas ici de dénigrer la qualité de données obtenues par entretiens ou par des recherches courtes. Cependant, il importe que les recherches qui se basent sur des techniques n'impliquant pas la construction de relations sur du long

Mallart³⁹ (Mallart, 2008, 2009 cité dans Ramírez Hita, 2013, p. 55), une attitude propre et caractéristique de la pratique anthropologique, selon lui. Perdre du temps pour avoir accès à l'information. Puis prendre le temps pour s'assurer de la fiabilité des données, de chercher à comprendre en profondeur pourquoi les choses se passent comme elles se passent (Ramírez Hita, 2009), de se donner la possibilité d'observer une grande variété de situations et prendre en considération les variations de sens et de pratiques (Menéndez, 2001, p. 138). Il ne s'agit pas de prétendre offrir des analyses statistiquement représentatives des pratiques du groupe étudié ; une certaine généralisation est possible à travers la mise en lumière de types, de modèles, mais c'est plutôt la possibilité d'avoir accès à une diversité de situations, de pratiques, de relations qui fait la richesse d'une telle démarche.

Observer. Observer, c'est regarder et écouter. C'est être présent, participer, partager les moments, les espaces, les situations, c'est se mettre en relation. C'est sentir. Ressentir. Saisir les données de tout son corps, de tous ses sens. Saisir les données en contexte, expérimenter les lieux, les interactions. Ne pas seulement relever le nombre d'habitants au mètre carré pour définir la surpopulation des logements. Ne pas juste comptabiliser les diarrhées, les tuberculoses et les problèmes respiratoires. Mais apprendre à ne plus se cogner aux objets pour tout déplacement dans la seule pièce de vie d'une famille ; asseoir un bébé de six mois une bonne partie de la journée dans sa poussette, faute d'espace, et entendre les médecins reprocher le manque de « développement moteur » de l'enfant. Chauffer plusieurs bouilloires d'eau, remplir un seau en plastique et se laver – quand enfin il se libère - dans l'espèce de placard congelé et sans lumière partagé avec vingt personnes à cet effet. Sentir l'humidité d'une pièce sans ventilation se condenser à l'heure de la cuisine et se transformer en flaque d'eau sous le lit. Être dérangée à l'heure de dormir par la télévision qui ne s'éteint jamais, par les cris des enfants, le départ au travail du père à deux heures du matin, les pleurs de la mère qui n'en peut plus. C'est connaître l'attente debout devant le centre de santé depuis cinq heures du matin pour espérer obtenir un rendez-vous avec un médecin et en sortir à dix-sept heures sans avoir pu récupérer les médicaments. Se sentir pris par les rythmes de l'église qui font s'exprimer la colère, les angoisses, les peines et les fatigues, qui les soulagent et parfois les transforment en joie. Observer, regarder, écouter, sentir, ressentir ; c'est vivre, expérimenter les données, les enregistrer avec le corps, la chair, la peau. C'est obtenir les données avec un degré de perception profond, complet que des entretiens, des questionnaires, des sondages ne peuvent atteindre.

Pour saisir les discours, il faut écouter et savoir entendre. Ecouter, dans le cadre d'entretiens lorsque cela est approprié. Mais surtout savoir écouter en dehors de ce cadre, de cette mise en scène que suppose un entretien (Ramírez Hita, 2013, p. 54). Savoir et pouvoir écouter dans la quotidienneté. Saisir les dialogues, les conversations, les discussions, les remarques, le langage courant. La santé est fondamentale à nos vies, sa préservation repose sur des gestes quotidiens liés à l'hygiène, à l'alimentation, au soin. Tout cela relève du quotidien. Pour Ramírez (2013, p. 55), c'est dans les conversations que des informations de meilleure qualité peuvent être obtenues. Dans la conversation, pas dans l'interrogation. Les relations peuvent être construites plus symétriquement et comporter une réciprocité, un engagement partagé par tous les participants. Les conversations peuvent s'inscrire dans la quotidienneté, alors que les entretiens relèvent de l'extraordinaire. Ces derniers peuvent être utiles pour compléter une information, la vérifier, pour mettre en perspective ce qui a été relevé autrement. Ils peuvent être mobilisés lorsque l'insertion dans la quotidienneté n'est pas possible, mais l'analyse des données obtenues de cette manière

terme reconnaissent la particularité et les limites des données qu'elles permettent de recueillir et que ces choix méthodologiques concordent véritablement aux choix théoriques et aux questions de recherche.

³⁹ Voir aussi : *El sofà amb Lluís Mallart*, <https://vimeo.com/100091648>, consulté le 10 octobre 2017.

doit prendre en considération les limites de cette approche et la différence dans la qualité de ce matériel.

Par ailleurs, la définition d'un problème de santé et de sa prise en charge se réalise rarement depuis la seule personne malade. Elles impliquent les proches et souvent des thérapeutes. Il importe de pouvoir suivre les trajectoires de soin dans la durée, de pouvoir observer les différents espaces de la prise en charge, d'écouter les différents acteurs qui interviennent, de prendre en compte tous les points de vue et d'observer les relations entre eux. Ecouter et observer ces espaces et points de vue demande aussi du temps long. Ces espaces, souvent professionnalisés, possèdent leurs propres dynamiques, leur quotidienneté, dans lesquelles il convient aussi que le chercheur s'insère.

Dans une recherche comme celle-ci, qui a parmi ses objectifs de relever et comprendre les discours sur la santé et les soins d'haïtiens résidant au Chili, la question de la langue doit être posée. Ecouter, converser, mais en quelle langue ? Quel niveau de compréhension de ces langues doit avoir le chercheur pour pouvoir prétendre relever ce qui est dit et surtout en saisir le sens avec lequel les acteurs se sont exprimés ? La qualité des données relève aussi des réponses données à ces questions.

Être présent dans la vie quotidienne sur du long terme, si cela permet au « terrain » de s'habituer à la présence du chercheur, n'empêche pas que la participation et la présence du chercheur transforment cette vie quotidienne. On s'habitue avec le temps à cette présence, on construit des relations avec lui, on partage des moments, on lui ouvre des portes, ce qui neutralise légèrement l'étrangeté de cette présence. Mais cela ne fait pas oublier ce que peut représenter le chercheur pour les personnes avec qui il interagit. Cette position, les attributs sociaux qui lui sont associés, les catégories sociales dans lesquelles il est rangé jouent sur les relations que le chercheur parvient à établir, sur les rôles et la place qu'il construit et automatiquement sur les informations qu'il récoltera. Je suis une femme française, blanche, doctorante, athée, de moins de trente ans, non mariée et sans enfant. Je parle français, espagnol et de moindre manière créole. Je détenais un visa temporaire, puis j'ai été en situation irrégulière pour ensuite me régulariser à nouveau, sans difficulté. Je disposais d'entrées d'argent qui me permettaient de réaliser cette étude. Je connaissais déjà le Chili et avais des réseaux dans différentes sphères sociales.

De plus, si la participation du chercheur à la vie quotidienne et les transformations que sa présence implique sont à prendre en considération au moment de l'analyse des résultats et de l'évaluation des données, la participation des enquêtés à la recherche doit aussi être signalée et considérée. Reposer une méthodologie sur l'incorporation du chercheur dans le quotidien d'un groupe social sur du long terme, c'est adopter une posture épistémologique particulière. Ce n'est pas seulement travailler sur un groupe de personnes, mais travailler avec elles (ou pour être plus honnête sur elles et avec elles). C'est reconnaître aux personnes leur rôle d'enseignants. Honnête sur ses objectifs et en se positionnant comme apprenti, le chercheur offre aux personnes la possibilité de lui transmettre des savoirs, de s'approprier à leur manière la recherche, de donner leur avis, corriger, souligner des aspects, créer des relations, ouvrir des espaces et livrer des clés de compréhension. Ils orientent la recherche avec leurs savoirs, mais aussi avec leurs envies, leurs demandes, leurs besoins, leurs points de vue.

La posture choisie est celle d'accéder au terrain sur du temps long, de saisir les pratiques et les discours à travers une observation et une écoute attentive. Or cela ne peut être réalisé sans contrôle, au risque de se perdre. Pour une part, les observations sont fortement orientées par les présupposés, les prénotions que le chercheur a développées avant même d'entrer sur le terrain. Un premier travail consiste à faire apparaître ces prénotions, à les mettre au jour afin de les rendre évidentes et de les évaluer. La formulation d'hypothèses

est une solution pour effectuer cette « rupture épistémologique » (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 2005) et contrôler mieux les données récoltées. Par ailleurs, je considère - et je reprends ici encore les enseignements de Menéndez et Ramirez - qu'il importe de partir sur le terrain en sachant précisément ce qu'il faut y chercher. La formulation de questionnements précis a plusieurs intérêts. Elle permet pour une part - de pair avec la formulation d'un cadre théorique - de faire apparaître de quelle manière le regard et l'écoute sont « disciplinés » (Cardoso de Oliveira, 1996). Mais elle permet surtout au chercheur d'aller au-delà du sens commun, du plus accessible, du plus visible. En problématisant ce qu'il cherche, en concrétisant ce qu'il veut savoir, il pourra aller au-delà du plus visible, du plus accessible pour investiguer les zones d'ombre, les questions moins évidentes et produire du savoir. Luis F. Rivas disait que « ce qui ne se cherche pas ne se trouve pas »* (Menéndez, 2012b, p. 66).

Aussi la qualité d'une recherche de cette sorte nécessite-t-elle de la rigueur. De la rigueur dans la manière d'observer, d'écouter, de parler, de se conduire. Et de la rigueur dans la manière d'enregistrer les données. Cardoso signale que « les données sont construites par le chercheur depuis le moment de la description »* (Cardoso de Oliveira, 1996 cité in Ramírez Hita, 2013, p. 56). L'écriture est la manière avec laquelle les données sont enregistrées dans cette recherche. Ecrire ce qui est observé, ce qui est entendu, ce qui est senti. Ecrire et savoir que ce qui est écrit servira à une analyse dont la qualité dépendra de ces écrits. Le travail d'écriture, dès la mise en écrit des observations, est de nature politique et épistémologique selon Ramirez. Le chercheur a accès à des informations dont la restitution qu'il fera peut (ou non selon les objectifs de la recherche et le contexte de sa réalisation) avoir des conséquences en termes de politiques publiques. Il doit ainsi s'assurer d'avoir bien enregistré les données, tout en ne restituant que ce qui peut être rendu public.

La prise de notes sur les observations réalisées et les conversations tenues ou entendues doit être rigoureuse, décrivant avec précision et détail les lieux, les personnes, les situations, les temporalités, les ambiances, répétant le plus précisément possible les propos. Une description, la plus épurée d'analyse et de préjugés possible. Mais sur laquelle il est intéressant de revenir régulièrement pour évaluer les données obtenues et si besoin recentrer la recherche sur ce qu'il faut encore approfondir. Une prise de notes qu'il convient d'accompagner d'une réflexivité constante sur ses propres pratiques de recherche et d'un regard critique sur les données récoltées afin de pouvoir évaluer la qualité de celles-ci, les questions qu'il faut encore explorer et celles auxquelles des réponses ont été apportées.

L'écriture enfin, correspond aussi au moment de la restitution des données récoltées, leur publication. Cette étape délicate doit permettre de passer des données brutes de la description à une analyse répondant au problème construit dans la recherche. Elle doit être aussi capable de restituer le contexte d'obtention des données, les relations entretenues par le chercheur avec la population avec laquelle il travaille, sa position dans les situations auxquelles il a participé et qu'il décrit et analyse. La qualité de la recherche et de l'analyse dépend de la reconnaissance et de l'exposition du contexte de production des informations, afin d'en exposer la qualité, les limites, les forces et les faiblesses.

Ces différentes considérations sont celles que je retiens pour mener une ethnographie dans le but de répondre aux objectifs de cette recherche. La sous-partie suivante vise à définir le groupe social et l'espace depuis lequel se met en place cette méthode.

Choix de la population d'enquête

Je considère que l'univers de recherche correspond à l'ensemble de la population sur laquelle cette recherche propose d'apporter des connaissances et que l'échantillon ou la

population d'enquête correspond aux personnes auprès desquelles l'enquête va être menée. L'échantillonnage ne répond pas ici à un critère de représentativité de l'univers construit, mais a pour but de définir un sous-ensemble de la population qui compose l'univers de recherche auprès duquel travailler et qui permettra de donner un aperçu, un éclairage sur cette population générale (Pirès, 1997).

La définition de la population d'enquête, dépend de plusieurs critères, d'abord scientifiques - l'échantillon doit répondre aux choix théoriques effectués et aux questions posées -, mais aussi pratiques.

D'un côté, les objectifs de cette thèse rendent nécessaire un accès aux espaces domestiques de la population d'enquête, mais demandent également une connaissance générale de l'organisation et des dynamiques du groupe social. La connaissance des dynamiques du groupe social requiert d'être présent dans les espaces publics et les espaces de socialité, de rencontrer et d'échanger avec de nombreuses personnes pour comprendre qui compose ce groupe, saisir les relations, les fonctions et l'organisation sociale. L'accès à des espaces domestiques sur du long terme, pour observer les pratiques de santé au sein de ces espaces privés, ne peut être aussi généralisé et demande une sélection plus étroite des personnes auprès desquelles réaliser ces observations. L'échantillonnage doit ainsi opérer à différents niveaux.

D'un autre côté, la question de l'accès à la population haïtienne du Chili est importante à considérer. En effet, il importe de considérer que je ne connaissais aucun Haïtien au Chili au début de cette thèse et que je parlais alors seulement français et espagnol et non créole. À moins d'apprendre cette langue, je n'aurai accès qu'à une partie de la population. Par ailleurs, je savais que des Haïtiens résidaient dans certains quartiers de certaines communes, au sein desquels apparaissaient des associations et des églises spécifiques à cette population. Cela me permettait de supposer que les Haïtiens de ces quartiers avaient développé une dynamique, une organisation et un sentiment de groupe, dans le sens d'une communauté ; ce qui rendait possible et intéressant la réalisation d'une ethnographie à échelle d'un quartier.

Dans cette thèse, l'univers correspond à l'ensemble des personnes qui se reconnaissent haïtiennes et qui résident dans la Région métropolitaine de Santiago du Chili en 2014. Un premier niveau d'échantillonnage est élaboré dans le but de définir auprès de quel groupe est réalisée l'ethnographie. Cet échantillonnage est intentionnel (Savoie-Zajc, 2007) et se réalise par choix raisonnés à partir de la définition d'un espace de résidence et de critères de diversification interne.

Plusieurs conditions de définition de l'échantillon sont définies. Pour une part, afin de correspondre à l'univers de recherche, les personnes doivent se reconnaître haïtiennes. Je ne parle pas ici de personnes nées en Haïti ou de personnes de nationalité haïtienne, mais considère toute personne se définissant comme haïtienne, ce qui inclus par exemple, les enfants de personnes de nationalité haïtienne nés dans un autre pays, qui ont la nationalité de ce pays mais qui se reconnaissent haïtiens ; ou bien les personnes qui ont acquis une autre nationalité liée à un pays de migration, mais qui se présentent avant tout comme haïtiennes.

Un deuxième critère de sélection de l'échantillon est défini à partir de la commune de résidence des personnes. L'univers de recherche est composé par des personnes résidant dans la Région métropolitaine de Santiago. Or, réaliser une ethnographie à échelle d'une région comme celle-ci présenterait de nombreuses difficultés pratiques. Cela, d'autant plus qu'au commencement de cette recherche, aucune étude n'existait sur les Haïtiens du Chili, sur laquelle auraient pu reposer mes connaissances générales de cette population. Partir

d'un espace plus réduit rend possible une meilleure connaissance des lieux, des dynamiques, de mobilités, des ambiances et des personnes qui l'habitent.

Partir d'un espace de résidence plus réduit facilite la réalisation d'une ethnographie, mais se révèle aussi pertinent scientifiquement. En effet, je considère que la présence des Haïtiens au Chili les situe dans et les fait participer à différents rapports de pouvoir historiquement construits qui mobilisent des mécanismes politiques, économiques, idéologiques mais aussi spatiaux pour établir des différenciations et des hiérarchisations sociales au sein de la population. Ces différenciations, qui se réalisent à partir de critères sélectionnés pouvant être raciaux, socio-économiques, de genre ou encore juridiques, justifient, conduisent et se renforcent par un traitement social inégalitaire, lequel est observable dans les conditions sociales différenciées, dans les états de santé des groupes sociaux ou encore dans leurs processus de soins. Les mécanismes spatiaux (en articulation avec les mécanismes politiques, économiques et idéologiques) jouent un rôle important dans les processus de différenciation sociale qui pèsent sur les Haïtiens résidant au Chili et s'expriment, par exemple, dans les communes et les quartiers de résidence des Haïtiens. À leur tour, les lieux de résidence ont des conséquences sur la qualité de vie, sur les possibilités de mobilité et donc d'accès à d'autres lieux ou encore sur les ressources à disposition, l'ensemble étant de première importance pour comprendre les problèmes de santé et les processus de soin mis en place par les individus et groupes sociaux.

Le tableau 3.2 ci-dessous présente les communes de résidence déclarées par des Haïtiens lors des demandes de visa entre 2008 et 2015. Les chiffres ne présentent pas des personnes, mais des titres de séjour délivrés par le *Departamento de Extranjería y Migración*. Si ces chiffres seront analysés plus précisément dans le chapitre 5, il est ici possible d'observer la concentration résidentielle des Haïtiens dans certaines communes de la Région métropolitaine, à savoir Quilicura, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda, Santiago, Recoleta ou Independencia.

Tableau 3.2. Communes de résidence déclarées par des Haïtiens pour chaque visa délivré. 2005-2008. Région métropolitaine de Santiago

Étiquettes de lignes	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<i>Quilicura</i>	69	151	290	479	803	1101	1486	2923	7371
<i>Estación Central</i>	2	12	90	138	268	492	831	1822	3656
<i>Pedro Aguirre Cerda</i>	2	3	26	59	113	210	413	816	1648
<i>San Bernardo</i>	16	19	30	55	75	100	260	646	1201
<i>Santiago</i>	20	32	60	68	91	118	167	600	1179
<i>Recoleta</i>	3	22	45	65	99	96	161	382	879
<i>Independencia</i>	8	21	36	44	70	96	126	420	823
<i>Cerrillos</i>	0	1	9	22	43	102	157	293	627
<i>Maipú</i>	12	21	26	38	48	76	100	250	584
<i>Total autres communes (43)</i>	40	67	94	177	270	405	592	1744	3435

Sources : *Departamento de Extranjería y Migración*⁴⁰.

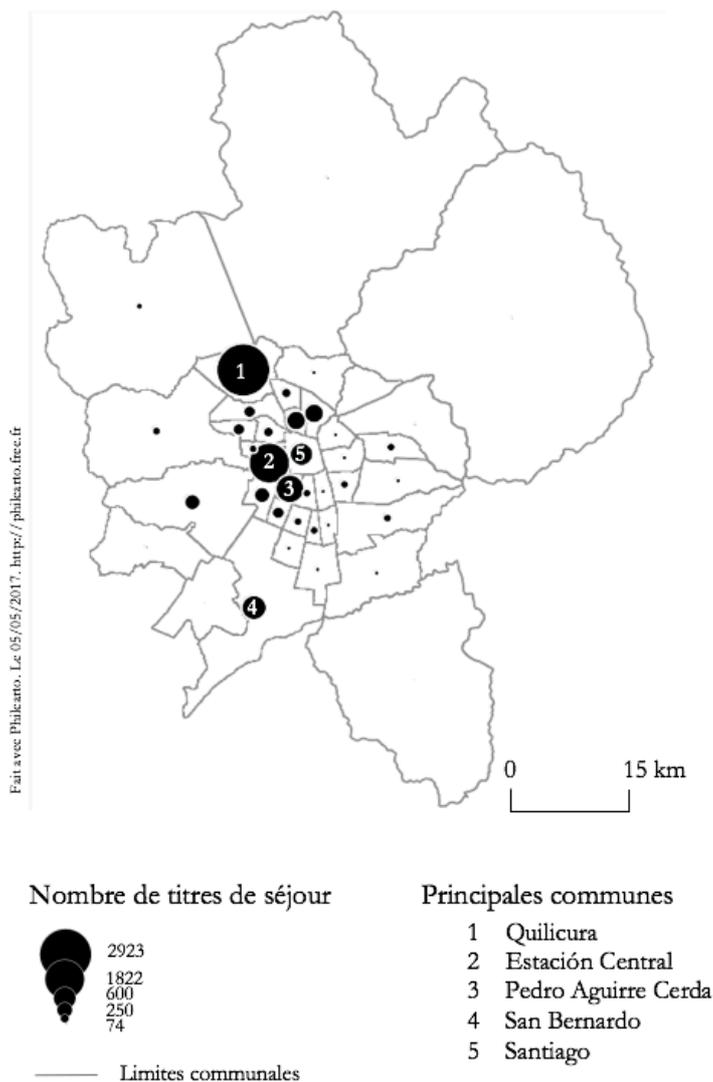
Ces communes où se concentrent les lieux d'habitations déclarés par des Haïtiens, correspondent aussi aux premières communes où se sont installés les Haïtiens. Avec le temps, d'autres communes deviennent lieux de résidence déclarés lors des demandes de

⁴⁰ Les communes représentées ici sont les communes ayant été déclarées comme lieu de résidence pour plus de 250 visas délivrés. Le total des autres communes de la Région métropolitaine représente 43 communes.

titres de séjour, montrant par là une sortie des centralités résidentielles des Haïtiens (voir carte 7.1).

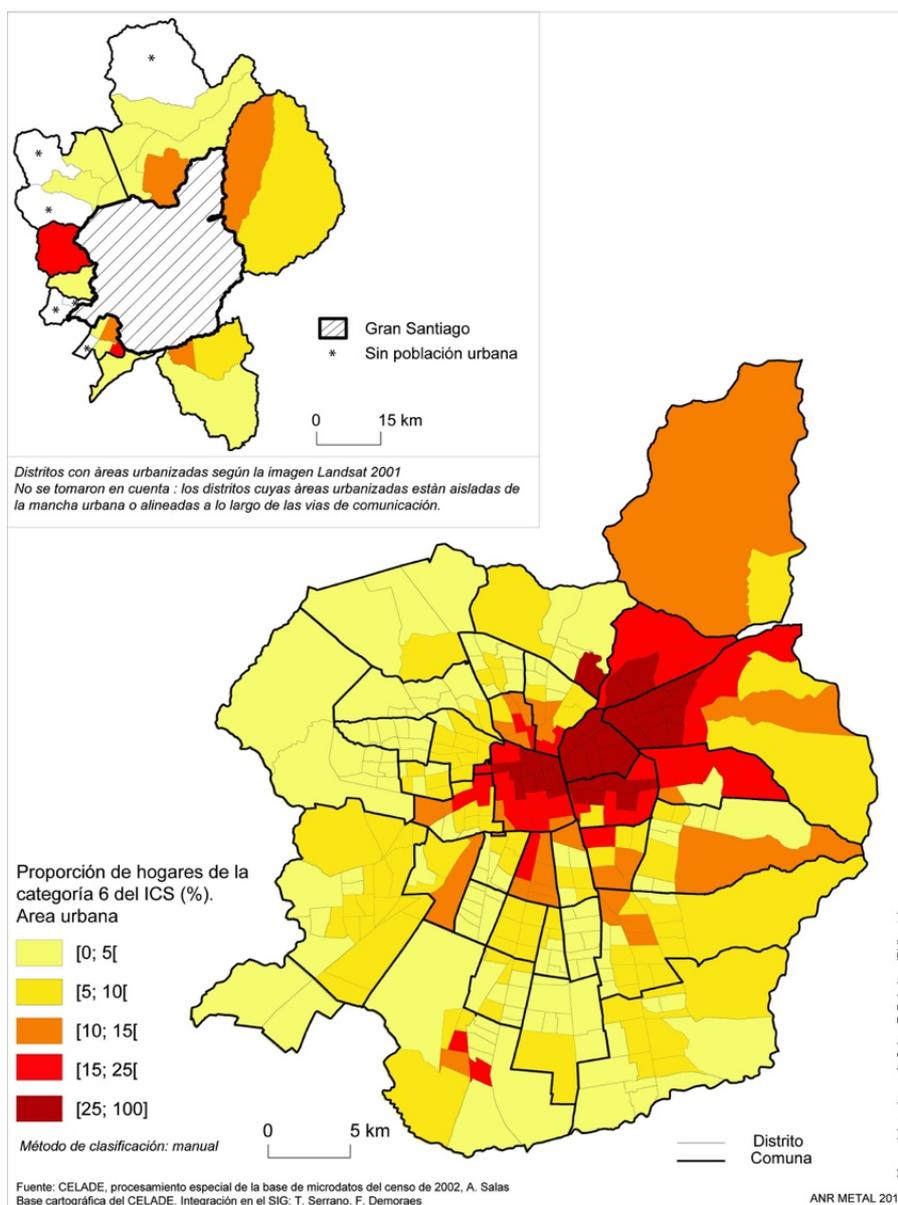
La Région Métropolitaine de Santiago présente une ségrégation socio-spatiale qui apparaît de manière évidente sur la carte 3.2. Allant du centre de Santiago vers le nord-est de la région se distingue une zone où se concentrent les classes les plus aisées de la population. Cette ségrégation socio-spatiale est si marquée que la seule mention de la commune de résidence offre une indication assez claire sur le niveau de richesse de la personne.

Carte 3.1. Nombre de titres de séjour temporaires et définitifs délivrés à des Haïtiens en 2015. Région métropolitaine de Santiago



Sources : *Departamento de Extranjería*. Elaboration personnelle.

Carte 3.2 Ménages de la catégorie 6 (haute) de l'Indice de Condición Social (ICS)⁴¹ des ménages. Aire urbaine de Santiago (%). 2002



Sources : METAL_maps, <http://migrinter.labo.univ-poitiers.fr/metalmaps/webmaps.html>

La carte 3.1 montre que les Haïtiens déclarent s'installer dans des communes qui sont extérieures à cette zone de concentration des populations riches. Plus encore, ils s'installent dans des communes où résident des populations pauvres, comme Estación Central ou Pedro Aguirre Cerda, et dans des quartiers à la mauvaise réputation et souvent dangereux. Plusieurs facteurs, intervenant à différentes échelles, sont en cause dans la concentration résidentielle d'un groupe d'étrangers dans des zones de précarité et de dangerosité : les logiques du marché du logement, les dynamiques de mobilité résidentielle de la population chilienne et migrante, le recours aux réseaux sociaux et familiaux, les discriminations raciales, la précarité du statut juridique ou encore les revenus disponibles, tous se conjuguant entre eux.

⁴¹ Le calcul de l'ICS correspond à la moyenne des années d'éducation des personnes de 15 ans et plus du ménage, divisée par le niveau d'entassement dans le ménage. 6 classes sont établies. La catégorie 6 correspond au 10% des ménages de la catégorie la plus élevée (la catégorie 1 étant pour les 10% des ménages en extrême pauvreté).

D'autre part, et ici, la dimension spatiale croise les dimensions politique et socio-économique, chaque commune développe des politiques locales qui lui sont propres et qui dépendent tant de choix politiques que de ressources. Voiries, services municipaux, logement, les politiques sont distinctes selon les municipalités et en ce qui concerne la politique migratoire locale également. En guise d'exemple, les communes de Quilicura et de Santiago ont de manière pionnière créé un programme migrant prêtant des services spécifiquement à cette population et cherchant à agir de manière transversale dans les différents départements de la municipalité (éducation, santé, sécurité). La municipalité de Quilicura a pris conscience de la présence d'étrangers dans sa commune au travers de l'arrivée des Haïtiens. Service législatif, facilités de scolarisation des enfants, programmes de formations pour adultes, traduction français-espagnol puis créole-espagnol dans un centre de santé ou encore formations aux fonctionnaires de la municipalité autour des droits des migrants font parties des initiatives de ce programme migrant de Quilicura. Dans une dynamique toute autre, Estación Central a mis en place un programme pour les migrants en 2016 seulement et sous l'impulsion du *Departamento de Extranjería*. Enfin, chaque commune a son histoire propre, selon l'époque et les raisons de leur construction, les types de logement, les populations qui y résident, leurs positions et fonctions spatiales et économiques au sein de la métropole.

La dimension spatiale, centrale dans les processus qui jouent sur la situation sociale des Haïtiens, et donc sur leurs conditions sociales, se révèle de première importance à l'heure de comprendre les processus de santé et de soin de cette population et de mettre en rapport les observations à échelle micro avec les processus macro-sociologiques en jeu. Aussi, le lieu de résidence des Haïtiens est choisi comme un critère de définition de la population d'étude.

Je souhaite préciser dès à présent que si le lieu de résidence est un critère de sélection de l'échantillon, il ne limite en aucun cas les observations à cette seule zone de résidence. Les pratiques des personnes sélectionnées pour cette enquête seront observées et suivies en tous lieux.

Il aurait été intéressant de pouvoir réaliser les observations dans des espaces de résidence qui se distinguent sur différentes caractéristiques, dans le but de diversifier les situations observées. J'avais ainsi envisagé réaliser cette ethnographie à la fois à Quilicura et à Estación Central, les deux communes les plus déclarées comme lieu de résidence par des Haïtiens. Quilicura est située dans l'extrême nord de la Région métropolitaine (voir annexe 1) ; les Haïtiens y sont les migrants les plus visibles et font l'objet d'attention des autorités locales ; ils habitent principalement dans des appartements qui ont été construits pour être des logements sociaux. Estación Central est au cœur de la métropole, ancienne périphérie urbaine, cette commune est une centralité économique de la métropole. Les Haïtiens résident principalement dans des chambres louées dans d'anciennes maisons datant des années 1950 ou 1960. Des étrangers d'autres nationalités résident dans cette commune, mais dans des quartiers distincts de ceux où s'installent les Haïtiens.

Finalement, la distance entre les deux communes et l'ampleur de la tâche que cela représentait m'a fait abandonner cette idée de travailler dans ces deux zones. Alors que j'avais commencé à tisser des liens avec des personnes résidant à Estación Central, je décidais de me concentrer uniquement sur cette commune. Les premières explorations que j'y menais m'ont conduite dans la *Población Los Nogales*, auprès de personnes haïtiennes. Je comprenais que c'était dans ce quartier et dans les rues alentour qu'habitaient à Estación Central la majorité des Haïtiens. Et je décidais d'y mener cette ethnographie.

Je nomme la zone de recherche Los Nogales. Administrativement, la zone de travail dépasse la *Población Los Nogales* pour être limitée au Nord par la rue 5 de abril, à l'est par

l'Avenue Padre Hurtado (qui longe l'autoroute Autopista central), au sud par la voie ferroviaire par laquelle termine la *Población La Santiago* et enfin, à l'ouest par la rue Padre Vicente Irrarázabal. Ces limites, je les ai construites au fur et à mesure de mon travail de terrain à partir des espaces que je pratiquais avec des Haïtiens, des observations que je réalisais, des rencontres et des conversations tenues avec les habitants.

Carte 3.4. Zone d'enquête Los Nogales, commune Estación Central



Le premier niveau d'échantillonnage limite la population d'enquête aux personnes qui se reconnaissent haïtiennes et qui résident à Los Nogales dans la commune d'Estación Central. La population haïtienne habitant Los Nogales ne peut être considérée comme un groupe social homogène. Les trajectoires migratoires, familiales, résidentielles, professionnelles, religieuses, les situations légales sont variées ; de plus, des relations de pouvoir opèrent au sein de cette population, l'ensemble conduisant à des expériences, des discours et des pratiques diverses dont il s'agit justement de rendre compte. Dans ce but, des critères de diversification interne ont été identifiés. La définition de ces critères a comme intérêt de servir de référence au chercheur pour le pousser à favoriser certaines rencontres et relations et ne pas se contenter des plus faciles et accessibles.

Aussi les critères de diversification internes suivants ont été définis dans le but de favoriser les observations auprès d'une population suffisamment hétérogène.

Tableau 3.3. Critères de diversification interne pour l'échantillonnage

<i>Sexe</i>	Homme, femme
<i>Religion</i>	Catholique, Évangélique, Vodouisant, Athée, Autres
<i>Situation familiale</i>	Célibataire, Marié avec conjoint au Chili, Marié avec conjoint à l'extérieur du Chili, Sans enfant, Avec enfants au Chili, Avec enfants à l'extérieur du Chili
<i>Statut juridique</i>	Situation irrégulière, Visa touristique, Titre de séjour sujet à contrat de travail, Titre de séjour temporaire, Titre de séjour définitif, Qualité de titulaire, Qualité de dépendant
<i>Temps de résidence au Chili</i>	Moins de 6 mois, 6 mois à 2 ans, Plus de 2 ans
<i>Trajectoires migratoires</i>	Première migration, Autres migrations antérieures
<i>Travail</i>	Sans travail, Travail sans contrat de travail, Travail avec contrat de travail
<i>Prévision de santé</i>	Sans prévision, Fonasa, Isapre
<i>Niveau d'espagnol</i>	Ne parle pas espagnol, Peut s'exprimer en espagnol, S'exprime très bien en espagnol

Ces premiers niveaux d'échantillonnage définissent auprès de quelle population et dans quel espace initier l'ethnographie. L'objectif premier était d'entrer dans les dynamiques de ce groupe social afin de pouvoir l'observer, de saisir les espaces et les lieux du groupe, d'acquérir une connaissance générale des parcours, des expériences, des conditions de vie et de l'organisation sociale du groupe, d'avoir un premier aperçu des problèmes de santé et des pratiques de soin des personnes, d'établir des liens et de gagner la confiance de certaines personnes.

Idéalement, je souhaitais, une fois cette première insertion faite, sélectionner à partir des mêmes critères cités plus haut, trois ou quatre familles auprès desquelles réaliser des observations quotidiennes au sein de leurs espaces domestiques. Je reprenais là la méthodologie employée par Ramírez Hita (2007, 2010). Mon idée était de pouvoir m'installer pendant plusieurs semaines dans les logements de ces familles et partager ainsi leur quotidien.

J'ai rencontré plusieurs difficultés qui m'ont obligée à revoir la méthode et les techniques d'enquêtes pour parvenir à mes fins. Tout d'abord, j'ai cherché à louer une chambre à Los Nogales, dans une maison où d'autres chambres étaient louées à des Haïtiens. Je me suis alors confrontée à des refus systématiques : on opposait à ma volonté la dangerosité du quartier. L'évidence de mon origine européenne allait m'attirer des problèmes dont les vols ne seraient que les moins pénibles. Puis quand je cherchais un logement accompagnée d'une jeune femme haïtienne, la location nous était refusée car nous avions l'air de prostituées, ce qui ne faisait pas sérieux. J'ai donc loué dans un premier temps deux chambres dans un quartier voisin de Los Nogales, au nord de la *Alameda*, l'*Avenida O'Higgins*, artère centrale qui sépare Santiago d'est en ouest. Ce quartier réputé tranquille était plus sûr que Los Nogales et, bien qu'il ne me permettait pas de vivre dans la zone d'enquête, je pouvais m'y rendre à pied ou en vélo très rapidement. Les chambres se trouvaient au fond de la maison d'une dame âgée et je les partageais avec une jeune haïtienne, Candice (n°12), pendant plusieurs mois.

Par ailleurs, après avoir pu observer l'intérieur des domiciles de différentes personnes haïtiennes à Los Nogales, je compris qu'il n'était pas possible de mettre en œuvre ce que je

souhaitais : les espaces d'habitation étant déjà très petits et peu confortables pour leurs habitants, ajouter une personne supplémentaire était impensable. Dans la majorité des cas, un nouveau matelas eut été impossible à installer. Il importe aussi de savoir que le marché du logement est saturé à Los Nogales. Toutes les chambres qui se libèrent sont louées dans la journée même et les gens réservent dans les nouvelles constructions plusieurs mois à l'avance. J'abandonnais finalement cette idée et cherchais à être aussi présente que possible auprès de certaines personnes et familles, dormant parfois la nuit à leur domicile.

L'identification et la sélection des formes de soin auprès desquelles je réalise des observations s'effectuent depuis le suivi des parcours de soins des Haïtiens. Dans la mesure où cette identification est réalisée par le biais des trajectoires de soin des Haïtiens, les espaces de ces formes de soin qui sont observés ne s'arrêtent pas à ceux qui sont au sein de Los Nogales. La seule limite géographique concerne les pratiques de soins transnationaux car les soins réalisés depuis Haïti ne sont pas observés. En plus de la prise en charge sans intervention d'un thérapeute professionnel dans le cadre de l'auto-soin, quatre formes de soin sont identifiées pour intervenir dans les processus de soin : la biomédecine, la religion évangélique, la médecine créole et le vodou.

Déroulement de la recherche

Le travail de terrain à Santiago du Chili s'est déroulé sur un total de seize mois répartis en trois séjours, à savoir : deux mois entre fin mars et fin juin 2012, dix mois entre octobre 2013 et août 2014, et enfin quatre mois de fin octobre 2014 à fin février 2015.

Le déroulement de l'enquête peut être scindé en cinq périodes, chacune présentant une cadence, des objectifs, des relations, des pratiques qui lui sont propres. Ce travail de terrain commence doucement, par une exploration, quelques rencontres, des bribes d'informations. Puis le tempo s'accélère, les lieux se précisent, les rencontres deviennent plus nombreuses, les informations affluent, des racines s'ancrent, le rythme effréné échappant parfois à mon contrôle et que dire des émotions. Finalement un retour sur le cap fixé, une cadence plus maîtrisée, rythmée par la stabilité des relations et par l'apparition d'évènements divers.

La première période de recherche sur le terrain correspond à une exploration réalisée pendant deux mois en 2012. Rien n'a alors été écrit sur les Haïtiens au Chili et mes seules connaissances sur cette population reposent sur mes observations lors du stage que j'ai réalisé auprès du Service Jésuite aux Migrants en 2010. A cette époque, mes collègues m'avaient fait remarquer la nouveauté de la présence des Haïtiens et j'avais saisi l'« exotisme » qu'elle représentait à leurs yeux. J'avais alors pu accompagner un travailleur social au domicile de personnes haïtiennes dans le quartier de Los Nogales, voisin de notre bureau situé dans le *Sanctuario del Padre Hurtado*. J'avais ainsi eu l'occasion d'observer les conditions de cet habitat très dégradé où cinq haïtiens partageaient une chambre de douze mètres carrés. Depuis lors, aucune recherche à ma connaissance n'avait été réalisée.

Aussi, mon premier séjour⁴² consiste avant tout à obtenir des informations générales sur cette population. Une première démarche a comme but de repérer les espaces de Santiago habités par des Haïtiens, à savoir les zones de résidence, les lieux publics pratiqués dans les activités du quotidien, les loisirs ou le travail et à y réaliser des premières observations. Pour cela, je parcours, seule ou accompagnée, des espaces pour lesquels j'ai émis l'hypothèse que

⁴² Ce séjour a été réalisé dans le cadre d'un stage au sein du projet Ecos-Conycit : *Reconfigurations territoriales, mobilités, politiques publiques et inégalités sociales : l'exemple de Santiago du Chili*, coordonné par Oscar Figueroa et Jean-Marc Fournier. Ce stage était réalisé au sein de ma formation dans le Diplôme Universitaire Sigmage en 2011-2012. Une petite partie de mon séjour à Santiago a été consacré à ce stage mais la plupart des tâches que je devais remplir ont été réalisées à mon retour en France.

des Haïtiens pouvaient habiter, soit parce que j'ai entendu que des Haïtiens les pratiquaient, soit parce que ces espaces sont réputés pour accueillir des migrants : quartiers, marchés, rues, centres commerciaux ou encore parcs situés dans différentes communes de la Région métropolitaine. Parallèlement, je prends contact avec les personnes que je connais et qui travaillent sur les questions migratoires et au travers eux, avec d'autres institutions mobilisées autour des migrations. Je cherche alors non seulement à actualiser mes connaissances sur les acteurs intervenant auprès des migrants et sur la situation migratoire, mais aussi à comprendre ce que ces acteurs savent de la population haïtienne sur Santiago. Je rencontre ainsi différents professionnels du *Servicio Jesuita a Migrante* (SJM), de l'INCAMI (*Instituto Católico de Migraciones*), de la *Vicaría Episcopal* de l'Archevêché de Santiago, des universitaires, ou encore la responsable du Programme Migrant de la commune de Quilicura.

À travers ces personnes, j'obtiens des premiers contacts avec des Haïtiens. Dès notre première rencontre, la responsable du programme migrants de Quilicura m'entraîne à son rendez-vous avec l'ambassadeur d'Haïti, ce qui me permet, non seulement d'observer les échanges entre les représentants des deux institutions, mais aussi de me présenter et d'obtenir quelques informations. Elle me convie également à une réunion de la plateforme des associations haïtiennes dédiée à la préparation de la célébration du Jour du Drapeau. Ma présence, incongrue en ce lieu, me donne cependant une première idée de l'organisation associative de cette population. Je m'inscris aussitôt comme aide-cuisinière pour cet événement. Une journée au sein d'une équipe de petites-mains dont la majorité ne parle ni espagnol ni français se révèle très riche, non seulement pour les bribes d'informations récoltées, mais aussi pour les réflexions sur les choix à effectuer lors de la définition du dispositif méthodologique de ma recherche.

Ensuite, à travers le SJM, je rencontre Rood, président de l'Organisation Socio-culturelle des Haïtiens d'Estación Central (Oschec). Celui-ci m'offre un panorama général de la situation des Haïtiens au Chili : lieux de résidence, situations migratoires, travail, principales difficultés. Il confirme aussi la pertinence de ma recherche autour des questions de santé, en dessinant à grands traits une définition des représentations des Haïtiens concernant les types de maladie, en explicitant ses propres problèmes de santé et les processus de soin qu'il met en place au Chili. Il me met également en relation avec le secrétaire de l'association, Dieujuste (n°27)⁴³. Je rencontre celui-ci au sein de Los Nogales pour un entretien assez coïncé autour du rôle de l'Oschec, puis pour une conversation beaucoup plus riche sur son histoire migratoire et médicale, associée d'un tour dans les rues de Los Nogales. Mais surtout, Dieujuste me présente à un couple qui aura une importance clé dans le déroulement de cette recherche : Lolaine et Karry (n°6). Il me les présente car Karry est un *moun ki manyen*, un thérapeute de la médecine créole qui fait des massages et soigne certains problèmes de santé avec des plantes. Ils m'accueillent chez eux, prennent le temps de m'expliquer ces pratiques de soin, mais aussi leur histoire et leur trajectoire migratoire ; ils m'invitent à la fête d'une église évangélique puis à un service dans une autre ; ils acceptent ma compagnie lors de leurs démarches administratives à *Extranjería* pour régulariser leurs situations migratoires. Dans le cadre de ces rencontres, j'en apprend plus sur la population haïtienne et mets ainsi un pas au sein du quartier de Los Nogales.

Je rentre donc en France avec des premiers contacts, des premières expériences des lieux, des premières informations et des pistes de réflexions. Méthodologiquement, plusieurs questions se posent : il me semble qu'il me faut choisir une zone où résident des Haïtiens pour réaliser une ethnographie. Je me demande quelle place accorder aux *leaders* associatifs dans ma recherche : j'ai en tête le texte de William Foote Whyte qui recommande de passer

⁴³ Les annexes 5 et 6 présentent les personnes enquêtées. Les numéros associés aux noms font référence au numéro de leur foyer.

par ces *leaders* pour connaître le fonctionnement d'un groupe et pourtant, cette idée me met mal à l'aise. J'entrevois que ces *leaders* sont les points de contacts entre les organisations chiliennes et la population haïtienne ; ils représentent en quelque sorte « les Haïtiens » auprès des Chiliens mais leurs points de vue me semblent trop réducteurs⁴⁴. Plus accessibles, ces *leaders* ont l'avantage de parler aisément, de savoir se raconter et de parler espagnol - voire français. Or, si je veux connaître la population haïtienne moins visible, moins publique, il me faut parler créole. Je me questionne aussi sur la manière d'avoir accès à cette population. Le SJM me propose de faire un stage auprès d'eux, ou bien de participer à la recherche d'une autre doctorante qui se base sur des rencontres avec des Haïtiens ; plus facile, cette approche me paraît pourtant corrompre mon indépendance et il me faut réfléchir à la position que je souhaite adopter et à la présentation que je vais faire de moi-même.

Lorsque je retourne au Chili en octobre 2013 pour initier mon travail de terrain, le cadre théorique et les objectifs de cette thèse sont définis. J'ai décliné ces derniers en questions théoriques et questions empiriques qui me permettent de cadrer ce que je dois chercher sur le terrain. D'octobre à février, je m'emploie en partie à des recherches bibliographiques afin de comprendre de manière approfondie le système de santé et la législation migratoire chilienne. Je redéfinis fin janvier le dispositif méthodologique à mettre en place. J'intègre dès mon arrivée l'équipe de recherche du projet Fondecyt de Maria Emilia Tijoux, ainsi qu'un groupe de travail sur la santé. Enfin, je dédie le reste de cette deuxième phase au travail de terrain.

Je reprends ainsi les démarches effectuées lors de mon dernier séjour : j'actualise auprès des différents acteurs sociaux les discours et les pratiques sur la population migrante en général et sur la population haïtienne en particulier. J'explore à nouveau les espaces habités par les Haïtiens et surtout je reprends contact avec Dieujuste (n°27), Lolaine et Karry (n°6).

Je deviens alors assez proche du couple, lequel joue un rôle fondamental dans mon intégration auprès de la population haïtienne du quartier. D'une part, ils m'invitent et m'emmènent aux différents événements de la communauté, à des concerts, des réunions, des mariages, au nouvel an dans leur église. Je les retrouve fréquemment à leur domicile et j'accompagne Lolaine dans ses démarches quotidiennes, au marché, au jardin d'enfant de sa fille, à l'église. De cette manière, je rencontre différentes personnes avec lesquelles je crée des relations. Je me familiarise également avec le quartier de Los Nogales et m'y déplace avec plus de facilité. Je me fais connaître peu à peu, tisse des liens et accède à de nouveaux espaces. J'obtiens à cette période des informations sur les trajectoires migratoires, les situations légales, les emplois occupés et sur les logements. J'observe quelques problèmes de santé et acquiers des premières informations sur les représentations de santé et les pratiques de soin, en Haïti. Les rencontres avec des Haïtiens m'obligent à parler créole et progressivement j'améliore mon niveau⁴⁵.

En voyant mes contacts se multiplier à Los Nogales et comprenant les difficultés pratiques d'une ethnographie sur deux communes aussi distantes, j'abandonne l'idée de travailler à Quilicura pour centrer mes recherches au sein du quartier de Los Nogales. Je rencontre tout de même deux personnes haïtiennes non résidentes à Los Nogales qui furent très importantes pour ma compréhension des représentations de santé et de soin. Non

⁴⁴ Je confirme plus tard cette impression quand, en 2014, les journaux ou encore les universitaires s'intéressèrent aux Haïtiens : ils n'interrogeaient alors que ces *leaders* qui j'imagine, devaient être plus accessibles. Cependant, cette approche conduisait à une répétition des mêmes discours et des mêmes histoires, bien trop réductrices des expériences de la population haïtienne.

⁴⁵ J'étais partie au Chili avec un niveau élémentaire de créole haïtien. Ma professeure à Poitiers, linguiste, m'avait transmis la structure de base de la langue ; il me fallait désormais acquérir du vocabulaire, une bonne écoute et une prononciation correcte.

seulement, ils comprennent vite l'objet de ma recherche et cherchent à éclairer ma compréhension, mais, avec des histoires particulières et des lieux de résidences extérieures, ils m'offrent l'occasion de mettre en relief les observations que je fais à Los Nogales.

En novembre 2013, je cherche à trouver résidence à Los Nogales (j'habitais depuis mon retour au Chili chez des amis au centre de Santiago). Je me lance dans la recherche d'une chambre à louer dans ce secteur. Les beaux jours d'alors, mes explorations et mes promenades accompagnées par des Haïtiens me redonnent confiance, malgré la mauvaise réputation du lieu. Je prospecte alors dans les petits magasins locaux à la recherche de locations. On me recommande fermement de ne pas m'installer ici. On me promet le pire. Un propriétaire qui fait construire des chambres dans l'intention de les louer à des Haïtiens prend trente minutes pour me convaincre au travers d'exemples sordides de ne pas m'installer ici. Ces conversations me poussent, non seulement à être assez vigilante, mais à renoncer à cette idée. Je trouve finalement deux pièces à louer dans le quartier voisin, que je partage très vite avec Candice (n°12), une jeune haïtienne. Je ne réside pas à Los Nogales, mais juste à côté. Je partage néanmoins mon espace domestique avec une haïtienne qui joue un rôle fondamental dans le déroulement de ma recherche. Non seulement, elle m'explique et me raconte avec détails beaucoup de choses, mais elle me facilite des contacts et des entrées dans certains lieux et me fait des retours sur ma méthodologie, mon comportement et mes questions.

Au mois de mars 2014, je décide d'entrer entièrement dans la démarche ethnographique, et débute ainsi la troisième phase de cette enquête. Je sens que j'ai construit des bases assez solides pour commencer à chercher explicitement des réponses à mes questions de recherche. Pour cela, je décide d'activer la création de contacts stratégiques et de favoriser l'obtention d'informations sur la santé et les soins. J'ai l'impression d'être en retard et l'inquiétude d'obtenir du matériel grandit.

D'un côté, je sollicite des personnes haïtiennes dans le but de réaliser des entretiens. J'en réalise trois, auprès de Candice (n°12) - qui me sert plutôt de test -, de Levens (n°41) et de Leïla (n°14). Les trois me semblent très peu satisfaisants et intéressants. Candice me fait remarquer qu'il n'est pas évident pour Leïla et Levens de répondre à des questions de l'ordre de l'intime : ils me connaissent un peu, mais pas suffisamment pour me donner toute leur confiance ; ils savent par ailleurs que je connais d'autres Haïtiens et rien ne leur assure que je ne répèterai pas leurs dires à d'autres. Ma relation avec eux, avec ses composantes de proximité et de distance, n'est pas propice à l'obtention d'informations de qualité. Je me rappelle alors les recommandations de Susana Ramírez : ne pas forcer l'obtention de réponses et faire le choix de conversations plutôt que d'entretiens dans un premier temps. Je décide donc de laisser de côté cette technique pour l'heure.

Je cherche alors à être encore plus présente à Los Nogales et à favoriser les rencontres, les temps et les espaces de conversation. Lolaine (n°6) et Candice (n°12) jouent un rôle central pour cela. Je rencontre de nouvelles personnes, je suis invitée dans les espaces privés, je partage des moments de convivialité. On teste ma compréhension, mes réactions, mes comportements ; on me questionne sur mon âge, sur les raisons qui font de moi une célibataire sans enfants, sur mes pratiques religieuses et ma relation avec Dieu. Je commence à me sentir à l'aise dans le quartier et à m'y déplacer plus facilement ; je repère les lieux publics et privés et les temporalités où se crée une vie sociale, où les gens se rencontrent et où les retrouver. Je réalise en ce mois de mars des accompagnements à *Extranjería*, au SJM pour trouver un travail ou encore auprès d'un employeur. Je découvre qu'il s'agit d'occasions importantes pour prendre le temps de discuter, pour observer les interactions entre Haïtiens et Chiliens et pour mettre en lumière les difficultés de tous ordres auxquelles les personnes peuvent être confrontées.

Par ailleurs, je décide de favoriser les conditions d'observations au sein des formes de soin que j'ai déjà identifiées comme présentes dans les trajectoires de soin des personnes rencontrées. Je décide ainsi de me rendre régulièrement au service du dimanche matin de l'église évangélique située au centre de quartier, dirigé par un pasteur haïtien, le Pasteur Guy-Max (n°7). Celui-ci m'accorde un entretien dans lequel il m'explique l'histoire de l'église, me donne des indications générales sur la manière dont sa religion se représente les maladies et comment les maladies et malheurs sont pris en charge au sein de cette église. Comprenant ma démarche, il m'autorise à m'y rendre et jamais ne me questionne sur de possibles motivations religieuses. Au sein de cette église, le service du dernier dimanche de chaque mois est réservé tout particulièrement aux problèmes de santé et à la prise en charge des différents malheurs qui touchent les fidèles.

De plus, je demande un entretien au seul officiant vodou (*oungan*) que j'ai pu identifier, non pas dans les trajectoires de soin, mais lors d'une célébration officielle haïtienne. Il accepte de me rencontrer dans le centre-ville de Santiago et la conversation a lieu sur le trottoir. Il n'a que dix minutes à m'accorder et ne peut rien me révéler par secret professionnel. M'étant bien renseignée sur les pratiques et représentations vodou, je lui fais comprendre par mes questions que j'en sais plus que les clichés. Cela l'intrigue et il livre quelques informations dans une conversation qui dure finalement une heure. Sentant qu'il est trop tôt et qu'il ne sert à rien de forcer l'obtention d'informations, je décide d'attendre d'être amenée à rencontrer de nouveau un *oungan* au travers des trajectoires de soin pour approfondir mes questions. Finalement, dans les formes de soin mobilisées au Chili en ma présence, je ne rencontrerai jamais le vodou à nouveau⁴⁶.

Enfin, je contacte le centre de santé primaire de Los Nogales (Cesfam Los Nogales⁴⁷). Situé au cœur du quartier et disposant également d'un service d'urgence légalement accessible à tous, il représente un lieu central de dispense des soins biomédicaux pour les résidents du quartier. En expliquant ma recherche, je demande l'autorisation de réaliser des observations lors de rendez-vous médicaux, ainsi que des entretiens avec le personnel médical. Fin mars, j'obtiens l'autorisation du directeur du Cesfam et l'assistant social me promet d'organiser vite une journée pendant laquelle je pourrai suivre des consultations. Par ailleurs, je découvre un centre de santé philanthropique dédié aux nouveau-nés : *Gota de Leche*. Lolaine (n°6), qui a commencé à travailler, me demande un jour d'y accompagner sa sœur pour le contrôle de santé de sa fille. Là-bas, je constate que de nombreux Haïtiens y conduisent leurs enfants pour des contrôles mensuels. En discutant avec les pédiatres responsables du centre de santé et en expliquant ma recherche, elles me proposent de venir faire des observations chaque jeudi matin, jour où se concentrent les rendez-vous des Haïtiens.

Début avril 2014, le terrain semble s'ouvrir, m'offrant la possibilité de me définir un rôle nouveau : celui d'observatrice, interprète, accompagnante et actrice des processus de santé et de soin. Plusieurs événements, résultats de mes rencontres précédentes, me conduisent à la construction de ce rôle, dans lequel je m'engouffre, à la fois poussée par le terrain mais volontaire, y voyant la possibilité d'accéder à des espaces de soin, à des temps de conversation et donc à des informations pour ma recherche. S'initie alors la quatrième phase du terrain.

Un premier événement marquant a lieu un dimanche après-midi : je me rends chez Katyana, rencontrée pendant les services à l'église. Je lui ai parlé de ma recherche et elle a accepté d'en discuter avec moi. Elle m'invite chez elle et je me retrouve au milieu d'une vingtaine de personnes, arrêtées dans leurs activités dominicales de ménage, coiffure, lavage

⁴⁶ Je le rencontre par contre dans les représentations des maladies, dans les récits de trajectoires de soin qui ont eu lieu en Haïti, ou encore, mais rarement, dans les récits de pratiques transnationales de soins.

⁴⁷ Le Cesfam Los Nogales sera rebaptisé début 2015 en Cesfam Padre Vicente Irrázaval.

de linge par mon intrusion et tous yeux braqués sur moi. J'explique tant bien que mal les raisons de ma présence et un homme dit qu'il souhaite me parler pour me raconter ses problèmes de santé. À sa suite, deux femmes Cindy (n°37) et Micheline (n°37) demandent expressément à me parler. Chacune à leur tour elles me racontent leurs soucis de santé et me demandent de les soigner. Comprenant la confusion, je réexplique que je ne suis pas médecin et devant leur désillusion, je leur demande si elles ont cherché auparavant à se soigner, puis ensemble nous réfléchissons à des solutions. Finalement, je leur propose de les accompagner dans des centres de santé où elles pourraient être prises en charge. Cette décision m'offre des occasions de découvrir différents espaces de santé biomédicaux (centres de santé, laboratoires d'analyses), d'observer des relations patients-thérapeutes et patients-personnels administratifs, d'obtenir des informations sur la manière de penser ces problèmes de santé et leurs soins mais aussi sur les trajectoires migratoires, les familles, les projets ou encore les difficultés actuelles. J'obtiens ainsi de nombreuses informations, beaucoup plus riches que ce que m'avaient permis d'obtenir les entretiens que j'avais réalisés.

Le deuxième évènement est lié à ma présence comme observatrice dans le centre pédiatrique privé et philanthropique *Gota de Leche*. Situé aux abords de Los Nogales, ce centre reçoit de nombreux enfants de personnes haïtiennes, principalement nés au Chili. Un accord a été passé entre *Gota de Leche* et l'association haïtienne Oshec pour favoriser la prise en charge de ces enfants. Les pédiatres proposent des contrôles mensuels pour les enfants des Haïtiens (alors qu'ils sont trimestriels pour les autres). Une assistante sociale est présente et des dons de nourriture sont réalisés à chaque visite. L'information est vite passée parmi les Haïtiens et presque tous les nouveau-nés y sont inscrits, dans la mesure des places disponibles. Les contrôles des enfants d'Haïtiens sont regroupés les jeudis matin : les rendez-vous sont plus espacés que les autres jours afin de prendre plus de temps pour chaque enfant et pour faciliter la traduction si besoin est, grâce à d'autres parents présents. Dès ma première visite en tant qu'observatrice, mon rôle prend une autre dimension : celui d'interprète espagnol-créole. Malgré mon créole encore hésitant, médecins comme parents semblent trouver un soulagement dans mes services de traduction qui facilitent la communication et donc la prise en charge. À tous les nouveaux patients qui ne me connaissent pas, les raisons de ma présence (ma recherche) sont expliquées et une autorisation orale leur est demandée. Je trouve là l'occasion d'observer des consultations biomédicales et les relations médecins-patients, de relever et connaître les problèmes de santé des nouveau-nés. Dès la première séance, je propose d'accompagner une mère et sa fille dans un laboratoire de radiologie : elles ne savent pas se rendre dans ce lieu et je vois là l'occasion de découvrir un nouvel espace médical et de créer des liens avec cette femme. *Gota de Leche* a finalement été l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes, pour la majorité des mères, mais aussi quelques pères. Très vite, je n'ai plus besoin de proposer d'accompagner les personnes à leurs rendez-vous extérieurs à *Gota de Leche* car les personnes me sollicitent désormais elles-mêmes. Mes capacités de traductrice sont recherchées, tout autant que ma connaissance des transports en commun et mon aisance à me situer dans Santiago, lorsque les lieux de rendez-vous sont extérieurs à Los Nogales.

Enfin, un troisième évènement clé a lieu fin avril lorsqu'un assistant social du Cesfam Los Nogales m'invite à assister à trois rendez-vous médicaux de personnes haïtiennes pour réaliser des observations. Selon lui, les principales raisons des consultations de personnes haïtiennes sont liées à des questions pédiatriques ou de grossesse. Ce matin-là, deux contrôles de grossesse et un contrôle infirmier d'un enfant sont prévus. Les professionnels sont informés de ma présence. La seule condition est que patients et professionnels signent une autorisation au début du rendez-vous.

La première consultation est celle de Stevenson. Augustine (n°10) sa mère, se rappelant m'avoir croisé à l'église auprès d'une autre femme le dimanche précédent, accepte ravie que je sois présente. Elle m'explique qu'à nouveau son mari n'a pas pu l'accompagner pour traduire et que c'est beaucoup plus simple en ma présence. Ce rendez-vous, pendant lequel les infirmiers notent les problèmes de nutrition, de poids et de développement moteur de l'enfant prend une toute autre tournure lorsqu'Augustine me demande de leur expliquer qu'elle a déjà perdu ces trois premiers enfants en bas âge. À la fois choqués et saisis par l'exceptionnalité de la situation, les infirmiers semblent déployer un intérêt nouveau pour l'enfant et prennent eux-mêmes différents rendez-vous auprès de spécialistes, notamment auprès de pédiatres prenant en charge les cas les plus compliqués au sein de ce centre de santé. Je sens que cette « révélation » a profondément transformé la prise en charge qu'allaient offrir les professionnels à cet enfant. Je comprends également que mon rôle d'interprète peut avoir plus d'importance que je ne le croyais, notamment dans les transformations auxquelles il peut conduire dans les trajectoires de soins et dans les relations entre patients et professionnels. Cette rencontre initie une longue et intense relation entre cette mère, son enfant et moi, rythmée par de graves et fréquents problèmes de santé et de multiples consultations médicales. L'histoire de cette mère et de son fils, et plus particulièrement les problèmes de santé de celui-ci, représentent la colonne vertébrale de cette recherche. Le cas extrême de cet enfant révèle des dysfonctionnements du système de santé public dans la prise en charge d'enfants étrangers, mais il offre aussi l'occasion de croiser différents points de vue sur les origines du problème et les manières de le résoudre.

Par ailleurs, ma présence dans le Cefsam ce jour-là est l'occasion de nouvelles rencontres : à plusieurs reprises pendant cette matinée, je suis témoin de difficultés de communication entre personnels administratifs ou professionnels de santé et Haïtiens, liées tant à des questions de langues qu'à des problèmes de compréhension du fonctionnement du centre de santé. Là encore, j'interviens et, tant traductrice que médiatrice, je participe à la résolution des difficultés.

Ces événements me conduisent à adopter un rôle d'observatrice, d'interprète et d'accompagnante. Ces différents espaces m'offrent des occasions de rencontrer des personnes et, en mobilisant mes ressources, de créer et tisser des liens et d'avoir accès à des situations qui me semblaient jusque-là inaccessibles. J'explique systématiquement aux Haïtiens que je mène une recherche et en présente les objectifs et la finalité. Dans un premier temps, les personnes m'interrogent pour savoir pour quelle institution je travaille et si quelqu'un me paye pour faire traductions et accompagnements. Progressivement, ces questions disparaissent et je me rends compte que les personnes qui me connaissent expliquent aux autres qui je suis, ce que je fais, en commentant ma recherche.

Je rencontre de nombreux Haïtiens par le biais de *Gota de Leche* et lorsque j'accompagne des personnes à leur rendez-vous. Comme il s'agit principalement d'accompagnements pour faciliter les traductions, ceux-ci se déroulent avant tout dans les espaces biomédicaux et surtout dans le cadre de rendez-vous médicaux pour des bébés ou pour des femmes enceintes. Dans un premier temps, ces limites me semblent problématiques car je souhaite également connaître les problèmes de santé des adultes et observer d'autres espaces de soin. Avec le temps, en fréquentant régulièrement ces personnes, je finis par avoir accès à d'autres soins mis en place. Je comprends également les raisons de l'importance de la prise en charge biomédicale de leur santé. De plus, avec le temps, par le biais de ces femmes et enfants, j'ai accès à leurs conjoints, leurs familles proches et obtiens des informations sur leur santé. Je comprends que les adultes qui travaillent ont pour différentes raisons un accès moindre au système de soin biomédical et que la prise en charge de leurs problèmes est toute autre.

Enfin, l'obtention de données pour répondre à mes questions de recherche a lieu principalement au travers de cette entrée, et non pas, comme je le prétendais, en partant d'espaces domestiques. En accompagnant les personnes rencontrées à leur rendez-vous médicaux, j'ai ainsi la possibilité d'observer des consultations médicales à *Gota de Leche*, à l'hôpital San Borja, dans des centres d'examen et de radiologie et parfois dans des centres médicaux privés. Cela me permet de relever les problèmes de santé identifiés par les thérapeutes, les traitements prescrits. Lors des rendez-vous, je ne prends pas systématiquement des notes, mais je me réserve du temps pour le faire le soir ou le lendemain. Je peux ainsi librement observer les interactions entre les médecins et le patient, et souvent - sauf lorsque les médecins m'identifient plus comme chercheuse que comme accompagnante - entre les médecins, la patiente et moi. Pour les personnes que je suis régulièrement, je peux réaliser un suivi dans la durée des problèmes de santé et de leurs prises en charge. J'ai aussi l'occasion d'observer les relations des patients haïtiens avec le personnel administratif des lieux, et ainsi, de relever les barrières administratives ou fonctionnelles qui rendent compliqué l'accès aux soins. Étant étrangère, je suis, à l'instar des Haïtiens qui viennent d'arriver au Chili, ignorante du fonctionnement du système de santé en général et plus particulièrement du centre de santé. J'apprends avec eux le fonctionnement complexe de ce centre, et comprends, à force d'erreurs et de difficultés, ses règles d'usage et les tactiques à déployer pour obtenir satisfaction. Je profite également des longs temps d'attente pour discuter avec les personnes, en apprendre sur elles, leur vie, leur santé.

Si les Haïtiens que j'accompagne sont informés de ma recherche et de l'utilisation que je vais faire des observations que je réalise en les accompagnant, les médecins ne le sont pas tous. Dans le Cesfam Los Nogales, la majorité du personnel me connaît et sait que je réalise une recherche en plus de l'interprétariat. Pourtant, lors des rendez-vous, je ne rappelle pas systématiquement cette information sauf si on me le demande⁴⁸. Dans les autres centres de santé, où le personnel n'est pas habitué à me voir, la curiosité l'emporte souvent et les professionnels, intrigués par ma présence et mes services, me posent des questions. J'explique alors ma recherche et décline mes objectifs. Éthiquement, il s'agit d'une limite de cette recherche, car je ne précise pas toujours que ce que j'observe alors servira à mes analyses.

Une autre question éthique et méthodologique que soulève une telle démarche est celle de mon rôle dans la construction des processus de soin. Dans de nombreux cas et de nombreuses situations, je suis bien plus qu'observatrice ou même interprète. Présente lors de discussions où une personne expose son problème de santé à d'autres et demande conseil sur la manière d'agir, je participe aux discussions et donne mon avis. Il est arrivé que certaines personnes viennent me voir pour me demander que faire dans leur situation, en me sollicitant tant pour des aspects légaux que pratiques. D'autres, devant les difficultés du fonctionnement du centre de santé, viennent me chercher pour savoir où aller, à qui demander et quand. Je suis devenue une personne ressource pour les gens. Je me laisse faire, sauf quand je ressens les demandes comme des abus. Je suis également une personne ressource pour les professionnels, médecins ou personnels administratifs ; ils m'appellent parfois au téléphone afin que je sois présente pour traduire au patient devant eux, me demandent d'être l'interprète lors d'ateliers ou me sollicitent pour accompagner une famille vers un autre hôpital et m'assurer de leur bonne prise en charge.

Une ressource. Un acteur des processus de soin : dans les prises de décisions concernant les soins à apporter aux problèmes de santé et souvent dans le déroulement de la prise en charge. Je suis facilitatrice au sein des espaces biomédicaux au travers de mes traductions,

48 Je n'ai demandé la signature de consentement informé que lors de la première matinée passée au Cesfam Los Nogales.

mais aussi en intervenant pour remédier à des difficultés ou des barrières. Ma position de femme blanche française doctorante, non seulement joue sur mes relations avec les Haïtiens, mais aussi avec les professionnels de santé. Il arrive que je me serve (certains Haïtiens aussi) des représentations que les gens ont de moi et du pouvoir qu'elles me donnent pour transformer des situations et obtenir gain de cause. Je suis capable d'adopter une attitude, un ton et un vocabulaire qui conduisent à des résultats qu'une personne dans une autre position n'aurait pu obtenir.

Il est évident que je ne parviens pas toujours à demeurer neutre dans les interactions entre patients et professionnels de santé. Dès que je perçois une injustice, un mauvais traitement ou une violence de quelque sorte, je ne peux m'empêcher de prendre position. Sensible aux questions de racisme, de machisme et de violence médicale, je suis en alerte et m'associe aux Haïtiens pour les dénoncer. Cette prise de position, du côté des Haïtiens, est d'autant plus marquée que c'est de leur côté que je me tiens physiquement lorsque je les accompagne dans leurs démarches.

L'apparition d'un « nous » dans mon carnet de terrain vers le mois de mai 2014 est assez révélateur de cette position. Un « nous », en référence à une mère et à moi-même. Un « nous » en référence à des décisions, à des interactions avec un professionnel, à des actions. Un « nous » parfois imposé par des professionnels, lorsqu'ils me désignent « tutrice » d'un enfant, ou lorsqu'ils exigent ma présence à ses côtés. Un « nous » poussé par les personnes que j'accompagne, lorsqu'elles sont perdues et demandent de l'aide pour prendre une décision, faire des réclamations face à un médecin, trouver une solution pour un fils malade.

Ma position se définit également par des critères éthiques et moraux : comment agir dans une situation vraiment grave ? Quand la vie d'un enfant est en jeu, que ses parents sont impuissants et que le système médical ne parvient pas à assurer sa protection, quel rôle dois-je jouer ? Il m'arrive d'être témoin de situations de mise en danger face auxquelles je ne sais comment réagir. Tel enfant qui habite dans la même maison qu'une personne que je visite souvent et dont j'observe l'abandon et la maltraitance de la part des parents. Tel autre enfant qui, à *Gota de Leche*, vient me supplier de faire quelque chose pour que sa mère ne le frappe plus. Telle femme qui me demande de l'aide pour échapper à son mari qui la menace de mort et l'a mise dans le coma la semaine précédente. Telle autre dont la situation est si désespérée et qui semble s'accrocher à moi comme à un ultime secours.

Je choisis, chaque fois que j'en ai les moyens, de mobiliser mes ressources, c'est-à-dire mes réseaux, mes savoirs et à deux occasions mon argent. Face à la gravité d'une situation, il en va de ma responsabilité et je ne doute plus qu'il faille prendre des décisions. J'ai cependant parmi mes proches, haïtiens ou chiliens, des personnes qui m'aident à définir les limites de ce que je peux faire en me préservant.

Mon action, ma présence transforme les processus de soin. Je ne regrette pas cette position et l'assume entièrement. Ela Meh (2016) dans une communication au laboratoire Migrinter en juin 2016, explique que son double rôle de chercheuse engagée lui a permis d'assurer son bien-être et son équilibre personnel sur le terrain. Ne pas agir face à des situations violentes au nom d'une recherche, lorsque des vies sont en jeu et alors que le chercheur dispose de ressources qui peuvent améliorer les situations, peut générer un mal-être pour le chercheur qui n'est pas facilement gérable. Participer, donner, améliorer des situations est une manière de faire du terrain qui offre au chercheur un certain équilibre émotionnel. Je partage entièrement cette vision. Au-delà des situations d'urgence, donner, à ma manière m'a permis de sentir ce don/contre-don propre aux relations humaines et de trouver un équilibre permettant de justifier ma présence. Peut-être aurai-je pu obtenir des données sans adopter ce rôle et de manière plus neutre. Peut-être. J'ai l'impression que l'on m'a

offert cette possibilité, que je l'ai saisie et que j'en ai été satisfaite. Je ne crois pas qu'elle conduise à des données de moindres valeurs qualitatives. Oui, ma présence a transformé des processus de soin et il s'agit avant tout de prendre cela en considération à l'heure d'analyser des données.

Pourtant ma position n'a pas toujours été facile à tenir. Elle est particulièrement délicate lorsque patients et médecins me prennent à partie, chacun accusant l'autre et faisant valoir son point de vue. Extérieure, je reçois tous les arguments et peux observer les situations dans une plus grande complexité que les parties. Lorsqu'une mère est accusée d'être irresponsable et non consciente de la gravité de la situation de son fils, je vois aussitôt ses conditions de vie, les pressions qu'elle connaît, ses relations et comprends ses réactions. Mais je ne peux pas ne pas m'exaspérer à voir qu'elle continue de donner des bonbons à manger à son fils en dénutrition qui ensuite refuse de manger les légumes qu'on lui propose.

La construction de ce rôle prend rapidement un rythme effréné qui parfois m'échappe. Je n'oublie cependant jamais de noter sur mon carnet de terrain tout ce dont je suis témoin et j'essaye constamment de revenir à mes objectifs lorsque mes relations et mon rôle d'interprète semblent me dépasser. Il me faut parfois mettre des limites et dans ces moments, j'apprécie de vivre dans un quartier voisin, afin de retrouver pour une journée un espace pour me recentrer. Avant de rentrer en France fin août 2014, je suis extrêmement fatiguée physiquement et émotionnellement. J'ai beaucoup couru les derniers mois pour réaliser ces accompagnements et je suis confrontée à des situations plus graves que ce que j'ai pu voir tout au long de ma vie. Pourtant, j'ai trouvé auprès des Haïtiens des espaces de réconfort et de bien-être. Certaines personnes me prennent en charge à leur manière. Elles vérifient mon état de santé, m'invitent lors de fêtes familiales comme Noël et le nouvel An, afin de s'assurer que je ne passe pas seule ces moments. Elles m'accueillent avec de la nourriture, me permettent de me reposer chez elles entre deux rendez-vous et je m'y sentais bien. Elles me donnent des conseils pour régulariser ma situation, lorsque moi aussi, je me retrouve pour un temps sans-papier.

Au-delà des accompagnements médicaux, les personnes me sollicitent aussi pour les accompagner dans d'autres démarches : recherche d'emploi, de logement, démarches administratives auprès de leurs employeurs, de leur assurance maladie, de leur caisse de cotisation, ou d'*Extranjería*, pour inscrire leur enfant à l'école ou encore pour les aider dans leur déménagement. J'accepte volontiers d'y participer, voyant là une manière de comprendre leurs conditions sociales, leurs obligations administratives, leurs stratégies de régularisation, tout en ayant des occasions pour échanger sur ces sujets.

Par ailleurs, de cette manière je crée des liens plus étroits avec les personnes et accède à leurs espaces privés. Je passe ainsi beaucoup de temps dans leurs lieux de vie pour discuter, prendre des nouvelles, manger, me reposer. Je me promène à Los Nogales avec elles et me familiarise avec les espaces qu'elles fréquentent et habitent. Je suis invitée aux événements du groupe, aux fêtes de l'église, aux mariages, aux baptêmes, aux *baby-shower*, aux anniversaires. Je découvre et apprends les normes sociales du groupe (ou plutôt une partie), j'essaye de m'y ajuster au mieux tout en négociant avec certaines. Etrangère, française, on n'exige pas de moi le même respect des règles et avec les plus proches je me permets même d'en questionner (sur le rôle des femmes et des hommes, sur la valeur du mariage, sur les normes de l'église). Je comprends petit à petit l'organisation sociale du groupe. On me raconte les histoires migratoires, les trajectoires professionnelles. Je découvre progressivement les stratégies migratoires, de régularisation et de logement et même des stratégies économiques mises en place. J'observe des conflits, identifie des problématiques sources d'inquiétude, saisis des potins.

Dans les espaces privés, dans les conversations auxquelles j'assiste ou que je provoque, je vois apparaître des pratiques de soin et des représentations de santé invisibles au sein de l'espace biomédical. Plus ou moins discrets, ces pratiques et discours me montrent les négociations que les personnes réalisent avec ce qui est dicté par les médecins, tant dans l'application des traitements que dans leur administration conjuguée avec d'autres remèdes. J'observe des situations où un problème de santé est identifié et pris en charge sans qu'un professionnel n'intervienne, d'autres pour lesquels une discussion se met en place pour savoir comment gérer ce problème et d'autres encore où il est décidé d'avoir recours à des formes de soin non biomédicales. J'observe les pratiques d'alimentation, d'hygiène, des habitudes quotidiennes de prévention des maladies et de maintien de la santé. J'observe et bénéficie parfois de soins préparés au domicile par une personne. J'obtiens des explications sur les maladies et des comparaisons avec les maladies qui ont lieu en Haïti. On m'explique au travers d'exemples les différences entre les systèmes de santé en Haïti et au Chili et les différences entre les trajectoires de soin possibles là-bas et ici.

Je maintiens également ma présence régulière au sein de l'Eglise du Pasteur Guy-Max (n°7) les dimanches matin. Je peux ainsi observer l'organisation et le contenu des services. Mon niveau de créole finit par suffire pour comprendre ce qui est dit en ce lieu et je peux saisir les témoignages et les prêches. Le service mensuel destiné à la gestion des problèmes de santé et des différents malheurs se révèle particulièrement intéressant pour comprendre la prise en charge offerte en ce lieu. Avec le temps, je saisis les rythmes du service, comprends l'importance de la musique, des tons, des voix, des gestes, l'importance du collectif dans la gestion des problèmes. Je comprends le rôle fondamental de cet espace et de ce temps dans la création d'un sentiment et d'une organisation sociale de communauté.

La définition de ma position pendant ces services n'est pas simple. Les premiers rassemblements auxquels je participe sont assez violents pour moi. Trop de monde, trop de bruits, trop de gestes étranges, de réactions « non-contrôlées », trop de règles à respecter et de comportements à adopter. Je me sens trop visible dans ces églises où seuls des Haïtiens sont présents, trop décalée, trop intrusive. Puis, petit à petit, je m'habitue aux bruits, aux mouvements, à la chaleur, aux gestes, aux longs prêches. Je définis les limites de mon engagement dans ces activités. Je ne me mets pas en jupe comme les autres femmes, mais je m'habille bien ; je ne participe pas aux prières mais me laisse emporter par le rythme des lamentations et de la musique ; je ne me mets pas à genou mais suis les rythmes assis-débout. Je trouve une place dans un coin, me permettant d'observer l'ensemble de la salle sans pouvoir être très mobile et effectuer toutes les dynamiques requises. Je m'habitue à être là et les membres de cette église semblent s'habituer à ma présence et à ma manière de vivre le service. Je ne suis pas questionnée sur les raisons de ma présence et toujours accueillie chaleureusement.

Le service du dimanche représente un lieu de socialité pour la communauté haïtienne de Los Nogales très important. Chaque dimanche, il accueille entre 300 et 400 personnes. C'est là l'occasion de rencontrer mes connaissances, de discuter, saluer, obtenir des nouvelles. À la sortie de l'église se déroule le marché du dimanche dans la rue voisine : l'occasion de prolonger les discussions et de faire de nouvelles rencontres.

Enfin, au travers de ces différentes activités et contacts, je me familiarise avec le quartier de Los Nogales. En le parcourant toute la journée entre mes rendez-vous et mes visites, je finis par connaître les ambiances, les temporalités qui l'animent (sauf en soirée ou la nuit où j'évite pendant longtemps d'être présente au vu de la dangerosité annoncée). J'identifie les lieux qui me font plus peur, ceux où je suis très à l'aise, ceux où je suis susceptible de rencontrer des gens. J'essaye de passer par les espaces de sociabilité, les marchés, le carrefour de *Javiera Salas con Toro Mazote*, les arrêts de bus, les rues passantes. C'est

l'occasion de rencontrer les gens, prendre des nouvelles, écouter les histoires du quartier, me faire connaître et observer les interactions entre les habitants.

Je ne cherche pas à développer des relations avec les Chiliens du quartier, pourtant, je suis parvenue à avoir plusieurs connaissances parmi les propriétaires de maisons où habitent des Haïtiens, des marchands ou commerçants, des patients du centre de santé. Je discute avec des habitants de longue date lorsque l'occasion se présente et cherche à connaître l'histoire du quartier, à saisir dans les grandes lignes ses dynamiques sociales et spatiales, ou encore à connaître leur opinion sur la présence haïtienne dans le quartier. Je suis moi aussi très visible ici et mon profil plus inhabituel pour ses habitants que les Haïtiens. Je pense que les habitants chiliens du quartier m'ont repérée et m'associent aux Haïtiens. Une fois je suis même interpellée dans la rue par une dame : « *Toi qui connais les Haïtiens, j'ai une voisine qui...* »*. Jamais je ne me suis sentie en danger dans le quartier et j'ai l'impression de bénéficier d'une sorte de protection liée à ma forte visibilité.

Pour résumer, avec la définition de mon rôle d'observatrice, d'interprète et d'accompagnatrice, je vois croître mon réseau parmi les Haïtiens de Los Nogales et je crée des relations proches et de confiance avec certaines personnes. J'ai accès à différents espaces de soin, biomédicaux, religieux et d'auto-soin. J'observe la prise en charge des problèmes dans ces espaces et je les identifie. Par le biais de conversations, j'ai accès à des représentations de personnes haïtiennes sur la santé, les soins et les formes de soin. J'observe des trajectoires de soin. Je saisis également en partie les dynamiques et l'organisation sociale du groupe. Par ailleurs, j'observe les conditions de vie, de logements, de travail, les stratégies économiques, résidentielles et migratoires. Pendant cette période, je ne rencontre plus Karry (n°6) au sujet de ses pratiques de soin et je ne suis pas en lien avec d'autres thérapeutes de la médecine créole. Je n'ai pas non plus de contact avec des officiants vodou.

J'ai un réseau de connaissances assez développé, mais j'accompagne dans leurs démarches de santé un réseau plus restreint. Parmi ces personnes, certaines jouent un rôle central, soit car le suivi médical est très important, soit parce qu'elles cherchent à faciliter l'obtention de réponses à mes questions de recherche.

Concernant l'organisation de mon travail, je passe chaque jour de la semaine à Los Nogales et j'adapte mes horaires aux rendez-vous médicaux. Je ne rentre chez moi qu'en fin d'après-midi ou en début de soirée et écris alors dans mon carnet de terrain mes observations de la journée. Il m'arrive de prendre une demi-journée pour rattraper le retard dans ces écrits lorsque je ne suis pas le rythme de ces journées intenses. Ce rythme et mon lieu de résidence ne me donnent pas accès aux dynamiques des soirées et des nuits à Los Nogales. Ces moments sont également réputés pour être les plus dangereux, et on me dit que les taxis refusent d'y entrer la nuit et que les bus s'arrêtent tôt. Je continue à m'investir par ailleurs tous les lundis matin aux réunions du projet de recherche auquel je participe et essaye de me rendre aux événements liés à la question migratoire, à l'extérieur de Los Nogales.

Je passe les mois d'août, septembre et octobre 2014 en France. Cette coupure me permet de faire le point sur mon enquête, les données récoltées et de repenser mon dispositif méthodologique pour la suite du terrain. Aussi, lorsque je retourne au Chili fin octobre, je reprends mes accompagnements et mes visites mais je cherche à orienter plus les informations vers ce que je veux obtenir. Je démarre ainsi la dernière période de ma recherche de terrain. Je continue à élargir mon réseau, à découvrir de nouveaux espaces de soins biomédicaux et à comprendre le fonctionnement du système de soin. Je dors désormais de temps en temps à Los Nogales, dans la nouvelle chambre de Candice (n°12) et plus rarement chez deux autres familles.

Le schéma ci-dessous (figure 3.1) représente l'ensemble des personnes et des lieux liés à la santé auprès desquelles j'ai réalisé ce travail ethnographique. Les flèches représentent comment les contacts avec les personnes et les établissements ont été créés. Ce schéma reflète les personnes clés dans mon introduction auprès des personnes haïtiennes et les lieux centraux dans le déroulement de l'enquête.

Je décide alors de reprendre la technique de l'entretien afin de préciser les informations que j'ai obtenues au travers d'observations et de conversations. Je mène ainsi des entretiens avec des professionnels du Cesfam Los Nogales : je demande à pouvoir interroger au moins une personne pour chaque profession exercée dans ce centre (voir Annexe 2). C'est le directeur qui organise ces rendez-vous, lesquels s'effectuent sur deux journées en un véritable marathon. Les entretiens sont réalisés sur le temps et lieu de travail des professionnels, aussi, certains d'entre eux ne prennent guère le temps d'approfondir leurs réponses, alors que d'autres, intéressés par la question, repoussent leurs tâches afin de compléter et de préciser leurs réponses. Je réalise également des entretiens avec des personnes travaillant dans les administrations supérieures au Cesfam, à savoir le *Servicio de Salud Metropolitano Central* (Ssmc) en charge du Cesfam de Los Nogales et au Ministère de la santé. Les professionnels choisis sont des personnes qui définissent les politiques et mettent en place des programmes autour de la santé des migrants. Je réalise également, au gré des rencontres, des entretiens avec un pédiatre et un obstétricien de l'hôpital *San Borja Arriaran*. Je mets en place également des entretiens avec le personnel de *Gota de Leche*. Les conditions de réalisation de ces entretiens sont particulières : une des pédiatres est malade le jour de l'entretien et perd peu à peu la voix. Elle répond assez succinctement à mes questions (j'ai cependant eu de nombreuses conversations avec elle, ce qui a permis de compenser la qualité des informations) ; l'autre pédiatre doit abréger l'entretien suite à un problème personnel ; et enfin, les trois personnes responsables de l'infirmierie et de la pharmacie proposent de répondre ensemble aux questions, or, je connais leurs différents et suppose que toutes n'ont pas pu exprimer ce qu'elles auraient pu vouloir dire dans un autre contexte.

Les entretiens réalisés avec ces professionnels de la santé pourraient être complétés et améliorés en prenant le temps de réaliser dans certains cas une nouvelle rencontre. Le rythme intense de mes journées ne me permet pas cependant de le faire et c'est là, à nouveau une limite de cette recherche. Par ailleurs, je réalise un entretien avec une professionnelle d'un autre Cesfam, le Cesfam Lo Valledor Norte, dans lequel des Haïtiens s'inscrivent depuis plus récemment. L'idée était de faire le point sur la situation dans ce centre de santé et de connaître si des actions spécifiques y sont menées auprès de cette population. J'ai également rencontré une assistance sociale et le directeur du Cesfam n°5, hors cadre d'entretien, afin de faire le point sur la situation dans ce centre de santé proche de Los Nogales et qui reçoit depuis longtemps des migrants de nombreuses nationalités. Enfin, je réalise aussi un entretien avec la directrice d'un jardin d'enfant de Los Nogales, après m'être aperçu du travail de collaboration entre cette école et le centre de santé de Los Nogales.

Par ailleurs, je mène des entretiens auprès de responsables d'églises évangéliques de Los Nogales (voir annexe 3) : le pasteur Guy-Max (n°7), l'évangéliste Jonas (n°32) qui dirige le service dédié à la santé dans l'église du pasteur Guy-Max et enfin le Pasteur Elie, qui a sa propre église à Los Nogales. Dans le dernier cas, le pasteur essaye de me convaincre de me convertir à sa religion et je dois à plusieurs reprises remettre les choses au clair⁴⁹. Je contraste leurs propos avec des conversations auprès d'un ancien pasteur chilien qui m'éclaire sur les principes généraux de l'église protestante évangélique.

Tout au long de mon travail de terrain, je me rends uniquement dans des églises évangéliques ; je n'assiste pas à des messes catholiques, ni à des rassemblements de témoins de Jéhovah, malgré les invitations reçues de la part de quelques contacts haïtiens. Je ne

⁴⁹ Lorsque j'assiste à un service dans son église, ce pasteur insiste sur l'importance d'accepter Dieu et génère une dynamique que je sens centrée sur moi-même : il semble attendre ma subite acceptation de Dieu et met une énorme pression par des paroles que la musique vient accentuer. Extrêmement mal-à-l'aise, je fais front et doit m'expliquer avec lui à la fin du service.

réalise pas non plus d'entretiens avec des responsables de ces religions et c'est là aussi un manque à ce travail. Je me concentre sur la religion évangélique car la plupart de mes connaissances s'inscrivent actuellement dans cette religion.

Concernant les thérapeutes de la médecine créole (voir annexe 4), je conduis à nouveau un entretien avec Karry (n°6), connu comme thérapeute de la médecine créole. Pourtant celui-ci après avoir répondu rapidement à mes questions sur le sujet, préfère se concentrer sur sa propre et récente expérience de la maladie. J'ai également pu observer en quelques occasions ses pratiques de soins sur des patients. Je rencontre aussi à la fin de mon séjour Naïma (n°39), une autre thérapeute de Los Nogales. Au cours d'une conversation, elle m'explique d'où lui vient son savoir et quels types de soins elle peut donner. Cependant, je n'ai jamais réussi à réaliser un entretien avec elle ni à observer une séance de soin. Elle est débordée : avec quatre enfants et un travail à temps plein, elle n'a guère le temps de discuter et très peu le temps de faire des soins. Tant Karry que Naïma travaillent dans un autre secteur d'emploi et font des soins. Je ai donc peu d'informations sur cette forme de soin et sur la prise en charge des problèmes de santé des Haïtiens par ces thérapeutes, si ce n'est au travers de ces conversations et dans ce que me rapportent les autres personnes.

Le vodou est encore plus absent que la médecine créole dans les pratiques observées. Je n'ai jamais vu une personne aller voir un *oungan* ou une *manbo* au Chili pour se soigner. Cela provient certainement du peu d'officiants vodou connus sur le territoire, mais aussi du fait que la plupart de Haïtiens que je connais sont de religion évangélique, et rejettent, officiellement, les pratiques vodou. Il était alors peu acceptable moralement de me faire savoir si de telles pratiques étaient employées. Cependant, les savoirs et représentations issues de cette forme de soin sont très présents dans la manière de penser les maladies et même de les prendre en charge. Le vodou apparaît donc plus dans les discours et les représentations que dans les pratiques. En ce sens l'articulation de savoirs issus du vodou avec des savoirs biomédicaux, créoles et religieux sont particulièrement intéressants. Malgré cela, j'ai rencontré un *oungan* à Santiago, qui, lors des cérémonies officielles haïtiennes était présenté comme le représentant des vodouisants au Chili et avec qui j'ai pu échanger en une occasion sur ses pratiques (voir annexe 4).

Je réalise également des entretiens avec des personnes haïtiennes à la fin de mon séjour. Je demande alors aux personnes que je connais le mieux, en cherchant à interroger des personnes aux caractéristiques diverses (pour répondre aux critères de diversification interne que j'avais définis). Certains essayent d'éviter l'exercice et je n'insiste pas. La qualité de ces entretiens est très diverse. Des personnes prennent à cœur l'exercice et cherchent à m'en dire un maximum, dans le détail, pour s'assurer que je comprends bien tout ce qu'ils veulent me transmettre et en faisant attention à ce que j'obtienne tout ce dont j'ai besoin. Certaines voient l'occasion d'exprimer leurs frustrations, leurs insatisfactions, leurs réussites et livrent leurs points de vue et leurs récits assez aisément, parfois à ma grande surprise. D'autres acceptent mais restent très discrètes et je sens qu'elles ont peur de révéler des choses intimes. L'enregistreuse, que je sors comme pour certifier la précision des paroles que je vais livrer dans mon analyse, les met mal-à-l'aise. Dans ces cas-là, je reprends souvent par la suite mes questions au travers de conversations et obtiens ainsi des réponses beaucoup plus aisément. Enfin, un entretien est abandonné très rapidement car, au lieu d'interroger un couple comme je le prévoyais, je me retrouve avec cinq autres invités qui ne me connaissaient pas et qui refusent de répondre en disant qu'ils ne savent pas s'ils peuvent me faire confiance. Le mari s'essaye malgré tout à de grands discours et nous dévions la conversation. Faute de temps, je ne cherche pas à mener des entretiens auprès de trop nombreuses personnes, estimant que les données récoltées par d'autres outils sont assez riches.

L'annexe 5 présente les caractéristiques des personnes enquêtées ainsi que les techniques mobilisées et les types de relations développées avec eux lors du travail de terrain. L'annexe 6 présente de manière plus détaillée les caractéristiques des ménages dont il est le plus question dans les analyses de la partie III.

Enfin, je réalise tout au long de mon travail de terrain un certain nombre d'entretiens avec des acteurs divers, dans le but de nourrir mes connaissances générales. Ils sont présentés dans l'annexe 7.

Tous les entretiens sont préparés à partir de la construction d'une grille d'entretien qui est ensuite adaptée aux personnes interviewées. Ces grilles d'entretien me permettent d'orienter mes questions et de savoir que demander aux personnes, mais les questions ne sont jamais prédéterminées et je les adapte à chaque situation. Les grilles d'entretien, tout comme les grilles d'observation que j'ai construites afin d'être claire sur ce que je dois chercher sur le terrain, reposent sur la construction d'indicateurs établis à partir des interrogations empiriques que j'ai définies.

Toutes les observations et conversations menées pendant la période de recherche sur le terrain sont inscrites sur un carnet de terrain, en espagnol ou en français. Les entretiens sont réalisés en espagnol avec les Chiliens et avec les leaders associatifs haïtiens et en créole haïtien avec les Haïtiens, sauf quelques exceptions. Mes conversations avec les Haïtiens sont en général en créole, sauf lorsque le niveau d'espagnol des personnes dépasse mon niveau de créole (ce qui correspond souvent à des personnes qui ont vécu auparavant en République Dominicaine). Je ne parle français avec personne, excepté avec un Camerounais qui a été intégré dans la communauté haïtienne et ne parle pas créole. Presque l'intégralité des entretiens sont transcrits, dans la langue dans laquelle ils se sont déroulés.

Le contenu du carnet de terrain ainsi que des entretiens a été analysé par le biais du logiciel *Atlas.ti*. La quantité des informations relevées m'a poussé à faire ce choix. Je ne cherche pas à faire une analyse sémantique, mais plutôt à classer les informations selon des catégories qui me permettront ensuite d'effectuer des analyses dans le but de répondre à mes questions de recherche. Les premières catégories définies reposent sur les indicateurs que j'ai construits dans le but de réaliser les grilles d'entretien et d'observation. Je m'assure ainsi de répondre aux questions que je me pose. Au fil de la lecture et de l'analyse des informations de nombreuses autres catégories sont venues s'ajouter, lesquelles ont été organisées en sous-groupes thématiques.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Cette première partie a été le lieu de la définition de choix théoriques et méthodologiques qui sous-tendent les interrogations posées dans cette thèse sur les dynamiques migratoires actuelles au Chili. En m'inscrivant dans le courant de l'anthropologie médicale critique, je considère que les conditions de vie, les problèmes de santé et les pratiques de soin de migrants haïtiens offrent un éclairage sur les enjeux sociaux que représentent les flux migratoires contemporains vers le Chili. Pour cela, cette thèse doit chercher à comprendre comment depuis leur situation sociale et la légitimité sociale qui leur est accordée, ces migrants haïtiens marqués d'une forte altérité font face aux maladies, comment ils les pensent et quelles trajectoires de soins ils construisent. Ainsi, il est possible d'obtenir des clés de compréhension de la manière avec laquelle la société chilienne gère ces nouvelles populations, de l'importance qu'elle leur donne et des conséquences en termes de santé - et donc de vie et de mort - pour ces personnes. Pour cela, un dispositif méthodologique a été construit qui repose sur des recherches bibliographiques et documentaires, des analyses statistiques descriptives et sur une ethnographie dans un quartier où résident de nombreux haïtiens.

La partie II suivante offre des éléments de compréhension de la « place » que la société chilienne définit pour les migrants qui s'installent en son sein. Elle aborde le traitement social appliqué aux étrangers dans une perspective historique et en le comprenant en lien avec la manière dont la société chilienne s'est construite elle-même. Elle décrit également les migrations contemporaines vers le Chili et situe parmi ces migrations la population de nationalité haïtienne. Enfin, cette partie est l'occasion d'analyser la construction de la migration comme une question et un problème social au sein de la société chilienne.

PARTIE II. CONTOURS DE LA NATION, STRUCTURE INTERNE ET « PLACE » DES MIGRANTS

INTRODUCTION PARTIE II

La santé d'un groupe social dépend de son insertion dans les rapports sociaux de force qui structurent une société, c'est-à-dire de sa situation sociale. Celle-ci s'établit en fonction des critères sur lesquels reposent et sont justifiés ces rapports sociaux et par le biais des mécanismes par lesquels ils se matérialisent. Elle résulte, comme le souligne Fassin à la suite de Canguilhem (Fassin, 2009), de la valeur accordée aux individus et aux groupes sociaux. La société détermine qui est légitime de vivre, et qui l'est moins, à partir de critères idéologiquement définis qui déterminent la valeur de chacun⁵⁰.

La condition d'étranger dans une société suppose l'ajout de critères pour la définition de sa valeur. Les migrants, comme le souligne Fassin (2004), ont dans nos sociétés contemporaines une position liminaire. Ils n'appartiennent pas à la Nation, et pourtant ils participent à la société. Les sociétés, chacune à leur manière, définissent la possibilité qu'elles offrent aux migrants d'y participer et surtout, de bénéficier du contrat social qui unit ses membres. Elles construisent une valeur qu'elles attribuent à ces étrangers selon certains critères et leurs accordent en fonction des droits et des devoirs. Si l'on suit le raisonnement de Fassin, la définition de ces valeurs, des droits et des devoirs qu'on veut bien leur accorder, autrement dit leur légitimité à faire partie de la société, a des conséquences sur les conditions de vie des personnes et donc, sur leur santé, leur vie et leur mort. Comme il a été souligné dans le chapitre 2, les migrants ont presque toujours un état de santé moins bon que les personnes non-migrantes, lié justement à leurs conditions sociales de migrants et aux différents processus qui les catégorisent comme « autres », souvent illégitimes de bénéficier des mêmes droits que les autochtones.

La définition de la valeur accordée aux migrants, de leur légitimité et de leur reconnaissance s'inscrit donc dans des questions plus larges qui touchent à la fois la définition du contrat social, et ainsi, des limites de la société, de la Nation, de la manière de définir le « nous » en rapport aux « autres », mais également aux rapports sociaux qui structurent la société et aux critères sur lesquels ils reposent. Et les définitions tant des contours de la Nation que de sa structure interne correspondent à des processus dynamiques qui résultent d'une lutte idéologique qui s'inscrit dans une histoire longue et dans un espace bien plus large que celui de la Nation. Qui plus est, la construction des contours d'une société, notamment sous le modèle d'État-Nation, est dépendante de la construction d'une société hiérarchisée, inégale où la domination de certains groupes est justifiée par le récit et le projet de cette Nation.

Aussi, la définition de la légitimité et de la reconnaissance que la société chilienne accorde aujourd'hui aux migrants qui viennent s'y installer dépend de la manière dont la société chilienne se définit elle-même, de comment elle définit en rapport à cette définition les « autres » et de la définition qu'elle donne aux « migrants », mais aussi aux « étrangers », aux « caribéens », aux « noirs ». Elle dépend aussi de sa structure interne et donc des critères sur lesquels reposent les processus de différenciation et de hiérarchisation qui la composent. Or ces définitions, telles qu'elles sont données à un moment donné, sont les résultantes d'une histoire longue de construction sociale au sein de rapports de pouvoir.

Ainsi, fin 2016, la question de la légitimité des migrants, de la reconnaissance à leur accorder, de la définition de leurs droits, est publiquement posée au Chili. Il est question de

⁵⁰ Canguilhem écrit : « Tout se passe comme si une société avait « la mortalité qui lui convient », le nombre de morts et leur répartition aux différents âges traduisant l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie [...]. En somme, les techniques d'hygiène collective qui tendent à prolonger la vie humaine ou les habitudes de négligence qui ont pour résultat de l'abrégé dépendent du prix attaché à la vie dans une société donnée, c'est finalement un jugement de valeur qui s'exprime dans ce nombre abstrait qu'est la durée de vie humaine moyenne » (Canguilhem, 2013, p. 103, cité in Fassin, 2009, p. 53).

mettre en place une nouvelle loi migratoire et le débat porte sur l'urgence d'une telle mesure et sur le contenu de celle-ci. Doit-elle reposer uniquement sur le respect et la garantie des droits de l'Homme ou bien doit-elle permettre de contrôler mieux les entrées dans le pays afin de permettre uniquement une migration « utile » à l'économie du pays ? Ces questions, auxquelles de très nombreux acteurs sociaux apportent des éléments de réponses et qui sont largement diffusées publiquement, doivent être comprises à la lumière de l'histoire du pays. Il importe, pour les comprendre, de remonter dans l'histoire du Chili pour saisir comment s'est construite la société chilienne et comment elle s'est définie autour de concept de Nation ; pour observer les rôles qui ont été accordés aux étrangers dans cette construction, la manière dont ces étrangers ont été incorporés pour servir à une Nation voulue blanche et européenne, ou bien construits en « autres » de l'intérieur, tout comme les « *indígenas* », et rarement considérés comme des sujets de droits chiliens. Il importe de saisir les mécanismes qui ont conduit la société chilienne à une structure sociale très marquée, très fortement inégale, où échelle sociale se conjugue à hiérarchie raciale. Et il est nécessaire de saisir ces constructions dans les relations de pouvoir avec d'autres pays.

Pour comprendre pourquoi aujourd'hui la migration fait l'objet de l'attention de tous, pourquoi aux droits des migrants est opposée une volonté de les voir partir, pour saisir pourquoi ils sont souvent exploités au travail ou encore laissés sans soin, pour concevoir pourquoi les « noirs » sont si visibles, pourquoi les Haïtiens sont considérés comme des bons migrants et les Colombiens comme des mauvais migrants et pourquoi il semble que la présence nouvelle de ces migrants si visibles a conduit à soulever des questions jusqu'ici gardées dans le silence, il importe de faire un détour par l'histoire du Chili. C'est précisément là l'objectif de cette partie. Dans le but de saisir comment se construit aujourd'hui la légitimité des migrants - et plus particulièrement des Haïtiens - à participer à la société chilienne, et leur insertion dans les rapports sociaux de pouvoir qui structurent cette société (qui affecteront leurs conditions de vie, leur état de santé et leur accès à des soins), les prochains chapitres ont pour objectif d'observer le processus historique de construction de la place accordée aux « autres », et plus particulièrement aux migrants dans l'histoire chilienne jusqu'à nos jours.

Le premier chapitre fait un retour sur l'histoire coloniale et sur la construction de l'Etat-nation chilien à la suite de l'indépendance. L'époque coloniale définit une première structure sociale raciste et classiste et pose les bases d'une dépendance économique et idéologique du Chili envers l'Europe. Celle-ci est renforcée suite à l'indépendance du Chili, alors que la construction de la Nation a reposé sur la volonté de faire du Chili une société blanche, européenne et civilisée. Enfin, ce chapitre abordera les dynamiques sociales et le traitement des figures des « autres » pendant la dictature de Pinochet dans les décennies 1970 et 1980.

Les deuxième et troisième chapitres portent sur la société chilienne après le retour de la démocratie. Le premier des deux présente la structure sociale chilienne et les dynamiques politiques et économiques jusqu'à nos jours. Il est aussi l'occasion de présenter les migrations contemporaines que connaît le pays. Enfin, le troisième chapitre porte sur le processus de construction sociale d'un « problème migratoire » qui a eu lieu au Chili depuis le retour à la démocratie. Il s'agit d'observer les termes du débat sur l'immigration, afin de saisir comment se construisent actuellement les figures des « autres » et de comprendre comment elles s'appliquent sur les migrants, d'observer quels acteurs participent à ce débat, quelles relations de pouvoir jouent entre eux et comment la propre légitimité de ces acteurs conduit à orienter le débat et donc à définir la reconnaissance des migrants (ou même, la reconnaissance différenciée de migrants).

L'ensemble de ces chapitres, dans leur articulation, permet d'éclairer les dimensions idéologiques qui participent à construire une place aux migrants aujourd'hui au Chili et de

saisir les enjeux qui sous-tendent sa construction. Ils donnent ainsi de la profondeur à l'analyse des données récoltées sur les conditions de vie, la santé et les processus de soins des migrants haïtiens.

Chapitre 4. CONSTRUCTION HISTORIQUE DES LIMITES DE LA SOCIÉTÉ CHILIENNE ET DE SA STRUCTURE : NOUS ET LES AUTRES, DE LA COLONISATION A LA DICTATURE

La société chilienne actuelle, dans sa manière de recevoir, de penser, d'établir des relations avec les étrangers qui s'y installent, s'inscrit dans une histoire longue de construction sociale d'elle-même et de ceux qu'elle considère « autres ». On ne peut comprendre la scène racontée en introduction, ou celles qui seront décrites plus loin, sans avoir en tête l'histoire coloniale du Chili, le rôle joué par les esclaves noirs et les peuples originaires pendant la colonisation et ce qu'en rapporte l'histoire. On ne peut saisir l'exotisme, la sexualisation, la force et le misérabilisme associés aux Haïtiens par les Chiliens sans comprendre l'idéologie raciste et civilisationnelle qui sous-tend la formation du pays et ses relations avec les autres pays du continent ou du monde. On ne peut enfin saisir que ces migrants s'installent dans des espaces précis des villes et dans certaines catégories socioprofessionnelles sans prendre en considération comment le pays s'est fondé sur une image de lui-même, sur un système économique et politique qui reposent sur la domination des uns par les autres selon des critères de race, de classe et, bien sûr, de sexe.

Ce chapitre s'attache à parcourir ces processus historiques qui ont participé à construire les conditions d'accueil des migrants contemporains. De la colonisation à la dictature de Pinochet, il s'agit d'observer les fondements idéologiques de la construction des contours de la Nation (définition du « nous » et des « autres » dans une déclinaison de figures types) et de l'organisation sociale chilienne ainsi que les mécanismes qui les matérialisent.

4.1. Colonisation de l'Amérique Latine et du Chili : mise en place d'un système économique mondial racialisé

La période de colonisation de l'Amérique latine a posé les fondements des structures sociales des sociétés latino-américaines contemporaines. En imposant des idéologies et en mettant en place des mécanismes sociaux, elle a forgé les bases de hiérarchies sociales qui demeurent encore aujourd'hui.

La « découverte » et la colonisation de l'Amérique latine ont ouvert la voie à un système-monde (Wallerstein, 2009), à une histoire politique, économique et idéologique à échelle mondiale. Un système-monde qui repose sur la mise en place d'un système économique capitaliste de portée mondiale, permettant l'enrichissement des uns par l'exploitation des autres et justifié grâce à l'imposition d'une idéologie raciste démontrant des hiérarchies culturelle (civilisationnelle) et raciale (biologique). En cela, comme le dit Martinez Andrade, « le 16^{ème} siècle configure certains aspects du modèle de pouvoir qui influencera le comportement, non seulement social, politique et économique, mais également culturel des peuples latino-américains »* (2008, p. 2).

En termes économiques, la colonisation a depuis le 16^{ème} siècle conduit à un système structurellement inégalitaire entre l'Europe et l'Amérique latine : les ressources de l'Amérique ont été exploitées dans le but d'enrichir l'Europe, faisant de la première une périphérie de la deuxième (Wallerstein, 2003). De plus, le développement de ce modèle économique capitaliste a reposé sur la mise en place de nouvelles formes de travail, forcées et serviles. L'exploitation des populations locales ayant conduit en différents lieux à leur extermination, l'Empire espagnol fit venir une main-d'œuvre esclave en provenance de l'Afrique. De cette manière, « une systématique division raciale du travail »* (Quijano, 2000,

p. 204) s'est mise en place, où la force de travail des uns permettait le profit économique des autres.

Cette division du travail, qui organise les relations entre colons, colonisés et esclaves, repose et est justifiée par une idéologie raciste assignant des identités et les hiérarchisant. La race comme critère de différenciation et de hiérarchisation des groupes sociaux, si elle apparaît déjà dans les guerres de reconquête de la péninsule ibérique (Quijano, 1998), devient opérante à la construction de rapports de pouvoir en Amérique avec la colonisation (Martinez Andrade, 2008, p. 2). La race devient ainsi le principe organisateur de l'économie, de la division du travail et des hiérarchies socio-économiques. Elle organise une « pyramide sociale racialement différenciée »* (Martinez Andrade, 2008, p. 3) et ce, à échelles locale et mondiale.

La colonisation de l'Amérique latine passe ainsi, comme le soutient Quijano, par une colonisation du savoir. Les colons ont d'abord imposé aux habitants d'Amérique latine une identité, unifiant les diversités sociales, politiques, économiques et culturelles sous la catégorie d'« *indios* ». À cette catégorie ils ont associé une valeur négative et une infériorité voulue naturelle d'ordres culturel, civilisationnel et biologique face à la suprématie européenne. Les Africains, importés en Amérique latine pour être des esclaves, sont devenus des « noirs », ils perdent eux aussi leur diversité et sont situés en position inférieure. Les colons, qui deviendront ensuite les Européens et les « blancs », ainsi que les « métis », forment les autres catégories de cette classification des identités. « *Indios* » et « noirs », considérés sauvages puis barbares, doivent être humanisés. Autrement dit, ils doivent incorporer les catégories, les valeurs et les normes des colons, qui détiennent, grâce au christianisme et à ladite supériorité biologique blanche, les valeurs de référence et le modèle (culturel et biologique) à atteindre. Cette humanisation justifie la mise en place d'un dispositif permettant d'assimiler, de soumettre, de réprimer, d'exterminer dans le but d'asseoir ces identités assignées et leurs places dans la hiérarchie sociale. Ce dispositif passe notamment par l'évangélisation des populations, parfois par leur éducation (Marín Gonzales, 2005) et par l'exploitation de leur force de travail. Les populations latino-américaines sont disciplinées, perdant organisations et subjectivités propres, pour répondre au modèle colonial qui les gouverne.

Aussi, basées sur une idéologie raciste qui rend possible un système économique mondial inégal, de nouvelles catégories hiérarchisées naissent, sur lesquelles reposent une division du travail et une structure sociale racialement différenciées. Selon Quijano, cette « distribution des identités sociales sera, à partir de là, le fondement de toute classification sociale de la population en Amérique »* (2001, p. 121). Race et classe (mais évidemment également le sexe) fondent dès la colonisation les piliers de base des structures sociales latino-américaines. Ils sont les principes fondateurs des subjectivités modernes et des rapports de différenciation et de hiérarchisation sociale.

Tous les pays d'Amérique latine ne connurent pas le même destin sous les empires ibériques. Situation géographique et richesses des terres conduisent à des exploitations différenciées des territoires et des populations. Le Chili a été « conquis » par des Espagnols à partir de 1540, à travers d'expéditions initiées depuis le Pérou. Les premiers noirs du Chili sont arrivés en tant qu'assistants des *conquistadores* (Mellafe, 1959, p. 46). Les colons qui se sont installés au Chili dans la deuxième moitié du 16^{ème} siècle ont dû s'organiser pour faire face à la résistance aborigène, pour exploiter au mieux les richesses du pays et pour développer le commerce avec les autres territoires du continent. Tant l'exploitation des richesses que la conquête du territoire ont requis de la main-d'œuvre. Dans les différents territoires de l'Empire, la source de main-d'œuvre principale et première est trouvée avec les « *indios* », puis, face à la diminution rapide de leur nombre, avec des esclaves noirs, surtout à partir de l'introduction des économies de plantations. Au Chili, le système des

Encomiendas a été mis en place : les conquistadors recevaient un groupe de *indios* qui devaient travailler pour eux (dans la version plus traditionnelle de l'*Encomienda*, les *indios* doivent verser un tribut ; au Chili, les rétributions se font directement avec la force de travail). Les peuples originaires ont d'abord travaillé pour trouver de l'or, puis ont été utilisés dans le domaine agricole. Mais ce système a connu de nombreuses difficultés à cause des nombreuses rébellions des *indios*. Le Chili de la fin du 16^{ème} siècle a en effet rencontré une très forte opposition dans le Sud, en *Araucania*, qui a fortement affaibli le royaume et mis à mal l'exploitation des ressources du pays. Face à ces difficultés, mais également devant la diminution toujours plus importante des aborigènes, les colons ont demandé à la Couronne l'obtention d'esclaves noirs. Le manque de main-d'œuvre que connaît le Chili des 16^{ème} et 17^{ème} siècles trouve donc des solutions dans la migration : avec le déplacement de population aborigène ou avec l'importation d'esclaves noirs (Mellafe, 1959, p. 137).

Les demandes d'esclaves noirs dans l'Amérique Viceroyale espagnole augmentent et progressivement un commerce d'esclaves se met en place, sur la Route du Pacifique (avec des esclaves qui ont fait étape à Cartagena de las Indias ou au Pérou) ou sur la Route Continentale (des esclaves ayant été débarqués à Buenos Aires), qui durera jusqu'au début du 19^{ème} siècle. Les esclaves noirs seront mobilisés dans les mines, dans un premier temps dans des postes supérieurs à ceux des « *indios* » (selon Mellafe, la Couronne préférerait que les « noirs » ne travaillent pas dans les mines, plus adaptées au travail des « *indios* »), puis en temps que mineurs lorsque le besoin fut trop grand. Ils participèrent aux armées dans les guerres contre la résistance aborigène (parfois, les mulâtres et métis rejoignirent les rangs des *indios*). Ils ont également été utilisés dans l'agriculture, permettant une exploitation des sols suffisante pour développer et alimenter le commerce d'exportation des fruits et légumes vers le Pérou, Potosi, Panama et même le Brésil (Mellafe, 1959, p. 153). Les esclaves noirs, à qui la société attribuait plus de valeur et considérait plus habiles que les « *indios* » ont également été formés à différents métiers artisanaux. Ils ont aussi progressivement incorporé le service domestique qui devint leur principal secteur de travail au 18^{ème} siècle (Vial, 1957, p. 55). Leur participation au royaume du Chili s'est ainsi faite dans divers secteurs, offrant une explication aux historiens sur leur rapide invisibilisation et disparition peu après l'abolition de l'esclavage en 1823.

Pour Zuñiga (2007), à la différence des territoires caribéens et du Nord de l'Amérique du Sud, le Chili n'a pas connu d'économie de plantation, pour des raisons géographiques et climatiques, et correspond plutôt au modèle de société avec des esclaves qu'à celui d'une société esclavagiste. Dans ce deuxième modèle, le mode de production, qui demande une concentration de main-d'œuvre, a favorisé la constitution de groupes sociaux. Or au Chili, la dispersion des esclaves dans différents corps de métiers, dans différentes régions du Chili et le caractère relativement accessible de la possession d'esclaves noirs, n'aurait pas permis la constitution d'une communauté noire. L'hétérogénéité des fonctions de la main-d'œuvre, mais également des positions sociales de rattachement, aurait favorisé le métissage et donc la « disparition » *via* l'incorporation des populations noires du Chili. Je reviendrai plus tard sur le rôle joué par la construction de l'Etat-Nation dans cette invisibilisation de la population noire dans l'histoire du Chili, mais il importe de noter dès à présent que jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, les historiens considéraient que la présence des esclaves noirs au Chili n'avait jamais eu lieu (Cussen, 2006). L'idée que les esclaves noirs n'auraient pas supporté le climat trop froid du Chili, et notamment la traversée des Andes, et qu'ils auraient dû subir la cruauté des « *indios* » qui auraient essayé de les blanchir était dominante et se maintient encore aujourd'hui dans les représentations communes des Chiliens. Pourtant, des recensements effectués à l'époque coloniale révèlent l'importance de ces esclaves (Carmagnani & Klein, 1965).

En 1570, en plein essor du commerce sur la Route du Pacifique et de l'extraction de l'or, il est estimé qu'il y a au Chili 7 000 « Espagnols » ou « Européens », 10 000 « métis blancs », 7 000 « noirs », 450 000 « *Indios* dans les *Encomiendas* » et 150 000 « *Indios* rebelles », soit 624 000 personnes au total. En 1620, alors que la crise politique et économique engendrée par les conflits en *Araucania* demeure, il est estimé qu'il y a 15 000 « Espagnols » ou « Européens », 40 000 « métis blancs », 22 500 « noirs », 230 000 « *indios* dans les *encomiendas* » et 250 000 « *indios* rebelles », soit un total de 557 000 personnes (Mellafe, 1959, p. 212-226). Ces chiffres révèlent le déclin du nombre d'aborigènes, le soulèvement de ces derniers, l'augmentation du métissage, et la part importante que représentent les « noirs » dans la société chilienne de l'époque. Le recensement de 1777-1778 réalisé par l'évêché de Santiago et analysé par Carmagnani et Klein (1965) établit que 12% de la population du Chili correspond à des « noirs » et des « mulâtres ». À Santiago, ils représentent 18% de la population, à Coquimbo, plus au nord, 20% ; dans le sud, cette proportion baisse, comme dans la région du Maule, où ils ne constituent que 8% de la population.

La relation des colons avec les peuples originaires a été remarquablement conflictuelle. La résistance dans le sud du Chili a conduit à de nombreuses guerres, mettant parfois en péril le projet colonisateur, mais surtout, comme il en sera question juste après, à l'exclusion des « *indígenas* » des projets de la Nation. Cette résistance est particulière aux peuples originaires de la Région de *Araucania*, composés principalement par les Mapuche. Dans le centre et le nord du pays, les « *indios* » ont été assujettis sans émettre tant de résistance. D'abord inclus dans le système de l'*Encomienda* pour travailler dans les mines et dans l'agriculture, leur nombre a rapidement diminué comme dans l'ensemble de l'Amérique latine. Mais le métissage avec les « blancs » et les « noirs » s'est fortement développé et a donné naissance à la population « de base » du Chili ; population qui perdra dès l'Indépendance la notion de ses origines pour être classée et identifiée selon des catégories liées au travail et à la classe sociale.

Le Chili connaît donc pendant la période coloniale la mise en place d'une hiérarchisation sociale racialisée servant les intérêts économiques de la Couronne, des marchands, des propriétaires terriens et de l'Eglise catholique. Une hiérarchisation pensée et organisée par la Couronne et son administration et mise en œuvre, réadaptée et négociée à échelle locale par les colons, les marchands, mais aussi les « *indios* » et les « noirs » dans les formes de résistance qu'ils ont trouvées.

4.2. La construction de l'Etat-Nation ou le renforcement de l'idéologie raciste à travers la négation de l' « autre »

La crise de l'Empire espagnol, due à un manque de légitimité politique et à de fortes pressions depuis l'économie de marché, a conduit à l'indépendance des pays d'Amérique latine dès le début du 19^{ème} siècle. Or, ces indépendances n'ont pas permis une « libération » politique, économique et idéologique vis-à-vis de l'Europe, mais elles ont plutôt donné lieu à une transformation de cette dépendance, qui n'est plus tant avec l'Espagne qu'avec l'Angleterre, la France puis les Etats-Unis. D'un point de vue économique, le commerce avec l'Europe ne cesse pas ; il se libéralise au contraire et conduit à une très grande dépendance des marchés latino-américains aux investissements des Occidentaux. Par ailleurs, les jeunes républiques se formeront sur des fondements idéologiques et sur la mise en place de dispositifs gouvernementaux issus du modèle européen de l'Etat-Nation, renforçant là-encore la colonialité du savoir et du pouvoir (Martinez Andrade, 2008; Quijano, 2000). Ainsi, si au 16^{ème} et 17^{ème} siècle, « *indios* » et « noirs » devaient devenir chrétiens et esclaves, au 19^{ème} siècle, il leur fallait être citoyen. Ce changement de paradigme dans le lien de dépendance entre centre et périphérie de ce système-monde maintient la

différenciation et la hiérarchisation entre civilisation et barbarie, celles-ci opérant désormais sous couvert d'humanisme et de progrès.

À leur indépendance, les jeunes républiques connaissent différents problèmes. Elles doivent faire reconnaître leur souveraineté sur leur territoire et doivent pour cela posséder une certaine cohésion sociale pour limiter les menaces et éviter les agressions internes comme externes (Balibar & Wallerstein, 1991, p. 128). Par ailleurs, si elles souhaitent une reconnaissance géopolitique et maintenir leurs richesses, elles sont souvent contraintes de poursuivre le commerce avec l'Europe et sont pour cela sujettes aux conditions posées par celle-ci. Or, le risque d'agression et de désintégration diminue selon Balibar avec la construction et la consolidation d'un sentiment d'appartenance à une communauté. Et c'est là que les Nations trouvent leur importance : ces « communautés imaginées » (Anderson, 1991), rassemblées autour d'une histoire et d'un projet commun qui permettent la construction d'une identité nationale, sont mises en place par un État et son dispositif gouvernemental. Ainsi, comme le résume Jose Marín Gonzales, « la Nation émerge comme une construction purement idéologique ; elle exprime la cristallisation d'une volonté de consolider un sentiment d'existence et d'être reconnu en tant qu'identité collective (...). L'état utilise le mythe et le discours de la nation pour renforcer sa volonté d'exister » (2005, p. 103). L'État qui veut assurer sa souveraineté et sa reconnaissance doit donc définir une Nation, construire un mythe fondateur, une Histoire, une identité, afin d'unifier et d'homogénéiser une population comme un tout faisant sens. La construction de ce « nous » implique cependant, au nom de l'unité nationale, la négation et la mise en silence des diversités. Et c'est là un rôle de l'Etat : « convertir la diversité et la pluralité en une identité systémique unitaire »* (Salazar & Pinto, 1999a, p. 20).

L'homogénéité au sein des États-Nations latino-américains se construit à partir d'une actualisation de la différenciation et de la hiérarchisation entre civilisation et barbarie, déjà présente dans la période coloniale. L'Europe, son humanisme et son positivisme, représente la civilisation. Les « blancs » sont supérieurs biologiquement et culturellement, et c'est à eux qu'il faut ressembler. Aussi, les États-Nations sont pensés comme des communautés homogènes, mais que l'on veut blanches, européennes, civilisées. Cela implique de nier les origines non-européennes des sociétés, de valoriser et de favoriser la blancheur de la population, et de rejeter ou exclure ceux qui ne veulent pas se plier à ce modèle, qui se refusent à s'assujettir. La définition du « nous » se réalise contre les « autres », selon une idéologie raciste camouflée d'humanisme et d'universalisme.

La dimension idéologique, imaginaire, qui constitue la Nation s'accompagne, pour être efficace, d'un dispositif de gouvernement des corps, opéré par l'Etat à travers son administration, sa bureaucratie, sa juridiction. L'État doit fournir un « effort systématique pour faire que les individus "observent spontanément" les normes de la société. Production de subjectivité comme intériorisation de l'obéissance »* (Tijoux & Díaz Letelier, 2014, p. 293). Il doit mettre en place des appareils étatiques permettant une « docilisation des corps et une orthopédie morale »* (Tijoux & Díaz Letelier, 2014, p. 293). Il faut à la fois « améliorer la race » et supprimer les menaces, les risques de contamination provoqués par la promiscuité avec les barbares. Le racisme est donc constitutif des États-Nations modernes (Balibar & Wallerstein, 1991; Tijoux & Díaz Letelier, 2014) ; il est une technologie de pouvoir visant au gouvernement des corps, à la normalisation des populations. La définition de soi en opposition et en position de supériorité par rapport à des « autres » racisés, ethnicisés, culturisés, justifie et se renforce dans un exercice matériel du pouvoir qui permet « d'assimiler (civiliser ou « blanchir », anéantir culturellement), discriminer, mépriser et exploiter - comme force de travail et sexuellement-, abandonner (laisser mourir), détester et expulser (déporter), détruire (tuer) »* (Tijoux & Díaz Letelier, 2014, p. 291) ces « autres ». La construction de la Nation comme un tout oblige à poser ses

limites, et à exclure ou détruire ceux qui n'entrent pas dans les critères de cette communauté. Le racisme permet notamment de rendre immuables les différences entre le « nous » et les « autres », justifiant de manière radicale leur exclusion. Il y a donc, comme le souligne Homi Bhabha (1994), une ambiguïté dans le discours nationaliste. L'homogénéité est prônée, mais la diversité et l'hétérogénéité sont contenues dans l'image de cette homogénéité nationale. Et cela, car la classe dominante a besoin de ces différences et de ces hiérarchies qu'elle nie pour se reproduire ; car de l'exploitation des « autres » et de leur exclusion du pouvoir, justifiées par leurs différences et leur infériorité civilisationnelle et biologique, elle construit sa richesse et maintient son hégémonie politique, idéologique et économique. Nation, race et classe se construisent ensemble et se nourrissent⁵¹.

Le Chili, comme l'Argentine ou le Pérou, se construit ainsi au travers de la mise en place d'un discours sur une unité et une homogénéité nationale masquant une idéologie et un gouvernement de la population profondément raciste et classiste. De cette identité nationale inventée et de la violence institutionnelle étatique associée se renforce une structure sociale hiérarchisée racialement. Et si la présentation officielle de la Nation veut faire disparaître les origines non-blanches de la population, la « *pintura de casta* » (Katzew, 2004 in Martinez Andrade, 2008) mise en place pendant la colonie demeure et se renforce, persistant jusqu'à l'actualité. Enfin, le racisme constitutif des nations sert également à la perdurance de la division du travail racialisée mise en place pendant la colonie. Wallerstein défend l'idée que le racisme nourrit le capitalisme, permettant une structure hiérarchisée définissant des groupes qui profitent de la main-d'œuvre des autres (Balibar & Wallerstein, 1991).

Le Chili : Pacificación de la Araucanía et immigration sélective pour une société civilisée

Le processus d'indépendance du Chili commence en 1810 et aboutit à la déclaration d'Indépendance en 1818. L'élite *criolla*⁵², inspirée par les révolutions française et étatsunienne, rejette tout ce qui a trait à la Couronne espagnole, ses normes et ses institutions et revalorise les origines *indígenas* du Chili, célébrant la vaillante résistance des Mapuche - une valorisation qui ne durera pas.

Le groupe qui prendra finalement en charge la définition de la politique du nouvel État est celui de la bourgeoisie commerçante *criolla*. Ce groupe, au pouvoir d'abord assez faible faute de capacité à définir un projet politique national intégrateur (le groupe est plus proche de la monarchie que d'une république) et par manque de moyens économiques, parviendra finalement à s'imposer comme élite politique. Alors qu'ils avaient suspendu leurs activités commerciales avec les étrangers considérés comme envahisseurs, ils reprennent ces dernières en voyant leurs richesses s'amenuiser. La consolidation du commerce, qui se traduit par l'entrée au Chili d'investisseurs anglais, français et étatsuniens, les obligent à définir un ordre général permettant le bon déroulement de ce commerce, ce qui les poussent à se mobiliser pour définir une organisation étatique. Il faut limiter la contrebande et obliger au respect des contrats (Salazar & Pinto, 1999a). Ils trouvent le soutien des forces armées désoccupées et le groupe se consolide autour de la figure du marchand reconverti

⁵¹ Il est très important de souligner que le sexe est un autre critère de différenciation qui s'articulent avec les trois critères cités précédemment (Wade, 2007). Foucault a défendu l'idée qu'au 19^{ème} siècle, la volonté de purifier la Nation racialement et de contrôler les menaces externes et internes de dégénération et de contamination ont donné lieu à la mise en place de dispositifs de contrôle de la sexualité, à sa moralisation (Foucault, 1976). Bell Hooks (1991, p. 57) soutient que la sexualité a toujours été utilisée comme un espace pour marquer une domination, de classe ou de race par exemple. Plus encore, le contrôle de la sexualité, notamment féminine, renforcerait l'idée de différences « de sang » entre les races, mais également les classes sociales (Smith, 1996, p. 53).

⁵² Les « *criollos* » sont les descendants d'Européens nés au Chili. Les « métis », nés d'Européens et d'« *indios* » n'entrent pas dans cette catégorie.

Diego Portales. A l'aide d'intellectuels, la classe marchande mettra en place un projet politique qui sera imposé par la force et dans la violence en 1833, par le biais d'une Constitution.

Ce projet d'État-Nation est celui d'une classe sociale, marchande, qui refuse toute participation politique au reste de la société et qui s'assure, par la mise en place d'un dispositif institutionnel, administratif et juridique le maintien de sa position au pouvoir. Cette imposition par la force devra par la suite faire l'objet d'une légitimation discursive à laquelle participeront les intellectuels de cette classe. Il faut également ajouter, comme le précisent Salazar et Pinto, que « l'autoritarisme drastique intérieur a été mis au service d'une pratique de libre commerce extérieur »* (1999a, p. 38). En effet, cette élite établit son pouvoir politique en bâtissant un système économique qui assoie sa position. Or, cette stratégie les place en condition de dépendance vis-à-vis des investisseurs et des commerçants européens, rendant encore plus fragile leur projet. La dépendance aux étrangers n'est cependant pas uniquement sur le plan économique : elle l'est également, comme signalé plus haut, sur le plan idéologique. La justification discursive du projet politique de l'élite repose notamment sur la construction de l'État-Nation, avec l'assurance de la souveraineté sur l'ensemble du territoire et la mise en place d'une narrative nationale favorisant la croyance en une unité nationale. Le Chili n'échappe pas aux énoncés fait ci-dessus et le gouvernement mettra en place des dispositifs idéologiques et d'exercice matériel du pouvoir qui lui donneront l'image d'une société homogène, européenne, créole, chrétienne et civilisée.

Concernant les « noirs », esclaves ou libérés, la jeune République chilienne supprima rapidement après son Indépendance la traite d'esclaves (1811), puis l'esclavage (1823). Ce geste, qu'elle associait au progrès et à l'humanisme des Lumières, lui permit de se montrer plus civilisée que l'Empire espagnol, mais également que les pays voisins (Feliú Cruz, 1973). Elle initiera ainsi une distinction avec le reste des pays latino-américains qui demeure encore aujourd'hui (Pizarro, 2003). Cette libération sera également instrumentalisée dans le but de recruter les anciens esclaves dans l'armée à l'occasion des guerres d'indépendance. À partir de ce moment, la trace de la présence noire au Chili disparaît et l'Histoire officielle, sur laquelle s'appuie l'image de la Nation, retient jusqu'à très récemment qu'elle a été très faible voire inexistante au Chili. Le dur climat, la cruauté des « *indios* » envers les « noirs », le prix élevé des esclaves noirs et la facilité des colons pour obtenir des esclaves aborigènes expliqueraient le petit nombre de « noirs ». À cela s'ajoute l'idée qu'ils auraient joué un rôle limité dans l'économie de la colonie (Barros Arana, 1884 in Cussen, 2006, p. 47). L'historien Francisco Encina, qui contrairement à Barros Arana, reconnaît la forte présence en nombre des « noirs » et leur participation en tant que force de travail à la société, explique que leur infériorité physique et morale a conduit à la disparition de ce groupe, sans qu'il n'ait apporté à la « race chilienne », ni biologiquement, ni socialement (Encina, 1940 in Cussen, 2006, p. 48). Pour l'historien, « l'élimination du noir a été un grand bien pour la race chilienne. Les manifestations intellectuelles et morales de ses métis n'étaient pas prometteuses »* (1940, p. 56, tome 3). Concernant l'abolition de l'esclavage, l'idée généralement acceptée est qu'elle a eu lieu sans poser de problème au vu du faible nombre d'esclaves et de la facilité avec laquelle l'élite a condamné unanimement l'esclavage, ne générant pas de conflits comme dans d'autres pays latino-américains. San Martín Aedo (2008) et Zuñiga (2007) expliquent plutôt l'invisibilisation et l'assimilation progressive des « noirs » à la population chilienne par l'utilisation qu'avait la société coloniale des esclaves noirs. Employés dans divers secteurs de travail, ils ne se sont pas constitués comme communauté avec une identité sociale propre et ils se seraient ainsi plus facilement dispersés dans différents espaces de la société chilienne après l'Indépendance ; et ce, contrairement à ce qui a eu lieu dans les pays basés sur une économie de plantation

reposant sur le travail massif des esclaves. Toujours est-il que la disparition des « noirs » de l'Histoire du Chili, ainsi que leur probable assimilation à la masse du peuple chilien sont révélatrices du processus de construction du récit national et de la volonté politique d'homogénéiser la population. Elles permettent notamment d'oublier cette origine barbare, non civilisée, noire de la société.

Par ailleurs, la jeune République doit s'affronter, pour mettre en place son projet étatique et national, à l'historique résistance des peuples originaires du sud du Chili, en particulier les Mapuche dans la Région de l'*Araucania*. De l'image des héros mapuches valorisée à l'Indépendance, il ne reste rapidement plus rien, leur insoumission gênant au projet d'État-Nation. L'État doit pourtant parvenir à assurer sa souveraineté sur l'ensemble de son territoire, à y installer son dispositif administratif et juridique et à incorporer la population à son projet. Les difficultés causées par l'insoumission des Mapuche conduisent rapidement à une « distanciation, tant symbolique que réelle, de tout ce qui est « *indio* » par la société chilienne en formation »* (Waldman Mitnick, 2004, p. 99). La Nation se construit en excluant l'indianité et en niant le métissage. Cela est rendu possible par la construction d'une image de l'« *indio* » associée à la barbarie et par l'occupation des territoires du sud en vue de leur civilisation. Un travail discursif, idéologique est réalisé par l'élite, afin de présenter les terres du sud comme des territoires presque inoccupés, où seuls demeurent quelques « *indígenas* », traces de la valeureuse résistance de leurs ancêtres. L'« *indio* » est alors dépeint comme « fainéant, alcoolique, sensuel, attaché à la nature et ne disposant pas de système religieux structuré »* (Waldman Mitnick, 2004, p. 101). Barbare, il doit être civilisé, au nom du progrès et pour la Nation. De cette manière est justifiée l'opération nommée *Pacificación de la Araucania* de 1880 à 1883. Une pacification réalisée d'abord par l'armée, qui a pris progressivement le territoire, puis à travers l'installation programmée de migrants européens. « *Poblar, cultivar, civilizar* »⁵³ étaient au programme : reprendre possession des terres en les cultivant et en y installant le système éducatif, juridique, administratif et surtout, « améliorer la race », pour que tous deviennent, enfin, civilisés. Les terres des Mapuche, centrales dans leur organisation sociale, sont contrôlées, redivisées, réduites et privatisées selon les critères étatiques. En voulant attacher les peuples originaires à un territoire fixe et réduit, il s'agissait de les transformer en agriculteurs et d'exercer un plus fort contrôle sur eux.

Les stéréotypes sur l'« *indio* » comme être inférieur n'appartenant pas à la Nation se sont renforcés avec la consolidation de l'État-Nation et l'acceptation généralisée de l'image de soi comme une nation homogène culturellement et racialement, similaire à l'Europe et inscrite dans la civilisation (Waldman Mitnick, 2004). Une véritable politique de négation de l'« autre » est donc mise en place par l'État chilien. Une politique qui consiste à réprimer ces « autres », à les forcer par la violence à s'assimiler au projet de Nation pour les faire disparaître et à oublier leurs présences dans l'Histoire du pays, dans l'ascendance de la population⁵⁴. En s'inscrivant dans l'organisation administrative et économique du Chili, les communautés *indígenas* n'ont plus lieu d'être. Au nom d'une intégration et d'une égalité citoyenne, les peuples originaires (notamment dans le nord du Chili) signent leur mort juridique et sociale (Salazar & Pinto, 1999b, p. 153). Ils doivent s'incorporer à la masse du peuple chilien, et plus encore, renier et mépriser ce qui est « *indígena* ». Pourtant, la marque somatique laissée sur leurs corps les situera irrémédiablement en bas des échelles sociales.

⁵³ « *Peupler, cultiver, civiliser* »*.

⁵⁴ Dans le chapitre 5, le projet de Loi Migratoire déposé par le gouvernement Piñera en 2013, signale la chose suivante, révélatrice que ce mode de penser la société chilienne demeure et cherche à être maintenu depuis l'Etat : « un pays éloigné des grands centres de peuplement mondiaux, distant même à échelle sous-continentale, dont l'homogénéité culturelle a été protégée durant des siècles par les obstacles naturels environnants »*, in *Mensaje de S.E. El Presidente de la Republica con el que inicia un proyecto de Ley de Migración y Extranjería* ; Mensaje n°089-361, Santiago du Chili, le 20 mai 2013, p. 11. Cámara de Diputados, en ligne : http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=9377&prmBL=8970-06.

Ils rejoignent ainsi la masse des peuples originaires du centre du pays qui ont été assimilés, métissés au travers du système colonial des *Encomiendas*. Ceux qui résistent à cette politique sont exclus, tués, considérés terroristes attentant aux valeurs de la communauté chilienne ; ils sont méprisés, rejetés et toujours, infériorisés. Ils n'appartiennent pas à la Nation, ils sont des étrangers de l'intérieur.

Un des dispositifs mis en place par l'État pour parvenir à « intégrer » certains peuples originaires au projet de Nation et favoriser l'« amélioration de la race » est la politique d'immigration européenne sélective. L'intérêt de faire s'installer au Chili des Européens a très rapidement fait l'unanimité parmi l'élite du pays qui, trouvant en eux « les caractéristiques du "Chilien désirable et escompté" »* (Jensen Solivellas, 2008, p. 9), voyaient là l'occasion d'une amélioration biologique et morale de la population (Correa, 2011; Estrada, 2000; Mezzano, 1995). Cette stratégie de politique d'immigration sélective et planifiée est commune à différents pays d'Amérique du Sud (Tijoux & Díaz Letelier, 2014, p. 300-301). La définition de politiques migratoires et la création progressive d'institutions les encadrant avaient comme objectif de permettre à l'élite de contrôler les entrées dans le pays, les lieux d'installation et les fonctions remplies par les migrants. Au Chili, les premières colonies, allemandes, s'installèrent dans le Sud dès la décennie 1840. Puis, l'Agence générale de Colonisation du Chili en Europe (Santos Martínez, 1987) fût créée en 1882 et opéra comme agence de recrutement de migrants en Europe. Tous les Européens n'étaient pas les bienvenus, et des débats se mirent en place autour des meilleures stratégies migratoires pour améliorer la « race chilienne ». Des hiérarchies furent établies, en fonction des nationalités (on préféra dans un premier temps les Allemands qui présentaient moins de risque de développer un sentiment nationaliste propre, puis les Italiens, les Basques et les Suisses, plus adaptés à la vie de montagne ; venaient ensuite les Belges, les Irlandais, les Écossais et les Français), des professions et des religions. Les migrants européens qui acceptaient de s'installer au Chili obtenaient différentes aides, et très rapidement la nationalité chilienne leur était concédée. La logique de hiérarchisation des nationalités s'appliquait évidemment au-delà des migrants en provenance de l'Europe : si ceux-ci étaient souhaités et accueillis, les migrants « Arabes », « Juifs » ou « Chinois » ne l'étaient pas et ont souffert de fortes discriminations. Sur l'échelle de la civilisation, ils se situaient en bas et n'apportaient, en dehors d'une main-d'œuvre utile, rien au développement social et moral du pays. Les politiques d'immigration du Chili ont répondu à la « dialectique de négation de l'Autre », négation de l'Autre inférieur, tout en valorisant et désirant l'Autre supérieur auquel on aspirait ressembler ou prétendait être (Jensen Solivellas, 2008, p. 8).

La législation migratoire au 20^{ème} siècle maintiendra globalement la politique migratoire sélective dans le but d'un développement économique, social et culturel du pays. Pourtant politique et législation oscillent au cours du 20^{ème} siècle entre restriction, contrôle et migrations libres, preuves d'un manque de constance et de cohérence de la politique migratoire du pays (Cano Christiny, Construcci, & Martínez Pizarro, 2009). Les migrations sélectives n'atteignent de toutes façons pas les objectifs escomptés par les gouvernements successifs (Mezzano, 1995) et sont moins importantes que les migrations de caractère spontané, en provenance des pays voisins, d'Asie, du Moyen-Orient et d'Europe (Norambuena, 2002). Non motivées, non favorisées et non protégées par l'État chilien, ces migrations ont offert une importante main-d'œuvre au développement économique industriel du pays, dans les mines, les industries, mais aussi dans le secteur agricole.

Un autre évènement qui a lieu à la fin du 19^{ème} siècle est important de signaler, en ce qu'il a des conséquences tant sur l'image du Chili sur lui-même, que sur ces voisins. La Guerre du Pacifique, qui a lieu entre le Chili le Pérou et la Bolivie de 1879 à 1883, se termine par une victoire du Chili et l'annexion de terres des deux autres pays. Cette guerre qui a démarré autour d'une question d'impôts sur l'exploitation minière est toujours très présente dans

l'Histoire officielle du Chili. De la narration de cet événement, les Chiliens retiennent leur victoire sur les pays voisins, et donc une certaine supériorité sur ces derniers quand ce n'est pas une haine pour ceux-ci. Ces perceptions jouent encore énormément aujourd'hui dans la manière dont les Chiliens se représentent et traitent les Péruviens et les Boliviens, et inversement.

La construction de l'État-Nation au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle repose sur une idéologie humaniste au racisme latent et sur un appareil étatique gouvernant les corps pour les intégrer à un modèle national. Elle a donc conduit : à l'assimilation des « noirs » et des « *indios* » jusqu'à leur invisibilisation sociale et leur disparition de l'Histoire officielle ; au mépris et à l'exclusion des peuples originaires qui refusent d'incorporer ce modèle ; à l'installation d'Européens sur le territoire, lesquels représentent le modèle à atteindre. L'ensemble a favorisé le métissage et l'acceptation par la population d'une identité nationale homogène et civilisée. Une présentation officielle de l'État chilien en 1915 expose ainsi :

« Les *indios* du Chili étaient rares, sauf dans ce qui s'appelle par la suite Araucanie. [...] Les conditions du climat, très favorables au développement et à la prospérité de la race blanche, a rendu inutile l'importation de noirs pendant la période coloniale. [...] À ces circonstances le Chili doit son admirable homogénéité en ce qui concerne la race. La blanche ou caucasienne prédomine presque entièrement, et seul un anthropologue de profession peut discerner les vestiges du sang aborigène, dans les plus basses couches du peuple »* (Chihuailaf, 1999, p. 87 in Waldman Mitnick, 2004, p. 101).

Cette époque, qui reprend finalement l'idéologie justifiant et organisant la colonisation de l'Empire espagnol, configure une structure sociale très hiérarchisée socio économiquement et racialement, sous couvert d'homogénéité. Elle définit les contours et les limites de la Nation selon des critères raciaux et civilisationnels. Elle met en place les définitions et les représentations des « autres », ainsi que le traitement à leur accorder. Elle agence une organisation étatique gouvernementale qui assoit et reproduit ces différenciations hiérarchisées entre groupes sociaux. Ce faisant, elle pose les bases des définitions et des traitements actuels des différences ; elle organise ainsi ce que sont les figures actuelles des « étrangers », des « migrants », en consolidant le socle idéologique et matériel sur lesquelles reposent aujourd'hui ces catégories et leur hiérarchisation. Enfin, elle est le théâtre de la construction des relations avec les pays voisins, sur lesquels le Chili marque sa distinction et sa supériorité, et avec les pays européens et nord-américains, à qui le Chili veut ressembler et qui le dominent économiquement et idéologiquement.

Economie et politique du Chili au 19ème et 20ème siècle

De la fin du 19^{ème} siècle aux années 1970, la société chilienne est en proie à une crise économique et politique. Alors que l'économie du pays depuis 1830 est dépendante des investissements de commerçants et industriels européens, la crise économique que connaît l'Europe suspend ce leadership économique et laisse l'élite commerçante au pouvoir sans ressource et sans légitimité. Une crise sociale se met en place : les classes populaires et les classes moyennes naissantes, exclues des décisions politiques, s'organisent et expriment leur mécontentement; les intellectuels cherchent la raison de la crise, dans la pauvreté des masses, dans la corruption ou l'enrichissement de l'élite au pouvoir, dans l'impérialisme étranger ou encore dans la déficience de la race chilienne (Larraín, 2001). Un mouvement nationaliste naît, anti-impérialiste, mais également anti-oligarchiste. Il défend une identité chilienne propre. Alors que ce même mouvement apparaît dans d'autres pays de la région, au Chili il se distinguera pour ne pas être profondément indigéniste. Les années 1920 sont politiquement mouvementées : militaires et rescapés de l'élite politique dominante jusqu'alors se succèdent au pouvoir sans proposer de projet étatique et national alternatif et

convaincant. Une Constitution donnant les bases légales pour un État libéral sera mise en place en 1925 : loin d'une métamorphose de l'État, elle est plutôt une réforme de la Constitution de 1833 légitimant l'autorité étatique et le pouvoir de la loi, et elle sauve finalement le pouvoir en place des transformations radicales réclamées par les classes moyennes. Elle permettra de discipliner et de reprendre le gouvernement de ces classes et, associée au Code du travail, réduira leur pouvoir politique (Salazar & Pinto, 1999a, p. 39-47).

Finalement, devant le vide laissé par les Européens au niveau économique, la classe politique civile, héritière directe des élites commerçantes ayant dominées jusqu'alors, prend en charge un projet politique, incluant une politique économique. Cette politique, souvent présentée comme la mise en place d'une politique étatique d'industrialisation substitutive du modèle économique précédent, n'est en fait, selon Salazar et Pinto, que la reprise par l'État du modèle économique jusqu'alors aux mains des étrangers (1999a, p. 55-57). En effet, selon ces auteurs, les compagnies étrangères européennes avaient déjà mis en marche un système industriel basé sur l'accumulation de capital *via* les exportations. L'État reprend à son compte ces activités qu'il insère dans un projet de développement. L'industrialisation fait désormais l'objet d'une politique nationale, et c'est là que se situe le changement le plus important. Or, l'État, grand administrateur et gestionnaire de l'entreprise industrielle nationale a besoin, pour faire fructifier cette industrie et pour résister aux concurrents du marché, d'une politique scientifique et d'une cohésion sociale. La science économique que requiert une telle gestion, complexe, n'est pas accessible à tous et le pouvoir de décision et d'administration est réservée à l'État, dont les fonctions sont occupées par la même élite politique de toujours. L'État, possesseur du savoir et du pouvoir, doit, pour que le modèle fonctionne devenir éducateur de la masse, laquelle doit présenter une grande cohésion, en qualité de Nation. D'après les deux historiens, le Développement, en tant que projet économique basé sur l'industrialisation, ne peut fonctionner sans nationalisme, lequel ne peut apparaître sans État (Salazar & Pinto, 1999a, p. 57). La Nation est une grande entreprise, l'État le seul entrepreneur et la population doit être citoyenne : ce sont les conditions pour que fonctionne ce projet.

Or, l'État *Nacional-Desarrollista* n'obtiendra jamais les résultats économiques des entreprises étrangères. Cet échec peut s'expliquer car les compagnies étrangères basaient leur accumulation de capital sur l'exportation, ce qui est hors de question pour l'État chilien ; mais celui-ci ne transforme pas l'industrie étatique en productiviste (accumulation du capital *via* la production). La situation économique du pays empire alors tout au long du siècle et la pauvreté augmente. La crise de la décennie 1950, ne poussera pas non plus l'État à réformer son modèle économique ; mais la solution adoptée est celle du perfectionnement du modèle existant. Cette fois, l'État devient national-populiste et incorpore une politique sociale offrant des services de santé, d'éducation et une prévision retraite. Par ailleurs, le reste de la société, exclu du pouvoir politique, ne forme pas une Nation en cohésion comme le souhaiterait l'élite. Tous les secteurs sociaux écartés du pouvoir descendront finalement à la rue. Les années 1960 et 1970 sont le théâtre de luttes continues : il n'y a cependant pas d'organisation et de coordination des luttes, ni de projet politique présentés par aucun acteur. En 1970, la gauche, avec un projet de transition vers le socialisme prend le pouvoir. Dirigée depuis une élite intellectuelle de gauche, elle ne restera que trois ans, marquant la fin des États héritiers de la Constitution de 1925.

La politique étatique de développement par le biais de la gestion étatique de l'industrialisation, puis par la mise en place de services sociaux, a conduit à la concentration urbaine des populations, au développement de l'emploi industriel et de l'emploi administratif pour les services d'État. Aussi, une classe moyenne apparaît et prend de l'ampleur au cours du 20^{ème} siècle. Elle se distingue des classes populaires divisées entre

ouvriers et groupes marginaux d'extrême pauvreté et de l'élite politique et économique traditionnelle. Les classes moyennes contiennent une élite exécutive au fort pouvoir d'achat, une technocratie publique et privée à la position sociale ascendante mais à l'accès aux biens moins élevé que les premiers, ainsi que des petits propriétaires et des entrepreneurs dont la position sociale est plus fragile (Ruiz & Boccardo, 2014).

Les peuples originaires ont été complètement détruits pour certains ou profondément déstructurés pour d'autres par la colonisation et par le projet modernisateur qui a fait suite à l'Indépendance. Les Mapuche, peuple originaire le plus visible au Chili, ont vu leur organisation sociale profondément touchée par les décisions étatiques au cours du 19^{ème} et 20^{ème} siècle. La possibilité de l'État de récupérer leurs terres et de les attribuer à des particuliers ou à des entreprises privées, tout en réduisant, assignant et privatisant les terres auxquelles pouvaient avoir accès ces peuples originaires a conduit à une atomisation de leur organisation sociale et politique, affaiblissant leur pouvoir de négociation avec l'État. À partir de la décennie 1960, les gouvernements de gauche ont conduit des politiques pouvant être considérées indigénistes, montrant ainsi une transformation dans la considération des populations natives et dans les conceptions étatiques autour de leur intégration à la Nation chilienne. En 1961, la *Ley* n°14.551 établit un nouveau régime légal empêchant notamment l'expropriation des terres *indígenas*. Le gouvernement de Frei Montalva (1964-1970) développe ensuite une politique d'intégration de ces populations en favorisant l'éducation tout en respectant certains éléments de la culture du groupe. Pourtant, certains groupes politiques mapuche ne se satisferont pas de ces réformes et initient alors des prises de terrains afin de récupérer ce qu'ils considèrent des terres leur appartenant. Les revendications des aborigènes concernant leur reconnaissance sociale et politique et la récupération de leurs terres trouveront un écho plus favorable sous le gouvernement de Allende. En effet, le gouvernement de l'*Unidad Popular* considère que la société chilienne doit traiter de la question *indígena* et promulgue en 1972 la *Ley* n°17.729 dans laquelle il reconnaît l'existence sur le territoire national de groupes culturellement différents. Cette loi favorise la participation des peuples originaires à l'élaboration des dispositions prises en relation à son application. C'est là une innovation dans l'histoire du Chili. Elle empêche également la division des terres et facilite l'expropriation des terres disputées pour les restituer aux peuples originaires tout en rendant impossible l'expropriation de leurs terres pour les remettre à des propriétaires privés. De plus, l'*Instituto de Desarrollo Indígena* est créé qui a pour objectif de promouvoir le développement social, économique, l'éducation et la culture de ces peuples.

Cependant, les propositions faites par le Gouvernement Allende seront largement contestées par une partie de la population qui refuse de reconnaître au sein de la société chilienne la présence des peuples originaires et maintient l'idée d'une société blanche et civilisée dans laquelle ceux-ci n'ont pas leur place. Le Congrès modifiera ainsi largement les mesures proposées.

Par ailleurs, les mesures prises par ce gouvernement, bien qu'elles reconnaissent les particularités culturelles de ces peuples, inscrivent ces groupes dans le contexte plus large de la population agricole chilienne, sans insister finalement trop sur la dimension ethnique de ces populations et encore moins en les reconnaissant comme des nations à part entière. Différents auteurs (Albizú Labbé, 2014; Salazar & Pinto, 1999b) soulignent finalement l'incapacité de la gauche à intégrer la proposition indigéniste à ses politiques. Pourtant, les démarches de ce gouvernement concernant les groupes originaires font exception dans l'histoire du Chili et méritent pour cela d'être relevées.

Les grandes luttes sociales et politiques du 20^{ème} siècle, les crises économiques, la pauvreté, l'urbanisation et les différents projets nationalistes du Chili participent au remplacement des catégorisations raciales et ethniques de la population par des classifications socio-

économiques. Les mouvements sociaux, les idéologies du développement portées notamment par les sciences sociales récemment arrivées au pays (Larraín, 2001, p. 110-111) ou encore l'idéologie socialiste conduisent en effet à parler et observer les dynamiques sociales sous les termes de classes sociales ou selon les fonctions professionnelles (*campesinos, obreros, pobladores*). La stratification socio-économique masque, au moins discursivement, son articulation avec les hiérarchies raciales.

4.3. La dictature de Pinochet : transformations sociales, économiques et politiques et modification des dynamiques migratoires et de leur régulation

Le coup d'État de 1973 marque un profond tournant dans l'histoire politique, économique et sociale du Chili. Une alliance entre militaires, intellectuels de l'économie néolibérale et entrepreneurs nationaux et internationaux (Moulian, 1997) met fin au modèle d'État et à la structure sociale du pays construits au long du 20^{ème} siècle. Ils installent un modèle économique néolibéral accompagné d'un appareil d'État assurant son administration et sa reproduction, lesquels conduiront à une déstructuration des formes traditionnelles de différenciation des groupes sociaux au sein de la société et à l'empêchement de la formation de forces sociales en opposition au modèle imposé. Une concentration extrême des richesses apparaît, accompagnée d'une progressive réduction de la pauvreté mais d'une importante augmentation des inégalités au sein de la population (Ruiz & Boccardo, 2014). La sécurité nationale et l'ordre national sont les mots clés de ce gouvernement militaire qui durera jusqu'en 1990, ce qui conduit, non seulement à l'expulsion et à l'exil de nombreux dissidents, mais également à une fermeture des frontières qui provoque une forte diminution et sélectivité des entrées d'étrangers au Chili. Les efforts faits par les gouvernements précédents dans la reconnaissance des peuples originaires sont stoppés et la réappropriation de leurs terres reprend en faveur des grandes entreprises.

Réforme néolibérale, État administrateur et transformation de la structure sociale

Depuis les années 1950, un partenariat entre l'Université de Chicago aux États-Unis et la *Pontificia Universidad Católica de Chile* est mis en place afin de former les économistes chiliens aux théories économiques néolibérales de l'École de Chicago. Pensé à l'époque de la Guerre froide et dans la peur des États-Unis de voir apparaître des idéologies et régimes communistes en Amérique Latine, ce partenariat n'était pas parvenu à imposer ce modèle néolibéral face au modèle économique de développement (Salazar & Pinto, 1999a). Mais il a su convaincre les dirigeants militaires du Coup d'État et dès 1975, le Chili expérimente la première mise en application du modèle économique néolibéral dans le monde. La teneur de son application n'aura de pair ailleurs.

Les premières réformes monétaires apparaissent très vite, à travers des réformes tributaires et une libéralisation du marché et son ouverture aux investisseurs étrangers. Une privatisation des entreprises étatiques a lieu, avec une vente à perte de celles-ci et de nombreux avantages pour les investisseurs privés (avantages fiscaux et subventions de l'État). Si en 1973, l'État possède quatre-cent entreprises, elles ne sont plus que quinze en 1980. Les banques sont privatisées et leurs propriétaires incités à investir dans les entreprises vendues par l'État, de telle sorte qu'un même groupe restreint possède entreprises et banques, ce qui conduit à une concentration des richesses accumulées. L'économie en place ne repose pas sur une modernisation de la production, mais réactive l'exploitation et l'exportation des ressources primaires (« capitalisme sauvage ») ainsi que le système d'importation ; elle renforce la dépendance de l'économie chilienne aux marchés internationaux. Une « intégration vers l'extérieur » est à nouveau favorisée : il faut participer au système économique mondial, intégrer les marchés globaux. C'est une économie basée sur l'accumulation de capital par la rente - et une fois de plus au Chili, non sur

l'accumulation de capital par production - qui se met en place. Aussi, l'ouverture des marchés aux investisseurs étrangers se fait au détriment des secteurs producteurs locaux qui ne supportent pas une telle compétition, mais elle favorise les rentes du secteur financier.

À partir de 1980, la privatisation touche les services sociaux publics, notamment ceux liés à la santé, à l'éducation et à la prévision retraite créant ainsi de nouveaux mécanismes d'accumulation du capital (basés ni sur la production, ni sur l'échange marchand de biens), qui vont bien au-delà du modèle néolibéral pensé par l'École de Chicago. Le principe est simple : les individus doivent subvenir à leurs besoins et cotiser pour obtenir des services sociaux, et la gestion de ceux-ci est laissée à des entreprises privées compétitives capables d'accumuler du capital et de réaliser des investissements, grâce aux coûts des services accordés, au Chili comme à l'étranger. En santé, la réforme passe dans un premier temps par une décentralisation des services au niveau des municipalités, et les cotisations sont gérées par le Fond National de Santé (Fonasa) ; puis en 1981, la privatisation a lieu avec l'autorisation des Isapre de créer un marché de santé privé (cotisations et services de soin). Aussi, si en 1974, 61% des dépenses de santé étaient publiques, pour 19% de part des cotisants et 19% des entreprises ; en 1989, la part publique des dépenses de santé ne représente que 17%, celle des entreprises 1,6% et la part qui repose sur les cotisants est passée à 81%. Le système de prévision de retraite est privatisé également vers un système de capitalisation individuelle auprès d'entreprises privées (les AFP, *Administradoras de Fondos de Pensiones*). Ces entreprises ont l'autorisation de réinvestir l'argent accumulé à l'intérieur comme à l'extérieur du pays, faisant de ce système l'un des plus lucratifs. L'éducation est également décentralisée et progressivement privatisée, et les conditions de travail du professorat se précarisent. L'université quant à elle est non seulement privatisée, mais elle est également désarticulée politiquement, avec la fermeture de certaines disciplines (notamment dans les sciences sociales) et l'expulsion de professeurs et d'étudiants (Ruiz & Boccardo, 2014 ; Salazar & Pinto, 1999a).

Parallèlement, le Code du travail flexibilise drastiquement le marché du travail et précarise les conditions de travail, tout en empêchant l'organisation syndicale. Aussi, une très forte augmentation du travail précaire a lieu, sans contrat de travail, ou avec des contrats temporaires, sans cotisation retraite ou santé et sans syndicalisation. Le travail indépendant augmente également, en conséquence des transformations connues par le marché du travail⁵⁵.

Ces réformes économiques conduisent inmanquablement à une transformation des classes sociales formées au cours du 20^{ème} siècle. L'élite économique qui voit ses richesses augmenter fortement est composée non seulement de quelques fortunes traditionnelles, mais a incorporé de nouveaux investisseurs, qui composent encore aujourd'hui le groupe économique dominant. Une très faible part de la classe moyenne élevée a rejoint ces fortunés, mais les autres ont été fortement déstabilisées par la privatisation des services étatiques qui les embauchaient et par la marchandisation des conditions de leur reproduction sociale (Ruiz & Boccardo, 2014, p. 24). À la précarisation de leurs conditions de travail s'est ajoutée la nécessité d'assurer individuellement les besoins en santé, éducation et retraite. L'idéologie du mérite individuel devient prégnante et laisse les individus assumer seuls l'indétermination de leurs conditions d'existence.

L'appareil étatique s'assure enfin de la destruction des identités sociales collectives et des forces sociales pouvant s'opposer au modèle mis en place. Le gouvernement militaire met en effet en place un système étatique, instauré grâce à la Constitution de 1980, qui lui assure

⁵⁵ Salazar et Pinto (1999a, p. 112) montre une faille de l'économie libérale : « la nécessité accumulative de « minimiser » les coûts de travail est antagonique de la nécessité accumulative de « maximiser » le nombre de cotisants des services de santé et retraites ». Une accumulation de capitaux se fait au dépend de l'autre.

l'ordre intérieur, mais également l'administration et la reproductibilité du modèle économique (Salazar & Pinto, 1999a, p. 104). La Constitution donne une part très importante à la sécurité nationale, dans le but de museler la population et ses parties les plus dissidentes. Elle interdit toute association de but politique et réduit ainsi la participation politique citoyenne aux élections (participation obligatoire) dans un système électoral bi-partiste. Elle ajoute une loi anti-terroriste qui vise l'opposition en la réduisant à des groupes armés. Enfin, la Constitution transforme radicalement le rôle de l'État et lui retire presque tout pouvoir politique et social : il devient avant tout un administrateur. Différentes lois et institutions s'assurent de l'instrumentalisation de la classe politique civile grâce notamment à la limitation des possibilités de changements législatifs, à la création d'un Tribunal Constitutionnel et au fort pouvoir donné à l'armée. De cette manière, elle s'assure du maintien de ce système politique - et donc économique - sur le long terme.

Le régime militaire a également mis fin aux initiatives des gouvernements antérieurs de reconnaissance des peuples originaires (en termes de reconnaissance de leurs particularités culturelles et de participation politique) et de protection de leurs terres. D'une part, la volonté d'intégration de ces peuples à la Nation chilienne reprend de manière brutale : « Au Chili il n'y a pas *d'indios*, tous sont Chiliens »* signale le Ministre de l'agriculture en 1978 (Salazar & Pinto, 1999b, p. 165). D'autre part, les droits acquis par les peuples originaires concernant leurs terres sont revus et le gouvernement favorise la division et la parcellarisation de leurs terres. Selon Salazar et Pinto (1999b), la division et l'expropriation des terres ont touché des espaces communs détruisant ainsi des fondements de l'organisation sociale et économique des peuples originaires. Cependant, l'expropriation des terres a conduit à une forte mobilisation de la part des Mapuche qui ont fait de la défense de leurs terres, de leur langue et de leur culture une question essentielle à leur survie. Des organisations mapuches se sont donc alliées avec des groupes opposants de la dictature, leur donnant une plus grande visibilité, tout en en faisant des sujets de répression particulièrement ciblés. À cette époque, le mépris pour les « *indios* » est clairement exprimé par les élites gouvernantes qui rejettent l'idée d'une diversité culturelle ou ethnique dans le pays. Les stéréotypes sur les « *indios* » reprennent de plus belle, et aux mythes des héros guerriers qui ont lutté contre l'envahisseur sont opposés à leur version contemporaine : des alcooliques, fainéants, pauvres et voleurs. L'image de la Nation blanche, européenne et civilisée est l'idéal proclamé et ne laisse pas de place, sinon parmi les groupes marginaux, aux *indígenas*. Un propos reflète ces idées : en 1981, la Ministre de la famille, Carmen Grez, déclare qu'elle s'oppose à l'avortement, même si sa fille « était violée par un noir » (Albizú Labbé, 2014). Les représentations concernant ces populations et leur illégitimité à faire partie de la société chilienne en tant que peuples originaires justifient donc à nouveau leur répression et leur déstructuration, sinon leur destruction.

Législation migratoire et migrations en dictature

Encore une fois dans l'histoire du pays, l'autoritarisme interne et l'exclusion de la population à la politique sont articulés avec un extrême libéralisme extérieur en matière économique. Les investisseurs, commerçants et entrepreneurs étatsuniens et européens sont accueillis au Chili et leur attraction est rendue possible par des avantages fiscaux et douaniers considérables. Mais si ces compagnies étrangères sont bienvenues, la situation politique du pays, la politique extra-sécuritaire de la dictature, ainsi que les tensions politiques avec des pays s'opposant au régime militaire chilien, sont accompagnées d'une fermeture des frontières et d'un contrôle très strict des populations qui entrent vers le pays (Cano Christiny et al., 2009, p. 50 ; Jensen Solivellas, 2008 ; J. Tapia, 2003). Pendant la période du gouvernement militaire, l'immigration vers le Chili diminue drastiquement, alors que l'émigration, forcée ou non, augmente pour toucher 2 à 5 % de la population du pays.

En 1975, le *Decreto de Ley* n°1094, connu comme la *Ley de Extranjería*, pose les bases de la législation migratoire. En 1984, le *Reglamento de Extranjería (Decreto Suprema n° 597)* le complète et le renforce. Cette loi a comme objectif principal d'éviter l'entrée « d'éléments dangereux ou terroristes »* qui menacent la « stabilité nationale »* (Stefoni, 2001) : en cette période de dictature et en pleine guerre froide, les journalistes étrangers et les personnes pouvant apporter du soutien aux activistes chiliens sont particulièrement contrôlés. Cette loi maintient ainsi la sélectivité des législations antérieures, bien qu'elle en redéfinisse les contours. Le Décret de Loi, prévoit la possibilité d'« interdire l'entrée au pays de certains étrangers pour des raisons d'intérêt et de sécurité nationale »* (Article n° 2). Ces cas sont précisés dans l'article 15, n° 1 : « L'entrée dans le pays est interdite aux étrangers suivants : 1. Ceux qui propagent et encouragent par oral ou écrit ou par n'importe quel autre moyen, des doctrines qui tendent à détruire ou altérer par la violence l'ordre social du pays ou de son système de gouvernement, ceux qui sont syndiqués ou qui ont la réputation d'être des agitateurs ou des activistes de telles doctrines et, en général, ceux qui exécutent des faits que les lois chiliennes qualifient de délits contre la sécurité extérieure, la souveraineté nationale, la sécurité intérieure ou l'ordre public du pays et ceux qui réalisent des actes contraires aux intérêts du Chili ou qui constituent un danger pour l'État »* (Vera Pérez, 2013). Il est évident que le manque de précision des termes employés dans ces articles laisse un pouvoir discrétionnaire très important à l'administration qui l'applique. Par ailleurs, elle interdit également l'entrée des étrangers qui « n'ont pas ou ne peuvent pas exercer leur profession ou métier, ou qui ne disposent pas des ressources qui leur permettent de vivre au Chili sans constituer une charge sociale »* (Article 16, n°4). Enfin, cette loi conduit à une criminalisation de la migration irrégulière (entrée et séjour irréguliers dans le pays sont pénalisés) (Ceriani, 2011 ; Vera Pérez, 2013). Aussi, dans cette période de dictature, les étrangers sont perçus par l'État comme une potentielle menace à l'ordre national, laquelle perception est traduite dans la loi.

La discrétion laissée par la loi à l'administration et à la police dans l'acceptation ou le refus de l'entrée au pays et à un titre de séjour est utile non seulement au contrôle de la population, mais également à l'économie néolibérale qui voit le jour. La potentielle réserve de main-d'œuvre que représentent les migrants pourrait être nécessaire à l'économie du pays, qui réclame une certaine flexibilité. Enfin, la logique de l'époque n'étant pas celle de l'attraction d'étrangers, les types de titre de séjour définis alors offrent à ceux qui immigrent au Chili pour travailler ou se réfugier une grande précarité et peu de droits. Les droits concernant l'accès aux soins, à l'éducation, au logement ne sont pas mentionnés dans cette loi.

Cette loi et son règlement sont toujours en vigueur aujourd'hui et fondent la gestion des droits et devoirs des étrangers et de l'administration jusqu'à maintenant. Bien qu'avec le retour à la démocratie, l'attitude des gouvernements successifs a plus été ouverte à l'immigration qu'à son contrôle sécuritaire, le maintien de ce cadre législatif est significatif du rapport entretenu avec les étrangers.

4.4. Conclusion du chapitre

À travers ce retour dans l'histoire du Chili, de la colonisation à la dictature, il a été possible d'observer certains des fondements historiques, dans leurs dimensions idéologiques et matérielles, de la construction d'un « nous » chilien. Un « nous » qui a besoin de se différencier d'« autres » pour se définir. Un « nous » qui s'est construit dans un projet économique et politique d'abord, reposant sur une catégorisation, une valorisation différentielle, une domination, une exploitation ou une extermination de ces « autres ». Un « nous » qui s'est construit à partir et dans des rapports de domination tant à échelle mondiale que régionale et locale.

Un « nous » qui répond aux projets de Nation d'une élite politique et économique qui assoit son pouvoir en mobilisant une idéologie civilisationnelle raciste européenne pour prétendre appartenir à une communauté homogène, unie, solide, souveraine qui se nourrit pourtant des différences et des hiérarchies qu'elles entraînent. Un « nous » qui prend forme et corps par des mécanismes de pouvoir naturalisés assurant et justifiant la supériorité des uns sur les autres.

Un « nous » enfin qui doit être maintenu dans une société bouleversée par un ordre économique nouveau, radical, profondément structurant. Un « nous » chilien tenu par le pouvoir malgré les inégalités criantes de la société.

Et des « autres » à l'intérieur même de la société ou à l'extérieur, parfois supérieurs et représentant le modèle auquel le « nous » aspire, parfois inférieurs, inexistantes ou indésirables. Plusieurs figures de ces « autres » émergent et se redéfinissent au fil du temps. Pourtant, toujours cette altérité repose sur une différence racialisée, naturalisée, infranchissable. Les « *indios* » de l'intérieur, dont on valorise la résistance, sont pourtant toujours considérés comme des terroristes quand ils réclament des droits. Les « *indios* » des pays voisins sont toujours vus comme plus pauvres, plus bruyants, plus alcooliques, moins respectueux. Les « noirs », qui ont disparu de la mémoire collective chilienne, sont eux marqués d'une altérité radicale qui les plongent dans un exotisme, une sexualisation et une possibilité d'exploitation qui relève parfois d'une animalisation. En miroir à ces « autres », la société chilienne peut maintenir et renforcer l'image d'elle-même, blanche, pure, homogène, européenne, en tout cas bien distincte de ce continent latino-américain auquel on l'associe et qui pourtant, dit-on, est nettement séparé par ces hautes montagnes que sont les Andes. Et l'argumentation est appuyée, en 1992 à l'Exposition universelle de Séville, d'une représentation du Chili par un Iceberg⁵⁶.

Figure 4.1. Timbre Exposition universelle de Séville. Pavillon du Chili 1992



La dictature n'a pas transformé ces fondements de la construction du « nous » et des « autres ». Elle a profondément bouleversé l'organisation sociale interne de la société, la composition des classes sociales, le marché du travail, les hiérarchies sociales et les inégalités résultantes ; pourtant les critères de hiérarchisation sociale ont perduré : classe, race, sexe nourrissent toujours les rapports sociaux qui structurent la société et qui en définissent les limites. La dictature a cependant amené des transformations dans la manière de percevoir les étrangers. Perçus à cette époque comme une menace, un danger pour l'ordre et la sécurité nationale, leur présence est désormais régulée par une législation stricte, discrétionnaire qui a rendu possible d'effectuer un véritable tri parmi les étrangers désirables ou non. Le rapport à ces étrangers est de toute manière profondément orienté par le climat politique et social de l'époque dictatoriale, l'exil vers l'extérieur d'un grand nombre de Chiliens et les relations diplomatiques avec les pays tiers.

⁵⁶ Voir : <http://manuelpintogrunfeld.blogspot.fr/2009/05/representando-chile-entre-el-iceberg.html> (référence image timbre), consulté le 17 février 2017.

Chapitre 5. SOCIÉTÉ CHILIENNE CONTEMPORAINE. CONTOURS, STRUCTURE INTERNE ET « NOUVELLES » MIGRATIONS

Dans le même objectif de saisir le contexte social chilien dans lequel s'incorporent les migrants contemporains, ce chapitre porte sur la période post-dictature, de 1990 à aujourd'hui. Dans un premier temps, ce sont les dynamiques sociales, économiques et politiques qui composent la société contemporaine qui sont abordées. Héritière des mécanismes de hiérarchisations sociales mis en place depuis la colonisation jusqu'à la dictature, la société chilienne contemporaine demeure une société très fortement hiérarchisée et ségréguée socialement. Logiques économiques, répartition du pouvoir politique, marché du travail et conditions de travail, accès au logement, système d'éducation, politiques publiques, considérations morales sur les droits de chacun, nombreux sont les facteurs qui opèrent dans la construction et la reproduction de hiérarchies sociales qui conduisent à de fortes inégalités au sein de la société. Il s'agit ici de saisir dans les grandes lignes les modèles économique et politique de la société chilienne en démocratie, l'organisation de sa structure sociale et les conséquences en termes d'accès aux droits sociaux, au marché du travail, à la participation politique de la population.

La description en grandes lignes de la société chilienne contemporaine, qui fait suite à un retour historique sur le traitement de l'« autre » au Chili, conduit à la présentation des migrations vers le Chili dans l'actualité. L'importante croissance de l'immigration au cours des dernières années et la diversification des pays d'origine des migrants seront soulignées, permettant ainsi de saisir le caractère inédit des migrations récentes au Chili, auxquelles participe la migration depuis Haïti.

5.1. Démocratisation de la société, maintien du modèle économique néolibéral et des inégalités et apparition de nouvelles forces sociales

Le retour à la démocratie en 1990 n'a pas signé la fin du modèle économique néolibéral, ni la transformation du rôle de l'État, ni non plus, jusqu'à récemment, la possibilité pour la population extérieure à l'élite gouvernante d'avoir une participation politique autre qu'à travers le vote.

Selon Salazar et Pinto (1999a), la Constitution de 1980 avait justement été conçue en prévision de la perte de légitimité du régime militaire et dans l'objectif de permettre le maintien du système en place sous une forme démocratique. Le régime aurait ainsi construit une Loi et établi un État administrateur de cette loi, en lui retirant grande partie de son potentiel politique. La période appelée « Transition » vers la démocratie aurait ainsi consisté à passer les rennes de l'État de la classe politique militaire à la classe politique civile ; cette dernière s'est chargée d'administrer « démocratiquement » le système néolibéral construit et imposé depuis 1975. Sans que des changements aient lieu sur le fondement constitutionnel de l'État, son économie, ou encore sur la participation politique citoyenne. La légitimation de la reprise de ce modèle par l'élite politique civile repose notamment sur la « nécessité de préserver la croissance économique et la stabilité politique »* du pays (Boeninger, 1997 in Ruiz & Boccardo, 2014, p. 29).

Sur le plan économique, non seulement le modèle imposé en dictature est maintenu et légitimé par la démocratie, mais de nouvelles réformes poursuivent le développement de ce modèle néolibéral, menées par tous les gouvernements de coalition centre et gauche (*La Concertación* est au pouvoir de 1990 à 2010, puis à nouveau en 2014) comme par celui de

droite (gouvernement de Sebastián Piñera de 2010 à 2014). Ouverture commerciale, libéralisation du marché, facilitation des investissements étrangers et privatisation des services sociaux : les logiques néolibérales sont approfondies, voire radicalisées. À noter, l'inscription du Chili dans différents accords commerciaux internationaux⁵⁷ qui ouvre de manière extrême les marchés aux compagnies étrangères et lie le Chili avec les centres économiques mondiaux. Quelques régulations des conditions de travail ont été apportées, notamment autour du salaire minimum et du syndicalisme, or, non seulement ce dernier demeure avec un faible pouvoir, mais le marché du travail maintient aussi sa flexibilité et les conditions de travail restent précaires. Enfin, sur le plan des prévisions retraite, de la santé et de l'éducation, les logiques de la dictature se pérennisent et s'accroissent, avec notamment la mise en place de subventions de l'État pour les entreprises privées qui prennent en charge ces services.

La croissance économique qu'a connue le Chili à partir des années 1990 et sa constance dans le temps sont considérées comme une réussite économique remarquable. Parallèlement à cette croissance économique, une diminution de la pauvreté est observée qui est associée aux réussites économiques mais aussi aux politiques sociales de lutte contre la pauvreté mises en place sous la démocratie (Barozet & Fierro, 2011, p. 7). Le maintien de l'ordre néolibéral s'est accompagné d'une volonté politique de mettre en place des politiques sociales qui peuvent être qualifiées de progressistes (Garretón Merino, 2012). Face à la pauvreté (décennie 1990), puis face à la vulnérabilité et aux inégalités (à partir de 2000), les gouvernements de la *Concertación* ont en effet cherché à développer des politiques sociales pour corriger les effets négatifs de ce modèle économique. Cependant, si ces politiques ont réussi à améliorer certains aspects, elles ne mettent pas en question les mécanismes qui sont à l'origine d'un phénomène structurel aux multiples dimensions (Barozet & Fierro, 2011, p. 9). La ségrégation sociale et la reproduction sociale qui structurent la société chilienne se maintiennent, limitant les possibilités de mobilité sociale d'une grande partie de la population.

L'éducation et la santé sont particulièrement représentatives des mécanismes qui reproduisent les inégalités sociales et des difficultés de l'État à dépasser les logiques néolibérales pour mettre en place de véritables politiques sociales. Les systèmes de santé et d'éducation sont depuis la dictature des systèmes mixtes, gérés à la fois par le secteur public et par le secteur privé, et donc inscrits dans des logiques de marché, de concurrence et de libre choix. Leurs accès ainsi que les prestations données se trouvent donc sujets aux logiques du marché et différenciés selon les stratifications socioéconomiques. Dans les deux systèmes, l'État en démocratie a mis en place des mesures afin de réduire les inégalités produites par ces systèmes mixtes et pourtant, ils demeurent à ce jour profondément inégaux, ces mesures étant avant tout palliatives.

Concernant l'éducation, si l'accès à l'éducation scolaire et universitaire s'est fortement amélioré, la ségrégation scolaire demeure très forte : l'accès, les trajectoires au sein du système éducatif et les résultats scolaires sont fortement déterminés par l'éducation et le niveau socioéconomique des parents ainsi que par le type (privé, public) d'établissement auquel la personne assiste. L'accès à l'éducation supérieure reflète également les fortes inégalités sociales : pour une part, les groupes socioéconomiques sont représentés de manière inégale dans l'éducation supérieure, mais pour les groupes de moindres revenus qui y accèdent désormais, les résultats sont moins bons, les établissements fréquentés sont de moins bonne qualité et l'insertion professionnelle par la suite présente de plus faibles

⁵⁷ En guise d'exemple : le Chili intègre le *Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico* en 1994, il devient membre associé du Mercosur (en tant que membre associé, il maintient ainsi une liberté hors de la Région), et il s'inscrit dans différents Accords de Libre-échange (une vingtaine à la date) avec différents pays du monde.

résultats rendant l'investissement dans les études non rentable pour certains (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012).

Concernant la santé, les réformes néolibérales mises en place en dictature ont placé l'accès à une assurance sociale et aux soins sous la responsabilité des individus, dans un système organisé selon les logiques du marché. L'État n'a plus qu'un rôle subsidiaire ici : il n'intervient que lorsque le domaine privé n'offre pas de solution et donc principalement pour des populations exclues de ce marché. Il doit de plus assurer le respect du libre choix des individus (libre choix de la compagnie d'assurance et de soin).

C'est un système mixte qui est mis en place, la partie publique étant gérée par Fonasa (*Fondo Nacional de Salud*) et la partie privée par des Isapre (*Institución de Salud Previsional*). Ces deux sous-systèmes sont financés principalement par les cotisations individuelles, qui correspondent au minimum à 7% du salaire. Les Isapre font varier les cotisations en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé des personnes, ce qui traduit comment les logiques de marché créent des inégalités ; et Fonasa prend notamment en charge gratuitement les personnes avec un trop faible revenu. Le financement provient également de l'État, lequel réduit sa participation au minimum, quoique des efforts soient notables ces dernières années. Les individus sont libres de choisir le système auxquels ils veulent être affiliés (cette liberté étant évidemment fonction des critères marchands et des moyens financiers des individus). Le fonctionnement de ce système repose donc sur les idées de libre choix, de concurrence, de privatisation et de responsabilité individuelle (Jiménez-Molina & Cubillos, 2016).

Dans différents pays d'Amérique latine, les gouvernements de gauche qui font suite aux réformes néolibérales cherchent à rompre avec le rôle subsidiaire de l'État et, en ce qui concerne la santé, proposent des réformes allant vers une universalisation de la protection sociale et une prise en charge collective (Barrientos & Santibáñez, 2009). Au Chili, différentes réformes sont proposées par les gouvernements de la *Concertación* qui cherchent à assurer certaines garanties dans l'accès aux soins, pourtant, le rôle de l'État demeure subsidiaire et limité par les logiques néolibérales. Dans l'actualité, le système de santé est composé par une vocation universaliste affichée par l'État qui coexiste avec un fonctionnement sujet aux mécanismes du marché et ancré sur les responsabilités individuelles. Les politiques publiques mises en place pallient aux inégalités produites par le système, mais ne remettent pas en cause sa structure productrice d'inégalité.

Se maintient donc jusqu'à aujourd'hui un système inégalitaire, ségrégué et dual (Jiménez-Molina & Cubillos, 2016). Les dépenses de santé du pays ont augmenté depuis l'année 2000 et correspondent en 2014 à 8,8 % du PIB⁵⁸. Ces dépenses sont prises en charge à 29% par l'État, le reste correspondant aux apports des individus, avec 24,2% issues des cotisations individuelles, 38,9% des dépenses non prises en charge par les couvertures de santé (examens et médicaments non pris en charge, co-payements) et 7,1% par des cotisations volontaires à des assurances privées. L'État a largement augmenté sa part d'intervention, car en 2000, celle-ci correspondait 19,2% du total des dépenses de santé (pour 29% en 2014), ce qui a conduit à une diminution de presque 10 points des dépenses individuelles hors cotisations. En 2014, 75,2% de la population dépend de Fonasa, 18,5% des Isapre et 6,3% sont sans assurance ou dépendent du système particulier de l'armée (pour respectivement en 2000 : 65,6%, 20% et 14,4%). Par ailleurs, les dépenses dans le secteur public correspondent à 75% des dépenses de santé, pour 25% dans le secteur privé, ce qui présente une nette amélioration par rapport aux années précédentes où les dépenses du secteur privé, qui ne prenait en charge qu'une petite partie de la population, équivalaient

⁵⁸ Pour l'ensemble des chiffres présentés ici, voir le bulletin statistique produit par Fonasa en 2014 : <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>, consulté le 26 mai 2017.

presque à celles du secteur public qui recevait la majorité de la population, produisant de fortes inégalités dans les ressources mobilisées pour chaque usager. Celles-ci demeurent cependant inégales, avec en 2014, 425 993 pesos chiliens dépensés par année pour chaque usager, contre 321 372 pesos dans le secteur public (en 2000, ces dépenses équivalaient à 213 261 pesos - réajustés en fonction des valeurs du pesos 2014 par rapport au dollar - par usager dans le privé pour 98 618 pesos dans le public). Il faut noter également une inégale répartition des médecins généralistes et spécialistes entre les deux secteurs, médecins qui préfèrent travailler dans le privé où les conditions de travail et les salaires sont plus avantageux. C'est donc un système à deux vitesses et pour des populations distinctes qui demeure au Chili : l'un, privé, pour les personnes jeunes, aisées et sans problème de santé ; et l'autre, public, pour les populations plus vulnérables.

Parmi les mesures clés des gouvernements de la *Concertación*, il faut noter le dispositif Auge (*Acceso Universal a Garantías Explícitas*), ensuite renommé GES (*Garantías explícitas en Salud*) mis en place en 2005. Ce dispositif a pour objectif de réduire certaines inégalités et difficultés produites par le système de santé pensé en dictature. Il s'agit de garantir un accès rapide à des soins de qualité pour un certain nombre de maladies (80 en 2013) tout en offrant une protection financière pour couvrir les frais de traitement. Si ce dispositif présente une nette amélioration pour un accès plus universel aux soins, il ne vise pas à transformer les mécanismes inégalitaires. Ce dispositif conduit à la subvention de la part de l'État des soins pour les maladies identifiées, que ce soit dans le public ou dans les établissements privés, ce qui augmente les frais à la charge de l'État tout en favorisant le recours aux services privés. De plus, en offrant des garanties sur une liste précise de maladies, ce dispositif poursuit la définition de la santé comme un bien privé et l'accès au soin comme un droit individuel à un accès au marché des services d'assurance et de soin (Jiménez-Molina & Cubillos, 2016).

Selon Jiménez et Cubillos (2016), le Chili connaît actuellement des tensions autour de la question de la santé, qui sont fondamentalement d'ordre moral et qui s'observent dans le débat qu'a engendré en 2014 la proposition du deuxième gouvernement de Bachelet de mettre en place un fond commun unique de santé, géré par l'État. Le secteur privé pourrait offrir des services de soin que l'État achèterait. Cette proposition a généré une forte résistance, en ce qu'elle contreviendrait aux droits individuels de liberté de choix, et donc, au marché et aux profits des entreprises privées. Ce débat reflète à la fois l'observation et la contestation des inégalités produites par le système en place et la nécessité d'obtenir un système plus égalitaire et moins ségrégué ; mais également la difficulté à penser la santé comme une responsabilité collective au sein d'un pacte social. L'enquête Coes montre que les Chiliens observent des injustices dans l'accès au soin et les dénoncent, qu'ils souhaiteraient un plus grand respect de leurs droits et une meilleure qualité des services à moindre coût. Ils considèrent toujours pour la plupart que l'accès au soin dépend de la responsabilité individuelle, qu'ils ne voient pas l'État comme garant unique de la protection sociale et ne souhaitent pas qu'un fond commun centralise et redistribue collectivement les apports individuels pour la santé. La solidarité que nécessite l'accès au soin renvoie plutôt à une solidarité familiale qu'à une solidarité nationale (Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social, 2014; Jiménez-Molina & Cubillos, 2016). Le débat moral qui a lieu actuellement autour de la santé reflète donc la prégnance du discours individualiste implanté par l'idéologie néolibérale dans la construction du contrat social.

Au-delà de la santé et de l'éducation, l'ensemble des politiques publiques est sujet à la conception néolibérale mise en place pendant la dictature et qui fonde le contrat social actuel. Non seulement l'État a du mal à penser et organiser des politiques hors de cette logique, mais la population elle-même semble peiner à imaginer d'autres fondements à l'ordre social. Si les inégalités que produisent ce modèle sont toujours plus mises en

évidence, les mesures pour y faire face visent à en contrôler les effets les plus visibles, mais non à transformer les mécanismes qui les produisent.

Aussi, malgré ses bons résultats économiques et l'amélioration générale du niveau de vie, le Chili demeure un pays avec de très fortes inégalités sociales. Le coefficient de Gini, qui mesure les inégalités de revenus, est de 0,51 en 2014 (Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social, 2014), le plaçant au dernier rang des pays de l'Ocde. La même année, les 1% de personnes aux revenus les plus élevés du Chili disposent de 23,7% du revenu total du pays. Le Chili présente donc une très forte inégalité dans la répartition des revenus, avec une concentration des richesses dans un petit secteur d'élite de la société, et montre également une très faible mobilité sociale. La croissance économique du pays ne se traduit pas dans une redistribution égalitaire des richesses sur l'ensemble de la population et les politiques sociales des gouvernements successifs ne sont pas parvenues à altérer les mécanismes reproduisant ces inégalités.

La démocratisation n'a pas conduit à une transformation profonde de la structure sociale. Les phénomènes observés durant la dictature se maintiennent : concentration des richesses dans un petit secteur de la société (secteur économique qui s'est d'ailleurs rapproché des dirigeants politiques en démocratie), réduction de l'extrême pauvreté et homogénéisation des conditions de vie de la grande majorité de la population autour d'un accès à un pouvoir d'achat légèrement plus important et surtout une insécurité liée à la privatisation des services sociaux et à la flexibilité du marché du travail. Ruiz et Boccardo (2014) ont analysé la structure sociale en observant la composition par groupes sociaux de la société chilienne à partir de critères caractérisant le travail et le revenu, mais aussi l'attitude politique. Ils ont distingué trois classes sociales principales dans la société actuelle.

Les groupes d'entrepreneurs constituent la première. La dictature a fortifié le pouvoir de ce groupe, en rapprochant élites politiques et économiques, et en favorisant les groupes financiers au détriment des industriels *via* la privatisation des entreprises et des services. Les gouvernements en démocratie ont permis à ce groupe de se consolider, jusqu'à ce qu'il constitue, selon les auteurs, non seulement une élite économique et politique, mais aussi culturelle et morale. Les groupes moyens correspondent à une ample et diverse partie de la population. Alors que cette classe sociale avait augmenté en nombre et avait vu ses conditions de vie s'améliorer grâce au développement de la bureaucratie publique au milieu de 20^{ème} siècle, la dictature avait expulsé ces groupes du domaine public. Ils se sont progressivement associés au secteur tertiaire privé, et ce, jusqu'à aujourd'hui. Leurs conditions d'existence se sont fortement précarisées avec la flexibilisation du marché du travail et de sa régulation, et face au développement du travail salarié. La flexibilisation du travail permet aux entreprises de transférer les risques de pertes sur leurs employés en période de difficultés économiques. Selon Ruiz et Boccardo, l'insécurité des conditions de travail et donc des conditions de vie conduisent à une « discipline envers les entreprises, car pour maintenir un niveau de vie, un pouvoir d'achat et de crédit, les personnes doivent assurer leur emploi »* (2014, p. 215). Par ailleurs, la dictature a également conduit à la perte d'un sentiment de classe et, si durant la période de l'*Unidad Popular* ces groupes sociaux produisaient leurs propres modes de vie et participaient politiquement à la société, ils ne sont désormais plus une référence culturelle et sociale. Selon les auteurs, les groupes moyens aspirent à obtenir le mode de vie des élites et ne créent donc pas leurs propres références. Par ailleurs, le manque de légitimité de l'État et du modèle démocratique proposé favorise le désengagement politique, lequel a été déjà fortement encouragé pendant la période dictatoriale.

Les classes ouvrières qui représentaient avant la dictature la force sociale la plus organisée politiquement a été déstructurée en dictature. Aujourd'hui, ces groupes sociaux sont constitués principalement par des salariés du secteur tertiaire et se distinguent par la très

grande instabilité de leur travail. Les plus représentatifs de ce groupe sont les travailleurs en sous-traitance, lesquels sont cependant parvenus à se mobiliser contre la précarité de leur statut et pour une hausse des salaires. Comme les classes moyennes, ce groupe cherche à imiter le mode de vie des élites et la consommation est au centre de ses aspirations.

Finalement, d'après ces auteurs, seules les élites entrepreneuriales sont parvenues à ce jour à se constituer comme une classe sociale organisée et politiquement active. Pourtant, depuis le milieu des années 2000, des mouvements sociaux inédits émergent, d'abord avec des élèves du secondaire, puis des étudiants qui obtiennent le soutien d'une grande partie de la population. Ces mobilisations traduisent la politisation des classes moyennes et basses, selon des formes nouvelles (Palet Araneda & Coloma, 2015; Ruiz & Boccardo, 2014). Au-delà des revendications contre un système éducatif élitiste, ces mouvements montrent « un malaise majeur face à l'inégalité et aux raisons de la différenciation sociale qui ne reposent pas, comme le veut le crédo libéral, tant sur les compétences que sur la rigide monopolisation des opportunités »* (Ruiz & Boccardo, 2014, p. 36). Il semble que progressivement de nouvelles formes sociales se constituent qui questionnent le modèle de société instauré et maintenu par la force par une élite militaire puis civile. Les dernières années, des mobilisations se sont formées pour dénoncer d'autres facteurs d'inégalités : après l'éducation, ce sont les travailleurs en sous-traitance qui ont fait des revendications, puis en 2016 c'est le système des AFP⁵⁹ qui a été au cœur de mobilisations d'une ampleur sans précédent. La population identifie les mécanismes qui précarisent leurs conditions de vie et limitent leur ascension sociale et réclame des actions de la part du gouvernement. Par ailleurs, la résistance des Mapuche a repris de la vigueur jusqu'à être aujourd'hui très visible, et la police questionnée sur ses pratiques de répression de cette population. Des conflits environnementaux ont réussi également à réunir la population qui s'est parfois positionnée en acteur légitime pour négocier avec l'État et les entreprises multinationales. Différents mouvements identitaires de groupes sociaux sont apparus également, comme le mouvement gay ou encore afro-chilien dans le Nord du pays. Ce phénomène inédit depuis le retour à la démocratie s'est accru au cours de dernières années et oblige l'État à prendre en considération les demandes de la population et à reconsidérer son mode de gouvernance.

Bengoa (2002) observe un processus d'érosion et de transformation des identités sociales. Il met en lumière les difficultés de l'État à faire tenir les référents nationaux, et notamment l'Histoire officielle, sur lesquels reposent l'imaginaire national. La globalisation, l'ère du marché néolibéral auraient selon lui conduit à réduire la force d'un projet commun national, supérieur aux individualités, et à favoriser l'émergence (encore assez discrète) de revendications identitaires plus locales. D'une part, les prétentions individuelles prennent le pas sur la grandeur et la souveraineté du projet national, et de l'autre, la diversité sociale - longtemps réduite - émerge à nouveau à travers de revendications, de manifestations, de regroupements sociaux, mais aussi par le biais d'intellectuels qui proposent de nouvelles lectures de l'histoire du pays. Des lectures plus diversifiées, où les grands personnages ne sont pas les seuls à marquer l'histoire, mais où tous les groupes sociaux sont reconnus et leur participation sociale remarquée. De nouveaux espaces, en dehors de l'État, se construisent pour se penser, se définir, se projeter en tant que société.

Bengoa remarque combien l'État a du mal à gérer ces mouvements sociaux et identitaires en formation qui ne se rassemblent plus derrière lui dans un projet imposé, mais contestent et réclament leur participation à la définition de ce projet ou encore leur reconnaissance

⁵⁹ Les AFP, *Administradoras de Fondos de Pensiones*, sont les entreprises en charge de la gestion du système de retraite. Elles sont fortement critiquées pour l'accumulation de capital qu'elles réalisent par le biais des cotisations individuelles pour la retraite. De plus, ce système, où chacun cotise pour sa propre retraite, reproduit voire accentue les inégalités sociales, laissant les populations aux faibles revenus dans une très grande précarité à l'heure de la retraite.

sociale. La population a du mal à se reconnaître dans le fonctionnement de la politique étatique ; elle n'est pas transportée par les symboles que mobilise encore l'État dans le but de maintenir sa légitimité et conteste fortement les inégalités qu'elle observe et subit. De nouvelles formes de faire de la politique surgissent dans la société : manifestations, assemblées populaires constituantes, procédures juridiques.

Concernant les peuples originaires du pays, le retour à la démocratie s'est accompagné d'une nouvelle politique de tendance indigéniste (Albizú Labbé, 2014). Le gouvernement d'Aylwin suspend dès 1990 le système de division des terres *indígenas* mis en place pendant la dictature et crée la *Comisión Especial de Pueblos Indígenas*, chargée de définir un nouveau cadre législatif pour les questions *indígenas*. La *Comisión Nacional de Desarrollo Indígena* (CONADI) sera ensuite créée. Les bonnes volontés de ce gouvernement s'affrontent cependant aux principes de l'unité nationale qui ont raison de certaines revendications. Notamment, celles qui reposent sur la convention 169 de l'OIIT sur les peuples originaires et tribaux dans des pays indépendants (1988) et qui demande la reconnaissance en tant que nation des peuples originaires et leurs droits à l'auto-détermination. Les élites chiliennes considèrent que la question est culturelle et accèdent à reconnaître les particularités culturelles de ces populations ; mais elles leur nient un caractère de nation. Par ailleurs, les Mapuche dans le sud du Chili réclament toujours la récupération de leurs terres et se battent contre les entreprises qui souhaitent s'installer, créant des tensions entre État et organisations originaires. La répression à leur égard, menée par les derniers gouvernements a été fortement médiatisée par les réseaux sociaux rendant visibles ces tensions et le traitement violent de ces peuples par l'État. Le recours à la violence physique et à la loi anti-terroriste créée sous Pinochet pour demander de lourdes peines pour leurs actions militantes est critiqué par une partie de la population, notamment en ce qu'il semble soutenir une nouvelle fois les intérêts économiques des grandes entreprises.

Au cours des dernières décennies, les peuples originaires du Chili ont rejoint en grande partie la population urbaine du pays et se sont mêlés à la masse populaire urbaine. S'il est de plus en plus commun d'observer des revendications identitaires, sous formes folkloriques ou au travers de luttes pour la reconnaissance de droits spécifiques, les préjugés autour des « *indígenas* » demeurent et marquent les expériences quotidiennes de ces populations.

La société chilienne en démocratie est donc une société fortement hiérarchisée socialement, héritière d'anciens processus de différenciation sociale conjugués avec ceux mis en place pendant la dictature, notamment via l'imposition d'un modèle économique néolibéral. Le « miracle » économique chilien est reconnu à l'international, mais la redistribution des richesses produites par cette réussite économique ne bénéficie pas à tous les Chiliens de la même manière. Les fortes inégalités de la société sont cependant justifiées par l'idéologie de la réussite individuelle, qui masque leurs origines structurelles. Et si les Chiliens commencent à dénoncer ce qu'ils perçoivent désormais comme des inégalités sociales, ils continuent pour une grande partie à considérer qu'il est de la responsabilité de chacun d'assurer son accès à l'éducation, la santé, la retraite. Les gouvernements de la *Concertación*, bien qu'incapables de modifier les bases structurelles économiques et politiques mises en place pendant la dictature, ont cependant mis en place des politiques sociales qui diminuent légèrement les effets de ces mécanismes producteurs et reproducteurs d'inégalités, sans pour autant proposer un regard nouveau sur les droits sociaux et le rôle de l'État dans la protection de ceux-ci. Pendant cette même période, le Chili a rouvert ses frontières et l'immigration vers le pays a repris, pour prendre une très forte ampleur à la fin de la décennie 2000. C'est donc dans une société fortement inégale, où hiérarchies socioéconomiques se conjuguent à des hiérarchies raciales qui perdurent, où les possibilités d'ascension sociale sont fortement limitées, et où les droits fondamentaux ne sont pas encore acquis en tant que tels, que des migrants viennent s'installer.

5.2. Les « nouvelles » migrations au Chili

La réouverture du Chili avec la démocratie a conduit à un retour de l'immigration, laquelle a montré une croissance toujours plus forte jusqu'à aujourd'hui. La stabilisation politique du pays dans un contexte latino-américain en tension et la présentation du Chili comme un modèle de réussite économique ont progressivement situé le Chili comme un pays offrant des opportunités pour les candidats (forcés ou volontaires) à l'immigration en Amérique latine, puis en Asie, en Europe et dans les Caraïbes. Malgré le maintien de la législation migratoire construite en dictature dans une optique sécuritaire de contrôle et de fermeture des frontières, le Chili est un pays relativement accessible pour l'immigration, notamment en comparaison aux pays européens et nord-américains qui ferment toujours plus leurs frontières.

L'immigration contemporaine vers le Chili présente des caractéristiques distinctes des périodes historiques antérieures, tant dans la composition des flux (pays d'origines, sexe) que dans les manières de participer à la société. C'est principalement la forte croissance de l'immigration et la diversification des pays d'origine des migrants qui est notable. La migration haïtienne est un exemple des nouveaux flux migratoires vers le Chili, lesquels présentent des caractéristiques qui contribuent à rendre visible l'immigration dans le pays et à pousser la société chilienne à se saisir de la question migratoire.

Cette partie a comme objectif de décrire les dynamiques migratoires actuelles vers le Chili en présentant des statistiques descriptives simples sur les flux et les stocks de migrants dans le pays.

Encadré 5.1. Histoire de l'immigration au Chili

L'histoire des migrations au Chili commence presque systématiquement dans les ouvrages et les recherches portant sur le sujet à partir du début du processus d'indépendance du Chili, en 1810 (Cano Christiny & Soffia Construcci, 2009, p. 131). La jeune Nation cherche dès cette date à contrôler le territoire qu'elle s'est assignée, au Nord comme au Sud, et mettra pour cela progressivement en place une politique d'immigration planifiée (Bilot, 2010). L'objectif visé est d'installer au Chili des natifs de certains pays d'Europe (sélectionnés et hiérarchisés selon les qualités reconnues à leurs peuples) dans le but de favoriser le développement économique du pays ainsi que l'industrie, l'exploitation et l'exportation des ressources naturelles du pays, la défense nationale (éviter les invasions et contrôler voire déloger les peuples originaires) mais également la « civilisation » de la population locale (Estrada, 2000; Harris Bucher, 2001; Villalobos, Silva, Silva, & Estellé, 1974). Dans un premier temps, des colonies allemandes se sont installées dans le sud du Chili (régions de Llanquihue et Valdivia dès 1846) suite aux démarches d'entreprises privées (Bilot, 2010). À ces installations souhaitées par l'État chilien s'ajoute également l'arrivée spontanée dès les années 1820 d'Européens, en particulier dans le port de Valparaiso et dans la capitale, Santiago. Ces derniers participent au développement du commerce, facilité notamment par la position géographique stratégique du Chili dans le chemin de la ruée vers l'or dans l'Ouest américain. Les secteurs du commerce et de l'industrie sont développés et portés principalement par les Britanniques jusqu'à la première guerre mondiale.

Les politiques d'immigration se sont institutionnalisées vers la fin du 19^{ème} siècle avec la création en 1882 de l'Agence générale de Colonisation du Chili en Europe (Santos Martínez, 1987), chargée de recruter des Européens et de les envoyer s'installer au Chili. En

comparaison avec le Brésil ou l'Argentine⁶⁰, ces migrations vers le Chili restent faibles et irrégulières mais elles demeurent en constante augmentation jusque dans les années 1920. La Grande dépression qui touche l'Europe à la fin du 19^{ème} siècle poussent de nombreux Européens à émigrer, lesquels s'installent principalement dans les grandes villes du Chili, et contribuent à l'urbanisation du pays (Estrada, 2006 ; Estrada & Navarro, 2005 ; Fernández, 2006). Par ailleurs, la récupération de terres dans le Nord du Chili suite à la Guerre du Pacifique (1879-1883), non seulement signifie une importante incorporation de Péruviens et de Boliviens dans la population chilienne, mais elle attire dans le Nord des investisseurs britanniques qui reprendront l'exploitation du salpêtre initié par le gouvernement péruvien. Cette activité minière attire également des Chiliens, mais aussi des Italiens et des dissidents de l'empire Austro-Hongrois qui travailleront au développement du commerce et d'activités industrielles entourant le secteur minier. Enfin, des mouvements de main-d'œuvre étrangère (principalement asiatique, cubaine et péruvienne) sont observés vers ces mines du Nord jusque dans les années 1960.

En 1907, le recensement compte 132 312 étrangers (soit 4,1% de la population totale), alors qu'ils n'étaient que 25 199 en 1875 (1,2%). En 1907, les étrangers originaires d'Amérique Latine représentent environ 40% des étrangers résidant au Chili (Cano Christiny et al., 2009, p. 12) ; ils deviennent majoritaires à partir du recensement de 2002. Les Européens présents au début du 20^{ème} siècle dans le pays sont des Espagnols, des Italiens et des Français, et en moindre nombre, des Allemands et des Britanniques (Cano Christiny et al., 2009 ; Estrada & Navarro, 2005).

L'économie du Chili étant fortement dépendante de l'exportation et du commerce extérieur, la première guerre mondiale a conduit à la fermeture de différentes industries, mines et entreprises liées à ces activités. Non seulement les Britanniques réduisent leurs activités économiques au Chili, mais cela sonne la fin d'un processus d'industrialisation timide (Estrada, 2006). Les difficultés économiques que connaît alors le pays favorisent l'apparition d'un mouvement nationaliste anti-immigration qui met fin aux politiques d'attraction des migrants européens. C'est dans un tel contexte qu'apparaissent des migrations provenant de l'empire Ottoman, qui dureront jusqu'aux années 1960. Ces dernières, non sollicitées par le gouvernement ni valorisées par les représentations sociales, feront l'objet de discriminations sociales et raciales importantes. Ces migrants sont à l'origine du développement d'activités de production et de commerce autour du textile (Agar Corbinos, 1983).

Le stock d'étrangers au Chili diminue donc à 105 463 en 1930 et se maintiendra stable jusqu'au commencement de la dictature en 1973 (Cano Christiny et al., 2009, p. 16). Il diminue cependant en termes relatifs : s'il représente 2,5% de la population totale du Chili en 1930, il ne correspond plus qu'à 1% de la population en 1970.

Les décennies 1970 et 1980, marquées par une crise politique et économique, ont connu une importante réduction de la présence des étrangers au Chili et ont même vu émigrer de nombreux Chiliens. Si l'émigration des Chiliens a toujours été un phénomène important des dynamiques démographiques et sociales du Chili (et même plus important que l'immigration jusqu'à ces dernières années (Cano Christiny et al., 2009 ; Martínez Pizarro, 2003b)), elle était jusqu'alors spontanée et de nature principalement économique. La dictature conduit à la mise en place d'une émigration forcée et éminemment politique, l'exil des opposants politiques faisant partie des stratégies politiques d'alors (Avalos & Bertrand,

⁶⁰ En Argentine, les étrangers représentent en 1914, 30,3% de la population totale. Au Chili en 1907, ils ne correspondent qu'à 4,1% de la population, ce qui représente le plus fort taux depuis l'Indépendance du Chili (Cano Christiny, Construcci, & Martínez Pizarro, 2009, p. 14).

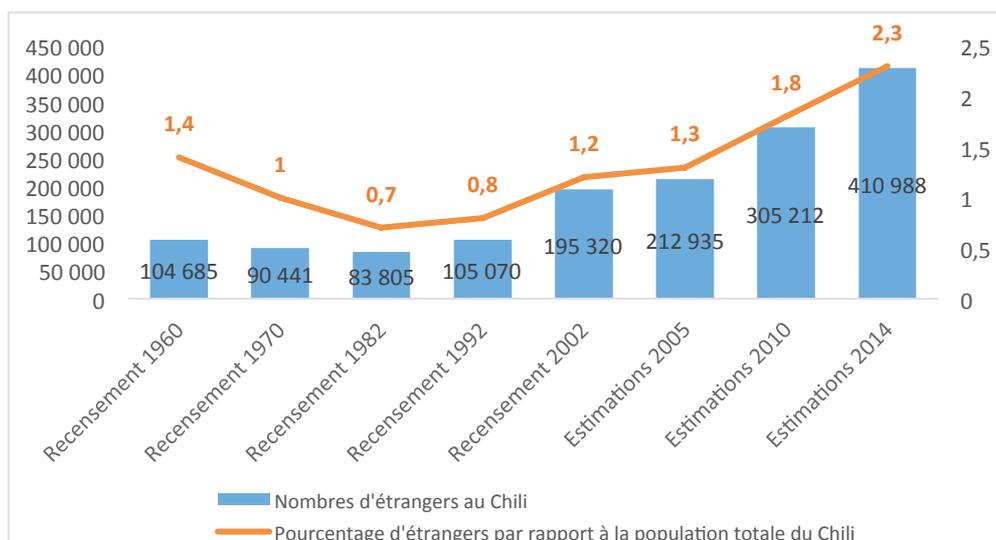
2015). Les chiffres sur l'émigration durant cette période ne sont pas arrêtés, mais sont estimés entre 200 000 et 400 000 personnes (soit 2 et 5% de la population).

Les chercheurs qui s'intéressent aux migrations contemporaines vers le Chili signalent l'apparition de « nouvelles » dynamiques migratoires à partir du retour à la démocratie dans les années 1990 (Araujo, Legua, & Ossandón, 2002 ; Cano Christiny et al., 2009 ; Martínez Pizarro, 2003b). La période de la dictature, pendant laquelle ont été définies des politiques migratoires très restrictives outils de la sécurité nationale, a en effet conduit à une diminution importante des migrations et de la présence étrangère au Chili, associée d'un fort mouvement d'émigration des Chiliens. Dès le début de la décennie 1990, l'immigration reprend vers le Chili, notamment depuis les pays frontaliers, à savoir l'Argentine, le Pérou et la Bolivie (voir figure 5.2). Si la présence de migrants n'est pas nouvelle, notamment en raison des constantes circulations entre les pays voisins (Norambuena, 2005), elle ne cesse d'augmenter et présente plusieurs transformations dans les caractéristiques sociodémographiques des migrants. Une féminisation des migrations est ainsi soulignée (Martínez Pizarro, 2003b, p. 28; Stefoni, 2012), liée à un besoin de main-d'œuvre féminin dans le secteur du service domestique et aux transformations sociales et politiques des pays d'origine. Les femmes deviennent en effet majoritaires parmi les étrangers du Chili dans le recensement de 1992 et représentent 52,23% du stock d'étrangers au Chili en 2002 (Martínez Pizarro, 2003b, p. 16). Entre 1982 et 2002, le nombre de résidents étrangers permanents passe de 83 805 à 195 320, montrant nettement l'ouverture du pays à l'immigration. Ce dernier chiffre, en termes absolus, révèle qu'en 2002, le nombre d'étrangers présents au Chili est le plus élevé depuis l'Indépendance du pays.

Si des universitaires (Mella & Stohere, 1999) parlent alors déjà du Chili comme un pôle d'attraction migratoire - propos relayés dans les médias qui mentionnent une vague ou une invasion migratoire - , Martínez Pizarro (2003b) rappelle cependant que ce chiffre ne correspond qu'à 1,2% de la population chilienne. Il estime que cela ne permet pas de dire que le Chili est un « pays d'immigration », et précise qu'en 2002, le nombre de Chiliens à l'étranger est plus important que le nombre d'étrangers au Chili. En 2003, il considère également qu'il n'est pas possible de prédire l'augmentation de cette croissance dans les années à venir (p.54). Or, par la suite, les chiffres soulignent que la croissance de la présence étrangère au Chili se maintient et se renforce même : les estimations réalisées par le *Departamento de Extranjería y Migración* montrent qu'il y aurait 410 988 étrangers au Chili en 2014, ce qui correspond à 2,3% de la population chilienne⁶¹.

Figure 5.1. Étrangers au Chili : 1960-2014

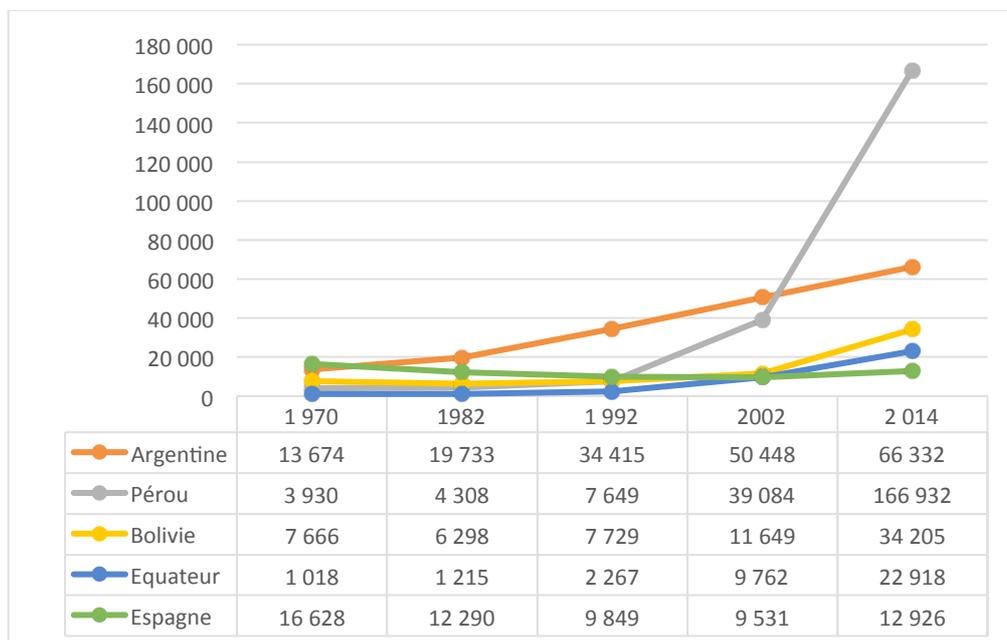
⁶¹ Ces chiffres excluent les personnes en situation irrégulière et celles qui disposent d'un permis de séjour temporaire (ces dernières sont estimées à 140 000 en 2014) (Departamento de Extranjería y Migración, 2016).



Sources : Pour les années 1960 et 1970, Cano Christiny, Construcci, & Martinez Pizarro (2009, p. 12) ; de 1982 à 2014, *Departamento de Extranjería y Migración* (2016, p. 21)⁶².
Élaboration personnelle.

⁶² Les données produites par le *Departamento de Extranjería y Migración* (DEM) reposent sur les recensements produits par l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE) pour les années 1982, 1992 et 2002, puis sur des estimations calculées à partir du nombre d'étrangers recensés en 2002 par l'INE associé aux nombres de titres de séjour définitifs attribués par le DEM. Concernant l'année 2002, le chiffre généralement repris par les chercheurs est celui des analyses du recensement produites par Martínez Pizarro (2003b), de 184 484 personnes; ce chiffre se distingue de celui proposé par le DEM en 2016 que nous avons choisi de reproduire ici, pour des questions de cohérence.

Figure 5.2. Population étrangère au Chili, selon les cinq principaux pays de naissance : 1970-2014



Sources : Pour les années 1970 à 2002 : données issues des recensements et traitées par Cano Christiny, Construcci, & Martínez Pizarro (2009, p. 16); pour l'année 2014, estimations réalisées par le *Departamento de Extranjería y Migración* (2014). Élaboration personnelle.

Cette période de forte croissance de l'immigration, qui se poursuit jusqu'à l'actualité, présente également, depuis la fin de la décennie 2000, une dimension nouvelle qui est celle de la diversification des pays de naissance des étrangers qui résident au Chili. Si les étrangers nés au Pérou, en Bolivie et en Argentine continuent à être plus nombreux chaque année, d'autres, issus de pays latino-américains et caribéens, comme la Colombie, l'Equateur, le Venezuela, la République Dominicaine et Haïti viennent grossir fortement les stocks et les flux migratoires du Chili. En 2014, le stock des étrangers résidant au Chili provient à 74,9% d'Amérique Latine (pour 70% en 2000) et à 3,3% des Caraïbes (Departamento de Extranjería y Migración, 2016).

La forte croissance de l'immigration associée à la diversification et à la régionalisation des pays de naissance des étrangers permet de distinguer une deuxième phase de ces « nouvelles migrations » connues par le Chili après la dictature, qui débute au milieu des années 2000 et se prolonge jusqu'à aujourd'hui.

Les chiffres exposés jusqu'à présent concernent les stocks de migrants et ne prennent en considération que les étrangers recensés auxquels sont ajoutés les étrangers ayant obtenu un titre de séjour définitif. Ils laissent donc de côté non seulement les personnes en situation irrégulière, mais aussi celles qui disposent d'un titre de séjour temporaire de courte durée (voir tableau 5.1. Titres de séjour). Les chiffres qui indiquent le nombre de titres de séjour délivrés par année et par nationalité permettent de préciser les flux migratoires que reçoit le Chili (voir figure 5.3).

Tableau 5.1. Titres de séjour délivrés par le *Departamento de Extranjería y Migración*

<i>Type de visa</i>		<i>Description générale</i>
<i>Tourisme</i>		Destiné aux étrangers qui entrent au Chili à des fins vacancières, sportives, religieuses, de santé, d'études, d'affaires, sans objectif d'immigration, de résidence ou de développement d'activités rémunérées. Durée du visa : 90 jours. Prolongation possible de 90 jours (payant). Documentation nécessaire : Passeport (sauf si accord entre pays : Accord Chili-Pérou, 2005 et Accord Chili-Bolivia, 2005 : entrée avec cartes d'identité nationale).
<i>Titres de séjour à caractère temporaire</i>	<i>Sujet à contrat de travail</i>	<p>Destiné aux étrangers qui viennent au Chili dans le but d'honorer un contrat de travail. Le visa prend fin lorsqu'une des parties met fin au contrat ; la personne dispose alors de 30 jours pour présenter une nouvelle sollicitude de visa, accompagnée d'une attestation de fin de contrat et d'un nouveau contrat de travail. Sur le contrat de travail, l'employeur doit s'engager à payer le billet de retour au pays de l'employé et de sa famille.</p> <p>Ce visa peut être attribué aux conjoints, enfants et parents en qualité de « dépendant ». Il ne leur donne pas le droit de travailler au Chili. Visa valide deux années ; possibilité de prolongement pour deux périodes de deux ans.</p> <p>Après deux années de visa Sujet à Contrat de travail, possibilité de demander le visa de Séjour définitif.</p>
	<i>Temporaire</i>	<p>Destiné aux étrangers ayant comme objectif de s'installer au Chili et qui justifient des liens de famille ou des intérêts dans le pays et dont la résidence est estimée utile et avantageuse.</p> <p>Il offre la possibilité de réaliser tous types d'activités, sans plus de limitations que celles établies par la loi. Ce visa ne dépend pas de la possession d'un contrat de travail.</p> <p>Ce visa peut être attribué aux conjoints, enfants et parents en qualité de « dépendant ». Il ne leur donne pas le droit de travailler au Chili. Visa d'une période d'un an, renouvelable jusqu'à deux ans de résidence. Après une année avec ce visa, il est possible de solliciter un visa de Permanence définitive ; après deux années de Résidence temporaire, obligation de demander la Permanence définitive ou de quitter le pays.</p> <p>Il existe différents types de visas temporaires : pour étranger ayant un lien avec un chilien ; pour fils d'étranger « de passage » ; pour lien avec un étranger possesseur d'un visa de Permanence définitive ; pour anciens résidents du Chili ; pour religieux ; pour retraités ; pour investisseurs ou commerçants ; pour des « professionnels » (techniciens supérieurs, plus de deux contrats de travail, journalistes) ; pour femmes enceintes et pour traitement médical ; pour des citoyens de pays appartenant au Mercosur (Argentine, Bolivie, Brésil, Paraguay, Uruguay).</p> <p>Depuis février 2015, un titre de séjour Temporaire pour des raisons de travail est délivré. Il est une alternative au visa Sujet à contrat. Le visa pour « Union civile » est créé à la même date et reconnaît les unions légales hors mariage célébrés à l'étranger, même pour des couples de même sexe.</p>
	<i>Étudiant</i>	Destiné aux étrangers venant dans le but d'étudier dans des établissements étatiques ou privés reconnus par l'État. Visa valable une année et renouvelable jusqu'à la fin des études. Activités rémunérées non permises, sauf autorisation spéciale. Possibilité de demander le permis de Séjour définitif après deux années.

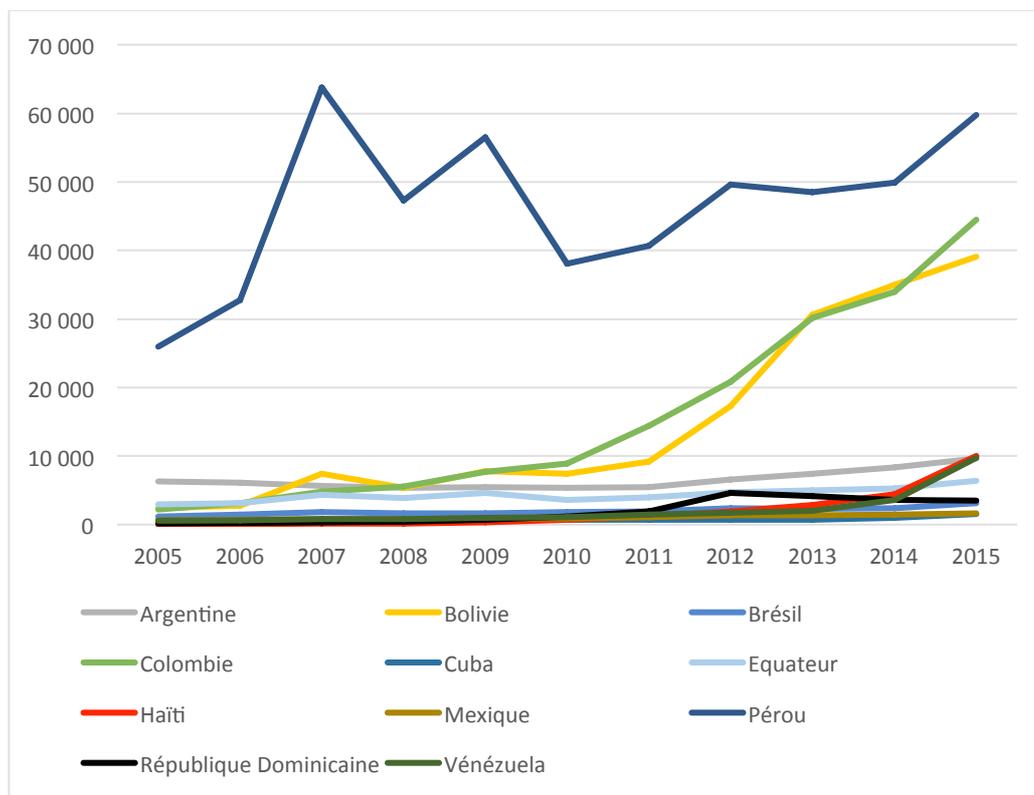
	Immigrant	Catégorie datant du <i>Decreto con Fuerza de Ley n°69</i> de 1953. Autorise un séjour dans le pays sans limite de temps. Délivré par les Consulats du Chili à l'étranger. Autorise la réalisation de toutes activités licites, notamment de colonisation agricole ou industrielle. Cette catégorie est cependant considérée obsolète et n'est plus délivrée.
	Officiel	Membres de corps diplomatiques ou consulaires accrédités par le gouvernement et les organismes internationaux reconnus par le Chili ; ainsi que pour sa famille et le personnel dépendant. Visa de la durée de la mission officielle.
	Membres d'équipage	Visa pour les étrangers composant les équipes de transports internationaux de passagers ou de marchandises (bateaux, avions, véhicules de transports terrestre). Permet la résidence régulière dans le pays pour au maximum 30 jours. Une autorisation spéciale peut être demandée pour un temps plus long.
	<i>Titre de Séjour définitif (Permanencia definitiva)</i>	Étrangers pouvant résider indéfiniment dans le pays et pouvant réaliser tous types d'activités licites. Ce visa peut être sollicité après une année en possession d'un titre de séjour Temporaire, ou de deux années de visa Sujet à contrat de travail. Accès à des bénéfices sociaux.
	<i>Asile politique ou réfugiés</i>	

Plusieurs dynamiques s'observent grâce aux chiffres sur les titres de séjour délivrés chaque année selon les nationalités (voir figure 5.3). Tout d'abord, les titres de séjour délivrés à des Péruviens se distinguent pour être de loin les plus importants jusqu'à aujourd'hui. Le chiffre très élevé en 2007 (63 816) provient d'une régularisation massive des étrangers irréguliers qui a eu lieu entre octobre 2007 et février 2008. Un titre de séjour temporaire a d'abord été délivré aux personnes en faisant la demande ; si après une année, ils avaient pu obtenir un contrat de travail, ils pouvaient alors solliciter un titre de séjour définitif. Ces derniers expliquent le deuxième pic en 2009.

Ensuite, les titres de séjour obtenus par des Argentins et des Équatoriens connaissent une augmentation relativement douce durant ces neuf années tout en restant assez élevés. Les chiffres concernant les Colombiens et les Boliviens sont remarquables de par l'amplitude de leur croissance, notamment à partir de 2010. En effet, le nombre de titres de séjour délivrés en 2005 est de 2 420 pour les Boliviens et 2 180 pour les Colombiens. En 2010, ils sont respectivement 7 425 et 8 921, et en 2014, ils passent à 34 979 et 33.940. En 2015, les chiffres maintiennent leur croissance mais les titres de séjour délivrés à des Colombiens (44 538) sont plus importants que ceux délivrés à des Boliviens (39 126).

Enfin, une dernière dynamique correspond à la présence nouvelle de migrants originaires de pays jusqu'ici très peu représentés parmi les étrangers installés au Chili, à savoir, du Brésil, de Cuba, d'Haïti, du Mexique, de la République dominicaine et du Venezuela. Bien que leur nombre (en 2014 : 2 407 du Brésil, 948 de Cuba, 4 407 d'Haïti, 1 458 du Mexique, et 3 602 de République Dominicaine et 3 557 du Venezuela ; et pour 2015 respectivement : 3 109, 1 559, 10 071, 1 608, 3 518 et 9 730) n'atteint pas une amplitude aussi importante que ceux des Péruviens, des Boliviens et des Colombiens, trois pays d'origine se distinguent par leur croissance rapide et importante à partir de 2010, à savoir : la République dominicaine, Haïti et le Venezuela. Le tableau 5.2 ci-dessous montre le taux de variation entre 2010 et 2015 du nombre de visas délivrés par pays. Il révèle bien que les Haïtiens, les Vénézuéliens, les Boliviens, les Colombiens et les Dominicains sont ceux dont la croissance est la plus élevée entre 2010 et 2015.

Figure 5.3. Titres de séjour temporaires et définitifs délivrés chaque année par nationalité. 2005-2015



Sources : *Departamento de Extranjería y Migración*. Elaboration personnelle.

Le nombre de titres de séjour délivrés à des Dominicains présente une diminution à partir de 2012 : cette diminution provient d’une modification des conditions d’entrées légales dans le pays. À partir de cette date, les Dominicains doivent disposer d’un visa consulaire avant leur entrée sur le territoire. Aussi, la diminution du nombre de visas délivrés ne reflète pas une diminution de cette migration, mais un changement administratif et légal. Le DEM estime que cette mesure a simplement augmenté le nombre d’entrées clandestines de Dominicains (Departamento de Extranjería y Migración, 2017).

Tableau 5.2. Taux de variation du nombre de titres de séjour obtenus par nationalité

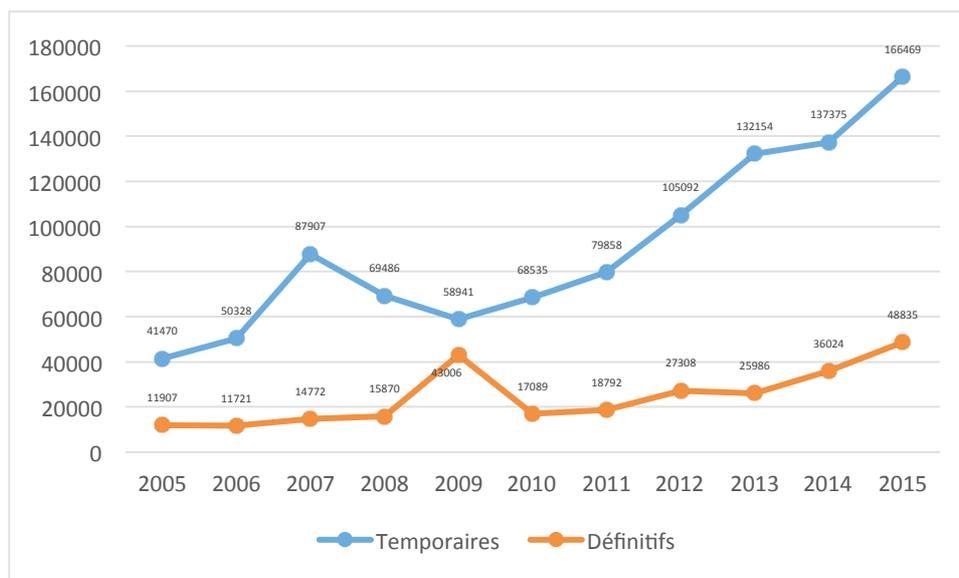
	2005-2010	2010-2014	2013-2014	2014-2015	2010-2015
<i>Pérou</i>	146,51	131,19	102,86	119,76	157,11
<i>Brésil</i>	156,63	132,25	106,88	129,16	170,82
<i>Mexique</i>	153,09	159,00	107,44	110,29	175,35
<i>Equateur</i>	122,52	146,54	106,35	120,06	175,93
<i>Argentine</i>	85,90	155,20	112,25	115,05	178,56
<i>Cuba</i>	111,30	128,28	128,11	164,45	210,96
<i>République Dominicaine</i>	668,60	313,30	87,54	97,64	305,91
<i>Colombie</i>	409,22	380,45	112,61	131,23	499,25
<i>Bolivie</i>	306,82	471,10	114,27	111,86	526,95
<i>Venezuela</i>	192,24	326,33	176,53	273,55	892,66
<i>Haïti</i>	6183,33	593,94	153,66	228,52	1357,28

Sources : *Departamento de Extranjería y Migración*. Élaboration personnelle.

Par ailleurs, le nombre de titres de séjour délivrés à des Vénézuéliens augmente fortement en 2014 (avec 3 557 visas temporaires et définitifs) et très fortement en 2015 (9.730), en raison de la crise économique et politique qui touche le pays.

Il est intéressant également d'observer les types de visas obtenus selon les années (voir figure 5.4), car ceux-ci sont révélateurs d'une installation de plus ou moins longue durée et de la précarité de la situation légale.

Figure 5.4. Nombre de visas temporaires et définitifs délivrés pour toutes les nationalités. 2005-2015



Sources : *Departamento de Extranjería y Migración*. Élaboration personnelle.

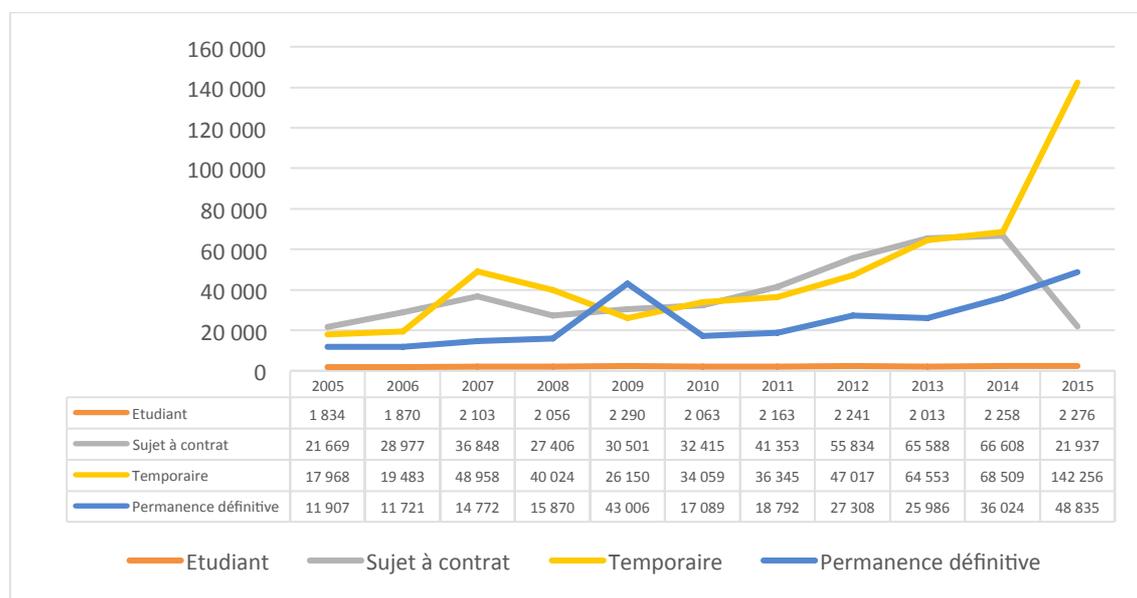
Les titres de séjour définitifs délivrés au Chili ont quadruplé en passant de 11 907 en 2005 à 48 835 en 2015. Les titres de séjour de caractère temporaire, qui regroupent les visas Sujets à contrat, les visas Temporaires de différentes catégories et les titres de séjour Étudiant, ont eux aussi été multiplié par quatre. En 2005, 41 470 titres de séjour de caractère temporaire sont délivrés, pour 68 535 en 2010 et 166 469 en 2015. Les courbes révèlent la croissance plus rapide du nombre de visas délivrés à partir de 2010, notamment en ce qui concerne les visas à caractère temporaire. Ces derniers reflètent, comme nous l'avons dit auparavant, soit des migrations de caractère temporaire, soit une première phase d'installation, avant de faire la demande de visas de permanence définitive, qui montrent une résidence de plus longue durée. La croissance plus rapide à partir de 2013 du nombre de titres de séjour définitifs délivrés pourrait correspondre à l'augmentation dès 2010 des visas à caractère temporaire (il faut en effet, un ou deux ans avec un visa temporaire pour pouvoir demander un visa définitif). Les deux pics en 2007 pour les visas temporaires et en 2009 pour les visas définitifs correspondent, comme signalé auparavant, à un processus de régularisation massive des personnes en situation irrégulière. L'obtention d'un visa temporaire en 2007 pouvait déboucher sur celle d'un visa définitif une ou deux années plus tard si les conditions étaient remplies.

Les titres de séjour définitifs sont majoritairement délivrés à des femmes (53,5% en 2014). Par ailleurs, les Péruviens ne représentent plus que 28% des visas définitifs accordés en 2014, avec 10 246 visas, pour 38,3% en 2005. Les Boliviens et les Colombiens présentent une augmentation importante du nombre de visas définitifs qu'ils obtiennent. Ils sont respectivement 21% et 16% du total de visas définitifs délivrés en 2014, pour 4,6% et 3,4%

en 2005. Les Boliviens obtiennent en effet 7 623 visas de la sorte en 2014 et les Colombiens 5 842. Il est également pertinent de mentionner que pour les migrations les plus récentes, à savoir depuis la Colombie, Haïti et la République Dominicaine, le taux de visas définitifs parmi le nombre de visas total délivré par nationalité est inférieur aux taux obtenus par les migrations plus anciennes. Aussi, les titres de séjour définitifs correspondent à 17,29% des visas obtenus par les Haïtiens en 2014 (soit 6,44% en 2010) et à 17,06% pour les Colombiens. L'année 2014 montre un taux très élevé de visas définitifs délivrés à des Dominicains (29,56%) qui s'explique par la très forte délivrance de visas temporaires les années précédentes à 2014 suivie d'une diminution de ces derniers dès 2013. Alors que le nombre de personnes qui sont en condition de demander un visa définitif augmente, les demandes de visas temporaires diminuent. Pourtant, jusqu'en 2013, le nombre de visas définitifs délivrés à des Dominicains suit les tendances des nouvelles migrations en forte augmentation, avec un taux de visas définitifs de 11,11% en 2013.

Si les visas Etudiants restent stables entre 2005 et 2015, les visas Temporaires et Sujets à contrat augmentent rapidement et de manière relativement similaire jusqu'en 2014. L'année 2015 montre une transformation des types de visa de caractère temporaire délivrés : une modification importante a été effectuée dans les catégories de visas. Si le visa Sujet à contrat continue d'exister, un nouveau visa Temporaire pour raison de travail est mis en place depuis le 26 février 2015. Il transforme légèrement les conditions d'obtention, réduisant quelque peu la précarité des porteurs de ce statut (voir tableau 5.1. Titres de séjour). Les personnes qui demandaient jusqu'alors le visa Sujet à contrat demandent désormais pour la majorité le visa temporaire pour raison de travail, dont les conditions d'obtention sont moins restrictives.

Figure 5.5. Titres de séjour délivrés pour toutes les nationalités, par types. 2005-2015



Sources : *Departamento de Extranjería y Migración*, <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. Elaboration personnelle.

Contrairement à l'ensemble des autres visas, le visa Sujet à contrat se masculinise. En 2005, 56% des porteurs de ce visa sont des femmes ; en 2014, il est à 53,8% délivré à des hommes. S'il est à 70% délivré en Région métropolitaine, ce chiffre a baissé depuis 2005 (80,1%), face à l'augmentation du nombre de visas Sujet à contrat délivrés dans le nord du pays et notamment dans la région d'Antofagasta où sont désormais délivrés 12,8% de ces visas (pour 4,9% en 2005). Le plus grand nombre de bénéficiaires masculins et la plus

importante part de visas délivrés dans le nord sont les résultats des migrations très récentes en provenance de pays du nord de l'Amérique latine et des Caraïbes. Les Péruviens demeurent les destinataires majoritaires de ce visa (29 063 visas Sujet à contrat en 2014), cependant, ils représentent une part beaucoup moins importante en 2014, avec 44 % des visas Sujet à contrat, qu'en 2005 (71,7%). Ils se font notamment rattraper par les Colombiens qui obtiennent 32% de ces visas en 2014 avec 21 123 titres de séjour Sujet à contrat délivrés, pour seulement 3,1% en 2005 (avec 658 visas délivrés). Les migrants originaires de pays « émergents » au Chili obtiennent une part plus importante de ce type de visa, soit 4% pour les Haïtiens (avec 2 878 visas Sujet à contrat) et 3% pour les Dominicains (1 862). Il importe aussi de noter que le visa Sujet à contrat est le titre de séjour le plus délivré en 2014 aux Péruviens (58,2% des visas délivrés à des Péruviens), aux Colombiens (62,2%), aux Haïtiens (65,3%) et aux Dominicains (45,4%), ce qui révèle à la fois l'importance du travail dans leur migration, mais aussi dans leur insertion dans la société chilienne. La précarité qu'entraîne ce visa, en ce qu'il « assujettit » le migrant à son contrat de travail (et le pousse, pour le conserver à supporter des conditions de travail parfois difficiles), apparaît comme une condition pour un grand nombre de migrants latino-américains au Chili.

Le visa Temporaire, selon ces différentes catégories, est délivré à 51,7% à des femmes en 2014. Son nombre a presque quadruplé en neuf ans. 48,5% de ces visas sont délivrés dans la Région métropolitaine, pour 16,9% dans la région d'Antofagasta et 10,4% dans celle de Tarapaca. Ce visa inclut notamment le Visa Mercosur, délivré aux ressortissants des pays inclus dans le traité Mercosur, à savoir l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Paraguay et l'Uruguay. Cela explique la forte obtention de ces visas par les Boliviens (soit 40% des visas temporaires délivrés en 2014). Ces derniers ont accès à ce visa depuis 2010 ; en 2014, ils obtiennent 27 168 visas temporaires, soit 77,66 % de l'ensemble des visas délivrés aux Boliviens.

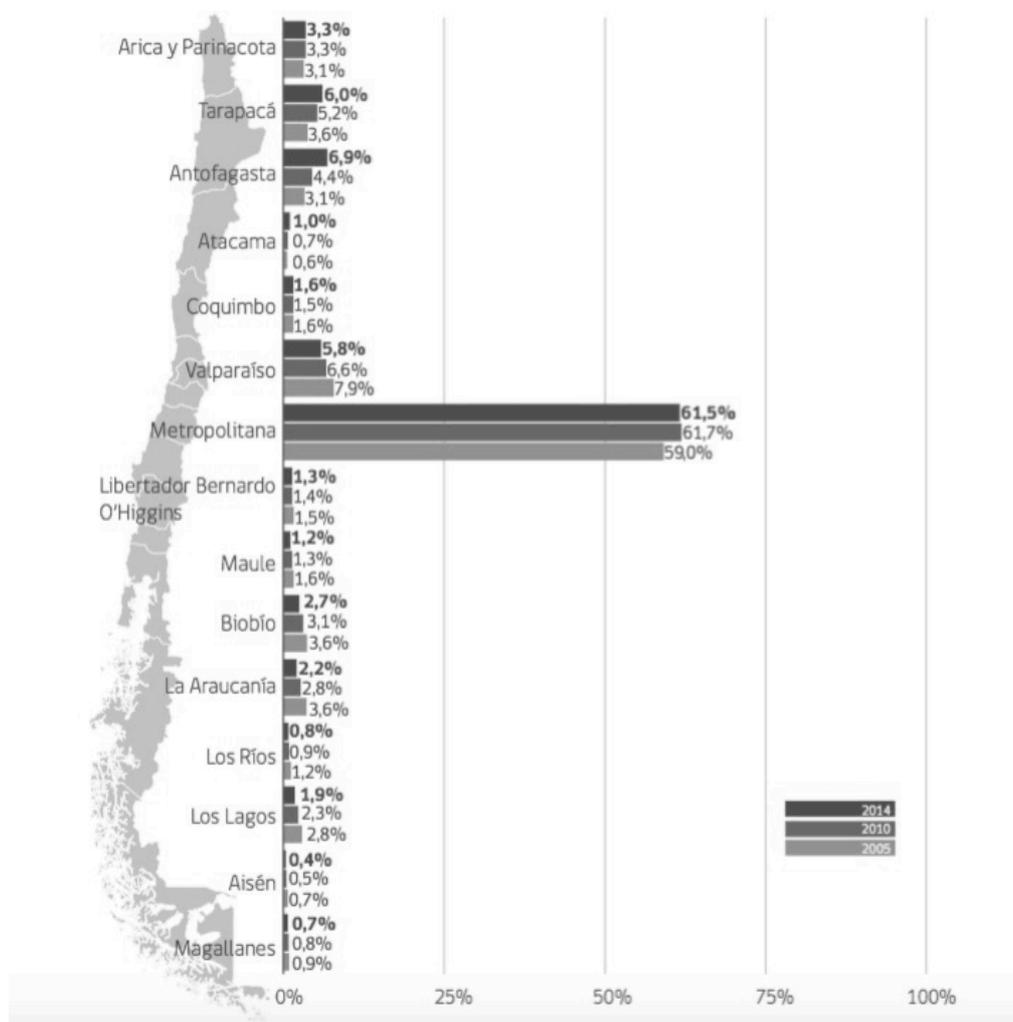
Il est donc possible d'observer des dynamiques particulières concernant les types de visas délivrés par nationalité, selon le caractère plus ou moins récent et plus ou moins fort des migrations. Ces dynamiques dépendent également des accords de circulation entre les pays (comme entre les pays du Mercosur), des stratégies migratoires des personnes, mais également de l'application de la législation variable selon les lieux, les périodes et les fonctionnaires.

Concernant la répartition territoriale des étrangers au Chili, la Région métropolitaine et les Régions du nord du pays sont celles qui reçoivent le plus de migrants, en termes absolus, comme en pourcentage par rapport à la population totale régionale. Aussi, les estimations sur les stocks de population en 2014 indiquent que 61,7% des étrangers résident dans la Région Métropolitaine et 5,8% dans la région voisine de Valparaíso. Les trois régions les plus au Nord du pays concentrent 3,3% du stock des étrangers dans la Région de Arica y Parinacota, 6% dans la Région de Tarapacá et 6,9% dans celle d'Antofagasta en 2014, ce qui présente une augmentation depuis 2005 (respectivement, 3,1%, 3,6% et 3,1%). Ces trois régions sont surtout celles qui présentent les pourcentages les plus élevés de population étrangère en comparaison aux populations totales des régions. En effet, en 2014, le stock des étrangers représente 5,8% de la population de la Région Arica y Parinacota (pour 3,2% en 2005), 7,4% à Tarapaca (pour 2,9% en 2005), et 4,6% à Antofagasta (1,2% en 2005). En comparaison, le stock de migrants de la Région Métropolitaine (soit 61,5% des étrangers en 2014) correspond seulement à 3,5% de la population de la région, pour 1,9% en 2005. Les régions du Nord ont donc connu une augmentation importante de la population étrangère en leur sein. Leurs positions frontalières avec le Pérou et la Bolivie, ainsi que leurs besoins de main-d'œuvre notamment dans l'industrie minière expliquent l'attractivité de ces régions. Ce sont principalement des

Péruviens et des Boliviens qui s'installent dans ces régions, mais aussi des Argentins et de manière croissante, des Colombiens. La Région Métropolitaine quant à elle compte en 2014, 254 403 étrangers, pour 126 264 en 2005. Il est intéressant de noter que cette Région, dans laquelle se situe Santiago du Chili, la capitale, concentre à elle seule 39,6% de la population totale du pays en 2015, chiffre qui augmente en ce qui concerne la seule population étrangère avec 61,5% du stock des étrangers.

Enfin, une dernière indication peut être donnée sur la composition par âge des migrants au Chili. Tant dans le stock des étrangers installés au Chili, que dans les flux les plus récents, les tranches d'âge 20-35 ans sont majoritaires. En 2014, les estimations sur le stock d'étrangers (Departamento de Extranjería y Migración, 2016) au Chili considèrent que 43,3% de cette population a entre 20 et 35 ans. 22,2% correspond au 36-50, soit 65,5% de cette population serait en âge de travailler. Ces chiffres augmentent concernant la composition des visas de Permanences Définitives, avec 50,8% des visas pour les 20-35 ans, et 25,1% pour les 36-50 ans, pour les visas temporaires 56,5% et 18,8% ; et pour les visas Sujet à Contrat 53,7% et 25,8%. Cette composition par âge, fait dire aux démographes (Martínez Pizarro, 2003b) et au DEM (2016) que les migrations post-dictature vers le Chili sont des migrations économiques, liées à un marché du travail qui s'internationalise et se régionalise et à la recherche au travers de la migration de conditions de vie plus favorables pour ceux qui décident de migrer au Chili.

Figure 5.6. Répartition des étrangers par région. 2005-2014



Sources et réalisation : *Departamento de Extranjería y Migración* (2016, p. 25).

Les différents chiffres présentés dressent un panorama des dynamiques migratoires vers le Chili, des caractéristiques par nationalité, sexe, âge des populations migrantes, ainsi que la composition des types de visa délivrés et la répartition territoriale à échelle du pays, depuis la fin de la dictature jusqu'à l'actualité. Ils mettent en évidence les transformations de ces dynamiques et des caractéristiques de la population étrangère qui s'installe au Chili dès le début des années 1990 puis vers la fin des années 2000. La réouverture des frontières du pays à la fin de la dictature avait conduit à redynamiser les migrations depuis les pays voisins du Chili ; mais depuis la fin des années 2000, il est possible d'observer une très forte croissance des flux migratoires et une diversification des pays d'origine des migrants. La stabilité de la situation politique chilienne, ses réussites économiques, l'intensification des circulations au sein de la région latino-américaine qui ont favorisé le développement d'un marché du travail international et surtout régional, mais aussi la fermeture des frontières dans les pays d'immigration traditionnelle sont différentes raisons qui expliquent la croissance de l'immigration au Chili en provenance de divers pays d'Amérique du Sud et des Caraïbes.

Le *Departamento de Extranjería y Migración* commente ces dynamiques en expliquant : « Cette situation montre une diversification du flux migratoire, pas seulement en ce qui concerne la nouvelle carte de la migration au Chili, qui s'étend au-delà de la région sud-américaine, mais aussi en ce qu'elle implique un changement plus profond des modèles socioculturels et idiomatiques. Ces changements apportent une complexification de notre structure migratoire institutionnelle et une nécessité de générer un travail en commun à échelles étatique, des universités, des entrepreneurs et principalement, de la société civile »* (2016, p. 29).

Au-delà du plus grand nombre de migrants résidant actuellement au Chili, ces dynamiques présentent différentes « nouveautés » au sein de la société chilienne. Parmi les flux les plus récents, viennent au Chili des populations qui présentent des « marques » qui les positionnent en « autres » dans la société chilienne. Couleurs de peau, langues, cultures : plusieurs caractéristiques leur sont attribuées qui les situent dans une altérité encore plus importante que les migrants venant des pays voisins avec qui avait redémarré l'immigration au Chili à la fin de la dictature. Les Haïtiens, les Colombiens et les Dominicains incarnent ces nouvelles figures de l'immigration au Chili. Leur altérité, marquée sur leurs corps, dans leurs accents et dans leurs gestes, leur confère une visibilité sociale inédite dans la société chilienne.

5.3. Conclusion du chapitre

Le retour à la démocratie de la société chilienne n'a pas amené les transformations sociales qu'une partie de la population espérait trouver à la fin du régime militaire. Les bons résultats économiques de ce modèle néolibéral (le « miracle chilien ») et le pouvoir politique de l'élite économique ainsi que l'appareil d'État pensé sous la dictature ont conduit à maintenir cet ordre économique, voire à renforcer certains de ces mécanismes. Or, ce modèle a à la fois déstructuré l'organisation sociale de la société d'avant 1973 pour restructurer la société selon des formes profondément inégalitaires. Alors que la participation politique des populations extérieures à l'élite est limitée, différents mécanismes assurent la reproduction de cette structure sociale ségréguée. L'idéologie du mérite individuel pour une réussite sociale permettant d'avoir accès à un fort pouvoir d'achat domine encore aujourd'hui la société chilienne. Elle s'associe à une conception des droits sociaux comme des droits individuels d'accès à des services que chacun doit assurer pour lui-même. La solidarité est d'ordre familial et n'est pas attendue de l'ensemble sociétal. L'État ne doit pas assurer des biens collectifs mais garantir aux individus leur accès au marché des services. Le contrat social chilien repose plutôt sur l'idée de liberté individuelle

où chacun est libre d'assurer les conditions de son existence comme il le souhaite. Cette idéologie masque clairement les différents mécanismes qui donnent à chacun des chances inégales d'assurer ses conditions d'existence.

Pourtant, depuis la fin des années 2000, des mouvements sociaux dénoncent les inégalités qu'ils observent et réclament des transformations sociales, notamment auprès de l'État. Bien que des enquêtes révèlent que les Chiliens ont des difficultés à imaginer une collectivisation des biens (comme de rendre l'État garant d'un accès universel et égalitaire à des soins ou à l'éducation), ces mouvements révèlent une politisation de la population, une mise en doute des discours hégémoniques sur la forme de société et sur le récit et projet de Nation et réclament des interventions de l'État.

Parmi les mécanismes à l'origine de ces mouvements sociaux et des questionnements sur le modèle de société voulue, les migrations contemporaines semblent jouer un rôle moteur. La forte croissance de l'immigration ainsi que la diversification des pays d'origine des migrants qui s'observe depuis la fin des années 2000 pousse selon moi la société chilienne à s'interroger sur elle-même. C'est notamment la visibilité sociale de ces migrations récentes qui souligne et rend visible les transformations actuelles de la société chilienne, mais qui pousse aussi la société à s'interroger sur son Histoire et sur la définition d'elle-même. Cette visibilité, au-delà du nombre croissant des migrants, vient aussi de la visibilité des migrants noirs, provenant des pays caribéens comme la Colombie, Haïti, la République Dominicaine ou encore le Venezuela. Afro-descendants, la couleur de leur peau marquée d'une altérité radicale par l'idéologie coloniale et étatique-nationale persistante, surgit dans l'espace social chilien. Dans une société qui s'est toujours pensée blanche et européenne, qui a effacé la présence des esclaves africains de son histoire et qui souffre encore de devoir reconnaître l'appartenance des peuples originaires à la Nation, l'apparition de ces corps noirs ne peut passer inaperçue. L'imaginaire associé à cette couleur de peau, à la *raza negra* qu'elle représente, est si inconsciemment présent dans cette société, que le surgissement de ces corps, non seulement rend visibles les migrations actuelles (de par la visibilité dans l'espace public), mais elle rend manifeste l'importance de l'idéologie raciste dans la construction et la structuration sociales de la société chilienne, et participe ainsi à repenser l'Histoire officielle du pays. Et cela d'autant plus que depuis le retour à la démocratie, cette Histoire officielle est questionnée par différents mouvements identitaires ou encore par des académiques qui soulèvent la diversité des groupes sociaux dans cette société voulue homogène (Bengoa, 2002).

La visibilité sociale de ces « nouvelles migrations » participe à faire de celles-ci un sujet de débats sociaux. En effet, différents acteurs sociaux, comme la presse, les associations et ONG, les églises, mais aussi l'académie et les institutions publiques portent un intérêt croissant pour les migrants ces dernières années. Ces acteurs sociaux construisent un débat politique, idéologique et moral pour définir les migrants, leur légitimité à appartenir à la société chilienne et les conditions de leur participation à celle-ci. Dans le chapitre suivant, il s'agit justement d'observer comment se construit la figure du Migrant dans l'actualité, ou, dit autrement, de se demander quels acteurs sociaux se saisissent du sujet, de quelle manière et en quels termes. De cette manière il sera possible d'identifier la construction idéologique derrière les représentations sociales qui touchent les migrants, lesquelles orientent, tant à échelle nationale qu'à échelle locale et interactionnelle le traitement fait aux personnes catégorisées comme telles.

Chapitre 6. PROCESSUS D'EMERGENCE SUR LA SCENE PUBLIQUE D'UN DEBAT SUR LES MIGRATIONS, LES MIGRANTS, LEURS DROITS ET DEVOIRS

Parallèlement à la croissance de l'immigration et à la diversification des flux migratoires, l'immigration au Chili a fait l'objet d'intérêt croissant, de réflexion, de discours, de prises de position d'un nombre toujours plus important d'acteurs. Ensemble, ils ont progressivement porté sur la scène publique un débat autour de l'immigration et en ont fait un problème social public (Gilbert & Henry, 2009). Progressivement visibilisés à travers des problématiques particulières comme l'accès à l'éducation des enfants migrants, la traite et le trafic de personnes, l'accès aux soins, les faux contrats de travail, la délinquance, les discriminations à la frontière ou dans les difficultés des institutions de service public à prendre en charge ces migrants, c'est finalement la nécessité d'une nouvelle législation migratoire qui fait consensus. Au programme des trois derniers gouvernements, la reconnaissance de l'urgence de cette nouvelle législation a cependant atteint son paroxysme sur la scène publique fin 2016 : alors que le gouvernement, qui avait travaillé depuis 2014 en consultant la société civile sur le contenu de cette nouvelle loi migratoire, annonce l'abandon de la présentation de cette loi pendant le mandat de Bachelet⁶³, l'opposition fait une proposition de loi et s'exprime dans la presse en associant migration et délinquance. Ces deux événements relancent et intensifient le débat sur la nécessité d'une législation et d'une politique migratoire, débat dans lequel interviennent avec grand bruit médiatique associations chiliennes ou de migrants, organisations, universitaires et sur lequel prend position tout un chacun⁶⁴ ; tant et si bien que la Présidente elle-même annonce très rapidement que la loi migratoire fait partie des priorités du restant de son mandat et qu'elle sera déposée à la Chambre des députés au plus vite⁶⁵. Le débat se poursuit et s'accroît alors sur le contenu de la loi : doit-elle reposer sur un contrôle strict et une grande sélectivité de l'immigration qui ne doit être acceptée qu'en raison de son apport économique et/ou civilisationnel pour le pays ? Doit-elle être définie avant tout pour permettre d'assurer le respect des Droits de l'Homme ? Doit-elle être axée sur la reconnaissance des diversités culturelles et de l'apport des migrants en la matière ?

La publicisation à laquelle est parvenue la question migratoire naît d'un processus de construction d'un problème auquel ont participé divers acteurs sociaux, sur la scène publique ou dans des espaces privés. Dans différents espaces sociaux, des acteurs, des groupes sociaux ont construit un point de vue sur la question, identifié des problèmes, signalé des situations comme problématiques, proposé des solutions ou des transformations et les ont fait valoir. La construction d'un problème correspond à une lutte entre différents acteurs autour des définitions de celui-ci et des manières de le résoudre. La légitimité des différents acteurs engagés, leur reconnaissance sociale, leur capacité à mobiliser des instruments et des outils de communication ainsi que les relations de pouvoir entre ces derniers et avec les pouvoirs publics donneront une portée plus ou moins importante aux définitions, valeurs, idées qu'ils défendent. Devenu public, faisant l'objet de l'attention des autorités, le débat se maintient, légitimant certains acteurs, ouvrant de

⁶³ <http://www.tarapacaonline.cl/2016/11/28/jefe-de-extranjeria-y-migracion-reconoce-que-no-habra-nueva-ley-en-este-gobierno/> consulté le 29 novembre 2016.

⁶⁴ L'observation des réactions aux articles de presse, ou encore des publications sur les réseaux sociaux montrent que des personnes extérieures aux associations, organisations, institutions spécialisées sur les migrations et sujets proches, relayent des informations, s'immiscent dans le débat et prennent position.

⁶⁵ <http://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2016/12/02/bachelet-anuncia-prioridad-a-ley-de-migracion-en-medio-del-debate-por-propuesta-de-chile-vamos.shtml> consulté le 3/12/2016.

nouveaux espaces de négociations, publics ou privés et permettant la construction de nouvelles définitions (Gilbert & Henry, 2009).

Dans ce chapitre, j'observe comment depuis le retour à la démocratie différents acteurs se sont saisis du sujet de l'immigration pour le construire en problème. Il s'agit d'identifier les acteurs clés, la manière dont ils se saisissent du sujet et dans quels espaces sociaux, en prenant soin de comprendre leurs relations avec les autres acteurs en jeu. Les événements qui ont joué un rôle important dans la formation de ce débat sont soulignés. De cette manière, il est possible de mettre en lumière comment se construisent les définitions sur les migrations, les figures des « autres » et notamment des migrants, leurs droits et leurs devoirs et finalement, leur légitimité sociale. La construction de ce débat, de cette lutte idéologique et politique, doit évidemment être comprise dans une histoire longue de traitement de la différence et de rapport aux « autres » (chapitre 4), de politiques publiques, de relations à l'international (de « globalisation » des flux de toutes sortes) et dans une structure sociale particulière à un moment donné (chapitre 5). Ensemble, ils participent à construire le cadre, le contexte social dans lequel s'organise la vie quotidienne des migrants, leurs conditions de vie, leur santé et leurs processus de soin.

La présentation de ce débat est réalisée selon un découpage en quatre temps. Ces quatre temps correspondent à quatre périodes chronologiques d'intensités différentes de l'immigration et du débat migratoire. La première correspond aux années 1990 et au retour de l'immigration ; la deuxième est celle des années 2000 où la migration se fait plus importante et plus visible et où l'intérêt pour le sujet naît dans différentes sphères sociales ; la troisième, de 2010 à 2013 est celle d'une intensification et d'une diversification des migrations qui assoit tant la visibilité de la présence des migrants que l'intérêt de ces différentes sphères et même la multiplication des acteurs qui se saisissent du sujet. Enfin, la dernière période, de 2014 à nos jours est celle d'un véritable engouement pour le sujet qui parvient à positionner la question migratoire en question sociale dans l'arène publique. Toutes ces années conduisent à une diversification des figures types des migrants auquel est associée une légitimité plus ou moins grande de participer à la société chilienne et à la construction d'une échelle de valeur sur laquelle sont positionnées ces catégories.

6.1. 1990-2000 : La réouverture à l'immigration au Chili

Le retour à la démocratie a non seulement conduit au retour d'exilés chiliens - sur lesquels portait l'attention des organisations religieuses préoccupées par les questions migratoires comme l'*Instituto Católico de Migración (Incami)*⁶⁶ ou la *Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (Fasic)*⁶⁷ -, mais a conduit à une réouverture à l'immigration, notamment depuis les pays voisins : Pérou, Argentine, Bolivie, Équateur. Si la présence des Argentins n'a pas été pensée comme un problème (ils se sont installés dans la société chilienne sans que cela

⁶⁶ Né en 1955 des consignes données par le Vatican, l'Incami avait comme objectif premier d'aider à l'installation et l'intégration au Chili des migrants européens fuyant les guerres et la misère, tout en développant un travail pastoral. Pendant la dictature, les interventions de l'Incami se sont recentrées autour des exilés et des émigrés chiliens à l'étranger. Son travail a consisté à maintenir le lien entre les émigrés/exilés et le Chili, ce pour quoi les réseaux catholiques furent mobilisés pour mener des actions ainsi que pour diffuser la revue *Migrante*, créée en 1975 et la *Carta de Chile* (de 1989 à 2003) destinés aux Chiliens à l'étranger. La question du retour des exilés est également abordée par l'Incami et rendue publique en 1989 avec un Séminaire sur le sujet. L'institut maintiendra son engagement sur la question du retour au Chili dans les années 1990. Voir : <http://incami.cl/Incami/historia/>, consulté le 13 décembre 2016.

⁶⁷ La *Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC)*, née en 1975 en reprenant le Conar (*Comite Nacional de Ayuda a Refugiados*), est une organisation œcuménique engagée pour la défense des Droits de l'Homme et inspirée de la perspective chrétienne de la libération et de la dignité des personnes⁶⁷. Tout comme l'Incami, son action a porté pendant la dictature sur le soutien des opposants, détenus et exilés, en apportant un soutien légal, social et de santé mentale. A la fin de la dictature, le retour des exilés a fait l'objet de leur travail. Seulement à partir de 2007 leur action s'est recentrée sur les migrations, et en particulier les demandeurs d'asile et les réfugiés. Voir : <http://fasic.cl/wp/historia-institucional/>, consulté le 13 décembre 2016.

ne soit perçu comme problématique), la venue des Péruviens a, elle, été remarquée et a fait l'objet d'attention, conduisant différents acteurs sociaux à leur porter intérêt.

Jusqu'en 1995, ce sont tout d'abord des réfugiés politiques péruviens qui sont venus au Chili (Luque Brazán, 2007, p. 131). L'État chilien n'était alors pas préparé à recevoir et protéger ces réfugiés et a délégué leur prise en charge au Haut Comité aux Réfugiés (HCR) en collaboration avec l'Incami. En 1992, l'Incami a signé un accord avec le HCR le rendant administrateur des programmes pour les réfugiés jusqu'en 2000⁶⁸. De cette manière, l'Incami a développé des liens avec la population réfugiée, puis progressivement avec les autres migrants péruviens qui commençaient à arriver fuyant la crise politique et économique que connaissait leur pays. L'Incami, administré par l'Ordre Scalabrini de la Paroisse italienne à Santiago, a ainsi repris un rôle central dans la gestion et le contact avec la population migrante et réfugiée, en leur donnant un caractère pastoral qui s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui.

En plus de ses programmes d'assistance sociale, de bourse de professionnalisation et d'étude pour les réfugiés, l'Incami ouvre en 1993 le centre d'hébergement *Hogar Scalabrini* à Macul dans le but de recevoir des familles réfugiées ou des migrants sans ressources.

L'Incami s'est ainsi positionné comme organisation de référence concernant la migration péruvienne, ce qui s'est renforcé à travers l'organisation annuelle depuis 1997 des *Jornadas Migratorias*. Ces journées de conférences qui rassemblent universitaires, parlementaires, membres du gouvernement, diplomates, autorités religieuses et des migrants et réfugiés sont devenues, d'après Luque (2007), le principal forum de discussion sur les migrations à cette époque. Cet auteur souligne que dans les premiers rassemblements, les organisations politiques des réfugiés péruviens restaient exclues de cet espace de discussion.

Les relations de l'Incami avec les associations péruviennes dans la décennie 1990 ont un ton particulier. Luque (2007), qui s'est intéressé à l'associativité des Péruviens au Chili, explique qu'en 1994, la première association de réfugiés péruviens, *Los amigos de la Vida*, voit le jour grâce au soutien de l'Incami et de la Paroisse Italienne. Cette association s'est vite politisée face aux événements ayant lieu au Pérou et les dirigeants en ont été écartés par les autorités paroissiales qui rebaptisèrent l'association *Comunidad Peruana Santa Rosa de Lima*, dont les activités devinrent principalement d'exercice catholique (Luque, 2007, p. 132). Cette dernière association, ainsi que la *Hermanidad del Señor de los Milagros*, créée également dans cette paroisse et à vocation catholique, sont les associations péruviennes de référence des années 1990. La Paroisse italienne est progressivement devenue le centre des célébrations péruviennes, catholiques ou civiques, lesquelles ont été légitimées par l'Ambassade du Pérou.

À partir de 1995, d'autres associations péruviennes voient le jour, essayant de se soustraire à l'influence de l'Incami et de l'Ordre Scalabrini. Naissent alors le *Comité de Refugiados Políticos Peruanos en Chile*, la *Casa Andina de Solidaridad* y la *Asociación de Inmigrantes por la Integración Latinoamericana y del Caribe* (Apila), associations politisées de petites tailles ayant de forts liens avec les organisations chiliennes des droits de l'homme. Les deux premières associations furent très actives dans la dénonciation des violations des droits au Pérou et ont relayé au Chili leurs revendications à travers des manifestations et des instances de discussion au sein d'universités. La *Casa Andina de la Solidaridad* cesse de fonctionner en 1997 et ses membres créèrent deux associations : *Movimiento 22 de abril*, qui poursuit les revendications et dénonciations face à la situation politique au Pérou, et le *Programa Andino para la Dignidad Humana* (Proandes). Cette dernière association, encore existante, a mis en

⁶⁸ Voir : <http://incami.cl/incami/historia/>, consulté le 13 décembre 2016.

place des actions pour la promotion des droits sociaux et économiques des migrants péruviens au Chili.

À partir de 1998, alors que la crise économique au Pérou liée au changement du modèle économique (et à la crise globale) est à son apogée, l'arrivée de migrants péruviens non réfugiés politiques augmente à un rythme soutenu. Les Péruviens passent de 3 709 en 1997 à 26 061 en 1998 (Stefoni, 2003, p. 56). Leur présence est facilitée par quelques transformations législatives au Chili qui permettent un accès plus facile au pays, notamment en qualité de touristes. Rapidement, dès la fin des années 1990, la présence péruvienne est devenue visible, et ce, notamment à cause de la concentration résidentielle puis commerciale des Péruviens dans le centre de Santiago, que la population chilienne avait quitté en faveur des périphéries. La *Plaza de Armas* de Santiago, centre historique de la ville, lieu de rencontre, de sociabilité et d'échange d'informations de la communauté péruvienne, est témoin de l'appropriation de l'espace par les migrants. Cette visibilité est portée en particulier par les médias qui fomentent l'idée d'une invasion péruvienne, et qui produisent et reproduisent des discours stéréotypés, discriminatoires et racistes sur ces derniers. Largement nourris par l'histoire des guerres entre les deux pays, par l'image du Chili sur lui-même comme pays blanc, distinct et supérieur de ses voisins *indígenas*, mais également par la crise économique connue aussi par le Chili, les représentations qui se développent à la fin des années 1990 et début des années 2000 construisent les Péruviens comme un groupe autre, uniforme, inférieur et responsable des problèmes de chômage du pays. Invasion, pauvreté, illégalité, délinquance, marginalité sont dans la presse les mots-clés en référence aux Péruviens du Chili. Ils sont également associés aux services domestiques et les médias leur accordent uniformément une meilleure éducation et une excellente cuisine (Póo Figueroa, 2009; Quevedo & Zuñiga, 1999; Stefoni, 2001, 2003, 2011).

L'augmentation du nombre de Péruviens, la concentration dans un espace centrique, les expériences de discrimination toujours plus nombreuses ont poussé les associations de réfugiés péruviens à s'intéresser à la situation des migrants péruviens au Chili. Ainsi le *Comité de Refugiados Peruanos en Chile* a ouvert un bureau de conseil juridique sur la Place d'Armes ; la *Apila* a mis en place une bourse de travail et a offert des conseils juridiques ; et *Proandes* a également ouvert une bourse de travail et développé des liens avec des organisations chiliennes pour offrir une assistance légale et des soins aux migrants péruviens (Luque Brazán, 2007, p. 141). De manière parallèle, l'*Incami* a ouvert une bourse de travail pour les femmes migrantes, spécialisée dans le service domestique, puis a offert des conseils juridiques aux migrants. Luque qualifie les relations entre l'*Incami* et les associations de réfugiés de compétitives, en raison notamment des liens entre l'*Incami* et l'Ambassade du Pérou au Chili dont les représentants sont proches du régime Fujimori (auquel s'opposent les dirigeants associatifs péruviens qui sont principalement des réfugiés politiques).

Face à l'arrivée des réfugiés péruviens, l'État chilien était démuni. Il a délégué à l'*Acnur* et à l'*Incami* la gestion de ces populations, tout en prenant quelques mesures pour ouvrir les frontières et faciliter l'entrée des migrants. Cette légère modernisation de la gestion migratoire a été accompagnée d'une loi en 1998 modifiant la *Ley de Extranjería* en matière d'asile⁶⁹ qui reconnaît le principe de non-renvoi des personnes demandeuses d'asile et qui dépénalise leur entrée irrégulière dans le pays (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015). Par ailleurs, l'« Amnistie migratoire » réalisée en 1998 a été l'un des principaux instruments de gestion des populations migrantes mis en place par le gouvernement Frei (1994-2000) et a permis de régulariser environ 40 000 personnes, dont 20 000 ont ensuite obtenu un titre de séjour définitif. À noter également un décret du ministère de l'Éducation

⁶⁹ *Ley n° 19.476*, 1998.

en 1995 qui permet l'inscription des enfants étrangers dans le système scolaire. Le gouvernement ne montre donc pas une véritable prise en charge des mouvements migratoires et des populations étrangères installées, mais a une attitude d'ouverture à la migration qui se distingue de la fermeture sécuritaire des frontières sous la dictature. Le vocabulaire employé pour le processus de régularisation migratoire renforce cependant l'idée d'une présence contre la loi d'étrangers au Chili. Relayée par la presse, qui associe cette amnistie avec les migrants péruviens et boliviens, une telle mesure a renforcé la distinction entre « migrants », pauvres venus travailler depuis les pays considérés moins « évolués », et « étrangers », européens, nord-américains ou argentins pour lesquels la régularité ou la légalité sur le territoire n'est pas questionnée.

6.2. 2000-2009 : Immigration péruvienne, apparition des recherches sur l'immigration et des premiers « problèmes » liés à l'immigration

Pendant cette période, la migration depuis les pays voisins maintient sa croissance et les migrants du Chili parviennent à s'organiser de manière parfois indépendante. Par ailleurs, différentes initiatives depuis des secteurs sociaux distincts voient le jour suite à l'identification de problèmes qui touchent la population migrante du pays. Apparaissent alors des actions et des dialogues communs à des acteurs sociaux variés qui se penchent sur le sujet migratoire, parallèlement à des interventions de l'État sur la question migratoire.

Associativité des migrants : construction autonome et relations avec les autorités et les organisations chiliennes

Dans les années 2000, la présence de Péruviens, de Boliviens et d'Équatoriens a continué à augmenter et à devenir toujours plus visible et regardée. Les Argentins, eux aussi plus nombreux, ne font cependant pas l'objet de la même attention que les migrants des autres pays voisins. Ils demeurent associés dans les représentations sociales à la catégorie des étrangers bienvenus car considérés utiles à la société et perçus comme un modèle à atteindre.

Concernant la communauté péruvienne à Santiago du Chili⁷⁰, la situation politique au Pérou avec la fin du régime de Fujimori en 2000, a transformé le rapport des Péruviens avec la politique et avec le Pérou et ses autorités représentantes au Chili (Luque Brazán, 2007). De nouvelles organisations de migrants, comme la Apech (*Asociación de Peruanos Residentes en Chile*), sont apparues avec le soutien du Consulat. Un Forum de las *Organizaciones peruanas en Chile* a vu le jour en 2001 (Stefoni, 2004a), convoqué par le Consulat du Pérou. Ce forum avait deux objectifs : soutenir les populations de migrants péruviens les plus dans le besoin et travailler à une amélioration de l'image des Péruviens au Chili. Suivant cette dynamique, différentes célébrations péruviennes ont vu le jour (*Día de la Independencia*, Fête de *Nuestro Señor de los Milagros*) au sein de la Paroisse italienne, mais également des événements culturels (musiques, danses, gastronomie) organisés en collaboration avec des municipalités dans le centre de la Région Métropolitaine de Santiago (Stefoni, 2004a, p. 331). Les relations du Consulat avec les municipalités ont notamment permis l'inauguration de la *Plaza de la amistad* à Santiago et le prêt d'un local par la *Municipalidad de Santiago* à l'association Apers (*Asociación de los Peruanos Residentes en Santiago*). L'implication des municipalités demeure insatisfaisante aux yeux d'associations péruviennes les plus politisées qui dénoncent les conditions d'habitat de leur communauté et le manque de volonté de la part des gouvernements locaux d'y remédier (Luque Brazán, 2007).

⁷⁰ À cette époque, l'intérêt porté sur l'immigration est centré principalement sur la Région métropolitaine. Ce regard inclut le nord à partir des années 2010, et vers 2015-2016, commencera à se déplacer également vers le sud du Chili.

Stefoni (2004a) distingue douze organisations péruviennes en 2004 qu'elle sépare en quatre catégories : les organisations de promotion des droits des migrants, les associations religieuses liées à la *Comunidad Peruana Santa Rosa de Lima*, les organisations liées au monde entrepreneurial et aux élites économiques, et les associations culturelles et folkloriques. Dans la première catégorie se situent notamment les associations fondées par les réfugiés politiques. Celles-ci avaient toutes initiées à la fin des années 1990 un travail communautaire d'orientation juridique de leurs compatriotes, associé parfois d'aides pour trouver un emploi. Leurs actions et positions respectives évoluent différemment à partir des années 2000. Ainsi *Proandes* est considérée par Luque comme l'association péruvienne la plus influente en 2005 auprès des autorités consulaires au Chili. Cette association a abandonné le travail sur le terrain pour se concentrer sur des relations institutionnelles, notamment avec l'*Instituto de la Mujer* (Araujo et al., 2002), l'Unifem et le Consulat péruvien. Les objectifs de cette association sont la promotion des droits des migrants et de l'interculturalité tout en défendant une intégration régionale latino-américaine. Les actions qu'elle dit mener reposent à la fois sur de la recherche et des publications autour des migrations, sur des interventions auprès des migrants et des Chiliens pour favoriser et fortifier une organisation commune, et enfin, sur la mise en place d'activités culturelles promouvant « le pluralisme et l'interculturalité ». Cette association a également développé des liens et une représentation à l'international surtout dans le secteur de la défense et de la promotion des droits des migrants (Luque Brazán, 2007, p. 144).

Les associations *Apila*⁷¹ et le *Comité de Refugiados Peruanos en Chile*⁷² ont eu une démarche toute autre et se sont concentrées sur le travail auprès de la communauté péruvienne en tachant de se distancier du Consulat, position considérée nécessaire pour maintenir une autonomie politique citoyenne. Elles ont par exemple rapidement cessé de participer au Forum des Organisations péruviennes au Chili. Le *Comité de Refugiados Peruanos en Chile* a également contesté les abus de la police contre les migrants et a organisé des manifestations dans le centre de Santiago pour demander un nouveau processus de régularisation migratoire. Ces manifestations ont contribué à rendre visible la population migrante et ses demandes pour de meilleures conditions de vie. L'amnistie sera finalement obtenue du premier gouvernement de Bachelet en 2007.

D'autres associations ont vu le jour parmi les populations migrantes de nationalités différentes et dont le nombre augmente dans les années 2000. Ces associations naissent toutes à partir des communautés formées selon les nationalités et leurs objectifs vont depuis le maintien de liens avec le pays d'origine en développant une citoyenneté transnationale, à la défense des droits des migrants au Chili, à l'accompagnement social et juridique des concitoyens ou encore à la démonstration des arts du pays d'origine dans le but de maintenir vivante la « culture d'origine » ou de favoriser l'inter ou la multiculturalité au Chili. Notons par exemple la création de *Warmipura*⁷³, en 2006, association créée par des Péruviennes se mobilisant contre la violence faite aux femmes et pour défendre particulièrement les droits des femmes migrantes. Ces deux associations feront partie en 2014 du regroupement d'associations migrantes (*Movimiento Acción Migrante*) qui parviendra à porter et faire entendre leur message sur la scène publique. Par ailleurs, naissent également à cette époque des associations comme la *Asociación de Uruguayos en Chile*⁷⁴ (2006) ou encore *Argentinos en Chile*⁷⁵ (2008) qui cherchent à maintenir les liens de leurs communautés avec leurs pays d'origine et proposent des informations à leurs compatriotes qui souhaiteraient voyager ou s'installer au Chili. Ces différences de perspectives entre

⁷¹ Voir : <http://apila-chile.blogspot.fr>, consulté le 16 décembre 2016.

⁷² Voir : <https://www.facebook.com/ComiteDeRefugiadosPeruanos/>, consulté le 16 décembre 2016.

⁷³ Voir : <http://warmipura.blogspot.fr>, consulté le 15 décembre 2016.

⁷⁴ Voir : <http://www.consejoconsultivo.cl>, consulté le 15 décembre 2016.

⁷⁵ Voir : <http://www.argentinosenchile.cl>, consulté le 15 décembre 2016.

associations péruviennes, équatoriennes et uruguayennes et argentines sont révélatrices des différences dans les positions occupées dans la société chilienne et des rapports avec les Chiliens.

Pour résumer, les communautés de migrants latinoaméricains au Chili se sont progressivement organisées, avec des objectifs plus ou moins politiques. Certaines défendent la reconnaissance de leurs particularités culturelles ou souhaitent maintenir un lien avec le pays d'origine, d'autres veulent promouvoir la reconnaissance de leurs droits au Chili, mais la plupart, quel que soit l'approche défendue, cherchent à montrer leur présence dans la société chilienne. Petit à petit, certaines de ces associations ont tissé des liens avec d'autres associations, organisations ou institutions migrantes, chiliennes ou du pays d'origine. Elles sont parvenues à construire leurs propres réflexions en les diffusant dans un espace distinct - moins légitime et moins écouté - que celui cadré par l'organisation chilienne Incami, et souvent principalement au sein des communautés migrantes. Elles ont notamment bénéficié de l'intérêt naissant des sciences sociales pour l'immigration au Chili, de celui d'institutions publiques ou privées. Mais tout ceci demeure discret et peu visible à cette époque.

Société civile chilienne : quand des situations problématiques font naître des actions associatives autour de l'immigration

Parallèlement à l'organisation progressive de la population migrante au Chili et à la construction de ses actions, discours et parfois revendications, des organisations chiliennes spécialisées sur les populations migrantes voient le jour au début des années 2000. En 2000, naît à Santiago du Chili le Service Jésuite aux Migrants, alors appelé *Pastoral de Inmigrantes Pedro Aguirre (Pipa)*. Cette petite organisation où travaillent avant tout des Jésuites et des bénévoles offrait dans ses bureaux situés aux côtés du *Sanctuario Alberto Hurtado*⁷⁶ à Estación Central une assistance aux migrants concernant leurs problèmes de titres de séjour, de travail et d'hébergement. Un travail de rencontre et de communication avec les migrants est également mené sur la Plaza de Armas de Santiago ainsi que des opérations de nettoyage de graffitis anti-péruviens. L'objectif annoncé alors est celui de rendre visibles les migrants et d'agir contre les abus et les discriminations connus par cette population, notamment les sans-papiers⁷⁷. Très ancrée sur de l'aide individuelle dans ses débuts, cette organisation jésuite se reformera en 2010 en se professionnalisant, en modifiant ses actions et discours jusqu'à se positionner en un acteur clé du débat sur l'immigration.

Trois autres organisations chiliennes ont un rôle important dans cette décennie en contribuant à rendre visibles certaines thématiques qu'elles considèrent problématiques et urgentes et qui touchent les migrants, notamment les enfants et les femmes ou encore les réfugiés et les demandeurs d'asile. L'ONG *Raíces*⁷⁸, spécialisée depuis 1991 dans la promotion des droits des enfants et notamment dans l'étude et la lutte contre l'exploitation sexuelle, est devenue en 2001 le siège d'une campagne internationale « *Alto al tráfico de Niños y Niñas* » de l'Unesco et de Terres des hommes. Dans le cadre de cette action, l'ONG a porté un intérêt sur le trafic et la traite de personnes migrantes - plus particulièrement des enfants et adolescents - dans le Nord du Chili et dans la Région métropolitaine, sujet sur lequel elle maintiendra ses actions par la suite. Cette organisation agit à la fois sur le terrain, mais elle participe également à des séminaires et publie des

⁷⁶ Le Sanctuaire San Alberto Hurtado est un haut lieu symbolique et stratégiquement situé. Au cœur d'Estación Central où résident de nombreux migrants (en bordure du quartier de Los Nogales), ce sanctuaire abrite le *Hogar de Cristo*, principale œuvre d'Alberto Hurtado, créé en 1944 et qui a comme objectif d'offrir un toit aux personnes à la rue. Alberto Hurtado a également développé au Chili le syndicalisme chrétien, auprès des ouvriers. Il est une figure classique de l'œuvre jésuite auprès des pauvres du Chili.

⁷⁷ Voir : <http://www.simchile.org/sim/historia/>, consulté le 15 décembre 2016.

⁷⁸ Voir : http://www.ongraires.org/quienes_somos.php, consulté le 15 décembre 2016.

résultats de recherches ainsi que des manuels pour lutter contre le trafic et la traite. En 2007, elle publie avec le soutien de l'OIIM une étude qui met en évidence les réseaux transnationaux de trafic et d'exploitation sexuelle d'enfants et d'adolescents au Chili (ONG Raíces, 2007).

Le *Colectivo Sin Fronteras*, né à Santiago au début des années 2000, s'est spécialisé sur les droits des enfants et adolescents migrants ou enfants de migrants, en provenance du Pérou, de l'Équateur et de la Bolivie principalement. Cette corporation se donne comme objectif de promouvoir l'inclusion, - en leurs mots de construire une société offrant les conditions légales, sociales et culturelles pour garantir aux enfants migrants et à leur famille l'exercice de leurs droits - ainsi qu'une coexistence interculturelle. Ses actions sont centrées sur des activités de recherche et sur l'organisation de séminaires ouverts⁷⁹ au public, mais également sur la création de relations avec des institutions publiques en proposant notamment des formations aux fonctionnaires. Notons particulièrement un ouvrage qui fait date : la publication en 2007 d'un livre issu du séminaire organisé l'année précédente « *Niños y Niñas migrantes ; Políticas públicas, Integración e Interculturalidad* » dans lequel les pouvoirs publics sont interpellés pour construire une politique qui protège et favorise l'intégration de ces enfants. Le collectif organise également à partir de 2008 et jusqu'à ce jour le *Carnaval Sin Fronteras*, dans le but de d'offrir un espace de récréation tout en sensibilisant aux situations de vulnérabilité des mineurs. À travers ces différentes activités, qui trouvent un écho dans les actions de l'ONG Raíces, le *Colectivo sin Fronteras* parvient à mettre en avant la nécessité de légiférer et de développer une politique favorisant le respect des droits des enfants migrants. À travers les séminaires que cette corporation organise, elle a également réussi à sensibiliser et faire participer des institutions comme le Sename (*Servicio Nacional de Menores*), le Mideplan (*Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica*), tout en obtenant le soutien d'organismes comme l'Unicef.

La *Fundación Instituto de la Mujer*, née en 1987 dans le but de défendre les droits des femmes, s'est intéressée à la population féminine péruvienne dans les années 2000 jusqu'à faire de la migration un de ses axes de travail. En 2000, cette fondation publie un rapport décrivant les trajectoires migratoires et les conditions de vie des Péruviennes résidant à Santiago du Chili (Araujo et al., 2002). Cette étude a été réalisée en relation avec l'association péruvienne *Proandes*, le Consulat du Pérou mais également avec le *Departamento de Extranjería y Migración* (qui ont fourni principalement des données) et l'OIIM. Dénonçant la discrimination connue par ces femmes pour des raisons de nationalité, ethnie, genre et race, la fondation pose les jalons d'une discussion sur la discrimination et le racisme. Alors que le premier terme sera discuté également au sein de l'université, il faudra au deuxième attendre 2014 pour apparaître plus fréquemment dans les débats. Finalement, la fondation défend l'idée que la migration internationale peut être un facteur d'*empowerment* et de lutte contre la domination masculine⁸⁰. Elle réalise en 2004-2005 une école pour les dirigeantes sociales : « Espace d'intégration et d'organisation pour les femmes migrantes au Chili »⁸¹ dans le but de favoriser l'organisation sociale et politique de ces femmes. Puis, en 2007, elle publie les résultats d'une étude sur la santé reproductive des femmes péruviennes, dans lesquels les

⁷⁹ En 2004, le *Colectivo sin fronteras* organise un séminaire sur les droits des enfants migrants : « *Por los derechos del Niño y la Niña Inmigrante* ». En 2006, la corporation lance une recherche sur les risques de transmission du VIH/Sida chez les jeunes migrants péruviens ; elle organise également un « dialogue citoyen : Independencia Commune interculturelle »* dans la commune d'Independencia à Santiago. Elle publie en 2007 un livre issu du séminaire organisé l'année précédente « *Niños y Niñas migrantes ; Políticas públicas, Integración e Interculturalidad* » dans lequel les pouvoirs publics sont interpellés. En 2008, elle publie une étude de caractérisation de la population migrante latino-américaine dans la Région métropolitaine, organise une table ronde sur l'intervention et la recherche autour des droits des enfants migrants. En 2009, elle propose un autre séminaire « *Chile País de acogida: Desafíos y propuestas en Infancia, Migración e Interculturalidad* ». Voir : <http://www.sinfronteraschile.cl>, consulté le 15 décembre 2016.

⁸⁰ http://www.insmujer.cl/sub_eje_02.html consulté le 15 décembre 2016.

⁸¹ « Espacios de integración y organización para las mujeres inmigrantes en Chile » dans sa version espagnole.

auteurs démontrent la santé précaire de ces femmes, leurs usages d'un service de santé public et établissent des recommandations pour un fonctionnement plus intégrateur des dispositifs publics (Stefoni, 2004a, p. 331). En 2007, puis en 2008, la fondation publie un Guide de soutien pour les femmes migrantes, dans lequel sont explicités les droits des migrants : y sont décrits la législation migratoire, les droits du travail, de santé, d'éducation, de famille ainsi que des conseils pour prendre soin de soi. Ce guide a été réalisé en lien avec Oxfam-Chile, avec des femmes migrantes, souvent actives dans des associations de migrants, avec des membres de l'OIM et de la faculté de droit de l'*Universidad Diego Portales* (Fundación Instituto de la Mujer, 2008). Cette fondation est en quelque sorte pionnière dans la visibilisation de la question des droits des migrants : elle poursuivra ses efforts en 2010-2015 avec une campagne de sensibilisation, accompagnée de la publication d'un autre guide autour des droits des migrants, elle aussi menée en collaboration avec d'autres acteurs sociaux.

Ces organisations, avec leurs recherches, leurs publications et les espaces de débats qu'elles ont ouvert ont participé à faire des droits des enfants et des femmes migrants, ainsi que du trafic et de la traite des personnes des sujets d'intérêt de la part des gouvernements successifs. Ce sont ces populations et thématiques particulières qui ont les premières fait l'objet de réformes législatives et politiques. Leurs actions révèlent également l'intérêt naissant pour la question migratoire au sein de la société civile.

Les migrations depuis les sciences sociales chiliennes

Les associations ont été aidées en cela par le développement de recherches sur l'immigration latino-américaine au Chili, au sein des universités chiliennes et dans des organisations internationales⁸², comme la Cepal⁸³, la Flasco⁸⁴, l'OIM (Organisation Internationale des Migrations) et l'OIT (Organisation Internationale du travail).

Jusqu'à la fin des années 1990, l'intérêt des universitaires chiliens pour les phénomènes migratoires au Chili avait été porté principalement par des historiens. Les historiens classiques qui écrivent l'Histoire du pays ont traité de la période coloniale en s'intéressant à la *Conquista* espagnole, sans pour autant porter d'attention ou en minimisant l'importance de l'arrivée d'esclaves africains sur le sol du pays (Encina, 1940; Izquierdo, 1989; Villalobos et al., 1974). Puis, c'est l'immigration européenne du 19^{ème} et 20^{ème} siècle qui a fait l'objet d'intérêt. Des études d'ordre descriptif se sont arrêtées sur les processus migratoires des différentes communautés nationales qui s'installèrent au Chili. Les raisons de la migration, les processus d'installation au Chili et les activités mises en place par chacune des communautés y sont décrites⁸⁵. Comme le signalent Cano, Martínez Pizarro et Soffia Contrucci (2009, p. 22), une importante part de ces publications se positionnent d'une de ces deux manières : 1) soit en valorisant les apports économiques ou culturels (pour ne pas dire « raciaux » car l'objectif de ces migrations étaient bien d'« améliorer la race ») de ces migrants, malgré leur faible nombre, 2) soit en soulignant l'échec des politiques migratoires à parvenir à une « modernisation » du pays. Enfin, des études toutes aussi descriptives se sont arrêtées sur des communautés moins désirées par les politiques d'alors, originaires de, du Japon, de Corée, ainsi que de différents pays du Moyen-Orient. Ces recherches soulignent généralement les installations difficiles de ces communautés au Chili et les

⁸² Une révision bibliographique des productions académiques sur l'immigration au Chili a été réalisée de manière très complète par Cano, Martínez Pizarro et Soffia Contrucci en 2009 : c'est à partir de celle-ci, complétée par mes propres recherches bibliographiques, que j'ai construit cette partie destinée aux recherches sur l'immigration au Chili jusqu'en 2009.

⁸³ Cepal : Commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes. Elle est l'une des cinq commissions régionales de l'Organisation des Nations Unies.

⁸⁴ Flasco : *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*. Voir : <http://www.flasco.org>, consulté le 15 décembre 2016.

⁸⁵ Pour une révision assez complète de la bibliographie sur ces sujets voir Cano Christiny et al. (2009).

discriminations connues par ces migrants, tout en insistant sur l'apport de ces derniers dans le développement de certains secteurs économiques.

Dans les années 1990 et de manière plus forte dans les années 2000, apparaissent des investigations sur les Chiliens à l'étranger, notamment les réfugiés politiques, et la question du retour de ces exilés prend une place importante dans l'académie. Ces recherches sur les migrations transcontinentales et sur les migrants et réfugiés chiliens à l'étranger se sont perpétuées jusqu'à ce jour mais ont été progressivement éclipsées par les recherches sur l'immigration latino-américaine à partir de la fin des années 2000, quand le phénomène gagne en ampleur et devient l'objet d'une attention plus soutenue par différents acteurs.

À la fin des années 1990, alors que l'immigration depuis les pays voisins du Chili devient visible, des premières études sur l'immigration contemporaine au Chili apparaissent. C'est à la Cepal, et plus particulièrement dans l'unité Population et Développement (Celade) qu'ont été menées les premières recherches sur l'immigration latino-américaine au Chili, d'abord dans le cadre d'études démographiques sur toute la région, puis dans de nouvelles, centrées sur le Chili (Celade-Cepal, 1999 ; Martínez Pizarro, 1997, 1999, 2000, 2002, 2003a, 2003b, 2005). Les publications de Jorge Martínez Pizarro, qui a mené pour la Celade la plupart des recherches sur le sujet, sont particulièrement remarquables en ce qu'elles associent des descriptions poussées des flux et stocks migratoires à partir de différentes sources de données, avec des analyses des cadres juridiques et politiques dans lesquels elles se déroulent. De manière pionnière, ces études ont offert une nouvelle voie à la recherche sur les migrations au Chili. La perspective démographique proposée par la Cepal, non seulement participe à faire de la migration régionale un sujet de recherche, mais elle offre des bases chiffrées permettant de situer et contextualiser ces dynamiques. Elles permettront notamment de contredire les premiers discours, diffusés par certains médias, d'une invasion de migrants depuis le Pérou et la Bolivie (Martínez Pizarro, 2003b).

Dès le début des années 2000, des investigations sur l'immigration latino-américaine contemporaine sont menées depuis les universités chiliennes par des chercheurs issus de disciplines qui gagnent en diversité avec le temps⁸⁶. La sociologie, l'anthropologie, puis la psychologie ont ainsi progressivement trouvé intérêt à ce sujet. Et c'est sur la communauté Péruvienne qu'a porté la grande majorité des recherches sur le sujet dans la décennie 2000, certainement car cette communauté est la plus visible parmi les migrations latino-américaines. Au-delà des caractérisations démographiques et sociologiques de cette communauté (Stefoni, 2002, 2005), ces investigations ont fait émerger différents problèmes de recherche. Ces derniers répondent dans un premier temps aux aspects sociaux les plus visibles, rendus problématiques par d'autres acteurs sociaux ou qui produisent des tensions dans la société. Ainsi, les questions de la perception et des représentations que les Chiliens ont des Péruviens, la construction de stéréotypes à leur sujet (Norambuena, 2004; Stefoni, 2001), véhiculés notamment par la presse (Doña, 2001 ; Póo Figueroa, 2009; Quevedo & Zuñiga, 1999 ; Stefoni, 2005) sont très rapidement abordées. S'y ajoutent des enquêtes d'opinion qui, entre autres objets d'études, décrivent ces perceptions ainsi que les attitudes discriminantes des Chiliens envers les migrants (Fundación Ideas, 2000 ; Pontificia Universidad Católica de Chile & Adimark/Gfk, 2006). Ces études concluent à la construction d'une image stéréotypée et homogénéisante des migrants péruviens qui les associe à l'illégalité, la délinquance, la pauvreté et la marginalité, mais aussi au travail de service domestique pour les femmes ou à l'emploi précaire pour les hommes, à la bonne éducation et à une excellente gastronomie. La construction de cet « autre », exclu de la communauté nationale chilienne et considéré inférieur légitime les violences et discriminations quotidiennes que rencontrent les Péruviens au Chili (Stefoni, 2001). Si les

⁸⁶ Pour une synthèse bien construite des productions scientifiques de cette époque, voir : (Cano Christiny et al., 2009).

auteurs s'accordent pour dire que la presse participe activement à la formation et à la transmission de ces stéréotypes, Stefoni pousse plus loin ses analyses en ajoutant à cette dimension celle du rôle joué par la politique et la législation migratoire dans la définition de la figure de « migrant », qui, selon elle, contribue à l'exclusion « du migrant » en l'empêchant de se constituer en citoyen (Stefoni, 2003). À ces recherches s'ajoutent d'autres qui s'intéressent à « l'adaptation culturelle » des migrants (R. González, 2007 ; Ravanal, 2005 ; Schramkowski, 2005).

Par ailleurs, la présence visible de migrants péruviens dans le centre de Santiago va également conduire à l'apparition d'investigations sur les ségrégations spatiales, notamment résidentielles, que connaissent les migrants (Schiappacasse, 2008), sur les transformations urbaines liées à leurs activités économiques, leurs usages des lieux ou encore leurs organisations sociale et politique (Stefoni, 2004a, 2004b ; Torres & Hidalgo, 2009), allant jusqu'à parler de niches ethniques (Schiappacasse, 2008). À noter que l'expression *Lima Chica* (La Petite Lima) utilisée dans les médias et qui traduit la forte concentration de Péruviens autour de la Plaza de Armas de Santiago est reprise au sein de l'Université (Ducci & Rojas Symmes, 2010 ; Luque Brazán, 2007). Allant au-delà de la description d'une concentration spatiale des migrants Péruviens dans le centre de Santiago, Stefoni s'interroge sur l'importance de la construction d'un territoire local dans l'apparition et l'organisation d'un espace social transnational et sur son devenir, une fois cet espace transnational organisé (Stefoni, 2004a ; Stefoni Espinoza, 2008). Cerda (2002), quant à lui, part de l'espace public pour soulever la question des rencontres et interactions multiculturelles.

D'autres études se sont intéressées à la question du travail des migrants (question très présente dans les médias et importante dans la construction des représentations des Chiliens sur les migrants Péruviens), en interrogeant leur insertion dans le marché du travail chilien (Depolo & Henríquez, 2006) ou leurs conditions de travail. Le service domestique, dans lequel exerce une majorité des femmes péruviennes installées au Chili, est au cœur de l'attention. Abordé depuis une perspective de genre, ce secteur de travail où sont employées des femmes migrantes conduit les chercheurs à parler d'une féminisation des flux migratoires en raison, entre autres, d'une globalisation du marché du travail dans le secteur du service à la personne (Fuentes, 2003 ; Mora, 2007). Stefoni (2002) s'interroge quant à elle sur les facteurs qui conduisent à la concentration dans ce secteur de travail de femmes aux profils socioéconomiques et éducationnels pourtant variés. Elle met en question les stéréotypes construits dans la société chilienne sur les femmes péruviennes et leur importance dans la structuration du marché du travail et des opportunités de travail des migrants. Cet article fait écho au rapport publié la même année par la *Fundación Instituto de la Mujer* qui s'est attaché à décrire les conditions de vie des femmes migrantes péruviennes (Araujo et al., 2002). Holper, doctorante au Pays-Bas, observe, elle, la question des conditions de travail et de vie des employées domestiques migrantes au Chili en s'intéressant à leur problèmes de santé et plus particulièrement à la perte de poids de ces dernières (2002, 2003). Les conditions de vie des femmes péruviennes à Santiago ont également été analysées par Tijoux (2007) qui s'intéresse aux expériences migratoires de ces femmes depuis le pays d'origine jusqu'au Chili. En observant dans leur complexité les situations d'insertion sociale de ces femmes employées domestiques, elle les interroge de manière exploratoire et critique en termes de conditions sociales, d'altérité, d'exploitation au travail et de racisme quotidien qui résulteraient notamment d'une catégorisation sociale les définissant comme autres et inférieures.

Ces travaux qui cherchent à refléter les conditions de vie des *nanas*⁸⁷ péruviennes au Chili sont complétés par la publication de Zavala et Rojas (2005) qui inscrivent leurs observations dans une très large contextualisation et analyse, de laquelle il faut retenir l'analyse inédite du rôle de la législation et des politiques migratoires dans la construction des conditions de vie des migrantes et migrants. Enfin, deux publications se distinguent qui s'intéressent particulièrement aux femmes mais laissent de côté la question du travail et du service domestique : celle de Huatay et Calquisto (2003) sur la vie quotidienne des femmes péruviennes. Et celle de Navarrete (Navarrete, 2005) qui s'intéresse aux femmes migrantes incarcérées, issues de la « délinquance transnationale ». Ces recherches partagent avec d'autres la volonté de mettre en lumière les conditions de vie des migrants (Mujica, 2004 ; Tijoux, 2002) et abordent leurs conditions de logement, de travail ou encore leurs relations avec les Chiliens.

Enfin, la question de la santé des migrants apparaît discrètement à cette époque, dans des publications qui demeurent isolées. Les travaux de deux doctorantes des Pays-Bas sont remarquables, en ce qu'ils représentent jusqu'à ce jour les recherches les plus approfondies et complètes sur la santé des migrants au Chili. Pour une part, Holper s'intéresse à la santé des Péruviennes qui travaillent dans le service domestique (2002, 2003). En partant de la question de la perte de poids dont se plaignent ces femmes, cette auteure interroge à travers la notion d'*embodiment* les conditions de vie des migrants et leurs effets sur la santé. Núñez quant à elle, observe également la manière dont les conditions de vie des migrants, ainsi que l'expérience migratoire, peuvent affecter non seulement leur santé mais également l'expression des problèmes de santé (Núñez Carrasco, 2006, 2008). Malgré la qualité de ces travaux, les auteures n'ont pas réussi à proposer un cadre théorique qui soit mobilisé par les quelques études sur le sujet qui paraîtront par la suite et dont la méthodologie conduit à des résultats imprécis et critiquables. Ces deux recherches doctorales sont pourtant précieuses à ma propre recherche en ce qu'elles mobilisent des approches théoriques et méthodologiques proches de celles employées ici, issues de l'anthropologie médicale critique.

Sur les questions de santé dans la décennie 2000, il faut noter également la recherche menée par l'*Instituto de la Mujer* sur la santé reproductive et sexuelle des femmes migrantes et leur accès et usage du service public de santé dans le Nord de la Région métropolitaine de Santiago (Núñez & Torres, 2007). Cette première appréciation a conduit la fondation à établir des recommandations aux autorités publiques pour une meilleure prise en charge de ces femmes. À noter également les publications de Lorenzo Agar en matière de santé des migrants (2006). Cet auteur est à distinguer car il devient membre du groupe de travail sur la santé des migrants et des réfugiés (Sir-Minsal) au sein du Ministère de la santé dans le premier gouvernement de Bachelet (2006-2010). Depuis ce même ministère, et face à la préoccupation croissante pour les migrations lors du premier mandat de Bachelet, deux études sont commanditées sur la santé globale et la santé mentale des migrants et sur l'usage des centres de santé (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009). Financées par l'OIM, ces études aboutissent sur la formulation d'une proposition d'un programme pilote à développer dans le système de santé public pour l'accueil des populations migrantes.

Parmi l'ensemble des chercheurs qui ont publié pendant cette décennie, certains se sont distingués et ont marqué la recherche autour de l'immigration contemporaine au Chili. La sociologue Carolina Stefoni apparaît comme une référence dès cette époque : non seulement, ses recherches ont permis de rendre visible le sujet et ont contribué à le problématiser, mais elle a fait émerger des concepts et a mobilisé des théories qui ont

⁸⁷ Equivalent chilien de « bonnes ».

fortement imprégné les études sur les migrations dans ce pays. En partant de la communauté péruvienne au Chili, Stefoni a en effet travaillé sur différentes thématiques qui s'ajoutent à celles mentionnées plus haut sur la construction des représentations des Chiliens sur les Péruviens au travers de la presse et dans un cadre juridique et politique particulier, de la formation d'un espace transnational, ou de la question du marché du travail. Elle a également proposé une analyse critique du cadre légal des migrations et de la politique migratoire chilienne, qui la pousse à aborder la question de la citoyenneté (2004a), des droits des migrants (2007c), d'intégration (2002b) ou encore d'intégration à échelle régionale (2007), pour finalement soulever la question de la citoyenneté transnationale et de transnationalisme, sujets qu'elle continuera de développer jusqu'à aujourd'hui.

Si Stefoni aborde précocement la question des politiques et de la législation migratoires, d'autres auteures de cette époque serviront de référence par la suite sur ce sujet. La communication de Jensen Solivellas (2008) sert en effet de référence aux chercheurs et associations qui par la suite dénonceront (presque unanimement) l'inadéquation des cadres politiques et légaux en matière de gestion des migrations. À noter que cette chercheuse reprend la plupart des arguments construits par Zavala et Rojas (2005), bien que ces dernières soient plus rarement citées. Ces textes dénoncent la politique de non-politique en matière de migration menée par les gouvernements chiliens qui, non seulement contribue à l'invisibilisation de cette population migrante, mais génère les conditions favorisant la précarité sociale, l'entrave à l'accès aux droits sociaux les plus fondamentaux et qui finalement justifie et rend possible des actes de discrimination envers cette population considérée illégitime. Ces auteures prennent également le temps de signaler les aspects de la législation nationale migratoire qui vont à l'encontre des traités internationaux signés par le Chili et qui défendent les Droits de l'homme fondamentaux.

Avec l'arrivée plus importante des Péruviens et leur plus grande visibilité sociale, et sous l'impulsion de recherches démographiques menées depuis la Cepal, le thème de l'immigration latino-américaine au Chili s'est progressivement installé dans les universités et dans les centres de recherches internationaux comme un objet de recherche et a fait dans ces espaces l'objet d'une problématisation. Au fil des ans, les travaux sur l'immigration se sont multipliés et une diversification des thématiques abordées est observée. La production académique autour de l'immigration latino-américaine au Chili demeure cependant toujours ponctuelle et assez isolée pendant cette décennie. Dans un premier temps, les recherches sont menées à titre personnel ou financées au sein d'organisations comme la Cepal (Martínez Pizarro, 1997, 2000, 2002, 2003b, 2005), FLACSO (Stefoni, 2004b; Stefoni Espinoza, 2002a, 2002b ; Stefoni Espinoza & Núñez Carrasco, 2004), l'OIM (Martínez Pizarro, 2003a ; OIM, 2003, 2006, 2008 ; Stefoni Espinoza, Acosta, Gaymer, & Casas-Cordero, 2008) ou l'OIT (Mujica, 2004). Progressivement, des chercheurs mettent en place des projets de recherches financés par les universités⁸⁸ (FAU), ou encore par le Fondecyt (*Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico*) ou Conycyt⁸⁹ (*Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica*). Enfin, l'intérêt pour l'immigration au Chili est porté également par des étudiants et l'on voit apparaître, à l'image des recherches de Doña (2001) et Quevedo & Zuñiga (1999), des mémoires sur le sujet.

En 2009, la Cepal publie un texte clé dans l'histoire des recherches sur l'immigration au Chili, écrit par Cano, Martínez Pizarro et Soffia Construcci : ce texte produit à la fois une

⁸⁸ Par exemple : Gonzalo Arias S. Rodrigo Moreno M. Dafne Núñez G., 2009-2010, *Proyecto FAU, Universidad de Chile* « Patrones de localización residencial y niveles de integración social de inmigrantes Sudamericanos en el Área Metropolitana de Santiago (AMS). 1982-2009 ».

⁸⁹ Par exemple : Carolina Stefoni, 2004-2005, *Proyecto Fondecyt Regular n° 1040126* : « Comunidades transnacionales de inmigrantes ¿espacios de integración social o la globalización de la exclusión? ». Carolina Stefoni & Elaine Acosta, 2007-2009, *Proyecto Fondecyt-Regular N° 1070818*. « Migración y la formación de comunidades transnacionales en Chile. ¿Es la transnacionalidad la única forma de vivir la migración en un mundo globalizado? ».

synthèse des données démographiques et sociales sur les populations migrantes au Chili, propose une analyse critique des politiques et de la législation migratoires et fait un état de l'art des productions académiques sur l'immigration. Il réunit et expose les savoirs produits sur l'immigration au Chili et sert ainsi de base aux travaux qui seront publiés par la suite sur la question migratoire.

Il est également important de noter différentes initiatives nées dans cette décennie au sein des universités autour des migrations. À relever notamment la parution depuis 2003 d'un rapport annuel sur la situation des Droits de l'Homme au Chili par le Centre des Droits de l'Homme de l'*Universidad Diego Portales* : ce rapport inclut depuis son commencement un chapitre sur la situation des migrants au Chili. La législation migratoire est au cœur de ces rapports qui cherchent à mettre en lumière comment les droits des migrants diffèrent de ceux des nationaux dans la loi ou dans son application et conduisent au non-respect des droits fondamentaux (Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, 2003). Au sein de ce même centre, une Clinique juridique de Migrants et Réfugiés est créée en 2008 : il s'agit d'un lieu où est offert un accompagnement juridique aux migrants et réfugiés réalisé par des étudiants de l'université dans le cadre de leur formation, assisté d'un suivi par des professeurs. Au-delà de cet accompagnement individuel, il existe une volonté de mener des stratégies juridiques plus larges visant à transformer de manière structurelle le cadre légal de régularisation des migrations⁹⁰. Ce centre naît suite au nouveau processus de régularisation des étrangers ordonné dans le premier mandat de Bachelet et pour lequel ont collaboré des étudiants du Centre de Droits de l'Homme de l'université. Une autre clinique d'accompagnement juridique existe également au sein de l'université jésuite Alberto Hurtado. Parmi les activités de ce centre, une partie est réservée au droit des étrangers et propose un accompagnement individuel⁹¹. Au sein de l'*Universidad Alberto Hurtado* naît en 2008 le Programme de santé mentale pour migrants (Prisma). Ce programme avait pour vocation d'offrir des services de soins psychothérapeutiques, psychosociaux et psychiatriques aux migrants, demandeurs d'asile et réfugiés. Une équipe pluridisciplinaire, considérée nécessaire pour un travail de soin adapté à cette population, composait l'équipe de ce centre. À partir des soins offerts, des recherches étaient menées dans le but de préciser les savoirs scientifiques concernant l'impact de l'expérience migratoire et des conditions de vie en migration sur la santé mentale de ces personnes (Becerra Lizana & Altimir Colao, 2013).

Ces initiatives ne sont pas étonnantes dans le contexte académique chilien où il est assez unanimement considéré que la recherche en sciences humaines et sociale doit travailler sur des problèmes sociaux et permettre au minimum l'établissement de recommandations visant à améliorer les situations considérées problématiques à destination bien souvent des services publics. Une telle conception de la recherche en sciences sociales explique pour une part la rapide construction de « problèmes sociaux » autour de l'immigration. Mais elle justifie et éclaire la création de liens et de dialogues entre universitaires et institutions publiques et acteurs de la société civile sensibilisés à la question migratoire.

Premiers dialogues entre acteurs de la société civile

À la fin des années 2000, l'immigration latino-américaine au Chili fait l'objet d'attention, d'études et d'actions de la part d'universitaires, d'associations chiliennes et d'associations de migrants, mais également de la presse. Les premiers dialogues entre ces acteurs apparaissent à cette époque. Ils conduisent notamment à la mise en place d'un réseau Redmi (*Red Chilena de Migración e Interculturalidad*) en 2007 qui réunit une quinzaine d'organisations chiliennes de

⁹⁰ Voir : <http://www.clinicasjuridicas.udp.cl>, consulté le 16 décembre 2016.

⁹¹ Voir : <http://derecho.uahurtado.cl/clinica-juridica/consultorio-inmigrantes/>, consulté le 16 décembre 2016.

la société civile et de centres universitaires et une seule association de migrants, Warmipura⁹² : l'objectif de ce réseau est de promouvoir les droits des personnes migrantes, demandeuses d'asile et des réfugiés, en accord avec les traités internationaux. Leur mode d'action jusqu'à ce jour passe par la publication commune de déclarations ou de rapports sur des situations collectivement jugées problématiques (Redmi, 2011). Ce réseau a pour but d'exercer un rapport de force avec le gouvernement depuis la société civile et les universités afin de faire entendre leurs arguments et d'obliger le gouvernement à prendre en compte leurs points de vue.

Ajoutons encore l'organisation, depuis une initiative de la société civile des *Encuentros de Migrantes en Chile*. En 2000 naît la première rencontre dont le but est d'organiser la communauté migrante. Cet espace se définit progressivement comme lieu pour faire dialoguer des entités publiques avec des acteurs de la société civile et des universitaires. Sa 5^{ème} version, en 2009, cherche à rendre visible et à informer sur les nouvelles dynamiques migratoires que connaît le pays dans le but de créer « une meilleure approche des phénomènes migratoires et de leur interaction avec la citoyenneté, l'intégration régionale et la responsabilité des États »⁹³. Y sont conviés non seulement les associations de migrants, principalement péruviennes, boliviennes et équatoriennes, mais également des représentants du gouvernement et des autorités consulaires. Plus qu'un discours politique chargé de revendications bien construites, il s'agit plutôt ici de rendre visible la question migratoire ainsi que de positionner les associations migrantes en établissant un dialogue avec les autorités.

L'État chilien face à l'immigration : premières mesures et volonté de transformer le cadre normatif et la politique étatique

Le retour à la démocratie s'est traduit en une reprise de l'immigration vers le Chili et des circulations depuis et vers les pays voisins. Les frontières se sont progressivement ouvertes, mais ces dynamiques n'ont pas été accompagnées d'un positionnement clair de la part de l'État et des gouvernements successifs concernant l'immigration et ce jusqu'à très récemment. La législation migratoire, mise en place sous la dictature, rapidement devenue obsolète, est toujours en vigueur et aucune politique migratoire n'a été établie dans le but de donner une orientation précise à l'application de cette loi. La discrétion des fonctionnaires permise par la loi semble convenir en ce qu'elle rend possible la modification rapide des critères de régulation des entrées sur le territoire. Aussi, s'il est possible d'observer une ouverture des frontières traduisant une acceptation de l'immigration de la part de l'État chilien, celle-ci s'opère sous une « politique de la non-politique »* (Stefoni, 2011, p. 82). En effet, l'absence d'un positionnement clair est loin de signifier l'absence d'objectifs politiques (Mármora, 1987, p. 9) ; au contraire, il révèle une volonté de ne pas incorporer les migrants à la réalité sociale du pays. Or, en niant la présence des migrants, on leur refuse d'être des sujets de droit ; en ne reconnaissant pas leur existence, on rend illégitime leur revendication de droits sociaux, politiques et civiles, ceux-là même qui fondent la citoyenneté (Zavala San Martín & Rojas Venegas, 2005, p. 168). Ainsi, cette politique de la non-politique en matière de migration, non seulement contribue à l'invisibilisation de cette population migrante, mais elle génère les conditions

⁹² Les organisations réunies au sein du réseau Redmi dans ces débuts sont : *Centro Integrado de Atención al Migrante (Ciami)*, *Clinica Jurídica de la Universidad Alberto Hurtado (UAH)*, *Corporación Colectivo sin Fronteras*, *Corporación ONG Raíces*, *Departamento de Sociología de la Universidad Alberto Hurtado (UAH)*, *Escuela de Psicología de la Universidad ARCIS*, *Fundación Ideas*, *Fundación Instituto de la Mujer (Fimu)*, *Fundación Scalabrini*, *Fundación Servicio Jesuita a Migrantes (SJM)*, *Instituto Católico Chileno de Migración (Incami)*, *Programa de Salud Mental Intercultural*, *Centro de Atención Psicológica (Caps)*, *Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Uabc)*, *Programa Ceac de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH)*, *Programa Prisma de Salud Mental para Migrantes y Refugiados de la Universidad Alberto Hurtado (UAH)*, *Warmipura*, *Fasic*.

⁹³ Voir : <http://asamblea-conosur.net/spip.php?article72>, consulté le 3 février 2017.

favorisant la précarité sociale, l'entrave à l'accès aux droits sociaux les plus fondamentaux et elle justifie et rend possible des actes de discrimination envers cette population illégitime.

Si à ce jour, aucune loi et politique précise n'est venue remplacer celle datant de la dictature, il faut quand même reconnaître que les différents gouvernements ont porté un intérêt croissant au sujet de l'immigration jusqu'à l'inscrire dans le programme présidentiel des trois derniers gouvernements. Progressivement, des mesures ont été prises pour apporter des modifications à la gestion des migrations : signature de traités internationaux, amnisties migratoires, décrets favorisant l'accès aux soins ou à l'éducation de certaines catégories de migrants (voir tableau 6. 1. Mesures prises par l'État chilien concernant la gestion migratoire. 1991-2015). Ces mesures, si elles montrent une ouverture de l'État concernant la migration et règlent quelques situations de précarité, semblent plutôt être dans un premier temps des réponses conjoncturelles à des pressions exercées par des acteurs internationaux, nationaux et locaux. Sortes de pansements, elles limitent les dégâts et soulagent les tensions, mais elles ne modifient en aucun cas le contexte structurel qui les construit.

Encadré 6.1 : Du rôle de l'État dans la définition des politiques et de la législation migratoires

L'État joue un rôle central dans la définition de la figure du migrant, de sa légitimité à participer à la société et de ses droits et devoirs. En effet, l'État est l'instance politique qui, à travers la Constitution, les politiques et les instruments législatifs et administratifs, délimite l'ensemble des sujets de droits, les citoyens, et qui définit et garantit les droits et devoirs des personnes présentes sur le territoire qu'il administre. Sa souveraineté sur son territoire lui permet également de définir qui peut y entrer et en sortir. Les migrants ont, comme nous l'avons vu, une position liminaire dans le sens où ils participent à la société d'installation tout en n'appartenant pas à la communauté nationale. La présence de ces étrangers vient questionner les limites nationales de la société et la définition des critères d'appartenance à la citoyenneté. Quels sont les droits et les devoirs civils, politiques et sociaux de ces personnes ? Le principe d'égalité défendu par les démocraties doit-il s'appliquer également sur ces étrangers ? Les réponses à ces questions font l'objet de fortes tensions, en ce qu'elles contiennent des enjeux politiques (participation politique), sociaux (répartition des biens et accès aux ressources), mais aussi symboliques (définition de la Nation).

Ce dernier point est particulièrement conflictuel dans une société comme le Chili qui s'est construite sur l'idéal d'une société homogène blanche. La présence de migrants, « indigenas » ou « noirs », non seulement vient questionner la définition des limites de la société sur des critères nationaux et raciaux, mais elle renvoie le pays vers la constitution de ses origines, masquée par l'Histoire officielle.

L'État se présente comme une instance politique clé dans la réponse à apporter à ces questions. Sa souveraineté en la matière est souvent questionnée face à la globalisation et aux flux internationaux de biens, d'argent et de personnes qui dépassent les cadres construits par les États. Ces derniers doivent notamment faire avec les organismes internationaux, les traités et les accords ratifiés qui cadrent les lois nationales (Jensen Solivellas, 2008 ; Sassen, 2003 ; Zavala San Martín & Rojas Venegas, 2005). Elle l'est aussi par les réponses locales apportées à la question des migrations qui appliquent à leur manière ces cadres nationaux et internationaux et construisent leur propre politique (Avalos, 2012). Enfin, la construction de la politique migratoire, au vu des enjeux politiques, économiques et idéologiques qu'elle contient, naît d'une lutte sociale dans laquelle interviennent, non seulement l'État, mais différents acteurs sociaux, tels que les groupes entrepreneuriaux, les associations de soutien aux étrangers, les associations de migrants, les groupes défenseurs des droits de l'homme, les différents partis politiques, les syndicats, la presse et l'opinion publique.

Malgré les différentes instances avec lesquels l'État doit négocier, il a le pouvoir de définir une politique migratoire, c'est à dire, un ensemble de dispositifs juridiques et administratifs, de discours, d'actions mais aussi d'omissions, qui régulent les entrées et les sorties dans le pays ainsi que les droits et devoirs politiques et sociaux des étrangers (Mármora, 2002). Et la manière avec laquelle il s'en saisit aura un fort impact, non seulement sur les possibilités d'entrée au Chili, sur l'accès des étrangers à certains droits, mais également sur la légitimité sociale des migrants à participer à la société (laquelle évidemment affecte l'application de ces lois et instruments).

Les gouvernements d'Aylwin (1990-1994), Frei (1994-2000) et Lagos (2000-2006), tous trois de la *Concertación*⁹⁴, ont mis en place des mesures cherchant à moderniser la gestion des

⁹⁴ *Concertación de Partidos por la Democracia* : coalition de partis politiques de gauche, centre-gauche et centre. La *Concertación* est née en opposition au régime militaire d'Augusto Pinochet en 1988. Elle prendra fin en 2014 quand les partis qui la

migrations, notamment autour de l'accès à l'éducation et aux soins des migrants. Ces mesures, sans prétention de transformation structurelle, et peu relayées au sein même des administrations, seront précisées et renforcées par les gouvernements de Bachelet. Cependant, elles s'accompagnent d'un premier processus de régularisation migratoire sous la Présidence de Frei en 1998, et par la signature de différents traités et conventions internationales autour de la protection des travailleurs migrants (2005) et de lutte contre le trafic et la traite de migrants (2002). Le traité ratifié en 2005, la Convention Internationale sur la protection des Droits de tous les travailleurs et de leur famille, constitue une base légale de première importance dans le traitement des migrations au Chili : il sera systématiquement utilisé par les différents acteurs associatifs ou universitaires qui réclament un nouveau cadre légal à échelle nationale basé sur les droits de l'homme pour mettre pression sur l'État.

L'intérêt croissant pour les migrations de la part de différents acteurs sociaux, la pression exercée par ces derniers à échelles locale, nationale et internationale, notamment pour que le gouvernement définisse une politique et présente une loi migratoire en accord avec les traités internationaux signés et ratifiés par le pays, et la présence toujours plus visible de cette population, ont poussé le premier gouvernement de Bachelet (2006-2010) puis les gouvernements suivants, à incorporer dans leurs programmes présidentiels la question migratoire. Cela a contribué à reconnaître la présence de ces migrants, permettant ainsi un travail sur la définition de leur droit, tout en favorisant la construction de l'immigration comme un problème social et sociétal.

Le premier gouvernement de Michelle Bachelet (2006-2010) a reconnu l'importance des migrations actuelles au Chili ainsi que la nécessité pour l'État de mettre en place une politique migratoire et un nouveau cadre législatif adaptés à ces dynamiques et aux traités internationaux ratifiés. L'*Instructivo Presidencial* n°9 de septembre 2008⁹⁵ donne les fondements des actions à établir en matière de migration et montre un regard novateur porté sur la question. Il propose la mise en place d'une politique migratoire axée sur le respect des Droits de l'Homme et du genre, sur la lutte contre le trafic et la traite de personnes, en adoptant un regard positif et ouvert sur l'immigration. Déclarant le Chili « pays d'accueil »*, cette politique doit travailler à l'intégration culturelle, sociale, économique et politique des migrants, à favoriser une image positive sur ces derniers et à mettre en place des instruments pour diminuer les entrées et les résidences irrégulières dans le pays. Reconnaisant le devoir de l'État dans la gestion des migrations et définissant une volonté d'ouverture à l'immigration, cette instruction signale l'importance de la participation de la société civile à la construction de la législation migratoire tout en déclarant que la gestion des migrations doit se faire au sein des processus d'intégration régionale, à travers d'accords bilatéraux et multilatéraux.

Si cette volonté gouvernementale ne s'est pas traduite par une nouvelle loi migratoire ni par la présentation d'une politique nationale migratoire, différents instruments ont été mis en place allant dans le sens énoncé par ces instructions. Tout d'abord, une deuxième amnistie migratoire (réalisée en collaboration avec les associations et certaines universités) a été mise en place qui a permis de régulariser 50 000 personnes. Puis, différents accords ont été signés principalement centrés sur les migrants considérés les plus vulnérables, à savoir les enfants, les femmes enceintes et les demandeurs d'asile, dans le but de faciliter leur accès à des soins et à l'éducation. L'idée défendue est que leur accès à ces droits soit à égale

composent s'unissent à de nouvelles forces de gauche pour former la *Nueva Mayoría*, au sein de laquelle Michelle Bachelet se présente pour son second mandat.

⁹⁵ Instruction présidentielle n°9, *Instrucciones sobre la « Política Nacional Migratoria »*, 2 septembre 2008, Santiago du Chili, <http://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/16.-%20Inst.%20N%209.pdf>, consulté le 29 novembre 2016.

condition que pour les Chiliens, indépendamment de leur situation migratoire. Plus encore, la nécessité de prise en charge médicale ou de scolarisation donne droit à l'obtention d'un titre de séjour pour les enfants et les femmes enceintes. Enfin, l'accès aux soins en cas d'urgence est accordé à tous, même aux personnes en situation irrégulière ou qui ne disposent pas de sécurité sociale. Ces nouvelles mesures sont une petite avancée dans l'accès aux droits sociaux de certains migrants ; cependant, comme cela l'est reproché par les associations, les académiques et les propres fonctionnaires, les droits des migrants, ainsi que les instructions concernant leurs gestions ne sont guère accessibles aux fonctionnaires, produisant ainsi des barrières à l'application de ces mesures. À l'initiative d'institutions publiques, de municipalités ou encore d'associations, des formations sur les droits des migrants commencent à se mettre en place à cette période.

Ajoutons que le ministère de la Santé montre sous ce gouvernement une particulière attention à la question migratoire : un groupe de travail sur la santé des migrants et des réfugiés est mis en place au sein de ce ministère (SIR-Minsal) et deux études sont développées avec l'OIIM autour de la santé globale et la santé mentale des migrants au Chili (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008 ; Demoscópica, 2009). Il s'agit des premières études menées dans le but de connaître l'état de santé et l'accès au soin de cette population.

Enfin, sous le gouvernement Bachelet ont été impulsées une réforme de la législation en matière de protection des réfugiés et une législation concernant le trafic et la traite de personnes. La *Ley n° 20.430*, qui est promulguée en avril 2010 au début du gouvernement Piñera, a pour but d'accorder la législation chilienne avec les traités internationaux ratifiés par le pays concernant les droits de réfugiés. La *Ley n° 20.507*, qui date d'avril 2011, détermine une typification du trafic illicite de migrants et de la traite de personnes. Elle détaille les normes pour la prévention et pour la poursuite criminelle en la matière. Ces deux lois sont reconnues comme des grandes avancées en matière migratoire, bien que des associations et académiques se maintiendront critiques devant leurs applications qui demeurent très discrétionnaires, principalement aux frontières (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2013 ; Olea, 2013, p. 130).

Malgré la volonté déclarée de ce gouvernement, cette ouverture à l'immigration n'a pas mené à la formulation d'une politique migratoire claire et d'un cadre législatif nouveau. Les différentes mesures prises, bien que reconnues par les différents acteurs sociaux intéressés par la question comme encourageantes (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015 ; Cano Christiny et al., 2009 ; Hidalgo, 2014) ne suffisent pas à effacer l'impact négatif d'une structure législative qui criminalise les étrangers (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015).

Encadré 6.2 : Les critiques de la *Ley de Extranjería*

La *Ley de Extranjería* (*Decreto de Ley n° 1.094* de 1975) et le *Reglamento* qui l'accompagne (*Decreto Supremo n° 597* de 1984) définissent le cadre normatif et discursif en matière migratoire au Chili. Basé sur la sécurité et l'ordre national, il définit les étrangers - exception faite de ceux utiles à l'économie - comme une menace, un danger. Il institue les fondements de la gestion des migrants, de la relation avec les étrangers et établit leurs droits et leurs devoirs.

Cette législation migratoire datant de la dictature, toujours en vigueur, est unanimement considérée obsolète. Trop éloignée des dynamiques des migrations actuelles, sa vision de l'immigration selon la sécurité et l'ordre national ne permet pas à l'État de respecter ses engagements à l'international en matière de respect, de promotion et de garantie des droits de l'homme.

Pour une part, cette législation n'est pas capable de répondre à la situation migratoire actuelle. Ce sont notamment les catégories migratoires qui ne sont pas adaptées aux raisons pour lesquelles les gens migrent vers le Chili aujourd'hui. Cette inadéquation pousse les personnes à opter pour des titres de séjour qui ne leur correspondent pas et bien souvent demeurent ou tombent dans l'irrégularité. Par ailleurs, le titre de séjour qui correspond le plus aux personnes venues travailler au Chili, le visa Sujet à Contrat de travail, conditionne une grande précarité. Il facilite notamment les risques d'exploitation et d'abus au travail mais il produit aussi des entraves pour l'accès à un contrat de travail. Une personne qui dispose de ce visa ne peut changer de contrat de travail pendant deux années si elle souhaite obtenir un visa de séjour définitif. Si son contrat prend fin, elle a trente jours pour en signer un autre, sans quoi, elle perd son autorisation de séjour. Le décompte des deux années repartira à zéro quand elle pourra présenter un nouveau contrat de travail. Ajoutons encore que pour l'obtention de ce visa, le contrat de travail doit contenir une clause dans laquelle l'employeur s'engage à payer un billet d'avion à son employé et sa famille vers son pays d'origine, à la fin du contrat.

D'un autre côté, c'est la discrétion que cette loi accorde à l'administration et à la police aux frontières qui est fortement contestée. Pour une part, la loi repose sur un ensemble de concepts juridiques non définis, comme l'est par exemple la considération de « convenance et utilité publique » à partir de laquelle sont accordés ou refusés des titres de séjour. Aussi, les motifs de refus d'entrée sur le territoire ou de visa ne sont pas clairement cadrés par la loi, laissant donc toute possibilité d'exercice de discrimination en cette matière. La durée du traitement pour la délivrance d'un visa n'est pas non plus établie, donnant libre cour à l'administration pour y répondre et laissant les étrangers dans une attente précaire, sans droit de travailler, ni accès aux soins et droits sociaux fondamentaux. Enfin, les mesures de contrôle des étrangers infracteurs (irréguliers au Chili ou entrés illégalement dans le pays) ne sont pas clairement définies et peuvent facilement conduire à des abus. Ainsi, la loi prévoit que les autorités doivent retirer les documents d'identité de l'infracteur et lui délivrer à la place une Carte d'étranger infracteur, le temps de procéder à l'évaluation de la transgression. Au-delà de la stigmatisation engendrée par la délivrance d'une telle carte et par les problèmes causés par la rétention des papiers d'identité, aucune durée n'est mentionnée pour la réalisation de cette évaluation qui n'est pas réalisée par la justice, mais par la police. La discrétion accordée pour la gestion de ces procédures - qui n'est pas corrigée par la définition d'une politique migratoire claire - va bien évidemment à l'encontre des droits reconnus aux migrants dans les traités défendant les droits de l'homme et des migrants.

Enfin, dernière critique importante à cette législation qui applique la catégorie d'étrangers *transeúntes*, « gens de passage », aux étrangers en situation irrégulière : en faisant cela, elle conduit à faire des enfants de migrants irréguliers nés au Chili des apatrides⁹⁶.

Les années 2000 marquent donc le début de la croissance de l'immigration latino-américaine et de l'intérêt porté par différents acteurs sociaux sur le sujet. Les migrants commencent à s'organiser et la société civile chilienne également. Le gouvernement identifie, sous la pression des universitaires et des associations, des problèmes que rencontrent les populations migrantes et proposent quelques mesures palliatives, qui conduisent, plus qu'à un changement structurel de politique et de législation, à limiter les entraves les plus évidentes à l'accès aux droits fondamentaux des migrants les plus vulnérables.

⁹⁶ Voir pour cet encadré : (Cano Christiny et al., 2009 ; Jensen Solivellas, 2008 ; Martínez Pizarro, 2003^a ; OIM, 2003 ; Olea, 2013 ; Stefoni, 2002, 2011 ; Zavala San Martín & Rojas Venegas, 2005).

À cette époque, tant pour les universitaires, que les associations, la presse et la société civile, la figure type des migrants correspond à celle du « *peruano* » et de la « *nana* » péruvienne. Cette figure, qui représente les migrants, s'associe dans son caractère d'« indianité » avec la représentation des peuples originaires du nord du pays, dont la domination chilienne est le produit de la *Guerra del Pacífico* de 1880 (les Mapuche, sont associés en plus à une image de résistance et de rébellion qui les distinguent). Si dans un premier temps, les approches autour de ces migrants portent sur des phénomènes les plus visibles, elles laissent quand même émerger à leur côté des initiatives qui parviennent à identifier et à signaler publiquement des situations problématiques qui touchent les populations les plus vulnérables que sont les enfants, les femmes enceintes et les réfugiés.

6.3. 2010-2013 : Croissance et diversification de l'immigration, intensification des prises de position

Dès la fin de la décennie 2000 le Chili est témoin d'une intensification et d'une diversification tant de l'immigration que des discours et actions sur le sujet. L'immigration vers le Chili augmente et l'origine nationale des migrants qui s'y installent se diversifie. La présence de Colombiens, de Dominicains et d'Haïtiens devient vite très remarquable. Ces migrants, identifiés comme « noirs » et « caribéens », n'entrent pas dans les représentations limitant la catégorie de « migrants » construite jusqu'alors, ni non plus à celle d'« étranger ». Ils ne peuvent être associés à la figure des « Péruviens », si ce n'est par la condition d'infériorité et de non-appartenance à la communauté nationale qui leur est attribuée. Apparaissent alors au Chili les premières représentations sur ces étrangers considérés si différents des Chiliens et de nouvelles figures d'« autres » émergent, qui catégorisent, différencient et hiérarchisent entre eux la population migrante.

L'intérêt pour l'immigration latino-américaine se renforce à cette période et la visibilité sociale des « nouveaux » migrants joue un rôle important dans cet engouement. Il est d'ailleurs possible d'observer à cette période une redéfinition de la carte des acteurs se positionnant au sujet de l'immigration. De nouveaux apparaissent alors et des anciens perdent quelque peu de leur hégémonie ; de nouveaux espaces de discussion, de négociation, de collaboration se construisent depuis les relations tissées entre ces acteurs. Si les associations de migrants, comme les recherches menées depuis l'université, les projets, les rencontres, les activités organisées par les associations et organisations chiliennes, se multiplient tous à cette époque, il apparaît surtout notable que des institutions publiques, mais aussi des gouvernements locaux comme les municipalités, commencent à identifier des problèmes liés à la prise en charge ou aux relations avec les populations migrantes et à mettre en place des programmes spécifiques aux migrants.

La gouvernance des migrations à différentes échelles

Dans cette configuration d'acteurs qui portent la question de l'immigration, l'un des plus importants, l'État, avec le changement de gouvernement survenu en 2010, modifie de manière assez importante la route tracée par le gouvernement précédent de Michelle Bachelet. Alors qu'à la fin des années 2000, le gouvernement en place montre une volonté d'ouverture à l'immigration et s'intéresse à différents problèmes rencontrés par la population migrante, cette volonté a été mise de côté pendant le Gouvernement de Sebastián Piñera (2010-2014)⁹⁷. Ce dernier a reconnu dans son programme présidentiel la nécessité de définir une politique et une législation migratoires adaptées au contexte actuel, mais il leur a donné une toute autre orientation.

⁹⁷ Sebastián Piñera est un économiste, un homme d'affaire et un politique. Il appartient au parti politique de centre droite *Renovación Nacional* (RN), un parti conservateur et libéral. Il est élu en tant que candidat de la *Coalición por el Cambio*, qui rassemble la RN et la *Unión Demócrata Independiente* (UDI), partis de droite très conservateurs.

En juin 2013, un *Proyecto de Ley Migratoria*⁹⁸ a été déposé par le Président de la République à la Chambre des députés. L'approche développée par ce projet se saisit des migrations en termes principalement économiques, et se donne comme « objectif principal de profiter des avantages potentiels de la migration internationale en bénéfice au pays »⁹⁹. De ces derniers découle la définition des droits et des devoirs des migrants, et non d'une perspective des Droits de l'homme. L'ordre national est énoncé à nouveau pour justifier une volonté de favoriser la régularité des étrangers sur le territoire, laquelle « permet d'assurer un contrôle adéquat, en maintenant la sécurité nationale comme un critère informateur de toute la législation migratoire »¹⁰⁰. Il y a de la part de ce gouvernement une volonté de réformer les catégories migratoires énoncées dans la loi et de les adapter au contexte actuel ; cependant, les critiques de ce projet (Olea, 2013) ont montré que les nouvelles catégories proposées, non seulement ne s'accordaient pas aux migrations récentes, mais qu'elles maintenaient voire accentuaient celles qui fragilisaient le plus leurs détenteurs rendant plus facile leur irrégularité. De plus, la discrétion qu'accordait aux fonctionnaires la *Ley n°1.094* de 1975 en matière d'entrée et de résidence au Chili est maintenue dans cette nouvelle proposition de loi.

D'une manière générale, les différents traités internationaux signés par le Chili ainsi que les recommandations faites par différents organismes nationaux, régionaux et internationaux ne sont pas pris en compte dans la définition de cette loi (Olea, 2013, p. 134) ; sauf en matière d'accès à l'éducation et de droits du travail qui sont accordés aux étrangers sans considération de leur régularité. À l'inverse, d'autres droits sociaux fondamentaux sont retirés, comme l'accès aux soins publics qui ne pourraient être délivrés aux étrangers qu'après un séjour en situation régulière de deux ans (sauf pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et en cas d'urgence). Il en va de même pour tous les bénéfices sociaux délivrés par l'État qui ne pourraient être donnés avant une durée de séjour de deux ans, même aux personnes qui cotisent à la sécurité sociale. Le projet de loi, présenté malgré tout par le gouvernement comme une ouverture à l'immigration, signale que la diversité culturelle qu'apportent les migrants peut être l'occasion de construire une « société plus riche et tolérante »*. Et ce, d'autant plus que le Chili est décrit comme « un pays éloigné des grands centres de peuplement mondiaux, distant même à échelle sous-continentale, dont l'homogénéité culturelle a été protégée durant des siècles par les obstacles naturels environnants »¹⁰¹. Le discours de la Nation homogène que vient troubler la présence d'étrangers sert de support à la Loi.

Au-delà de la proposition de *Ley migratoria* pendant ce mandat, seules seront promulguées les propositions de lois travaillées sous le premier gouvernement de Bachelet sur la traite des migrants et sur les réfugiés. À l'image du travail mené par le groupe de travail sur la santé des migrants et des réfugiés (SIR-Minsal), différents projets, plans pilotes ou programmes pensés sous le premier mandat de Bachelet se paralysent ou disparaissent sous celui de Piñera.

Mais, si à l'échelle de l'État la question migratoire n'est plus une priorité ou bien est redéfinie avant tout en des termes économiques qui conduisent à laisser de côté les projets autour des droits et notamment des droits sociaux des migrants, des initiatives qui s'intéressent justement à ces droits sociaux voient le jour au début de la décennie 2010 à d'autres échelles politiques. Ces initiatives apparaissent, rappelons-le, dans un contexte

⁹⁸ Projet de loi migratoire consultable sur : http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=9377&prmBL=8970-06. Pour une révision critique de ce projet de loi, voir (Olea, 2013).

⁹⁹ *Mensaje de S.E. El Presidente de la Republica con el que inicia un proyecto de Ley de Migración y Extranjería* ; Mensaje n°089-361, Santiago du Chili, le 20 mai 2013, p. 11. Cámara de Diputados, en ligne http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=9377&prmBL=8970-06.

¹⁰⁰ Ibid. p 12.

¹⁰¹ Ibid. p 11.

d'apparition de mouvements sociaux qui dénoncent les inégalités de la société chilienne et réclament une transformation dans l'accès à certains droits basiques comme la santé, l'éducation et le logement.

C'est notamment au sein des municipalités qu'apparaissent à cette époque des programmes inédits, dédiés spécifiquement à la population migrante et que se définissent progressivement des politiques migratoires à échelle locale. En 2009, à Santiago naît le premier *Programa Migrantes*. Tenu alors par une seule personne, ce bureau très en lien avec les institutions de services publics municipaux qui soulèvent des difficultés dans l'administration et la gestion de cette population migrante toujours plus nombreuse, se propose de définir des initiatives dans le but de parvenir à résoudre ces difficultés. Il s'agissait, dans un premier temps, de trouver des solutions à des barrières souvent administratives d'accès aux soins, à l'éducation, et de définir des objectifs, un fonctionnement et un réseau pour élaborer cette initiative inédite au Chili. En 2012, alors que le bureau est composé par une équipe de plusieurs personnes, les objectifs d'intervention sont doubles : favoriser et améliorer l'accueil des populations migrantes ainsi que leur intégration. Pour une part, des formations sont proposées aux fonctionnaires municipaux afin de les sensibiliser aux droits des migrants ; de l'autre, l'accès à l'information est facilité aux migrants concernant leurs droits de santé, d'éducation, de logement et d'emploi et un accompagnement dans leurs démarches leur est offert en cas de besoin. Enfin, ce bureau municipal spécialisé autour des migrants cherche à favoriser la communication entre tous les acteurs sociaux (institutions, associations, églises) afin d'observer et d'agir de manière intégrale auprès de ces populations. Par la suite, ce bureau sera incorporé à la *Oficina Anti-discriminación* de la *Municipalidad de Santiago*, créé en 2014 : la politique est désormais celle de la lutte contre toutes formes de discrimination, et c'est depuis cet angle que la municipalité aborde la question migratoire. Comme nous le verrons plus loin, cette transformation n'est pas fortuite, mais naît dans un contexte de visibilisation des discriminations connues par les homosexuels et par les migrants.

En 2011, une *Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados* est ouverte dans la commune de Quilicura. Dirigée par une sœur catholique, elle naît lorsque la présence d'Haïtiens et de réfugiés Palestiniens rend plus visible l'importance de la présence de migrants dans cette commune de l'extrême Nord de la Région métropolitaine. La mise en place de ce service pour les migrants a été réalisée en étroite liaison avec le *Servicio Jesuita a Migrantes* (SJM). Nous verrons plus loin que cette association chilienne née en 2000 sous le nom de Pipa a connu une restructuration dans le but d'une professionnalisation à la fin des années 2000. Rebaptisée *Servicio Jesuita a Migrantes* (SJM), cette organisation gagnera progressivement en marge d'action et en légitimité, notamment en soutenant la création de ces services municipaux pour les migrants et en offrant des formations aux fonctionnaires, en particulier dans ces municipalités. La création du service pour migrants à Quilicura, fortement soutenu par le SJM, a permis au SJM de diffuser ses idées (alors axées sur le respect et la promotion des droits des migrants ainsi que sur la notion d'interculturalité) et de se constituer, à cette échelle comme un référent légitime.

Dans ces débuts, la *Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados* de Quilicura se définissait comme « un lieu de soutien à la population migrante et réfugiée, facilitant l'insertion sociale et assurant le respect des droits fondamentaux au travers de programmes qui proposent une information, une orientation, un accompagnement et une mise en relation avec les réseaux de soutien adéquats »* (Quezada & Saffirio, 2012).

Elle proposait alors des formations pour les fonctionnaires dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'administration, en partenariat avec le SJM. Elle organisait, d'une manière semblable aux propositions faites à Santiago, un accompagnement administratif et juridique individuel pour les migrants, avec le soutien de bénévoles du SJM.

Progressivement, et grâce notamment au travail de différents étudiants stagiaires et de bénévoles, ce service municipal a mis en place des petites recherches sur la situation sociale des migrants, leurs conditions de vie, les tensions avec les chiliens. Les Haïtiens, implantés à Quilicura avant 2010 et dont le nombre n'a cessé de croître depuis, ont été la population phare de ce service et c'est surtout avec cette population que le travail communautaire a été mené. Dès 2012, ce programme a organisé différents événements publics autour de la population migrante, en partenariat avec des institutions telles que le HCR ou Amnistie Internationale. Aussi, le Jour du Réfugié (*Día del Refugiado*), puis le Jour du Migrant (*Día del Migrante*) sont célébrés depuis, chaque année. Les différentes communautés nationales de migrants y sont conviées et proposent des démonstrations de danses folkloriques, de nourritures et d'artisanats « typiques » de leurs pays.

La *Municipalidad de Quilicura*, en matière d'accueil à échelle municipale des migrants, s'est rapidement dressée comme une référence. Possiblement par les liens avec des institutions reconnues en matière migratoire comme le SJM, le HCR ou Amnistie Internationale, ou encore par l'effet de mode accordé aux Haïtiens, très présents dans cette commune. Mais aussi car elle mène avec un chercheur, Eduardo Thayer, une étude sur la population migrante de la commune et propose en 2014 un plan d'action pour leur intégration sociale, qui finira de la placer comme référence en matière de politique migratoire locale.

Quilicura se positionne dans ses discours en se distinguant des autres municipalités : en revendiquant ses politiques actives d'intégration des migrants, mais aussi en distinguant la population migrante qu'elle reçoit de celle que reçoivent les autres communes de la région métropolitaine. Elle souligne en effet qu'à Quilicura s'installent un plus important nombre de migrants Haïtiens et de réfugiés Palestiniens, tous plus « différents culturellement » que les migrants des pays voisins majoritaires dans les autres communes.

Recoleta, Independencia et La Pintana, trois communes de la Région métropolitaine où réside une importante part d'étrangers, créent également en 2012 et 2013 des services municipaux dédiés spécifiquement aux migrants. À Recoleta par exemple, le programme migrant se définit autour de trois axes : les Droits de l'Homme, le Genre et la Citoyenneté¹⁰². Trois lignes d'action sont proposées par ce programme : la formation et la sensibilisation des fonctionnaires municipaux à la question migratoire et aux droits des migrants ; l'accès à l'information des migrants sur leurs droits ; et un travail communautaire au sein des quartiers.

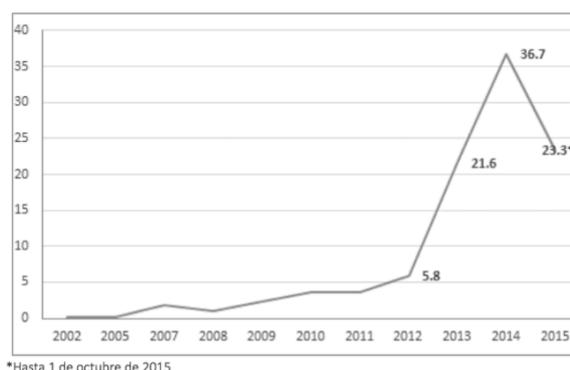
Ces différents programmes municipaux dédiés aux migrants demeurent jusqu'en 2014 des programmes en construction, cherchant à recenser les problématiques de cette population et les problèmes de prise en charge de cette population par les entités municipales, à mettre en place des politiques, à faire valoir les droits des migrants et à créer des réseaux entre acteurs sociaux autour de cette question. À partir de 2014, avec la publication du *Plan de Acogida* en collaboration entre la *Municipalidad de Quilicura* et le chercheur Eduardo Thayer, ces entités municipales commencent à gagner en légitimité.

Le graphique ci-dessous a été produit par l'*Observatorio de las políticas migratorias* de l'*Universidad de Los Lagos* en 2016. Initiative inédite au Chili, cet observatoire recense et analyse les différentes actions menées par les municipalités dirigées spécifiquement sur la question migratoire. Sur 580 actions recensées entre 1990 et 2015, 87,4% ont eu lieu entre 2012 et 2015. Ce graphique montre très clairement l'émergence de la préoccupation pour

¹⁰² Le *Programa Migrantes* de la *Municipalidad de Recoleta* est dirigé par deux femmes dont les histoires importent pour comprendre les orientations données à ses politiques. L'une est une dirigeante de l'association péruvienne *Proandes*, dont nous avons signalé l'importance et la représentativité à échelle internationale. L'autre, réfugiée politique péruvienne, fondatrice de l'association de défense des droits des femmes - notamment migrantes - *Warmipura*, travaillait également au sein du *Servicio Jesuita a Migrantes* avant de prendre la responsabilité à Recoleta.

les migrations à échelle municipale et l'importante croissance de celle-ci à partir de 2012. L'observatoire souligne également que le développement de ces actions nait plus de l'intérêt et de l'initiative de certaines personnes que de politiques voulues par les municipalités (2016a, p. 4).

Figure 6.1. Année d'exécution des actions municipales sur la migration



Sources et élaboration : *Observatorio de Políticas Migratorias*, 2016a.

Au-delà des actions municipales, il faut aussi noter qu'à cette période émergent des initiatives isolées au sein d'institutions ou d'établissements publics. La présence croissante dans leurs services de populations migrantes fait émerger en leur sein des problèmes et des questionnements nouveaux concernant la prise en charge de cette population considérée particulière. C'est notamment au sein du secteur de la santé et de l'éducation, dans les communes où résident de manière plus concentrée des migrants, qu'apparaissent des questionnements et des initiatives visant à résoudre des problèmes identifiés. Comme nous le verrons plus tard dans le cas du quartier de Los Nogales à Estación Central, ces initiatives sont plus de l'ordre du bricolage, faute de moyens et de temps pour réfléchir à des stratégies plus larges ou faute de solutions proposées par les instances de décision supérieures. Aussi, tel employé qui parle français est mobilisé pour faciliter la prise en charge d'une personne haïtienne non francophone ; tel autre patient ou un autre parent d'élève peut servir d'interprète ou assurer la traduction des petites fiches de suivi médical ou des questionnaires ; on invente un système pour inscrire dans les bases de données les personnes sans titre de séjour afin de leur donner accès aux soins ; on sollicite une association pour faire une formation en droit des migrants ou en interculturalité, et progressivement, les problèmes identifiés remontent dans la hiérarchie institutionnelle jusqu'à ce que les entités décisionnelles, financières et organisationnelles dont dépendent les établissements prennent conscience des difficultés, des besoins mais aussi des entraves aux droits des migrants liées au fonctionnement habituel de ces services. Mais c'est véritablement à partir de 2014, avec le retour à la Présidence de Bachelet, qu'à l'échelle des ministères ou des services qui organisent au niveau régional ou municipal les services publics, commencent à apparaître des mesures et des programmes pilotes visant à améliorer de manière systémique la gestion et l'accueil de ces populations.

Société civile chilienne : multiplication des actions et des points de vue sur les migrations depuis les organisations et associations chiliennes

Des relations s'établissent entre les institutions et établissements locaux, les municipalités et les associations chiliennes d'aide aux migrants. L'Incami, référence en matière migratoire, maintient son action auprès des migrants, centrée sur l'accompagnement individuel dans les démarches juridiques, administratives, de logement, de santé et d'éducation ; un service de bourse de travail, dont une importante part est dédiée au travail domestique (connu comme le *Supermercado de las nanas*, le supermarché des bonnes) ; l'organisation d'évènements auprès des migrants ; et enfin un travail pastoral religieux. Petit à petit un autre organisme chilien catholique va prendre de l'amplitude et gagner en légitimité jusqu'à se positionner en organisme de référence : le *Servicio Jesuita a Migrantes*. Ses actions, plus laïques que celles de l'Incami, mais aussi ses stratégies politiques le placeront au retour du gouvernement de

Bachelet en 2014 en importante position de négociation avec le gouvernement et le *Departamento de Extranjería y Migración*.

Née en 2000, Pipa se soumet à une évaluation menée par une universitaire et opère des transformations dans le but de se professionnaliser et de donner à ses actions une plus grande ampleur et reconnaissance. Elle prend en 2010 un nom internationalement reconnu : *Servicio Jesuita a Migrantes*. Une équipe de travailleurs sociaux, de volontaires internationaux¹⁰³, et d'étudiants sont recrutés¹⁰⁴ à partir de 2009-2010. Les objectifs de la fondation se précisent et le travail s'organise. En 2009, une antenne du SJM est créé à Arica dans le Nord, suivie en 2013 d'une autre antenne à Antofagasta. En 2012, alors que le SJM s'installe dans un grand bâtiment jésuite au centre de Santiago (en bordure d'Estación Central), un important travail de communication est réalisé, associé à un changement de marque. La fondation s'appellera jusqu'en 2015 *Ciudadano Global*, pour ensuite reprendre le nom SJM lors d'une restructuration et d'un changement de direction.

En 2010, lorsque le SJM choisit de transformer son action, il développe l'accompagnement juridique et social individuel ainsi que le travail communautaire, il construit et favorise des relations avec les associations de migrants et les associations pour migrants, avec les institutions et les municipalités qui portent un intérêt sur la question, et avec les universités notamment *via* la réalisation de stages et de recherches menées par des étudiants en son sein. Cet acteur est un moteur important de création de liens et de dialogue entre les différents acteurs sociaux qui portent un intérêt à la question migratoire. Le discours du SJM sur la migration, construit dans un premier temps autour de la notion d'interculturalité telle que développée par le jésuite Xavier Albó (2003) à laquelle s'est ajoutée celle de la citoyenneté globale basée sur le respect des droits de l'homme indépendamment de la situation migratoire, a progressivement élargi son champ de portée. Il a été propagé à la fois par les formations proposées par le SJM aux fonctionnaires à différentes échelles, dans les interventions dans des séminaires, colloques ou conférences portant sur les migrations (dans lesquels le SJM s'est positionné comme un acteur indispensable¹⁰⁵) et dans des publications de points de vue dans la presse. De cette manière, le SJM se positionne comme un acteur clé dans le débat sur l'immigration, en contribuant largement à le rendre visible et en en donnant une vision nouvelle, développée également ou reprise par d'autres acteurs comme les municipalités ou certaines associations de migrants (principalement, celles que le SJM a aidé à construire). Plus tard, à partir de 2015, alors que d'autres acteurs reprennent le devant de la scène dans le débat sur les migrations (comme le MAM, *Movimiento Acción Migrante*, qui rassemble différentes associations migrantes), le SJM se maintient comme un acteur légitime, notamment auprès du gouvernement. Il sera un acteur central dans le renouveau du *Departamento de Extranjería* qui s'initie sous le deuxième mandat de Bachelet.

À part les actions du SJM et de l'Incami, qui sont deux organisations de référence en matière migratoire de la société civile (religieuse), d'autres associations ou organisations chiliennes commencent à s'intéresser à la question et développent discours et actions autour de ce sujet. La période analysée ici reflète un intérêt nouveau pour la question migratoire de la part de différentes associations et organisations. Des actions de différents

¹⁰³ Principalement des professionnels volontaires de l'organisme *América Solidaria*.

¹⁰⁴ En 2010, je réalisai un stage de deux mois au sein du SJM. Le travail de construction de l'organisation était en train de se structurer. A l'époque, il y avait deux travailleurs sociaux, une personne chargée de recevoir les migrants, une sociologue, un étudiant en droit, trois bénévoles d'*América Solidaria* et deux responsables, l'un sacerdote jésuite, l'autre laïc.

¹⁰⁵ À partir de 2015, alors que le nombre d'acteurs intervenant sur la question migratoire continue d'augmenter, que le SJM a redéfini ses objectifs, mais surtout devant la légitimité publique accordée au mouvement porté par des associations de migrants, le MAM, le SJM n'est plus systématiquement invité à s'exprimer dans le cadre des conférences ou séminaires. C'est désormais le MAM qui est présent en tous lieux et dont la parole semble le mieux représenter la société civile sur le sujet migratoire aux yeux des différents organisateurs.

ordres, sous-tendues par des discours divers, mais qui semblent émerger comme par un effet de mode. À nouveau, progressivement, cet effet de mode va se répandre autour de thèmes clés ou de populations plus visibles, jusqu'à devenir après 2014, un sujet au cœur de l'attention de tous. Sans prétendre recenser l'ensemble des actions réalisées autour des migrations (leur nombre croissant à partir de cette date rend la tâche difficile), il est possible d'observer la construction de sous-thèmes sur lesquels porte l'attention et de comprendre comment se mettent en place des idées, des discours partagés par un nombre croissant d'acteurs.

La question des droits des migrants fait l'objet d'une attention particulière à partir de cette époque et est exprimée sous forme de campagnes d'information et de sensibilisation, de productions de rapports ou de déclarations publiques ou enfin par l'organisation de séminaires ou de colloques autour de ce sujet.

Concernant les campagnes d'information et de sensibilisation il est possible d'en retenir deux dans ces années-là. La première, « *Soy Migrante, tengo derechos* » a été menée au sein d'un projet nommé « Citoyenneté et protection des droits de l'Homme de la population immigrante au Chili »¹⁰⁶, financé par l'Union européenne en 2010-2011, et développé par la *Fundación Instituto de la Mujer*, ainsi que le Programme Genre et équité de la Flasco (*Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales*), le Centre des Droits de l'Homme de l'Universidad Diego Portales, l'Incami et la *Casa de Encuentro de la Mujer* d'Arica (Cedemu). Le SJM et l'OIM ont collaboré également à la mise en œuvre de ce projet. Les objectifs de ce projet étaient de contribuer à l'exercice des droits et à l'associativité des migrants en situation de vulnérabilité, en offrant une formation sur la citoyenneté et de l'aide juridique ; de former les fonctionnaires publics à la protection et la garantie des droits de la population migrante mais aussi former des acteurs de la société civile pour jouer un rôle de médiation et d'intégration sociale pour les migrants ; d'apporter des éléments de réflexion au gouvernement pour la définition d'une politique migratoire ; de sensibiliser l'opinion publique pour contribuer à l'élimination de discriminations pour des raisons d'ethnie, de genre ou d'origine nationale. La campagne de sensibilisation publique a également été accompagnée d'un guide de soutien pour les migrants « *Soy migrante, tengo derechos* » (Fundación Instituto de la Mujer, 2011).

La deuxième campagne a été mise en place par le SJM, alors renommé *Ciudadano Global*, en 2013. « *Hablemos de Inmigración* » repose sur un ensemble de vidéos cherchant à rappeler que l'État doit garantir et protéger les droits des migrants. « Pour cela, une loi moderne et juste est nécessaire, accompagnée de politiques publiques orientées vers une égalité des droits. Seulement de cette manière et en promouvant une culture d'hospitalité nous obtiendrons un Chili plus riche en diversité et interculturalité »¹⁰⁷. Ce message, qui défend la nécessité d'une nouvelle loi migratoire qui attribue des droits aux migrants et les protègent dans le but de parvenir à une société interculturelle est la base du discours que maintient et défend jusqu'à présent le SJM. Aujourd'hui, alors que la plupart des acteurs sociaux qui s'expriment sur la scène publique (hors gouvernement et partis politiques d'opposition) s'accordent sur la nécessité d'une nouvelle loi migratoire qui repose avant tout sur le respect et la protection des droits de l'homme, le SJM se distingue en défendant l'idée qu'une telle proposition permettra de construire une société selon un modèle interculturel. Cette idée sera reprise par des acteurs proches du SJM mais de manière moins centrale.

La question des droits des migrants est également centrale dans plusieurs rapports et déclarations réalisées par des associations ou des organisations chiliennes. Il est de grande

¹⁰⁶ « *Ciudadanía y Protección de los Derechos Humanos de la Población Inmigrante en Chile* ». Voir : www.insmujer.cl/soymigrante/, consulté le 15 décembre 2016.

¹⁰⁷ Voir : https://www.youtube.com/watch?v=gaiC9_feck, consulté le 14 février 2017.

importance de noter qu'en 2010, l'Institut National des Droits de l'Homme chilien (INDH), dont le processus de création s'est initié en 2005, est enfin créé. Cet institut produit chaque année un rapport sur la situation des Droits de l'Homme au Chili, lesquels rapports deviennent rapidement des références dont se saisissent différents acteurs sociaux pour faire des revendications auprès du gouvernement, notamment en matière de législation. La question migratoire n'échappe pas à cette dynamique et progressivement les rapports de l'INDH, (comme ceux du *Centro de los Derechos Humanos* de l'*Universidad Diego Portales*), servent de bases pour signaler les situations de manquement au respect des droits de l'homme pour la population migrante et leur origine dans la politique et la législation migratoire.

Les manières d'aborder la question migratoire dans ces rapports reflètent les problèmes les plus visibles dans la société chilienne au fil des années. Ainsi, en 2010 c'est d'abord la situation des réfugiés qui est analysée. En 2011, dans un chapitre débutant par une photo d'une employée domestique d'origine andine dans une cuisine (la traditionnelle figure type des migrants), une analyse des normes et des politiques migratoires du pays est réalisée. En 2012, ce sont les victimes de traite qui sont au cœur des observations. Une nouvelle politique migratoire y est réclamée alors que la présence plus importante de personnes issues des Caraïbes est illustrée par une photo d'un migrant noir (la nouveauté et l'exotisme qui donne de l'importance et de la visibilité à la question migratoire). En 2013, c'est le projet de nouvelle Loi migratoire proposé par le Gouvernement Piñera qui fait l'objet de critiques au sein du rapport. Les discriminations connues à la frontière nord du pays par les afro-descendants sont soulevées et la situation juridique des enfants de personnes en situations irrégulières nés au Chili (*hijos de extranjeros transeúntes*) est signalée comme allant à l'encontre des droits fondamentaux. En 2014, les personnes migrantes n'apparaissent que de manière transversale, cependant un chapitre est dédié aux droits des afro-chiliens. Les différents rapports sont révélateurs de comment la présence des migrants noirs, nommés « afro-descendants », attirent particulièrement l'attention, et de comment cette question est liée au mouvement de reconnaissance sociale mené par des personnes s'identifiant comme afro-chiliennes. Enfin, en 2016, l'attention est portée sur les problèmes de nationalité que rencontrent les enfants de personnes en situation irrégulière nés au Chili. Ce sujet fait en 2016 l'objet d'une campagne menée par différents acteurs. Ils obtiendront la nationalité chilienne pour ces enfants.

Figure 6.2. Photos illustrant le chapitre sur les droits des personnes migrantes. Rapport INDH, 2011 (à gauche) et Rapport INDH 2012 (à droite)



Sources : Instituto Nacional de Derechos Humanos, *Informe de Derechos Humanos*, 2011, 2012.

À ces rapports s'ajoutent ceux produits par le Redmi, le réseau d'acteurs de la société civile et d'universitaires travaillant sur les migrations. En 2011, le Redmi produit un « Rapport alternatif »* qui propose une évaluation du respect au Chili des droits établis dans la Convention Internationale sur la protection des Droits de tous les travailleurs migrants et de leur famille, signée en 1993 et ratifiée en 2005. Ce rapport est une alternative à celui établi par le gouvernement et a été transmis au Comité de l'ONU chargé d'évaluer le respect de la convention¹⁰⁸. Les signataires de ce rapport concluent à la fragilisation d'un grand nombre de droits des migrants dont ils situent l'origine dans l'absence d'une politique migratoire nationale qui « garantisse une approximation d'un pacte social commun, dans lequel tous sommes citoyens, indépendamment de notre lieu de naissance et pays de résidence »* (Redmi, 2011, p. 4). Cet état des lieux des situations de manquement aux droits de l'homme et la formulation de propositions de mesures pour y remédier, co-signées par cet ensemble d'acteurs fonde un discours qui sera largement repris par tous pour exiger du gouvernement une nouvelle loi et une politique migratoires.

Ces conclusions sont partagées dans un autre rapport produit aussi en 2011 par Amnistie Internationale et par l'Observatoire citoyen¹⁰⁹ (Machín Alvarez, 2011). Un diagnostic similaire y est réalisé qui met en évidence les manquements aux droits fondamentaux des migrants au Chili et la nécessité d'une législation et d'une politique migratoires adaptées aux dynamiques migratoires actuelles et garantissant le respect des droits de l'homme aux migrants.

Il est fort possible que le projet de loi migratoire déposé en 2013 par le gouvernement Piñera ait poussé encore plus sur le devant de la scène la question des droits de migrants. Alors que différents acteurs de la société civile avaient établi un diagnostic des « problèmes » migratoires actuels et défendaient déjà l'idée de la nécessité d'une nouvelle loi migratoire basée sur le respect et la promotion des droits de l'homme, le projet de loi du gouvernement Piñera est construit sans consulter ces acteurs et dans une optique sécuritaire et économiste très différente de celle qu'ils défendent. Cette action du gouvernement a conduit à une forte réaction de la part de la société civile et des universitaires qui s'y sont largement opposés. Nombreuses sont les réactions, dans la presse, dans des séminaires et colloques. Les membres du réseau Redmi ont ainsi publié une déclaration publique¹¹⁰ s'alarmant de cette proposition de loi et des méthodes du gouvernement pour la construire. Ces critiques depuis la société civile se feront plus insistantes au début du deuxième mandat de Bachelet en 2014 : la proposition de Loi n'ayant pas été votée sous le mandat de Piñera les acteurs de la société civile ont poussé à la faire abandonner, ce qu'ils obtiendront finalement.

Enfin, des espaces de discussion et de publicisation des questions migratoires centrés sur les droits de l'homme ont vu le jour à cette époque. L'Incami dédie ainsi en 2012 la XIV version de ses reconnues *Jornadas Migratorias* à la « Migration, Politiques publiques et nouvelle loi migratoire »*¹¹¹. Cet espace cherche encore à favoriser le débat entre entités gouvernementales, organismes internationaux, ONG, Eglises et universités (à noter que les associations de migrants n'exposent pas dans ces journées). Cet événement, qui définit les migrants non comme un problème mais comme un apport pour la croissance et le

¹⁰⁸ Voir : <http://www.insmujer.cl/soymigrante/?p=350>, consulté le 13 décembre 2016.

¹⁰⁹ L'observatoire citoyen est une ONG de défense, de promotion et d'information sur les droits de l'homme et les droits des peuples originaires. Créé en 2004, cette organisation était d'abord spécialisée sur les droits des communautés autochtones et défendait une vision interculturelle de la société chilienne. De cette manière, l'observatoire s'est progressivement tourné vers la question des migrants. Voir : <https://observatorio.cl/>, consulté le 13 décembre 2016.

¹¹⁰ Voir : <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/2013/05/la-redmi-entrega-una-declaracion-publica-sobre-migracion-en-la-moneda/>, consulté le 13 décembre 2016.

¹¹¹ Voir : <http://sociologia.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2012/06/XIV-PROGRAMA-JORNADAS-MIGRATORIA-2012.pdf>, consulté le 2 février 2017.

développement du pays, appelle à considérer que le Chili a une « dette » envers les migrants et doit répondre à leurs besoins actuels¹¹². Au cœur des débats : la nécessité d'une nouvelle loi migratoire associée d'une politique qui permettraient de promouvoir et garantir les droits des migrants.

Plus spécifiquement autour de la situation des demandeurs d'asile et des réfugiés, l'organisation religieuse Fasic, historiquement portée vers la défense des droits de l'homme, met en place en 2011 un programme de « fortification des mécanismes de protection des droits de l'homme »* pour ces personnes dans le Nord du Chili et dans la Région métropolitaine¹¹³. Alors qu'elle avait recentré son action sur cette population en 2007, le soutien aux demandeurs d'asile et réfugiés et la défense de leurs droits devient un des deux objectifs de l'organisation (l'autre étant un travail d'archive des documents produits par la Fasic au cours de son histoire).

Le thème des demandeurs d'asile et des réfugiés est porté de manière plus visible à cette époque dans les préoccupations d'Amnistie internationale au Chili. Cela apparaît dans le travail effectué avec la Municipalité de Quilicura qui reçoit des réfugiés, mais aussi dans l'organisation de concours de contes : « Et si j'étais une personne réfugiée »* à partir de 2012.

Cette action plus « culturelle » rejoint un ensemble d'initiatives qui apparaissent en cette période pour devenir aujourd'hui très nombreuses : en passant par le cinéma, la musique, le théâtre, la photo, les peintures, les danses, elles cherchent à apporter un certain regard sur l'immigration. Parmi ces événements, on trouve une très grande diversité de perspectives, de regards et de messages défendus.

Par exemple, le festival de cinéma : *La 1^a Muestra Internacional de Cine y Formación en Derechos Humanos de las Personas Migrantes*¹¹⁴, organisé en 2013 aborde la migration depuis une perspective des droits de l'homme. Des films sont présentés dans le but de sensibiliser aux phénomènes migratoires en donnant accès à la complexité et diversité des parcours et des expériences des migrants, en mettant en lumière les difficultés matérielles, administratives, juridiques, linguistiques et sociales auxquelles les personnes migrantes doivent s'affronter. L'objectif est de créer un espace de discussion pour faire émerger la question des droits de l'homme.

Une autre initiative menée par l'organisation *Canelo de Nos* (non spécialisée en thèmes migratoires) et financée par le *Fondo Nacional de Desarrollo Regional* et le *Gobierno Regional Metropolitano de Santiago*, propose un Festival de la Chanson Migrante en 2012. Situé dans le parc Reyes, lieu réputé pour rassembler les weekends de nombreux migrants, ce festival met en compétition des chanteurs représentant leur nationalité¹¹⁵ ; pourtant adressé principalement à des étrangers, il est présenté comme un espace d'échange, d'inclusion et de connaissance.

Ajoutons d'autres initiatives de diverses associations autour de différents sujets touchant aux migrations. Ainsi, par exemple, on peut noter que la Croix Rouge spécifie en 2011 que

¹¹² L'idée d'une "dette" du Chili envers la population revient fréquemment dans le pays notamment en ce qui concerne les politiques publiques sociales. Cette expression souligne un problème social et le manquement de l'Etat à y mettre un terme. Si elle est employée au sujet des migrants dans le cadre de ce colloque et dans quelques textes d'universitaires autour des politiques migratoires, elle sera reprise par le gouvernement, au travers de la voix du chef du *Departamento de Extranjería* à partir du 2^{ème} mandat de Michelle Bachelet en 2014.

¹¹³ Voir : <http://fasic.cl/wp/migraciones/>, consulté le 4 février 2017.

¹¹⁴ Ce festival trouve son origine en Argentine, avec l'ONG *CineMigrante* dont l'objectif est de transmettre des connaissances sur les situations migratoires et construire des espaces de promotion des droits de l'homme et d'intégration culturelle. L'ONG organise des festivals dans différents pays d'Amérique latine principalement. Voir : <http://www.cinemigrante.org/quienes-somos>, consulté le 4 février 2017.

¹¹⁵ Voir : <http://festivalmigrantes.blogspot.fr;> consulté le 4 février 2017.

son programme d'accompagnement et d'assistance sociale est destiné à tous sans distinction de nationalité ou de situation migratoire. Dès 2010, la Croix Rouge, en collaboration avec le SJM et le *Hogar de Cristo*, a réalisé des actions de soin en offrant pendant une journée aux migrants des soins de médecine généraliste, gynécologie, kinésiologie et santé mentale¹¹⁶.

Par ailleurs, des organisations mènent des études dans le but d'en savoir plus sur les conditions de vie et les expériences des migrations. Ainsi, la *Fundación Superación de la Pobreza*, en collaboration avec l'école de journalisme de l'Universidad Diego Portales, réalise en 2012 une enquête sur les conditions de vie des migrants dans la Région métropolitaine de Santiago publié dans le rapport nommé « *Ser Migrante en el Chile de Hoy* » (2012). Ce rapport prétend offrir une analyse du point de vue des migrants sur leurs expériences au Chili, tout en offrant une analyse quantitative sur leurs conditions de vie. D'autre part, l'organisation *Techo para Chili*, spécialisée dans les interventions permettant la construction rapide de logements suite à des catastrophes ou dans des bidonvilles, organise en 2012 un recensement des immigrants qui résident dans des « *campamentos* » dans la région d'Atacama. En 2013, un séminaire « Immigration et pauvreté en Tarapaca : enjeux pour la région »* est mis en place par cette même organisation en collaboration avec l'Université Arturo Prat. Ces événements sont révélateurs de la visibilité que prennent les migrations dans le Nord du Chili également.

À partir de cette époque, l'attention des différents acteurs sociaux n'est plus portée que sur la Région métropolitaine mais également sur les régions du Nord qui reçoivent une importante part de l'immigration et où des tensions sociales deviennent très visibles. Ici encore, il semble que la présence de migrants noirs, identifiés dans les médias comme Colombiens, a aussi rendu visible la migration, pourtant historique dans cette zone frontière.

Avec la croissance des migrations, la société civile chilienne organisée en associations, fondations ou organisations accroît elle aussi son intérêt pour le sujet migratoire. Ce sont notamment les droits des migrants qui sont au cœur de différentes actions et des discours de ces organisations. Très actives, elles participent à construire et diffuser un discours ouvert sur les migrations, elles favorisent l'information sur les phénomènes migratoires et les débats autour de ces questions. Une majorité d'entre elles adopte et souvent fait valoir une position politique axée sur l'accueil des migrants et le respect de leurs droits fondamentaux.

Associations de migrants

Suivant le mouvement de croissance de l'immigration au Chili, les migrants poursuivent eux aussi leur organisation et leur associativité. Des associations naissent avec des objectifs similaires à celles nées dans la décennie précédente et proposent de l'accompagnement social et juridique à leurs compatriotes, des informations sur les droits au Chili, une image valorisée de leur communauté, la préservation et la présentation de leur « culture », *via* des danses, musiques et gastronomies reconnues traditionnelles ou typiques, ou encore, dans la promotion des droits citoyens dans le pays d'origine. Si l'apparition d'associations communautaires se maintient, cette époque marque la création de nouvelles formes d'associativités et d'activités avec la création d'associations plurinationales ou de médias de communication par ou pour les migrants au Chili.

Parmi les associations par nationalité se créent pendant ces années de nombreuses associations d'Haïtiens, généralement formées selon les communes de résidence ou encore

¹¹⁶ Voir : <http://www.cruzroja.cl/noticias/cruz-roja-trabaja-para-mejorar-condiciones-de-vida-de-migrantes-en-chile-19>, consulté le 4 février 2017.

rattachées à leur église d'appartenance. Précédées par la fondation de l'association AESCFCH (*Asociación educativa Socio-Cultural Flambeau de Chile*) créée en 2008, naissent ainsi PONG *Buen Samaritano Haitiano* (2010 à Independencia), la *Organización de los Haitianos de Independencia* (2010 à Independencia), l'Oshcec - *Organización Socio-Cultural de los Haitianos en Estación Central* (2010 à Estación Central), l'Ocach - *Organización de Capacitación y Ayuda para la Comunidad Haitiana* (2011 à Pedro Aguirre Cerda). Toutes partagent la volonté d'offrir un accompagnement social et juridique aux Haïtiens du Chili, l'organisation des événements pour célébrer les fêtes nationales haïtiennes et la valorisation de l'image d'Haïti au Chili. Certains, comme la Oshcec cherchent rapidement (sous l'impulsion du SJM) à faire entendre leur voix, notamment en négociant auprès de l'ambassade d'Haïti au Chili. Ces différentes associations essayent de réunir leurs actions dans une Plateforme des associations haïtiennes au Chili dont le projet s'initie en 2011. Il semble cependant que les intérêts divergents des différentes associations limitent les actions collaboratives.

Dans ces années apparaissent aussi trois médias d'information créés par des migrants et généralement pour les migrants ou sur l'immigration. Le plus important est *Revista Sur*¹¹⁷ créé en 2011. Ce média relaye les informations touchant aux migrations au Chili ou dans les pays d'origine des migrants. Sur un ton politique et engagé, il propose des analyses critiques des événements liés à l'immigration. Ce média est doté d'un programme de radio « *Chile a todo color* » assez réputé en ce qui concerne l'actualité migratoire. Engagé, ce média se positionne en quelques années comme une référence en termes de journalisme sur la question migratoire. Je ne saurais dire cependant si son espace de diffusion dépasse les communautés de migrants, pourtant, on trouve trace d'interviews réalisées auprès de personnalités politiques, de chefs d'entreprise ou encore d'organisations et d'associations chiliennes.

En 2012, naît également le site internet *colombianosenchile.com*. Ce média informe principalement les Colombiens au Chili sur leurs droits, sur les institutions et administrations qui peuvent leur être utiles, mais il informe aussi sur l'actualité en Colombie. Enfin, *Ayisyen Nou Ye Production*, une organisation qui repose sur une personne haïtienne, est créée en 2013. Dans un premier temps, elle a pour entreprise l'organisation d'événements culturels afin d'animer la communauté haïtienne et de favoriser une image positive des Haïtiens au Chili. Progressivement, et notamment à partir de fin 2014, quand ANY Production participera activement au MAM, son travail va se politiser. Un canal TV¹¹⁸, relayé par YouTube, diffuse alors des entretiens avec des personnes clés sur le sujet migratoire au Chili (dirigeants d'association, personnalités politiques, universitaires). En 2016, ce canal se centrera à nouveau sur des informations concernant des concerts ou soirées d'artistes musiciens invités au Chili.

Parmi les associations avec des objectifs plus culturels, on peut distinguer l'Asucomich (*Asociación de Organizaciones Sociales y Culturales de los Migrantes*), née en 2013, qui organise principalement des événements et des célébrations pour la population migrante, toutes nationalités confondues. Elle propose aussi des programmes de formation (usage d'internet, informatique) à destination des migrants et en collaboration avec d'autres institutions, et participe à la formation des fonctionnaires municipaux, comme celle de Santiago. Une autre association du nom de Apers (*Agrupación de Peruanos Residentes en Santiago*), créée en 2012, se donne comme objectif « d'incorporer nos compatriotes et les migrants en général, au peuple chilien »*, par le biais notamment de formations. Cette association, principalement péruvienne, participe à des événements comme le Jour du Migrant, le Jour de l'enfant, en proposant avant tout des danses traditionnelles péruviennes.

¹¹⁷ Voir : <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/>, consulté le 7 février 2017.

¹¹⁸ Voir : <https://www.youtube.com/channel/UCZ5Imrv8ky7DeUvycglvAVg>, consulté le 7 février 2017.

Ces événements d'ordre culturel, célébrant la migration et spécifiques aux communautés migrantes, deviennent de plus en plus fréquents à partir de cette époque jusqu'à devenir réguliers en 2016. Ils sont parfois organisés directement par des associations de migrants. Par exemple, l'association péruvienne *ProAndes*, qui maintient encore son statut d'association de migrants de référence propose en 2011 avec le Siatram (*Sindicato Asamblea de Trabajadores Migrantes*), un Noël pour les enfants de la communauté péruvienne : « Pour un Noël d'intégration »*. La même organisation propose en 2012 des sorties au cinéma pour les enfants migrants.

Enfin, l'organisation des migrants pour la défense et la promotion de leurs droits s'approfondit à partir de 2010, avec l'apparition de nouvelles associations politisées qui offrent un accompagnement juridique, social aux migrants ou qui mènent des actions à plus grande échelle pour réclamer des droits, des transformations politiques ou législatives. Parmi les premières, on peut distinguer l'Aperchi (*Agrupación de Peruanos Residentes en Chile*) dont le labeur consiste à créer des liens au sein de la communauté et avec le pays d'origine afin de favoriser les liens en particulier économiques et commerciaux ; à défendre les droits des migrants péruviens et à les représenter auprès des autorités ou encore à offrir un accompagnement social, juridique pour les péruviens. Une autre organisation se distingue : Amil - *Asociación de Migrantes Latinoamericanos-Chile* (2013) en ce qu'elle est composée et destinée à des migrants de plusieurs nationalités. Son objectif est de favoriser l'inclusion, l'accueil et l'intégration des migrants à travers des formations, des ateliers, des réunions d'information et des activités récréatives et culturelles. Une aide est également proposée aux migrants dans leurs démarches juridiques ou sociales. Enfin, un travail de sensibilisation politique est mené, plutôt à échelle locale.

Parmi les associations à vocation politique, naissent à cette époque l'association *Fuerza migrante* (2012), qui impulse diverses manifestations pour la défense des droits des migrants et réclame amnistie migratoire et réforme législative ainsi que le *Colectivo Ecuatoriano por la Ciudadanía* (2013). Ce dernier, s'il se centre dans un premier temps sur les Équatoriens et travaille sur leurs droits au Chili comme en Équateur, défend également des idées de libre circulation et de citoyenneté universelle qui le conduiront à élargir ses revendications et à les porter vers la défense des droits des migrants au Chili et à réclamer de nouvelles lois et politiques migratoires. C'est de ce collectif que proviennent des leaders du mouvement *Movimiento Acción Migrantes* qui verra le jour à partir de 2014. Enfin, il est essentiel de signaler la création inédite d'un syndicat de migrants qui travaille dans le service domestique en 2012. Le Sinaincap (*Sindicato Nacional inter-empresas de trabajadores y trabajadoras Inmigrantes de Casa Particular en Santiago-Chile*) exerce une démarche syndicale de formation, de revendication, de visibilité du travail et des conditions de travail des migrants dans le service domestique.

À ces nouvelles organisations, s'ajoutent en ce début des années 2010, différentes activités mises en place par des associations de migrants déjà existantes qui ont pour objectif de sensibiliser, former ou défendre les droits des personnes migrantes. Parmi ceux-ci, il faut noter les événements mis en place par l'Association de femmes péruviennes *Warmipura*. En 2011, elle organise une *Primer Encuentro de Mujeres Inmigrantes*¹¹⁹ autour du « Droit à notre autonomie et développement humain » * (suivie d'une deuxième en 2012 et d'une troisième en 2013) à partir de laquelle différents espaces de formation et de revendication vont naître.

L'organisation et l'associativité des migrants au Chili se poursuivent donc au début des années 2010 au sein des différentes communautés nationales. Elles organisent leurs voix en créant des canaux et des moyens de communication et diversifient leurs messages et modes d'action. De plus en plus de liens sont tissés avec les associations, organisations et

¹¹⁹ Première Rencontre de Femmes Immigrantes.

institutions chiliennes portées par la question migratoire. Tout comme au sein des associations chiliennes d'aide aux migrants, la question de la promotion des droits des migrants apparaît plus fréquemment dans leurs objectifs. Pour autant, peu (les associations plus anciennes déjà légitimées comme *ProAndes* ou *Warmipura*) sont invitées et écoutées dans les espaces sociaux ouverts aux échanges sur les migrations par les acteurs de la société civile chilienne. Jusqu'en 2014 à la création du MAM, *Movimiento Acción Migrante*, ce sont des associations et organisations chiliennes d'aide aux migrants comme l'Incami et le SJM, ONG *Raíces* ou le *Colectivo sin Fronteras* qui représentent la société civile et parlent sur les migrants (à défaut de parler pour les migrants qui ne sont guère consultés). Plus que pour donner leurs opinions politiques dans les espaces récemment ouverts pour discuter de leurs droits (attention, il est fort possible qu'en ces premières années de 2010, la majorité des associations de migrants n'ait pas encore formé un discours politique clair ; celui-ci se précisera à mon sens une fois encore avec le MAM à partir de 2014), les associations migrantes sont plutôt invitées dans les événements culturels, pour y exposer leurs danses et musiques traditionnelles.

Il faut cependant mentionner un événement, qui a eu lieu en 2013 : le II forum international de migrants latino-américains, « Les apports des migrations au Chili »¹²⁰, organisé par l'organisation *Entreculturas-Chili* en collaboration avec le Sénat. Sont invités à s'y exprimer tant des représentants diplomatiques que des chefs d'entreprises et des intégrants d'associations de migrants. Pour cette occasion, les associations membres de la table thématique du Sénat dédiée aux migrations présentent des réflexions sur le sujet destinées aux candidats pour les élections présidentielles¹²¹. Après avoir établi un diagnostic (très similaire à ceux élaborés par l'INDH ou par les universitaires), cet ensemble d'associations réclame une nouvelle politique migratoire, basée sur les Droits de l'Homme, qui reposerait sur des nouvelles législations et institutions migratoires. Il est dit que les migrants doivent être reconnus comme des Sujets de Droit, droits qui doivent être placés au cœur des politiques publiques migratoires.

Le monde universitaire

Si pendant la décennie 2000, il est possible d'observer l'émergence des recherches sur l'immigration latino-américaine contemporaine au Chili, le début de la décennie 2010 marque l'éclosion de ce sujet de recherche, qui est porté en objet légitime d'investigation, ou, dit autrement, en problème. Dès 2010, on observe une multiplication des projets de recherche, des publications, des séminaires, des conférences et même des colloques dédiés à la migration au Chili. Au sein d'universités toujours plus nombreuses et depuis une grande diversité de disciplines la migration actuelle est analysée et commentée et des recommandations sont établies pour les dirigeants et institutions publiques. Il apparaît qu'à cette époque se tissent des liens entre universitaires et entre universitaires et associations migrantes ou d'aides aux migrants (comme l'Incami, le SJM, l'ONG *Raíces*, les plus légitimes et dont la légitimité se renforce dans ces liens) ou encore avec les institutions publiques. La production scientifique sur le sujet perd son caractère isolé pour être menée comme un champ de recherche et en rapport avec la société civile et certaines instances publiques.

Dans la décennie précédente, une partie des recherches et publications autour de l'immigration a abordé la question migratoire par les angles les plus visibles, les plus exotiques, peut-être les plus proches des questionnements que soulève la présence de

¹²⁰ Voir : <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/wp-content/uploads/2013/10/PROGRAMA-DEFINITIVO-ultima-version.pdf>, consulté le 4 février 2017.

¹²¹ Voir : <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/wp-content/uploads/2013/10/DOCUMENTO-FINAL-CANDIDATOS-PRESIDENCIALES-SE'TIEMBRE-2013-Def.pdf>, consulté le 6 février 2017.

migrants dans le sens commun. L'adaptation culturelle des migrants, les perceptions et les représentations des migrants par la population chilienne ou encore les espaces bouleversés par cette présence très visible, questions abordées alors, sont progressivement remplacées par des questionnements plus nourris théoriquement et des analyses plus fines.

Plutôt que sur l'adaptation culturelle des migrants on trouve désormais des réflexions ou des recherches en termes de cohésion sociale et diversité culturelle (Agar Corbinos, 2012), d'enclaves ethniques dans le marché du travail (Stefoni Espinoza, 2013b) ou encore d'ethnicité dans les espaces frontaliers (Garcès, 2011). Des perceptions sur les migrants on s'interroge maintenant sur les expériences des migrants en termes de discrimination ou même de racisme : racisme quotidien (Correa, 2011), intersectionnalité ou comment les rapports sociaux de races, classe et sexe modèlent le traitement des patients dans un espace de soin (Liberona Concha, 2011), discriminations et lutte pour la reconnaissance (reconnaissance pour une intégration sociale) (Thayer Correa, 2011 ; Thayer Correa, Córdova, & Avalos, 2013) ou encore expériences du racisme, stigmatisation et résistance pour des enfants migrants (Pavez Soto, 2012 ; Tijoux, 2011, 2013b, 2013c) et enfin expérience de sexualisation et de racialisation des migrants noirs (Tijoux, 2013a).

La question de la transformation urbaine par la présence des migrants pousse la constatation à des analyses plus précises. Les stratégies résidentielles des migrants et leurs trajectoires résidentielles sont analysées à partir des données produites par le recensement ou les enquêtes Casen pour la communauté Péruvienne à Santiago (Arias, Moreno, & Nuñez, 2010), ou encore par des recherches de terrain menées à Santiago et dans des villes du nord (Contreras Gatica, 2012). Une première réflexion est menée autour des espaces urbains et des espaces sociaux offrant des services sociaux et leur potentiel intégrateur pour les migrants, en comparant expériences chilienne et canadienne (C. Arriagada & Órdenes, 2011). Par ailleurs, les dynamiques spatiales de la ville de Santiago sont observées depuis les pratiques quotidiennes de migrants (Granados, 2011) et leurs manières d'habiter certains quartiers, pensées en relation avec les représentations et les imaginaires urbains de ces migrants (Garrido Maldonado & Leiva Baez, 2012). On retrouve enfin une continuité dans les recherches de Stefoni qui approfondit la question de la mise en place d'espaces transnationaux depuis la construction d'espaces locaux, publics ou privés (Stefoni Espinoza, 2013a).

De manière différente, la question du travail des migrants, qui reste centrale dans les publications autour de l'immigration, demeure, sauf quelques exceptions (Stefoni Espinoza, 2013b), centrée sur le travail domestique réalisé par des femmes migrantes (I. Arriagada & Todaro, 2012 ; Guizardi, 2012 ; Stefoni Espinoza, 2011). À noter parmi ces recherches, celle menée par le ministère du Développement social (Jiménez de la Jara & Pizarro Briones, 2011) qui s'intéresse aux conditions de travail et de vie des femmes travaillant dans ce secteur en questionnant la vulnérabilité et la pauvreté dans lesquelles peuvent les plonger leur travail.

Les Péruviens, qui étaient au cœur de la majorité des recherches menées la décennie précédente, demeurent sujets d'attention des chercheurs. Cela permet d'observer : les trajectoires professionnelles (Mora & Tijoux, 2010) et les conditions de travail (Guizardi, 2012 ; Mora & Tijoux, 2010 ; Stefoni Espinoza, 2011), la répartition spatiale des logements (Arias et al., 2010), les expériences de racisme quotidien (Correa, 2011) et les expériences quotidiennes dans les espaces scolaires (Tijoux, 2011), l'évolution des relations diplomatiques entre le Chili et le Pérou avec la croissance des migrations péruviennes au Chili (Hernández Sanchez, 2011), la construction d'espaces transnationaux (Stefoni Espinoza, 2013a) ou encore la question de la chaîne de travail international lié au secteur du Care (C. Arriagada, 2012 ; Guizardi, 2012).

Les Haïtiens font ainsi l'objet de l'attention d'étudiants (Chahuan Pérez & Oda Moreno, 2011 ; Quezada & Saffirio, 2012). Ces études montrent de grosses difficultés méthodologiques pour approcher la population haïtienne, pour en obtenir des informations et répondre à leurs objectifs d'investigation. Les Haïtiens sont abordés à partir de questionnaires en espagnol, soumis pendant des cours d'espagnol : cela exclut ceux qui sont éloignés des associations offrant des cours, ceux qui ne savent pas lire et écrire et ceux qui ne maîtrisent pas l'espagnol. Or, ces questionnaires ont prétention à éclairer la situation sociale, les conditions de vie et les trajectoires migratoires des Haïtiens en généralisant les informations obtenues. C'est seulement en 2015 et 2016 que seront produits des résultats de recherche avec un dispositif méthodologique plus stratégique et qui présentent des résultats plus intéressants sur cette population (Rojas Pedemonte & Vásquez Rencoret, 2016).

Par ailleurs, l'intérêt pour les enfants migrants, portés jusqu'alors par les associations comme le *Colectivo sin Frontera*, l'ONG *Raíces*, et dont le gouvernement s'était saisi, est un thème émergent chez les universitaires. Il y a deux manières principales d'aborder la situation des enfants migrants ou des enfants de migrants : par l'éducation et le monde scolaire (Pavez Soto, 2012 ; Tijoux, 2011, 2013c) ou par la question des discriminations, observées bien souvent en milieu scolaire. Ces articles et projets de recherche mettent en lumière l'exclusion dont souffrent les enfants migrants ou les enfants de migrants au sein de système d'éducation. Barrières administratives, manque d'information et de formation des enseignants et du personnel administratif concernant les migrants, conditions de vie des parents, racisme quotidien sont relevés par ces investigations comme des problèmes qui touchent cette population vulnérable.

À l'inverse, la question de la santé, qui semblait émerger dans la décennie précédente, ne retient pas l'attention des chercheurs pendant ces années. Une explication peut être trouvée dans le fait qu'une partie des études avait été développée par des doctorantes étrangères, des Pays-Bas, et une autre par le Ministère de la santé. Dans ce deuxième cas, le changement de politique avec le gouvernement Piñera a mis fin aux initiatives du Ministère de la santé en matière migratoire. Il faut quand même noter le projet de recherche d'Avaria Saavedra (Avaria Saavedra, 2014) et la thèse de Nanette Liberona (2012) qui interroge les rapports d'altérité au sein des institutions de soin (Liberona Concha, 2011, 2012). De plus, en 2013, un projet voit le jour à la *Universidad del Desarrollo* autour des politiques publiques de santé en matière migratoire (dont les résultats sont publiés début 2017).

Les politiques migratoires, la législation migratoire et les droits des migrants ne font pas l'objet de nombreuses publications ou recherches et les publications de Jensen (2008) et de Zavala y Rojas (2005) maintiennent leur statut de référence en la matière, qu'elles partagent cependant avec les rapports de l'Indh et du *Centro de Derechos Humanos* de l'*Universidad Diego Portales*. À noter une exception avec une étude précise des lois qui norment la migration et les institutions qui l'administrent réalisée dans le cadre d'un mémoire en droit par Pablo Vera Pérez (2013). Pourtant, des espaces de discussion sont mis en place autour de ces questions dans les universités dans le cadre de séminaires et des chercheurs participent à des événements organisés par des associations ou organisations de la société civile sur ces questions.

Si ces premières années de 2010 sont le cadre de la formation d'un discours de la part des universitaires autour de la loi et de la politique migratoires, ce discours va se consolider et devenir assez homogène et similaire à celui porté par les associations : une nouvelle loi migratoire est nécessaire et doit être accompagnée d'une politique migratoire claire. Progressivement, la question des droits de l'homme comme fondamentaux à ces normes et politiques va apparaître dans les discours. Il est possible que les liens entre universités et associations, créés dans des collaborations, dans le réseau Redmi, mais aussi la proposition

de loi migratoire faite par le gouvernement Piñera qui a généré une opposition, aient conduit à la formation de ce discours relativement homogène.

Par ailleurs, la question de l'intégration sociale des migrants est développée dans ces années. C'est notamment Eduardo Thayer qui va mettre en avant cette question en apportant un renouveau théorique. Il associe l'intégration sociale à la question de la reconnaissance sociale et insiste sur l'importance des politiques publiques à échelle locale qui favorisent reconnaissance et intégration. Il diffusera largement ses travaux (Thayer Correa, 2011, 2011, 2014 ; Thayer Correa et al., 2013) dans le monde universitaire, mais également auprès des associations de la société civile. C'est surtout son travail avec la Municipalité de Quilicura qui va le porter sur le devant de la scène en 2014 et rendre sa parole légitime ; cependant son travail de diffusion scientifique et de participation à différents espaces de débat légitimera son point de vue et le situera en acteur clé, véritable « intellectuel organique », penseur des faits migratoires.

Il est intéressant de noter par ailleurs que la notion de racisme commence à être utilisée à partir de cette époque (Correa, 2011 ; Liberoni Concha, 2011 ; Pavez Soto, 2012 ; Tijoux, 2013b). Ce terme était auparavant absent des recherches, mais aussi de la plupart des discours sur la société chilienne. Si parler de la « race chilienne », de *l'Homo chilensis* comme plaisaient certains, de l'« amélioration de la race » en référence aux migrations européennes d'antan est commun à tous les niveaux de la société chilienne et si tous s'accordent pour voir l'évidence de la structure classiste et raciste très fortement marquée de la société (lisible depuis la couleur des cheveux), il n'est pourtant jamais question de racisme en référence à la société chilienne. Ce sont ces recherches sur les discriminations connues par les migrants, qui oseront utiliser ce terme de racisme, proposant ainsi une nouvelle interprétation de la réalité. Mais c'est surtout le projet de recherche mené à partir de 2013 par Maria Emilia Tijoux sur les pratiques quotidiennes de racialisation et sexualisation de migrants noirs qui parviendra à hausser ce terme au centre des débats. Depuis ce projet, de nombreuses déclarations publiques, formations, communications, participations à des débats seront organisées par la chercheuse responsable et son équipe qui rendront très visible la question du racisme. Si le projet démarre en 2012, c'est à partir de 2015 que s'intensifie sa visibilité, laquelle sera consacrée par l'organisation d'un colloque en avril 2015 : « Racisme au Chili : la peau comme marque de l'immigration »*. Cette publicisation est rendue possible par l'intérêt porté sur les migrants noirs par l'ensemble de la société ; il y a un intérêt collectif pour ces étrangers si différents. Pour autant, il semble que ce projet de recherche, en parlant et désignant ainsi ces migrants, légitime la possibilité de les regarder, de les voir, de travailler avec. Mais il permet surtout de parler de racisme dans la société chilienne et étend les dynamiques des rapports de pouvoir qui le sous-tendent au-delà des migrants noirs. Ce sont les fondements de la société chilienne, son Histoire officielle, l'image de Nation blanche et homogène qui sont remis en question. On découvre, on ose dire, on dénonce que la structure sociale classiste est aussi une structure racialisée, que les « *indígenas* » sont encore aujourd'hui opprimés et que la société n'est pas si homogène qu'on veut bien le dire.

Enfin, il est important de noter également le développement des recherches dans le Nord du Chili. Il a été mentionné plus haut que le regard sur les migrants de la part de la société civile était sorti de la région métropolitaine pour observer les dynamiques frontalières et dans les régions minières du Nord. Au sein de l'université aussi, des programmes de recherche et des séminaires se mettent en place pour observer les conditions de vie et les trajectoires résidentielles (Contreras Gatica, 2012), les dynamiques et mobilités à la frontière (Garcès, 2011 ; M. Tapia, 2011, 2011) ou encore les relations diplomatiques à la frontière (S. González, 2012).

À partir de 2010, on voit donc apparaître de nouveaux chercheurs qui se positionnent en figures de référence de la recherche sur les migrations, en développant des champs de recherche nouveaux et en parvenant à les hisser dans les espaces de débat à l'université et à l'extérieur. Tijoux et Thayer rejoignent ainsi Stefoni ou Martínez Pizarro parmi ces figures jouant le rôle d'intellectuels organiques. Dans un numéro de Polis n°35 publié en 2013, qui porte sur les migrations Sud-Sud, on voit apparaître les « grands noms » de la recherche chilienne sur les migrations.

Tout comme le reste de la société chilienne, les universitaires se saisissent des migrations contemporaines et les étudient. L'université au Chili est en générale très proche du reste de la société et des institutions publiques. Cette époque marque la création, non seulement d'un travail de collaboration entre universitaires, mais aussi avec le reste de la société. Plus d'échanges, plus de dialogues, plus de travaux collectifs sont menés à cette époque et permettent à la fois une multiplication des points de vue et des sujets abordés, et une certaine homogénéisation des revendications sociales des différents acteurs.

Emergence de nouvelles figures de migrants

Cette période, marquée par de nouvelles dynamiques migratoires et par un intérêt plus prononcé pour l'immigration montré par différents acteurs, est aussi celle d'une forte production de représentations autour de l'immigration et des migrants.

La visibilité des nouveaux migrants, notamment les « noirs », les « Caribéens », naît des représentations et des significations qui sont données à certaines de leurs caractéristiques corporelles et qui les place dans une différence essentialisée, dans une altérité radicale. C'est là l'héritage de la colonisation et de l'humanisme civilisationnel qui ont marqué les siècles précédents et demeurent ancrés dans les représentations collectives, au Chili comme dans de nombreux pays du monde. Cet héritage offre le socle avec lequel penser ces personnes les enferme déjà dans une catégorie d'« autres » : l'« autre noir ». Ils sont racialement différents, inférieurs selon les réminiscences des classifications raciales, et cette différence est marquée sur la peau. Or, au Chili, l'Histoire officielle veut qu'ils soient les premiers noirs à venir dans le pays. Ils en sont d'autant plus remarquables ; tant que leur « arrivée » puis leur nombre croissant est fortement visible et donc commenté, sujet d'interrogations, de prises de positions, et fait ainsi l'objet de productions nouvelles de représentations. Ils sont autres, différents, mais aussi exotiques et provoquent en cela tant du rejet qu'une forte attirance.

Emergent ainsi de nouvelles figures de migrants, qui se différencient de la figure plus classique des migrants andins, dont « Le Péruvien » a été construit en archétype : l'homme travaille dans la construction alors que la femme est dans le service domestique. Il habite dans le centre de Santiago et gêne l'ordre public par son alcoolisme et le bruit qui en résulte. Ces figures se distinguent évidemment de la figure des étrangers, dans laquelle sont rangés les Européens et les Nord-Américains, qui n'ont rien à voir, évidemment, avec des migrants. De plus, à la différence des migrants noirs, fortement visibles, d'autres migrants, très peu visibles et remarquables ne font l'objet que d'une très faible production de représentations : les personnes originaires d'Asie. Bien qu'elles aient développé tout un réseau commercial très présent dans certaines zones commerçantes de la ville, elles ne font guère l'objet d'attention.

Les représentations sur les migrants noirs sont nourries par des représentations sur leur pays d'origine et par le contact avec ces populations qui, même de loin, offre la possibilité d'observer des comportements, des accents, des manières de se tenir qui sont autant d'indices pour fabriquer des représentations et des stéréotypes.

Deux figures se construisent autour de ces populations noires, qui sont distinguées par la nationalité : la figure du « Colombien » et celle de l' « Haïtien ». La figure du « Colombien » est très péjorative et construit une image du « mauvais migrant ». Nourrie par des clichés internationaux sur la Colombie, elle associe les femmes à la prostitution et les hommes à la drogue et au trafic de drogue. Une personne colombienne qui n'est pas noire n'entre pas dans cette catégorie, elle n'est pas « Colombienne » selon les représentations dominantes dans le sens commun. Dans le nord du Chili, où des Colombiens sont installés en grand nombre, de nombreuses tensions sociales ont mis en évidence les représentations sur la population colombienne, et ont illustré comment celles-ci se traduisaient dans un traitement particulier envers elle. Ces tensions ont d'ailleurs contribué à rendre visible l'immigration dans le nord du pays, alors que l'attention des acteurs sociaux intéressés par l'immigration était jusqu'alors centrée sur la Région métropolitaine. Les Colombiens sont accusés de dealer de la drogue et les femmes de se prostituer et de voler les maris des Chiliennes. L'hyper-sexualisation des Colombiennes noires est posée en contraste avec la figure de la « femme chilienne », blanche, pure, maternelle, protectrice de son mari. L'invasion des migrants, qui viennent voler travail et maison, est un thème répétitif. Ces tensions conduisent à l'organisation d'une marche anti-colombiens et anti-migrants à Antofagasta en 2013, qui sera évoquée jusqu'en Colombie. L'affiche de cette manifestation, ci-contre, est particulièrement représentative des clichés sur cette population et de l'attitude de rejet d'une partie de la population chilienne. Par ailleurs, des assassinats sont perpétrés à l'encontre de Colombiens, qui sont relatés dans la presse¹²² qui conclut à des crimes xénophobes. Ils sont d'une certaine manière révélateurs de la visibilité sociale de ces migrants, mais aussi des tensions que leur présence génère au sein de la société chilienne.

Les médias sont particulièrement responsables dans la production et diffusion de ces stéréotypes sur les Colombiens (ainsi que sur les migrants en général) (Labrín, 2016). Plusieurs séries ou émissions de télévision mettent en scène des Colombiens noirs, et font jouer les stéréotypes : sexualisation très marquée, fainéantise et drogue. *Morandé con Compañía*, une émission très populaire connue pour ces propos discriminatoires envers toutes les minorités, a exprimé tous ces stéréotypes en proposant en 2015 une imitation d'une femme colombienne. Si cette présentation a provoqué un tollé auprès des associations et académiques, elle est le reflet des stéréotypes les plus importants qui marquent les représentations sur les Colombiens¹²³, et qui orientent, évidemment, les interactions et le traitement qui leur sont donnés. La sexualisation des corps noirs est particulièrement présente dans cette émission et reflète un thème central des représentations sur ces migrants (Tijoux, 2013a).

Cette image des Colombiens se distingue de l'image construite sur les Haïtiens. Si les deux sont considérés radicalement différents, ils sont considérés exotiques ou encore font l'objet d'un rejet d'une partie de la population qui y voit une invasion, un vol du travail et des opportunités de la part de ces migrants, les représentations que le

Figure 6.3. Affiche de la manifestation contre les migrants, Antofagasta, octobre 2013



¹²² <https://www.publimetro.cl/cl/nacional/2012/04/02/nuevo-ca>
<http://www.biobiochile.cl/noticias/2012/08/13/joven-que-habria-ma>
<http://www.lasegunda.com/Noticias/N;>
[septimo-piso-de-edificio-en-Providencia](http://www.septimo-piso-de-edificio-en-Providencia), consultés le 6 février 2017.

¹²³ Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=ClkR1NIYNnQ> consulté le 28 mai 2017.

sens commun leur porte sont très différents. Si les Colombiens sont en quelque sorte les « mauvais migrants » du Chili actuel, les Haïtiens seraient plutôt les « bons migrants ». Le regard qui leur est porté est composé d'un paternalisme associé d'un misérabilisme, qui les placent comme des autres inférieurs, mais que l'on accepte d'accueillir. Les Haïtiens sont marqués, comme les Colombiens d'un exotisme qui attire, mais les représentations que la population chilienne a d'Haïti conduisent à adopter un regard misérabiliste sur eux. Haïti est un pays très pauvre, misérable, qui a été détruit par un tremblement de terre. Les Chiliens aussi ont connu au même moment un tremblement de terre, mais qui n'a pas été destructeur comme en Haïti. Les Chiliens se posent en supérieurs aux Haïtiens et se proposent de les aider, de les sauver. Ce discours est très porté par les médias, ou dans les conversations courantes : on montre toute la misère et la destruction du pays, on souligne que les Haïtiens viennent au Chili pour survivre ou s'en sortir et on montre comment le Chili a su être accueillant envers eux et leur a offert un toit, un travail, une école. Les journaux sont complaisants envers eux, profondément complaisants et misérabilistes.

Une interaction que j'ai observée dans un transport public est révélatrice de ce regard. Alors que nous étions dans un bus avec quatre haïtiens, un homme chilien s'approche du seul homme parmi nous, lui prend les épaules entre les mains et lui dit très fort : « D'où viens-tu, mon frère ? D'Haïti ? Haïti... ah pauvre pays, pauvre pays. Mais, bienvenu ici mon frère, bienvenu ! »*.

Le regard porté sur les Haïtiens a autorisé en quelque sorte les Chiliens à s'intéresser à leur sort, plus qu'à ceux des autres migrants pour lesquelles la méfiance remplace l'accueil. Dès 2010, les Haïtiens font l'objet d'attention de différents acteurs sociaux. L'Incami organise très tôt des journées d'étude sur la migration haïtienne, en 2009¹²⁴, puis en 2011¹²⁵. Lors de la première rencontre, le vice-président de l'Incami déclare que la migration haïtienne étant nouvelle, « nous devons les traiter avec plus d'affection, parce que nous sommes habitués aux *hispanos* et à des proches culturellement, mais eux, ils viennent d'une culture complètement distincte, ils utilisent une autre langue, ils ont des traditions bien différentes et spécifiques, ce qui nous pousse à être plus réceptifs »*¹²⁶. Lors de la deuxième journée sur la migration haïtienne, il est déclaré que : « La réalisation de ces 2èmes Journées a comme objectif de rendre visible la présence des migrants, leur langue, leur culture, leur réalité, leur idiosyncrasie, qui marquent, petit à petit, la société chilienne. Nous sommes ravis de travailler avec un groupe de personnes qui depuis leurs conditions de vie, donnent le meilleur d'eux pour pouvoir se soutenir, et soutenir et contribuer à la société dans laquelle ils se trouvent »*¹²⁷.

Les Haïtiens sont ceux que l'on met en avant pour dénoncer les discriminations, les mauvais traitements, les abus envers les migrants : mauvaise prise en charge dans les centres de santé¹²⁸, exploitation au travail¹²⁹, abus dans les locations¹³⁰. Ils sont ceux que

¹²⁴ Voir : <http://INCAMI.cl/exitosa-i-jornada-de-migracion-haitiana-organizada-por-INCAMI/>, <http://noticias.iglesia.cl/noticia.php?id=10801>, consultés le 7 février 2017.

¹²⁵ Voir : <http://w.mensaje.cl/sociedad/INCAMI-presenta-las-memorias-de-las-ii-jornadas-haitianas>, <http://noticias.iglesia.cl/noticia.php?id=16622>, consultés le 7 février 2017.

¹²⁶ Voir : <http://noticias.iglesia.cl/noticia.php?id=10801>, consulté le 7 février 2017.

¹²⁷ Voir : <http://w.mensaje.cl/sociedad/INCAMI-presenta-las-memorias-de-las-ii-jornadas-haitianas>, consulté le 7 février 2017.

¹²⁸ Voir : <http://www.paula.cl/destacados/maternidad-inmigrante/?platform=hootsuite>, <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/inmigrante-dio-a-luz-en-una-silla-de-ruedas-y-acusa-discriminacion-del-hospital-san-jose/20170427/nota/3448643.aspx>, <http://m.elmostrador.cl/destacado/2017/05/14/parir-en-negro-la-realidad-de-las-haitianas-que-son-madres-en-chile-2/>, consultés le 28 mai 2017.

¹²⁹ Voir : <https://kilometrocerro.cl/haitianos-a-la-carga-a8e395624e2e>, <http://radio.uchile.cl/2016/09/25/la-dura-realidad-de-los-migrantes-haitianos-en-chile/?platform=hootsuite>, http://www.24horas.cl/nacional/haitianos-son-descubiertos-trabajando-en-precarias-condiciones-en-longavi-2199626?utm_campaign=Echobox&utm_medium=Social&utm_source=Facebook#link_time=1479901939, consulté le 28 mai 2017.

l'on montre pour parler positivement des migrants, pour montrer leurs efforts d'intégration, leurs volontés de s'en sortir. Ils sont ceux que l'on valorise pour souligner le bon accueil que les Chiliens font aux migrants. Les cours d'espagnol pour Haïtiens sont mis en place par des acteurs très variés (associations de toutes tailles, bibliothèques, universités, particuliers) et sont célébrés en tant que preuve de la bonté des Chiliens, de leur ouverture et de leur non-racisme. Les Haïtiens sont en quelque sorte les migrants « à la mode ».

Ce regard paternaliste et misérabiliste, qui entraîne des actions « positives » envers les Haïtiens, est profondément marqué par le racisme latent de l'imaginaire collectif. S'il crée des occasions de rencontres et offre une image accueillante de ces migrants, il renforce la différence, l'essentialise et enferme les Haïtiens dans une catégorie inférieure. Ils sont « autres », ils sont « moins », ils servent à la société chilienne pour se penser en miroir. D'une certaine manière, en aidant ces plus pauvres, on se grandit, on se rapproche des puissances occidentales. Une idée assez commune parmi les Chiliens est celle qui explique que les Haïtiens sont venus s'installer au Chili après le tremblement de terre car ils ont rencontré des Chiliens qui intervenaient dans la Minustah en Haïti. Ils auraient apprécié ces soldats et vu que le Chili pouvait leur offrir de l'aide et pour cette raison ils seraient venus au Chili. Ce regard entraîne une contrepartie qui marque fortement les expériences des Haïtiens au Chili : s'ils sont si pauvres et misérables dans leur pays, alors ce que peut leur offrir le Chili est forcément mieux. Ils peuvent donc se satisfaire du travail le plus difficile, de salaires bas et de dures conditions de travail. De même les petits logements insalubres sont certainement mieux que ce qu'ils pouvaient avoir dans leur pays. Ils sont bienvenus, mais doivent accepter les conditions qu'on leur propose, tout en bas des échelles sociales.

Ces deux figures qui se construisent dans la société chilienne actuelle autour des migrants contemporains les plus visibles reflètent la hiérarchisation sociale qu'entraînent les représentations qui leur sont portées. En tant que « migrants latino-américains » et « caribéens » et en tant que « noirs », ils sont situés en bas des échelles sociales. Leurs nationalités permettent de leur associer des représentations plus précises et donc des valeurs qui vont les placer différemment dans les hiérarchies sociales. Les représentations et les valeurs qui leur sont attribuées orientent profondément le traitement qu'ils reçoivent dans les interactions quotidiennes, mais également par les politiques publiques. Pour donner un exemple, un Haïtien paye 25 dollars américains pour obtenir un visa Sujet à contrat, alors qu'un Colombien paye pour cela 285 dollars¹³¹. Les représentations qui se construisent socialement autour des migrants définissent finalement leur légitimité à être présents dans la société chilienne. Ainsi, le rejet généralement exprimé pour les Colombiens, qui sont vus comme gênant l'ordre social est très différent de l'accueil réservé aux Haïtiens, accueil qui leur impose de se maintenir dans une certaine position sociale.

La construction de ces représentations oriente et justifie le traitement social que reçoivent les migrants dans la société et participe à définir leur place dans la société chilienne à partir de la légitimité qui leur est donnée. Au cours des dernières années la place des migrants a fait l'objet de débat et les représentations sur ces populations en sont les témoins.

Les premières années de la décennie 2010 sont témoins de la croissance de l'immigration, de la diversification des pays d'origine et de l'intérêt plus fort pour ces dynamiques de la part de différents acteurs sociaux : depuis les gouvernements locaux et institutions publiques aux universitaires en passant par la presse, la population et les organisations de la société civile. Des voix plus diverses s'expriment, des espaces de discussion sont mis en

¹³⁰ Voir : <http://www.latercera.com/noticia/estacion-central-detectan-2-700-extranjeros-hacinamiento/> , <http://www.latercera.com/noticia/estudio-muestra-28-extranjeros-vive-situacion-hacinamiento-santiago/> , <http://www.24horas.cl/nacional/censo-2017-detectan-grave-hacinamiento-de-inmigrantes-en-construccion-de-quilicura-2359169> , consultés le 28 mai 2017.

¹³¹ Voir : <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/01/Res.-45778.pdf> , consulté le 28 mai 2017.

place, des tensions sociales apparaissent autour de ces questions, et la presse relaie des informations autour des nouveaux migrants, cette étape constitue les prémices d'une publicisation de la question migratoire. Celle-ci n'apparaît à mon sens véritablement qu'en 2016 quand la question de la législation migratoire fait l'objet d'un débat dont tous au Chili se saisissent. Aussi, au début de la décennie 2010, ce sont les bases de ce débat qui se construisent, en termes d'acteurs, de légitimité et d'arguments. C'est aussi à cette époque que se définissent de nouvelles figures d'« autres » migrants autour des « nouveaux » migrants.

6.4. 2014, 2015-2016 : Publicisation du problème migratoire

Fin 2016, est débattue sur la scène publique la question de la nécessité d'une nouvelle loi migratoire et d'une politique adaptée au contexte actuel : alors que le gouvernement annonce après trois années de promesses qu'il ne présentera finalement pas une nouvelle loi migratoire, l'opposition de droite initie sa campagne électorale en reprenant des discours classiques d'extrême droite d'autres pays en associant migration et délinquance et en promettant un tri plus sélectif aux entrées dans le pays. Ces deux annonces génèrent un débat sans précédent qui fait la une de l'actualité. Cet événement marque pour moi l'apogée de la construction de l'immigration comme problème social public.

2014 est une année charnière dans ce processus de publicisation d'un problème migratoire. Comme il sera possible de l'observer dans les chapitres suivants, l'intérêt marqué pour les migrations n'a encore guère conduit en 2014 à une véritable prise en charge de la migration de la part de l'État et les modifications dans le traitement des migrants sont plutôt l'effet de mesures « palliatives » prises par le gouvernement ou de bricolages ou d'initiatives menées à petite échelle et qui sont encore en 2014 des sortes de « tests ». Si en 2014 et 2015, l'intensification du débat sur la migration et la multiplication des acteurs qui prennent position ou s'intéressent à l'immigration contemporaine se poursuivent, différents événements ont lieu en 2014 qui rendront possible l'irruption sur la scène publique de ces questions migratoires autour de la question de la nécessité d'une nouvelle législation et politique migratoires.

D'abord, il faut noter un changement de gouvernement avec le retour en 2014 de Bachelet à la Présidence qui adopte une position beaucoup plus favorable à l'immigration que le gouvernement de Piñera. Progressivement les « problèmes » identifiés dans les services publics pour la prise en charge des migrants vont remonter dans les ministères ou services administratifs responsables qui commencent à définir des programmes spécifiques ou des mesures dans le but de régler les problèmes structurels. Surtout, un nouveau discours, porté par le chef du *Departamento de Extranjería y Migración* (DEM), va être largement diffusé et accompagné de mesures cherchant à le transformer en actions : il officialise une position d'ouverture, d'accueil aux migrants et assume la nécessité de mettre en place une loi, une politique et une institutionnalité adaptée aux migrations actuelles. Cet acteur très actif participe à mettre en lumière les migrations et la nécessité pour l'État de prendre les choses en main.

Ensuite, un nouvel acteur émerge en 2014 qui va rapidement devenir clé et se porter dans presque tous les espaces de discussion sur les migrations (exception faite des espaces de négociations privés du gouvernement). Le *Movimiento Acción Migrante*¹³² (MAM) qui rassemble différentes associations migrantes parvient à se porter en représentant des migrants et réclame une nouvelle législation migratoire basée sur le respect des Droits de l'Homme.

¹³² <http://www.mamchile.cl>, consulté le 9 février 2017.

Ces deux acteurs, le DEM et le MAM, deviennent dès 2015 des acteurs indispensables dans les séminaires, colloques et espaces de réflexion sur les migrations, qui se multiplient toujours. Les deux s'entendent sur la nécessité d'une nouvelle loi migratoire et tant leurs actions comme la légitimité de leurs discours permettront d'obtenir un large consensus sur le bien-fondé de cette demande. Bien que le contenu idéal de cette loi ne soit pas le même pour tous, la nécessité et l'urgence d'une telle modification structurelle sont reconnues par tous.

L'État, le Departamento de Extranjería y Migración et les gouvernements locaux

Le deuxième gouvernement de Bachelet (2014-2018) ne tarde pas à retirer la proposition de loi déposée par le gouvernement précédent de Sebastian Piñera trop en inadéquation avec les principes d'inclusion, d'intégration régionale et de Droits de l'Homme défendus en matière migratoire dans le nouveau programme présidentiel. Sous la pression des académiques, des organismes internationaux et des associations, le gouvernement retrouve sa volonté de définir une politique et une législation migratoire en accord avec les traités internationaux ratifiés par le Chili et met rapidement en place des groupes de travail¹³³ pour en définir les principes. Ainsi, en novembre 2015, un nouvel *Instructivo Presidencial*¹³⁴ est produit qui définit les bases et les instructions sur lesquels le gouvernement doit travailler. Il reprend en les précisant les indications du mandat précédent de Bachelet. L'objectif déclaré est « d'égaliser progressivement les droits entre la population chilienne [et les migrants] en termes d'accès à la santé, au travail, au logement, à l'éducation, à la culture et à la justice, dans un principe de non-discrimination »*¹³⁵. La nouvelle gestion migratoire doit être « basée sur une approche des droits de l'homme qui offre un traitement digne aux migrants et migrantes, dans le respect de toutes les cultures ; qui encourage l'égalité des opportunités, de traitement et de participation à la vie nationale, pour faciliter l'inclusion et la cohésion sociale »*¹³⁶. Les instructions données en 2008 sont maintenues, mais elles doivent s'inscrire cette fois dans la cohérence entre « l'approche inclusive et les engagements en Droits de l'Homme, la politique de l'emploi et le marché du travail, la sécurité publique et les droits économiques, sociaux et culturels des migrants »*¹³⁷. Les questions de l'emploi, du marché du travail et de la sécurité publique n'étaient pas mentionnées dans l'instruction précédente ; à l'inverse, les droits politiques de migrants qui étaient reconnus aux migrants ont disparu. L'instruction prévoit de renforcer les mécanismes facilitant la régularité des migrants, la protection des droits juridiques, de travail et les droits sociaux en matière d'éducation, de santé, de logement, mais plus particulièrement pour les plus vulnérables (enfants, femmes enceintes, demandeurs d'asile).

À la différence de la proposition du gouvernement Piñera qui considérait l'inclusion culturelle des migrants dans une société chilienne dite homogène selon une perspective proche d'un modèle d'assimilation, l'approche proposée ici montre un important changement de paradigme, tant dans le regard du gouvernement sur la société chilienne que sur la place à donner aux migrants. En effet, il est déclaré : « La population qui réside dans notre territoire s'est historiquement formée dans la rencontre de peuples autochtones et de divers flux migratoires, ce qui fait dans le présent du Chili un pays culturellement divers et majoritairement métisse. Reconnaisant cette réalité, le Gouvernement du Chili favorisera

¹³³ Coordonné par le *Departamento de Extranjería y Migración*, un processus de dialogue auprès d'associations migrantes, d'associations d'aides aux migrants, d'experts et d'académiques est mis en place afin de recenser les idées, opinions et propositions de chacun. Un projet de loi migratoire est en cours de rédaction en parallèle.

¹³⁴ Instruction présidentielle n°5, *Lineamiento e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria*, 6 novembre 2015, Santiago du Chili, <http://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/Inst.%20Pres.%20N%5.pdf>

¹³⁵ Ibid. p.2.

¹³⁶ Ibid. p.2.

¹³⁷ Ibid. p 9.

la sauvegarde et l'expression des différentes identités culturelles comme une ressource pour le développement du pays »*¹³⁸. Au-delà des critiques qui peuvent être faites à une vision statique des cultures, et sur la non-reconnaissance des peuples originaires comme des Nations, cette déclaration témoigne de la progressive reconnaissance des diversités sociales et culturelles au sein du pays.

Enfin, ces instructions présidentielles prévoient : la participation de la société civile chilienne et migrante dans la construction de la politique et de la législation migratoire à venir ; la création d'un registre d'information statistique concernant les migrants ainsi que la réalisation d'études permettant de saisir la complexité des dynamiques actuelles ; la promotion d'unités spécialisées sur les migrations au sein des différents ministères ; le travail coordonné des différents acteurs publics en matière migratoire ; la formation des fonctionnaires concernant la situation migratoire et les droits des étrangers ; et, non des moindres, la définition d'une politique des frontières en accord avec la politique migratoire, respectueuse des traités et accords internationaux signés.

La construction de cette Instruction présidentielle, ainsi que de la proposition de loi migratoire qui devait être déposée au Congrès avant la fin 2016 (et qui est finalement repoussée) doivent compter avec la participation de la société civile. Aussi, différentes instances de discussion ont été mises en place. Un groupe de réflexion thématique du Sénat (*Mesa temática del Senado*)¹³⁹ est dédiée aux affaires migratoires et intègre des membres de différentes associations de migrants. Bien que cette instance ait été mise en place sous le gouvernement précédent, elle prend de l'importance avec la création, depuis celle-ci, d'un collectif d'associations de migrants qui va devenir indépendant de l'instance liée au Sénat. Nait ainsi en 2014 le *Movimiento Acción Migrante*, qui deviendra un interlocuteur important pour le gouvernement, les associations chiliennes, les académiques et la presse. Par ailleurs, trois conseils sont mis en place pour réfléchir et évaluer la politique nationale de migration et le projet législatif. Le *Consejo de Política Migratoria* qui réunit onze ministres a pour but de réfléchir aux fondements de la gestion et de la législation en analysant et travaillant la proposition de loi ; le *Consejo técnico de Política Migratoria* qui rassemble des représentants des différents ministères et services de l'État a pour but d'étudier les éléments centraux de chaque ministère et de mettre en place un Plan National d'Action en matière migratoire, et enfin, le *Consejo Consultivo de la Sociedad Civil*, dont les membres élus sont issus d'associations et d'universités, constitué pour offrir un retour sur les propositions des autres conseils.

Il est intéressant de noter que la vision de ce gouvernement en matière migratoire (qui s'est construit sous la pression d'acteurs sociaux issus de la société civile) a été assez largement diffusée dans les médias, auprès des associations de migrants et d'aides aux migrants, des universitaires et même dans différents organismes nationaux ou internationaux et ce, de manière accentuée depuis fin 2015. Le chef national d'*Extranjería*, Rodrigo Sandoval, a en effet joué un rôle très actif, non seulement de dialogue avec tous les acteurs intéressés par le sujet, mais de présentation d'un regard assez novateur sur la question. Ainsi, il parle aisément dans la presse ou dans des séminaires, de la « dette » de l'État chilien envers les migrants qui par sa législation migratoire « obsolète » a provoqué de nombreuses « injustices »¹⁴⁰. Il développe une vision positive de la migration qu'il présente comme un facteur positif pour le développement du pays. Il insiste sur la nécessité d'un cadre normatif qui assure des droits fondamentaux aux migrants dans le but de favoriser l'inclusion et l'intégration à la société chilienne ainsi que la cohésion sociale. La forte présence de ce

¹³⁸ Ibid. p 3.

¹³⁹ La *Resolución interna N° P-24/2012* du 21 de mars de 2012 donne naissance à des « tables-rondes » thématique au sein du Sénat, dans lesquels des représentants de la société civile donne leur avis sur le sujet qui les réuni et le transmettent au sénateurs.

¹⁴⁰ Voir différents articles publiés par le DEM : <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/>, consulté le 20 février 2017.

discours dans la presse et dans l'ensemble des colloques, séminaires et conférences (où Rodrigo Sandoval est presque systématiquement invité) est renforcée par différentes actions du DEM favorisant l'adoption d'un tel regard au sein des institutions étatiques comme municipales. Par exemple, le DEM a mis en place fin 2015 un « Sceau Migrant » (*Sello Migrante*) attribué aux communes qui créent des programmes visant l'inclusion des migrants, promouvant l'interculturalité et reconnaissant l'apport social, économique et culturel de ces populations (Departamento de Extranjería y Migración, 2015). Des instances de dialogue entre le DEM et les administrations et institutions publiques sont fréquentes. Ce « Sceau Migrant » délivré aux municipalités par le DEM est présenté pour faciliter les gouvernements locaux dans leurs actions envers les migrants ; il pourrait également être interprété comme une manière pour le gouvernement d'avoir la main sur les initiatives locales et de s'assurer que le discours et les actions qu'il promeut correspondent au cadre qui réglemente les politiques locales. Par ailleurs, le DEM a intégré en son sein des membres des organisations et associations d'aide aux migrants ou de migrants (par exemple : un travailleur social du SJM, un des dirigeants du SJM et un leader de l'association Oschec).

Ajoutons encore que différents ministères et services publics ont fait de la question migratoire un objet d'attention. Alors que dans la période précédente, les institutions de service public directement en contact avec la population identifiaient des problèmes et cherchaient des solutions par elles-mêmes, les entités administratives supérieures sont désormais au fait de ces problèmes et réagissent pour trouver des solutions institutionnelles. Des programmes pilotes spécifiques à cette population apparaissent dans le but de tester une politique et une action à mettre en place de manière plus pérenne. Des formations sur les droits des migrants et sur la manière de les prendre en charge sont programmées petit à petit à différentes échelles et selon l'initiative d'une toujours plus grande diversité d'acteurs.

Le discours du gouvernement et du Département d'*Extranjería* sur la nécessaire mise en place d'une politique, d'une législation et d'une administration adaptée à la situation migratoire actuelle, qui plus est basée sur le respect des droits fondamentaux, a généré un fort enthousiasme de la part de nombreux acteurs sociaux. Ces derniers ont pourtant été déçus à l'annonce de Rodrigo Sandoval le 28 novembre 2016¹⁴¹ de l'abandon de l'ambition de faire voter pendant ce mandat une nouvelle législation migratoire. Projet trop ambitieux qui ne répond plus à la situation économique actuelle du Chili, temps trop court pour produire une version bien construite, le projet semble de nouveau ne pas être une priorité du gouvernement.

À défaut d'une nouvelle législation, différentes mesures ont été prises par ce gouvernement afin d'améliorer la gestion des migrations et favoriser l'accès aux droits fondamentaux (Voir tableau 3. Mesures prises par l'État chilien concernant la gestion migratoire. 1991-2015). C'est notamment une transformation partielle des catégories migratoires (des types de titres de séjour) qui a été effectuée courant 2015. Le plus remarquable est la création d'un visa temporaire pour raison de travail qui remplace le visa Sujet à Contrat qui était si décrié. Les conditions très exigeantes demandées par le visa Sujet à Contrat de travail (nécessité de trouver un nouveau contrat de travail sous trente jours en cas de rupture de contrat, obligation pour l'employeur de s'engager à payer le billet de retour dans son pays à son employé et sa famille à la fin du contrat) ont été supprimées, ce qui favorise le maintien des travailleurs dans une situation de régularité. Un titre de séjour pour union civile a également été reconnu. À noter également l'accord de la nationalité chilienne aux enfants nés au Chili de parents en situation irrégulière : alors qu'ils avaient un statut extrêmement précaire

¹⁴¹ Voir : <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/11/28/833093/Jefe-de-Extranjeria-y-Migracion-reconoce-que-no-habra-nueva-ley-en-este-Gobierno.html>, consulté le 21 février 2017.

rendant difficile l'accès à l'éducation et aux soins, le droit du sol leur est maintenant reconnu. Enfin, d'autres accords ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins et à l'éducation des migrants réduisant des barrières administratives qui demeuraient malgré la loi¹⁴².

Tableau 6.1. Mesures prises par l'État chilien concernant la gestion migratoire. 1994-2015

1995	1994-2000 Gouvernement Frei	Decreto Supremo de Educación n° 651 (articles 7 et 8). Ministère de l'Éducation. Stipule que tous les enfants de migrants doivent être acceptés et inscrits dans les établissements scolaires, indépendamment de leurs situations migratoires et de celles de leurs parents.
1996		Ley n° 19.476 : Modification de la Ley de Extranjería en matière d'asile Reconnait le principe de non-renvoi des personnes qui sollicitent l'asile et dépénalise leur entrée irrégulière sur le territoire chilien.
1998		Premier processus de régularisation migratoire 40 000 personnes obtiennent un titre de séjour temporaire parmi lesquelles 20 000 obtiennent un titre de séjour permanent un an plus tard.
2003	2000-2006 Gouvernement Lagos	Oficios Circulares n° 1.179 et n° 6.232. Departamento de Extranjería y Migración (DEM) Les femmes enceintes obtiennent la possibilité de se régulariser grâce à un certificat de grossesse. Les mineurs en situation irrégulière peuvent être inscrits dans les établissements scolaires et recevront ainsi un titre de séjour Étudiant.
2005		Ratification de la Convention Internationale sur la protection des Droits de tous les travailleurs et de leur famille Signée en 1993.
		Ordinario n° 7/1008. Ministère de l'Éducation Instruit sur le droit d'accès des enfants étrangers aux établissements scolaires chiliens à égale condition que les enfants chiliens et indépendamment de leur situation légale et de celles de leurs parents. Il confirme les circulaires du DEM.
2007	2006-2010 Gouvernement Bachelet	Accord de collaboration technique Fonasa- DEM Garantit aux personnes demandeuses d'asile l'obtention d'un RUT (numéro d'identification national) provisoire qui leur permet d'être inscrites à Fonasa et d'avoir accès à des soins dans les services de santé publique.
		Resolución Exenta n° 6.677. Accord de collaboration entre le Ministère de l'Intérieur et la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji) Facilite l'accès à l'éducation préscolaire des enfants étrangers ou de parents étrangers, indépendamment de leurs situations migratoires. L'inscription dans le système préscolaire donne droit à une régularisation de la situation migratoire pour l'enfant.
2007-2008		Deuxième processus de régularisation migratoire 50 000 personnes obtiennent un titre de séjour temporaire.
2008		Oficio Ordinario n° 3.229. Ministère de la Santé Rappelle l'accès aux services de santé publique pour les mineurs étrangers indépendamment de leur situation migratoire et de celles de leurs parents, ainsi que la régularisation de tous les étrangers de moins de 18 ans présentant un certificat médical pour soin. Rappelle l'accès des femmes enceintes aux services de santé publique ainsi que la possibilité pour les femmes enceintes de se régulariser à condition de réaliser les contrôles de grossesse.

¹⁴² La recherche menée dans cette thèse a eu lieu avant la mise en place de ces accords. Il sera donc possible d'apprécier leur nécessité, mais également leur insuffisance.

		<p>Stipule l'accès gratuit aux services de soins d'urgence pour tous les étrangers, indépendamment de leur situation migratoire.</p>
		<p>Instruction présidentielle n° 9 sur la Politique Migratoire Nationale</p>
2009		<p>Resolución Exenta n° 80.388. Accord entre le DEM et le Servicio Nacional de la Mujer (Sernam)</p> <p>Facilite l'accès au réseau de protection de victime de violence intrafamiliale aux femmes migrantes, demandeuses d'asile et réfugiées.</p> <p>Facilite la régularisation des personnes faisant l'objet de violence intrafamiliale.</p>
		<p>Resolución Exenta n° 10.654. Accord entre le DEM et le Servicio Nacional de Menores (Sename)</p> <p>Facilite l'accès au service de protection sociale de l'enfance aux enfants étrangers indépendamment de leur situation migratoire.</p> <p>Facilite la régularisation des mineurs étrangers en processus d'adoption.</p>
		<p>Oficio Circular n° 26.465 : Accord sur les séjours des états membres du Mercosur, Chili et Bolivie. Ministère de l'Intérieur</p> <p>En respect à l'accord passé entre les pays membres et signataires du Mercosur, le Ministère de l'Intérieur créé un titre de séjour temporaire Mercosur pouvant être délivré sans condition particulière autre que celle d'être libre d'antécédents pénaux aux nationaux d'Argentine, Bolivie, Brésil, Paraguay et Uruguay.</p> <p>Cet accord exclu les nationaux du Pérou, de la Colombie, de l'Équateur et du Venezuela, malgré leur appartenance au Mercosur.</p>
2010	2010-2014 Gouvernement Piñera	<p>Ley n° 20.430 : Loi sur la protection des réfugiés</p> <p>Répond aux accords internationaux signés. Définit les critères de demande d'asile, les droits et devoirs des demandeurs d'asile et des réfugiés ainsi que la protection que l'État chilien doit leur apporter.</p> <p>Impulsée par le Gouvernement Bachelet et promulguée sous le Gouvernement Piñera.</p>
2011		<p>Ley n° 20.507 : Trafic illicite de migrants et traite de personnes</p> <p>Typifie les délits de trafic illicite de migrants et la traite de personnes et établit des normes pour la prévention et la persécution criminelle en la matière.</p> <p>Impulsée par le Gouvernement Bachelet et promulguée sous le Gouvernement Piñera.</p>
2013		<p>Proposition de Nouvelle Loi Migratoire déposée à la Chambre des députés</p> <p>Proposition très critiquée par les organisations civiles et les académiques. Elle ne sera pas votée sous le Gouvernement Piñera et le Gouvernement Bachelet fera retirer cette proposition au vu des nombreuses critiques formulées.</p>
2014	2014-2018 Gouvernement Bachelet	<p>Resolución exenta n° 3.768 : Approbation du programme "Assistance pour immigrants vulnérables 2014"</p> <p>Des fonds du Ministère de l'Intérieur seront reversés à travers des institutions publiques et privées en aides sociales pour des migrants vulnérables en situation régulière. Les aides concernent l'alimentation, l'aide aux logements, l'accès à des traitements médicaux, l'éducation, les formations professionnelles, l'aide administrative.</p>
		<p>Decreto N° 1.393 : Création du Conseil national de Politique Migratoire</p> <p>Objectifs: Coordonner toutes les actions, les plans et les projets de l'État en matière migratoire, à savoir: analyser le phénomène migratoire, actualiser les informations sur la migration, établir des propositions pour réguler la migration, mettre en place des instances de dialogue avec la société civile, proposer des modifications à la norme et à la législation migratoire.</p>
		<p>Accord entre le DEM et Fonasa. (27 novembre 2014)</p> <p>Donne accès aux soins dans le système de santé public aux étrangers dès la demande de visa déposée (et non plus, une fois le visa obtenu).</p>
		<p>Resolución exenta n° 1.266 : Approbation du Programme Accès aux soins de santé des personnes migrantes. Ministère de la Santé. (12 décembre 2014)</p> <p>Construire une réponse spécifique pour la population migrante (avec un intérêt particulier pour les personnes irrégulières) afin de garantir l'équité d'accès aux soins de santé. Il s'agit d'un programme duquel doit découler différentes mesures afin de le concrétiser</p>

		<p><i>Resoluciones exentas n° 3.207 et n°3.509 (2014) et n° 102 (2015). Dirección Nacional del Servicio de Registro Civil e Identificación</i></p> <p><i>Oficios n° 27.601 et n° 32.754 (2014). DEM</i></p> <p>Rectification de la compréhension du terme “hijos de extranjeros transeúntes”. Les migrants en situation irrégulière ne sont plus considérés “transeúntes” (de passage) car ils résident au Chili. Leurs enfants nés au Chili, auparavant considérés fils de migrants “transeúntes”, bénéficient désormais du droit du sol et prennent la nationalité chilienne.</p>
2015		<p><i>Instruction présidentielle n°5 sur la Politique Migratoire Nationale</i></p> <p><i>Decreto n° 1.930 : Modification du Reglamento de Extranjería. Ministère de l'Intérieur. (7 mars 2015)</i></p> <p>Différentes modifications du règlement datant de 1984, qui contiennent les points suivants : les victimes de traite et de trafic se voient attribuer un visa gratuitement ; PDI ne peut désormais retenir le passeport des étrangers en situation irrégulière, seule une carte d'identité caduque peut être retenue ; renforcement des systèmes informatiques et des transferts d'informations entre institutions pour une gestion plus rapide et efficace.</p> <p><i>Création d'un visa temporaire pour travail. DEM. (1er mars 2015)</i></p> <p>Ce titre de séjour a pour but de remplacer progressivement le titre de séjour Sujet à Contrat de travail. Il est d'une durée d'une année, renouvelable un an, ou donnant accès à un titre de séjour définitif. Si un contrat de travail prend fin au cours de l'année, le titre de séjour se maintient. Le contrat de travail ne doit pas contenir le paiement du billet d'avion du salarié par l'employeur à la fin du contrat, comme dans le cas de titre de séjour Sujet à Contrat.</p> <p><i>Création d'un visa temporaire pour Union civile. DEM. (1er mars 2015)</i></p> <p>Permet l'obtention d'un visa pour des étrangers ayant contracté un mariage, un pacte ou une union civile avec un chilien ou un étranger résidant au Chili, quel que soit le sexe des contractants.</p> <p><i>Suppression des sanctions pour infraction migratoire des mineurs d'âge</i></p> <p><i>Circular A-15 n° 6. Ministère de la Santé. (9 juin 2015)</i></p> <p>Facilite et précise l'accès à toutes les prestations de santé publique, indépendamment de la situation migratoire : aux femmes enceintes pendant la grossesse et jusqu'à 1 an de l'enfant, aux mineurs jusqu'à 18 ans, pour des urgences où seuls ceux qui déclarent en avoir les moyens payeront le service, pour des cas nécessitant une contraception d'urgence, des vaccins, une éducation sanitaire et pour des maladies sexuellement transmissibles.</p>

En ce qui concerne les gouvernements locaux et notamment les municipalités, la création de programmes spécifiques aux migrants se multiplie au sein des communes. L'initiative du DEM de délivrer un « Sceau Migrant » a favorisé la création de ces bureaux.

Parmi ces programmes, celui de la Municipalité de Quilicura est posé désormais en référence, pour l'ancienneté de sa démarche, pour ces liens avec des organisations reconnues comme le SJM, Amnistie Internationale ou encore le HCR. Mais c'est aussi par le biais de l'étude menée en 2013 autour de la population migrante de la commune et fortement publicisée à partir de 2014. Financée par le HCR et dirigée par Eduardo Thayer, sociologue de l'Universidad de Los Lagos, cette recherche a abouti sur la publication en 2014 d'un *Plan d'accueil et de reconnaissance des migrants et des réfugiés** (Thayer Correa, 2014), qui est, dès lors, considéré une référence en matière de politiques migratoires à échelle locale.

Cette publication, qui souligne la collaboration entre universitaires, services publics et organisations internationales, offre un tournant dans la gestion municipale des migrations, en la dotant d'une légitimité scientifique. En effet, alors que dans ses premières années, ce service mobilisait pour justifier ses actions et les définir des concepts assez flous autour de l'« intégration », l'« insertion sociale » et l'« interculturalité » et une idée très stéréotypée

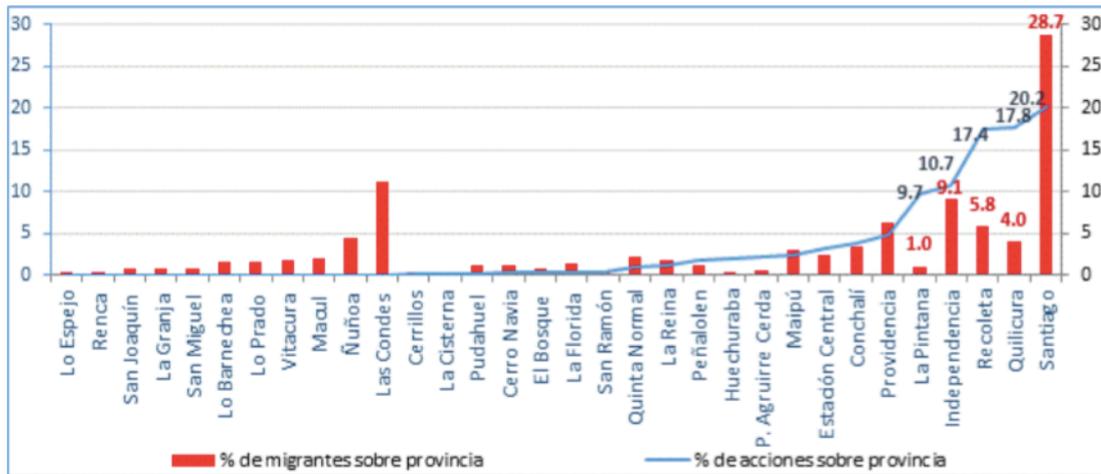
sur les migrants - en particulier les Haïtiens -¹⁴³, le *Plan de Acogida*, qui définit à partir d'une étude la politique de la municipalité en matière migratoire repose sur des concepts clairs, définis depuis les sciences sociales. La proposition repose sur la reconnaissance d'une citoyenneté aux migrants et réfugiés. Pour cela, c'est le principe des Droits de l'Homme, et non pas l'idée de l'apport ou de l'adaptation des migrants à la société, qui doit être celui qui guide la définition et l'accès aux droits fondamentaux à égales conditions que les nationaux. L'État et les gouvernements locaux jouent un rôle essentiel pour assurer le respect de ce principe au sein de leurs services mais également par l'ensemble de la société. Sans cela, l'État comme la société génèrent de l'exclusion et une hiérarchisation des droits ou assujettissent l'accès à ces droits aux contextes économiques et sociaux changeants.

La proposition est celle de définir des politiques d'accueil pour les premières étapes de la migration au Chili (définies comme l'arrivée et l'entrée dans des réseaux sociaux locaux) et des politiques de reconnaissance visant les étapes de consolidation des trajectoires migratoires (consolidation des réseaux et installation). Elle reconnaît le rôle de première importance des municipalités dans la mise en place de politiques migratoires (Thayer Correa, 2014). Cinq axes de travail sont définis pour parvenir à la mise en place d'une telle politique. Le premier correspond à la nécessité d'informer les migrants sur leurs droits, mais aussi de prévoir les ressources humaines nécessaires pour garantir la protection de ces droits. Le second fait appel à la participation des migrants dans la définition et la gestion des politiques : l'échelle locale est en cela privilégiée car elle est à même de créer des liens avec la population et de l'impliquer. Le troisième considère que la population non-migrante doit être incluse dans ces programmes, qu'elle doit participer aussi aux décisions et accéder à l'information concernant les droits des migrants. L'éducation est un secteur privilégié d'intervention, et doit notamment incorporer des politiques éducatives anti-discriminations. Le quatrième considère l'importance d'une médiation sociale, interculturelle et de voisinage pour diminuer les conflits et faciliter un accès égalitaire aux différents champs de la vie sociale locale. Enfin, la municipalité, échelle privilégiée de mise en place de politiques, doit être l'instance favorisant l'accès égalitaire aux droits sociaux fondamentaux de santé, éducation, logement et travail, qui sont ceux pour lesquels les migrants ont un accès souvent difficile (Thayer Correa, 2014, p. 57-59).

Plus largement, les actions menées par les municipalités se multiplient à partir de 2012 pour devenir très nombreuses en 2014. L'observatoire des politiques migratoires réalise une étude de ces actions entre 1990 et 2015 sur la Province de Santiago (Observatorio de Políticas Migratorias, 2016a, 2016b). Ces analyses révèlent que 75,8% des actions sont menées au sein de 5 des 32 municipalités étudiées, dans lesquels se concentrent 48% de la population migrante, à savoir Santiago, Quilicura, La Pintana, Recoleta et Independencia. Ces cinq communes sont celles qui ont énoncées des politiques migratoires locales ; pour autant, comme le souligne l'*Observatorio*, les actions qu'elles mènent sont en rapport avec les objectifs politiques définis.

¹⁴³ Le jeudi 26 avril 2012, alors que j'effectuais un premier terrain exploratoire, j'ai assisté à une formation proposée à des fonctionnaires de Quilicura (Education et Santé, bien qu'aucune personne du secteur santé ne se soit présentée). Dans un premier temps, deux travailleurs sociaux du SJM ont fait une intervention dans le but de déconstruire les mythes sur les migrants, pour ensuite expliquer quels étaient les droits des migrants. La responsable de la *Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados* a ensuite pris le relais : après avoir décrit le travail de son service, et commenté la nécessité de travailler en réseau entre les différents établissements et institutions, elle commençait à donner des conseils pour mieux intervenir auprès de la population migrante. Pour une part, elle réduisait les migrants aux Haïtiens. Puis, ses conseils se basaient sur des propos stigmatisants et stéréotypés sur la « culture noire » (lorsque je la questionnais ensuite, elle justifiait son savoir sur la « culture noire » par les formations reçues lorsqu'elle était en Afrique). Elle recommandait une ouverture à la « culture noire », très différente de « nous, les latinos », car emprunte de machisme, de violence envers les enfants et d'une méfiance entre les personnes qui empêchait la création de réseaux solidaires.

Figure 6.4. Actions des municipalités en matière migratoire et pourcentage de migrants sur le total de la Province de Santiago¹⁴⁴

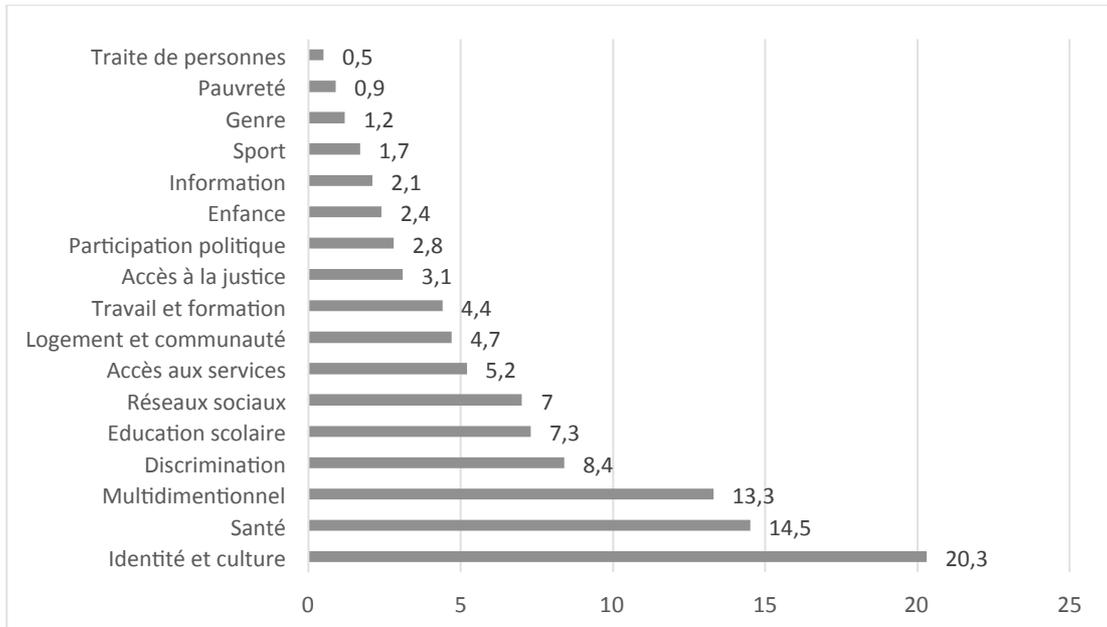


FUENTE: Observatorio de políticas migratorias

Sources : *Observatorio de Políticas migratorias* (2016, p.3).

Sur l'ensemble des actions menées par les municipalités autour des migrations, 20,3% correspondent au domaine de la culture et de l'identité, 14,5% à des questions de santé et 13,3% représentent des actions qui regroupent plusieurs dimensions, comme par exemple des recherches, des diagnostics, des campagnes de promotion ou d'information, des séminaires. La discrimination arrive en 4^{ème} position, avec 8,4% des actions : probablement favorisées par la Loi anti-discrimination et l'organisation des municipalités autour de ce sujet.

Figure 6.5. Domaines d'intervention des municipalités, 1990-2015 (en % sur le total d'actions)

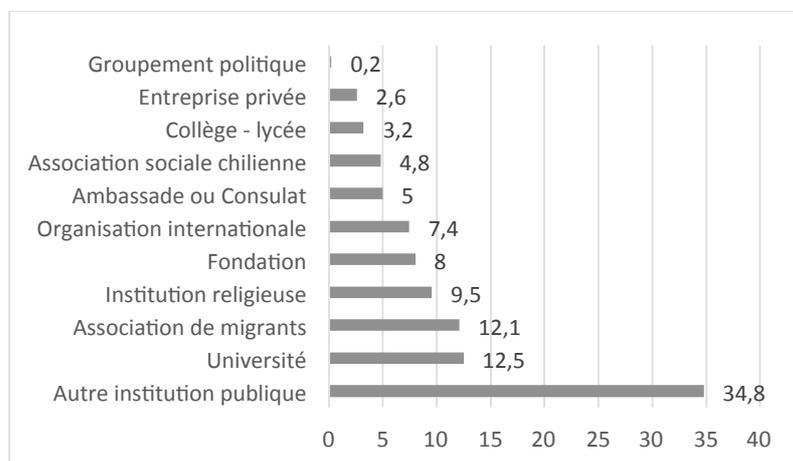


Sources: *Observatorio de Políticas Migratorias*, 2016, p.7. Réélaboration personnelle.

¹⁴⁴ En rouge le % de migrants résidant dans la commune sur le total de migrant de la province de Santiago. En bleu, le % des actions sur les migrations de chaque commune sur le total des actions menées dans la Province.

Il est intéressant de noter que les thèmes comme la traite de personnes, l'enfance ou le genre sont très peu abordés. Ceux-là même autour desquels la question migratoire s'est problématisée dans un premier temps, par le ressort d'associations, d'organisations et d'universitaires.

Figure 6.6. Institutions avec lesquelles les municipalités organisent leurs actions. 1990-2015 (en % sur le total d'actions)



Sources : *Observatorio de Políticas Migratorias*, 2016, p.5. Réélaboration personnelle.

Les données présentées dans la figure 6.6 sont pertinentes pour saisir les relations développées par les municipalités avec d'autres acteurs sociaux. 46% de leurs actions entre 1990 et 2015 ont été menées de manière indépendante. Parmi les autres, 34,8% ont été réalisées en collaboration avec d'autres institutions publiques, 12,5 % avec une organisation migrante, 9,5 % avec une institution religieuse, 8% avec une fondation et enfin 7,4% avec une organisation internationale. Ces chiffres montrent une articulation entre différents acteurs de la société dans la mise en place de ces politiques à échelle locale. Les liens entre institutions publiques témoignent que ces actions deviennent moins individuelles et résultent d'une action plus générale autour des migrants depuis le système public.

Movimiento Acción Migrante et société civile

Le *Movimiento Acción Migrante* est né en 2014 dans le cadre des tables-rondes thématiques du Sénat. Plusieurs associations de migrants avaient été invitées pour réfléchir à la question migratoire et donner ainsi leur avis au Sénat. En janvier et mars 2014, deux assemblées sont organisées avec une trentaine d'associations et des représentants de programmes pour les migrants ainsi que des universitaires. Il s'agissait de s'accorder sur la définition d'un ensemble de mesures urgentes permettant de diminuer rapidement les situations d'irrégularité, d'améliorer la gestion migratoire, la participation et la prise en charge des migrants et d'amplifier et faciliter l'accès aux droits fondamentaux des personnes migrantes. Des commissions de travail sont formées en ces occasions afin d'approfondir les questions légales, institutionnelles et administratives.

Le besoin ressenti par les dirigeants associatifs de se coordonner pour défendre d'une voix les droits des migrants et de le faire de manière indépendante du Sénat a conduit à la création du *Movimiento Acción Migrante* (MAM) avec une partie des associations¹⁴⁵ intégrantes des assemblées organisées depuis la Table thématique. Le MAM soutient que « la migration

¹⁴⁵ Début 2017, le site internet du MAM indique que les organisations qui le composent sont : *Colectivo Justicia para Guatemala, MiraChile, OSCHEC, Colectivo Ecuatoriano por la Ciudadanía, Aperchi, Grupo Solidario de la Gracia, Ayisyen nou Ye Production, Asociación de Uruguayos en Chile, Asucomich, Warmipura.*

ou la mobilité humaine est un droit inaliénable des personnes. De cela naît la nécessité de s'assurer du respect sans restriction des Droits fondamentaux des migrants et migrantes »*¹⁴⁶. Le mouvement considère qu'il est de la responsabilité des migrants de faire valoir leurs droits de migrer sans pour autant perdre leurs droits citoyens. Il défend la nécessité pour les migrants de parler pour eux-mêmes et prend soin de se distinguer des organisations chiliennes (comme le SJM ou l'Incami) qui jusqu'à présent représentaient les migrants dans les débats. Sur ces principes de base reposera la stratégie du MAM jusqu'à aujourd'hui.

Le MAM mettra en place des stratégies de négociation et de communication qui parviendront à le porter rapidement comme acteur de référence. Dans une période où la société chilienne est sensible à la question migratoire, l'émergence d'un regroupement de migrants au discours clair, construit sur des revendications précises et bien argumentées, est saluée par les différents acteurs sociaux intéressés par la migration. En effet, non seulement le MAM impulse de nombreux événements et espaces de diffusion de ses idées, mais il est rapidement considéré comme un invité clé au sein des différents espaces de débat mis en place par l'université, les associations et les organisations publiques ou civiles. Le MAM établit des relations avec des universitaires, des gouvernements locaux, des organisations internationales (comme Amnistie Internationale), il s'allie avec des sénateurs ou des députés pour obtenir leur soutien, il cherche à négocier directement avec le DEM. Il est d'ailleurs particulièrement actif dans les consultations que le DEM réalise auprès de la société civile afin de mettre en place politique et législation migratoire¹⁴⁷. D'acteur social en vogue, le MAM parvient à obtenir une légitimité et une reconnaissance sociale qui le hisse en position de négociation avec le gouvernement et à même hauteur que des organisations comme le SJM ou des universitaires. Plus, il contribue à diffuser largement l'idée de l'urgence d'une nouvelle loi migratoire qui repose sur le principe des droits de l'homme. Son discours se distingue quand même de ceux d'autres acteurs : il n'y est pas question de se justifier par l'apport culturel, économique ou social des migrants, ou par la volonté de parvenir à une société inter ou multi-culturelle. Il est question de faire valoir des droits fondamentaux. C'est sur ce principe fondamental, sans autre justification risquant de stéréotyper, déshumaniser ou justifier l'exploitation des migrants, que doit reposer la politique et la législation en matière migratoire.

Problèmes et thématiques émergents

La multiplication et l'intensification des espaces de débat, des prises de position, des recherches et des publications ou encore des événements autour des migrations et des migrants se poursuit en 2014 et 2015 pour conduire à une véritable ébullition fin 2015 et 2016. Cette effervescence s'est réalisée avec la multiplication des dialogues, des liens et des collaborations entre les différents acteurs sociaux : universitaires ou associations s'exprimant dans la presse, représentants de l'État ou des municipalités invités à des colloques et confrontés à des associations de migrants revendicatifs, conventions de collaboration entre des organismes internationaux et des associations chiliennes ou des migrants ou encore avec des services publics. Ces liens ont probablement contribué à l'émergence de consensus entre la majorité des acteurs autour du sujet des migrations et notamment autour de la nécessité de définir une nouvelle législation migratoire. Il importe également de prendre en compte les événements, organisés ou non, qui ont lieu dans ce

¹⁴⁶ <http://www.mamchile.cl/?p=80>, consulté le 10 février 2017.

¹⁴⁷ Les associations migrantes, mais aussi tous les experts universitaires et associatifs, sont consultés par le DEM pour la définition d'une politique migratoire. Tatiana Albuja, représentante du MAM, a été élue pour le *Consejo Consultivo Nacional de Migraciones*. La participation de la société civile à ses instances est cependant uniquement consultative. Certains reprochent d'ailleurs au gouvernement un manque de transparence et de ne pas réellement faire participer la société civile dans la définition de cette politique. Voir : (Agar Corbinos, 2016).

contexte déjà sensible à la question migratoire et qui contribuent à la rendre visible et évidente. Si dans un autre contexte, moins en alerte sur ces questions, ils auraient pu avoir une autre interprétation ou passer invisibles, le contexte actuel leur donne un sens qui participe à construire la migration en question sociale, en problème public.

Au vu de la portée de ce débat, il est impossible de faire le tour des publications, projets de recherche, séminaires, événements ou mesures mises en place pendant ces trois années. Cependant, il est possible de signaler les thématiques, les acteurs, les points de vue qui se maintiennent, ceux qui émergent, ceux qui sont devenus légitimes et ceux qui ont perdu de l'intérêt général.

Dans le monde universitaire, le nombre de chercheurs faisant des investigations et publiant sur les migrations est en croissance exponentielle. Les chercheurs renommés maintiennent leur position de référence, alors que d'autres parviennent à se hisser à cette position en faisant de leur champ de recherche un champ légitime et repris par les autres acteurs sociaux. Ainsi, Eduardo Thayer et Maria Emilia Tijoux poursuivent leur processus de légitimation jusqu'à être parfaitement reconnus et à faire de leurs champs de recherche des centres d'intérêt partagés, au-delà de la sphère académique. Comme signalé précédemment, Thayer développe les questions de politique migratoire à échelle locale et la publication en 2014 du *Plan de acogida* de la Municipalité de Quilicura, élaboré par ses soins, lui permet de se positionner véritablement en acteur clé en matière de politique migratoire et plus généralement de migration. Il semble que tant le travail de visibilisation sur les politiques locales effectuées par ce chercheur (Thayer Correa, 2015a, 2015b, 2015c) et la reconnaissance sociale donnée à son travail avec la municipalité de Quilicura ont poussé à rendre légitimes les initiatives locales de politique migratoire, mais tout autant, la croissance de ces initiatives ont contribué à rendre légitime ce chercheur et son champ de recherche. En tout cas, tant ces initiatives municipales que le champ de recherche et le chercheur ont été portés sur le devant de la scène en 2015-2016.

Dans une dynamique similaire, la recherche dirigée par Maria Emilia Tijoux (2013a) sur le racisme au Chili envers les migrants noirs, a porté le sujet du racisme, des migrants noirs et des discriminations ainsi que la chercheuse au cœur des débats. Au-delà des publications¹⁴⁸, communications et séminaires¹⁴⁹ organisés autour de ce projet de recherche (relayés par des associations ou des collectifs comme le MAM, ou encore dans la presse), les questions de racisme et de discrimination ont été abordées par différents acteurs sociaux, et ce, dans un contexte de croissance de l'immigration, de grande visibilité des migrants noirs, de construction de stéréotypes envers les migrants et de tensions sociales.

L'énonciation publique, au travers du projet de recherche dirigé par Tijoux, du racisme exercé à différentes échelles sociales sur les « noirs », mais également sur l'ensemble de la société - avec la mise en lumière d'une structure sociale raciste historiquement construite - a conduit à faire du racisme et de la discrimination des problèmes dont il faut tenir compte et sur lesquels il faut agir. Des situations, jusqu'alors non perçues comme problématiques, sont désormais éclairées et dénoncées comme résultantes d'une discrimination, d'une différenciation idéologique et violente. Cette nouvelle lecture des événements conduit à son tour à rendre visible

Figure 6.7. Campagne de sensibilisation avant un match de football Chili-Colombie



¹⁴⁸ (Belliard Quiroga, 2015 ; Cabello & Gutiérrez, 2015 ; Tijoux, 2014, 2015, 2015, ;

¹⁴⁹ En avril 2015 a eu lieu le colloque : *Racismo en Chile. La piel como marca de la migración* présenter des résultats du projet de recherche tout en faisant réagir d'autres acteurs migratoires ou de racisme. Le livre qui porte le même nom, publié en 2016 sous tiré de cette rencontre.

le problème et à légitimer l'intérêt et la nécessité d'agir face à ceux-ci.

Ainsi, des événements, fortement publicisés par les médias et qui ont engendré de vives réactions de la part des différents acteurs sociaux, ont été lus comme des actes racistes, et ont également contribué à rendre visibles ces situations désormais considérées problématiques. Après les crimes racistes, ce sont notamment les violences racistes dans le monde du football qui ont été très médiatisées¹⁵⁰ après 2014 et qui ont même fait l'objet de campagnes de prévention¹⁵¹. Plus tard en 2016, de violents contrôles d'identité de migrants notamment noirs sont dénoncés comme des discriminations par la presse mais surtout par les réseaux sociaux¹⁵². Amnesty International mène également en 2015 une campagne contre la discrimination, en collaboration avec des associations migrantes et notamment le MAM.

Si le projet mené par Tijoux a joué un rôle essentiel pour mettre des mots et mettre en évidence ces situations, il n'est cependant pas le seul à avoir conduit à cette problématisation sociale. Bengoa (2002) signale que les dernières années, le Chili a connu plusieurs mouvements sociaux réclamant une reconnaissance identitaire particulière (faisant suite souvent à ce même processus d'identification d'une situation comme problématique). Ainsi, des peuples originaires, des homosexuels ou encore des afro-chiliens se sont identifiés et mobilisés pour faire valoir leur existence et obtenir des droits particuliers et ce, de manière croissante depuis les années 2000.

Au début des années 2000, naissent les premières associations d'afro-descendants au Chili, comme les associations *Oro Negro* ou *Lumbanga*, dans le Nord du pays. Ces associations se battent pour la reconnaissance de leurs origines et dénoncent l'histoire officielle du pays qui a effacé la présence d'Africains dans leur pays, et donc, leur histoire propre. À la fin des années 2000, les activités de ces associations, réunies sous le nom d'*Alianza de organizaciones de Afrodescendientes Chilenos* se font plus visibles et elles réclament d'inclure la variable ethnique "afro-descendant" dans le recensement de 2012. Un premier test de recensement de cette population est réalisé en 2009 qui n'aboutira pas à l'inclusion de cette variable dans le recensement, mais à une Enquête de caractérisation de la population afro-descendante qui sera menée en 2013 par l'*Instituto Nacional de Estadísticas* (2014). Il faut également signaler l'organisation en 2015, du 1er *Congreso de mujeres afrodescendientes de Chile*¹⁵³, qui a réuni des femmes de plusieurs pays d'Amérique du Sud et des Caraïbes afin de partager leurs

Figure 6.8. Association Oro Negro réclamant la reconnaissance des Afro-chiliens



¹⁵⁰ Voir par exemple : http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/11/141125_deportes_racismo_renteria_chile_vs, <http://www.telesurtv.net/news/Futbolista-venezolano-nuevamente-victima-de-racismo-en-Chile-20141124-0040.html>, <http://radio.uchile.cl/2016/05/16/racismo-en-chile-la-piel-como-marca-de-la-inmigracion/>, <http://www.latercera.com/noticia/commebol-condena-caso-de-racismo-en-futbol-chileno-y-lanza-advertencia/>, consultés le 14 février 2017.

¹⁵¹ Deux campagnes de prévention contre les discriminations pendant les matchs de football ont été menées : « La cancha donde jugamos todos » en 2015, menée par le SJM, avec le soutien de l'Universidad de Chile. Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=vT0qIakWboQ>, consulté le 14 février 2017 ; la campagne #EsSoloUnJuego, menée en 2016 par la Mesa Intercultural de Antofagasta, en prévention du match Chili-Colombie de la Copa America. Voir par exemple : <http://www.elciudadano.cl/2016/06/22/299904/essolounjuego-la-campana-que-invita-a-chilenos-y-colombianos-a-vivir-el-futbol-en-fraternidad2016/>, consulté le 14 février 2017.

¹⁵² <http://www.eldesconcierto.cl/2016/10/25/video-xenofobia-policial-agreden-brutalmente-a-venezolano-por-defender-a-haitiano-detenido-por-no-pagar-la-micro/>, <http://vtv.gob.ve/gobierno-repudia-brutal-agresion-policial-perpetrada-contra-ciudadano-venezolano-en-chile/>, consultés le 14 février 2017.

¹⁵³ Voir : http://www.mujeresafro.org/index.php?option=com_content&view=article&id=636:i-congreso-internacional-de-mujeres-afrodescendientes-en-chile&catid=2:ultimas-noticias&Itemid=12, consulté le 16 février 2017.

expériences de luttes sociales et de parvenir à une coordination afin d'avoir une incidence à l'échelle du continent.

La lutte pour la reconnaissance de leur particularité et de leur histoire menée par ces associations se poursuit jusqu'à aujourd'hui. Ces associations se distinguent des migrants latino-américains d'origine afro-américaine et se battent principalement pour la visibilité des Afro-chiliens. Elles se rapprochent plutôt d'associations d'Africains au Chili ou d'afro-descendants qui prônent les liens avec l'Afrique que d'associations de migrants. Elles sont notamment présentes à l'évènement annuel organisé à Santiago par l'association *Ubuntu* depuis 2013 : le *Africa Day*. On y célèbre l'Afrique dans ses traditions et son folklore. Ces journées de célébration laissent également de côté les migrants afro-descendants en provenance d'Amérique latine et des Caraïbes. Au-delà de ce lien, les associations qui luttent pour la reconnaissance des Afro-chiliens et de leur histoire trouvent un écho favorable et une légitimité dans les recherches menées par Tijoux (2013a, 2014, 2015 ; Tijoux & Díaz Letelier, 2014), mais aussi par Cussen (2006), Zuñiga (2007), ou San Martín Aedo (2008). Ces derniers proposent une relecture historique de la société chilienne en offrant une critique à son Histoire officielle et notamment au récit sur lequel repose la Nation qui invisibilise cette présence africaine. Ils légitiment ainsi les revendications de ces associations. Ces dernières obtiennent également la reconnaissance de certaines institutions publiques comme les municipalités ou encore la Junji (gestion publique des jardins d'enfants). Ces partenariats s'inscrivent plutôt dans une autre démarche qui se développe également à cette époque : les actions prônant l'interculturalité ou la multiculturalité.

Par ailleurs, un évènement a poussé à faire surgir sur la scène publique la question du racisme ou de la discrimination : en 2012, la mort d'un jeune tué pour son homosexualité a conduit à la promulgation de la *Ley Zamudio* ou *Ley anti-discriminación*. Cette loi, réclamée et travaillée depuis 2005, définit les types de discrimination et établit un mécanisme juridique pour lutter contre celles-ci. Elle sera suivie d'un ensemble de mesures pour réduire ces discriminations, notamment institutionnelles. La problématique de la discrimination prend progressivement une plus grande place dans les mesures et programmes de différents acteurs et notamment des entités dirigeantes et administratives. Ainsi par exemple, la *Municipalidad de Providencia*, plutôt que d'ouvrir un programme spécifique aux migrants, met en place un *Departamento de diversidad y de no-discriminación* en 2014, qui inclut cette problématique migrante parmi d'autres. La même année se crée la *Red Nacional de Municipalidades para la diversidad y la no-discriminación*¹⁵⁴. En 2014 également, le programme migrant de la *Municipalidad de Santiago* incorpore le programme anti-discrimination qui naît cette année-là.

Il est intéressant de noter que le projet de recherche menée par Tijoux autour des questions de racisme, non seulement donnera lieu en avril 2015 à un colloque sur le racisme au Chili qui fera salle comble et aura des retentissements dans la presse¹⁵⁵ ; mais il donnera lieu à un autre projet, plus appliqué : « *Contra el racismo, nos educamos* »*¹⁵⁶ a pour objectif de travailler à la compréhension du racisme et de ses mécanismes, d'identifier sa reproduction quotidienne et de penser à des nouvelles formes de relations sociales libres de discrimination. Ce projet se décline à travers une exposition qui circule dans les écoles, un

¹⁵⁴ Réseau national de Municipalités pour la diversité et la non-discrimination Voir : <http://www.munistgo.cl/11-municipios-conforman-red-nacional-por-la-diversidad-inclusion-y-no-discriminacion/>, consulté le 14 février 2017.

¹⁵⁵ Voir par exemple : <http://www.lahora.cl/2016/09/maria-tijoux-sociologa-racismo-algo-instalado-chile/>, <http://www.t13.cl/radio/siempre-es-hoy/noticia/doctora-sociologia-y-racismo-chile-es-problema-nos-dana-fuertemente>, <http://www.panoramasnews.com/2015/04/06/seminario-racismo-en-chile-la-piel-como-marca-de-inmigracion/>, <http://www.eldesconcierto.cl/2016/10/12/maria-emilia-tijoux-sociologa-en-chile-somos-racistas-incluso-sin-saberlo/>, consultés le 14 février 2017.

¹⁵⁶ « Contre le racisme nous nous éduquons ». Voir : <http://www.contraelracismonoseducamos.cl>, consulté le 17 février 2017.

séminaire ou encore des ateliers cherchant à expliquer le racisme au Chili. Il est un exemple très pertinent des actions auxquelles peuvent aboutir ces liens entre sphère universitaire et société civile.

Les prises de position de différents acteurs qui dénoncent racisme et discriminations ne condamnent pas que les actes individuels, mais rendent aussi visible la responsabilité de l'État. Racisme historique d'État, administration, politiques et législations qui favorisent les discriminations, ces différents mécanismes sont pointés du doigt et l'État est sollicité pour agir et réaliser des transformations structurelles. Ils rejoignent en cela les acteurs qui réclament une nouvelle législation migratoire associée d'une politique adaptée au contexte actuel. Il a été signalé les importants rôles du DEM et du *Movimiento Acción Migrante* (MAM) dans la diffusion d'arguments en faveur de ces transformations. Mis à part le consensus généralisé sur la nécessité de cette nouvelle loi et politique (qui s'observe aisément fin 2016 quand explose sur la scène publique le débat entre gouvernement et opposition autour de cette loi et de son contenu), la dimension des Droits de l'Homme est avancée et défendue par un grand nombre. Si le MAM porte haut cette idée qu'il place comme unique fondement de la nouvelle loi réclamée, de nombreux acteurs se saisissent de ces droits fondamentaux, les discutent et les portent. De nombreux séminaires sont organisés autour de cette notion, depuis l'université ou depuis des organisations de la société civile¹⁵⁷.

Par ailleurs, certains acteurs prennent des positions très claires et réclament le respect, la promotion et la garantie des droits de l'homme pour les migrants. C'est d'ailleurs principalement pour argumenter la nécessité d'une nouvelle législation migratoire et d'une politique migratoire adaptées au contexte actuel que sont mobilisés les Droits de l'Homme. Un appel est d'ailleurs lancé au gouvernement par le réseau *Redmi* en 2015¹⁵⁸. Il demande à la Présidente Bachelet d'abandonner complètement le projet de loi proposé par Piñera et d'en proposer un nouveau basé sur les Droits de l'Homme. Il faut noter que parallèlement à ces sollicitations, le gouvernement en reçoit d'autre, provenant de l'opposition politique, qui réclame aussi une nouvelle loi migratoire, mais dont le but serait d'assurer un meilleur contrôle des entrées¹⁵⁹. Cette même position, qui associe migration et délinquance, est celle qui générera un débat à la fin de l'année 2016.

Dans un autre ordre, le MAM a mené une campagne en décembre 2015 pour réclamer une nouvelle loi migratoire par le biais d'une vidéo¹⁶⁰. Celle-ci, dont la voix est celle d'une chanteuse chilienne très en vogue Anita Tijoux, montre les problèmes que représentent la législation actuelle, et fait des propositions pour une prochaine loi. Deux idées fondamentales sont défendues : le respect des droits de l'homme qui passe par le droit à la mobilité et donc à une citoyenneté universelle. Celle-ci serait facilitée par un visa multi-usage que défendra à partir de là le MAM. La nécessité d'une nouvelle loi migratoire est rappelée également par Amnistie Internationale, qui, en mars 2016, crée une affiche qui explique l'histoire de la Loi migratoire, dans le but de montrer son caractère obsolète et de souligner l'urgence d'une nouvelle législation. Enfin, un ensemble de personnalités

¹⁵⁷ *Migración y derechos humanos en Chile* (2014 - Flacso, Oacndub, Ministerio de Desarrollo Social, DEM) ; *Derechos de los Migrantes : perspectivas internacionales y situación en Chile* (2014 - INDH, Centro de derechos Humanos de la UDP) ; *Migrantes y derechos humanos en la Región de Coquimbo* (2014 - Universidad Central) ; *XVI Jornadas Migratorias : Los Derechos de las Personas Migrantes y la Gobernanza de las Migraciones en Chile* (2014-Incami) ; *Derechos de los Migrantes: perspectivas internacionales y situación en Chile* (2014 - INDH, Centro de Derechos humanos UDP) ; *Migración y Derechos Humanos de Niños y Niñas: Visibilizando la Inclusión* (2014 - Junji) ; *Migraciones, nacionalidad y derechos humanos. tendencias y desafíos en América del SUR* (2015 - Centro de Estudios Legales y Sociales de Argentina, centro de Derechos Humanos de la UDP, Clínica Jurídica de Atención a Inmigrantes de la UAH y SJM) ; *Protección jurídica de los migrantes* (2015- Universidad O'Higgins, Observatorio Regional de Paz y Seguridad) ; *Migrantes y refugiado : Los derechos Humanos desde los gobiernos locales* (2016 - Universidad Central de Chile y oficina de Migrantes y refugiados de la Municipalidad de Quilicura).

¹⁵⁸ Voir : http://www.infanciachile.cl/roij_chile/?p=1525, consulté le 14 février 2017.

¹⁵⁹ Voir par exemple : <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/04/14/798066/Parlamentarios-piden-a-Bachelet-incluir-nueva-ley-de-migracion-entre-prioridades-legislativas-del-Gobierno.html>, consulté le 14 février 2017.

¹⁶⁰ Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=kyODTvdxb5k>, consulté le 14 février 2017.

publiques, politiques ou d'artistes se positionnent à faveur d'une nouvelle loi migratoire et en souligneront également l'urgence¹⁶¹, ce, notamment en 2016 et de manière accélérée à la fin de l'année suite à l'annonce du gouvernement de ne pas déposer de loi migratoire sous ce mandat.

Des manifestations sont également mises en place afin de réclamer une nouvelle loi migratoire. Jusqu'alors, les manifestations de migrants réclamaient principalement des amnisties migratoires. Un désaccord existait entre les associations autour de la pertinence d'une même mesure : une position que soutient la *Coordinadora Nacional de Inmigrantes*, créée en 2014 dans ce but même, est celle d'obtenir une régularisation massive à travers un rapport de force ; les autres (et c'est cette position que défendent les dirigeants et membres les plus actifs du MAM) contestent cette mesure jugée palliative et qui ne règle en rien l'origine des problèmes. Pourtant, en 2014¹⁶², puis à nouveau en 2016¹⁶³, des manifestations pour réclamer cette régularisation ont lieu dans le centre de Santiago. En 2016 pourtant, la marche organisée en février va plus loin et exige en plus une nouvelle loi migratoire. Enfin, il faut noter le rapprochement du mouvement MAM avec les syndicats, dans le cadre du Jour du travail : le 1^{er} mai 2016, les dirigeants du syndicat CUT ont apporté leur soutien aux migrants et ont réclamé une nouvelle loi migratoire capable de protéger les droits du travail des travailleurs migrants.

D'autres acteurs mettent en place des mesures et des campagnes afin de sensibiliser aux droits des migrants. Ainsi par exemple, la Junji, entité publique chargée des jardins d'enfants et sensible depuis plusieurs années à la situation des enfants migrants, met en place fin 2014 un séminaire *Migración y Derechos Humanos de Niños y Niñas: Visibilizando la Inclusión* qu'il impartit à ses fonctionnaires. Maria Emilia Tijoux y est présente et intervient également dans d'autres ateliers, séminaires ou formations autour des questions de racisme. Dans un autre registre, la commune de Providencia ouvre en 2015 une *Plaza ciudadana migrante*, évènement pendant lequel différentes institutions publiques ainsi que des associations d'aide aux migrants sont présentes. L'objectif est de faciliter l'accès à ses institutions et favoriser l'accès à l'information pour les migrants¹⁶⁴. Dans ce même objectif, l'INDH publie en 2016, en collaboration avec le DEM, des brochures qui expliquent les droits des migrants concernant la santé, l'éducation, le travail. À noter également, l'organisation par l'ONG *Raíces*, en collaboration avec l'ambassade du Canada d'une école d'été en 2016 autour des droits des femmes migrantes, dans le but de prévenir la traite et l'exploitation des personnes¹⁶⁵. Enfin, l'Incami met en place en 2016 un jeu nommé *Pasarela Ciudadana*¹⁶⁶ : cet outil ludique est destiné à informer les migrants sur le fonctionnement de la société chilienne et sur leurs droits en matière de santé, éducation, travail et citoyenneté. L'Incami a cherché à diffuser son jeu auprès des différentes organisations et institutions, publiques, privées ou associatives qui agissent auprès des migrants.

Il faut aussi remarquer deux campagnes cherchant à sensibiliser, informer et réclamer le respect des droits des migrants. L'une, *Corazón Azul* a été impulsée par l'ONU contre la

¹⁶¹ Voir : <http://www.lanacion.cl/noticias/pais/politica/camila-vallejo-y-amnistia-internacional-piden-apurar-ley-marco-del-2016-06-29/201251.html>, <http://colombiaencl.cl/ley-de-migracion-diputado-farias-converso-con-amnistia-internacional-y-movimiento-accion-migrante/>, <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2015/05/08/migrantes-como-avanzar-en-igualdad-de-derechos/>, consultés le 14 février 2017.

¹⁶² <http://www.lanacion.cl/noticias/pais/nacional/extranjeros-en-chile-marcharon-para-pedir-amnistia-migratoria/2014-08-17/184107.html>, consulté le 14 février 2017.

¹⁶³ Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=xODCpX7OQPc>, <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/2016/02/marcha-del-domingo-28-de-febrero/>, consultés le 14 février 2017.

¹⁶⁴ Cette initiative sera répétée dans d'autres communes. Voir par exemple : <http://www.dt.gob.cl/prensa/1618/w3-article-110508.html>, <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/noticias/2016/12/20/biobio-autoridades-conmemoran-dia-internacional-del-inmigrante-con-feria-al-servicio-de-extranjeros>, <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/2013/10/feria-ciudadana-para-migrantes/>, consulté le 15 février 2017.

¹⁶⁵ Voir : http://www.ongraices.org/admin/doctos/doc_45.pdf, consulté le 14 février 2017.

¹⁶⁶ Voir : <http://INCAMI.cl/pasarelaciudadana/pasarelaciudadana/index.html>, consulté le 16 février 2017.

traite d'humains. Elle est soutenue au Chili par le ministère de l'intérieur ainsi que par les associations. L'autre, initiée par le SJM en 2016 et très fortement relayée par les autres associations, a cherché à obtenir des résultats auprès du gouvernement et des institutions administratives : la campagne #NomasRUT100 cherche à mettre fin au statut extrêmement précaire des « *hijos de migrantes transeúntes* ». Ces enfants n'obtiennent ni la nationalité chilienne ni un numéro d'identité propre (RUT) qui leur permet d'avoir accès à tous les services de santé et d'éducation comme les autres mineurs. Le SJM réclame ici la fin de ces entraves administratives en démontrant qu'elles conduisent à une violation des droits de l'Enfant. De nombreux jeunes obtiennent suite à cette première campagne la nationalité chilienne. En 2017, une nouvelle campagne est lancée par le SJM qui poursuit celle-ci : #InfanciaSinCondiciones, travaille particulièrement à leur droit à l'éducation. Elle est menée en collaboration avec de nombreuses associations et organisations¹⁶⁷ et relayée largement par la presse¹⁶⁸.

De 2014 à 2016, les thèmes déjà problématisés auparavant, comme la traite de personnes¹⁶⁹ et les droits des enfants¹⁷⁰ demeurent au cœur de l'attention de tous. Ils font l'objet de débats et d'interventions, de campagnes de sensibilisation et de formation. Les migrations au Nord du Chili font l'objet également d'une attention accrue et sont travaillées les questions de frontière (Contreras Gatica & Tapia, 2015), de santé (Urzúa, 2014; Urzúa et al., 2015), de logement (Contreras Gatica & Palma, 2015) et de travail (Guizardi, 2015; Rojas Pedemonte & Vicuña Undurraga, 2014).

La problématique du travail domestique des femmes migrantes avait été traitée depuis l'université. Alors que ces *nanas* faisaient objet d'une attention particulière jusqu'à représenter une des figures types des migrants, elles perdent un peu de visibilité devant la diversification des approches, des problématiques émergentes, fruits des nouvelles figures de migrants. Le travail des migrants est abordé désormais depuis une approche plus large qui cherche à comprendre la structuration du marché du travail et l'incorporation des migrants en son sein (Silva Dittborn, 2014; Valenzuela Jeldes et al., 2014), ainsi que leurs conditions de travail (Rojas Pedemonte & Vicuña Undurraga, 2014). Hors de l'université, la question du travail fait l'objet de préoccupations, de la part des associations (Incami, SJM) qui proposent toujours des bourses de travail, mais qui s'inquiètent également des conditions de travail parfois proches de l'exploitation ou, à des périodes précises, des faux contrats de travail vendus à certains migrants¹⁷¹ (notamment les Haïtiens) qui y voient

¹⁶⁷ Voir : <http://www.infanciasincondiciones.cl/campana/>, consulté le 14 février 2017.

¹⁶⁸ Voir : <http://www.infanciasincondiciones.cl/archivo/prensa/>, consulté le 14 février 2017.

¹⁶⁹ Par exemple : en 2014, *Encuentro sobre Trafico y Trata de personas* au Congrès, voir : <http://fundacionscalabrini.cl/incami-participa-en-encuentro-sobre-trafico-y-trata-de-personas-en-el-congreso-de-la-republica-de-chile/>; la célébration du *Día de Acción contra la trata de persona*, avec la campagne « *Haciendo visible lo invisible* » pour sa troisième édition en 2015, voir : <http://www.ambafrance-cl.org/III-version-del-Dia-de-Accion>; la mise en place d'un Plan d'Action national contre la traite de personnes, par le gouvernement, voir : <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/mesa-intersectorial/>; ou encore le Séminaire "*Trafico ilícito de migrantes*", organisé en 2016 par le SJM, le DEM, l'INDH et l'POIM, voir : <https://www.youtube.com/watch?v=X5bhL83-DDQ>, consultés le 21 février 2017.

¹⁷⁰ Par exemple : Journée de présentation du projet « *Systématisation des expériences d'intervention en enfance en situation de migration* »* en décembre 2014, voir : <http://www.sinfronteraschile.cl>; ou différentes actions menées par des associations, organisations nationales ou internationales pour réclamer la nationalisation ou la régularisation d'enfants de migrants : <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/index.php/section-table/item/215-presentan-recurso-de-reclamacion-de-nacionalidad-para-161-ninos-nacidos-en-chile>, la campagne #nomasRUT100 menée par le SJM <http://www.sjmchile.org/sobre-eliminacion-rut-100/>, ou encore les formations et séminaires organisés par la JUNJI autour des enfants migrants, voir : <http://www.facso.uchile.cl/noticias/102344/dra-tijoux-expuso-sobre-racismo-en-encuentros-de-la-junji-y-la-usach>, consultés le 21 février 2017.

¹⁷¹ En 2012, un premier mouvement avait eu lieu autour des Haïtiens qui achetaient des faux contrats leur permettant de déposer une demande de titre de séjour. Des associations haïtiennes comme la OSCHEC, soutenues par le SJM, plaidaient la naïveté et la mauvaise compréhension de l'espagnol des Haïtiens pour justifier comment ils se faisaient avoir. En 2017, le DEM, en collaboration avec la police qui contrôle les entrées au Chili (PDI – *Policía de Investigaciones*) lance une campagne de sensibilisation autour des faux contrats, après avoir repéré une recrudescence de faux contrats. Voir : <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/2017/02/09/extranjeria-y-pdi-inician-campana-para-evitar-uso-de-contratos-de->

l'opportunité d'une régularisation. Le travail est très présente dans les discours réclamant une nouvelle législation migratoire. Le visa temporaire Sujet à contrat de travail, qui conditionne la régularité de la présence au Chili à un contrat de travail pendant au moins deux années, est au centre des réclamations des associations migrantes et d'aide aux migrants et des universitaires : il facilite leur exploitation et leur acceptation de conditions de travail déplorables dans le but de parvenir au décompte des deux années et d'obtenir un visa qui ne dépende plus d'un contrat de travail. En réponse à ces demandes, et dans sa stratégie de créer des mesures palliant les problèmes de la législation en vigueur, le DEM créé en 2015 un nouveau titre de séjour temporaire de travail qui assouplit les conditions. Par ailleurs, le gouvernement et les différentes entités publiques chargées des questions de travail se sont saisis des situations des migrants et ont cherché, non seulement à prévenir le trafic de faux contrats, mais à sensibiliser et informer Chiliens et migrants sur leurs droits et devoirs¹⁷².

La santé des migrants émerge à nouveau dans les préoccupations avec le retour de la présidence Bachelet et est posée comme un problème, notamment depuis les établissements de santé. Ces derniers signalaient des difficultés pour la prise en charge des migrants et avaient mis en place à échelle locale des mesures de l'ordre du bricolage pour essayer d'améliorer les situations problématiques. Les associations migrantes ou chiliennes signalaient et dénonçaient les barrières dans l'accès aux soins ainsi que les mauvais traitements reçus par certains migrants. Du côté du gouvernement, des mesures avaient été prises pour faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes, des enfants et dans des cas d'urgence ; mais le dernier gouvernement de Piñera avait suspendu les initiatives au niveau du gouvernement et des différentes autorités de santé. Le dernier mandat de Bachelet a repris une attitude favorable à la mise en place de programmes permettant de favoriser l'accès aux soins des migrants. Le Ministère de la Santé installe un plan pilote en 2015 à appliquer dans les établissements de santé pour favoriser l'accès aux soins, des instances de dialogues entre autorités et fonctionnaires ou encore associations sur la question des migrations, des formations menées par les autorités administratives responsables aux fonctionnaires des établissements de santé autour des droits des migrants, ou encore en interculturalité, ou même en langue créole. À souligner aussi des initiatives plus locales avec l'embauche d'une personne migrante dans le rôle de médiateur culturel et d'interprète, ou encore le projet Babel, initié en 2014 par le Servicio de Salud Metropolitano Central de la Région métropolitaine, qui a développé un réseau de bénévoles de nombreux pays disponibles pour faire de l'interprétariat *via* le logiciel *Skype* pendant des consultations difficiles.

Du côté des universitaires, la problématique de la santé des migrants n'avait pas réussi à se développer franchement. Les études les plus remarquables avaient été réalisées par des étudiantes étrangères ou sous la demande du ministère de la Santé, mais le changement de gouvernement n'y avait pas donné suite. Récemment, de nouveaux projets de recherche se saisissent de cette question. Au sein de la *Escuela de Psicología* de l'*Universidad Católica del Norte* naît en 2014 un projet de recherche sur les « Facteurs liés au bien-être et à la qualité de vie perçue des immigrants-latino-américains dans le nord du Chili »* (Urzúa, 2014). Autour de ce projet se créent des espaces de discussion (la *1era Jornada de Salud y Migración*, organisés en 2015 dans cette même université) ainsi que des publications (Urzúa et al., 2015). Une dynamique similaire apparaît au sein de la *Universidad del Desarrollo* à Santiago où un projet de recherche « Développer une intelligence en Santé publique pour des immigrants au

[trabajo-falsos-entre-migrantes-que-solicitan-visa/](#), <http://www.latercera.com/noticia/extranjeria-detecto-cerca-10-mil-contratos-falsos/>, consultés le 15 février 2017.

¹⁷² Voir par exemple : <http://www.dt.gob.cl/1601/w3-article-109814.html>, <http://www.dt.gob.cl/prensa/1618/w3-article-110036.html>, consultés le 15 février 2017.

Chili : une étude multi-méthodes »* (Pedrero, Bernales, Cabieses, & Obach, 2013), se donne pour objectif de comprendre les besoins de santé des immigrants au Chili, leur utilisation des services médicaux à partir des données d'enquêtes Casen et d'observations afin de proposer des recommandations pour un service public plus adapté à ces réalités. L'équipe de recherche lance notamment un appel pour le développement de ressources en compétence culturelle, nécessaires selon elle pour prendre en charge les nécessités spécifiques aux communautés migrantes (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015). Cette recherche aboutit début 2017 à la publication d'un livre sur la migration comme déterminant social de santé, une première sur le sujet de santé et migration au Chili (Cabieses, Bernales, & McIntyre, 2017), qui plus est en collaboration avec l'OIM, le DEM, le SJM et l'Incami. L'intérêt pour la santé des migrants se développe également dans la *Escuela de Salud Pública* de l'*Universidad de Chile*, qui met en place en 2015 un cours inédit sur cette thématique¹⁷³. Par ailleurs, malgré la fermeture du centre de santé mentale de l'*Universidad Alberto Hurtado*, ses anciens membres maintiennent leur préoccupation pour ces questions (Becerra Lizana, 2016). La santé apparaît comme un sujet émergent, qui demeure encore à explorer, notamment dans une perspective comme celle proposée dans cette thèse. En effet, depuis l'anthropologie, les travaux d'Andrea Avaria Saavedra semblent être les seuls à toucher ce sujet. Son approche est d'ordre phénoménologique ou culturelle en ce qu'elle cherche à saisir les expériences et les représentations des migrants devant la maladie (Avaria Saavedra, 2014) ou la grossesse (Avaria Saavedra, 2016) en situation de migration. Cette perspective n'inclut pas vraiment les conditions sociales dans lesquelles sont produits ces représentations et expériences.

Parmi les termes et notions qui émergent à cette époque, il en est une qui gagne en légitimité auprès de nombreux acteurs : la notion d'« interculturalité ». Parfois, c'est celle de « multiculturalité » qui est présente, mais moins fréquente. Ces notions font l'objet d'une définition large que chacun mobilise à sa manière, et donne l'occasion de discours et d'événements assez variés. Certains, comme le SJM y voit un modèle social basé sur le respect et la rencontre que seul le respect des Droits de l'Homme peut permettre ; d'autres n'entendent derrière ce terme que l'expression de diversités culturelles, souvent ramenées à des traditions, des folklores. Le recours à ces termes connaît au Chili les mêmes risques, les mêmes dérives et les mêmes potentiels qu'ailleurs dans le monde. On peut y critiquer les risques de folklorisation, de culturalisation, jamais bien loin d'une racialisation qui marque finalement plus les différences selon une représentation fixe et homogène des « cultures » ; les risques de voir dans ces traditions, ces cultures l'origine des « problèmes » identifiés et d'intervenir sur ces différences culturelles en oubliant les autres dimensions sociales, économiques et politiques.

La « culture » est souvent identifiée à l'origine de difficultés de prise en charge ou de communication, et c'est sur elle que cherchent à intervenir différents programmes mis en place par des acteurs très variés au travers de la notion d'« interculturalité ». Un premier programme d'interculturalité existe déjà au Chili qui visait à l'origine les *indígenas* du pays¹⁷⁴ s'est élargi aujourd'hui aux populations migrantes. Le champ de l'éducation et de la santé sont particulièrement friands de ces approches¹⁷⁵. Dans les écoles et les centres de santé différents programmes se sont mis en place, qui permettent de célébrer les fêtes des pays d'origine des enfants, qui sensibilisent aux différences culturelles, qui traduisent certaines informations aux parents et qui cherchent à être sensibles à leur manière d'être.

¹⁷³ <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/108626/esp-dicta-curso-pionero-sobre-migracion-y-salud>, consulté le 15 février 2017.

¹⁷⁴ Voir : http://www.peib.mineduc.cl/index2.php?id_portal=28&id_seccion=5428&id_contenido=33816, consulté le 15 février 2017.

¹⁷⁵ Voir par exemple : <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/datos-practicos/incorporar-un-enfoque-intercultural/>, consulté le 15 février 2017.

Le travail de Tijoux qui aborde la question du racisme semble être une exception dans le panorama des interventions dans le domaine de l'éducation. Pour autant, cette gestion de la diversité culturelle dans les établissements publics fait aussi l'objet de recherche universitaire (Riedemann Fuentes, 2015).

Différents espaces de débats autour de cette question d'interculturalité ont été mis en place ces dernières années¹⁷⁶. Par ailleurs, dans la société civile, des initiatives de toutes sortes sont prises par des associations, collectifs, institutions publiques ou privées pour aborder la migration. Plusieurs s'attachent à valoriser la diversité culturelle ou défendent une position à faveur de l'interculturalité, comme par exemple l'atelier de réalisation de cinéma documentaire interculturel « *Nuestra mirada migrante* », financé par le *Consejo Nacional de la Cultura y los artes*, en 2015¹⁷⁷, ou encore l'exposition photographique de 2014 : « *Nuestros vecinos, Santiago espacio multicultural* »¹⁷⁸, le *Encuentro pluricultural de Cultura Viva Comunitaria*, dont la deuxième version a eu lieu en 2015. Assez proches, des initiatives cherchent à rendre visible la présence des migrants et parfois à les faire entendre : en 2015, un atelier théâtre est organisé avec des migrants sous un financement Fondart, *Matices de una misma historia: encuentros barriales y comunidades migrantes*¹⁷⁹ ; ou encore, en 2015 également, le projet de cartes et photographies participatives *Voces Jóvenes Migrantes*, où des jeunes migrants sont invités à raconter leurs manières de vivre la ville et la migration¹⁸⁰. Le *Museo Migrante* est aussi mis en place en 2016 : dans des containers situés à différents lieux de Santiago, des récits de migrants sont mis en scène. Le but est de faire connaître les réalités des migrants, souvent inconnues par les Chiliens¹⁸¹. L'Incami a aussi mis en place une « websérie » où sont interrogés des migrants sur leurs parcours et leur expérience migratoire au Chili¹⁸². Dans un autre registre, des associations de migrants (*Coordinadora Nacional de Inmigrantes Chile, Diáspora e Integración latinoamericana*) avec le soutien d'institutions chiliennes ont mis en place une course annuelle nommée : *Corrida de las Naciones*, où en plus de courir, les personnes sont invitées à déguster des nourritures typiques d'autres pays latino-américains et à observer des danses tout aussi typiques. Enfin, tout un ensemble d'événements sont mis en place, par des organisations toujours plus diverses, et de manière intensifiée en 2016. Par exemple : en 2015, le *Museo de la Memoria* accueille une performance autour des migrations¹⁸³, le Dibam, organise également tout une série d'activités en rapport avec la migration, dont un atelier autour du patrimoine spécifique pour les migrants¹⁸⁴ (2015) et des cours d'espagnol pour les Haïtiens dans plusieurs bibliothèques. La vidéo promotionnelle de ces cours de la Dibam a été très publicisée avec plus de 850 000 vues sur

¹⁷⁶ Par exemple les séminaires du *Consejo Nacional de la Cultura y las Artes* sur l'Interculturalité, l'inclusion social et la migration (2014)¹⁷⁶, ou Interculturalité et Migration (2016)¹⁷⁶ ; le séminaire Migrations internationales au Chili : Enjeux pour les politiques publiques d'inclusion sociale avec un regard interculturel* (2015), organisé par *Fosis (Fondo de Solidaridad e inversión Social)* et le *Ministerio de Desarrollo Social* ; la rencontre dirigée par l'organisation *Techo para Chile* sur la Multiculturalité, identité et Conflit* à la *Universidad Católica del Norte* (2014)¹⁷⁶ ; les *Jornadas Migratorias* de l'Incami 2016 qui porte sur Immigration, intégration et multiculturalité : la nécessité d'une gestion multisectorielle*¹⁷⁶ ou encore, dans un genre un peu différent, l'atelier proposé par la *Fundación Superación de la pobreza* sur les « bonnes pratiques en matière de multiculturalité »*, adressé aux municipalités et auquel ont participé des académiques et des municipalités « modèles » comme Santiago, Recoleta et Independencia (voir : <http://culturavivacomunitaria.org/cv/2015/08/2o-encuentro-pluricultural-cultura-viva-comunitaria-dom-30-de-agosto-cvc-chile-cl-2015/>, consulté le 15 février 2017).

¹⁷⁷ Voir : <http://proyectonuestramirada.blogspot.fr>, consulté le 15 février 2017.

¹⁷⁸ Voir : <http://www.cultura.gob.cl/agendacultural/en-el-dia-internacional-de-los-derechos-humanos-exposicion-fotografica-celebra-la-diversidad-de-la-comunidad-de-inmigrantes/>, consulté le 15 février 2017.

¹⁷⁹ Voir : <https://www.elcolectivo.cl/fondart-2015>, consulté le 15 février 2017.

¹⁸⁰ Voir : <https://vimeo.com/159723646>, <http://www.cultura.gob.cl/programas/proyecto-fondart-regional-voces-jovenes-migrantes-inaugura-exposicion-en-recoleta/>, consultés le 15 février 2017.

¹⁸¹ Voir : <http://www.fundacionteatroamil.cl/obras/museo-migrante/>, consulté le 16 février 2017.

¹⁸² Voir : <http://INCAMI.cl/web-serie-soy-del-mundo/>, consulté le 15 février 2017.

¹⁸³ <http://ww3.museodelamemoria.cl/Informate/el-reflejo-la-primera-performance-de-la-serie-in-situ-de-janet-toro/>, consulté le 16 février 2017.

¹⁸⁴ Voir : <http://www.dibam.cl/614/w3-article-49049.html>, consulté le 16 février 2017.

Facebook (en février 2017)¹⁸⁵. Elle montre - et surtout les commentaires de cette vidéo - le regard porté sur les Haïtiens par les Chiliens, d'accueil paternaliste et quelque peu misérabiliste. Ces cours spécifiques pour les Haïtiens, qui avaient été organisés dès le début des années 2010 par des organisations comme le SJM, l'Incami ou la Municipalité de Quilicura, se sont largement multipliés et visibilisés en 2015 et 2016¹⁸⁶, tant que la *Universidad de Chile* propose même en 2017 une formation spécifique aux professeurs d'espagnol pour les Haïtiens¹⁸⁷.

Enfin, deux campagnes de sensibilisation pour lutter contre les stéréotypes et les clichés et pour un meilleur accueil des migrants ont été mises en place par le SJM : la Campagne de l'hospitalité¹⁸⁸ et la Campagne « *no mas burradas* »¹⁸⁹, en 2014. La première a été largement diffusée par internet ou dans des cinémas.

D'autres initiatives encore cherchent à favoriser le dialogue et la rencontre entre Chiliens et migrants. Dans cette catégorie, il faut mentionner un autre projet Fondart qui a eu lieu en 2015 : « *Ciudad ajena : inmigración y nuevas ciudadanías* » qui a cherché des moyens pour faire discuter et échanger des personnes de différentes nationalités afin de travailler à leur rôle dans la construction d'une ville contemporaine. A noter également le *Festival de tod@s bajo el mismo sol* mis en place en 2015 par le SJM à Antofagasta¹⁹⁰. Ce festival de musique qui parvient à faire venir des artistes célèbres sensibles à la question migratoire a pour objectif d'offrir un espace pour créer des liens entre chiliens et étrangers et d'apporter un nouveau regard sur les migrants dans un espace de fortes tensions sociales. Par ailleurs, en réponse à un appel à projet de l'Injuv pour l'intégration des jeunes migrants, un projet de théâtre et de chorale est mis en place par l'association *Ecoasociarte*, destinée spécifiquement aux migrants¹⁹¹.

La plupart de ces initiatives, comme aussi des articles de presse¹⁹² parus ces dernières années, cherchent à montrer combien la société chilienne se transforme par la venue des migrants, culturellement ou même « physiquement » pour ne pas dire racialement (voir la Figure 6.14). Généralement, le discours y est accueillant, légèrement paternaliste et souvent culturaliste, mais bienveillant. Le livre *Salvador, el nuevo chileno*, paru en 2016, est un exemple assez représentatif de ces discours : il associe certains clichés bienveillants sur les Colombiens et les noirs à une histoire de réussite sociale

Figure 6.9. Couverture de la Revue Paula, août 2016. "Spécial migrants. Le Chili change de peau"



¹⁸⁵ Voir : <https://www.facebook.com/dibamchile/videos/101546905609671>

¹⁸⁶ Voir : <http://www.uahurtado.cl/home/2016/06/hola-soy-haitiano/>, <http://INCAMI.cl/espanol-los-haitianos-del-barrio-yungay/>, <http://www.saludstgo.cl/?p=2061>, <http://migrantes.cl/evento/certificado>, https://www.facebook.com/pg/Curso-de-espanol-gratis-para-los-Haitianos-1639842779561541/about/?ref=page_internal, <https://www.facebook.com/colombiaen.cl/videos/1156886611051220/?fall>

¹⁸⁷ Voir : <http://www.uchile.cl/agenda/130013/taller-de-capacitacion-para-m> le 16 février 2017.

¹⁸⁸ Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=BLzs60IpAfg>, consulté le 19 février 2017.

¹⁸⁹ Voir : <https://www.youtube.com/watch?v=ufAZ6a5Uw9E>, consulté le 18 février 2017.

¹⁹⁰ Voir : <http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/2016/10/en-antofagasta-volvemos-a-estar-tods-bajoelmismosol-con-joevasconcellos/>, <https://www.youtube.com/watch?v=IPwRgBHZcDw>, consultés le 15 février 2017.

¹⁹¹ Voir : <http://chile.embajada.gob.ec/invitacion-al-evento-integracion-artistica-cultural-para-los-jovenes-inmigrantes-de-santiago/>, consulté le 16 février 2017.

¹⁹² Voir par exemple : https://www.youtube.com/watch?v=zqmcHp_Bugw, <http://www.lacuarta.com/noticia/historia-una-foto-los-nuevos-chilenos/>, <http://www.24horas.cl/migrantes-los-nuevos-ninos-de-chile/migrantes-los-nuevos-ninos-de-chile-1802172>, <https://www.civico.com/santiago/noticias/los-nuevos-chilenos-una-mirada-a-la-diversidad-en-santiago>, <http://www.paula.cl/reportajes-y-entrevistas/nuevo-rostro-chile/>, <http://www.paula.cl/destacados/edicion-49o-aniversario-especial-inmigrantes/>, consultés le 15 février 2017.

(Vega Campos, 2016). Ce type d'initiatives semble souvent créé dans le but de donner une image positive sur les migrations et de lutter contre les discriminations. Elles révèlent une société où les avis sont partagés, une partie ayant une image très négative des migrants et une autre se voulant accueillante. Bien souvent, les discours pour favoriser l'accueil des migrants transportent aussi des stéréotypes, renforcent ou construisent des différences et finalement, reproduisent le racisme sous-jacent dans les conduites discriminatoires. Dans un tout autre ordre, un séminaire organisé par l'*Asociación Nacional de Avisadores* (Anda) a eu lieu en mai 2016 avec pour titre : « Que savons-nous des nouveaux chiliens ? ».

Dès 2014 et de manière accélérée en 2015 et 2016, les questions migratoires ont été placées au cœur de l'attention de la société chilienne. Alors que la croissance du nombre de migrants se poursuit, les débats autour de la place des migrants sont devenus publics. Le gouvernement de Bachelet, ouvert à l'immigration, diffuse lui-même un discours en faveur d'un nouveau cadre normatif et politique des migrations et de la mise en place d'une culture d'accueil des migrants. Les liens entre les différents acteurs sociaux se sont renforcés et de plus nombreux espaces de débat ont été créés par les différents acteurs, dont le gouvernement. La grande majorité des acteurs sociaux s'accordent désormais sur l'urgence d'une nouvelle Loi migratoire, bien que le contenu soit toujours en débat. La perspective des Droits de l'Homme sur laquelle la nouvelle loi doit reposer est un argument partagé par un grand nombre d'acteurs et porté par le MAM et par des académiques. Cette perspective obtient une très grande légitimité. D'autres acteurs ajoutent à celle-ci la nécessité de parvenir à un modèle de société interculturelle (SJM) : ils marquent ainsi la différence entre migrants et nationaux. Il est également possible de trouver des arguments en faveur des migrations qui insistent sur la valorisation de leur apport culturel. Ces perspectives sont souvent a-politisées et s'expriment dans des événements faisant revivre des folklores ou des arts traditionnels. D'autres acteurs se positionnent en faveur de l'immigration pour des raisons économiques, pour le besoin de main-d'œuvre du pays, l'apport en termes de développement qu'entraînent les étrangers qui sont parfois décrits comme plus éduqués et qualifiés que les Chiliens. Enfin, des acteurs sociaux s'opposent à l'ouverture des frontières et à la présence « massive » des migrants latino-américains au Chili. Ils associent une grande partie des migrants à des délinquants et souhaiteraient une plus grande sélectivité à l'entrée afin de s'assurer que les étrangers qui s'installent seront un apport au pays. C'est là l'argument de partis de droite d'opposition au gouvernement de Bachelet, empruntés aux courants d'extrême-droite d'Europe ou d'Amérique du Nord.

Finalement, l'intérêt grandissant pour l'immigration a permis la construction de discours plus divers qui, ensemble, parviennent à saisir les dynamiques migratoires dans une plus grande diversité. Bien que des stéréotypes soient toujours en vigueur et guident la manière d'interagir avec les étrangers, il est possible d'observer des angles d'approche - même au sein des médias - plus originaux et pertinents que les premières réactions observées devant la visibilité grandissante des migrants « péruviens », « colombiens » et « haïtiens ». Ceux-ci sont cependant positionnés assez clairement sur une échelle de valeur, dans une hiérarchie de légitimité qui leur est accordée d'appartenir à la société chilienne et qui marque profondément le traitement social qu'ils reçoivent.

6.5. Conclusion du chapitre

La société chilienne contemporaine a produit un débat qu'elle a mené sur la scène publique autour de l'immigration dans le pays. Alors que la dictature avait conduit à une diminution importante de l'immigration et poussé à l'exil de nombreux Chiliens, le retour de la démocratie a porté le sujet migratoire autour de la question du retour de ces exilés et des liens avec les Chiliens à l'extérieur. Progressivement, à mesure que l'immigration vers le Chili a augmenté et a transformé ses dynamiques, l'intérêt s'est déplacé vers les migrants

latino-américains au Chili, pour construire ou mettre en lumière des situations « problématiques ».

Quatre étapes ont été distinguées dans la construction de l'immigration en problème social placé au cœur des débats. La première correspond au retour de l'immigration au Chili, notamment depuis les pays voisins. Les Péruviens représentent les migrants les plus visibles de cette période. Sur eux portent l'attention des rares associations intéressées par l'immigration, mais aussi de la presse. La deuxième période, la décennie 2000, est marquée par une immigration plus forte et plus visible depuis les pays voisins. Alors que les communautés de migrants commencent à s'organiser, dans la société chilienne naît un intérêt pour ces populations. La presse transporte des clichés sur ces migrants, que les universitaires cherchent à observer et à dénoncer. Des organisations et des académiques - qui essaient à s'organiser entre eux - mettent en avant des problèmes qui touchent les populations migrantes les plus vulnérables et sollicitent l'État pour qu'ils prennent des mesures face à cela. Les premières pressions sur l'État apparaissent à cette époque pour qu'il accorde la législation et ses politiques au contexte migratoire actuel et mette fin à la législation basée sur la sécurité et l'ordre national. Pour l'heure, les réactions du gouvernement sont plus de l'ordre de mesures palliatives qui soulagent la pression sociale. La figure type la plus visible des migrants de cette époque est celle des « Péruviens », « *indígenas* », inférieurs, bruyants, alcooliques et fêtards.

La troisième période correspond aux années 2010 à 2013 : on observe une forte croissance des migrations et une diversification des pays d'origine où la présence de migrants latino-américains se distinguent par l'altérité radicale qui leur est assignée. « Noirs », parfois non hispanophones, des représentations leur sont associées qui définissent des nouvelles figures de migrants, hiérarchisées et valorisées de manière différentielle. La visibilité de ces migrants conduit un nombre toujours plus important d'acteurs à se saisir de la question migratoire, à créer des discours et des actions visant les migrants. Cette période, qui est marquée par une attitude moins ouverte aux migrations de la part du gouvernement de droite, est aussi l'occasion du développement de politiques migratoires à échelle locale des municipalités. Un discours de la part de la société civile, partagé également par les universitaires, devient plus apparent qui demande une nouvelle loi migratoire et une politique adaptée aux dynamiques migratoires actuelles.

La dernière période commence en 2014 et se poursuit jusqu'à fin 2016. Alors que la croissance de l'immigration se poursuit, cette période est caractérisée par un engouement sans précédent pour le sujet depuis de nombreuses sphères de la société, qui porteront l'immigration sur la scène publique fin 2016. Les liens entre les différents acteurs qui s'intéressent, agissent et discutent autour du sujet se renforcent et favorisent l'émergence d'un discours assez homogène sur la nécessité d'une nouvelle loi migratoire. La question des droits des migrants devient centrale. Cette période est aussi celle de l'émergence d'une voix pour les migrants à travers un collectif d'associations de migrants qui se porte en acteur légitime et indispensable du débat. L'État est d'ailleurs très ouvert à une modification du cadre normatif des migrations et contribue à diffuser un discours d'ouverture à l'immigration et de respect des droits fondamentaux pour les étrangers. Par ailleurs, à cette époque, les figures des « autres migrants » se renforcent, mais il faut noter qu'au-delà de ces représentations générales qui accordent une valeur différentielle aux migrants selon leur « race » et leur nationalité, la plus grande connaissance des migrations conduit à des discours plus complexes et plus précis sur les groupes migrants.

Le retour sur la problématisation et publicisation de la question migratoire a permis de mettre en lumière comment la migration a été portée sur le devant de la scène et en quels termes. De cette manière il est possible de comprendre le contexte social dans lequel évoluent les migrants, ce qui orientent leurs conditions de vie et leurs rapports avec les

Chiliens, autrement dit, la construction de la définition de leur place dans la société chilienne.

CONCLUSION PARTIE II

Cette partie avait comme objectif de mettre en lumière les différents processus qui ont joué et jouent sur la définition actuelle de la « place » accordée aux migrants latino-américains et caribéens contemporains au Chili. Autrement dit, sur la définition de leur légitimité à participer à la société et sur leur insertion dans les rapports de pouvoir qui la structurent, en considérant les processus idéologiques et leurs conséquences matérielles.

Dans la période de colonisation et tout au long de la construction de l'État-Nation, on trouve les fondements de la construction d'une société très fortement hiérarchisée, où un groupe social s'est assuré le pouvoir politique, économique, social et idéologique, au détriment de la reconnaissance sociale des autres et dans une relation de dépendance avec les pays dits occidentaux. Là où le racisme est à la base de la construction d'une économie et d'une Nation, une structure sociale hiérarchisée selon des critères de race et de classe demeure encore aujourd'hui. On peut y lire la position sociale des personnes depuis la couleur de leurs yeux et de leurs cheveux. On peut la lire également dans la répartition spatiale de leurs lieux de résidence. Ces périodes sont aussi celles qui fondent la définition et le traitement des « autres », les *indígenas* de l'intérieur ou de l'extérieur, les « noirs », les « migrants » et les « étrangers » ; celles qui offrent les fondements d'une échelle de valeur sur lesquels sont positionnés ces « autres » en fonction de critères racistes.

Les représentations de ces « autres » et les valeurs qui leur sont attribuées sont dynamiques et ont évolué tout au long de l'histoire du pays et du monde jusqu'à aujourd'hui. Elles sont dépendantes de la globalisation et de la circulation des idées, des valeurs, des objets et des personnes, mais aussi des relations de pouvoir à échelle internationale. Elles réagissent aux mouvements sociaux et aux mouvements identitaires locaux qui réclament le respect de certains droits ou la reconnaissance de particularités. Elles sont orientées par les prises de position des acteurs sociaux de tous genres qui font valoir des arguments, des représentations, des valeurs, des points de vue. Elles sont sujettes au contexte politique : si la dictature a rendu temporairement hégémonique l'idée des étrangers comme un danger pour l'ordre national, l'attitude d'ouverture et d'accueil des migrants par les gouvernements de gauche offre la possibilité de nouvelles représentations.

Les dynamiques migratoires contemporaines ont servi de moteurs à la production des représentations sur les migrants et des mécanismes cadrant leur traitement social. Les étrangers qui s'installent actuellement au Chili s'insèrent de manière différenciée dans la structure sociale du pays, en fonction principalement de leur catégorisation en tant qu'« étranger » ou en tant que « migrant ». Les premiers, européens ou nord-américains, s'incorporent plutôt par le haut de la société, alors que les seconds par le bas. Les conditions de vie des seconds ne sont guère aisées, leurs lieux d'habitations comme leur insertion dans le marché du travail correspondent à ceux des classes populaires ou marginales ou même à ce que ces populations ont délaissé. La position sociale de ces migrants, en bas de l'échelle sociale, entraîne généralement une invisibilité sociale et une non-participation politique (d'autant plus que les mouvements sociaux ont été complètement réprimés pendant la dictature).

Pourtant, ces migrants sont aujourd'hui très visibles, tant que la question migratoire est hissée en question sociale. Une visibilité liée à leur nombre en très forte croissance, et ce, dans toutes les régions du pays. Une visibilité liée également à la diversification des origines des migrants. Et ce sont surtout les migrants « noirs » qui attirent l'attention de la population chilienne. Ces « noirs » qui arrivent au Chili sont marqués d'une altérité radicale qui conduit à un traitement social et à des réactions qui les rendent très fortement visibles.

Il est intéressant de noter comment les Asiatiques qui s'installent également au Chili ne font pas l'objet de la même attention et sont même complètement ignorés par les Chiliens. Ils font l'objet d'une catégorisation qui conduit à un traitement différent de celui qui encadre les « migrants noirs », ou même les migrants des pays voisins. Les « noirs » sont marqués par l'histoire coloniale et par l'Histoire de la Nation, par les échelles racistes qui ont été incorporées dans le récit de la Nation et dans la structure sociale du Chili. Ils sont aussi marqués par les représentations des Chiliens sur leurs pays d'origine. Les conséquences de ces représentations produisent une classification plus précise des migrants du Chili, selon s'ils proviennent des pays voisins, des pays caribéens, et selon leur nationalité.

Ces représentations, qui s'inscrivent donc dans l'histoire du pays, dans son image de lui-même et dans ses relations à l'international, renforcent la visibilité des migrants. La migration devient ces dernières années objet de l'attention de la société en général, qui s'enthousiasme pour ces « nouveautés » ou les rejette pour le danger qu'elle y perçoit. Une plus grande diversité d'acteurs sociaux centre son attention sur les migrants et organise un discours et des actions en leurs directions. Si ces discours montrent une grande diversité, allant de la haine à l'accueil, ceux portés par les acteurs sociaux aux positions les plus légitimes se montrent favorables à l'immigration. Ils mettent en place des mesures pour offrir des conditions de vie meilleures aux migrants, proposent une vision plus positive ou encore mettent une pression sur le gouvernement pour qu'il définisse un cadre législatif et politique adapté aux nouvelles dynamiques migratoires et basé sur le respect des droits fondamentaux.

Cette pression exercée sur l'État et à laquelle celui-ci se montre sensible, témoigne du débat en cours actuellement au Chili pour définir la légitimité des migrants à participer à la société et plus précisément à son contrat social. Ce débat est actuellement porté sur la scène publique et révèle les différentes prises de position : les migrants doivent être considérés comme des citoyens à part entière, les migrants doivent bénéficier d'un traitement particulier à travers une politique d'équité, ou bien, les migrants sont des populations à part, non légitimes, qui doivent montrer par leurs efforts leur apport à la Nation pour pouvoir bénéficier de certains droits.

Pour l'heure, il semble que le gouvernement de Bachelet soit enclin vers une ouverture à l'immigration et vers un cadre normatif basé sur le respect des Droits de l'Homme. Plusieurs mesures ont été prises en ce sens. Pourtant, ce gouvernement n'a à ce jour pas déposé de projet de Loi qui donnerait à cette perspective un fondement légal. Il subit des pressions de groupes économiques et de l'opposition, qui adoptent une vision toute autre de l'immigration, dont ils cherchent à valoriser le profit pour l'économie avant tout autre chose.

La « place » des migrants est donc actuellement et depuis peu au cœur des débats au Chili. La dimension idéologique et les enjeux sociaux qui les sous-tendent, nourris par l'histoire locale, nationale et internationale, orientent la manière dont sont traités les migrants ainsi que leur insertion dans les rapports sociaux qui structurent la société.

INTERMEDE : ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DE STEVENSON

ACTE 1 : PREMIER RENDEZ-VOUS MÉDICAL TRADUIT. QUAND LA TRAGÉDIE EXOTIQUE FAIT EXISTER UN ENFANT

Mercredi 30 avril 2014

Ma présence au centre de santé primaire (Cesfam) de Los Nogales ce matin-là a été négociée auprès de la direction et d'un assistant social du centre. Nous sommes parvenus à un accord : je peux réaliser des observations de rendez-vous médicaux de patients haïtiens, en aidant pour la traduction et à la condition que tous les participants soient d'accord et signent une attestation. L'assistant social me propose d'assister à trois rendez-vous ayant lieu dans le secteur vert du Cesfam: deux contrôles de santé d'enfants et un contrôle de grossesse.

Lorsque j'arrive à 8h et me présente dans le secteur vert, l'infirmière qui réalise les contrôles de santé est là et est au courant de ma présence. Devant le bureau d'accueil du secteur, une quinzaine de personnes sont en file. En dernière position, une femme noire avec un bébé dans les bras me regarde et me sourit. Supposant qu'il s'agit du premier contrôle de santé auquel je pourrai assister, je m'approche d'elle. « *Bonjour Marine* », me dit-elle. Surprise qu'elle me connaisse et sans être capable de me rappeler où nous aurions pu nous rencontrer, je l'interroge. Elle me rappelle que nous nous sommes parlé trois jours plus tôt, à l'église du Pasteur Guy-Max. Son image me revient alors en mémoire : dans la petite salle adjacente à celle recevant l'assemblée, elle donnait le sein à son fils et nous avons échangé un peu. Son fils m'avait paru tout petit et fragile en comparaison au bébé de Betty que j'accompagnais alors. Aujourd'hui, Augustine porte un bonnet aux couleurs du Brésil pour cacher ses cheveux dont la coiffure ne doit pas lui paraître assez satisfaisante pour l'exposer. Son mari lui a offert, m'explique-t-elle, il est fan de l'équipe de foot du Brésil. Elle semble jeune (elle me dira plus tard qu'elle a 26 ans). Je lui explique l'objet de ma présence et lui demande si elle serait d'accord pour que j'assiste à son rendez-vous. Avec un sourire timide, elle accepte en ajoutant que ça l'aidera si je peux traduire en espagnol, car elle ne parle qu'un tout petit peu cette langue.

Nous discutons en attendant qu'on nous appelle. « Stevenson! », appelle, non sans difficulté, un jeune homme en tenue médicale depuis la porte qui donne sur le couloir des salles de consultation. Nous le suivons et entrons dans le box de consultation. Il s'agit du stagiaire qui accompagne l'infirmière. La salle n'est pas très grande, mais lumineuse, propre et pratique. À gauche de la porte d'entrée se trouve le bureau derrière lequel s'installent les professionnels, sur lequel repose un ordinateur où toutes les consultations sont enregistrées en détail dans le système *Rayen*. Deux chaises vides sont en face à ce bureau, sur lesquelles ils invitent Augustine à s'asseoir. Contre le mur à droite, le lit d'observation et sur le mur d'en face un lavabo avec du savon, un distributeur de serviettes en papier, un placard. Dans ces boxes, il est souvent demandé aux mères de laisser leurs poussettes à l'extérieur afin de ne pas encombrer la pièce.

C'est la première fois que j'endosse ce rôle d'observatrice-traductrice dans le Cesfam et je dois improviser concernant ma place et mon rôle. Je reste dans un premier temps debout près de la porte. L'infirmière demande à Augustine son nom. Lorsqu'elle l'énonce, les deux professionnels la regardent avec un air d'incompréhension amusé. Augustine leur présente alors le carnet de santé de Stevenson sur lequel est inscrit son nom, celui du père et celui de l'enfant. La rapidité avec laquelle elle trouve cette solution montre que ce n'est pas la première fois qu'elle rencontre cette difficulté. La consultation démarre. Une série de questions est alors posée concernant l'état de santé actuel ou récent de Stevenson, qui a

alors tout juste 9 mois : possible hospitalisation (non), alimentation (lait maternel seulement), hygiène (bain de temps en temps), capacité à se mettre debout (non) et à faire des pas (non). Ils interrogent, je traduis, Augustine répond, je traduis. Ils prennent en note les informations. L'infirmière réalise ensuite des tests pour évaluer le développement moteur de l'enfant. Elle met devant lui des petits objets et observe la réaction de l'enfant, assis sur les genoux de sa mère : ne pouvant les attraper, il tape dessus la paume ouverte. Elle place ensuite des cubes rouges qu'elle cache sous un mouchoir : n'arrivant pas à enlever le mouchoir, l'enfant se désintéresse rapidement. Tout en faisant les tests, l'infirmière fera des commentaires adressés à son stagiaire sur les tests et les résultats, qui ne me seront guère compréhensibles. Elle nous explique finalement que Stevenson ne réagit pas normalement pour son âge et qu'elle va faire une dérivation vers la salle de stimulation au sein du centre de santé pour favoriser son développement moteur.

Ils passent ensuite aux examens physiques. Ils demandent à Augustine de déshabiller l'enfant (en laissant la couche) et de l'installer sur le lit médical sur un tissu qu'elle a dû amener pour cela. Stevenson reste calme et tranquille tout au long de l'examen. L'étudiant réalise les premiers examens en touchant le haut du crâne et le ventre de l'enfant. L'infirmière effectue à son tour ces examens et observe également son cou, ses jambes et ses pieds et l'intérieur de la couche. Elle s'arrêtera alors pour dire à Augustine de faire attention à l'hygiène de l'enfant dans les plis des jambes au niveau de la couche. Il faut nettoyer avec de l'eau, car à l'heure actuelle, cet endroit est sale. Augustine me dira à voix basse qu'elle nettoie toujours avec de l'eau cet endroit. Ils le pèsent puis le mesurent et disent à la mère qu'elle peut le rhabiller. Pendant ce temps, ils parlent doucement entre eux. Ils diront à Augustine de s'asseoir et me demande de lui traduire que son enfant est en sous-poids, à la limite de la dénutrition. Il est également petit pour son âge. Ils ajoutent que ses jambes réagissent de manière anormale. Une fois ces informations données, ils discutent entre eux tout en écrivant sur l'ordinateur.

Voyant qu'ils se désintéressent de nous, Augustine me dit alors : « *mven te genyen twa pitit ki mourri* ». Trois de ses enfants sont morts. Surprise et désemparée par cette information, j'essaie d'obtenir des précisions. S'agit-il de fausses couches ou d'enfants nés puis morts par la suite ? Des enfants qui sont nés, puis qui sont morts. L'infirmière nous coupe pour donner une information. Quand elle reprend son ordinateur, ne sachant pas s'il s'agit d'une information confidentielle, je demande à Augustine si elle souhaite que je leur dise. Elle me répond qu'elle souhaite qu'ils sachent. Je leur dis donc ce qu'elle vient de m'apprendre. Les deux professionnels semblent sous le choc et échangent un regard qui me semble composé d'incrédulité, d'abasourdissement et de cette sensation d'avoir découvert un scoop. Ils demanderont alors des précisions. La jeune femme explique, de manière tranquille, que le premier est mort à deux ans. Un jour il a eu de la fièvre, le lendemain il était mort. Le deuxième est mort à 6 mois : il vomissait et avait la diarrhée. Elle l'a emmené à l'hôpital mais ils n'ont rien pu faire. Le troisième est mort à 17 jours, d'une *kriɛ*. Comme j'ignore comment traduire cela et à quoi cela correspond, elle explique qu'il est devenu raide et que sa tête se bloquait vers le haut. Il est mort très rapidement. Ils demandent alors des précisions sur la santé de Stevenson depuis sa naissance. Elle explique que lorsqu'il est né c'était un gros bébé, mais il a été très malade les deux premiers mois. Il a dû aller à l'hôpital à cause d'une fièvre et a perdu alors beaucoup de poids. Il n'a jamais récupéré.

Les infirmiers se concertent rapidement et à voix basse, puis la titulaire sort de la pièce. Elle revient avec différents rendez-vous pris auprès de plusieurs spécialistes officiant dans le Cesfam; mesure tout à fait exceptionnelle (normalement, les professionnels donnent des papiers avec des rendez-vous à prendre et les patients se dirigent vers le personnel administratif qui leur en donnera, en fonction des places disponibles). Le 6 mai à 8h, Stevenson doit venir dans la salle de stimulation, qui se situe au rez-de-chaussée, nous

précise-t-elle. À 14h le même jour, il a rendez-vous avec le « poly de pédiatrie ». À ma demande, elle explique qu'il s'agit d'internes en pédiatrie qui effectuent des consultations dans le Cefam pour les cas les plus compliqués. Un pédiatre de l'Université du Chili les supervise. L'enfant doit également rencontrer le nutritionniste le 8 mai.

Le rendez-vous étant fini, nous sortons. Les infirmiers restent dans la salle de soin et ferment la porte derrière nous. Dans le couloir, une femme haïtienne avec un bébé dans une poussette attend devant la porte du box de la gynécologue. Augustine la connaît, elles habitent dans la même rue, et les deux femmes commencent à échanger. Augustine lui explique alors que je suis venue faire de la traduction et elle me remercie de ma présence. Je lui retourne les remerciements et en profite pour lui dire que si elle le souhaite, je peux être présente à son prochain RDV chez le pédiatre le 8 mai. Elle accepte et nous échangeons nos numéros de téléphone. Nous parlons avec la dame avant de nous faire chasser du couloir et de nous séparer.

ACTE 2 : DE LA DÉTECTION DE MALADIES GRAVES À L'IMPOSSIBILITÉ D'OBTENIR DES SOINS

Mardi 6 mai

Aujourd'hui, à 15h, Stevenson a rendez-vous au Poly de Pédiatrie dans le Cefam de Los Nogales. Nous nous étions vus la veille avec Augustine et Stevenson car l'enfant refusait de manger et vomissait. Après avoir abandonné l'idée de le vacciner et faute de pouvoir consulter un médecin au Cefam, nous étions allés aux urgences de l'hôpital San Borja.

Nous nous retrouvons ce jour là au centre de santé et montons au 1^{er} étage. Nous nous dirigeons au comptoir d'accueil du secteur vert pour annoncer notre arrivée. « Vous pouvez vous asseoir, il va falloir attendre », disent les deux dames en poste. Nous prenons place sur une des deux rangées de chaises en face de leur bureau et commençons à discuter. Augustine est fatiguée. Elle a dû cuisiner pour son beau-frère. Il ne sait pas cuisiner et tant que sa femme ne sera pas au Chili, c'est à Augustine de lui préparer à manger. Son mari non plus ne sait pas cuisiner. Elle doit donc préparer pour elle et les enfants, pour son beau-frère et plus tard dans la soirée pour son mari, qui rentre de son travail vers 22 heures. Elle a aussi dû venir tôt ce matin au centre de santé pour le rendez-vous en salle de stimulation. Elle m'explique qu'elle n'a pas compris grand chose : la dame a donné des jouets à Stevenson, puis on l'a mis sur le dos pour qu'il se retourne sur le ventre. Il n'a pas voulu et s'est énervé. Il s'est alors couché et n'a plus rien voulu faire. À part cela, Stevenson va un peu mieux, il a mangé aujourd'hui. Son père lui a acheté les médicaments prescrits la veille à l'hôpital, mais il a toujours la diarrhée.

Stevenson est finalement appelé et nous suivons un médecin vers une salle de soin. L'ambiance dans le box m'impressionne. Trois médecins sont assis derrière le bureau : deux jeunes femmes, qui expliqueront plus tard être internes en pédiatrie et un homme plus âgé, pédiatre à San Borja et professeur à la *Universidad de Chile*.

Nous entrons et une des médecins nous fait nous asseoir pendant que les deux autres révisent à voix haute la fiche clinique de Stevenson. Des mot-clés sont soulignés que l'on entend plus clairement : « sous-poids », « manque de stimulation... Ah ! il a été envoyé vers la salle de stimulation », « langue sortie ». À chaque élément relevé, un coup d'œil rapide est lancé sur l'enfant, comme pour vérifier. Après quelques minutes, un médecin nous demande qui nous a envoyé vers eux et pour quelle raison. Augustine explique que c'est parce que Stevenson a un tout petit corps et qu'en plus il a de la fièvre souvent, la grippe (*grip*) de temps en temps et qu'il a toujours l'air triste. Elle précise que quand Stevenson est

arrivé au Chili fin décembre 2015, il pesait cinq kilos, aujourd'hui, il n'en fait que six, soit un kilo pris en quatre mois. Que mange-t-il ? Il ne prend que du lait au sein. Il n'aime pas manger d'autres aliments et accepte juste de boire un peu de lait dans un verre, mais pas au biberon. La docteure explique qu'à neuf mois, il devrait déjà manger. C'est normal qu'un enfant refuse dans un premier temps de manger autre chose car il est habitué au sein, mais le lait n'est pas suffisant à ses besoins. Il faut que Augustine l'oblige à manger. Fait-il caca tous les jours ? Oui.

La professionnelle demande à Augustine qu'elle déshabille Stevenson (sauf la couche) et le place sur le lit d'examen. Pendant qu'elle le prépare, les docteurs me demande quelle langue je parle avec Augustine : le français ? J'explique qu'il s'agit du créole et face à leur surprise je parle de ma recherche sur la santé des Haïtiens. Les médecins semblent ravis. Les deux femmes disent qu'après leur stage de huit mois entre le Cefam et l'hôpital San Borja, elles doivent faire une petite thèse pour finir leurs études et pensaient travailler avec les Haïtiens aussi. Nous pourrions collaborer ? me demandent-elles. « Tous les jours des enfants haïtiens arrivent ici, et c'est vrai que la langue rend les choses compliquées ! Ils ont beaucoup de problèmes de santé ; et ils ont tous le même profil : très faible poids avec des problèmes respiratoires. On dirait qu'ils ont une diète alimentaire qui est très différente. Ils ont d'autres habitudes et d'autres problèmes également. Et c'est vraiment difficile de comprendre les mères et de se faire comprendre par elles ». Le docteur intervient alors et m'explique qu'il a écrit plusieurs articles sur la santé des migrants car c'est un sujet qui le préoccupe. « Depuis peu, il y a des gens de race noire qui arrivent au Chili. Avant, il n'y avait pas de personnes de race noire ! Et ils arrivent maintenant avec leur culture, leurs coutumes, leur alimentation, mais aussi avec leurs maladies. Je ne dis pas qu'ils viennent nous contaminer ou quelque chose de la sorte, mais ils arrivent avec d'autres problèmes de santé. Et c'est bien nouveau ça au Chili ». Il insiste alors pour que ses étudiantes me donnent son mail en même temps que les leurs.

Pendant ce temps, une d'entre eux a commencé à ausculter Stevenson. Elle appelle le docteur car il semble y avoir un problème avec le prépuce de l'enfant. Elle demande à la mère si quand il fait pipi cela forme une sorte de bulle. Celle-ci répond à l'affirmative, un peu hésitante. Le médecin semble régler le problème, puis retourne s'asseoir. Les deux femmes docteurs s'échangent les informations : tour de tête, taille, poids... « As-tu écouté le cœur ? », « Pas encore » répond la deuxième et elle sort son stéthoscope. Après un moment, elle appelle son superviseur pour qu'il vienne écouter. Il écoute et se tourne vers nous et dit en espagnol : « Il a un souffle au cœur. Il va falloir faire une échographie du cœur pour voir ce qu'il se passe. C'est possible qu'il ait un côté du cœur plus grand que l'autre ». Avant de traduire, je demande si c'est grave. Il me répond qu'il faut avant tout en savoir plus. Je traduis à la mère. Il faudra aller à l'hôpital San Borja pour faire les examens du cœur. Je lui demande si elle veut poser des questions. « Vont-ils nous donner un papier pour faire les examens ? ».

Sans plus d'indication sur ce que cela veut dire, les médecins enchaînent sur la question de l'alimentation. Comme pour le reste de la séance, ils s'adressent à moi en espagnol. Je traduis à Augustine, en enlevant les informations qui me sont adressées. Les indications sur l'alimentation seront données très rapidement, sans précision par exemple sur le contenu des aliments nécessaires à l'enfant. Elles sont inscrites sur un papier, avec des abréviations (LM correspond à lait maternel par exemple) :

7h : LM et biberon : 200 cl d'eau, 3 cuillères de lait en poudre, 3 cuillère de Nestoun et 1/2 cuillère de sucre

11h : un repas avec une cuillère d'huile

15h : LM et biberon

19h : un repas avec une cuillère d'huile

22h : LM et biberon

Augustine me demande d'expliquer les problèmes de Stevenson des derniers jours, ses vomissements et son manque d'appétit. Les médecins ont demandé quels médicaments avaient été prescrits et n'ont rien dit de plus sur ce sujet. Ils ont précisé que l'enfant devait avoir un nouveau contrôle avec eux dans un mois et qu'il fallait pour cela aller prendre tout de suite un rendez-vous au comptoir du secteur vert. De cette manière, ils pourront voir si l'enfant a accepté de manger, s'il a grossi et où en sont les examens de cœur. D'ailleurs, pour les examens de cœur, il faut descendre et se présenter au bureau du SOME pour demander le rendez-vous avec un cardiologue de l'hôpital San Borja. Il suffit de présenter cette ordonnance et le RUT de l'enfant (le numéro d'identité chilienne). Un des professionnels réagit alors : l'enfant n'a pas de RUT. Il est inscrit au centre avec son passeport. Puis les médecins passent à autre chose et la séance se termine.

Nous sortons et passons au comptoir du secteur vert pour prendre un nouveau rendez-vous avec ces médecins pour le mois prochain. La dame nous répond que comme c'est pour le mois de juin, il faut revenir ici le 30 mai. Impossible de le faire dès maintenant. Nous descendons à l'étage inférieur dans le but de demander un rendez-vous avec un cardiologue à San Borja. Devant le bureau, Augustine me donne le carnet de santé de son fils et me dit d'expliquer à la dame ce que nous voulons. La dame m'arrête et dit à Augustine de s'approcher, qu'elle doit apprendre, qu'il n'y aura pas toujours quelqu'un pour lui traduire. Elle la fait s'asseoir devant elle, et Augustine me rapproche d'elle, alors que Stevenson est dans sa poussette. Augustine tend le papier qui demande un rendez-vous avec un cardiologue, et très rapidement, la dame dit qu'elle ne peut pas faire la dérivation car l'enfant n'a pas de RUT. Elle précise alors ce que semblaient souligner les médecins plus tôt. Si l'enfant n'a pas de RUT et donc de carnet d'identité, il ne peut pas être inscrit sur le système de Fonasa et prendre ainsi rendez-vous avec un spécialiste. Elle précise qu'au Cesfam de Los Nogales, ils acceptent d'inscrire les gens, et surtout les enfants, juste avec leur passeport, mais pour des dérivations vers des spécialistes c'est impossible. Augustine explique que les visas de Stevenson et d'elle-même devraient être presque prêts. Il y a quinze jours elle a regardé mais ce n'était pas encore bon. Avec les titres de séjour, elle pourra les inscrire dans les registres d'état civil et obtenir ainsi leurs carnet d'identité avec le numéro RUT associé, pour ensuite inscrire l'enfant à Fonasa, le système d'assurance santé public.

Augustine demande à la dame si son fils n'est pas rattaché au compte Fonasa du père, qui lui, a un titre de séjour et une assurance maladie. La dame vérifie, puis signale que c'est impossible tant que l'enfant, né en Haïti, ne dispose pas d'un titre de séjour et d'un numéro RUT. L'assistant social du centre le plus renseigné sur les situations des migrants est appelé et confirme ce qui a été dit. Impossible d'avoir un rendez-vous auprès du cardiologue tant que l'enfant n'a pas de titre de séjour, de carnet d'identité et de RUT et enfin d'assurance maladie. Il propose cependant que les médecins fassent un certificat médical pour faire accélérer les procédures auprès des administrations correspondantes. Les médecins accèdent à la demande et propose à Augustine de revenir le lendemain matin pour faire ce certificat médical et regarder sur internet l'état d'avancement des titres de séjour.

Nous quitterons ensemble le centre de santé et Augustine me propose de venir chez elle, boire un jus de fruit et visiter : elle sait que ma colocataire, Candice cherche une pièce à louer et chez elle, de nouvelles pièces sont en construction. Nous repartirons donc à pied depuis le centre de santé vers le nord, en poussant la poussette. Il fait plus frais aujourd'hui et les rues sont presque vides. Augustine me guide lentement dans les rues selon ses habitudes. Elle marche doucement et parle à un rythme qui me permet de suivre sans difficulté. Elle me raconte sa venue au Chili. Comment Clifford, son mari, est parti au Chili en 2012 rejoindre un cousin alors qu'elle était enceinte de Stevenson. Comment elle l'a

pressé de les faire venir au Chili, Stevenson et elle, quand l'enfant a commencé à être malade. Comment elle était sûre qu'en partant d'Haïti et en traversant les mers, elle pourrait le protéger des attaques de l'esprit, du *lwa*, qui s'acharnait sur ses enfants. Comment elle est partie de Gonaïves à Port-au-Prince, a franchi plusieurs obstacles administratifs pour venir de Port-au-Prince à Santiago.

Venant du sud de Los Nogales, nous tournons à droite dans *Javiera Salas. Hacia la Cordillera*, diraient les Chiliens. Les maisons sur le côté droit de la rue sont des petites bâtisses à un étage. Leurs murs en briques, peints en couleur, abritent de petites habitations avec une cour intérieure. De l'autre côté de la rue, des maisons beaucoup plus anciennes leur font face. D'un seul niveau, mais beaucoup plus hautes, ces maisons disposent d'une très grande surface. Celle où habite Augustine est tout au bout de la rue, presque en arrivant sur la grande avenue du *General Velásquez*. Elle a une façade rouge pétant, écaillée par endroit, taguée en d'autres. Une porte en bois sépare deux fenêtres grillagées. Devant la maison, sur le trottoir, plusieurs sacs poubelles jonchent le sol, attendant d'être ramassés.

Augustine ouvre la porte et nous entrons dans un très long et très haut couloir sombre. Au sol, du carrelage, qui a dû donner du style à cette énorme maison. De chaque côté du corridor, des portes donnent sur des pièces qui accueillent chacune, une famille. La première à droite est celle de la sœur de la propriétaire. Celle-ci est péruvienne et possède plusieurs cyber-café et maisons qu'elle loue à des étrangers. Augustine me dit que sa sœur est pénible, qu'elle râle pour tout : quand un enfant joue dans la cour, quand quelqu'un met de la musique ou quand il y a trop de linge étendu dans la cour. À mesure que nous avançons dans le couloir, Augustine m'explique qui habite dans quelle pièce. Dans la première à gauche, vit une famille. La petite pièce du milieu à gauche est à son beau-frère, il la partage avec un autre haïtien. Avant eux, ce sont des dominicains. En face, Augustine s'arrête devant une porte entrouverte et me montre une pièce en rénovation. Elle m'explique qu'elle a demandé à y habiter. Il n'y a pas de fenêtre et pas d'eau à l'intérieur, mais elle est deux fois plus grande que celle où elle est maintenant. Elle coûterait 110 000 pesos, c'est très cher, mais la taille de la pièce en vaut la peine selon elle. Après celle-ci, au fond à droite, habite une famille d'Haïtiens avec trois jeunes enfants. En face, il y a la pièce d'Augustine et de sa famille.

Elle me fait ensuite visiter la cour, sur laquelle aboutit le couloir central de la maison. La cour me surprend par sa taille. Je la trouve très grande malgré les constructions au fond de celle-ci. Tout de suite après la chambre d'Augustine, une toilette-salle de bain a été construite. Il n'y en a que deux pour toute la maison, mais bientôt une troisième va être bâtie. On voit le ciel depuis l'intérieur. Une montagne de papier toilette usagé prend place à côté des toilettes. Sans chauffe-eau, une arrivée d'eau, qui ressemble à une douche fixe sans pommeau arrive dans un coin de la pièce. Un peu gênée, Augustine m'explique qu'elle a quand même réussi à mettre de l'ordre depuis son arrivée : elle a mis en place un système de répartition des tâches pour maintenir à peu près propre cet espace collectif. Mais ça n'a pas été facile me dit-elle.

Dans la cour, plusieurs fils sont tirés sur lesquels sont étendus des vêtements d'enfants et d'adultes. Des vélos d'enfants, des bassines et autres objets encombrant la cour. On entend de la musique caribéenne d'un côté et les rires qui entrecoupent une conversation. Derrière les toilettes, un grand évier est utilisé par une dominicaine. Elle lave sa vaisselle tout en discutant avec un homme, haïtien. Ils rigolent, se chamaillent. Il est assis sur un escalier qui mène à une petite pièce construite sur le toit de la partie ancienne de la maison. Là, habite Annette, une amie d'Augustine qu'elle souhaitait me présenter. Nous entamons une conversation tous ensemble. Ils me parlent des pièces qui sont en train d'être construites. Elles diminuent fortement la taille de la cour, selon eux. Construites sur deux étages, elles sont plus grandes que les chambres à l'intérieur de la maison. Elles sont en plaques de bois

condensés, tenues par une fine structure en métal. Trois pièces en bas sont déjà louées, une à un haïtien dont la femme et les enfants vont arriver, et les deux autres à des Dominicaines. Augustine m'expliquera que ces femmes se prostituent et reçoivent leurs clients ici même. Trois autres pièces sont en construction au-dessus de ces premières. Il leur manque encore un toit, des portes et une petite fenêtre. Augustine ne veut pas habiter là-haut, c'est trop dangereux avec des enfants me dit-elle. Mais cela pourrait convenir à mon amie.

Pour l'heure, Augustine habite dans une toute petite pièce de dix mètres carrés, dans la partie ancienne de la maison. Un rideau de couleur masque la porte d'entrée, fermée par un cadenas. Augustine ouvre et me laisse entrer. Je suis saisie par la sensation d'humidité qui règne dans cette toute petite pièce. Il y reste très peu d'espace vide, ce pourquoi Augustine doit laisser la poussette dehors et prendre son fils dans ses bras. Elle me dit de m'asseoir sur une chaise, juste derrière la porte d'entrée. Je prends place, autour de la table accolée au mur à gauche de l'entrée. Sur la table, trône un petit bouquet de fleur en plastique.

La pièce est divisée en deux par un joli rideau qui cache le lit du couple, le lit du bébé et les grandes panières dans lesquels sont rangés les vêtements de la famille. Le lit est recouvert par une couverture en laine synthétique très colorée avec un motif d'animal ou de fleur. À droite de l'entrée il y a un évier. Augustine est fière de me dire qu'elle est une des deux seules à avoir accès à de l'eau à l'intérieur de sa *chanm-kay* (maison chambre). Au dessus, il y a une petite fenêtre, condamnée et fermée par un rideau : elle donne sur les toilettes. Tout de suite à côté de l'évier, un *retouf*, une gazinière avec un four dans lequel Augustine range toutes ses casseroles et certains aliments. Elle allume dès que nous arrivons le feu pour réchauffer la *sòs legim* qu'elle a préparé ce matin. Elle tiendra à m'en faire manger avec du riz. Collé à gauche de la gazinière, un vieux frigo, dont le moteur fait un bruit qui pousse Augustine à l'arrêter la nuit afin de pouvoir dormir. Alors que Augustine réchauffe la nourriture, je sens l'humidité qui augmente dans la pièce et me rend compte de l'inexistence d'un système de ventilation. Elle maintient la porte d'entrée fermée, seul accès d'air possible, pour ne pas que le froid - qui commence à se faire sentir - n'entre. L'humidité et la chaleur qui règnent finiront pas me prendre au corps et me donner mal à la tête. Je mangerai le riz et la sauce qui l'accompagne. Augustine s'assoit à table et donne le sein à son fils. Elle m'explique alors combien elle avait été surprise et déçue quand elle est arrivée et a vu le logement que lui proposait son mari. Comme tous en Haïti, elle avait imaginé qu'en allant à l'étranger, elle vivrait dans une belle maison, comme dans les films américains. La réalité a été brutale pour elle. Son mari, qui ne lui avait rien dit avant, lui a cependant expliqué qu'il était vraiment difficile aujourd'hui de trouver un logement décent, assez grand pour un prix raisonnable. Elle me précise qu'il fait aussi très attention de ne pas dépenser beaucoup d'argent. Avant l'arrivée d'Augustine et de Stevenson au Chili, Clifford habitait avec son frère et un cousin dans une toute petite pièce, proche de la station de train, pas très loin d'ici. C'est quand même mieux ici, dit-elle, mais Augustine n'est vraiment pas à l'aise. Elle se lancera peu après dans la recherche d'un autre logement.

Elle passe la plupart de son temps ici avec son fils, les deux enfants qu'elles gardent et reçoit les visites de son beau-frère. Son mari, lui, elle ne le voit presque jamais. Il travaille tous les jours à Dominó, une chaîne de restauration rapide qui emploie de très nombreux haïtiens. Il part travailler à 6h du matin, va à pied jusqu'au centre de Santiago et revient vers 22h le soir. Normalement, il a un jour de congé par semaine et deux dimanches par mois de libre. Mais depuis le départ d'un de ses collègues il y a peu, il travaille double, et n'a plus aucun jour de congé. Normalement, il gagne 225 000 pesos (la location de la chambre en vaut 80 000) ; avec ces heures supplémentaires, il peut gagner jusqu'à 400 000 pesos par mois. Non seulement, elle voit très peu son mari, mais celui-ci est extrêmement fatigué et dort dès qu'il est à la maison. Pourtant, dit-elle, il est content car il veut gagner beaucoup

d'argent, pour faire des économies, acheter un terrain en Haïti, envoyer de l'argent à sa mère et peut-être, il en rêve, partir dans un *gwo peyi*, comme la France, le Canada ou les États-Unis. Augustine, elle, gagne un peu d'argent avec la garde des deux enfants, mais aussi en coiffant certaines amies. Ça lui permet d'avoir un peu d'argent qu'elle contrôle elle-même.

Mardi 27 mai

Plus de vingt jours plus tard, Augustine, Stevenson et moi-même sommes convoqués dans le bureau de l'assistante de direction du *Departamento de Extranjería* afin de régler le problème du titre de séjour de Stevenson.

Depuis le rendez-vous pédiatrique où le souffle au cœur de l'enfant a été détecté, de nombreuses démarches ont été mises en place face aux barrières administratives qui empêchent l'obtention du rendez-vous avec un cardiologue. Pour pouvoir prendre ce rendez-vous Stevenson doit obtenir son titre de séjour, être inscrit au *Registro Civil* et obtenir ainsi un numéro d'identité chilienne (RUT) qui lui permet de s'inscrire à un régime de sécurité sociale et à une assurance maladie (Fonasa) pour enfin pouvoir demander un rendez-vous auprès d'un spécialiste.

En février 2014, Augustine et Stevenson ont déposé une demande de titre de séjour, en qualité de dépendant du visa de Clifford, mari et père respectif. Celui-ci dispose d'un titre de séjour Sujet à Contrat de travail et légalement, femme et enfant peuvent être rattaché à celui-ci selon les logiques de regroupement familial. Le 7 mai, Augustine retourne voir les médecins du Cefsam pour qu'elles lui fournissent un certificat médical qui pourrait, espèrent-elles, faire avancer les démarches au niveau du *Departamento de Extranjería* qui délivre les titres de séjour. Alors qu'elles sont ensemble, elles consultent le site internet de cette administration et observent que les deux titres de séjour sont prêts. Dès le lendemain, Clifford s'échappe de son travail pour aller à *Extranjería* chercher les visas. Il les paye ; cependant, pour pouvoir les retirer, l'institution lui demande que l'acte de naissance de l'enfant ainsi que l'acte de mariage soient légalisés. Or, la légalisation ne peut être faite qu'en Haïti, ce qui coûte cher et peut prendre assez longtemps. Augustine est très inquiète et contacte son frère à Port-au-Prince et sa tante à Gonaïves pour qu'ils se chargent de cela.

Le 12 mai, toute la famille se rend à *Extranjería* à nouveau, et présente, cette fois, le certificat médical qui explique la gravité de la situation de l'enfant. Augustine m'explique plus tard que la dame qui les a reçus a appelé sa chef pour lui montrer le document. Celle-ci a répondu « *¿Qué me importa eso a mi ?* »¹⁹³ ; ils doivent apporter les papiers demandés sinon ils n'auront rien. Alors qu'elle me raconte cela, Augustine reçoit un appel qui lui signale qu'elle est convoquée au Cefsam de Los Nogales pour essayer de régler l'inscription à l'assurance maladie pour l'enfant. Elle s'y présente le lendemain et on lui explique que le plus simple est d'aller à la fondation *Ciudadano Global* (autre nom du *Servicio Jesuita a Migrantes*) pour voir s'ils peuvent faire quelque chose pour l'obtention des papiers. Clifford se présente alors à *Ciudadano Global* où « on lui posera beaucoup de questions » et où « on ne lui donnera pas de solution ». J'apprends cependant plus tard que la fondation a fait remonter le cas à *Extranjería*, sollicitant son directeur pour qu'une solution soit trouvée.

De manière parallèle, je prends contact par *e-mail* avec une personne que je connais et qui travaille dans le programme migrant de la *Municipalidad de Santiago* et dont je sais qu'elle est spécialisée en question de santé. Je lui demande simplement s'il n'existe pas de solution pour que cet enfant puisse accéder à un spécialiste sans avoir de RUT. La loi prévoit que tout mineur peut avoir accès à des soins, même spécialisés, peu importe sa situation légale.

¹⁹³ « Qu'est ce que ça peut me faire ? ».

Il semble que la mise en application de cette loi soit bloquée par des procédures administratives non adaptées. J'insiste sur l'urgence de la situation : non seulement, l'enfant a un souffle au cœur important, mais il est aussi très fragile, souvent malade et en dénutrition. Le 16 mai, je reçois, de sa part, plusieurs courriers électroniques en réponse : le cas de Stevenson a été transmis à ses responsables et ceux-ci demandent plus d'informations (noms, prénoms des parents et de l'enfant, certificat médical, contacts). Peu après, ce sont des scans des documents d'identité de la famille qui sont demandés, afin de les transmettre à *Extranjería* pour que le dossier puisse être étudié rapidement. Alors que je m'inquiète et vérifie auprès de mon contact que la mère, en situation irrégulière n'aura pas de problème, celle-ci me répond que le nouveau directeur d'*Extranjería* est très ouvert, défend le respect des droits de l'Homme et n'est pas du tout dans une logique de contrôle. Le 22 mai, *Extranjería* prend contact avec Clifford et lui demande d'apporter le certificat médical original avec un tampon du centre de santé. Parallèlement, l'institution contacte l'ambassade d'Haïti pour obtenir un certificat qui remplacerait l'acte de naissance légalisé, ce que l'ambassade fournit très rapidement.

Le 27 mai, nous sommes finalement convoqués (« nous », car je suis appelée pour accompagner la mère et l'enfant) chez l'assistante de direction d'*Extranjería* afin d'obtenir le visa de Stevenson. Cette dernière complète le dossier de l'enfant et autorise la délivrance de son titre de séjour. Elle propose également de délivrer celui d'Augustine, à partir du même document fourni par l'ambassade. Elle nous indique de nous rendre ensuite à la *Policia de Investigación* (PDI) pour y enregistrer les visas, puis au *Registro Civil* afin de demander un numéro de RUT et une carte d'identité. Elle nous donne les adresses et cherche auprès de ses collègues des noms de contacts au sein des deux institutions afin d'y faciliter la prise en charge. Elle nous accompagne enfin dans les étages inférieurs d'*Extranjería* afin de finaliser les démarches et d'obtenir les titres de séjour sur les passeports d'Augustine et de Stevenson.

Grâce à ses contacts, nous parvenons à réaliser toutes les démarches au sein de la PDI et du *Registro Civil*. Nous sortons de cette dernière institution avec un numéro de RUT provisoire pour Stevenson et la consigne de revenir le 9 juillet pour chercher les cartes d'identité.

Reste encore à inscrire l'enfant à Fonasa avant de pouvoir demander un rendez-vous avec un cardiologue. Clifford prend alors la relève et s'occupe de ces démarches. Or, il rencontre à nouveau un blocage : Fonasa demande l'acte de naissance légalisé de l'enfant afin de pouvoir prouver sa filiation avec Clifford. Ce dernier ayant un compte Fonasa, son fils doit y être rattaché. Malgré le fait qu'*Extranjería*, la PDI et le *Registro Civil* aient validé cette filiation (car l'enfant a un visa en qualité de dépendant de son père¹⁹⁴), Fonasa refuse d'inscrire le fils sans cet acte de naissance légalisé. Clifford relance alors les démarches en Haïti pour obtenir ce papier.

Les mois de mai et de juin sont également rythmés pour Augustine, Stevenson et moi-même par les épisodes de maladies de Stevenson et ses différents rendez-vous médicaux :

Le 8 mai : RDV avec un nutritionniste, finalement annulé suite à l'absence du professionnel. Visite aux urgences du Cesfam Los Nogales pour sa toux et sa fièvre.

Le 9 mai : RDV avec un kinésologue pour le problème respiratoire de l'enfant.

Le 12 mai : RDV avec un kinésologue pour le problème respiratoire. Augustine ne s'y présente pas car elle va à *Extranjería*.

¹⁹⁴ Personne dans l'histoire n'a songé à demander pour l'enfant un titre de séjour pour raison médicale, comme le prévoit la loi. Peut-être ce visa aurait facilité l'accès au soin. Cependant, comme le père de l'enfant disposait d'un numéro Fonasa, l'enfant devait absolument y être attaché.

Le 13 mai : Ateliers sur le développement moteur et les maladies respiratoires.

Mois de mai : divers rendez-vous en Salle de stimulation.

Le 18 juin : RDV avec un nutritionniste annulé de nouveau suite à l'absence du professionnel. Impossible de prendre des RDV en Salle de Stimulation jusqu'en juillet.

Parallèlement, j'ai proposé à Augustine d'inscrire son fils au centre pédiatrique privé *Gota de Leche* qui offre des contrôles de santé mensuels gratuits aux nouveau-nés. Je connaissais ce centre de soin et je trouvais que les suivis offerts (toujours par la même personne et non pas par des professionnels successifs) étaient plus adaptés aux problèmes de l'enfant. Son suivi par les pédiatres de ce centre me rassurait. Augustine était ravie de l'idée car elle avait entendu dire du bien de *Gota de Leche*, et les pédiatres, à qui j'avais expliqué la situation de l'enfant et mon ressenti, avaient accepté de l'inscrire. Le 12 juin, Stevenson a eu son premier contrôle de santé par une pédiatre de ce centre. Celle-ci demanda plusieurs analyses médicales (prises de sang, analyses des selles et d'urine, radiographie des hanches) qui furent réalisés en juin, proposa de faire elle-même des exercices de stimulation à l'enfant et, préoccupée par le souffle au cœur, nous demanda d'aller demander des devis pour des électrocardiogrammes et échocardiographies. Vu la situation, *Gota de Leche* acceptait de payer ces examens afin de faire avancer la situation.

ACTE 3 : CHRONIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE

Vendredi 4 juillet

Tôt le matin je reçois un appel d'Augustine. Elle m'explique rapidement que la veille, lors du contrôle de santé de Stevenson, les pédiatres de *Gota de Leche* les ont envoyés aux urgences de San Borja. Elle veut savoir si *Gota de Leche* est ouvert cet après-midi et si je peux la rejoindre au Cesfam pour l'aider à prendre des rendez-vous. Comme je me suis engagée auprès d'une autre personne je lui propose de la rejoindre plus tard. Je reçois alors un autre appel de la pédiatre Danila qui me demande si Stevenson a été hospitalisé. Je ne crois pas. Elle m'explique alors que lorsque Stevenson est venu au contrôle, il présentait un évident cadre de pneumonie et qu'elle l'a envoyé de toute urgence à l'hôpital. Vu sa fragilité, il devait absolument être hospitalisé. Elle propose que l'enfant revienne à 15h45 à *Gota de Leche* pour qu'elle le voit.

Lorsque je retrouve Augustine, elle m'explique que les docteurs de *Gota de Leche* l'ont envoyé à San Borja en lui payant le taxi. Comme elle savait que j'étais en réunion, elle a appelé son mari qui l'a rejoint dans la salle d'attente de l'hôpital. Aux urgences, ils n'ont laissé entrer qu'une seule personne avec l'enfant et comme le père parlait mieux espagnol, Augustine a dû rester dehors. Mais, dit-elle, il ne comprend rien aux hôpitaux et si elle avait pu l'accompagner ils auraient pu mieux expliquer aux médecins. Elle raconte que selon Clifford, les personnes des urgences ont regardé Stevenson, et quand il leur a remis la lettre de la pédiatre de *Gota de Leche*, les professionnels auraient dit « trop long » et ne l'auraient pas lu. Il a alors demandé à ce qu'ils appellent la docteure de *Gota de Leche* qui avait laissé son numéro sur la lettre, ce qui a été refusé. Des examens de sang, d'urine et une radio ont été réalisés. Puis, dit-elle, ils ont été renvoyés, avec comme consigne d'apporter les résultats des examens à leur médecin¹⁹⁵. Ils sont donc sortis de l'hôpital sans traitement, pensant ensuite retourner à *Gota de Leche* ou au Cesfam.

¹⁹⁵ Plus tard, après avoir accompagné d'autres enfants aux urgences de San Borja, il m'a semblé comprendre qu'il y a eu une mauvaise compréhension de cette consigne par le père. Il est probable que le service, où ont été réalisés ces examens à l'hôpital, les aient renvoyés vers le médecin qu'ils avaient rencontré à leur arrivée aux urgences. En général, une

Je lui signale que Danila, la pédiatre de *Gota de Leche* propose de voir Stevenson dans l'après-midi; cela semble la soulager un peu. Elle m'explique qu'elle sort du Cesfam où elle n'a pas réussi à prendre de rendez-vous. Étant donné l'état de santé de l'enfant, nous convenons de nous retrouver chez elle à 15h30; auparavant je me rends au Cesfam pour prendre les rendez-vous. J'obtiens un rendez-vous pour le Poly de pédiatrie le 17 juillet. J'insiste alors sur le mauvais état de santé de l'enfant et la secrétaire inscrit finalement l'enfant pour le 8 juillet, entre deux rendez-vous.

Nous nous retrouvons et rencontrons la pédiatre de *Gota de Leche* qui cherche aussitôt à comprendre la situation. Elle demande les résultats des analyses et le papier de sortie des urgences. « Il n'y a pas d'autres papiers » répond Augustine. Danila s'indigne, souligne que c'est dans les droits des patients de recevoir ce papier qui indique le diagnostic et le traitement. D'ailleurs, « quel traitement ont-ils donné ? ». Aucun. Rien. Clifford est appelé pour vérifier. Il confirme. La docteure s'énerve, l'enfant aurait dû être hospitalisé. Il y a un problème de conscience professionnelle, un manquement grave à l'éthique. Elle ausculte alors l'enfant et demande à sa collègue de venir écouter ses poumons. Ensemble, elles discutent de la stratégie à mettre en place et proposent un traitement ambulatoire qu'elles définissent. Les problèmes de cœur de Stevenson ne lui permettent pas de prendre du Salbutamol, médicament généralement administré via inhalateur en cas de problème respiratoire. La pédiatre nous dit de l'attendre et part dans une pharmacie où elle achète un médicament adapté. Elle l'applique à trois reprises sur l'enfant et, une heure plus tard, quand elle estime que la situation s'est un peu stabilisée, elle nous envoie au Cesfam de Los Nogales pour obtenir un rendez-vous immédiat avec le kinésologue, qui aidera à nettoyer les poumons. L'enfant est alors suivi au quotidien par les kinésologues du Cesfam et par les pédiatres de *Gota de Leche*.

ACTE 4 : DE LA PRISE EN CHARGE BIOMÉDICALE SPÉCIALISÉE A LA CULPABILISATION DE LA MÈRE

Cet évènement, qui comme le commente la pédiatre de *Gota de Leche*, aurait pu conduire à la mort de Stevenson, me pousse à agir. J'estime la situation très grave; je m'inquiète notamment pour les problèmes administratifs qui bloquent encore l'accès de l'enfant à un cardiologue et ce, malgré une loi qui établit clairement ses droits. Je contacte alors la sociologue Maria Emilia Tijoux et lui demande conseils concernant une possible médiatisation de l'histoire. Elle écrit alors au responsable du *Servicio de Salud Metropolitano Central*, duquel dépendent le Cesfam los Nogales et l'hôpital San Borja; puis elle sollicite la Junji, qui organise le dispositif public de crèche et de jardins d'enfants, afin qu'une place soit trouvée pour Stevenson (elle considère qu'en étant dans ce dispositif, les problèmes de stimulation et d'alimentation pourront être en partie pris en charge). Cette dernière institution réagit très rapidement et propose une place pour l'enfant dans une crèche relativement proche du domicile. Stevenson pourra s'y rendre dès qu'il sera remis de la pneumonie.

Parallèlement, je me rends à Fonasa et à l'*Instituto de Previsión Social* (IPS, institution publique qui gère l'inscription à la sécurité sociale) pour comprendre ce qui bloque encore dans la situation de l'enfant. On me répond à nouveau qu'il faut l'acte de naissance légalisé mais également le numéro de RUT définitif et non le provisoire. Or justement, Augustine vient d'apprendre que les cartes d'identité sont prêtes.

Mardi 8 juillet

première consultation est effectuée, des examens sont demandés et les patients rencontrent à nouveau le médecin avec les résultats.

Nous nous rendons donc rapidement au *Registro civil* et récupérons leurs deux cartes d'identité. Comme cela m'avait été indiqué la veille, nous allons à l'IPS dans le but d'obtenir l'autorisation d'ajouter l'enfant à la charge de son père (de l'inscrire sur sa sécurité sociale). Nous présentons les cartes d'identité, mais à nouveau l'acte de naissance légalisé est demandé. On nous explique : les bases de données de l'IPS et de Fonasa sont connectées à celles du *Registro Civil*. Il est nécessaire de se rendre au *Registro civil* avec l'acte de naissance légalisé afin que cette institution reconnaisse la filiation entre les deux personnes. Tant que le registre civil ne valide pas cette filiation, l'IPS ne peut pas ajouter l'enfant à la charge du père. J'explique que le *Registro civil* vient de délivrer une carte d'identité à l'enfant avec mention d'un titre de séjour qui dépend de celui de son père et que cela signifiait bien que l'institution reconnaissait la filiation. Impossible, me répond-on. Alors, énervée, je décide de mobiliser un autre registre. Je hausse le ton et dit que cela me semble tout à fait inadmissible qu'un enfant avec de si gros problèmes de santé, dont il pourrait mourir, ne puissent avoir accès aux soins prévus par la loi. La personne qui nous reçoit nous demande d'attendre ; elle revient quelques minutes plus tard et nous explique qu'étant donné l'urgence de la situation, une autorisation provisoire de deux mois est accordée. D'ici là, il faudra régulariser cette question des papiers.

Elle nous remet alors un papier avec l'autorisation provisoire, puis un second document qu'il faut faire remplir par l'entreprise du père. Nous appelons Clifford qui peut se libérer immédiatement. Comme l'enfant n'est pas bien, je le rejoins au centre de Santiago et nous nous rendons ensemble aux ressources humaines de son entreprise. Clifford a des difficultés pour expliquer la situation et, consciente des avantages de ma position sociale, je prends la relève, insistant à nouveau sur l'urgence. « *Todo mal* », nous répond la femme. Les employés de *Dominó* ne sont pas affiliés à l'IPS; leur caisse de sécurité sociale est privée. « Il faut donc retourner à l'IPS, désinscrire l'enfant, revenir ici pour que nous fassions les papiers, puis ensuite retourner à la caisse privée pour rattacher l'enfant au compte de son père et ensuite aller à Fonasa ». Clifford se prend la tête entre les mains et moi, de déception ou par l'ampleur des démarches à réaliser, je deviens à nouveau insistante. N'y a-t-il vraiment pas d'autres options ? La femme se retire pour parler à son supérieur qui vient nous voir et nous apaise en disant lui aussi qu'étant donné l'urgence de la situation, sachant que l'IPS et Fonasa étaient prêts à valider l'autorisation, on pouvait laisser les choses comme ça. Quand Clifford aura les bons papiers, les choses seront réarrangées correctement. Je retrouve alors Augustine à Fonasa. En dix minutes, Stevenson est ajouté au Fonasa de son père. Il est désormais possible de solliciter un rendez-vous avec un cardiologue.

Je reçois ce jour-là un appel de l'assistante du directeur du *Servicio de Salud Metropolitano Central*. Elle veut des détails sur la situation de Stevenson et me demande ce qu'ils peuvent faire. J'explique que nous venons d'obtenir l'inscription à Fonasa et que l'enfant doit maintenant prendre rendez-vous avec un cardiologue. Elle me demande de la tenir informée.

L'après-midi, Stevenson a un contrôle avec les pédiatres du Cesfam Los Nogales. Ils refont alors un ordre pour une consultation avec un cardiologue, ordre qui cette fois, peut être appliqué.

Jendredi 10 juillet

Clifford reçoit un appel de l'hôpital San Borja : Stevenson a rendez-vous le 22 juillet avec un cardiologue.

Lundi 14 juillet

Je reçois un appel du sous-directeur du Cesfam Los Nogales : Stevenson est convoqué demain 15 juillet à San Borja pour voir le cardiologue. En tant que tutrice de Stevenson, je dois être présente. Alors que je conteste cette responsabilité, il m'explique qu'il a reçu cet ordre de la part du SSMC : « Le Cesfam doit s'assurer du transfert et de la présence de l'enfant, de ses parents et de la señorita Marine Bertrand à l'hôpital ». Aussi, une ambulance nous prendra le lendemain au domicile de l'enfant à 8h30 et nous ramènera au Cesfam à la fin du rendez-vous.

Mardi 15 juillet

L'ambulance vient effectivement nous chercher au domicile d'Augustine et nous emmène à San Borja. Les ambulanciers descendent avec nous et nous indiquent qu'ils ont eu pour consigne de nous accompagner. Je sollicite des précisions : ils ont ordre, disent-ils, de s'assurer que l'enfant voit véritablement le cardiologue, d'être présents lors du rendez-vous et de rapporter au sous-directeur du Cesfam le diagnostic et le traitement indiqué. C'est le « plan migrants » ajoutent-ils sans plus de précision. Ils acceptent finalement de ne pas être présents lors de la consultation à condition que je m'engage à aller moi-même rapporter au sous-directeur les indications du médecin.

Le cardiologue détecte une myocardiopathie hypertrophique : la paroi du ventricule gauche est trop épaisse et empêche le sang de circuler correctement. La maladie peut évoluer, en bien ou en mal. L'enfant doit prendre un médicament tous les jours et revenir en septembre pour un nouveau contrôle.

Les ambulanciers nous ramènent au Cesfam où Stevenson à un contrôle avec des infirmiers. Nous nous arrêtons dans le bureau du sous-directeur pour lui rapporter les conclusions de la consultation. « Alors, tant qu'il ne doit pas être opéré, il n'y a rien de grave » conclut-il. « Et à présent, il faut se concentrer sur l'alimentation et la stimulation. Il ne faut pas manquer les rendez-vous, n'est ce pas ? ».

Cette phrase marque un tournant dans la prise en charge médicale de Stevenson. Dès à présent, la majorité des professionnels qui interviennent autour de l'enfant porteront la mère en responsable, en coupable. Dans le contrôle infirmier qui suit, les deux professionnels soulignent à nouveau le manque de développement moteur de l'enfant, le problème de poids. Ils réprimandent Augustine qui s'est montrée *inasistente* à différents rendez-vous. Elle doit désormais se montrer responsable.

Jedi 16 octobre

Alors que je suis en France depuis août, je communique par téléphone avec Augustine. Elle me raconte que Stevenson va devoir se faire opérer du cœur car le cardiologue a noté que le problème avait empiré. Je relance alors Danila de *Gota de Leche* pour en savoir plus. Celle-ci me répond en signalant la complexité de la prise en charge de Stevenson, liée notamment au manque de responsabilité de sa mère et à sa non-compréhension de la gravité de l'état de son fils. Elle est *inasistente* à de nombreux rendez-vous médicaux au Cesfam et à *Gota de Leche* (elle en parle avec la responsable de la salle de stimulation du Cesfam), et n'a pas réagi comme il se doit un soir où Stevenson a eu des convulsions. Elle me signale plus tard que le 17 octobre, Stevenson a eu rendez-vous avec des neurologues qui se déplacent au Cesfam. Ceux-ci, elle-même et les pédiatres du Cesfam se sont accordés sur la nécessité d'hospitaliser l'enfant. Des examens neurologiques seront réalisés et l'hospitalisation permettra de faire gagner du poids à l'enfant, ce qui s'avère nécessaire pour que l'opération du cœur puisse avoir lieu. Cependant, ils ont décidé que cela aurait lieu quand je rentrerai au Chili afin de faciliter la communication et la prise en charge. En attendant, comme

Stevenson avait à nouveau des problèmes respiratoires, c'est elle-même qui assurerait sa prise en charge avec un traitement médical et un suivi régulier.

Lundi 27 octobre

Tout juste arrivée au Chili, je reçois un *e-mail* de Danila :

« Je t'écris parce que lamentablement la mère de Stevenson est à nouveau *inasistente*. Elle n'est pas venue au rendez-vous avec le kinésologue au Cesfam et ne s'est pas présentée au contrôle de poids avec moi ce lundi. S'il-te-plait, appelle-moi. La situation est lamentable, elle expose le petit. J'espère qu'elle a des justifications raisonnables pour son absence ».

Je rends alors visite à Augustine qui me raconte le rendez-vous chez le cardiologue. Il lui a expliqué que le cœur de Stevenson avait grossi et que le sang circulait moins bien. Suite à un nouveau contrôle cardiologique en novembre à l'hôpital *Roberto del Río*, il sera décidé d'opérer ou non. Elle raconte la visite avec les neurologues. Elle ne comprend pas les raisons de l'hospitalisation, que je lui réexplique, et pourtant, je la sens consciente de la situation de son fils. J'essaie de faire passer le message de la pédiatre concernant la nécessité d'aller à tous les rendez-vous médicaux. Augustine me justifie ses absences. Elle a plusieurs rendez-vous par semaine et s'attache à honorer les plus importants. Elle n'est pas allée en salle de stimulation ni avec le nutritionniste du Cesfam car à différentes reprises et les professionnels étaient absents eux-mêmes. Elle n'a pu se rendre à *Gota de Leche* au dernier rendez-vous à cause de son travail.

Elle m'explique qu'elle a trouvé un emploi dans un restaurant près de la station de train. Son chef comprend en général ses absences liées aux problèmes de santé de son fils mais ce jour-là sa collègue était absente. Elle dit que si Stevenson est hospitalisé elle arrêtera de travailler mais que pour l'instant elle a besoin de son salaire. Elle reçoit de nombreux appels d'Haïti. On lui demande d'envoyer de l'argent pour une cousine et pour deux enfants de son père dont celui-ci ne s'occupe pas du tout et dont la mère est malade. En Haïti les gens ne comprennent pas qu'en migration, on ne possède pas forcément beaucoup d'argent. Elle a déjà demandé à Clifford de lui en prêter mais il ne veut pas toujours. Il lui en donne toutes les semaines pour payer la nourriture de la famille, sur lequel elle parvient à mettre un tout petit peu de côté pour envoyer en Haïti. Mais c'est si peu d'argent et l'envoi coûte la moitié de la somme. Elle trouve la situation injuste : son mari économise beaucoup d'argent, en envoie une partie à sa propre famille et en garde une autre pour acheter un terrain. Mais elle, elle doit rester à la maison s'occuper de leur fils et ne peut rien envoyer. Elle doit travailler pour avoir cet argent. Elle veut faire venir son père et si possible sa tante. Ils pourront s'occuper de Stevenson pendant qu'elle travaille.

L'opération du cœur fait très peur à Augustine. Elle se demande si ce n'est pas le signe que l'esprit (le *lwa*) qui a déjà attaqué ses autres enfants l'a retrouvée et s'en prend à Stevenson. Elle était pourtant sûre qu'en venant au Chili, elle pourrait le protéger de cette attaque. Elle m'informe alors que le décès de ses trois premiers enfants est lié aux attaques de ce *lwa*, envoyé par une cousine. À la naissance de Stevenson en Haïti, elle a décidé de placer l'enfant sous la protection de Dieu, et non des *bòkò*, les praticiens vodou. Sa cousine l'a alors beaucoup aidée, car sa prière à elle n'est pas assez puissante. Aussi, lorsque l'enfant est tombé malade peu après sa naissance et qu'un *longarou* ou une sorcière a été observé près de leur domicile, c'est sa cousine qui a prié des heures et des heures pour protéger le nouveau-né. La femme du pasteur a aussi prié pour l'enfant : un jour elle a même utilisé de l'huile sainte et l'enfant a éternué, rejetant l'âme qui est entrée en lui. En venant au Chili, elle s'est éloignée des risques d'attaque de malfaisants, mais, maintenant que des problèmes de cœur ont été détectés sur Stevenson et qu'il allait peut-être devoir être opéré, elle estime qu'il est possible que le *lwa* l'ait retrouvé.

Mercredi 29 octobre

Je reçois un appel de la pédiatre de Los Nogales : elle me demande d'informer Augustine que Stevenson va être hospitalisé en neurologie à San Borja et qu'il doit se présenter le lendemain à 9h à l'hôpital. Elle préfère que je lui dise pour être sûre qu'elle comprenne bien. J'appelle Augustine et nous décidons de nous retrouver chez elle le lendemain matin.

Aux alentours de minuit, elle m'appelle à nouveau. Stevenson, qui avait eu de la fièvre la veille (nous étions allés aux urgences du Cesfam, qui était alors en grève et la pédiatre de *Gota de Leche* avait prescrit par téléphone du paracétamol et une surveillance rapprochée), s'est mis à vomir. Elle ne sait pas quoi faire. Me rappelant les propos de la pédiatre, je lui recommande d'aller aux urgences de San Borja, d'où ils sortiront à quatre heures du matin.

Jendredi 30 octobre

Stevenson incorpore ce jour-là le service de neurologie à l'hôpital San Borja. Un service récemment refait, très lumineux et agréable. Après plusieurs heures passées à régler les formalités administratives, une neurologue vient pour ausculter Stevenson et poser des questions à sa mère. À ma demande (suite au « Stevenson n'est pas comme eux » formulé par Augustine inquiète à la vue des autres jeunes en fauteuil roulant), la neurologue explique qu'ils vont faire de nombreux examens à l'enfant. Ils veulent vérifier différentes hypothèses sur l'origine du problème de cœur et de poids. Stevenson devra rester au moins une semaine à l'hôpital. Augustine obtient l'autorisation de dormir au chevet de son fils pendant son séjour.

Lundi 3 novembre

Augustine m'appelle le matin : elle est très inquiète. Il y a un problème avec la nourriture de l'hôpital. Stevenson ne mange pas car il n'aime pas ce qu'on lui donne. Il n'y a même pas de sel dedans. Il est en train de devenir tout petit. Elle ne comprend pas pourquoi on lui fait ça si l'idée était de le faire grossir. Elle m'appelle à nouveau le soir. Elle est en pleurs. Comme je n'arrive pas à comprendre ce qu'il se passe je lui propose de la rejoindre là-bas le lendemain matin.

Mardi 4 novembre

Je retrouve Augustine dans la salle d'attente devant le service de neurologie. Comme les autres mères qui dorment sur place, elle a été évacuée pendant le temps du nettoyage du service.

Elle m'explique en pleurant qu'ici ils traitent mal les noirs. Qu'ils ont mis son fils dans une salle à part, alors que tous les autres partagent les chambres. Que dans sa pièce, il n'y a pas d'air et qu'il fait si chaud qu'on peut à peine respirer. Que Stevenson est attaché à son lit et que personne ne joue avec lui alors qu'on s'occupe bien des autres enfants. Elle raconte que ses couches ne sont que rarement changées. En plus, il ne mange pas bien ici. Ça ne fait aucun sens qu'il soit hospitalisé pour grossir si les infirmières n'ont pas la patience de lui donner à manger. Parce que Stevenson, quand il boit du lait, il prend deux gorgées et il s'arrête pour respirer. Elles, elles pensent que c'est parce qu'il n'en veut plus et elles n'insistent pas.

Je lui propose d'aller poser ces questions à la neurologue pour mieux comprendre. Celle-ci nous reçoit tout de suite. Elle explique alors que si Stevenson est à part, c'est parce qu'il est arrivé avec une gastroentérite. Il s'agit d'une maladie contagieuse et pour protéger les autres il en a été séparé. Comme le virus n'est dangereux qu'une semaine, Stevenson reviendra bientôt parmi les autres patients. La même raison justifie qu'il ne mange pas bien, mais son appétit va revenir. Augustine, qui n'a jamais été informé semble se rassurer

progressivement. Elle demande si elle est autorisée à apporter de la nourriture à l'enfant. Impossible, il suit une diète précise. Nous demandons la permission de saluer Stevenson. L'infirmière dit oui, cependant « puisque vous êtes là, pouvez-vous lui dire qu'elle doit se laver les mains quand elle voit l'enfant ? ». Deux aides-soignantes également présentes ajoutent qu'il serait bien aussi qu'elle ne vienne pas avec autant de choses, autant de sacs et de vêtements parce que ça peut donner des maladies à l'enfant. Je sens leurs regards chargés de dégoût. Augustine me dit que personne ne lui a jamais dit qu'il fallait se laver les mains ni de ne pas apporter des choses.

Lorsque nous sortons de la chambre de Stevenson, un assistant social nous attend. Il nous propose de discuter. Nous l'accompagnons dans son bureau. Il explique à Augustine qu'au nom de l'hôpital, il souhaite l'aider. « Nous pouvons nous retrouver ici pour voir de quelle manière t'aider à assumer ton rôle de mère. Nous pouvons travailler sur le thème du logement, voir comment vous vivez, s'il y a des négligences par exemple. Nous pouvons voir pour inscrire l'enfant à l'école ou trouver quelqu'un qui s'en occupe pendant que tu travailles. Mais cette aide ne va pas sans un engagement de ta part. Tu dois promettre d'être présente à tous les rendez-vous de santé de ton fils et de présenter les papiers qui te sont demandés ! ». Augustine signale qu'un meilleur logement faciliterait les choses et que si elle recevait un peu d'argent tous les mois elle n'aurait pas besoin de travailler. Bon, lui répondit l'assistant social, pour l'instant nous allons commencer par prendre vos noms et prénoms, adresse et numéros.

Mercredi 12 novembre

Stevenson est autorisé à sortir de l'hôpital. Les médecins ont demandé à Augustine que je l'accompagne. Alors que nous préparons les affaires de Stevenson, la neurologue vient nous chercher pour faire un bilan. Elle présente le rapport de l'hospitalisation qui comporte tous les résultats des examens réalisés et les conclusions médicales. Dans un premier temps, il a été pensé que l'enfant avait un trouble de déglutition, mais il s'agit juste d'un retard de langage. Il devra poursuivre son travail avec un orthophoniste. Par ailleurs, il a aussi un problème de nutrition et va devoir poursuivre des rendez-vous avec un diététicien de l'hôpital et un nutritionniste du service de neurologie. Des examens ont été fait, les reins et le foie fonctionnent bien. Il n'a pas non plus de pathologie en gastro-entérologie. Un scanner du cerveau a été réalisé et rien d'anormal n'est constaté. Elles ont pu l'observer durant son hospitalisation, il apprend vite ; juste un peu de retard dans son développement moteur. Elles continueront depuis le service de neurologie à le voir régulièrement pour suivre son développement. D'autres examens ont été réalisés pour vérifier qu'il n'ait pas d'infections comme la syphilis ou le VIH-Sida. Pour l'instant, aucun résultat n'est problématique mais il en manque encore deux, ce pour quoi, un rendez-vous est pris avec un infectiologue et un autre avec un immunologue de l'hôpital. Enfin, les rendez-vous avec les cardiologues sont prochains.

La sortie de l'hôpital initie une intense période de consultations médicales à San Borja qui s'ajoutent à ceux du Cesfam et de *Gota de Leche*. Les cardiologues noteront une amélioration du cœur de l'enfant et l'opération sera évitée. Augustine est rassurée : il ne s'agit donc pas du *lva*.

PARTIE III. SANTE, MALADIE ET SOIN DE MIGRANTS HAÏTIENS A LOS NOGALES

INTRODUCTION PARTIE III

Cette partie a pour but de décrire et d'analyser les expériences, les représentations et les pratiques de santé et de soin d'Haïtiens de Los Nogales à la lumière de leur « place » dans la société chilienne. Il s'agit d'observer leurs conditions de vie, les formes de soin disponibles, l'accès concret des Haïtiens à celles-ci et la prise en charge qu'elles leur offrent, ainsi que la manière dont se construisent les trajectoires de soin des Haïtiens en cherchant à mettre en lumière les rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent.

La partie II a reconstruit le cadre social, économique, politique de la société chilienne dans laquelle s'installent les Haïtiens enquêtés. Elle a donné des éléments pour saisir la définition de la « place » accordée aux « migrants » et plus particulièrement aux « Haïtiens ». Les deux premiers chapitres de la partie III portent sur la migration haïtienne au Chili et sur les conditions de vie et de travail des enquêtés. Le chapitre 7 observe comment se met en place au Chili un nouvel espace de migration au sein de la diaspora. Puis il s'arrête sur le fonctionnement des réseaux migratoires qui organisent et facilitent cette migration. Cette organisation joue sur les stratégies résidentielles et de travail des Haïtiens enquêtés, lesquelles sont décrites dans le chapitre 8. Conditions de vie et de travail se présentent comme une traduction matérielle de l'insertion des Haïtiens dans les rapports sociaux qui structurent la société chilienne.

Il s'agit ensuite d'observer les savoirs de santé mobilisés par des Haïtiens de Los Nogales ainsi que les parcours de soin qu'ils définissent lors d'épisodes de maladies. Autrement dit, les représentations et les pratiques avec lesquels ils pensent et ils agissent sur les maladies depuis l'auto-soin, sans intervention d'un thérapeute professionnel ; ainsi que le recours à des formes de soin qu'ils organisent depuis l'auto-soin pour une prise en charge professionnelle de leur santé. Or, tant la définition des savoirs qu'ils mobilisent que celle des itinéraires thérapeutiques se construisent selon les formes de soin considérées légitimes et leur accessibilité, les relations entre les formes de soins et les relations entre formes de soin et Haïtiens.

Aussi, ce sont d'abord les formes de soin qui produisent des savoirs et offrent une prise en charge des maladies qui font l'objet d'attention. Les chapitres 9 et 10 s'intéressent à l'accès (légal, concret) des Haïtiens de Los Nogales à différentes formes de soin, aux savoirs produits par celles-ci, à la prise en charge qu'elles proposent, aux relations entre thérapeutes et patients et à l'usage qu'en ont les personnes enquêtées. Seulement ensuite, dans le chapitre 11, sont abordés les savoirs d'auto-soin et les processus de soin mis en place par les Haïtiens.

En Haïti, les parcours de soin se construisent dans un panorama de pluralisme médical où biomédecine, médecine créole, vodou et églises évangéliques et catholiques charismatiques offrent des soins. La médecine créole, reposant sur l'usage de plantes et la manipulation des corps, semble la plus accessible dans les régions d'où viennent les enquêtés. Disposant de thérapeutes reconnus pour leurs spécialités - *medsen-fèy* (médecins-feuilles), *doktè-fèy* (docteurs-feuilles), *fanmsaj* (sage-femmes), *moun ki manyen* (gens qui manient) -, la médecine créole est aussi une référence centrale dans les processus d'auto-soin. Le vodou intervient pour des maux relevant d'entités non naturelles et pour les agressions magiques. Non seulement, il apparaît essentiel à la prise en charge de ces maladies mais il construit des savoirs pour définir les problèmes de santé qui sont reconnus par tous. Les églises charismatiques se proposent en alternative aux praticiens vodou pour la gestion des mêmes maladies non naturelles. Condamnant l'immoralité du vodou, elles valident cependant l'existence des maladies (et donc d'une partie des représentations de cette forme de soin)

pour se placer en concurrence. Bien moins chère et contraignante que les soins vodou, la prise en charge de l'église séduit les Haïtiens par ses promesses de santé et de salut. La biomédecine quant à elle, est inégalement présente sur le territoire haïtien et sa position, loin d'être hégémonique, souligne un processus de biomédicalisation imparfait (Vonarx, 2012). Les indices de mortalité et de morbidité du pays reflètent la faible efficacité de cette médecine. Ces chiffres (voir annexe 8) révèlent aussi la vulnérabilité de la population haïtienne dans un contexte de pauvreté et de violence sociale et économique. Selon les chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé¹⁹⁶, dans ce pays de 10 millions d'habitants (2013), l'espérance de vie à la naissance est de 62 ans en 2012. La mortalité infantile (moins de 5 ans) est de 73 pour mille en 2013 (145 pour mille en 1990) et la mortalité maternelle de 380 pour 100 000 naissances (670 en 1990). Par ailleurs, en 2007, les contrôles prénataux sont accessibles à 67% des femmes enceintes et les accouchements dans les services biomédicaux à 37%. En 2012, les principales causes de mortalité seraient dues à des accidents vasculaires cérébraux (12%), à des infections respiratoires (8,6%), au VIH-Sida (7,4%), à des problèmes cardiaques (5,6%), des diarrhées (5,6%). Enfin, la probabilité pour un enfant de moins de 15 ans de mourir est de 30% pour les garçons et 26% pour les filles ; celle de mourir pour une femme enceinte entre 15 et 49 ans de causes maternelles est de 14% ; et pour tous les adultes la probabilité de mourir entre 15 et 49 ans est de 24%. Ces chiffres reflètent un fragile état de santé de la population haïtienne et un taux de mortalité élevé pour l'ensemble de la population et particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants.

Dans ce contexte, les Haïtiens construisent représentations et pratiques de santé et de soin et organisent leurs processus de soins. Celui-ci est orienté selon Vonarx (2012) par la recherche de guérison, plus que par les explications données pour une maladie. Ces explications semblent se stabiliser une fois la maladie soignée et en fonction du thérapeute qui parvient à « la faire sortir ».

La migration au Chili implique un changement de lieu et donc de contexte social, économique et politique qui affecte différemment la santé, une transformation des « risques » auxquels s'exposent les personnes et de nouvelles conditions de vie et de travail. Mais elle conduit également à une redéfinition du système de soin et des formes de soin disponibles et accessibles. Dans cette situation nouvelle, les migrants haïtiens de Los Nogales recomposent leurs savoirs et leurs parcours de soin.

¹⁹⁶ Voir : <http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf?ua=1>, consulté le 21 octobre 2017.

Chapitre 7. MIGRATION HAÏTIENNE AU CHILI

La migration haïtienne au Chili s'est initiée en 2008 et s'est accélérée suite au tremblement de terre dévastateur en Haïti en 2010. Elle s'inscrit dans un mouvement plus ample de migration de la population haïtienne vers différents pays d'Amérique latine, mais aussi dans un mouvement croissant de mobilités entre pays d'Amérique du Sud. Le nombre d'entrées d'Haïtiens au Chili en qualité de touristes¹⁹⁷ est de 820 en 2010, de 4 087 en 2014 et de 46 962 en 2016 ; ce qui montre la croissance de cette population et la consolidation de ce mouvement migratoire. La migration est courante en Haïti (Audebert, 2012; Laëthier, 2011), et le Chili, comme d'autres pays latino-américains, est depuis peu identifié comme une destination possible dans l'imaginaire migratoire des Haïtiens. Les représentations sur le Chili et la migration dans ce pays entrent maintenant en compte dans les décisions liées à la migration. La possibilité de cette nouvelle destination rend favorable la création d'un nouveau monde migratoire, constamment alimenté par la circulation des personnes et des informations, par les expériences des uns et les représentations et idées qu'ils y tissent. Le nombre croissant de migrants haïtiens qui partent au Chili et s'y installent témoigne de la mise en place d'un nouveau pôle migratoire de la diaspora haïtienne qui repose sur des filières migratoires composées de réseaux de plus en plus organisés et expérimentés. La compréhension de l'organisation de cette migration, et notamment du fonctionnement de ces réseaux migratoires, est pertinente pour observer les conditions de vie des Haïtiens au Chili, car de ceux-ci découlent souvent les stratégies de logement et de recherche d'emploi, ainsi que l'organisation de la vie quotidienne des personnes.

En effet, si leurs conditions de vie se définissent depuis la « place » sociale que ces migrants occupent, elles se construisent aussi par les ressources, les savoirs, les réseaux dont ils disposent, lesquels doivent être compris au sein de leur expérience migratoire. Les études en migrations internationales (Ma Mung, 2009) ont montré que les migrants, de par leur migration, construisent et acquièrent des ressources, des savoirs, des représentations, une capacité de négociation et d'organisation qui leur donnent une autonomie - définie comme une capacité de différenciation et de distinction associée d'une capacité d'affirmation et d'initiative ou dit autrement, une capacité à constituer et à maintenir un monde (savoir-faire) associée d'une capacité à agir sur et à transformer ce monde (pouvoir-faire) (Ma Mung, 2009, p. 28). Cette autonomie s'exprime notamment dans la capacité des migrants à organiser et à constituer le monde social qui les entoure, ou dit autrement les rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent et leurs conséquences matérielles, en un « monde migratoire ». Ils les arrangent en un univers prédisposé à la migration et élaborent leur projet migratoire (Ma Mung, 2009, p. 35).

Ma Mung précise : « Les informations transmises par différents canaux (récits, médias divers...) mais aussi l'expérience personnelle fournissent à l'imagination la trame sur laquelle l'individu construit l'extériorité matérielle-sociale en un monde prédisposé à la migration. La migration entamée, création migratoire et projet migratoire se poursuivent selon des configurations de plus en plus complexes. Ils sont redéfinis en fonction de leur réalisation du moment. Les migrants engrangent et capitalisent les expériences, les savoirs (informations, réseaux sociaux, itinéraires) qui permettent la transformation du monde et du projet » (2009, p. 35). Aussi, envisager la migration, faire le choix d'une destination, organiser le départ, rassembler les moyens nécessaires au voyage, les justifications données

¹⁹⁷ Voir chapitre 5 et chapitre 7, section 7.3 : la voie d'entrée principale au Chili pour les Haïtiens est en qualité de touristes. Ils obtiennent à leur arrivée au Chili un visa tourisme de 3 mois, qu'ils modifient ensuite pour un visa de travail, une fois un contrat de travail obtenu. Probablement parmi les entrées touristiques des personnes repartent ensuite du Chili, mais ces chiffres donnent une indication assez intéressante des flux depuis Haïti vers le Chili.

à la migration, les choix et les stratégies résidentielles, les emplois trouvés, les manières de régulariser ou non sa situation légale dans le pays d'installation, tout cela doit être compris, non seulement depuis la « place » que les personnes occupent dans le pays d'origine et de migration, mais aussi depuis les savoirs et les expériences qu'elles construisent et à partir desquels elles organisent et arrangent leurs migrations, leurs choix quotidiens et leurs conditions de vie.

Ce chapitre propose une description de la migration haïtienne au Chili, comprise comme la construction d'un nouveau pôle migratoire de la diaspora haïtienne, qui s'établit à travers la mise en place de filières migratoires qui reposent sur des réseaux sociaux principalement familiaux (au sens large du terme). L'importance de la migration en Haïti, l'organisation des réseaux migratoires, le partage d'informations et les chaînes de solidarité et de dettes qui s'y mettent en place, la construction de représentations sur les pôles de la diaspora et d'un imaginaire migratoire, sont des éléments centraux dans la compréhension de la structuration et de l'organisation de la migration haïtienne au Chili. À partir des informations récoltées auprès des Haïtiens qui résident à Los Nogales, l'organisation du départ, du voyage et de l'arrivée au Chili sont mis en lumière. L'importance des réseaux sociaux dans l'organisation de cette migration est mise en évidence et éclaire en partie les stratégies résidentielles, de travail et de régularisation de ces migrants, qui sont traitées dans le chapitre suivant.

7.1. La migration haïtienne au Chili : structuration d'un nouvel espace migratoire

La migration depuis Haïti est généralement définie comme une diaspora. Selon Audebert, cette catégorisation implique quatre caractéristiques principales que l'on retrouve dans la migration haïtienne : « la dispersion spatiale, l'existence d'une identité propre au peuple « diasporisé », l'organisation interne de la diaspora productrice d'échanges multiformes entre ses pôles et des liens significatifs symboliques ou concrets avec le peuple d'origine » (2012, p. 11). La migration haïtienne représente une construction sociale spatialisée complexe, en constant mouvement, transformation et réorganisation selon des événements (comme le séisme de 2010), selon les politiques économiques et migratoires des pays d'immigration, selon les représentations développées sur ces pays ou encore selon la mise en place de réseaux migratoires, de filières migratoires.

En Haïti, la mobilité de la population a repris au début du XX^{ème} siècle alors que les États-Unis « occupaient » Haïti et l'espace caribéen. La mainmise des États-Unis sur les territoires caribéens s'est associée au développement d'une industrie agricole dans certaines îles qui a nécessité de la main-d'œuvre haïtienne, provoquant des mouvements de population depuis Haïti vers Cuba et la République dominicaine principalement. Par la suite, sous la dictature des Duvalier père et fils entre 1957 et 1986, un deuxième mouvement migratoire est observé depuis Haïti. Ce sont d'abord les intellectuels et la classe moyenne mulâtre¹⁹⁸ qui se sont exilés aux États-Unis, puis progressivement au Canada et en France et dans certains pays africains comme le Bénin, le Sénégal et le Congo (Handerson, 2015, p. 70). L'accentuation de la terreur et de la crise économique du pays pousse finalement d'autres classes sociales, plus pauvres et aussi originaires de la campagne, à l'exil. Les pays de destination sont les îles caribéennes comme les Bahamas, la Martinique, la Guadeloupe, mais aussi le Suriname et la Guyane française. Les décennies 70 et 80 sont le théâtre des tristement célèbres *boat people* qui circulent vers la Floride. Puis, les années 90, avec l'instabilité politique du pays et une pauvreté accrue par l'embargo américain, voient aussi une partie de la population haïtienne prendre le large, dans des *boat people* en direction

¹⁹⁸ Comme l'explique Audebert (2012, p 23), dans la société haïtienne fortement structurée selon un critère racial, François Duvalier, à son entrée au pouvoir, a voulu représenter l'élite noire au détriment de l'élite mulâtre jusque là favorisée par ses liens avec les États-Unis.

des États-Unis (et dont beaucoup ne parviendront pas à destination), mais aussi en République dominicaine et à Cuba. Durant les années 2000, les catastrophes naturelles qui s'ajoutent à la situation précaire du pays motivent encore au départ les Haïtiens, dont les principales destinations sont la République dominicaine, les États-Unis, le Canada, la France (notamment ses îles caribéennes et la Guyane mais aussi la métropole), les Bahamas, les Antilles néerlandaises ou encore le Venezuela (Audebert, 2012 ; Handerson, 2015 ; Laëthier, 2011 ; OIM, 2015). Les Caraïbes, l'Amérique du Nord avec les États-Unis et le Canada mais aussi la France peuvent être considérés comme les pôles classiques de la diaspora haïtienne en ce qu'ils sont les principales destinations de ceux qui s'essayaient à la migration.

Le séisme de janvier 2010 agit selon Audebert comme « un miroir et un amplificateur des raisons structurelles qui ont poussé les Haïtiens à quitter le pays depuis des générations » (Audebert, 2012, p. 10). Cet événement marque de surcroît une profonde transformation des dynamiques migratoires en Haïti. Alors que la tendance était depuis des décennies à l'urbanisation, des mouvements de population sont observés depuis les villes, et notamment, les villes touchées par le tremblement de terre, vers les provinces et les campagnes. Par ailleurs, les migrations vers les pôles traditionnels de la diaspora reprennent de plus belle, certains pays ouvrant dans un premier temps leurs portes à ceux qui partent s'y réfugier, mais les refermant ensuite vite face à la demande. Enfin, des migrations sont observées vers des destinations inédites et notamment en Amérique latine, se renforçant au Venezuela et débutant en Équateur, Pérou, Brésil, Chili ou encore Argentine. Dans ces différents pays, les mobilités des pionniers se sont progressivement transformées en filières migratoires organisées par des réseaux de plus en plus efficaces. Ces nouvelles destinations empruntées par les migrants haïtiens reflètent leur capacité d'innovation, d'initiative et de création de mondes migratoires : elles soulignent l'autonomie la capacité des Haïtiens à utiliser la migration pour « faire avec » le contexte précaire dont ils disposent en Haïti.

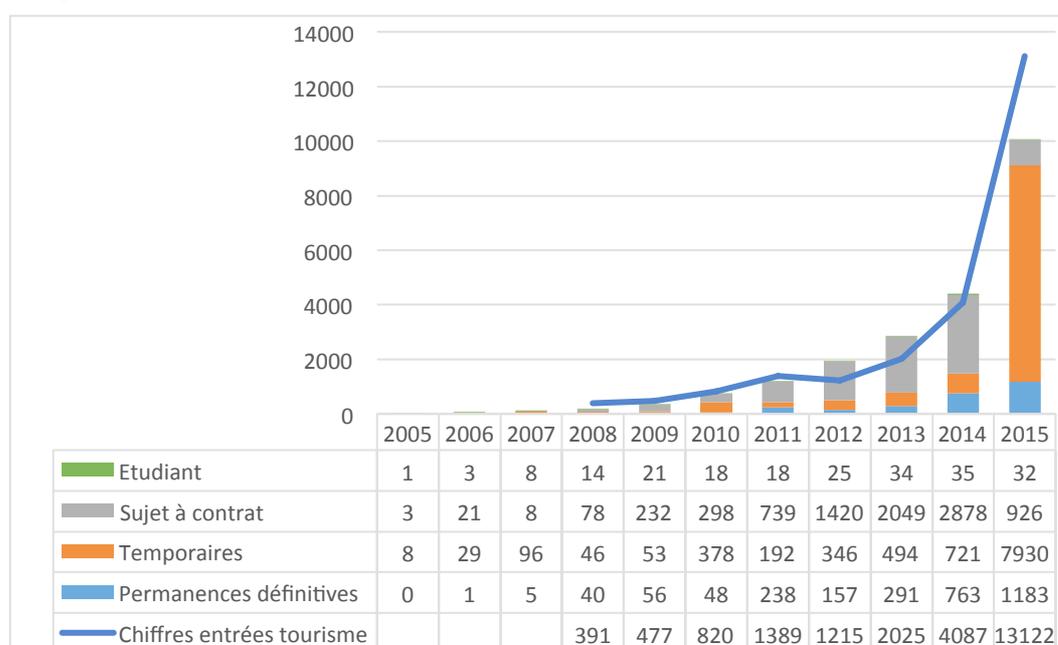
Le Chili aurait pu être un espace de passage de la diaspora haïtienne, mais il semble aujourd'hui être plutôt un lieu d'ancrage de celle-ci. Un nouveau pôle, un espace mis en relation par les Haïtiens avec les autres lieux de la diaspora, un espace incorporé au système social et spatial complexe de la diaspora. Un lieu autour duquel des représentations et des savoirs se construisent et circulent, qui s'inscrit dans la hiérarchie des différents pôles de la diaspora et qui la met en branle. Un espace présent dans la définition des stratégies migratoires des Haïtiens et qui prend place dans leur imaginaire. Un lieu vers lequel se sont mis en place des réseaux migratoires qui se sont consolidés, organisés, se réinventant au gré des expériences, des savoirs acquis et des initiatives et qui rendent possible le départ, le voyage et l'installation en reposant sur des chaînes de solidarité mais aussi de dettes. Ces dernières construisent et renforcent les liens entre les Haïtiens en migration et leurs proches au pays ou dans d'autres pays de la diaspora, mais surtout entre les Haïtiens qui migrent dans le même pays. En cela, elles favorisent la construction d'une communauté, la concentration résidentielle, le développement de niches d'emplois pour les Haïtiens et encore la consolidation des stratégies de régularisation adoptées par la plupart.

La recherche effectuée dans cette thèse a été réalisée pendant une période de création de ce monde migratoire, de ce nouvel espace de la migration haïtienne. À son début, en 2011, il n'était pas sûr que ce mouvement s'ancre au Chili. Mais les Haïtiens sont restés et ils sont devenus plus nombreux ; ils ont créé un monde migratoire nouveau dans une société chilienne surprise de les voir arriver. Une création à l'évolution et à la transformation très rapide.

L'origine de la migration haïtienne au Chili fait l'objet de différents récits, qui comportent, peut-être, une part de vérocité. Une histoire raconte qu'elle s'initie avec le groupe de musique *Reggaeton boys*. Ce groupe est formé par des étudiants haïtiens venus au Chili grâce

à un programme d'échange universitaire en 2000. Lors du tremblement de terre de 2010, les membres de ce groupe, qui ont gagné en popularité au Chili, auraient fait venir leurs proches depuis Haïti, lesquels se seraient installés dans la commune de Quilicura au nord de Santiago. Progressivement, des réseaux migratoires se seraient établis conduisant à la venue de nombreux Haïtiens. Une autre histoire raconte comment Michelle Bachelet, encore Présidente du Chili au moment du tremblement de terre en Haïti, aurait affrété un avion juste après la catastrophe pour faire venir des gens qui auraient tout perdu. Enfin, une dernière histoire, non excluante des deux premières, veut que les Haïtiens auraient connu le Chili par sa participation dans les opérations de la Minustah en Haïti (*Mission des Nations-Unies pour la Stabilisation en Haïti*)¹⁹⁹. L'estime qu'ils auraient alors eue pour les militaires chiliens participants de l'opération et la notoriété de ces derniers, leur auraient donné l'idée d'aller se réfugier au Chili. Si la première histoire est courante dans les explications des Haïtiens, la dernière est la plus fréquemment citée par les Chiliens. Elle semble aller de pair avec l'idée, très présente dans le traitement social donné aux Haïtiens, du Chili qui, comme un grand frère, offre la protection aux plus misérables.

Figure 7.1. Migration haïtienne. Titres de séjour délivrés à des Haïtiens et entrées en qualité de touristes. 2005-2015



Sources : *Departamento de Extranjería. Sernatur*. Elaboration personnelle.

Le recensement chilien de 2002 comptabilise la présence de cinquante Haïtiens au Chili. À la fin des années 2000, il est possible d'observer le début de la croissance de cette présence, laquelle deviendra significative à partir de 2010 pour atteindre un nombre d'arrivées très élevé en 2015 et 2016. Le graphique ci-dessus (figure 7.1) présente le nombre de titres de séjour délivrés à des Haïtiens par année et par type de titre de séjour (voir tableau 5.1. Titres de séjour). Ces chiffres peuvent être comparés avec le nombre d'entrées en qualité de touristes de personnes haïtiennes. La manière d'entrer au Chili la plus généralisée parmi les Haïtiens est au travers d'un visa de tourisme obtenu à l'entrée au Chili, à l'aéroport. Les observations que j'ai réalisées montrent qu'à part quelques exceptions qui repartent du

¹⁹⁹ Cette même idée a été retrouvée par Handerson dans les explications sur le début de la migration haïtienne au Brésil, pays qui a lui aussi participé aux opérations de la Minustah en Haïti (2015, p. 50). Pour un exemple concernant la diffusion de cette idée dans les médias, voir : <http://www.eldefnido.cl/actualidad/pais/7338/Haitianos-en-Chile-una-gran-comunidad-de-migrantes-que-busca-una-oportunidad/>, consulté le 15 février 2017.

Chili, la plupart des personnes arrivées en qualité de touristes cherchent à s'installer dans le pays. Ces observations sont corroborées par les chiffres de la PDI concernant les entrées et les sorties d'Haïtiens sur le territoire chilien (voir annexe 9). Aussi, les chiffres d'entrées en qualité de touristes sont révélateurs des flux migratoires des Haïtiens vers le Chili et de leurs évolutions.

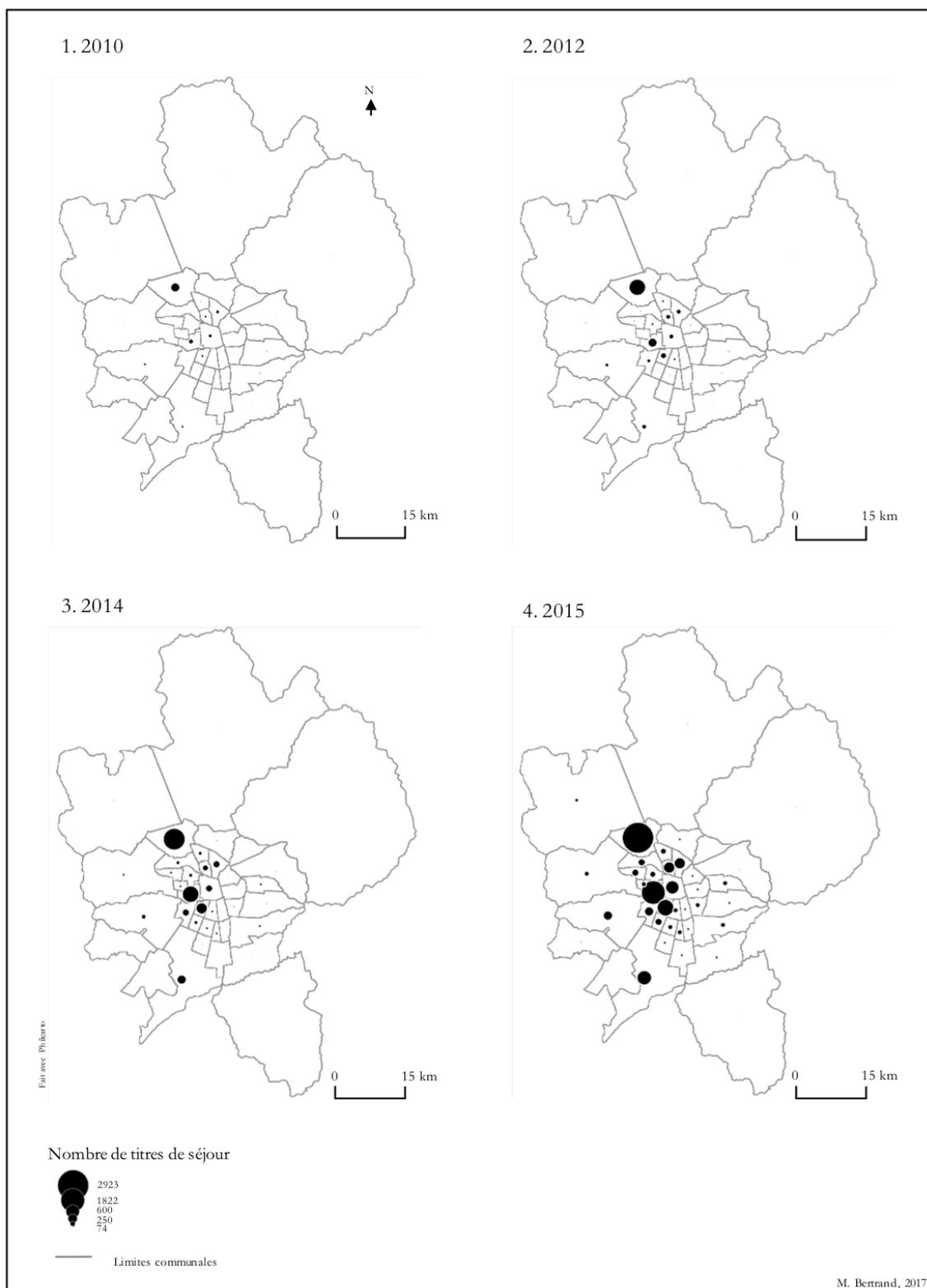
L'augmentation des entrées d'Haïtiens au Chili et du nombre de titres de séjour délivrés révèlent l'efficacité des réseaux migratoires haïtiens et l'ancrage de la diaspora haïtienne au Chili. Pour l'année 2016, les entrées en qualité de touristes d'Haïtiens au Chili sont au nombre de 46 962, montrant la poursuite et même l'accélération de ces flux. La comparaison du nombre de titres de séjour obtenus par nationalité révèle également un taux de croissance beaucoup plus élevé que pour les migrants issus d'autres pays (voir tableau 5.2).

Les Haïtiens qui viennent au Chili déclarent s'installer principalement dans la Région métropolitaine de Santiago. Entre 2005 et 2015, 97% des titres de séjour temporaires délivrés à des Haïtiens le sont à des personnes déclarant leur résidence dans la Région métropolitaine. Plus récemment, il est possible d'observer des demandes depuis d'autres régions du Chili, ce qui souligne une progressive et récente dispersion sur le territoire chilien. L'observation des médias et réseaux sociaux révèle que des Haïtiens sortent de Santiago lorsqu'ils ont une opportunité de travailler qui s'offre à eux en dehors de la ville.

Au sein de la Région métropolitaine de Santiago, les Haïtiens se concentrent dans certaines communes de la Région, notamment Quilicura, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda, San Bernardo, Santiago, Recoleta ou encore Independencia. La carte 7.1 montre l'évolution au fil des ans des communes de résidence déclarées par des Haïtiens lors de la délivrance de titres de séjour. Une dispersion au sein de la capitale du Chili s'observe à mesure de la structuration de cette migration. Ensuite, la concentration résidentielle des Haïtiens dans certaines communes souligne l'importance du fonctionnement des réseaux sociaux dans les stratégies résidentielles, qui se traduit par le regroupement dans certaines communes en fonction du lieu d'origine en Haïti. Ainsi, dans le quartier de Los Nogales à Estación Central, les Haïtiens y résidant proviennent principalement du département de l'Artibonite et notamment de la ville de Gonaïves et du département du Centre dont les villes de Thomassique, Thomonde et Hinche.

Enfin, et les cartes en annexe 10 le montrent bien, les zones de résidence des Haïtiens se distinguent (notamment pour les communes les plus déclarées) des communes de résidence des migrants d'autres nationalités.

Carte 7.1. Nombre de titres de séjour définitifs et temporaires délivrés à des Haïtiens par commune et par année

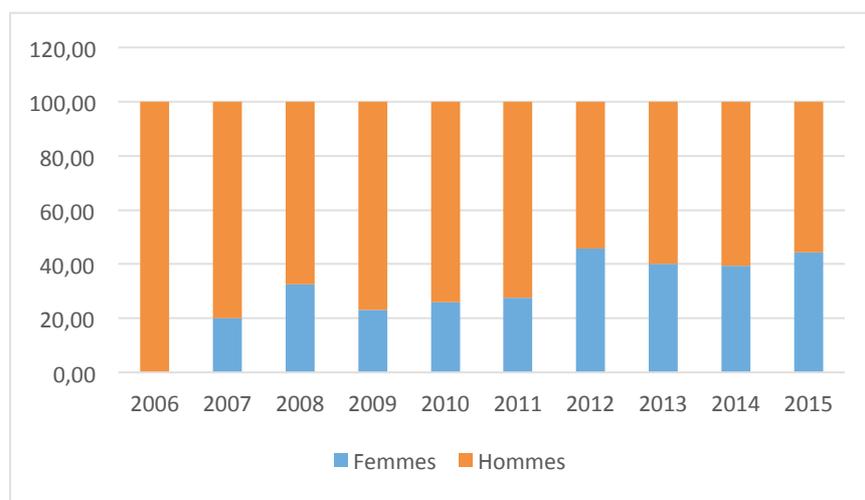


Sources : Departamento de Extranjería

Parmi les données générales existantes sur la population haïtienne, la répartition par sexe et par âge des titres de séjour délivrés à des Haïtiens offre des indications intéressantes. Parmi les visas de caractère temporaire délivrés à des Haïtiens entre 2005 et 2015, 68% sont

délivrés à des hommes, alors que sur le total des titres de séjour délivrés à l'ensemble des nationalités, les hommes représentent 49,97 % des destinataires. Concernant les chiffres des visas définitifs, entre 2006 et 2015, 60% ont été délivrés à des hommes pour 46,29% sur le total des visas définitifs délivrés à l'ensemble des nationalités. Alors qu'au Chili la migration est décrite comme connaissant une féminisation depuis les années 1990, la migration haïtienne est plus masculine. Cependant, une part croissante de ces visas est attribuée à des femmes au fil des années. Cela s'explique en partie par les mécanismes de regroupement familial qui s'observent fréquemment parmi les Haïtiens : un père de famille s'installe seul au Chili, puis après un temps, fait venir femme et enfants.

Figure 7.2. Répartition par sexe des titres de séjour définitifs délivrés entre 2006 et 2015 à des Haïtiens



Sources : Departamento de Extranjería. Elaboration personnelle.

Enfin, la répartition des titres de séjours délivrés à des Haïtiens montrent que la majorité des personnes régularisant leurs situations sont des jeunes adultes en âge de travailler.

Figure 7.3. Répartition par classe d'âge des titres de séjour délivrés à des Haïtiens

Âge	Visas définitifs (en %)	Visas temporaires (en %)
0-14	13,50	7
15-29	35	44
30-44	46,40	44
45-59	4,60	4
60-74	0,50	0

Sources : Departamento de Extranjeria, 2016

Une dernière information peut être ajoutée ici : *Le Nouvelliste*, journal de référence en Haïti, explique dans un article de juillet 2017 qu'en mai de la même année, le Chili est le deuxième pays d'origine des transferts d'argent vers Haïti²⁰⁰, après les États-Unis. Ce qui révèle, non seulement l'importance de la migration vers le Chili en termes de personnes, en termes d'économie, mais aussi son importante croissance dans l'imaginaire migratoire des Haïtiens. Le Chili est un pays où il fait bon migrer et qui se révèle prometteur pour les prétendants à la migration et pour leur famille en Haïti.

²⁰⁰ Voir : <http://lenouvelliste.com/article/172925/la-diaspora-haitienne-au-chili-2e-plus-grand-fournisseur-de-transferts-apres-celle-des-etats-unis>, consulté le 27 août 2017.

7.2. Partir pour le Chili

S'il demeure difficile de retracer précisément l'origine des mobilités haïtiennes vers le Chili et de l'installation des Haïtiens à Los Nogales, il apparaît cependant évident que l'importante croissance de la migration haïtienne au Chili est liée au fonctionnement des réseaux migratoires, à la circulation d'informations, de savoirs et de ressources qu'ils permettent, entre le Chili, Haïti et les autres pays de la diaspora.

Migrer, partir à l'étranger, aller chercher la vie (*chèche lavi*) dans un autre pays : ces sujets sont très présents dans les esprits en Haïti, et font partie des rêves et des projets de tout un chacun et du quotidien de ceux qui ont un proche à l'étranger. L'imaginaire migratoire, c'est-à-dire les représentations sur l'expérience migratoire, sur les moyens nécessaires pour y parvenir, sur les conséquences d'une telle action et sur les pays d'immigration, est très développé et très présent parmi la population haïtienne (Audebert, 2012 ; Handerson, 2015 ; Laëthier, 2011). Comme l'exprime Augustine (n°10) : « *Tout le monde en Haïti aimerait aller dans un autre pays* »*. Daniel (n°1) précise : « *Tu sais, les Haïtiens ont un système, quand on entend que quelqu'un est parti, on peut avoir quelque chose dans les mains, mais on prend la chance de vivre ça aussi. On veut démontrer qu'on est aussi capable de voyager* »*.

Ainsi, l'expérience de ceux qui sont partis au Chili et le récit qu'ils construisent permettent de faire exister ce pays dans l'imaginaire de la population. Augustine dit que « *c'est quand les Haïtiens ont commencé à entrer au Chili que l'on a su que le Chili existait. Mais je ne connaissais pas le Chili avant. Je connaissais la France, les États-Unis, Nassau. C'est dans ces pays que les Haïtiens allaient le plus* »*. Or, non seulement le Chili existe désormais, mais on dispose d'informations qui permettent de se représenter ce pays, de connaître les modalités et les ressources nécessaires pour y aller, et qui en font un lieu où il est envisageable et même réalisable de migrer. Hormis les personnes arrivées tout de suite après le tremblement de terre et qui semblent initier des réseaux migratoires, presque toutes les personnes haïtiennes que j'ai rencontrées à Los Nogales avaient entendu parler du Chili par un membre de leur famille, par un ami ou par une connaissance qui s'y trouvait et qui leur avait donné des informations sur leur expérience. Daniel (n°1), qui dit avoir migré pour tenter sa chance faute de pouvoir continuer son travail de construction en Haïti qui lui provoquait de graves problèmes de santé, explique que c'est le mari d'une cousine qui lui a parlé du Chili. Il lui a demandé : « *Comment c'est le Chili ? Il a dit : « Bon cousin, tu sais, ça ne va pas vraiment t'apporter du bonheur, mais tu vas pouvoir t'en sortir quand même* ». Mais, il y a une chose qu'on m'a dite c'est que depuis le Chili, tu peux facilement aller au Canada. Tu connais le système haïtien, depuis toujours tu as besoin d'un autre, tu as besoin d'argent, pour quand tu pourras passer dans un autre grand pays. On n'est pas intéressé pour venir dans ce pays, on pense que si on a des papiers on peut entrer au Canada »*.

Les informations qui circulent révèlent qu'il n'est pas si difficile d'entrer au Chili. Les conditions pour être autorisé à pénétrer sur le territoire ne sont pas si compliquées à remplir - ou à contourner - et permettent même de passer les frontières en toute légalité. Il est possible d'entrer au Chili avec un passeport, un billet d'avion, une lettre d'invitation d'un parent proche et de l'argent en poche²⁰¹. Ces conditions, plus faciles à obtenir et au coût moins élevé que celles exigées par d'autres pays, donnent un caractère accessible à cette migration. De plus, il est connu qu'il est relativement facile de trouver du travail au Chili (plus qu'en Haïti et en République dominicaine) et que le salaire est plus élevé qu'au Brésil. Cependant, le coût de la vie est dit plus cher. La rumeur raconte également qu'il est possible de régulariser rapidement sa situation. Je ne pense cependant pas que tous les prétendants à la migration soient informés dans les détails des démarches à suivre pour régulariser leur situation, ni des conditions de vie auxquelles ont accès les Haïtiens installés

²⁰¹ La lettre d'invitation et l'argent de poche sont des conditions arbitrairement définies par la police aux frontières (PDI) pour la population haïtienne en 2012.

au Chili. En effet, plusieurs Haïtiens rencontrés m'ont signalé que leurs proches qui étaient au Chili ne leur avaient pas décrit les aspects les plus négatifs, notamment concernant le logement, les conditions de travail, la difficulté d'étudier et la plus grande difficulté à obtenir un contrat de travail. D'autres m'ont indiqué vouloir faire venir un proche et lorsque je les interrogeai sur le fait de communiquer ou de taire les aspects qui les faisaient souffrir, ils disaient, sauf exceptions, qu'ils occultaient en général ce sujet. Cette attitude peut être liée à une volonté d'être reconnu et de répondre aux attentes que l'on a sur les *moun dyaspora* en Haïti. Elle peut aussi permettre de ne pas décourager les proches que l'on fait venir pour trouver en leur présence du soutien²⁰², ou bien elle reflète que malgré les plaintes des Haïtiens sur leurs situations au Chili, ils y trouvent plus d'avantages que d'inconvénients.

L'expérience de ceux qui sont au Chili révèle qu'il est possible d'y migrer et d'y réussir. Réussir peut vouloir dire beaucoup de choses, mais en tout cas, le Chili permet d'espérer mieux qu'en Haïti ou mieux qu'en République dominicaine où la situation devient intenable pour les Haïtiens. Trouver un travail, gagner de l'argent, étudier ou permettre à ses enfants d'étudier, se sentir avancer. La réussite de ceux qui sont là-bas est d'ailleurs démontrée par l'aide qu'ils peuvent apporter pour que leurs proches les rejoignent : des pères de famille qui font venir leur femme et leurs enfants, des individus qui payent le billet de leurs frères et sœurs, ou d'autres encore qui promettent d'accueillir et d'héberger à l'arrivée leurs connaissances.

Progressivement, une population toujours plus importante considère le Chili comme un pays de migration potentiel. Aussi, les raisons qui sont données pour justifier un départ d'Haïti et celles qui expliquent le choix du Chili sont bien souvent intrinsèquement liées. De plus, ces représentations conduisent à situer le Chili au sein de la hiérarchie qui organise les différentes destinations de la diaspora haïtienne et participe à orienter les flux qui dessine cette dernière. Bien sûr, le Chili n'est pas un *gwo peyi* comme les États-Unis, le Canada et la France, destinations classiques et idéalisées. Le Chili est un petit pays, mais un petit pays accessible et où l'on peut s'en sortir. Cette caractéristique pragmatique lui donne une position intéressante dans la hiérarchie des destinations, sachant que tous les grands pays sont extrêmement difficiles d'accès, très chers et que les entrées s'y font principalement de manière irrégulière. Alors que la République dominicaine ferme ses portes et expulse les Haïtiens qui y résident, l'Amérique latine, et notamment des pays comme le Chili et le Brésil, sont des destinations qui présentent de nombreux avantages. Peut-être même, comme se prennent à rêver beaucoup au Chili, celui d'être un tremplin pour ensuite accéder à un grand pays.

Plusieurs idées apparaissent lorsque les Haïtiens installés à Los Nogales justifient ce qui les a poussés hors d'Haïti. La complexité de la construction de ces explications ainsi que leur variabilité montrent que l'intérêt de leur description ici réside, non pas dans la volonté de comprendre pourquoi les personnes sont parties, mais plutôt d'observer certains éléments rhétoriques mobilisés par les Haïtiens en ce qu'ils éclairent leurs représentations sur leur pays, leur situation et la migration. Pour quelques rares personnes rencontrées, qui font partie des pionniers, des premiers à être venus au Chili sans avoir de proches déjà installés, le départ d'Haïti est expliqué par les pertes subies pendant le tremblement de terre. C'est le cas du Pasteur Guy-Max (n°7). qui explique avoir tout perdu lors de cette catastrophe et avoir dû partir. Il raconte qu'en 2010, plusieurs personnes qui avaient fortement souffert sont venues grâce à Michelle Bachelet, Présidente du Chili, qui a tout pris en charge. Lui n'a pas pu venir avec eux, mais il s'est acheté un billet en vendant des affaires et avec l'aide de

²⁰² Plusieurs femmes font venir une sœur ou une cousine lors de leur grossesse dans le but de les aider ; la grossesse, l'accouchement et les temps suivants la naissance sont en Haïti pris en charge collectivement. Aussi, la solitude qu'apporte la migration est vécue comme une souffrance pour les femmes dont aucun membre de la famille ne se trouve au Chili.

frères et de cousins, il est arrivé au Chili en mars 2010. Il n'y avait pas besoin à cette époque d'une lettre d'invitation pour entrer.

Venir au Chili pour étudier et se former est une raison largement répandue parmi les jeunes Haïtiens et notamment les célibataires. On la retrouve presque systématiquement dans les interviews réalisées par les médias auprès d'Haïtiens. Toujours fièrement énoncée, elle semble être une explication considérée comme présentable, honorable, notamment en ce qu'elle se distingue du regard misérabiliste qui décrit généralement la migration haïtienne. Malheureusement, nombreux sont ceux qui, une fois au Chili, se retrouvent devant l'impossibilité de faire valider leur diplôme (même pour le niveau de fin de lycée) et qui découvrent que les formations professionnelles et universitaires sont payantes et très chères au Chili. Parmi les Haïtiens rencontrés, je ne connais aucun adulte qui a bénéficié d'un titre de séjour étudiant. Pour la plupart, c'est après quelques mois - voire années - passés au Chili qu'ils peuvent commencer une formation, en cours du soir.

Malgré la volonté d'afficher que ce n'est pas la misère qu'ils fuient, mais plutôt qu'ils ont migré dans le but de réaliser un projet personnel, ces jeunes expriment finalement également leur insatisfaction face aux possibilités que leur offre leur pays. Ils rejoignent alors une autre explication que donnent des Haïtiens pour justifier leur migration et déplorent la situation économique, l'offre limitée d'emplois et les non-perspectives d'évolution sociale en Haïti. Face aux difficultés pour trouver un travail qui permette de subvenir à leurs besoins²⁰³, ils décident de partir *chechè lavi* à l'étranger. Cette volonté de réalisation personnelle est évoquée par les Haïtiens dans différents pays de la diaspora (Audebert, 2012 ; Handerson, 2015 ; Laëthier, 2011) et semble fondamentale à l'imaginaire migratoire haïtien. Étudier, mais surtout travailler, ne pas rester assis à ne rien faire, travailler et gagner sa vie, avoir un contrat de travail, recevoir un salaire, avancer. Pour Réginald (n°8), « *Ce n'est pas tellement ce à quoi j'avais pensé, mais, quand même, ça nous satisfait. Même si la vie est un peu chère, c'est en quelque sorte mieux que ce que nous avions. C'est mieux parce que tu ne restes pas assis. Tu vas travailler chaque jour. C'est mieux qu'en Haïti* ».

Alors que dans des études réalisées dans d'autres pays de la diaspora (Handerson, 2015; Laëthier, 2011), la situation politique du pays est citée comme une des raisons du départ, celle-ci n'est jamais apparue au cours des conversations que j'ai eu avec des Haïtiens. Cela peut être expliqué par la nouveauté de la migration au Chili et la stabilité politique reconnue alors au gouvernement de Martelly (Président de la République d'Haïti 2011-2016) dans un contexte où les principales inquiétudes sont liées à la reconstruction du pays suite au tremblement de terre²⁰⁴.

Par ailleurs, les difficultés économiques sont également mentionnées quant à leurs conséquences sur les conditions de vie, sur la morbidité et la mortalité en Haïti²⁰⁵. Pour plusieurs personnes, et bien souvent ce sont des femmes qui signalent cela, Haïti est un pays où elles connaissent « *anpil misè* »²⁰⁶, beaucoup de problèmes et de difficultés. Avoir assez d'argent pour vivre, réussir à faire un enfant, protéger les enfants de la maladie ou de la mort, ne pas avoir d'accident, vivre à l'aise font partie des besoins qui sont estimés

²⁰³ Parmi les personnes que j'ai rencontrées, une toute petite partie avait des diplômes, et la plupart les avaient obtenus en République dominicaine. Tous expliquaient leur difficulté à conserver un emploi dans leur secteur d'activité. Plusieurs trouvaient du travail auprès des ONG internationales, mais ils expliquaient que celles-ci étaient instables : par exemple, le tremblement de terre de 2010 avait conduit l'ONG dans laquelle travaillait un agronome à revoir ses objectifs. Il a donc perdu son emploi. La grande majorité des autres personnes travaillaient en Haïti dans la construction, et dans le petit commerce. Certaines femmes réalisaient ponctuellement de la couture mais cela n'était pas leur source de revenu principal.

²⁰⁴ Mais peut-être aussi parce que mes questions n'allaient pas en ce sens.

²⁰⁵ Il est probable que ces explications naissent des contextes dans lesquels se sont déroulées nos discussions, autour des enfants, des maladies et des soins

²⁰⁶ « Beaucoup de misère ».

difficiles à satisfaire. Et souvent, c'est la jalousie entre les Haïtiens qui est considérée responsable de ces maux. La jalousie de voir un autre réussir qui conduirait les gens à agir pour empêcher les autres d'avancer. Aussi quand l'un montre des signes de réussite, en se mariant, en ayant un enfant, en étudiant un peu plus à l'école, en possédant ce que la plupart n'ont pas, les autres, par jalousie, vont lui envoyer des malheurs pour l'empêcher d'avancer. La magie, au travers du vodou, est alors invoquée comme instrument de ce système qui explique les maladies, les échecs et les morts. Fignolette (n°5) considère ainsi que « *les gens ne peuvent pas faire de projet en Haïti, si tu fais un projet, comme acheter une petite voiture, sous trois jours tu vas mourir, tu vas devenir fou ou on va te faire péter les yeux* ». Venir au Chili était pour elle l'occasion de découvrir un pays où la méchanceté n'empêche pas toute initiative. Partir est un moyen d'échapper à ce système violent, dangereux. Pour Augustine (n°10), dont les trois premiers enfants sont décédés en bas-âge et dont le dernier-né, Stevenson présente des problèmes de santé dès sa naissance, quitter Haïti représente le meilleur moyen de protéger son enfant et de le sauver. Elle est convaincue que les esprits, les *lwa* n'auraient pas laissé Stevenson tranquille tant qu'il était en Haïti : « *Je ne voulais pas rester avec mon enfant, j'avais très peur pour lui en Haïti, car il était malade. Je ne savais pas ce que je pouvais faire d'autre pour lui. Je pouvais seulement sortir de ce pays* »*. Aussi, elle a poussé son mari à les faire venir au plus vite au Chili.

Sortir d'Haïti et traverser l'océan. Traverser l'océan protège, selon certains, des attaques vodou, car les esprits vodou, les *lwa*, disent-ils, ne franchissent pas les mers. Daniel (n°1) précise : « *Si quand tu étais au pays tu avais une persécution²⁰⁷, on dit que quand tu traverses vers un autre pays, elle s'arrête. Il y a beaucoup de gens qui ne pouvaient pas faire d'enfant en Haïti et quand ils arrivent ici, ils font des enfants* »*. Non seulement les *lwas* ne traversent pas les océans, mais en plus, les Chiliens ne savent pas pratiquer le vodou ou envoyer des attaques contre les gens. De plus, pour Nathalie (n°3), « *Comme il n'y a pas de bôkò²⁰⁸, il n'y a pas ce genre de maladie. C'est pour ça que c'est très bien au Chili. Les Chiliens, les Chiliennes, les blancs, ils ne connaissent pas ça* ».

Aussi, venir au Chili, où les personnes ne représentent pas de menaces, où les attaques vodou n'existent pas²⁰⁹, c'est pouvoir marcher librement, tranquillement avec son enfant sans craindre pour sa vie ; c'est pouvoir monter un commerce, étudier sans risquer d'attiser la jalousie et donc la méchanceté des autres. Fignolette (n°5) exprime la différence entre Haïti et le Chili de la manière suivante : « *Cette enfant [elle montre sa fille de quelques mois], elle est à moi, mais toi tu n'en n'as pas. Je ne te la passe pas, et je vais plutôt t'insulter. Mais quand tu regardes ici au Chili, c'est pas comme ça. Si tu as quelque chose, et moi je n'en ai pas, tu peux me le passer. Mais en Haïti, tu ne me le passeras pas. En Haïti, avec un petit comme ça tu ne peux pas sortir dans la rue avec lui. Si tu vas à l'église, il faut que tu lui enveloppes entièrement la tête, pour la couvrir sous un drap* »*. Cinélie (n°4), Rosénie (n°30), et plusieurs autres femmes, ont enfin pu en venant au Chili se libérer des attaques vodou qui pesaient sur elles et les empêchaient d'avoir un enfant. Quand médias ou personnels de santé disent que les femmes haïtiennes tombent enceintes pour obtenir des papiers et régulariser leur situation au Chili, plusieurs contestent et soulignent qu'en traversant les océans, elles ont simplement pu mettre fin à ce qui bloquait la croissance d'un enfant dans leur ventre.

Ces raisons, qui justifient la nécessité de quitter Haïti pour échapper aux malheurs dont on est facilement sujet dans ce pays, donnent une image très négative d'Haïti. Non seulement, les conditions de vie n'apparaissent pas satisfaisantes, mais dans ces descriptions, les

²⁰⁷ Une *pesekisyon* correspond à l'envoi d'un esprit ou d'une âme sur une personne. Celle-ci est alors victime de maladies graves, d'accident ou peut en mourir.

²⁰⁸ Les *bôkò* et les *oungans* sont des officiants vodou, ceux vers qui l'on se dirige pour pouvoir envoyer une *ekspèdisyon*, une *pesekisyon*, une *maladi zombi* ou bien pour s'en protéger.

²⁰⁹ Nous verrons plus loin que malgré le fait que cette idée soit généralement acceptée parmi les Haïtiens au Chili (les *lwa* ne franchissent pas les mers et il n'y a pas d'attaque au Chili), tous les problèmes graves rencontrés au Chili sont cependant expliqués par des attaques vodou.

Haïtiens condamnent leurs concitoyens, soulignent la méchanceté des uns, le manque de solidarité de la population. Ce regard peut s'expliquer par des siècles d'oppression qui ont conduit à l'incorporation d'un regard très négatif des Haïtiens sur eux-mêmes (Vonarx, 2012) ou encore par la mobilisation du registre du magique pour expliquer ce que la pauvreté et la domination causent lorsque le politique demeure inaccessible (de Martino, 1948; Menéndez, 1981). Ce regard négatif offre une justification, une légitimité à l'émigration. Pourtant, c'est un regard tout autre qui est fait sur Haïti quand les comparaisons entre Chili et Haïti se réalisent depuis des critiques de la situation des Haïtiens au Chili. En se plaignant des conditions de logement et de travail, de la cherté de la vie au Chili, les personnes valorisent différents aspects de la vie en Haïti et les regrets d'être partis et les envies d'y retourner rapidement sont alors exprimés. L'ambivalence et la complexité des discours sont effectivement très présents dans les justifications de la migration qui sont données *a posteriori*.

Par ailleurs, si beaucoup sont venus au Chili de leur plein gré, pour réaliser leur rêve ou leur projet et tenter leur chance, différentes personnes disent ne pas avoir choisi de s'y rendre et être là contre leur volonté. Chimène (n°22), puis Sabine-Carla (n°23) ont été envoyées par décision familiale pour rejoindre leur respectivement cousine et sœur Lolaine (n°6). Celle-ci, plus âgée, a signalé aux familles que les jeunes femmes pourraient s'en sortir mieux au Chili ; elle avait également besoin d'aide avec la naissance de sa fille et a fait pression pour faire venir les deux femmes. Tant Chimène que Sabine-Carla disent ne pas avoir voulu venir : en migrant au Chili, elles mettaient fin aux études qu'elles avaient commencées, en informatique et en infirmerie. Elles ont laissé avec regret leurs camarades de classe. Alors que je les rencontrais peu après leur arrivée, elles semblaient avoir de la rancœur envers leurs familles. Et pourtant, les deux font à leur tour venir leurs proches : pour Chimène, son petit-ami Réginald (n°8) (lequel n'avait pas non plus l'intention de s'installer au Chili, mais comme son amie a tout organisé, il a finalement accepté) ; et pour Sabine-Carla (n°23), son grand-frère. Réginald, qui se plaint de sa situation au Chili, dit ne pas s'y plaire et regrette de ne pas pouvoir faire des études qu'il sait bien trop chères, prétend également faire venir son petit frère, afin qu'il poursuive sa scolarité au Chili.

Alexander (n°36) a aussi été envoyé par son père au Chili, contre son gré, en 2012. Quand il a eu fini le lycée, il a demandé à aller à l'université. Son père a refusé et a préféré lui payer son billet pour le Chili. Après 6 mois au Chili, le jeune homme a décidé de rentrer en Haïti, car il ne supportait pas la vie ici. Pourtant son père l'y a renvoyé à nouveau et Alexander n'a plus cherché à rentrer. Il travaille dans une station essence et en 2015, il commence enfin des études. Enfin, l'exemple de Candice (n°12) est aussi intéressant à signaler. Elle a grandi près de Thomonde avec ses six frères et sœurs et ses deux parents. Son père est un *oungan*, un officiant vodou. À la fin des années 2000, ses parents se sont séparés et sa mère est partie s'installer en République dominicaine. Candice est restée dans sa ville en Haïti, résidant chez le pasteur de son église. Elle a commencé à fréquenter un garçon, mais cela a déplu au pasteur et à sa mère et il a été décidé qu'elle aille rejoindre sa mère. Plus tard, elle a eu une autre relation amoureuse qui ne correspondait pas aux attentes de sa mère et a été envoyée rejoindre son frère au Chili. La trajectoire migratoire de Candice repose donc sur des considérations morales et sur des solutions trouvées en fonction des lieux de résidence des membres de la famille.

Pour Daniel (n°1), « *il y a plusieurs causes à la sortie d'Haïti. Il y a des gens qui n'ont pas la possibilité de vivre. Il n'y a pas de travail. Parfois les gens sont obligés de faire des sacrifices, s'ils ont de la famille ailleurs, dans un autre pays qui peut les aider, ils placent des personnes et les envoient dans tel pays. Ou bien, les gens vendent leurs biens, comme des terres, tu comprends ? Les gens ont des terres et les vendent. Et ils vont dans un autre pays. Il y a aussi des gens c'est pour la baine qu'ils sortent. Parfois les gens veulent posséder ce qu'ont les autres et leur envoient des maladies. S'il prend une maladie, il a une chance de*

mourir, et il part dans un autre pays »*. Il résume ainsi les différentes raisons évoquées par les personnes rencontrées à Los Nogales pour expliquer leur venue au Chili.

7.3. L'organisation de la migration ou la mise en place de chaînes de solidarité et de dettes

Les informations qui circulent et l'expérience de ceux qui sont partis peuvent pousser d'autres au départ en ce qu'elles rendent la migration au Chili possible et accessible. L'accessibilité de cette migration naît aussi, dans la majorité des cas, de la participation de ceux qui sont au Chili dans l'organisation du voyage et dans sa réalisation. Cette participation peut prendre la forme de conseils, de lettre d'invitation, d'envoi d'argent, d'achat de billet d'avion, d'accueil à l'aéroport, d'hébergement à l'arrivée ou d'aide pour trouver un hébergement, d'orientation pour obtenir un travail et pour développer des stratégies favorables à une régularisation. Par ailleurs, les moyens, notamment matériels, pour réaliser la migration sont aussi trouvés en Haïti, auprès des proches et dans la vente des biens. L'ensemble montre que la réalisation de la migration est basée sur la mise en place de chaînes de solidarité et de dettes entre les prétendants à la migration et leurs proches au Chili et en Haïti. Et cette organisation, qui facilite la migration et offre une protection à ceux qui s'y essayent conduit, non seulement à renforcer les flux migratoires, mais aussi à organiser les Haïtiens au Chili en des réseaux de solidarité et de dettes prenant forme de communauté.

Un premier mode d'organisation de la migration, commun parmi les migrants pionniers et lorsque le prétendant au voyage n'a pas de proche au Chili qui puisse l'aider, consiste à utiliser les services d'un passeur, appelé *raketè*. Pour Daniel (n°1), qui a utilisé les services d'un « racketteur » pour venir au Chili, il s'agit « *d'une personne qui prend ton argent et qui dit qu'il va te faire partir. Donc, il achète le billet d'avion pour toi. C'est seulement le billet qu'il achète pour toi. Et tout le reste de l'argent il le garde pour lui* »*. Les *raketè*, qui d'après lui sont toujours haïtiens, prennent en charge de manière plus ou moins complète l'organisation du voyage : ils s'occupent généralement de l'achat du billet d'avion mais ils peuvent aussi aider à la réalisation du passeport et parfois promettre un accueil et une embauche à l'arrivée au Chili. L'aide des passeurs est sollicitée généralement quand la personne ignore comment préparer son voyage et ne reçoit pas les conseils précis ou l'aide d'un proche qui en a eu l'expérience (comme Daniel (n°1) par exemple qui explique qu'il « *n'y connaissait rien* »*. Mais ces services coûtent chers, bien plus chers que lorsque la personne se charge elle-même des démarches. Certains *raketè* opèrent depuis le Chili²¹⁰ et leurs services incluent plus facilement l'accueil à l'aéroport et l'aide pour trouver travail et logement à l'arrivée. Lorsque les promesses d'aide sont très alléchantes, elles peuvent conduire à des arnaques. Ginel (n°9), responsable de l'association des Haïtiens présente à Los Nogales (Oshec) explique avoir organisé des activités avec la PDI²¹¹ sur la traite de personnes. Il ne s'agit pas ici de trafic pour des réseaux de prostitution mais « *ce sont des personnes qui les invitent ici et les arnaquent. Ils leur disent qu'ils ont du travail, qu'ils vont leur donner une maison et pour faire la lettre d'invitation ils leur prennent beaucoup d'argent. Alors j'ai parlé avec certains fonctionnaires de la PDI, avec des chefs et ils sont venus ici pour une conversation avec la communauté pour parler de ces sujets : « Si vous suspectez ces cas dans la communauté, n'ayez pas peur de vous approcher de la PDI, car c'est une institution qui travaille pour vous ! »* »*. Selon lui, ces problèmes sont moins fréquents grâce à la sensibilisation réalisée.

Lorsque le migrant a un proche au Chili, il n'a pas toujours besoin d'avoir recours à un *raketè* et parvient avec l'aide de ce proche à réaliser toutes les démarches nécessaires. Dans

²¹⁰ J'ai rencontré quelques hommes qui disaient aider d'autres personnes à organiser leurs voyages au Chili. L'un d'entre eux avait contacté une agence de voyage chilienne et à chaque client haïtien qu'il amenait, il recevait une somme d'argent.

²¹¹ *Policía de Investigación* : police notamment en charge de l'entrée sur le territoire et du contrôle de la régularité du séjour des étrangers au Chili.

la majorité des cas rencontrés, le candidat à la migration part depuis Haïti ou de République dominicaine pour rejoindre au Chili un proche, conjoint, frère, sœur, cousin, voisin, enfant ou parent. Dans ces cas-là, deux schémas se retrouvent le plus souvent.

Premièrement, dans le cas d'une famille déjà constituée en Haïti : le père de famille part au Chili où habite déjà un frère, un cousin, une connaissance. Celui-ci l'accueille et l'oriente. Il trouve un travail, obtient un titre de séjour et économise de l'argent. Il partage alors souvent sa chambre avec d'autres hommes célibataires ou est logé par son proche. Une fois que l'argent économisé est suffisant, il fait venir sa femme et ses enfants s'il en a. Pour leur arrivée, il a trouvé un logement que la famille occupe de manière indépendante. Il arrive également que les parents partent ensemble, en laissant leurs enfants à leur famille et qu'ils les fassent venir ensuite progressivement, une fois l'argent nécessaire accumulé et une fois qu'ils ont trouvé un logement qui permette d'accueillir l'ensemble de la famille. C'est le cas par exemple de Léocadie et Cédric (n°17) : le jeune couple est arrivé en 2013, laissant ses deux enfants chez les parents de Léocadie en République dominicaine. À leur arrivée, ils s'installent dans une maison avec Giovanni et sa sœur Leïla (n°14) qu'ils connaissent depuis Haïti (ils viennent tous de Thomassique) et qui les ont conseillés pour leur venue au Chili. Le couple travaille au Chili et économise de l'argent, puis ils parviennent à faire venir leurs enfants au Chili en 2015.

Deuxièmement, dans le cas de célibataires : ils rejoignent au Chili un parent proche, un voisin ou une connaissance. Lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille proche, la personne au Chili participe généralement aux frais de la migration et reçoit à son domicile le nouveau venu. Elle l'héberge le temps qu'il trouve un travail, régularise sa situation, puis trouve un logement.

Lorsque la situation des personnes se stabilisent, il est commun de voir un de leurs proches les rejoindre au Chili, que ce soit le premier ou le second cas de figure. Dans les deux cas, le proche qui est au Chili prend en charge une part plus ou moins importante de l'organisation et du coût de la migration, part qui dépend du degré de proximité avec le prétendant à la migration, des moyens du prétendant et de sa famille en Haïti et des moyens de la personne au Chili. Il est fréquent d'entendre de la part des personnes installées au Chili (emploi trouvé, titre de séjour obtenu et logement individuel) qu'ils souhaitent faire entrer au Chili un de leurs proches parents. Dans ce cas, où l'initiative semble être la leur (il s'agit d'ailleurs souvent de faire venir des proches qui dépendent d'eux, comme un petit frère ou une petite sœur, un frère ou une sœur encore non marié, une mère ou un père trop âgé pour travailler), ils assument eux-mêmes la charge ou grande partie de la charge des frais de la migration. Les économies faites tous les mois permettent de rassembler assez d'argent pour payer le billet d'avion et le passeport, si besoin. S'il y a un lien de parenté avec le prétendant à la migration, ils peuvent faire eux-mêmes la lettre d'invitation nécessaire pour entrer au Chili, ce qui n'ajoute pas de frais.

Sabine-Carla (n°23), par exemple, a été envoyée par sa famille rejoindre sa sœur Lolaine (n°6) au Chili. Cette dernière insistait pour que sa petite sœur la rejoigne et a payé le billet d'avion. La famille en Haïti a pris en charge les frais de passeport et l'envoi de la jeune femme vers Port-au-Prince avant le départ. À son arrivée au Chili, Sabine-Carla a été accueillie chez sa sœur et son beau-frère, elle a rapidement trouvé du travail dans une station essence puis, après quelques mois, elle est parvenue à s'installer dans une chambre partagée avec une autre jeune femme. Dès lors, elle a mis de côté de l'argent tous les mois, à travers le système du *sol*. Il s'agit d'un système d'épargne collectif répandu en Haïti, qui correspond au modèle de la tontine. Un *sol* est un accord passé entre plusieurs participants : chacun verse pendant un certain nombre de mois un montant défini d'argent. Chaque

mois, l'un des participants remporte la totalité de la somme²¹². La grande majorité des Haïtiens rencontrés à Los Nogales participaient à un ou plusieurs *sol* dans l'objectif d'économiser pour faire venir un proche, pour se payer des études ou pour investir en Haïti. Quand Sabine-Carla (n°23) a eu une « main » d'un *sol*, elle a payé un billet d'avion à son frère pour qu'il vienne la rejoindre.

Investir dans le billet d'avion d'un proche est parfois une stratégie pour soulager ses propres charges au Chili et trouver de l'aide dans la présence de ce proche. En finançant le billet et en accueillant le nouveau venu, celui-ci contracte en quelque sorte une dette ou une reconnaissance qui se traduit sous différentes formes. Lorsqu'une femme va accoucher par exemple, on fait venir une autre femme de la famille. Celle-ci l'aide avant, pendant et après l'accouchement et offre un soutien non négligeable en contexte de migration. Il arrive aussi que lorsqu'il y a des enfants en bas âge, on fasse venir une grand-mère ou une tante pour prendre soin des enfants et permettre à la mère de famille de travailler.

En dehors du cadre familial, aider à la venue d'une connaissance plus lointaine renforce aussi ces chaînes de solidarité et de dette. Bien qu'en général, ce soit le prétendant à la migration qui paye son billet et son passeport, voire sa lettre d'invitation, il est parfois reçu dans la maison de celui qui l'a aidé, en attendant qu'il parvienne à son indépendance. Dans ce cas, il contracte une dette, d'ordre moral, envers ses hôtes. Si ceux-ci se doivent d'accueillir et de nourrir le nouvel arrivant tant qu'il en a besoin, ce dernier doit apporter, à sa manière, une aide au foyer d'accueil. Sybil (n°18), une femme d'une quarantaine d'années qui n'a pas de famille au Chili, a sollicité les services de Giovanni (n°15). Cet homme qui réside au Chili et provient de la même ville qu'elle en Haïti, se charge d'acheter son billet (elle paye le billet et le service). Faute d'avoir pu trouver un logement à son arrivée, Sybil s'installe temporairement dans la maison où réside Giovanni, ses frères et sœurs et d'autres cousins et amis à Los Nogales. Arrivée peu après l'accouchement de Leïla (n°14), la sœur de Giovanni, elle lui offre une aide précieuse, réalisant les tâches ménagères et lui administrant les soins nécessaires après un accouchement. Après quelques mois, quand Sybil trouve un travail et un logement indépendant, elle quitte le domicile de Giovanni et Leïla, et chacun ayant trouvé son compte à la cohabitation. On peut aussi attendre une aide des membres de la famille que l'on a aidé, à l'heure de faire venir un autre proche. Un refus peut-être assez mal perçu si la personne a réussi à stabiliser sa situation.

Pourtant, parfois, la dette liée à l'accueil peut devenir lourde à porter, lorsque cet accueil se prolonge trop et crée une dépendance. Christine (n°2) par exemple est hébergée par sa cousine Fanny (n°2) et son mari. Alors qu'elle aide à gérer la maison et les trois enfants du couple, après quelques mois, Christine exprime une douloureuse insatisfaction et un grand mal-être. Elle ne parvient pas à trouver du travail et souffre, non seulement de ne pas parvenir à réaliser ses objectifs, mais aussi d'être tant redevable au couple.

Lorsque le coût de la migration n'est pas totalement pris en charge par les membres de la famille en diaspora, lorsque son prix s'élève car il faut payer les services d'un *raketè* pour trouver une lettre d'invitation, un billet et un accueil à l'arrivée, les prétendants à la migration doivent trouver l'argent nécessaire. Cet argent est souvent le fruit d'un effort collectif, familial. On vend des terres et des biens, on reçoit de l'aide des proches en Haïti. Là encore des dettes matérielles et morales sont contractées. Comme le décrit Laëthier (2011) dans le cadre de la migration haïtienne en Guyane, ces dettes contribuent à créer des liens entre Haïti et les pays de la diaspora et permettent de tisser les réseaux migratoires. La famille aide au départ d'un de ses membres et celui-ci doit s'en souvenir. Un membre de la

²¹² Par exemple, dix personnes s'accordent pour verser tous les mois pendant dix mois 100 000 pesos. Tous les mois et à tour de rôle, une personne reçoit les dix parts de 100 000 pesos.

famille en migration apporte généralement un soutien financier bienvenu à ceux restés en Haïti ; aussi, investir dans le départ de l'un, suppose des attentes pour l'avenir.

D'autres stratégies de migration moins communes sont également observées. Par exemple, pour obtenir une invitation ou même pour financer leurs billets, certains utilisent les réseaux sociaux virtuels comme Facebook pour prendre contact avec une personne au Chili, qu'elle soit chilienne ou haïtienne. Bien souvent, une relation se construit à distance qui conduit à une invitation au Chili, parfois à l'achat d'un billet ou à une promesse d'accueil à l'arrivée. Cette participation au financement de tout ou partie du voyage est souvent réalisée en échange d'une promesse de relation « amoureuse » à l'arrivée. J'ai rencontré des jeunes hommes qui étaient venus de cette manière, et entretenaient des relations avec des femmes chiliennes souvent plus âgées. L'indépendance à l'arrivée vis-à-vis des personnes qui ont invité est très variable selon les cas. Certains rompent la relation une fois installés au Chili et d'autres maintiennent une relation plus ou moins proche avec la personne. En 2014, un meurtre a secoué la communauté haïtienne au Chili : un Haïtien a tué une femme car celle-ci refusait le mariage qu'il lui proposait. On raconte que la femme avait promis à l'homme qu'elle avait rencontré par internet de se marier avec lui s'il la faisait venir au Chili. Il avait payé les frais nécessaires à sa venue, mais l'entente n'a pas été celle escomptée et elle a refusé le mariage.

Enfin, si la majorité des Haïtiens, qui s'installent à Los Nogales habitaient auparavant en Haïti ou en République dominicaine et sont venus en avion, quelques hommes ont emprunté des routes migratoires différentes ou ont une expérience migratoire plus diverse. Ginel (n°9) par exemple a quitté Haïti en 2009 pour se rendre en Équateur. Là-bas, il a estimé qu'il n'était pas si facile de trouver du travail et a décidé de se rendre au Chili, dont il avait entendu parlé par des amis haïtiens et équatoriens. Il a cependant choisi de s'y rendre par voie terrestre. En arrivant au Pérou, il a décidé d'y tenter sa chance. Il a travaillé pendant un an dans des restaurants et donnait des cours de danse, puis il a décidé d'aller au Chili où il connaissait désormais plus de personnes. Il est arrivé par le nord du Chili en traversant la frontière terrestre, puis s'est rendu à Santiago.

L'organisation de la migration haïtienne au Chili repose donc principalement sur des réseaux d'ordre familial (au sens large), qui rendent possible la migration, offrent une protection de première importance basée sur la solidarité et le devoir matériel et moral. Le fonctionnement de ces réseaux, l'aide apportée dans l'achat du billet, dans l'organisation du départ, dans l'accueil au Chili et l'échange d'informations favorisent la migration vers le Chili mais aussi la construction d'une communauté haïtienne dans ce pays. Une communauté fortement liée par les liens familiaux ou de proximité, par l'entraide, par la reconnaissance et par les dettes contractées entre les personnes en migration.

7.4. Stratégies de régularisation et précarité créée par la législation

Le fonctionnement des réseaux migratoires, l'accumulation d'expériences et le partage d'informations ont également conduit à la mise en place de stratégies de régularisation de la situation migratoire répandues parmi les Haïtiens résidant à Los Nogales. Ces stratégies s'inscrivent bien évidemment dans le cadre de la législation chilienne en matière de migration, et de l'interprétation qui en est faite par les institutions et les individus chargés de l'appliquer. En guise d'exemple, le prix des titres de séjour ou encore les éléments demandés pour être autorisé à entrer sur le territoire chilien sont extrêmement variables en fonction des nationalités²¹³. Le prix d'un titre de séjour sujet à contrat de travail coûte 25 dollars pour un Haïtien quand il revient 295 dollars pour un Colombien²¹⁴. Par ailleurs, les

²¹³ Attention, ces différences proviennent également des accords entre les pays.

²¹⁴ Voir : <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/01/Res.-45778.pdf>, consulté le 27 août 2017.

éléments demandés à la frontière chilienne aux Haïtiens pour un visa tourisme sont modifiés en fonction de mesures institutionnelles non inscrites dans la loi et qui dépendent également de la discrétion des agents. Aussi, à partir de 2012, la PDI, qui contrôle l'entrée sur le territoire, exige une lettre d'invitation d'une personne au Chili (et plus tard, précise qu'elle doit être signée par un membre de la famille proche résidant au Chili) et un certain montant d'argent (fin 2014, les personnes que j'ai rencontrées signalent qu'ils doivent prouver avoir 1000 dollars). Les récits des Haïtiens sur le passage à la frontière montrent que les décisions d'autorisation d'entrer sur le territoire ou de renvoi vers le pays d'origine peuvent être arbitraires et donc parfois négociables.

À partir des différents éléments légaux, institutionnels et pratiques, les Haïtiens ont mis en place des stratégies qui permettent de franchir la frontière légalement, puis, pour ceux qui y parviennent, de régulariser leur présence sur le territoire chilien (et ce, rapidement si l'on compare aux Haïtiens qui résident en Guyane ou encore aux États-Unis). Parmi les Haïtiens qui résident à Los Nogales, trois principales voies de régularisation sont le plus fréquemment utilisées. Tout d'abord, presque toutes les personnes entrent sur le territoire chilien en qualité de touristes. Il est extrêmement rare, même dans le cas de regroupement familial, de voir des personnes qui ont obtenu un titre de séjour avant leur départ. Elles se présentent en général à l'aéroport et quand elles ne sont pas renvoyées d'où elles viennent²¹⁵, elles obtiennent un visa tourisme valable trois mois.

La première stratégie, la plus répandue, consiste alors à chercher un contrat de travail et avec celui-ci, de demander un titre de séjour sujet à contrat de travail. Après deux ans avec ce contrat de travail et ce premier titre de séjour, les personnes peuvent faire la demande d'un titre de séjour définitif. Cependant, pendant les deux ans avec le visa sujet à contrat de travail, il est difficile pour les individus de rompre leur contrat de travail. S'il prend fin, ils ont un mois pour obtenir un nouveau contrat, sans quoi, ils doivent faire une nouvelle demande de titre de séjour sujet à contrat de travail et le décompte des deux années pour pouvoir demander le titre de séjour définitif repart à zéro. À partir de 2015, un titre de séjour temporaire pour raison de travail est créé par le *Departamento de Extranjería* qui réduit la durée à une année avant de pouvoir demander un visa définitif. Le maintien du titre de séjour définitif n'est pas conditionné par la possession d'un contrat de travail ce qui laisse aux personnes plus de liberté en matière d'emploi.

Une deuxième stratégie, observée majoritairement pour des femmes mariées et pour les enfants, est celle de solliciter, une fois sur le territoire, un visa en qualité de dépendant du conjoint lorsque celui-ci en détient un. S'il dispose d'un titre de séjour sujet à contrat de travail, les dépendants n'ont pas le droit de travailler. Tous leurs droits, comme celui à une sécurité sociale ou à une assurance maladie s'inscrivent également en qualité de dépendant du titulaire, rendant toute émancipation risquée.

Enfin, une dernière voie de régularisation apparaît pour les femmes enceintes. Leur grossesse constatée par un médecin, elles peuvent obtenir un titre de séjour temporaire pour grossesse qui leur donne notamment accès aux soins de santé. Une fois l'enfant né, celui-ci obtient la nationalité chilienne par droit du sol et ses parents peuvent demander un titre de séjour temporaire en raison de leur lien avec un Chilien. Ce visa autorise à solliciter un titre de séjour définitif après une année. Plusieurs femmes haïtiennes sont enceintes après leur arrivée au Chili. Une blague qui court à Los Nogales est de dire que les Haïtiennes tombent enceintes à l'aéroport. Parmi les professionnels de la santé ou encore dans les médias, il est commun d'entendre que la grossesse est un moyen utilisé

²¹⁵ Selon les chiffres de la PDI obtenus par Rojas Pedemonte, Amode y Vasquez (Departamento de Extranjería y Migración, 2016), pour les années 2011, 2013, 2014 et 2015, le taux de réembarquement des Haïtiens à leur arrivée au Chili est en moyenne de 15 %. En 2012, alors que les nouveaux critères d'entrée (lettre d'invitation et sommes d'argent) sont mis en place, le taux de personnes renvoyées est de 53 %.

volontairement par ces femmes dans le but de se régulariser. Si certains Haïtiens comme Ginel (n°9) soutiennent cette idée, toutes les femmes que j'ai suivi dans leurs démarches de santé et qui ont eu un enfant au Chili se défendent de cette idée. Elles expliquent plutôt qu'en arrivant au Chili, de par leur statut irrégulier ou par méconnaissance du système de santé, elles n'ont pas eu accès à des moyens de contraception et sont tombées enceintes parfois malgré elles ; pour d'autres, l'arrivée au Chili a permis de lever une malédiction qui les empêchait de tomber enceintes ; enfin des femmes comme Fanny (n°2) ajoutent que ce visa pour grossesse n'est pas du tout intéressant par rapport à d'autres et présente de nombreux inconvénients qui n'en font pas une voie de régularisation stratégique.

La figure 7.1, présentée en début de chapitre, montre bien l'importance des titres de séjour sujet à contrat de travail (jusqu'à l'année 2015 où ils sont remplacés par un visa temporaire pour travail) pour la population haïtienne. Il révèle aussi comment les demandes de titres de séjour définitif augmentent au fil des années, soulignant une installation au Chili qui se prolonge. L'annexe n° 11 comporte différentes cartes qui représentent les types de visas obtenus par des Haïtiens selon les communes de résidence et par année entre 2012 et 2015. Ces données sont intéressantes en ce qu'elles mettent en lumière l'évolution des types de titre de séjour demandés, mais elles désignent aussi les communes de résidence plus anciennes pour les Haïtiens et la dispersion progressive de cette population dans la Région métropolitaine.

Il importe de signaler tout de même que tous n'ont pas un processus de régularisation linéaire (visa tourisme, puis visa sujet à contrat et visa définitif). Il est parfois difficile d'obtenir un contrat de travail qui permette l'obtention d'un titre de séjour, ce qui peut conduire des personnes à passer plusieurs mois avant de régulariser leur situation sur le sol chilien. Au fil des années, les Haïtiens observent qu'il devient de plus en plus difficile d'obtenir un contrat de travail sans avoir de titre de séjour définitif. Face à une demande de travail plus élevée, l'offre se fait plus exigeante et les employeurs sont plus nombreux à conditionner l'embauche à la possession d'un visa définitif. Ensuite, il est assez fréquent de voir que les personnes qui disposent d'un visa sujet à contrat ne parviennent pas à maintenir leur contrat de travail assez longtemps pour obtenir un titre de séjour définitif ; aussi, plusieurs connaissent des périodes d'irrégularité après avoir été en possession d'un titre de séjour. De même, certaines personnes sont mal informées sur les procédures et les éléments nécessaires à l'obtention d'un titre de séjour ce qui entravent leur régularisation. Enfin, tout période d'irrégularité oblige le paiement d'une amende pour pouvoir solliciter un visa. Cette amende peut se révéler élevée pour qui n'a pas de soutien au Chili.

La problématique de la situation légale est centrale pour Réginald (n°8) qui résume les points abordés ci-dessus : « *Si une personne n'est pas mariée avec quelqu'un qui a des papiers, elle ne peut pas avoir de papiers. Si ce n'est pas le genre à faire un enfant ici, elle n'aura rien. C'est seulement un travail qui va lui donner des papiers. Donc si la personne ne trouve pas un travail avec un contrat, elle n'obtient pas de papier. Et là, c'est un autre problème que nous avons : pour beaucoup de travail, ils demandent le visa définitif. Plein de fois ils demandent si tu as une carte d'identité chilienne²¹⁶. Et si la personne n'en a pas, ils ne la prennent pas juste avec un passeport²¹⁷, ils ne prennent pas avec ce genre de papier* »*.

La loi migratoire, les conditions plus ou moins formellement instituées à l'entrée et certaines stratégies construites par les Haïtiens, favorisent l'apparition de pratiques irrégulières voire illégales et peuvent générer une précarité pour les personnes. En ce qui concerne les conditions d'entrée sur le territoire chilien, l'exigence d'une lettre d'invitation

²¹⁶ « Carnet » : carte d'identité chilienne délivrée par le *Registro Civil*, une fois un titre de séjour obtenu et qui prouve que la personne est bien en situation régulière au Chili.

²¹⁷ À los Nogales, quand les Haïtiens disent qu'ils sont pris avec un passeport, tant dans les centres de santé que pour un travail, cela signifie qu'ils n'ont pas encore de titre de séjour.

signée par un membre de la famille proche a conduit notamment à l'apparition d'un marché des lettres d'invitation. Pour une part, les *raketè* peuvent se charger, à un prix très élevé, de trouver une telle lettre quand le candidat à la migration n'a pas de famille proche au Chili. Les Haïtiens au Chili, lorsqu'ils sont sollicités par un cousin éloigné, un ami ou un voisin pour les aider dans leur migration, se lancent dans la recherche d'une lettre d'invitation auprès des femmes âgées habitant le quartier ou auprès d'une personne ayant le même nom de famille que le prétendant. Ces personnes rédigent contre une somme d'argent une attestation signalant qu'untel est leur fils, leur frère ou leur père et qu'ils s'engagent à les accueillir. Il faut parfois obtenir des faux actes de naissance ou de mariage en Haïti afin de montrer les liens avec une personne déjà au Chili. Il y a tout un ensemble de pratiques, parfois déjà expérimentées dans d'autres pays de la diaspora et réadaptées au contexte chilien, qui permettent de remplir les conditions demandées pour l'entrée au pays et qui forment une économie non négligeable au Chili comme en Haïti.

Par ailleurs, la législation laisse une certaine discrétion aux agents à la frontière, ce qui permet des décisions arbitraires mais aussi des négociations avec les agents. Daniel (n°1), qui est arrivé avec quatre autres personnes, dont une qui parlait espagnol, n'a pas compris comment ce dernier a finalement réussi à obtenir l'autorisation d'entrée pour eux tous. Alors que le chef de la police leur a dit qu'ils allaient être renvoyé, après un temps de discussion, sa collègue a finalement appliqué un tampon autorisant l'entrée et un visa tourisme. Candice (n°12), elle, explique avoir tenu tête à l'agent qui voulait renvoyer tout le groupe de personnes pour lequel elle faisait la traduction et avec qui elle voyageait. Alors que l'agent la questionnait, elle aurait prétendu avec affront être une étudiante en médecine venue visiter son frère au Chili, ce qui a fait rire l'agent qui a finalement autorisé l'entrée à tout le groupe et en prime lui a laissé son numéro, si jamais elle souhaitait de la compagnie pour visiter Santiago. En 2014, des nouveaux arrivants racontent avoir dû payer 200 dollars aux policiers pour obtenir cette autorisation.

Mises à part ces pratiques discrétionnaires et de négociations rendues possibles par la législation et la politique en vigueur, l'entrée en qualité de touriste ne correspond pas à la véritable raison de la présence de la majorité des personnes qui prétendent en fait s'installer au Chili et y travailler. Pour différents acteurs sociaux (associations, fondations et universitaires), la législation est trop ancienne pour considérer les objectifs des migrants contemporains et les types de visas disponibles sont pour eux inadéquats. Cette inadéquation rendrait la situation des personnes précaire, en limitant leurs possibilités d'actions et donc leurs droits et en favorisant ainsi les triches pour correspondre aux conditions exigées. Le visa sujet à contrat est un exemple de l'inadéquation des catégories migratoires et de la vulnérabilité dans laquelle elles peuvent plonger les migrants. Les conditions de ce titre de séjour sont particulièrement exigeantes : il peut être obtenu quand les personnes détiennent un contrat de travail avec des clauses spécifiques. Celles-ci doivent inclure notamment l'engagement de l'employeur de payer le trajet de retour vers le pays d'origine (ou un autre pays) pour le travailleur et sa famille, à la fin du contrat. Cette exigence complique les possibilités d'obtention d'un contrat de travail, car peu d'employeurs se risquent à devoir payer si cher à la fin du contrat. Il est plus simple pour eux d'embaucher une personne disposant d'un titre de séjour définitif qui ne requiert pas de clauses si compliquées. De plus, si ce contrat venait à se rompre, le migrant a un mois pour trouver un nouveau contrat, sans quoi, il passe en situation irrégulière. Cela retarde également l'accès à un visa définitif. Cette exigence conduit à la précarité des travailleurs disposant d'un visa sujet à contrat qui ont intérêt à conserver pendant deux ans leur contrat de travail. Après cela, ils pourront plus aisément changer de travail. Mais pendant deux ans, beaucoup préfèrent supporter des conditions de travail difficiles, un salaire très maigre et parfois des mauvais traitements.

Ajoutons encore que ce visa sujet à contrat de travail est le plus facilement accessible pour les Haïtiens. Or, il faut pour cela obtenir un contrat de travail. Un trafic lié aux contrats de travail a été observé : un marché de faux contrats de travail est apparu au tout début de la présence haïtienne au Chili. Les Haïtiens payaient un contrat et sollicitaient un titre de séjour sujet à contrat. Cependant, les autorités s'apercevaient vite de la fraude et les Haïtiens étaient condamnés. Les associations haïtiennes ont dénoncé ce trafic, laissant entendre que les Haïtiens étaient dupés, croyant sincèrement à un véritable contrat qui leur donnerait du travail. Des actions ont alors été menées par les autorités et par les associations haïtiennes pour sensibiliser les Haïtiens à ces arnaques.

Il est également possible de trouver des personnes qui ont un contrat de travail avec un employeur, et qui, après un certain temps arrêtent de travailler pour cet employeur. Cependant, un accord informel est passé entre employeur et employé pour maintenir le contrat ; les charges sociales et les cotisations sont alors de la responsabilité de l'employé et le patron ne verse plus de salaire. De cette manière, l'employé peut parvenir à deux années avec le visa sujet à contrat et obtenir le titre de séjour définitif. Dans ces cas, les personnes trouvent un travail sans contrat mais plus rémunérateur.

À noter également que ceux qui travaillent dans le marché au gros de Lo Valledor n'ont pas toujours de contrat et travaillent à la journée ou à la tâche. Le salaire est meilleur, aussi cette stratégie est parfois préférée à celle d'une régularisation par le biais d'un contrat de travail. Par ailleurs, des personnes ne parviennent pas à obtenir un contrat de travail et obligées de travailler pour vivre, le font pour des entreprises sans contrat et sans parvenir à régulariser leur situation. Enfin, d'autres, et ce sont ici souvent des femmes, qui ont des titres de séjour qui ne leur permettent pas de signer des contrats de travail (soit car elles disposent d'un visa en qualité de dépendantes, soit pour grossesse par exemple) vont travailler sans contrat pour des employeurs qui acceptent de les prendre de manière irrégulière.

Cette dernière situation soulève un point important : la législation migratoire - associée aux stratégies mises en place par les migrants - semble favoriser la dépendance des femmes envers leurs conjoints, voire renforcer les rapports de pouvoir entre hommes et femmes. Le statut de dépendant est généralement délivré aux femmes dont les maris disposent d'un titre de séjour et a différentes conséquences au quotidien. Elles dépendent légalement et économiquement de leurs maris, ce qui favorise leur vulnérabilité et l'instauration ou l'approfondissement de la dépendance économique au sein du couple. La plupart de leurs accès à des droits dépendent de ceux de leurs conjoints, et elles doivent souvent accepter des conditions qui ne leur sont pas favorables. Deux femmes que j'ai rencontrées, ont décidé de se séparer de l'homme duquel elles dépendaient légalement ; suite à cette séparation elles se sont heurtées à de très grandes difficultés pour subvenir à leurs besoins et pour parvenir à régulariser à nouveau leur statut de manière indépendante. L'une d'entre elles a été plongée dans une très grande précarité à la suite de sa rupture avec le père de sa fille. La loi chilienne n'avait rien à offrir comme protection à cette femme et sa fille tant que le père ne souhaitait pas intervenir en leur faveur.

7.5. Conclusion du chapitre

Le Chili s'est rapidement positionné comme une destination intéressante au sein de l'espace diasporique haïtien. Ce pays offre en effet un cadre globalement favorable à une immigration régulière pour ces migrants. Si certaines organisations de la société civile et des universitaires mettent au jour les entraves aux Droits de l'Homme que causent la législation et les politiques peu adaptées à la situation actuelle, le Chili présente l'avantage - pour les Haïtiens tout du moins - de permettre une régularisation rapide de la situation, si l'on compare aux destinations classiques et idéalisées que sont les États-Unis et la France. La possibilité d'entrer légalement sur le territoire leur permet d'éviter des coûts financiers et

des risques très élevés et participe à rendre accessible cette démarche. Ce contexte relativement favorable à la migration haïtienne provient en partie du regard porté sur les Haïtiens au Chili, ainsi que de l'histoire des relations entre les deux pays, qui facilite, à la différence de migrants d'autres nationalités (et cette différence de traitement est frappante en ce qui concerne les Colombiens), les conditions d'entrée et d'obtention des titres de séjour. Il est probable aussi que ce que les Haïtiens recherchent dans la migration les conduisent à se plier et à s'adapter à ce que la société chilienne attend des migrants. Ils deviennent une réserve de main-d'œuvre importante, qui se soumet à des conditions de travail peu avantageuses qui leur permettent cependant de vivre, d'obtenir un titre de séjour et peut-être d'économiser de l'argent. Ils vivent deux années assujettis à un contrat de travail en ayant à l'esprit l'idée d'une amélioration de leur situation par la suite. Par rapport à leur situation en Haïti, ils trouvent des avantages à un travail et un salaire régulier. Cependant, ces conditions ne sont pas toujours satisfaisantes à leurs yeux en ce qu'elles sont éloignées de ce qu'ils imaginaient être leur vie en migration. Le chapitre suivant porte justement sur les conditions de vie et la problématique de l'emploi pour cette population. Celles-ci se mettent en place au sein de l'organisation de la migration haïtienne. La structuration et le fonctionnement des réseaux migratoires a conduit à la formation d'une communauté haïtienne au Chili liée par des chaînes de solidarité et de dettes. De plus, ces réseaux offrent aux migrants une protection d'ordre familiale et communautaire non négligeable.

Chapitre 8. CONDITIONS D'HABITAT ET DE TRAVAIL DES HAÏTIENS DE LOS NOGALES

Ce chapitre a pour objectif de dévoiler les conditions de vie des migrants haïtiens qui résident à Los Nogales. Leurs conditions d'habitat et de travail sont, comme signalé dans la première partie de cette thèse, révélatrices de la « place » de ces personnes dans la société chilienne, autrement dit, de leur insertion dans les rapports sociaux qui structurent la société chilienne et de la légitimité et de la valeur qui leur est accordées. En effet, la situation sociale et la valeur qui sont construites pour ces personnes et ces groupes sociaux se matérialisent dans leurs conditions de vie, lesquelles affectent également leur santé et leurs processus de soin. Ces dernières doivent se comprendre également à la lumière des informations présentées dans le chapitre précédent, sur l'organisation de la migration haïtienne et sur la situation légale des personnes.

Le quartier de Los Nogales, au cœur de la commune d'Estación central fait en premier lieu l'objet d'une description. De cette manière, stratégies résidentielles, types de logement, composition des ménages et expériences de Haïtiens présentés ensuite sont situés spatialement et socialement. Dans un second temps, la question du travail est abordée. Emploi et logement apparaissent comme des traductions matérielles d'une insertion dans la société chilienne « par le bas » et révèlent déjà des conditions négatives pour la santé.

8.1. Los Nogales, un quartier précaire et à mauvaise réputation devenu une centralité immigrée pour les Haïtiens de Santiago

Le quartier de Los Nogales où se situe cette recherche appartient à la commune d'Estación Central. Ancienne périphérie urbaine désormais au centre de la métropole, Estación Central est au cœur du réseau de transports qui connecte la Région métropolitaine et le pays et dispose d'une activité économique importante. La zone d'enquête est constituée de différentes *poblaciones* nées à partir des années 1940, parmi lesquelles les plus connues sont la Población Los Nogales et la Población La Santiago. Si la construction de ces quartiers fait partie de l'histoire populaire fièrement revendiquée par les Chiliens en ce qu'elle illustre les capacités de résistance, d'organisation et de solidarité de la population, les noms de ces lieux évoquent pour les Santiaguinos délinquance, drogue, pauvreté et espace dans lequel il vaut mieux ne pas entrer.

La Población Los Nogales est née en 1947. À cette époque, les migrations depuis la campagne vers les villes saturent les capacités de logement de la capitale, où les populations les plus pauvres se concentrent dans des quartiers insalubres qui ne parviennent plus à les contenir. Dans le quartier de Las Barrancas, dans l'actuelle commune de Pudahuel, des familles menacées d'expulsion se réunissent et décident d'occuper un terrain à l'abandon pour y construire leur propre habitat. Une négociation démarre entre ce groupe d'habitants et la propriétaire du terrain qui oblige l'État à prendre position. Finalement, le groupe obtient la mise à disposition d'un autre terrain, acheté par l'État au *Seguro Obrero*. Quarante-vingt-dix familles sont déplacées le 8 janvier 1947 par les camions de l'armée sur le champ de tournesol appelé Los Nogales. L'État arrête ici son intervention et laisse aux nouveaux habitants le soin de s'installer et de construire leurs logements (Vergara, s. d.). Les récits sur la fondation de la Población Los Nogales soulignent la capacité d'organisation et la solidarité des nouveaux habitants du lieu (Fauré & Moyano, 2016 ; Vergara, s. d.). Ces derniers s'accordent sur une répartition de terrains de dix mètres sur vingt et tracent eux-mêmes les parcelles, les routes et les places. Chacun construit progressivement sa maison avec les matériaux qu'il parvient à obtenir, produisant une certaine hétérogénéité du bâti.

Des commissions sont mises en place qui installent une première arrivée d'eau pour l'ensemble de la *población*, puis la multiplie jusqu'à obtenir un accès dans chaque maison. Une autre commission se charge de faire venir l'électricité qui est rationnée afin de la partager entre tous. Les questions d'hygiène sont au cœur des préoccupations : l'évacuation des eaux usées doit trouver une solution, mais c'est surtout le canal ouvert qui collecte les égouts et qui traverse en diagonal la *población* qui pose problème. Ce canal, sources d'infections et de risques, ne sera bouché qu'en 1991. Le quartier se construit petit à petit autour d'une organisation sociale fièrement revendiquée. Des écoles voient le jour ainsi qu'un poste de santé. Des centres de femmes naissent, les clubs de foot se multiplient ainsi que les activités culturelles et artistiques et un corps de pompiers voit même le jour.

La Población La Santiago constitue la continuité de la Población Los Nogales vers le sud et s'arrête avec les lignes de chemin de fer. Ce quartier se construit dans la décennie 1960 au travers de trois projets de logement. Le premier projet, initié en 1966, est semblable au processus qui a eu lieu à Los Nogales : l'État attribue à soixante ou soixante-dix familles des terrains de taille délimitée et leur laisse la charge de construire leur demeure. Le second, issu du programme *Operación Sitio*, mis en place par le gouvernement d'Eduardo Frei pour répondre également à la problématique du logement qui touche la population pauvre de Santiago, propose des terrains délimités à des familles. Celles-ci doivent assurer la construction de leur maison ainsi que l'arrivée d'eau, d'électricité et d'égouts mais ils bénéficient de l'aide d'experts mis à disposition par l'État. Enfin, le dernier projet diffère : mené par le *Seguro Obrero*, des maisons sont construites par une entreprise avant d'être délivrées à leurs habitants (Carrasco Retamal, 2014).

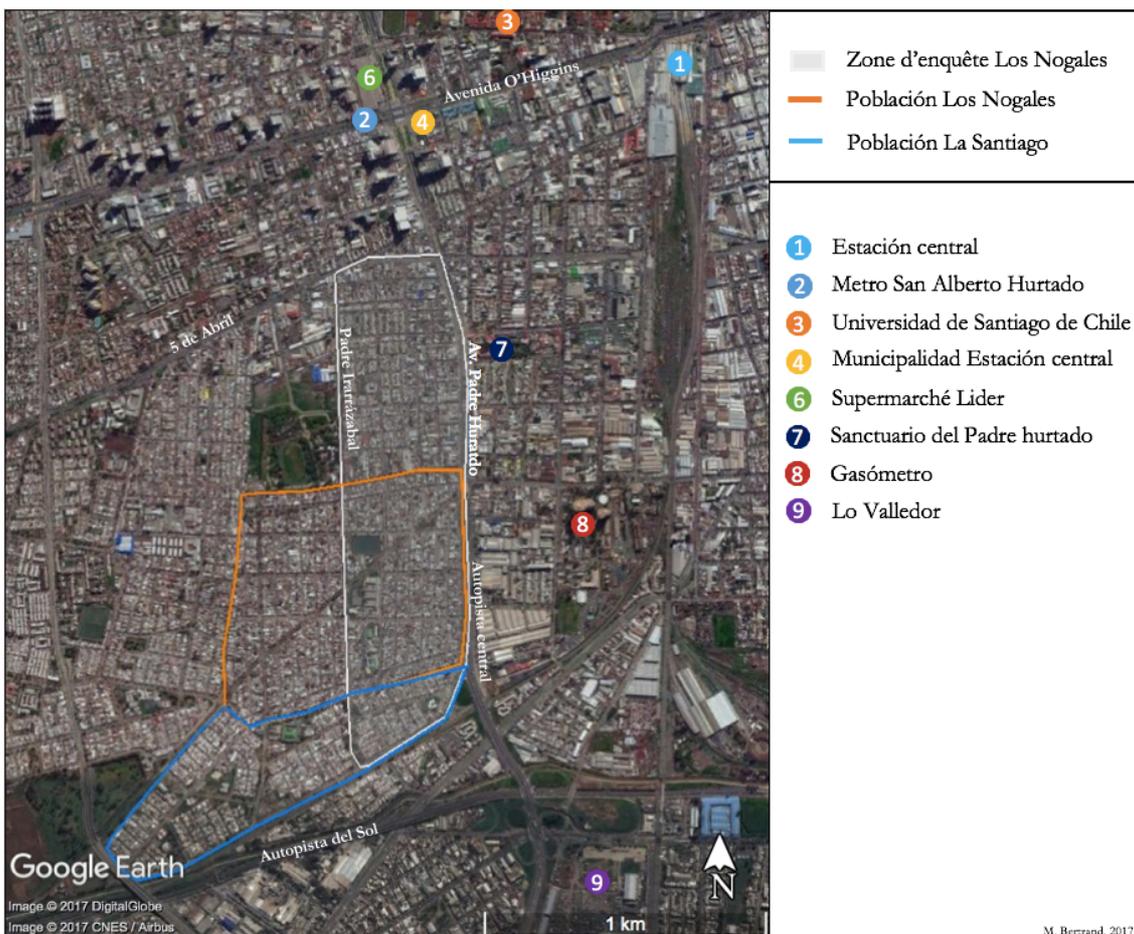
Comme partout au Chili, la dictature provoque des transformations importantes dans l'organisation sociale de ces quartiers. Pour certains, l'interdiction par l'État des rassemblements et la surveillance des comités de voisinage a empêché les populations de ces quartiers de maintenir les activités qui sous-tendaient les liens qui les unissaient et réduit à néant leur solidarité (Vergara, s. d.). Cependant, dans le travail de mémoire réalisé auprès des habitants du quartier et publié récemment (Fauré & Moyano, 2016), les habitants semblent s'entendre sur le fait que la perte de liens entre les habitants et la fin d'une véritable organisation sociale est devenue évidente au retour de la démocratie. Selon eux, pendant la dictature, malgré les interdictions de rassemblement, la population se retrouvait autour d'un combat politique. À la fin de la dictature, faute d'avoir un projet ou un combat partagé, les liens se sont distendus dans ces quartiers. À cela s'ajoute l'arrivée dans les années 1990 de drogues dures, qui, associées à l'alcool déjà largement répandu, sont considérées comme un véritable fléau.

La zone d'enquête Los Nogales est proche du centre de Santiago. Elle est encadrée au nord par la *Alameda*, officiellement appelée Avenida Libertador Bernardo O'Higgins, qui traverse d'est en ouest la capitale, également dotée d'un métro connecté avec le reste de la métropole ; et par la rue 5 de Abril, qui elle aussi traverse la ville d'est en ouest et qui est parcourue par de nombreuses lignes d'autobus. À l'est, Los Nogales est bordé par la Avenida General Velasquez, renommée Avenida Padre Alberto Hurtado, qui longe l'autoroute allant du nord au sud, véritable porte d'entrée de la capitale. De l'autre côté de cette avenue se trouve la *Estación central*, principale gare de trains de la ville, accompagnée de trois terminaux de bus. Tout autour de ces centres de transports, une importante zone économique de la capitale est distribuée entre différents centres commerciaux et dans plusieurs rues entourant la station de train. Vente au gros ou en détail, sous forme de magasins ou de stands de marchés, boutiques traditionnelles et nouveaux commerçants asiatiques, hangars de stockage ou industriels, cette zone est une véritable fourmilière au sein de la capitale et une importante source d'emplois. Les activités qui caractérisent cette zone s'étendent le long de la *Alameda* jusqu'au croisement avec l'avenue General Velásquez

où se trouvent la mairie de la commune d'Estación Central et l'arrêt de métro « *San Alberto Hurtado* » qui donne accès à Los Nogales. La commune est également dotée de l'*Universidad de Santiago de Chile* (Usach) qui, assez bien cotée, attire de nombreux étudiants. L'ensemble de ces activités mobilise une importante population : la mairie d'Estación Central estime qu'entre 300 000 et 600 000 personnes qui ne résident pas dans la commune s'y rendent chaque jour (PAC Consultores, 2015, p. 23).

En longeant Los Nogales par la Avenida Padre Hurtado, on rencontre différents sites historiques, connus au sein de la capitale. Le premier est le *Sanctuario del Padre Alberto Hurtado*. Ce prêtre jésuite avait beaucoup œuvré pour les pauvres au Chili et a notamment mis en place le *Hogar de Cristo*, un espace d'hébergement pour les sans-abri, lequel se situe aux côtés du sanctuaire. Plus bas, deux tours rouges et grises rouillées de la fabrique de gaz, le *Gasómetro*, en activité tout au long du XXème siècle, constituent des références identitaires à Los Nogales. L'Avenida Padre Hurtado croise, après cette fabrique, les lignes de chemin de fer qui marquent au sud la fin de la zone d'enquête de Los Nogales, limite doublement marquée par la présence de l'autoroute Autopista del Sol qui part vers l'ouest. Plus au sud, et à l'est de l'Autopista central, se dresse le marché au gros Lo Valledor, décrit en introduction de cette thèse. Marché au gros de fruits et légumes, il est un centre économique et un marché de travail très important dans la capitale. Los Nogales est donc un quartier qui borde le centre de Santiago, proche de plusieurs centres d'activités économiques, de gares routières et ferroviaires et donc relativement bien connecté au reste de la ville.

Carte 8.1. Lieux d'intérêt à Estación Central



La commune d'Estación Central, après avoir vu baisser sa population de 7,2 % entre les recensements de 1992 et 2002, connaît depuis la décennie 2000 une importante croissance (11,2% selon l'INE entre 2002 et 2015) due principalement à deux phénomènes (PAC Consultores, 2015) : d'une part, aux investissements de grandes compagnies immobilières qui construisent tout autour de l'axe formé par la Alameda de gigantesques immeubles (voir encadré 8.1). D'autre part, pour l'installation dans la commune d'une population migrante provenant d'Amérique latine et des Caraïbes. Alors que la population de la commune était dite vieillissante, que les ménages en âge de travailler partaient s'installer (ou étaient délocalisés en ce qui concerne les habitants des bidonvilles) en périphérie du Grand Santiago, des migrants, adultes, en âge de travailler et d'avoir des enfants s'installent de manière provisoire ou plus durable dans la commune transformant ainsi la démographie locale. De plus, des ménages chiliens de classes moyennes et moyennes basses s'installent également dans les appartements nouvellement construits dans les tours qui fleurissent dans la commune.

Les sources de données sur les caractéristiques socio-économiques de la population, comme les enquêtes Casen²¹⁸ et les informations relevées pour les Fiches de Protection sociale²¹⁹, montrent une croissance de la population pauvre dans la commune d'Estación Central entre 2006 et 2011 (PAC Consultores, 2015, p. 48). Le taux de pauvreté et d'extrême pauvreté dans cette commune a empiré et est supérieur à la moyenne régionale et nationale. Selon l'enquête Casen menée par le *Ministerio de Desarrollo Social* (PAC Consultores, 2015, p. 49), la commune présente 16,7% de population pauvre (*pobre no indigente*) en 2011 (pourcentage qui était de 9,6% en 2009), et 3,5% de population extrêmement pauvre (*pobre indigente*). Pour la même année, le pourcentage de population pauvre dans la région métropolitaine est de 9% et de 12% à échelle du pays. L'extrême pauvreté correspond à 2% de la population de la Région et 3% de la population du pays, en 2011.

Les statistiques produites à partir du système de Fiches de Protection sociale (qui relèvent les informations de 54% de la population de la commune d'Estación Central) rendent manifeste qu'en janvier 2015, 48,75% des ménages enregistrés alors dans ce système appartiennent au quintile le plus pauvre et 71,3% aux deux quintiles les plus pauvres de la population²²⁰. De plus, la partie la plus pauvre de la population réside globalement au sud de l'avenue 5 de Abril, incluant Los Nogales. La mairie d'Estación Central identifie l'ensemble de la zone d'enquête de cette recherche comme une zone où la population est parmi la plus vulnérable de la commune (PAC Consultores, 2015, p. 54). En ce qui concerne le logement, 37,7% des ménages inscrits sur le système des Fiches de Protection sociale sont propriétaires de leur habitat; 46,2% occupent un logement prêté gratuitement et 13,2% louent. 47,7% des ménages déclarent partager leur espace de résidence avec d'autres ménages. 80,7 % accèdent à des robinets d'eau à l'intérieur de leur maison, mais 19,1 % doivent sortir à l'extérieur pour en obtenir. De plus, seuls 44,8% des ménages disposent de toilettes utilisées exclusivement par le ménage. Enfin, l'entassement est présent selon ce système d'enquête chez 24,2% des ménages enregistrés dans le dispositif social.

²¹⁸ Les enquêtes Casen sont menées par le *Ministerio de Desarrollo Social* pour mesurer les conditions socio-économiques des ménages au Chili et notamment leur accès à la santé, au logement, à l'éducation et au travail. Voir : http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php, consulté le 3 septembre 2017.

²¹⁹ Le système de Fiches de Protection sociale est un système de points qui permet d'évaluer et de catégoriser la vulnérabilité des ménages et d'attribuer en fonction des aides sociales. De nombreuses informations sur les revenus, les caractéristiques du logement ou encore la santé sont relevées par ce système qui donnent des indications précises sur les conditions de vie des ménages.

²²⁰ Cinq quintiles divisent la population chilienne par niveau de revenu : le premier quintile correspond au 20% de la population chilienne aux revenus les plus faibles.

L'annexe 12 présente un ensemble de cartes produites par l'ANR METAL à partir des données du recensement de 2002 qui permettent de situer la commune d'Estación Central et la zone d'enquête au sein de la Région métropolitaine de Santiago. On y observe que cette zone rassemble une population vulnérable comparée au reste de la Région métropolitaine. Dans la zone d'enquête, la moyenne des années de scolarité des membres des ménages de la zone est de 7 à 10 ans. Elle comporte également un des trois seuls districts présentant un taux d'entassement les plus élevés de la région en 2002.

Los Nogales m'est apparu comme une sorte de village au cœur de la ville. Un espace paisible avec ses accès de violence et de joie, un espace aux rues poussiéreuses que des bougainvilliers colorent et ombragent. Un quartier aux façades peintes de couleurs variées, souvent défraîchies, écaillées, parfois taguées ; de maisons aux portes ouvertes devant lesquelles des chaises sont installées à certaines heures pour discuter entre voisins, mais aux fenêtres protégées par des barreaux de fer. Des rues, qui semblent être par endroits des extensions des maisons, certains entassant sur le trottoir des tas de trucs qui laissent le passant interrogateur, d'autres y plantant un petit jardin ou encore y installant des piscines pour leurs enfants afin de les soulager de la chaleur de l'été. Un quartier avec ses places qui manquent d'eau, ses terrains de foot et leurs équipes historiques, ses coins de rues et ses trottoirs défoncés qui s'inondent à la moindre pluie. Un quartier qui parvient à se mobiliser pour réparer les trottoirs et les rues quand la municipalité n'intervient pas, mais qui n'arrive pas à mettre fin aux décharges qui se forment systématiquement au cœur de la *población* et où se nourrissent - pour les plus visibles - chiens, ânes et poules. Un quartier rayé de fils électriques aux installations éclectiques, décoré à certains coins de rues par des paires de chaussures qui y pendent. L'espace est divisé en territoires, marqués par les couleurs des équipes de foot qui s'affrontent ; les rues sont ponctuées d'*animitas*, rappelant à la mémoire un tel mort, un tel tué. Des rues où surgissent ça et là de petites épiceries familiales, des *botillerías*²²¹, des entreprises locales de taxis, des menuiseries ou des blanchisseries. Le quartier, parcouru par différentes lignes de bus qui permettent de rejoindre la *Alameda*, dispose également de plusieurs crèches, d'écoles et de collèges publics et privés. En son cœur, un centre de santé - le Cesfam Los Nogales rebaptisé en 2015 Cesfam Vicente Irarrázaval - a été rénové récemment et offre des soins primaires, un service d'urgence et une pharmacie. Pas très loin, la pharmacie historique du quartier accueille ceux qui doivent acheter des médicaments que le Cesfam ne fournit pas et ceux qui n'ont pas le temps ou l'envie de s'y rendre. Plusieurs églises, catholiques et évangéliques sont présentes dans le quartier ; certaines sont là depuis la fondation du quartier et d'autres sont beaucoup plus récentes.

Encadré 8.1. Vues aériennes sur Los Nogales

²²¹ Les *botillerías* sont des magasins spécialisés dans la vente d'alcool. Ouverts tard dans la nuit, ils sont généralement fermés par une grille au travers de laquelle s'échangent bouteilles et argent, car les risques de vol y sont très élevés.

Vue sur Los Nogales (vers le nord)



Juan Carlos Venegas, 2017

Vue sur Los Nogales (vers le sud)



Juan Carlos Venegas, 2017

Le soir venu, avec le retour des travailleurs, le quartier se réveille de sa torpeur et les rues se remplissent. On salue voisins et *caseras*²²². Les jours de marché, les habitants montrent tout le dynamisme et la jovialité dont ils sont capables. Tout le monde semble se connaître et les nouvelles sur les habitants circulent vite. Il y a les personnages du quartier : les artistes, les chauffeurs de bus, le vendeur de *sopaipillas*²²³, la Tía Juana qui organisait la *polla*²²⁴, le cousin Rodrigo, alcoolique notoire, qu'on retrouve souvent le matin endormi sur les trottoirs, le jeune Luis, qui n'a pas de maison, ni de travail, mais qui survit des pourboires que lui donnent les gens pour qu'il fasse la queue pour eux au centre de santé, ou encore la Señora Elena, qui, à 75 ans et malgré ses gros soucis de santé, vend encore des journaux pour compléter sa trop maigre retraite. Si petits vols, menaces et présence d'armes sont réguliers à Los Nogales, des événements secouent parfois le quartier comme une course poursuite avec la police, des coups de feu qui signent un règlement de compte ou le vol d'une épicerie.

La drogue, et la violence qu'elle entraîne autour de l'organisation de gangs liés au trafic, sont au cœur des représentations que portent les Santiaguinos sur Los Nogales. Quand je parlais de ce quartier à mes contacts chiliens, leurs réactions exprimaient du rejet, du dégoût, de la peur ou de la méfiance. On me déconseillait de m'y rendre ou alors de jour, si possible accompagnée et avec beaucoup de prudence. On me racontait des histoires de taxis qui refusaient d'entrer dans ce quartier même en plein jour, de balles perdues, de règlements de comptes une fois la nuit tombée et de violence exercée sur les femmes. Los Nogales a la réputation d'être non seulement pauvre mais surtout très mal famé et peu accessible pour ceux qui ne résident pas dans le quartier. Les habitants de Los Nogales avec qui j'ai pu converser, s'ils sont profondément attachés à leur quartier, reconnaissent tous les maux qui touchent les lieux et sa population. Drogue, alcool et pauvreté sont cités. Les drogues ont touché les enfants de la dictature, entraînant addictions, problèmes d'argent et violence entre bandes. Des armes circulent dans le quartier et les règlements de comptes peuvent être violents. Les personnes plus âgées ne redoutent pas la violence des plus jeunes à leur égard, mais regrettent que ces maux soient entrés dans le quartier ; ils perçoivent la

²²² Nom donné aux vendeurs de marché ou de petites boutiques familiaires.

²²³ Galettes frites à base de potiron selon la recette traditionnelle ; elles sont aujourd'hui préparées et vendues dans les rues, notamment en hiver.

²²⁴ La *polla* dans son sens le plus commun au Chili est un jeu d'argent. À Los Nogales, j'ai cru comprendre qu'il s'agissait aussi d'un système d'épargne collectif. Tous les jours cette dame collectait un peu d'argent auprès d'habitues et chacun d'entre eux à son tour recevait la totalité de l'argent rassemblé. Il s'agit finalement du même système que le *sol* organisé par les Haïtiens. J'ignore si ce système se maintient à Los Nogales parmi les Chiliens, mais au marché Lo Valledor, il est toujours utilisé par les travailleurs.

qualité de vie des jeunes avec déception et constatent que l'organisation sociale locale d'antan ne parvient pas à être restaurée. L'alcool quant à lui touche tous les âges et il est fréquent de croiser dans les rues du quartier des personnages locaux particulièrement affectés. Les habitants estiment également que les pouvoirs publics n'interviennent pas suffisamment dans ces quartiers : problèmes avec les ordures et les décharges sauvages, rues et trottoirs en mauvais état, manque d'illumination des espaces publics, chiens errants et peu de transports publics notamment en soirée et la nuit (PAC Consultores, 2015).

Dans cette zone de Los Nogales est venu s'installer depuis 2010 un nombre toujours plus important d'Haïtiens. Dans ce village au cœur de la métropole, les maisons vides ont été louées à ces migrants qui se sont aventurés dans cette zone mal famée ; puis, pour répondre à la demande toujours plus importante de logement, les pièces vides ont été louées et les hangars abandonnés et les cours intérieures ont été subdivisées en logements à la construction rapide. Ces nouveaux habitants ont progressivement construit leur place à Los Nogales, occupant d'abord les lieux non utilisés, puis contribuant activement à la transformation de l'espace.

8.2. L'installation des Haïtiens à los Nogales : des logements précaires à la fabrique de la ville

Dans les rues adjacentes à la *Alameda* et dans les premières rues au nord de Los Nogales, de nombreux logements sont depuis longtemps destinés aux travailleurs temporaires qui circulent autour de la zone économique et de transport de la *Estación*. Depuis plusieurs années, ces rues voient circuler des migrants de diverses nationalités qui louent eux aussi des chambres avant de s'installer dans un meilleur logement. On trouve sur les portes des maisons et dans les petites boutiques des annonces pour la location d'une chambre ou d'un lit, lesquelles trouvent preneurs dans la journée même. Péruviens, Boliviens, Équatoriens, Colombiens, Dominicains habitent dans ces rues proches du métro où le mouvement résidentiel est intense.

Plus au sud, lorsque l'on entre dans le quartier Los Nogales, cette diversité diminue, et si des Péruviens et des Boliviens sont installés depuis déjà quelques années, ce sont surtout des Haïtiens qui constituent les nouveaux habitants du quartier. De même qu'à Quilicura ou à San Bernardo, les Haïtiens se sont installés dans des quartiers encore peu habités par des migrants d'autres nationalités. L'arrivée rapide d'un nombre si important d'Haïtiens dans le quartier de Los Nogales s'explique en partie par le fonctionnement des réseaux migratoires de cette population et les solidarités qui unissent ces migrants. Comme signalé dans le chapitre 7, lorsqu'ils arrivent au Chili, la plupart des Haïtiens sont reçus au domicile de leurs proches déjà installés. Une fois qu'ils trouvent un travail, ils cherchent un logement pour eux-mêmes, situé bien souvent dans les lieux qu'ils connaissent et fréquentent, autrement dit dans une zone de proximité de leur premier logement.

L'installation des Haïtiens à Los Nogales s'explique également par les dynamiques du marché du logement à Santiago du Chili. La forte demande de logement dans la capitale a d'abord trouvé une réponse ces dernières décennies par une croissance de la métropole en périphérie, puis par la construction de nombreuses tours au centre de Santiago qui offrent sur un espace réduit un important nombre de logements. La construction de ces immeubles se réalise autour des grands axes au centre de la métropole. Des quartiers comme Los Nogales n'intéressent pas encore les grandes entreprises immobilières²²⁵ et le côté mal famé du quartier, non seulement n'a pas attiré la population chilienne mais a plutôt conduit à une émigration de ses habitants vers d'autres zones de la capitale.

²²⁵ Qui construisent par contre en limite du quartier au carrefour entre la Alameda et General Velasquez.

De plus, les migrants (en situation régulière comme irrégulière) connaissent de véritables difficultés pour s'inscrire dans le marché formel du logement. Pour une part, les conditions de location sont extrêmement difficiles à remplir pour les Chiliens, mais encore plus pour des étrangers : titre de séjour en règle, salaire deux ou trois fois plus élevé que le loyer mensuel, caution d'un à plusieurs mois, personne garante au salaire élevé. Ces difficultés dans l'accès à la location ont conduit à l'apparition d'un marché du logement parallèle et informel centré sur les étrangers. Si les conditions de location y sont moins élevées, le coût l'est beaucoup plus que sur le marché formel et de nombreux abus concernant la qualité et la salubrité des logements sont exercés. Un business de grande ampleur s'est développé à Santiago comme dans les grandes villes du Chili autour du logement pour les migrants, qui commence très récemment à être dénoncé par les médias²²⁶. Exclue du marché formel du logement qui exige des conditions trop strictes, les migrants - et je parle ici des « migrants » et non des « étrangers » européens et nord-américains - ont accès à des habitats que la forte demande et le profit qu'y trouvent certains poussent à être toujours plus chers et plus insalubres.

Le quartier de Los Nogales est au centre de la métropole ; il n'attire guère les Chiliens qui y voient une zone inaccessible, mal famée, aux constructions modestes voire précaires. La vacance de logements a permis l'arrivée des premiers Haïtiens et les propriétaires ont vu une source de revenus non négligeable dans la possibilité de louer leurs biens. Les Haïtiens ont d'abord occupé les logements vacants. Puis, la demande croissante de logements a conduit à une transformation du bâti et notamment de l'intérieur des maisons, entraînant usages nouveaux, subdivisions, sous-locations et reconstructions. Les Haïtiens, plus nombreux à Los Nogales et constamment à la recherche d'un logement, acceptent des logements petits, précaires, aux conditions d'hygiène parfois très douteuses et à l'insalubrité souvent certaine. Les propriétaires peuvent donc mettre en location des chambres, des pièces, des espaces qui trouveront preneurs malgré leurs défauts.

Le système de subdivision des maisons ou édifices en plusieurs logements est commun au Chili et en Amérique Latine. Dureau et Paquette soulignent en effet que face à une production légale de logement limitée dans les villes d'Amérique latine, une des stratégies résidentielles des habitants pauvres consiste justement à vivre dans un bâtiment subdivisé avec d'autres ménages (Dureau, 2006, p. 242). À Santiago comme au Brésil, en Colombie, au Mexique, des maisons bourgeoises des centres villes anciens ont été divisées et louées aux populations pauvres. À Santiago, ces maisons étaient alors louées aux migrants internes du pays et le sont depuis plus récemment à des migrants internationaux. À ces espaces s'ajoutent les bâtiments construits spécialement pour accueillir les ouvriers des fabriques. Dans le nord de Los Nogales, comme dans la première habitation d'Augustine (n°10), ce sont bien des maisons anciennes qui sont redécoupées en plusieurs logements que se partagent les migrants. Plus au Sud du quartier, ce sont généralement les maisons auto-construites dans les années 40 et 50 qui sont divisées ou encore des hangars et des entreprises qui font l'objet d'une remodelation et changent de fonction.

Il est possible d'observer des propriétaires louer une maison entière à une personne, laquelle se charge de la gestion de la location des pièces. Celle-ci peut choisir de la partager avec ses proches et dans ce cas, l'ensemble de la maison prend une allure familiale (voir encadré 8.5) ; ou bien, elle peut sous-louer les pièces à des ménages différents qui ne se connaissent pas forcément par avance. Ces ménages peuvent être uniquement haïtiens ou parfois de différentes nationalités (comme dans le premier logement d'Augustine et

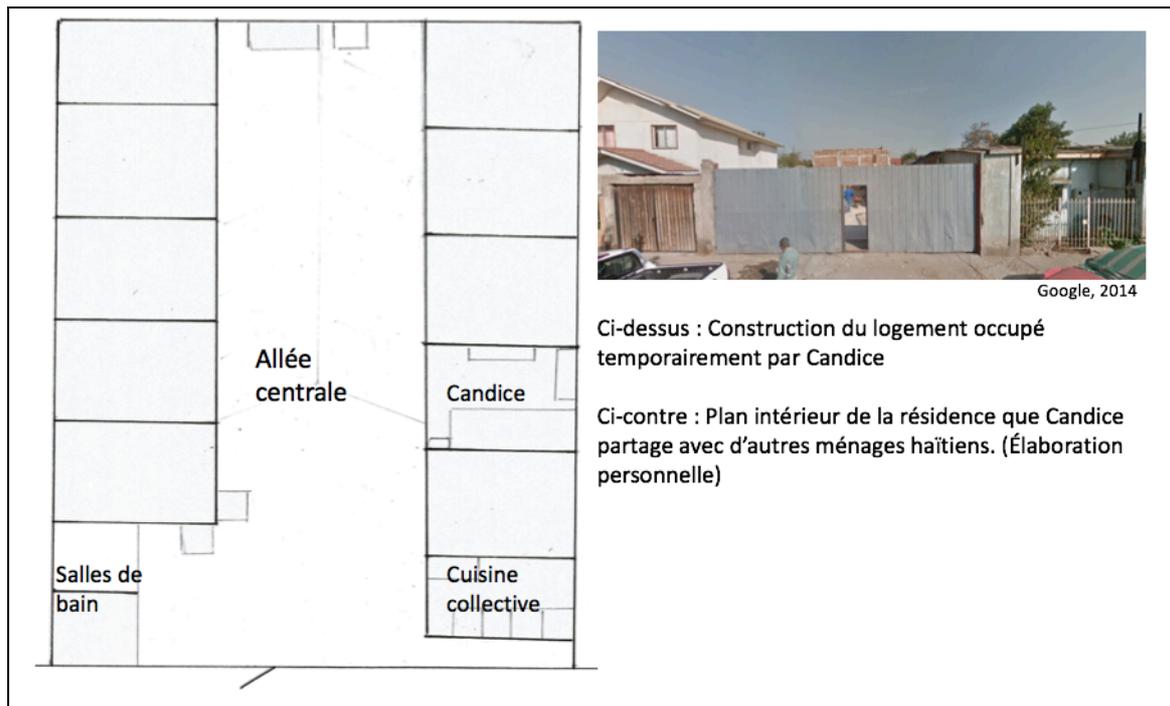
²²⁶ Il est intéressant de noter que c'est presque toujours à partir de la situation d'Haïtiens que les médias dénoncent ces abus, tout comme les abus sur les questions de travail. La question du logement des migrants a été fortement rendue visible en 2017 quand des enquêteurs du recensement ont découvert un hangar aménagé en petites pièces insalubres louées à une centaine de personnes migrantes.

Clifford (n°10)). Il y a alors souvent un profit généré par la personne qui assure la gestion de la location (voir encadré 8.2). D'autres propriétaires font le choix de gérer eux-mêmes la location des différentes pièces d'une maison dans laquelle ils n'habitent pas. Chaque pièce est alors louée à un ménage. L'espace semble régulièrement maximisé et des constructions sont généralement mises en place dans les cours intérieures ou les espaces libres afin d'obtenir des pièces nouvelles.

Il est également possible pour les Haïtiens de louer une pièce au sein d'une maison occupée par ses propriétaires (voir encadré 8.3). La cohabitation avec les propriétaires est souvent l'objet de plaintes de la part des Haïtiens qui estiment leur liberté largement réduite par les règles imposées par les propriétaires. Comme l'explique Réginald (n°8): *« il y a des Chiliens qui sont pénibles et qui « taclent » les gens avec toute une série de choses. Ils disent : « non, ne fais pas ça ! » et les gens ne se sentent pas bien dans cette maison, car le propriétaire ne les met pas à l'aise. Il y a aussi des Chiliens qui limitent la quantité de personnes qui peut venir te voir chez toi et si la personne a de la famille, ils limitent aussi la possibilité pour la famille de venir. Ça veut dire que seuls ceux qui habitent là peuvent entrer. Donc souvent, les Haïtiens ils ont de l'hospitalité chez eux, quand ils vivent quelque part, ils aiment voir du monde qui vient les voir, qui entre, qui sort. C'est comme ça que les Haïtiens vivent. Mais les Chiliens ils n'aiment pas ça, souvent ils n'aiment pas ça ».*

Encadré 8.2. Candice : location dans un ensemble construit pour louer à des Haïtiens

Candice (n°12) a habité pendant un temps dans une chambre d'environ sept mètres carrés qu'elle louait à un Haïtien. Celui-ci, connu également pour organiser des *sol* (système d'épargne) était allé, d'après les on-dit, rencontrer le propriétaire d'un hangar abandonné au cœur de Los Nogales. Il avait convaincu celui-ci de construire des petites chambres et de lui confier la gestion de cette location. Derrière un énorme portail de fer peint en noir, dix petites chambres se répartissent de chaque côté d'une grande allée centrale d'une vingtaine de mètres de long et d'environ quatre de large. Les chambres, qui possèdent toutes une fenêtre, ont leurs murs recouverts de planches de bois. À l'entrée du lieu, sur la droite, une petite cuisine regroupe un évier et quatre gazinières. Celles qui ne tiennent pas dans la pièce sont rangées devant les chambres des locataires, dans l'allée centrale, ou tout au fond de l'allée. À gauche de l'entrée, deux petites pièces servent de toilettes et de salles de bain pour tous les habitants. L'ensemble est surplombé par un toit de tôle, qui laisse passer lumière et air. Vivaient ici uniquement des Haïtiens, parmi lesquels Candice était l'unique personne à vivre seule dans une pièce. Une famille composée d'un couple, de trois enfants et d'une sœur de la mère de famille, y occupaient deux places. Chaque chambre coûtait 140 000 pesos chilien. La rumeur dit que l'homme chargé de la location ne reversait au propriétaire des lieux que 500 000 pesos par mois pour l'ensemble.



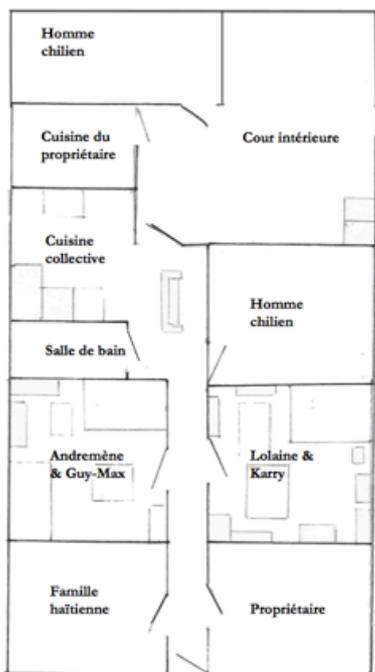
Ci-dessus : Construction du logement occupé temporairement par Candice

Ci-contre : Plan intérieur de la résidence que Candice partage avec d'autres ménages haïtiens. (Élaboration personnelle)

En effet, lorsque propriétaires et locataires partagent une même maison, les premiers se réservent généralement l'usage d'un espace particulier et définissent des règles plus strictes concernant les visites et les occupations possibles des espaces communs. Si dans le cas de Lolaine (n°6) et d'Andremène (n°7) décrit dans l'encadré 8.3 leurs familles occupent des pièces à l'intérieur de la maison, il est aussi fréquent d'observer que des migrants vivent dans des pièces construites dans les cours intérieures. Dans ces cas là, si les matériaux de construction sont généralement moins solides (murs en contreplaqués, fréquente absence de fenêtres), les locataires connaissent une plus grande indépendance

Encadré 8.3. Karry et Lolaine, Andremène et Guy-Max : logements au sein d'une maison partagée avec le propriétaire

Les familles de Lolaine et Karry (n°6), ainsi que de Guy-Max et Andremène (n°7), vivent au sein d'une maison au cœur de Los Nogales qu'elles partagent avec un autre ménage haïtien et trois hommes chiliens. Chaque ménage dispose de sa propre chambre. Le propriétaire, dont l'ex-femme et les enfants vivent dans une maison proche à Los Nogales, occupe la première chambre. Il a installé en son sein une salle de bain et des toilettes privées. Il dispose d'une cuisine personnelle, qui donne sur la cour au fond de la maison. Les deux autres chiliens occupent chacun une chambre, dont l'une a récemment été construite dans la cour. Les trois familles haïtiennes ont toutes une chambre, d'une vingtaine de mètre carrés. Il n'y a pas d'accès à l'eau à l'intérieur des chambres et aucune fenêtre chez Lolaine et chez Andremène. Excepté le propriétaire, tous les résidents partagent une petite salle de bain sommaire construite dans l'espace collectif de la maison. Il n'y a pas d'eau chaude au robinet. Les femmes se relayent pour le nettoyage de la pièce. À côté, une cuisine rassemble quatre gazinières et un lavabo. La cour de la maison est occupée par les différents habitants qui y rangent les vélos et les machines à laver, y font sécher les vêtements et jouer les enfants.



Ci dessus : Photo de la maison partagée par les ménages. (Google, 2014)

Ci-contre : Plan intérieur de la maison. (Élaboration personnelle)

Enfin, des terrains vagues ou des hangars sont investis par les propriétaires eux-mêmes ou par des investisseurs pour y construire des pièces plus ou moins précaires. Dans la plupart des cas, les espaces de toilettes et l'accès à l'eau sont partagés par tous les habitants d'une maison. Dans les espaces subdivisés et partagés entre plusieurs ménages, il est fréquent d'observer que les gazinières de tous les résidents sont installées dans la cour intérieure ou dans une même pièce. Parfois cependant, les pièces louées par les ménages servent chacune à la fois de chambre, de salle à manger et de cuisine.

À Los Nogales, les personnes qui louent des chambres à des Haïtiens et avec lesquelles j'ai pu parler (comme le propriétaire de Lolaine et Karry (n°6) ou celui du deuxième logement d'Augustine (n°10)) soulignent l'intérêt qu'elles trouvent à louer à des personnes de nationalité haïtienne. Les propriétaires leur reconnaissent une grande honnêteté et propreté, une bonne éducation et une grande piété qui les distinguent des bruyants et

alcooliques Péruviens et Colombiens et en font de bons locataires. Louer à des Haïtiens, disent-ils, leur permet de s'éviter des problèmes, même si souvent il leur est reproché de vivre finalement plus nombreux que ce qui est prévu au moment de la location et cela peut être perçu comme problématique. Certains considèrent faire une bonne œuvre en louant à des prix « raisonnables » des pièces pour ces gens qui viennent d'une si grande misère. Et c'est cette même misère qu'ils associent à Haïti qui rend acceptable selon eux les conditions précaires d'habitat qu'ils mettent à disposition des Haïtiens : c'est toujours mieux que ce qu'ils avaient chez eux, justifient-ils.

L'installation rapide, concentrée et nombreuse des Haïtiens dans le quartier de Los Nogales a conduit à une transformation du quartier : une transformation du bâti, peu visible depuis la rue ; une transformation de l'usage de l'espace public ; et une transformation des relations et des rapports de pouvoir au sein du quartier. Les pratiques de l'espace qu'ont les Haïtiens au sein de Los Nogales s'articulent avec l'usage qu'en ont les habitants plus traditionnels, et contribuent à réinventer, transformer, fabriquer ou reproduire les espaces du quartier. Non seulement les Haïtiens circulent dans le quartier, aux heures de se rendre au travail²²⁷, d'aller chercher les enfants à l'école, de visiter des proches, mais certains lieux sont devenus des lieux de rencontres, de rassemblement, des lieux de passages et d'activités des Haïtiens.

Le carrefour de *Toro Mazotte* et *Javiera Salas*, qui est un lieu de passage important du quartier et où l'on trouve différentes petites boutiques qui attirent les habitants des rues voisines, est désormais un lieu de rassemblement pour des Haïtiens. En soirée, ou le dimanche, des jeunes s'y retrouvent pour discuter au coin des rues, interpellant ceux qui passent en provenance du métro ou du supermarché. Dans ce carrefour se situe la première entreprise haïtienne qui a vu le jour dans le quartier : un restaurant de nourriture haïtienne et chilienne, qui se transforme les soirs de weekend en boîte de nuit. À ses côtés, un cybercafé appartient au même propriétaire haïtien²²⁸. De l'autre côté de la rue, une cuisine est installée dans une ancienne caravane et vend de la nourriture rapide chilienne mais aussi des spécialités haïtiennes. Plus au sud du quartier, l'église évangélique de Pasteur Guy-Max (n°7) est un espace vers lequel convergent de nombreux Haïtiens différents jours de la semaine, mais surtout le dimanche matin²²⁹. De cet édifice résonnent des chants en créole, en français et en espagnol. On voit ensuite, à la sortie du service, défiler les fidèles bien habillés, avec *Bible* et *Chants d'espérance* sous le bras dans les rues adjacentes. Des habitants chiliens du quartier m'ont signalé avoir remarqué et admiré la belle tenue et l'élégance, mais aussi la piété et la joie des Haïtiens qui participaient à ce culte. L'un d'entre eux m'a même précisé qu'il trouvait que cela redonnait une bonne image au quartier.

Les marchés ont également progressivement incorporé des Haïtiens, acheteurs puis vendeurs eux-aussi. C'est dans ces marchés locaux et peu chers que les Haïtiens achètent pour la plupart leurs aliments. Certains vendeurs chiliens ont progressivement ajouté à leur marchandise des produits demandés par des Haïtiens, que les Chiliens n'achetaient pas. Les pieds de poules par exemple sont réapparus sur les étals des bouchers. Il n'est pas rare d'entendre quelques mots en créole lancés pour attirer les clients. Par ailleurs, dès fin 2013,

²²⁷ Dans le cadre du projet *Fondecyt* dirigé par Maria Emilia Tijoux, nous avons réalisé une observation à l'intérieur de l'arrêt de métro San Alberto Hurtado, par lequel transitent les habitants de Los Nogales qui utilisent ce transport. Nous avons été surpris de voir que les usagers qui partaient le plus tôt étaient composés majoritairement de personnes noires, dont beaucoup devaient être des Haïtiens résidant à Los Nogales. Cela donne des informations sur les particularités des horaires de travail trouvés par ces migrants en comparaison à la population chilienne.

²²⁸ Il m'a été raconté que cet homme était très fort en business et qu'il possédait également des restaurants, des cybercafés et des salons de coiffure dans d'autres pays de la diaspora. Il est présenté comme un exemple de réussite.

²²⁹ J'ai estimé à un service d'un dimanche matin de décembre 2014 qu'il devait y avoir environ 400 personnes présentes dans l'église. Cette église compte d'après ses responsables 600 membres. Il existe cependant d'autres églises évangéliques dans le quartier de tailles plus réduites. L'église du Pasteur Elie regroupe environ 120 personnes début 2015. L'église du Corps du Christ, voit le jour en 2014, et regroupe, à la fin de l'année une quarantaine de personnes.

on voit apparaître au sein du marché des stands tenus par des Haïtiens. Quelques-uns sont parvenus à acheter une licence et d'autres se rajoutent en queue de marché pour vendre des produits divers. Ceux qui possèdent des stands vendent dans la plupart des cas des produits particulièrement consommés par les Haïtiens bien qu'il s'agisse toujours de produits que l'on trouve au Chili et non de produits importés. Plus récemment, vers la fin de l'année 2014, des petites boutiques tenues par des Haïtiens voient le jour à Los Nogales. De la même taille, ces épiceries ressemblent à celles tenues par des Chiliens dans le quartier. On y trouve les mêmes produits auxquels s'ajoutent parfois quelques denrées prisées parmi les Haïtiens. Lors de mon travail de recherche à Los Nogales, les premières boutiques naissaient à peine et les clients étaient avant tout des Haïtiens.

Carte 8.2. Los Nogales



Carrefour Toro Mazote con Javier Salas. Restaurant haitien (en jaune et bleu)



Google, 2014

Calle Javier Salas et ses deux types de bâti



Google, 2014

Calle Fray Martin



Google, 2014

Décharge sur le Canal colector, marché du dimanche et terrain de football



Juan Carlos Venegas, 2017

Collège-lycée publics et pharmacie



Dans le chapitre 7, il a été mentionné que le fonctionnement des réseaux migratoires des Haïtiens, qui repose sur des solidarités et des dettes au sein de réseaux d'ordre familial (au sens large) contribuait à former un sentiment de communauté parmi les Haïtiens. De forts liens unissent ses membres qui se doivent d'accueillir les nouveaux venus, de s'entraider pour trouver du travail, un logement, réunir de l'argent, soutenir les uns, garder les enfants des autres, peigner le voisin, cuisiner pour la voisine, accompagner un autre dans une administration, devenir parrain de mariage ou marraine d'un nouveau-né. Ces liens jouent évidemment dans l'usage et la pratique des lieux, les activités réalisées et les comportements adoptés. Par ailleurs, une grande majorité des Haïtiens de Los Nogales participent à une

église évangélique. S'ils n'étaient pas convertis avant de venir, ils le deviennent rapidement après leur arrivée. L'église évangélique a un fort pouvoir moral et idéologique sur la communauté haïtienne du quartier et exerce un rôle régulateur : importance de se rendre à l'église, contrôle des relations entre hommes et femmes, définition du bien et du mal, solidarité entre les membres de l'église., ou encore, comme il est question dans le chapitre 10, organisation de la prise en charge des souffrances. Elle renforce ce sentiment de solidarité, les liens qui unissent les participants ainsi que l'esprit de communauté au sein de la population haïtienne du quartier. Par ailleurs, une association haïtienne est présente à Los Nogales²³⁰ : la Oshec (*Asociación Sociocultural de los Haitianos de Estación Central*). Cette association organise des réunions auprès des Haïtiens de Los Nogales pour informer sur les droits, sensibiliser sur des thématiques, pour faire intervenir des représentants d'institution (ambassade, PDI, DEM) et enfin, pour organiser des célébrations (fêtes nationales haïtiennes par exemple).

Enfin, il faut noter que si l'église et le marché sont des lieux de rencontre des Haïtiens, ces derniers se retrouvent principalement à l'intérieur des logements et rarement, comme il est possible de l'observer avec les habitants chiliens, devant les portes des maisons. Alors que ces derniers ont tendance à privatiser l'espace public, les Haïtiens organisent des moments de sociabilité à l'intérieur des logements. Au sein d'une même maison partagée par différents ménages haïtiens, la cour intérieure ou les espaces partagés sont généralement occupés les jours de repos. On y discute en cuisinant, en lavant le linge, en se peignant, en jouant, en écoutant de la musique. De plus, les visites rendues aux proches sont fréquentes et bienvenues. Les visiteurs sont généralement invités à partager un repas et les plus intimes accèdent à l'espace complètement privé de la pièce habitée par le ménage. Cette hospitalité, chère aux Haïtiens, peut créer des tensions avec les propriétaires des lieux quand ces derniers habitent le même espace.

Los Nogales est désormais clairement identifié dans les représentations des Chiliens comme un quartier où habitent les Haïtiens. Les médias et les réseaux sociaux ont largement contribué à construire et diffuser cette image. Un étudiant en sociologie a même interrogé la formation d'un ghetto haïtien dans ce quartier (Jiménez, 2016). Si je considère que l'emploi de ce concept est inapproprié car cet espace n'est en rien fermé, que les habitants - qui demeurent de caractéristiques diverses - circulent depuis et vers ce lieu et le quittent après quelques temps passés en son sein, il me semble cependant qu'il est possible d'y voir un lieu d'ancrage de la diaspora haïtienne au Chili et même une centralité immigrante. En tant que lieu qui reçoit les nouveaux arrivants, où ces derniers s'installent à leur arrivée au Chili, depuis lequel ils découvrent Santiago, le Chili, les Chiliens et les opportunités et ressources qui s'offrent à eux, en tant que lieu où certains demeurent dans la durée, où des magasins, des églises, des associations propres aux Haïtiens y voient le jour, il est effectivement possible d'observer des dynamiques propres au quartier qui en font une centralité immigrante. En cela, la *población* historique, avec ses habitants traditionnels, ses habitudes, ses usages particuliers des lieux communs se voit profondément bousculée et connaît des transformations physiques, matérielles et symboliques importantes. Ce qui inquiète certains des habitants, en laisse d'autres indifférents ou plaît même à des derniers qui y trouvent leur compte.

²³⁰ De nombreuses associations haïtiennes ont vu le jour dès le commencement de la migration au Chili. Attachées à un territoire, à une église, à un objectif particulier, ces associations sont présentes dans toutes les communes où résident des Haïtiens. Elles sont rassemblées dans une Plateforme des associations haïtiennes au Chili afin notamment d'organiser des événements, comme les célébrations des fêtes nationales. Elles sont l'occasion pour certaines personnes d'obtenir une reconnaissance sociale. Ce sont souvent ces dirigeants associatifs qui endossent le rôle de représentants de la communauté haïtienne auprès des autres associations, collectifs et médias. D'après mes observations, plusieurs leaders associatifs sont parvenus après un temps à obtenir des postes intéressants (travail à l'ambassade d'Haïti, au *Departamento de Extranjería*, pour une mairie, un centre de santé, une école).

8.3. Le logement : un problème central pour les Haïtiens de Los Nogales

La problématique du logement génère des insatisfactions et des souffrances pour les Haïtiens enquêtés. À l'image de la pièce dans laquelle vivent Augustine (n°10), son mari et leur fils, décrites dans l'intermède précédant la partie III, de nombreux ménages disposent d'une seule pièce pour vivre. Certains, comme Nathalie (n°3), Fignolette (n°5) ou Célestie (n°21) et leurs maris respectifs, sont parvenus à trouver des logements un peu plus grands, de deux ou trois pièces, lesquelles sont régulièrement occupées par les proches qui viennent s'installer au Chili. Dans la majorité des cas, les pièces de vie sont de petite taille et servent de chambre pour dormir mais aussi de salon, de salle à manger et de cuisine. Les habitants mettent en place d'ingénieux systèmes²³¹ pour organiser au mieux l'espace et lui donner un aspect rangé et propre. Les rideaux en tissus synthétiques brodés séparent les lits du reste de la pièce. On trouve presque toujours une table à manger garnie d'un bouquet de fleurs en plastique coloré, un frigo et souvent une gazinière quand la maison ne dispose pas d'une cuisine ou d'une cour pour les installer. Des cadres décorent les murs et exposent photos de mariage, des enfants ou de la famille restée au pays.

Dans ces pièces, la ventilation fait souvent défaut, les fenêtres étant inexistantes ou bouchées par le mobilier entassé dans la chambre. Les petites bêtes sont très présentes et redoutées. L'usage de gaz en bouteille pour faire marcher les cuisinières, qui chauffent souvent pendant de longues heures pour faire cuire le riz et préparer les sauces, présentent toujours un risque, qui parfois se concrétise et se transforme en feu ou en émanation de gaz. L'accès à l'eau est généralement possible depuis un espace partagé par tous les habitants (cour intérieure ou cuisine commune) et de grandes bouteilles d'eau et des seaux permettent d'en disposer dans les chambres. Salles de bain et toilettes sont presque toujours partagées avec les autres habitants des lieux. Le mobilier y est très simple voire complètement insalubre et les conditions d'hygiène - malgré les efforts des habitants pour s'organiser et nettoyer fréquemment - laissent à désirer. Suivant les constructions, ces endroits sont ou trop sombres et renfermés, ou trop ouverts et laissent passer les courants d'air. Dans aucune des maisons visitées je n'ai pu voir une salle de bain connectée à un système de chauffage de l'eau, même dans les constructions les plus récentes. L'eau chaude est obtenue grâce à des bouilloires ou à un chauffage direct par les rayons du soleil en été.

L'entassement et l'insalubrité sont communs pour les Haïtiens de Los Nogales (et en cela, il faut le préciser, les Haïtiens en font pas exception parmi les populations migrantes au Chili ou les populations pauvres en Amérique latine). Vivre dans une maison avec d'autres personnes qui ne sont pas des proches présente quelques avantages et mais aussi des inconvénients qui peuvent générer des souffrances. On y trouve des personnes solidaires avec lesquelles une entraide se met en place - garde d'enfants, cuisine, coiffure, lavage des vêtements - ; mais cela peut générer aussi des situations de risques ou même de violence. Il n'est pas rare d'entendre des femmes se plaindre de problèmes de cohabitation et souhaiter trouver enfin un logement plus indépendant. Andremène (n°7) s'est une fois plainte devant moi que le Diable était présent dans sa maison et qu'elle devait absolument trouver un logement pour sa seule famille. Isemane (n°31) a dû utiliser différentes stratégies pour faire accepter à son mari un déménagement alors qu'elle n'en pouvait plus de cohabiter avec une femme qui lui cherchait des problèmes. Rosénie (n°30) ne supportait plus les commérages et les bruits de ses voisins. Une dame encore, connaissance de Candice (n°12), nous a expliqué un jour que sa maison ressemblait à la *Cité Solèy* de Port-au-Prince tellement les disputes y sont fréquentes. Betty (n°28) craint de laisser son fils remplir de l'eau au robinet de la cour de la maison, car un des voisins est capable d'accès de violence soudaine. Enfin,

²³¹ Par exemple, des valises plates contenant des habits ou des couvertures pour l'hiver bien rangées qui servent de sommier ; manche de balai fixés à l'horizontal dans un coin de la pièce ou fils tirés le long des murs et sur lequel sont suspendus des vêtements avec des cintres ; four - jamais utilisé - servant de placard pour les ustensiles de cuisine.

Cinélie (n°4) et Lovemine (n°20), qui habitaient chacune une chambre dans la maison d'une famille chilienne, ont souffert de la maltraitance du propriétaire. Il les a frappé à plusieurs reprises et a même un jour menacé Lovemine avec un couteau lui promettant de la tuer si sa fille ne parlait pas moins fort. Malgré la gravité de la situation, elles disaient ne pas pouvoir le dénoncer au risque de se retrouver à la rue et ont subi ces violences jusqu'à trouver un autre logement.

Les insatisfactions des Haïtiens autour du logement les poussent à chercher constamment un nouveau lieu de vie, jusqu'à ce qu'ils trouvent un lieu plus agréable, plus spacieux, plus indépendant, si possible moins cher. Le système du bouche-à-oreille est essentiel pour être informé d'une chambre qui se libère ou d'une nouvelle construction. Des stratégies peuvent être mises en place pour repérer des espaces abandonnés, pour solliciter et interroger les habitants du quartier et pour négocier une location. Les déménagements sont réguliers car dès qu'une possibilité s'offre, si elle présente une petite amélioration, les personnes semblent s'en saisir. Ainsi, Augustine et Clifford (n°10), après avoir vécu dans une première pièce, déménagent fin juin 2014 dans une chambre aménagée dans un ancien collège, proche du métro San Alberto Hurtado. Nous avons passé de nombreuses heures à parcourir des rues à la recherche d'un logement un peu meilleur. Finalement, c'est un ami de Clifford qui a entendu parler d'une chambre à louer dans cet ancien collège, situé entre deux tours en construction. Là-bas, résident une quarantaine de ménages étrangers de différentes nationalités. La chambre qu'occupe la famille est au premier étage et les cafards y sont nombreux. Aussi, dès qu'Augustine apprend qu'une chambre se libère au rez-de-chaussée, elle demande à y déménager. Elle trouve plus sûr pour son fils d'être à même le sol. La chambre, d'une douzaine de mètres carrés accueille également le père d'Augustine. Fin 2015, la femme m'apprend que la famille a déménagé dans la commune de Maïpu, peu loin de Los Nogales dans un deux-pièces.

Lorsque les personnes commencent à connaître mieux Santiago, elles étendent leur zone de recherche de logement. Aussi, à l'instar d'Augustine et Clifford, des déménagements ont lieu en dehors de Los Nogales : Isemene et Saurel (n°31) sont partis à Santiago, Dieujuste (n°27) à San Miguel puis Quilicura, Alexander (n°36) à Maïpu, Rood à Santiago et Quilicura, Levens (n°41) à Pedro Aguirre Cerda et Candice (n°12), après mon départ du Chili, à Puente Alto. Il faut noter que parmi ces personnes, à l'exception des familles d'Augustine et d'Isemene, toutes sont sans enfants, célibataires pour plusieurs et que trois d'entre elles occupent des postes dans l'association Oschec. Elles disposent d'expériences et de réseaux qui facilitent leur mobilité dans la ville et se déplacent certainement plus facilement que des familles. Ce sont d'ailleurs généralement les familles nombreuses, comme celle de Betty (n°28) ou de Naïma (n°39), qui éprouvent le plus de difficultés à trouver un espace suffisant à un prix accessible.

Encadré 8.4. Trajectoire résidentielle de Sabine-Carla

Lolaine (n°6) a fait venir au Chili sa sœur Sabine-Carla (n°23) alors que cette dernière réalisait des études en infirmerie en Haïti et souhaitait y rester le temps de les finir. À son arrivée au Chili, Sabine-Carla a été hébergée par Lolaine et son mari, qui occupent une chambre (voir encadré 8.3) avec leur fille. Durant cette période, les meubles sont poussés dans un coin de la pièce et un lit une place est ajouté dans un coin. Après trois mois passés chez eux, alors qu'elle vient de toucher son premier salaire (elle est chargée du ménage et de la vente dans une station essence Copec et s'occupe à domicile de laver les habits de travail de son équipe), elle trouve une chambre dans une rue à 300 mètres de chez sa sœur. Elle partage cette chambre avec une jeune haïtienne qui revient de son travail dans le service domestique du samedi soir au lundi matin. Leur chambre est dans l'entrée d'une maison où résident une grande famille chilienne. Sabine-Carla est contente d'être partie de chez sa sœur, où elle avait du mal à supporter son beau-frère. Après deux mois dans cette maison, les deux femmes trouvent une pièce dans une maison dans la rue du centre de santé à Los Nogales. C'est une des rares maisons à deux étages du quartier. Y résident plusieurs ménages d'étrangers, parmi lesquels Réginald (n°8), le petit-ami de sa cousine Chimène (n°22), et son cousin. La pièce est plus grande et confortable, cependant les toilettes et la salle de bain sont un réduit sans électricité sous l'escalier et apparaissent très désagréables aux yeux des locataires. Finalement, Sabine-Carla et sa colocataire, mais également Réginald et son cousin avec qui il partage sa pièce dans la cour de la maison, trouvent une maison entière à louer. Ils s'y installent avec le frère de Sabine-Carla, et deux autres couples d'amis. Cette maison leur plaît énormément car elle est spatieuse, lumineuse, commode et occupée uniquement par des personnes proches.

Le cas de Sabine-Carla montre que des personnes parviennent à obtenir une maison entière qu'elles partagent avec d'autres membres de leurs familles ou des amis proches, où un cadre familial s'installe qui permet d'organiser de manière plus confortable les lieux communs et la vie en collectivité (voir aussi encadré 8.5). D'autres trouvent des logements dans lesquels ils sont plus à leur aise et bénéficient d'une indépendance qu'ils valorisent. Pourtant, l'arrivée de proches au Chili conduit souvent à l'installation des nouveaux venus dans ces logements, ce qui densifie à nouveau l'espace.

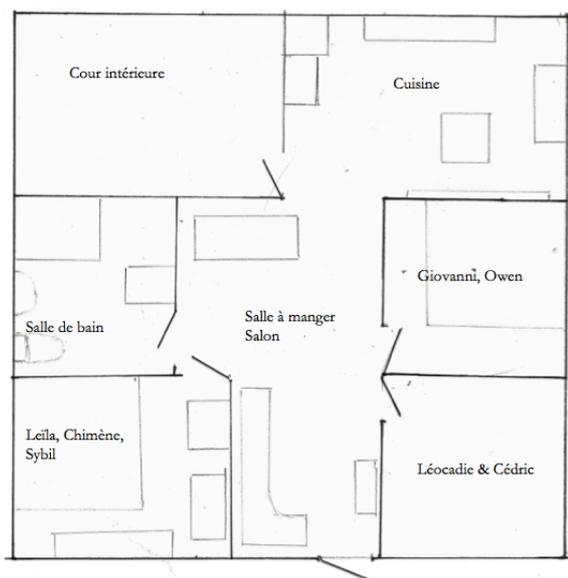
La question du logement est pour les Haïtiens de Los Nogales à la fois source de préoccupation et motif d'insatisfaction de leur migration au Chili. À l'unanimité, ils considèrent que le logement est un des principaux problèmes des Haïtiens : la difficulté pour trouver un logement et la cherté des prix sont signalés comme très problématiques. Les relations avec les propriétaires produisent également un malaise que plusieurs personnes soulèvent. Mais ce sont surtout les mauvaises conditions de vie qu'offrent les logements que les Haïtiens parviennent à trouver qui les inquiètent. Là encore, tous s'accordent pour les considérer non seulement insatisfaisantes, mais aussi indécentes et dangereuses. Ginel (n°9), qui habite alors une maison indépendante de trois pièces avec une salle supplémentaire pouvant servir de magasin²³², dénonce le fait que les propriétaires abusent des Haïtiens. Il insiste sur la dangerosité de son habitat : « *Mais regardes, ici, si tu regardes en bas, tu vois en-dessous de la porte j'ai mis un truc pour que les rats n'entrent pas. J'ai mon fils ici ! Regardes ! Il joue au sol ! C'est dangereux, tu comprends ?* ».

²³² Qu'un ménage dispose d'autant de pièces est rare à Los Nogales. Cela reflète le fait que Ginel (n°9) habite Los Nogales depuis assez longtemps (il est arrivé fin 2012 début 2013) et qu'il occupe une position de pouvoir en étant président de l'association des Haïtiens du quartier. Cette position traduit les ressources, les savoirs et les réseaux qu'il peut mobiliser. Le loyer qu'il dit payer (200 000 pesos chiliens) est très peu élevé comparé aux prix des logements occupés par des Haïtiens. Il habite dans cette maison avec sa femme, son fils, sa belle-sœur et temporairement, des nouveaux arrivants.

Encadré 8.5. Maison partagée par Leïla, Giovanni, Owen, Léocadie et Cédric

Leïla (n°14), Giovanni (n°15) et Owen (n°16) sont trois frères et sœur. Les deux premiers ont vécu en République dominicaine. Leïla est arrivée au Chili en 2011 et, après le départ de son conjoint pour le Brésil, a eu un enfant début 2014. Giovanni, qui est né en République dominicaine est arrivé au Chili en 2012 et leur grand frère Owen, en 2013. Ils partagent une maison avec Léocadie et Cédric (n°17), un couple qu'ils connaissent d'Haïti, et avec Chimène (n°22), cousine de Lolaine (n°6), qui a grandi à Thomassique d'où ils viennent tous. Ils occupent ensemble une maison de deux étages dans la Población La Santiago. Ils doivent cependant la quitter car le propriétaire souhaite y vivre à nouveau. Ils déménagent à une rue de là, dans une maison de plein pied trouvée par Giovanni. Cette maison était un restaurant auparavant et dispose d'une grande cuisine. Celle-ci (et il n'y a qu'une seule gazinière ici) et la salle de bain sont partagés. Un salon, qui fait salle à manger, constitue la pièce principale de la maison et est utilisé par tous les locataires. Léocadie et Cédric (n°17) occupent une chambre. Ils y reçoivent un cousin lorsque celui-ci arrive, pendant plus d'un mois. Début 2015, alors que leurs deux enfants vont les rejoindre, ils trouvent une maison un peu en dehors de Los Nogales. En mauvais état, elle a l'avantage d'être assez grande pour toute la famille ; le père étant maçon, il y fait quelques travaux dès leur arrivée. Dans une deuxième chambre dorment Giovanni et Owen, et pendant un temps (tant qu'il n'avait pas de logement pour lui), Réginald (n°8). La troisième chambre est occupée dans un premier temps par Leïla et Chimène (n°22). Puis par Leïla, Chimène, Sybil (n°18) et l'enfant de Leïla. Chimène trouve peu après la naissance de l'enfant une chambre proche de Lo Valledor, qu'elle loue avec une amie. Sybil vient de Thomassique elle-aussi et a utilisé les services de Giovanni pour organiser son voyage. Ne connaissant personne au Chili et Leïla ayant besoin d'aide, elle est restée chez eux et a pu soutenir la jeune mère. Elle a finalement déménagé dans une chambre qu'elle a partagé avec une autre femme.

Plan intérieur de la maison habitée à partir de 2014 par les ménages (élaboration personnelle)



Première maison habitée par Leïla, Giovanni, Owen, Léocadie et Cédric



Google, 2012

Maison de ces ménages en 2014



Google, 2012

Place située devant la maison occupée en 2014



Google, 2012

Daniel (n°1) raconte également son désespoir face aux conditions de vie qu'il offrait à trois enfants dans le premier logement que la famille a habité à Los Nogales. Ils occupaient une toute petite chambre sans ventilation ni lumière naturelle dans une maison partagée avec

plusieurs ménages haïtiens. Juste à côté de la maison, un terrain vague remplaçait une maison détruite et servait de décharge publique et selon lui, ils auraient pu prendre des maladies facilement. « *Il y a eu un moment j'en suis arrivé à me frapper la tête contre un mur. J'ai dit que j'allais me tuer* » explique-t-il pour souligner les souffrances produites par ce problème de logement.

La qualité des logements est source d'inquiétude en ce qu'elle présente des risques pour la santé des occupants. En hiver, tous se plaignent du froid et notamment de devoir se laver à l'eau froide ou à l'eau chauffée à la bouilloire dans des pièces froides ou à courant d'air. Les problèmes respiratoires chroniques des nouveau-nés et des enfants sont associés par les parents au froid et au manque de ventilation dans les logements. Les parents ont conscience que les enfants n'ont pas un espace adapté à leurs besoins. Le partage d'espaces comme les toilettes ou la salle de bain sont aussi sujets d'inquiétude, et ce d'autant plus que la famille est composée de jeunes enfants. La présence d'insectes, tout comme les risques d'incendie dans certaines maisons inquiètent les habitants.

Les conditions de vie des migrants en général (mais bien souvent ces constatations partent de la situation de migrants haïtiens) sont dénoncées par différents acteurs (associations, universitaires, médias) depuis plusieurs années (voir chapitre 6). Cependant, ce sujet est toujours plus visible : il est employé notamment pour pousser l'État à actualiser la législation migratoire et à protéger mieux les migrants face aux abus.

Le mal-être qui affecte les Haïtiens en ce qui concerne la thématique du logement vient aussi du fait que leurs attentes concernant leur vie en migration se trouvent fortement déçues. Avant de migrer, peu disposent d'une information précise sur la qualité des logements et quand ils découvrent la réalité, ils connaissent une forte déception. Augustine (n°10) explique sa propre surprise de la manière suivante : « *Je pensais que j'aurai une plus belle vie au Chili. Je pensais qu'on allait venir vivre dans une plus belle maison. Quand je suis venue, j'ai été choquée de voir la chambre dans laquelle on est venu s'installer, où on allait dormir. J'ai toujours pensé qu'à l'étranger tu pouvais avoir tes affaires à part et que tu pouvais vivre dans une belle maison. Quand je suis venue, je n'ai pas vu ça ! Clifford (n°10) m'avait seulement dit que c'était un pays froid. Quand on regardait des films, on a toujours vu qu'à l'étranger il y avait des belles maisons, c'était plutôt en France, aux États-Unis. C'était beau, avec des belles zones où il n'y a pas de poussière. Je pensais que c'était la belle vie à l'étranger ! Beaucoup de monde en Haïti pense que si quelqu'un est à l'étranger, tout est facile pour lui ! Mais quand je suis venue, vraiment j'ai vu qu'à l'étranger si tu ne travailles pas, si tu n'as pas de travail, tu n'as rien, c'est pas facile* ».

À cela s'ajoute la confrontation au regard qu'ils pensent que les Chiliens portent sur eux - et que j'ai effectivement pu entendre de la part de Chiliens et dans les médias -. C'est Nathalie (n°3) la première à m'avoir parlé de ce qu'elle ressent comme une humiliation : pour elle, les Chiliens ont une très mauvaise image d'Haïti et pensent que tous les Haïtiens sont très pauvres. Les Chiliens considèrent que les Haïtiens vivent dans une grande misère dans leur pays et donc, que les logements qu'ils leur proposent ne peuvent être que mieux que ce qu'ils avaient chez eux. Elle se défend évidemment de cette idée, et, comme plusieurs autres, explique que les maisons en Haïti, si elles ne disposent pas toutes d'électricité et d'eau courante, ne sont pas si insalubres et petites que les logements de Los Nogales.

Pour Ginel (n°9) : « *Ils pensent que pour être des Haïtiens nous n'avons rien, que nous ne pouvons pas louer une maison, qu'on ne peut pas vivre dans un endroit bien. Mais là-bas, je n'avais pas cette vie. Là-bas, je vivais dans un bon endroit, j'avais des voitures dans mon pays. Je vis ici depuis 4 ans et je ne suis toujours pas capable d'acheter un vélo. Ce n'est pas une vie ça pour moi ! Ce n'est pas une vie ! On s'imagine le rêve américain ! Le rêve chilien. Sortir d'Haïti. « Ah je vais aller au Chili, j'aurai une voiture et une belle maison » ! Non ! Selon mon point de vue là où j'habite il y a plus de pauvreté que dans mon pays. Et pour les Chiliens, on vit dans un endroit de luxe ! Regarde où je vis ! C'est horrible ! Si tu*

regardes, chaque jour je suis plus maigre, parce que je ne peux pas grossir. Parce que je pense beaucoup, parce que je ne veux pas rester plus. Même si maintenant j'ai un bon travail, je ne veux pas rester ». Comme Ginel, beaucoup disent avoir de nombreuses attentes déçues, et se confronter au regard de la société chilienne qui les associe à la misère (blessant ainsi honneur et estime de soi) et les y enferme en leur indiquant que la place misérable qu'ils peuvent occuper dans la société chilienne est considérée plus avantageuse que celle qu'ils avaient dans leur pays, et donc, qu'ils ne peuvent s'en plaindre. La question du logement les renvoie à ce regard et à sa matérialisation en des conditions de vie effectivement difficiles et certains le ressentent amèrement.

Pour terminer, je souhaite insister sur le fait que si les logements dans lesquels résident les Haïtiens sont extrêmement précaires, conduisent à un entassement de cette population et font l'objet d'abus de la part des propriétaires, les conditions de logement des autres habitants du quartier de Los Nogales ne sont pas toujours bien meilleures. La population du quartier est modeste, pauvre ou très pauvre et les problèmes d'entassement, d'insalubrité et de fragilité des constructions ne sont certainement pas réservés uniquement aux Haïtiens (voir annexe 12). Ces problèmes sont également le lot des migrants d'autres nationalités que l'on trouve dans d'autres quartiers et communes du pays.

8.4. Les Haïtiens, des « bons travailleurs » pour les métiers dont personne ne veut

Le travail est un autre grand sujet de préoccupation des Haïtiens à Los Nogales, en ce qu'il est nécessaire pour avoir de l'argent pour vivre, mais aussi pour régulariser la présence sur le territoire. Parmi la population enquêtée, qui correspond majoritairement à des adultes en âge de travailler, femmes et hommes travaillent, à moins d'en être empêché : lors d'une grossesse et de la naissance, lorsque la famille a plusieurs enfants ou lorsqu'une personne ne trouve pas de travail. Ce sont donc avant tout des femmes, enceintes ou avec de très jeunes enfants qui ne sont pas employées (j'ai recensé dix femmes à n'avoir jamais travaillé depuis leur arrivée). Quelques rares personnes âgées sont venues s'installer au Chili pour rejoindre leurs enfants et celles que j'ai rencontrées restaient à domicile.

Sur les soixante personnes présentées en annexe 5, le secteur de la restauration rapide est celui qui embauche le plus (16 ont travaillé dans ce domaine), en offrant généralement du travail dans les cuisines, comme petites mains ou comme chargés de la vaisselle et du ménage. Une seule femme travaillant dans ce secteur est chargée de la vente. Tout comme la chaîne de restauration rapide *Dominó* réputée pour embaucher des Haïtiens (10 des 16 personnes)²³³, l'entreprise *Copec* recrute également beaucoup parmi les Haïtiens (9) : des hommes pour servir l'essence et des femmes pour tenir les magasins. Si trouver un contrat à *Copec* ne semble guère difficile pour les Haïtiens à l'époque, les conditions de travail, elles, le sont. Entre des horaires changeants et les cambriolages violents qui sont fréquents, les conséquences sur la santé physique et psychique est remarquée par tous. *Copec* et *Dominó* sont deux grosses entreprises réputées au sein de la communauté pour embaucher des Haïtiens. Les emplois en tant qu'agent d'entretien sont également fréquents (9). Dans une université, dans le métro, dans les chantiers de construction, des grands magasins, ce sont souvent des entreprises spécialisées qui emploient et louent leurs services à d'autres. Cependant, quelques personnes sont embauchées directement par un hôtel ou une usine. La construction est également un secteur qui recrute et 7 hommes enquêtés y ont travaillé

²³³ Parmi les personnes enquêtées, celles qui travaillent pour *Dominó* sont arrivées au Chili avant 2014 (Nathalie (n°3) et son mari, Figolette (n°5), Clifford (n°10), Eddy (n°4)). En 2014 et 2015, j'ai à trois reprises accompagné Nathalie et les nouveaux venus de sa famille aux ressources humaines de l'entreprise dans le but de demander un travail pour eux. La réponse a toujours été la même : pour les étrangers, seuls ceux avec un titre de séjour définitif pouvaient être embauchés. Pour toutes les personnes citées, elles ont été embauchées sans avoir de visa. C'est justement ce contrat qui leur a donné droit à un titre de séjour.

depuis leur arrivée au Chili. Enfin, les marchés et notamment le marché au gros de Lo Valledor attirent les hommes haïtiens et les recrutent facilement. Beaucoup d'hommes, en attendant de trouver un contrat de travail, y déchargent des camions. Certains complètent leur salaire en s'y rendant occasionnellement et d'autres trouvent un contrat au sein même de Lo Valledor. Enfin, quelques personnes travaillent ou ont travaillé dans la vente (5 femmes dont deux au sein de stations service et une dans la restauration) en tant qu'ouvrière en usine (3), agent de sécurité (2 hommes), mécanicien (1 homme) et dans le service domestique (2 femmes). Quelques rares personnes occupent après un temps au Chili des postes à leurs yeux mieux évalués d'employés de bureau ou dans des services sociaux ou sanitaires.

Dès leur arrivée au Chili, les Haïtiens se lancent à la recherche d'un travail, mais surtout d'un contrat de travail²³⁴. La régularité de leur séjour est pour beaucoup sujette à un contrat de travail. Les dérives d'une telle exigence sont évidentes, d'autant plus que le bruit court, et l'expérience montre, qu'il est de plus en plus difficile de trouver un patron prêt à faire un contrat de travail à quelqu'un qui n'a pas encore de titre de séjour. Un cercle vicieux se met alors progressivement en place : les Haïtiens qui ont absolument besoin d'un contrat de travail s'y assujettissent et acceptent tous types d'emplois, de conditions de travail et de salaire. La demande d'emplois augmentant, la concurrence aussi et les personnes étant prêtes à accepter des conditions toujours moins avantageuses, des abus apparaissent et deviennent difficiles à contrôler. Les Haïtiens avec un visa sujet à contrat de travail doivent tenir deux ans avec ce contrat pour pouvoir demander un titre de séjour définitif. Celui-ci en poche, ils seront libres de changer de travail et de se montrer plus exigeants. En attendant, ils acceptent des emplois qui ne leur plaisent pas, aux conditions de travail difficiles et aux salaires bas. Les résistances rencontrent des menaces et la peur de la perte de l'emploi réduit souvent les rébellions.

Si la majorité des emplois des enquêtés sont sous contrats, certains travaillent cependant sans contrat de travail. Il arrive qu'ils ne parviennent pas à en obtenir, mais, obligé de gagner de l'argent pour vivre, ils acceptent des conditions encore plus contraignantes (voir encadré 8.6). D'autres choisissent de travailler dans des secteurs où les contrats sont plus rares, mais qui rapportent plus d'argent, comme par exemple dans le marché au gros du Valledor. Enfin, des personnes n'ont légalement pas le droit de travailler et travaillent malgré tout. Augustine (n°10) par exemple, qui dispose d'un titre de séjour Sujet à contrat dépendant de celui de son mari, n'a l'autorisation de travailler. Cependant, elle trouve un poste grâce à son ancienne voisine dans une boutique de restauration rapide au sein d'un centre commercial proche de la station de train.

Encadré 8.6. Rosélie : emploi sans contrat de travail dans une fabrique

Rosélie (n°35) a habité de nombreuses années en République dominicaine où elle exerçait en tant qu'institutrice. Arrivée au Chili en 2010, elle ne dispose pas, en 2012, de visa et a rencontré des problèmes avec le *Departamento de Extranjería* après avoir présenté deux faux contrats de travail. En 2012, quand je la rencontre, Rosélie travaille de nuit, sans contrat, dans une entreprise qui fabrique des objets en plastique. Elle travaille douze heures par nuit, six nuits par semaine. La nuit de repos change chaque semaine. Elle est payée 10 000 pesos pour chaque nuit de travail (soit 13, 50 euros selon les taux actuels). Parmi les autres ouvriers de l'usine, il y a seulement un Chilien et le reste de l'équipe (environ vingt personnes) est composé de cinq haïtiens et de migrants d'autres nationalités. Les jours fériés ne sont généralement pas travaillés et personne n'est payé.

²³⁴ Au Chili, la régularité de l'emploi est assez contrôlée et les employeurs préfèrent généralement être en règle avec leurs travailleurs. Cela n'empêche pas l'existence d'entreprises qui emploient des personnes sans fournir de contrat de travail.

Les lieux de travail sont très divers : Augustine (n°10) ou Annette (n°26) par exemple, travaillent dans la zone économique autour de la *Estación central* et peuvent s'y rendre rapidement et facilement. Lo Valledor est également facilement accessible depuis Los Nogales. Des entreprises locales (comme l'imprimerie qui embauche Candice (n°12) et Lolaine (n°6)) sont également situées dans le quartier ou à proximité. Le centre de Santiago est aussi un lieu où plusieurs personnes travaillent et reste accessible par les transports publics. Cependant, d'autres personnes doivent voyager beaucoup plus loin : Réginald (n°8) met une heure et demi pour se rendre à son travail dans le sud de la métropole ; Anjiline (n°25) entre une heure trente et deux heures ; Daniel (n°1) peut être amené à parcourir de longues distances pour certains chantiers.

Les emplois qu'occupent les Haïtiens sont généralement rémunérés au plus bas. La grande majorité des enquêtés reçoit le salaire minimum, qui, fin 2014, est de 225 000 pesos, soit environ 300 euros. Sachant qu'un loyer à Los Nogales, pour une chambre d'environ dix mètres carrés, peut coûter fin 2014 - début 2015 entre 90 000 et 150 000 pesos et que le transport en métro coûte en moyenne 35 000 pesos par mois²³⁵, ce salaire est peu élevé pour une seule personne ou pour une famille avec enfants. Les Haïtiens sont de plus sollicités par leur famille pour envoyer de l'argent, et beaucoup ont des projets d'investissements, en Haïti ou au Chili. Lorsque les salaires sont plus élevés, ils cachent souvent une certaine précarité : horaires très étendus, absence de contrat de travail, dureté de la tâche. À Lo Valledor par exemple, le gain d'argent est plus élevé qu'ailleurs. Il est même possible de gagner 50 000 pesos par jour quand il y a beaucoup de travail. Cependant, les horaires sont extrêmement difficiles et les efforts demandés sont épuisants. Des personnes font aussi le choix, lorsque la possibilité leur est offerte de travailler plus, pour gagner plus. Clifford (n°10) par exemple, qui travaille depuis son arrivée dans l'entreprise de restauration rapide *Dominó*, s'est vu offert de remplacer son collègue absent pendant plusieurs mois. Il travaillait donc l'équivalent de deux postes. Son salaire a alors augmenté à 450 000 pesos, mais il travaillait pour cela tous les jours de la semaine, de 6 heures du matin à 22 heures le soir. Karry (n°6) également, alors qu'il a obtenu un travail d'agent d'entretien dans une université, a continué de travailler au marché Lo Valledor la nuit, tant que sa femme ne trouvait pas d'emploi. Des activités économiques informelles peuvent être mises en place : garder des enfants, coiffer, faire les ongles, organiser la migration d'une personne ou faire une lettre d'invitation en sont des exemples. Ils offrent un revenu supplémentaire non négligeable.

Des niches d'emploi semblent apparaître pour les migrants et pour les Haïtiens en particulier, lesquelles naissent à la fois du marché du travail chilien, de la législation migratoire, des politiques de certaines entreprises, des stratégies et du fonctionnement des réseaux des Haïtiens, mais aussi des représentations portées sur les Haïtiens et de la valeur qu'on leur attribue. « Noirs », « Haïtiens », ils sont perçus comme forts, travailleurs, honnêtes et volontaires. Ils ne se plaignent pas pour avoir un meilleur salaire. Pour travailler dans un marché au gros ou dans la construction, c'est idéal. Le problème de la langue n'empêche pas le travail dans ces domaines. D'autres secteurs d'emploi sont à l'inverse difficilement accessibles aux Haïtiens. Les Haïtiens sont également exclus, pour la grande majorité, des emplois requérant des qualifications. Si bon nombre des personnes rencontrées n'ont pas de formations professionnelles ou universitaires qualifiantes, ceux qui en possèdent se retrouvent par la loi dans l'impossibilité d'exercer leur métier. Les diplômes haïtiens et dominicains ne sont pas reconnus. Des agronomes, des professeurs, des informaticiens, ou encore des comptables doivent exercer des professions de moindre qualification faute de pouvoir faire reconnaître leurs études et leurs expériences. Plus

²³⁵ Calcul moyen basé sur deux voyages par jour six jours par semaine pendant quatre semaines, un voyage en transport en commun coûte en moyenne 700 pesos.

encore, ceux qui souhaitent faire des études supérieures au Chili doivent recommencer une ou deux années de lycée pour pouvoir prétendre accéder à une formation professionnelle ou à l'université. Cette législation est significative à la fois des représentations sur Haïti et des intérêts de l'État chilien de disposer d'une main-d'œuvre bon marché pour son économie. Comme pour le logement, un marché de l'emploi pour les migrants, mais plus spécifiquement pour les Haïtiens se met en place au Chili. Des entreprises et des patrons justifient aussi leur choix par un regard paternaliste : en embauchant des Haïtiens, ils font une bonne œuvre et leur permettent de s'en sortir. Curieusement, tout comme des annonces pour la location de logement, des offres d'emploi pour Haïtiens sont publiées, comme si leur nationalité offrait des compétences particulières et indispensables²³⁶.

La recherche d'emploi passe principalement par la mobilisation des réseaux personnels. Nathalie (n°3) a emmené ses frères et beaux-frères à *Dominó* où elle travaille pour essayer de les faire employer ; Daniel (n°1) qui a trouvé son travail grâce à son colocataire et Augustine (n°10) grâce à sa voisine, Candice (n°12) que Giovanni (n°15) a introduit auprès d'un employeur ou encore Zakari (n°11) qui se fait embaucher grâce à Réginald (n°8) : le bouche-à-oreille et les réseaux personnels s'avèrent les plus efficaces. J'ai accompagné plusieurs personnes s'inscrire dans les bourses d'emploi des organisations *Incami* et *SJM* et de la commune d'Estación central. Seul Réginald y a obtenu satisfaction. Aux autres personnes, le manque de titre de séjour ou le niveau de langue sont placés comme des barrières qui ne permettent pas de les inscrire sur ces bases de données. À leur initiative²³⁷, j'ai également accompagné des femmes (Augustine (n°10), Micheline (n°37), Isemane (n°31), Lolaine (n°6)) faire du porte à porte pour demander un emploi. Au hasard des rues, et des petites annonces, nous interrogeons des entreprises (souvent petites) sur la possibilité d'y être embauché. Isemane a ainsi pu s'essayer au service en restaurant et au ménage dans un chantier de construction, sans obtenir de contrat. La plupart des entreprises répondaient par la négative à nos demandes et exigeaient des titres de séjour définitifs.

Il est possible d'observer des personnes qui parviennent après quelques années au Chili à améliorer leur situation professionnelle. Réginald par exemple, qui a décidé d'arrêter de servir l'essence dans une station après quelques mois, a obtenu un poste par le biais du Service Jésuite aux Migrants dans une compagnie de bus. Il assure la logistique des bus dans la gare routière, contrôlant zones de stationnement et heures de départ. Il est assez satisfait de ce nouvel emploi, plus intellectuel selon lui que le précédent, et plus valorisant. Et ce, bien qu'il doive pour cela voyager une heure et demi pour s'y rendre. Par ailleurs, quelques personnes, une fois leur titre de séjour définitif obtenu, peuvent travailler de manière indépendante et montent leur propre business, une petite épicerie, un cybercafé, un stand au marché ou une boutique à Lo Valledor. À la fin de mon travail de terrain, plusieurs épiceries et cyber-cafés haïtiens étaient en train de naître à los Nogales. Après mon départ, Nathalie (n°3) a elle aussi ouvert un magasin en bordure du quartier. Un homme, qui m'a proposé ses services de transport lors de mon déménagement, disposait, en plus de son emploi comme mécanicien dans un garage et de son camion pour faire des déménagements, d'un stand au marché, dans lequel il fait travailler deux personnes. Il a récemment ouvert un salon de coiffure au cœur de Los Nogales. Quelques personnes, et ce sont surtout les leaders associatifs qui y parviennent, obtiennent des postes d'employés qui leur donnent un certain statut et une reconnaissance. Rood, par exemple, premier président

²³⁶ Le groupe Facebook « Comunidad Haitiana en Chile » publie régulièrement des offres de travail adressées à des Haïtiens. L'administrateur filtre ces annonces et publie également celles qui lui semblent abusives, en les dénonçant. Cette page est très intéressante pour observer les types d'emplois proposés, les lieux de travail (à noter qu'il y a de plus en plus d'offres qui viennent des provinces), les salaires et les horaires. Elle est intéressante aussi pour les nombreux commentaires laissés tant par des Haïtiens que par des Chiliens. Voir : <https://www.facebook.com/comunidad-haitiana-en-chile-communauté-haitienne-au-chili-112556718830852/>, consulté le 6 septembre 2017.

²³⁷ Le recours aux bourses d'emploi des organisations et institutions était au contraire mon idée.

de l'association haïtienne Oshec a obtenu un travail à l'ambassade d'Haïti. Ginel (n°9), autre président de la même association, est devenu employé au *Departamento de Extranjería*²³⁸. Différents programmes du gouvernement en matière d'éducation et de santé ont conduit à faire appel à des médiateurs ou à des traducteurs dans les établissements très fréquentés par des Haïtiens : ces nouveaux postes ont été ouverts à des Haïtiens, offrant la possibilité d'un travail moins éreintant. Xavier (n°35), responsable santé de la Oshec et qui dispose d'une formation d'aide-soignant, a été embauché en 2016 par le centre de santé primaire de Los Nogales. En plus des tâches administratives, il assure la traduction et la médiation auprès des patients haïtiens. Levens (n°41), également dirigeant de la Oshec a obtenu après mon départ un poste dans une municipalité afin de mettre en place un programme d'accueil et d'accompagnement des migrants. Enfin, certaines personnes parviennent à réaliser des formations professionnelles ou des études au Chili, obtiennent leur diplôme et peuvent exercer leur métier. Mais ces cas restent encore rares²³⁹.

Même si la plupart des personnes qui travaillent ont des horaires étendus, des tâches fatigantes à réaliser et un salaire peu élevé, elles semblent satisfaites de pouvoir travailler et de gagner de l'argent. La difficulté pour trouver du travail en Haïti et pour avoir un salaire fixe est une des raisons qui a poussé bon nombre à la migration. Le Chili leur donne cette possibilité, qui, de plus, leur permet d'avoir un titre de séjour. Aussi, les critiques et insatisfactions au sujet du travail, quand elles sont énoncées, concernent avant tout la fatigue que provoque le travail, pour quelques-uns - généralement dans des familles où seul le père travaille - l'insuffisance des revenus, mais aussi les mauvais traitements, les discriminations et le racisme qu'ils expérimentent au travail. Le travail est en effet un des lieux où les Haïtiens rencontrent et interagissent avec des personnes qui ne sont pas haïtiennes. Ce contexte, où les relations de pouvoir façonnant les hiérarchies sont assez marquées, est aussi un lieu privilégié où les Haïtiens perçoivent le regard que leur portent les Chiliens. Plusieurs critiquent le comportement des Chiliens qui leurs donnent les tâches les plus ingrates, leurs font des commentaires humiliants. Ils y expérimentent un racisme quotidien. Nathalie (n°3) ou Augustine (n°10) par exemple, racontent leurs conflits avec leurs collègues. Certains cherchent à les faire travailler plus ou leur laisse les tâches les plus ingrates, d'autres s'amuse à les enfermer dans la chambre froide, ou d'autres encore ne se gênent pas pour les insulter, rapportent-elles. Elles parlent de leurs relations avec leurs chefs, qui parfois sont compréhensifs, qui peuvent prendre leurs défenses, qui leur en demandent plus ou qui souhaitent qu'elles leur présentent une amie haïtienne pour aller danser.

La dureté du travail est souvent exprimée par les Haïtiens, que quelques uns soulignent en disant faire « *un travail de chien* »*, dont ils n'auraient même pas pu imaginer la difficulté. Daniel (n°1) raconte : « *J'ai des douleurs ici maintenant parce que le travail que je fais, un animal pourrait le faire ! Même dans mes rêves je n'aurai pas été capable de voir quelque chose comme ça ! Et c'est ce que je fais ! Et que je suis obligé de faire chaque jour que Dieu fait !* »*. Les douleurs physiques liées au travail sont communes chez les hommes haïtiens avec lesquels j'ai échangé. Ceux qui travaillent dans les marchés au gros ou dans la construction souffrent de douleurs dans le dos. Certains observent que les Haïtiens se voient réserver les tâches les plus dures et les plus ingrates. Pour Daniel (n°1), « *le problème de ce système c'est qu'ils traitent les Haïtiens comme des animaux ! Parce que tout le travail qui n'est pas bon, c'est aux Haïtiens qu'ils le font faire. Même s'il y a des blancs dans le travail, ils appellent les Haïtiens. Ils n'appellent pas les blancs, c'est les Haïtiens qui le font. La nation chilienne c'est comme ça qu'elle est. Dans mon travail, c'est les Haïtiens seulement qui*

²³⁸ Ginel (n°9) dit à ce sujet : « *Tu sais que c'est juste maintenant que je suis content de dire à ma famille quel est mon travail ? Avant je n'avais jamais rien dit sur mon travail* »*.

²³⁹ Ce notamment car les personnes doivent maintenir leur travail parallèlement à leurs études, afin de pouvoir payer études, loyer et nourriture.

*n'ont pas de valeur ! Les blancs ils font ce qu'ils veulent »**. Sans compter, comme le précise Ginel (n°9) « *qu'ils te retirent ta vie sociale »**.

Ginel, plus politisé encore, parle d'esclavage moderne et de racisme autorisant l'exploitation des uns pour leurs conditions de « migrants » et de « noirs ». Membre du *Movimiento Acción Migrante*, il a fortement nourri son discours des propositions de ce collectif d'associations de migrants. Dans l'entretien que nous avons eu, il défend également l'idée que la migration au Chili n'est pas favorable aux Haïtiens qui y trouvent des conditions de vie insatisfaisantes et humiliantes. Il explique : « *En tant qu'étranger, en tant que migrant, en tant que noir, tu ne peux pas travailler dans un bureau derrière un ordinateur. Tu dois être en train de décharger des camions. Parce que tu es noir et que tu viens d'ailleurs. Et tu es Haïtien, tu n'as pas fait d'études et tu n'as rien. Ici au Chili, il existe un esclavage moderne. À Lo Valledor par exemple, beaucoup de personnes qui disent: « Aïe, je veux un noir pour travailler avec moi » ! Ça c'est une insulte ! Comment ça tu veux un noir pour travailler ? »**.

Ginel est également critique de la manière dont des Haïtiens naturalisent, incorporent et reproduisent les discours qui contribuent à les situer comme des inférieurs, exploitables : « *J'ai disputé un Haïtien la semaine dernière quand je l'ai entendu dire « ah je cherche une personne pour travailler avec mon chef parce que mon chef il a dit hier qu'il avait besoin d'un noir pour travailler » ! Je l'ai regardé et je lui ai dit : « Hey, tu es bête, qu'est ce que tu as dans la tête ? Cet homme t'insulte ! Comment ça tu veux un noir pour travailler, lui il est toujours en train de te manquer de respect, c'est un esclave dont il a besoin » ! »**. Les mécanismes qui reproduisent le racisme ne sont pas toujours perçus comme tels par ceux qui les vivent. L'humour est un outil efficace pour reproduire les différences et les hiérarchies, tout en rendant difficile les plaintes. Présenté comme typiquement chilien, il peut par exemple être mobilisé par une personne pour se sentir « intégré ». On retrouve ici des analyses portées par Gramsci, de Martino ou Menéndez, qui montrent comment les groupes subalternes incorporent et mobilisent les idéologies des dominants tout en contribuant à les reproduire. Ces mécanismes, dans le domaine du travail notamment, mériteraient d'être approfondies.

Pour Ginel (n°9), ce sont avant tout les médias qui sont responsables de la construction et de la diffusion d'une image dévalorisante et misérabiliste des Haïtiens, qui a des conséquences sur leurs rapports avec les Chiliens, dans leur travail ou dans leurs conditions de vie. Pour lui, les médias sont ses « ennemis », « *Parce qu'ils ont montré... seulement des images négatives d'Haïti. Normalement pour un Chilien, Haïti c'est un désert, les Haïtiens n'ont rien à manger. J'ai rencontré des Chiliens dans mon travail qui m'ont insulté, qui m'ont dit : « Vous, vous mangez des pierres » ! Oui ! C'est une insulte ! Il y en a d'autres qui m'ont dit : « Hey et ton pays si pauvre et vous êtes des gens si humbles ». La manière avec laquelle ils nous regardent, comme si nous sommes la communauté la plus humble qu'il y a ici »**.

Les Haïtiens, en arrivant au Chili, ont accès assez aisément à l'emploi. La législation en vigueur et le marché de l'emploi le leur permettent. Les Haïtiens y trouvent des avantages s'ils comparent aux opportunités que leur offrait leur pays d'origine ; cependant, la société chilienne leur réserve du travail dans des secteurs et pour des tâches très particulières. Différents mécanismes sociaux (marché du travail, législation, politiques entrepreneuriales, représentations et valorisation des étrangers) contribuent à les orienter vers des emplois peu reconnus, peu qualifiants, peu rémunérés, durs physiquement. Quelques résistances émergent au travers d'organisations qui cherchent à défendre leurs droits - les associations haïtiennes comme la Oschec se sont mobilisées à ce sujet et se sont unies au collectif *Movimiento Acción Migrante* qui a beaucoup contribué à exiger des droits pour les migrants. Des employeurs abusifs ont été exposés et jugés par la presse et les réseaux sociaux et des situations d'exploitation dénoncées publiquement. Mais l'organisation collective et les mobilisations de grandes ampleurs qui permettraient d'obtenir des changements structurels ne sont pas encore à l'ordre du jour. Elles ne le sont guère d'avantage pour les Chiliens,

dans la société chilienne actuelle peu organisée syndicalement et avec une insuffisante défense collective des droits des travailleurs. Les avantages et les réussites individuelles sont favorisées et contribuent à créer une concurrence entre les travailleurs qui les poussent à accepter des conditions toujours plus défavorables. Les Haïtiens, comme la plupart des migrants latino-américains mais aussi les plus pauvres des Chiliens, font le sale boulot. Ces corps importent à l'économie du pays, mais ils apparaissent usables et renouvelables.

8.5. Conclusion du chapitre

Les conditions de vie et de travail des migrants haïtiens qui résident à Los Nogales donnent un éclairage de la « place » que la société chilienne leur accorde et de la manière avec laquelle les Haïtiens « font avec ». Une compréhension plus large, incluant la situation de ces personnes dans leur pays d'origine et prenant en considération les dynamiques d'un marché du travail international et les rapports de pouvoir à échelle internationale, offrirait une lecture plus précise et complexe des phénomènes observés, elle sort cependant des objectifs de cette thèse. En restant à une lecture de la situation des Haïtiens dans la société chilienne, les conditions de logement et de travail des Haïtiens, en tant que traduction matérielle du traitement social reçu, révèlent leur situation au bas de l'échelle sociale. Ils habitent des quartiers « mal vus » par les Santiaguinos, au sein de communes présentant une importante vulnérabilité sociale. Ils vivent entassés dans des logements précaires, et connaissent des abus de la part des propriétaires qui y voient un marché profitable. Ils occupent des postes peu valorisés et peu rémunérés, bien que la majorité des personnes enquêtées dispose d'un contrat de travail qui permet titre de séjour et droits sociaux au même titre que les Chiliens (sécurité sociale, cotisation assurance santé, cotisation retraite).

Tant dans la problématique du logement que dans celle du travail, les Haïtiens se trouvent confrontés au regard porté sur eux par les Chiliens : Haïtiens, leur pauvreté doit les conduire à se satisfaire des logements et des emplois qu'ils trouvent au Chili. Si la plupart des personnes rencontrées a identifié ce discours, en souffre et le dénonce, celui-ci est aussi composé d'une considération paternaliste qui, tout autant responsable de reproduire et confirmer des différences et des rapports de pouvoir, leur offre des avantages au sein de la population migrante. Car si logements et emplois précaires sont un lot partagé entre les « migrants », une hiérarchie se met en place parmi eux selon leur nationalité, au sein de laquelle les Haïtiens ne sont pas les plus mal valorisés. Le regard misérabiliste et paternaliste qui les définit favorise leur accès à certains emplois et logements par rapport à d'autres migrants. Pourquoi une entreprise préférerait-elle embaucher des Haïtiens plus que des Colombiens ? Pourquoi leur louer une chambre quand les Péruviens n'y sont pas bienvenus ? Ce regard semble leur permettre d'être considérés plus légitimes à s'installer au Chili que d'autres migrants, mais pour cela, ils doivent répondre aux représentations que l'on a d'eux et en accepter les conditions. En termes de santé, les conditions d'habitation et les conditions de travail affectent les corps et les esprits. Travailler dur, s'épuiser à la tâche, vivre dans des lieux insalubres, inconfortables, non hygiéniques, avoir des difficultés pour nourrir ces enfants, tout cela a des conséquences sur la qualité de vie, sur la santé physique et mentale et finalement sur la vie et la mort.

Chapitre 9. BIOMEDECINE

Ce chapitre porte sur la prise en charge des Haïtiens de Los Nogales par le système médical. L'objectif est de mettre en lumière les caractéristiques d'accès de ces personnes aux soins et le traitement social elles y reçoivent. L'accès aux soins est observé sous différentes dimensions. Pour une part l'accès légal des migrants, prévu par la loi, ainsi que les mesures mises en place à échelle du gouvernement, des autorités sanitaires et à échelle locale au sein des centres de santé ; et d'autre part, l'accès concret, qui correspond aux dimensions spatiales, organisationnelles, communicationnelles ou économiques. Ces deux niveaux correspondent à l'accès primaire aux soins médicaux. Ils se conjuguent avec d'autres dimensions, qui forment l'accès secondaire, pour construire l'expérience des Haïtiens au sein du système de santé médical. Il s'agit aussi d'éclairer les représentations que les professionnels portent sur les Haïtiens, leur santé et leur légitimité à bénéficier de soins. Ces représentations orientent le traitement fait aux Haïtiens et la prise en charge qu'ils reçoivent, dans lesquelles se forment leurs expériences. Ce chapitre met ainsi en lumière qui parmi les Haïtiens de Los Nogales a accès à quel service de santé et pour recevoir quel traitement. Ces données permettront ensuite de comprendre comment les Haïtiens construisent leurs processus de soin.

Le système de santé au Chili est un système mixte (public et privé), régulé, supervisé et contrôlé par le ministère de la Santé (Minsal). La loi permet aux individus de faire le choix de cotiser et de recevoir des soins auprès du système privé ou auprès du système public. Le système privé de santé est composé de trois entités principales : les Isapre, les mutuelles de sécurité (mutuelles réservées aux travailleurs de certaines entreprises) et le système des *Fuerzas Armadas* (spécifiques aux membres de l'armée). Chacune a pour responsabilité d'administrer le financement de ses services et d'organiser et d'offrir des prestations de santé à ses affiliés. Les Isapre, nées en 1981 par décret de loi, sont les institutions privées les plus largement utilisées dans le privé. Elles sont financées par les cotisations des personnes contractant leurs services et par les co-payements. Ces cotisations s'élèvent au minimum à 7% des revenus et varient en fonction du programme de couverture choisi par les personnes et des risques évalués selon leurs caractéristiques (sexe, âge par exemple). En 2014, 18,5% de la population au Chili dépend des Isapre²⁴⁰. Les services de soin pour les personnes inscrites dans ce système proviennent des installations propres aux Isapre et celles-ci sont réputées pour offrir des soins de meilleure qualité, dans des installations plus modernes que dans le système public. Les professionnels de santé favorisent le travail dans ce système qui offre des conditions de travail et des salaires plus intéressants que le secteur public.

Le système public, nommé *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, est organisé depuis le ministère de la Santé (Minsal). Ce système est financé par les cotisations des adhérents (7% du salaire), les co-payements lors de soins et les apports de l'État et dans certains cas des communes. Le financement et la gestion des bénéficiaires est confié à Fonasa (*Fondo Nacional de Salud*). Enfin, les services de santé sont organisés en un réseau de centres de santé qui dépendent du Minsal. Les établissements de santé sont divisés en trois types selon la complexité des soins qu'ils offrent. Les centres de soins primaires sont les établissements de plus faible complexité, qui disposent d'une large couverture. Ils offrent des soins ambulatoires, des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé. Une partie de ces centres dispose d'un service d'urgence pour des problèmes de faible complexité, ouvert en soirée et les weekends. Ce sont des centres de santé répartis sur

²⁴⁰ Voir : <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>, consulté le 26 mai 2017.

l'ensemble du territoire qui sont gérés souvent par les municipalités ou parfois par des services de santé regroupant plusieurs communes. Si les soins demandés par la situation de santé des personnes requièrent une plus grande complexité, les patients sont transférés depuis ces centres de soins primaires vers des centres de soins secondaires ou des centres de soins tertiaires. Les centres de soins secondaires offrent des soins ambulatoires mais pour des spécialités médicales absentes du réseau de soin primaire. Les centres de soins tertiaires sont des centres hospitaliers de complexité plus ou moins importante. Ils disposent pour la majorité de services d'urgence.

Tout individu qui travaille - en entreprise ou de manière indépendante - peut s'inscrire et cotiser au système de santé public (Fonasa) ou privé (pour la plupart Isapre). Les personnes dont le revenu est trop faible ou inexistant peuvent bénéficier du système de Fonasa gratuitement (voir encadré 9.1). Enfin, il est aussi possible de ne souscrire à aucun système et de payer soi-même les coûts des visites médicales et des soins.

Encadré 9.1. Les catégories de bénéficiaires Fonasa

Les personnes affiliées à Fonasa se voient attribuer une catégorie qui dépend de leur revenu et de leur situation familiale. En fonction de leur catégorie, elles devront payer une partie des services sollicités et des soins reçus (co-paiement). Ci-dessous les critères d'inscription dans les catégories en 2014.

Catégorie A	Catégorie B
<p>Bénéficiaires sans ressource ou en condition d'indigence</p> <p>➤ Gratuit</p>	<p>Bénéficiaires avec des revenus inférieurs ou égaux à 210 000 pesos (en 2017 : 270 000 pesos)</p> <p>Travailleurs de la santé publique</p> <p>➤ Cotisent à hauteur de 7% du salaire</p> <p>➤ Pas de co-paiement lors des soins</p>
Catégorie C	Catégorie D
<p>Bénéficiaires avec des revenus compris entre 210 000 et inférieur ou égaux à 306 600 pesos (en 2017 : entre 270 000 et 394 200 pesos). À partir de 3 personnes à charge, passe en catégorie B</p> <p>➤ Cotisent à hauteur de 7% du salaire</p> <p>➤ Co-paiement de 10% des frais de soins</p>	<p>Bénéficiaires avec des revenus supérieurs à 306 600 pesos (en 2017 : supérieurs à 394 200 pesos). À partir de 3 personnes à charge, passe en catégorie C</p> <p>➤ Cotisent à hauteur de 7% du salaire</p> <p>➤ Co-paiement de 20% des frais de soins</p>

Comme souligné dans le chapitre 5, les gouvernements successifs se sont efforcés depuis les années 2000, et notamment ceux du parti de la *Concertación* (Présidents Lagos et Bachelet), pour améliorer la qualité du système public de santé et pour favoriser l'accès aux soins de la population et notamment des plus vulnérables. En 2014, l'État prend en charge 29% des dépenses de santé du pays, pour 19,2% en 2000. À noter particulièrement, la loi AUGÉ n° 19.966 (*Acceso Universal con Garantías Explícitas*) adoptée en 2005, qui présente une avancée significative en matière d'accès au soin. Ce programme, ensuite renommé GES (*Garantías Explícitas en Salud*), a pour objectif d'assurer l'accès rapide à des soins de qualité tout en offrant une protection financière aux porteurs de 80 maladies identifiées, que ce soit dans le secteur public comme privé.

9.1. Accès légal aux soins médicaux pour les migrants

Le *Decreto de Ley n°1.094* de 1975 qui établit la législation en matière migratoire et qui demeure encore aujourd'hui en vigueur, ne mentionne aucun droit à la santé et à l'accès aux soins des étrangers au Chili. L'État chilien est cependant signataire de différents traités internationaux qui défendent la protection de la santé des étrangers et a pris depuis les années 2000 différentes mesures favorisant l'accès aux soins des migrants et notamment des migrants en situation irrégulière. En règle générale, pour les migrants en situation régulière qui disposent d'un titre de séjour, leurs droits en matière de santé sont les mêmes que ceux des Chiliens. Ils peuvent souscrire au système de santé de leur choix et bénéficier de soins dans le secteur public ou privé selon leur choix. En ce qui concerne les migrants en situation irrégulière, dont la situation juridique ne permet pas l'accès à ces systèmes de prévision et de soin, différentes décisions ont été prises par les gouvernements successifs pour autoriser et favoriser l'accès aux soins aux plus vulnérables d'entre eux (voir tableau 6.1).

En 2014, lors de la réalisation de cette recherche, l'accès aux soins étaient alors légalement accordé aux personnes en situation irrégulière dans les conditions suivantes : en cas de grossesse, pour les mineurs ou en cas d'urgence. Cette possibilité d'accéder aux soins est prévue de telle manière qu'elle pousse à la régularisation des personnes dans ces situations, et c'est à travers cette régularisation qu'elles ont accès à Fonasa et aux soins :

- Grossesse : un certificat de grossesse établi par un médecin permet aux femmes enceintes d'obtenir un visa temporaire pour grossesse. Ce visa leur permet de recevoir un RUT²⁴¹, qui leur donne la possibilité de s'inscrire à Fonasa et de bénéficier de soins. À moins que la personne ne soit mariée avec une personne bénéficiaire de Fonasa (et dans ce cas là, son inscription est rattachée à celle du conjoint), elle est inscrite dans la catégorie A et a accès à tous les contrôles et les soins prévus pour les femmes enceintes gratuitement.
- Minorité : tous les enfants en situation irrégulière peuvent s'inscrire dans un centre de santé. Cette inscription (tout comme une inscription dans un établissement scolaire) leur permet de demander un titre de séjour temporaire, qui donne accès à un RUT, lequel permet l'inscription à Fonasa et, par conséquent, l'accès aux soins de santé.
- Urgences : tout étranger en situation irrégulière ou en situation régulière mais sans inscription à un régime de santé a le droit de bénéficier des services d'urgence. Cela inclut également le traitement des maladies inscrites dans le dispositif AUGE, lorsque l'atteinte à la santé de la personne est estimée grave. Lorsqu'une maladie requiert un traitement de longue durée, le patient pourra faire la demande d'un titre de séjour temporaire pour traitement médical.
- Maladies transmissibles de notification obligatoire : ces maladies (comme la tuberculose, le VIH-Sida, la syphilis), dont la détection doit être signalée aux autorités médicales, entraînent un traitement dont l'accès est disponible pour tous, quelque soit la situation migratoire. Là encore, un visa temporaire pour traitement médical pourra être demandé.
- Promotion et protection de la santé : les actions de promotion et de protection de la santé sont adressées également aux personnes en situation irrégulière, ce qui inclut, entre autres, l'éducation à la santé, la vaccination, le contrôle de nutrition.

²⁴¹ *Rol Único Tributario* : le RUT est un numéro personnel délivré par le service du registre civil et qui permet d'identifier une personne auprès de tous les services d'État. Un RUT est délivré à une personne étrangère lorsqu'elle reçoit un titre de séjour, puis une carte d'identité de la part du service de Registre Civil. Ce numéro est nécessaire pour pouvoir être inscrit dans le système de Fonasa et des Isapre.

- Femmes victimes de violence intrafamiliale : toute femme victime de violence intrafamiliale peut obtenir un titre de séjour temporaire et accéder aux soins et aux services sociaux nécessaires.

Les protocoles mis en place pour permettre la régularisation de la situation migratoire des personnes enceintes, des enfants ou en cas de traitement demandé pour une maladie grave sont à saluer. La loi prévoit cependant que ces mêmes personnes, tant qu'elles n'ont pas régularisé leur situation ou si elles ne la régularisent pas, doivent malgré tout accéder à des soins.

En 2014, le ministère de la Santé constate des disparités de santé et d'accès aux soins entre populations migrantes (régulières et irrégulières) et Chiliens, et observe que malgré les mesures prises par le gouvernement, des soins sont refusés aux migrants. Des discriminations sont reconnues par le Minsal au sein des établissements de santé ; le manque de réglementation explicite et de protocoles clairs, mais aussi l'insuffisante coordination interinstitutionnelle sont considérés comme des entraves à l'accès aux soins des migrants. Enfin, la nécessité de programmes de santé mentale pour la population migrante est soulevée, ainsi que celle d'établir des données épidémiologiques pour cette population particulière (Departamento de Desarrollo Estratégico, 2014). Ces constats poussent le Minsal à définir une politique de santé particulière à la population migrante, une politique pensée à partir du cadre des déterminants sociaux de santé. Le 12 décembre 2014, la *Resolución Exenta* n°1266 du Minsal approuve la création du Programme d'accès aux soins de santé aux personnes migrantes (*Programa de Acceso a la atención de salud a personas migrantes*). Cette politique a pour objectif de mettre en place des stratégies pour garantir aux personnes migrantes l'accès aux soins, à la prévention des maladies et à la promotion de santé, avec un accent porté sur la population irrégulière. Trois axes principaux sont définis : favoriser l'accès à l'information sur les droits et les devoirs des migrants en matière de santé ; améliorer l'accès et la qualité des soins aux migrants ; établir, appliquer et évaluer des protocoles et des modèles de soins adéquats aux situations migratoires, dans le but de favoriser l'accès à des soins de qualité. Cette politique se traduit en 2015 par un programme pilote dans différents services de santé du pays qui cherche à mettre en place des protocoles et des mesures pour favoriser l'accès aux soins de la population migrante. Des formations sont offertes aux professionnels de santé du secteur public dans les domaines des droits des migrants et des compétences culturelles. Des modifications sont apportées aux systèmes d'enregistrement des données médicales afin d'ajouter la nationalité des patients dans le but de produire des informations épidémiologiques plus précises sur la population migrante.

Concernant l'accès légal aux soins de santé, en 2014 un accord est signé entre Fonasa et le *Departamento de Extranjería* (DEM) qui permet aux migrants qui ont déposé une demande de titre de séjour ou qui sont dans l'attente de l'acceptation du renouvellement de leur titre de séjour, d'ouvrir ou de maintenir leurs droits à Fonasa. Jusqu'alors, ces situations d'attente de régularisation, empêchaient les personnes d'être inscrites à Fonasa. Par ailleurs, en 2015, le Minsal adopte une mesure qui permet à tous les migrants en situation irrégulière d'être bénéficiaires de Fonasa. Le *Decreto Supremo* n°67 de 2015 incorpore en effet une nouvelle circonstance à la liste des situations qui permettent d'être considéré « sans ressources »²⁴² et d'avoir ainsi accès à Fonasa dans la catégorie A : cette nouvelle circonstance correspond aux étrangers en situation irrégulière. La circulaire n°4 du 13 juin 2016 du Minsal vient préciser le protocole pour l'accord de cette condition « sans ressources » à des migrants irréguliers, limitant ainsi la discrétion des fonctionnaires.

²⁴² *Carente de recursos* est le terme légal.

Ces différentes mesures montrent une volonté politique d'améliorer l'accès à la santé des étrangers et notamment des étrangers en situation irrégulière, ce qui présente une très grande avancée en matière de respect et de garantie des droits. Pour l'heure, la mise en place de ces politiques est en cours et il demeure difficile d'évaluer les résultats.

9.2. Accès concret aux services de santé

La législation définit les droits et les devoirs des étrangers concernant leur accès à la santé. Or, l'accès légal aux dispositifs de soin connaît toujours des entraves dans son application concrète. Cette section a pour objectif de mettre en lumière les barrières d'ordre spatial, linguistique, pratique qui limitent l'accès aux soins de santé des migrants Haïtiens au sein des dispositifs médicaux dans lesquels j'ai réalisé des observations. Les facteurs identifiés ici se conjuguent à ceux qui sont étudiés dans la section suivante et qui sont de l'ordre des représentations et de leur traduction dans les interactions entre patients haïtiens et professionnels de santé. Notons enfin que ces facteurs qui limitent l'accès aux soins ne sont pas forcément particuliers à la prise en charge de la population haïtienne, ils peuvent parfois toucher les populations migrantes en général ou la population chilienne. Cependant, leur observation provient du suivi de personnes haïtiennes au sein des dispositifs de soin. Un premier temps est dédié au secteur de soin public et un deuxième temps, plus court, à des dispositifs de soin issus du secteur privé.

La carte ci-dessous situe les principaux lieux de soin relevés au cours des parcours de soin des Haïtiens, au sein de la biomédecine, mais également des autres formes de soin.

Carte 9.1. Localisation des principaux lieux de soin des Haïtiens de Los Nogales



Service public

Avant de s'arrêter sur la situation des migrants haïtiens, il convient de préciser certains reproches faits au secteur public en matière d'accès à la santé pour l'ensemble de ses bénéficiaires. Le service public est principalement critiqué pour être de moindre qualité que le système privé. Le manque de moyens de ce système qui accueille en 2014 75,2% de la population²⁴³ engendre une saturation des services, un manque de matériel et un manque de professionnels de santé. Ces difficultés se traduisent aussi dans des temps d'attente très longs pour des soins spécialisés et dans des conditions d'accueil des patients qui ne sont satisfaisantes ni pour les patients ni pour les médecins. Par ailleurs, des aspects du fonctionnement des centres de santé conduisent de nombreux patients à renoncer aux soins ou à les retarder, à se diriger vers d'autres formes de soin ou à avoir un usage considéré inapproprié des services.

Dans cette section, il est question des entraves qui affectent l'accès aux soins de personnes haïtiennes habitant Los Nogales au sein des établissements de santé suivants : le Cesfam Los Nogales, centre de santé primaire situé au cœur de Los Nogales, et, de manière moindre, l'*Hospital Clínico San Borja Arriarán*, centre de soin tertiaire. Ces deux dispositifs appartiennent au *Servicio de Salud Metropolitano Central* (SSMC), service qui gère les établissements de santé sur les communes de Santiago, Estación Central, Cerrillos, Maipú et Pedro Aguirre Cerda.

Politiques propres au SSMC et au Cesfam Los Nogales en matière d'accès au soin pour les étrangers

Le SSMC, dont les communes à charge sont particulièrement sujettes à l'installation de migrants, est un des services de santé qui a été le plus tôt sensible à la question de la santé des migrants et à leurs accès aux soins. Selon le responsable du département de Gestion des usagers du SSMC, en 2011 le service observe de nombreuses irrégularités dans la prise en charge des migrants et notamment des migrants en situation irrégulière, des plaintes pour discriminations sont déposées par des usagers et des fonctionnaires font savoir leur détresse face au manque de clarté concernant les protocoles à observer pour des migrants irréguliers²⁴⁴. Aussi, en 2012, le SSMC met en place des formations sur les droits des migrants auprès des fonctionnaires des communes de Santiago et d'Estación Central puis dans les autres communes. Le service crée et diffuse une brochure instruisant précisément les différentes situations pour lesquelles les migrants en situation irrégulière ont accès aux soins et les protocoles à suivre. Il insiste sur le fait que les fonctionnaires ont pour consigne de favoriser la régularisation des personnes dont la situation de santé permet l'obtention d'un visa. Cette campagne d'information a été reçue par les fonctionnaires, selon ce responsable, « avec soulagement, parce qu'avoir un peu de clarté sur ces thèmes au moins, que les femmes enceintes ils devaient les prendre en charge, que les enfants aussi et les situations d'urgence. Ça leur offrait une solution pour un tas de problèmes qui se posaient de l'ordre de la prise de décisions, car finalement, ils discutaient entre eux : on les prend en charge ou pas. Il y avait comme une espèce de disons... une instance dans laquelle se résolvait cela, mais sans avoir un critère central ni non plus un soutien au niveau de la direction. Ils avaient peur de ne pas respecter une norme, ou peur d'être en train de commettre une irrégularité. Donc, ça a été, à la base, tranquillisant pour les équipes. Parce que c'est une réalité qu'ils affrontaient au quotidien, pas seulement avec les Haïtiens, avec toute la migration avec laquelle ils devaient traiter »*.

²⁴³ Voir : <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>, consulté le 26 mai 2017.

²⁴⁴ Selon lui, les mesures prises par le Minsal en 2008 qui précisent l'accès au soin pour les personnes en situation irrégulière n'ont pas été diffusées correctement au sein des établissements de santé. Il explique ce problème d'information et de formation par le changement de gouvernement de 2010 : à chaque nouveau gouvernement, les postes clés sont redistribués et les initiatives prises par le gouvernement précédent peuvent être oubliées ou laissées de côté.

À cette époque, certains protocoles sont clarifiés, notamment en ce qui concerne l'inscription dans les centres de santé. Le système d'inscription et de suivi des patients, géré par Fonasa, exige que les inscrits disposent d'un numéro d'identification RUT. Ce numéro est délivré aux migrants par le service du registre civil une fois qu'ils obtiennent un titre de séjour. Les personnes en situation irrégulière ne disposent pas de RUT et rien n'était alors prévu pour pouvoir inscrire femmes enceintes, enfants et adultes pour des urgences. Cette difficulté avait trouvé des solutions locales mises en place par le personnel administratif. La pratique la plus répandue alors est celle d'inscrire à la place du RUT le chiffre 90 000 000, les fonctionnaires comprenant ainsi qu'il s'agissait d'une personne en situation irrégulière. Or, ce bricolage n'était pas appliqué par tous, et des fonctionnaires, face à ce problème administratif, refusaient les soins aux personnes irrégulières. Fin 2014, Fonasa signe un accord avec le *Departamento de Extranjería* pour que dès la demande d'un titre de séjour, un RUT provisoire soit délivré, qui permet une inscription effective à Fonasa²⁴⁵.

Encadré 9.2. Cesfam Los Nogales et Hospital Clínico San Borja Arriarán

Le centre de santé primaire de Los Nogales, rebaptisé *Cesfam Padre Vicente Irarrázaval* en 2015, se situe au cœur de Los Nogales. Le centre, récemment refait à neuf, a divisé ses services en trois secteurs (bleu, vert, jaune) dans lesquels sont répartis les patients en fonction de leur lieu de résidence. En 2014, le Cesfam dispose de huit médecins (dont six médecins à temps complet - 44 heures par semaine -, et quatre internes en pédiatrie à mi-temps). Chaque secteur dispose de deux ou trois médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un nutritionniste, d'une sage-femme, d'un assistant social, d'un dentiste, d'un psychologue. Le centre dispose également de services de vaccination, de prélèvements médicaux, de développement psychomoteur pour les jeunes enfants. Les horaires de fonctionnement du centre de santé sont de 8h à 17h de lundi à vendredi.

Ce centre dispose également d'un service d'urgence, le SAPU, ouvert de 17h à 24h du lundi au vendredi et de 8h à 24h les weekends et jours fériés. Une ambulance est en permanence à disposition dans le centre de santé.

Début 2015, le directeur du Cesfam indique que le centre compte 20 505 inscrits, dont 540 sont des Haïtiens²⁴⁶. En octobre 2014 (voir annexe 13), il est le centre de santé primaire du SSMC qui compte le plus d'Haïtiens inscrits. Cette nationalité est également la plus représentée parmi les étrangers inscrits dans ce centre.

Cesfam Los Nogales



Google, 2014

Hospital Clínico San Borja Arriarán



www.hcsba.cl

²⁴⁵ Ce qui n'était pas possible auparavant.

²⁴⁶ Le directeur n'était pas en mesure de dire si les enfants de parents haïtiens nés au Chili, et donc de nationalité chilienne, étaient comptés parmi les inscrits chiliens ou haïtiens.

L'hôpital San Borja Arriarán est un centre hospitalier de secteur tertiaire de majeure complexité. Situé dans la commune de Santiago, il appartient au réseau du *Servicio de Salud Metropolitano Central*. Il dispose de 34 spécialités, parmi lesquelles : cardiologie, chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie, oncologie, grands brûlés enfants, pédiatrie, néonatalogie, chirurgie adultes et enfants, psychiatrie, neuropsychiatrie. Deux services d'urgence, materno-infantile et obstétrical, sont présents dans cet hôpital.

Au-delà de ces mesures prises au niveau du service de santé, à échelle des centres de santé, des décisions locales sont progressivement mises en place. Dans le Cesfam Los Nogales, à l'époque de la réalisation de mon travail de recherche, la pratique veut que toutes les personnes en situation irrégulière peuvent être inscrites dans le centre de santé et bénéficier de tous les soins disponibles dans le centre. Comme l'exprime le directeur du Cesfam, les étrangers ont : « *au fond, tout ce dont ils peuvent avoir besoin, et même si parfois ça nous pousse à aller au-delà de la norme, nos usagers passent avant tout* »*. Il explique que cette flexibilité est possible au Cesfam Los Nogales par la particularité de son financement : le Cesfam dépend du SSMC et non d'une municipalité comme la plupart des centres de soins primaires. Aussi, il ne bénéficie pas d'un financement *per capita*, mais reçoit des fonds en fonction des programmes de santé déployés dans le centre. De cette manière, la prise en charge des personnes en situation irrégulière, au-delà de ce qui est prévu par la loi, se noie dans le financement de ces programmes. Ces choix politiques faits au sein du Cesfam Los Nogales montrent une bonne disposition de la part de la direction et facilitent l'accès aux traitements médicaux pour la population migrante notamment en situation irrégulière.

Barrières administratives dans l'accès aux soins des étrangers

Les arrangements trouvés au sein des centres primaires de santé en facilitent l'accès pour les migrants en situation irrégulière mais ne règlent pas les difficultés pour l'accès aux établissements secondaires ou tertiaires (spécialités médicales et hospitalisation). Pour y accéder, des dérivations doivent être effectuées depuis les centres de soin primaires vers les secondaires ou tertiaires. Or, cela est strictement impossible sans RUT et sans inscription à Fonasa. De plus, même au sein des établissements du SSMC, comme à l'hôpital San Borja, les formations et la sensibilisation des fonctionnaires concernant les droits des migrants n'ont pas été réalisées aussi systématiquement que dans les centres de santé primaires, générant parfois des blocages dans la simple application de la loi.

Il existe également de nombreuses exigences administratives au sein des différentes institutions qui interviennent dans la formalisation de l'accès aux soins des étrangers (le *Departamento de Extranjería* pour la délivrance des titres de séjour, la PDI qui les enregistre, le *Registro Civil* qui délivre des RUT et des cartes d'identité, les employeurs qui organisent la cotisation à un système de santé, l'IPS - *Instituto de Previsión Social* - système public de protection sociale ou les *Cajas de compensación* pour la version privée qui gèrent la sécurité sociale, Fonasa ou les Isapre qui s'occupent des inscriptions et des droits, et enfin les centres de soin). Les démarches à effectuer au sein de chaque institution et leurs exigences particulières, mais aussi parfois les problèmes de communication et de coordination entre ces institutions peuvent créer des barrières dans l'accès aux soins. L'histoire de Stevenson, qui a eu bien des difficultés pour pouvoir être inscrit à Fonasa et ainsi accéder à un cardiologue, est révélatrice des conséquences que peuvent avoir ces difficultés administratives. Dans le cas de cet enfant, toutes les institutions demandaient à avoir, en plus du passeport de l'enfant, un acte de naissance légalisé pour prouver la filiation avec le père. Le DEM a fini par résoudre cette question en obtenant un certificat de la part de l'ambassade d'Haïti et a accepté de délivrer un titre de séjour, lequel a permis l'obtention d'un RUT et d'une carte d'identité. Mais Fonasa, puis IPS ont dans un premier temps, refusé d'ouvrir les droits de santé de l'enfant (en le rattachant à son père) sans avoir cet acte

de naissance légalisé, malgré la possession par l'enfant d'un titre de séjour en qualité de dépendant de son père²⁴⁷ et d'une carte d'identité produite par les autorités chiliennes.

Revenons au Cesfam Los Nogales. Ce centre de santé présente différents aspects qui sont, à mon sens, favorables à l'accès aux soins, en plus de la décision locale d'inscrire toute personne indépendamment de sa situation migratoire. Tout d'abord, il se situe en plein cœur du quartier Los Nogales et s'insère dans la vie locale. Ensuite, l'établissement a été refait à neuf il y a quelques années et se montre grand, lumineux, propre²⁴⁸ et stratégiquement organisé en son intérieur. Malgré ce cadre très accueillant, les obligations légales et la bonne volonté locale, différents facteurs pratiques, organisationnels ou encore communicationnels constituent des barrières à l'accès au soin pour la population haïtienne.

Barrières linguistiques

La première difficulté est celle des langues parlées et comprises par les Haïtiens et par les professionnels chiliens. Beaucoup d'Haïtiens, notamment les femmes - encore plus celles qui n'ont jamais travaillé - et les nouveaux venus, ont des difficultés pour comprendre et s'exprimer en espagnol. Lorsque patient et thérapeute ne comprennent pas les mêmes langues, comment communiquer autour des maux suffisamment précisément, comment expliquer le traitement et le suivi à réaliser ? Pour une assistante sociale qui doit poser des questions sur les conditions de vie, de travail, la situation familiale et légale, comment parvenir à obtenir des réponses précises ? Cette situation génère des insatisfactions et des frustrations tant du côté des professionnels que des patients.

À l'époque de cette recherche, le centre de Los Nogales n'a pas les moyens de payer les services d'un interprète au sein du centre²⁴⁹. Aussi, pour faire face à cette difficulté, des astuces, des bricolages, des solutions locales sont inventées et construites au quotidien. Selon le responsable de la Gestion des Usagers du SSMC, les professionnels de santé doivent « *faire appel à toutes leurs habilités de représentation pour pouvoir établir une communication avec ces personnes* »*. Certains apprennent quelques mots en créole ou ont recours aux services de traduction de Google, d'autres écrivent sur un papier les indications en espagnol pour que le patient le fasse traduire par la suite. Quelques documents de base sont traduits en créole et donnés aux patients qui ne lisent pas l'espagnol, comme par exemple le document en figure 9.1 qui explique les démarches pour demander un titre de séjour pour grossesse.

Pour le directeur du centre, ces petites solutions, mais aussi la solidarité entre les Haïtiens ont permis d'apaiser progressivement des tensions et de faciliter leur prise en charge. Ceux qui ne parlent pas et ne comprennent pas l'espagnol cherchent de leur côté à être accompagnés par quelqu'un qui maîtrise mieux la langue qu'eux. Lorsqu'aucun proche n'est disponible, cette personne est parfois cherchée parmi les Haïtiens présents dans les salles d'attente, soit par les Haïtiens eux-mêmes avant leur consultation, soit par les médecins qui ne parviennent pas à se faire comprendre. Dans un autre centre de santé d'Estación

²⁴⁷ Ces différentes entraves ne se sont résolues que par l'intervention de l'organisation *Servicio Jesuita a Migrantes* et celle du service Migrants de la *Municipalidad de Santiago* - dans lesquels je connaissais des personnes que j'ai sollicitées - auprès du chef du *Departamento de Extranjería*. Puis, lorsque de nouvelles barrières se sont présentées à Fonasa et à IPS, après de nombreux échecs du père à résoudre ces problèmes, poussée à bout, j'ai mobilisé tous les éléments symboliques me permettant de me donner un certain pouvoir, j'ai haussé le ton et joué sur la culpabilisation des fonctionnaires. Cette technique s'est révélée efficace, mais il fallait pour cela réunir éléments symboliques et discours bien construits, ce qui n'était pas accessible aux parents de l'enfant.

²⁴⁸ L'aspect général du centre est propre. Cependant, certaines économies sont réalisées, ici comme à l'hôpital San Borja, qui m'ont toujours surprises : alors que des affiches soulevaient l'importance de se laver les mains pour éviter la transmission de la grippe ou de la gastroentérite, les toilettes ne comportaient jamais de savon et aucun produit n'était à disposition pour se laver les mains, en dehors des boxes de consultation.

²⁴⁹ En 2016 cependant, le centre parvient à embaucher le responsable santé de l'association Oschec, association haïtienne née à Los Nogales, comme interprète et médiateur culturel. Il est probable que cette embauche ait lieu dans le cadre de la nouvelle politique ministérielle autour de la santé des migrants.

Central, le Consultorio n°5, Betty (n°28) avait pris l'habitude d'avoir son fils aîné avec elle pour traduire les rendez-vous médicaux de son nouveau-né. Pour pouvoir accompagner sa mère, le jeune n'allait pas à l'école. Pendant des vacances scolaires, il a été sollicité par la sage-femme du centre et a fait l'interprète pour elle lorsqu'elle recevait des femmes haïtiennes.

Figure 9.1. Informations sur les démarches à réaliser pour obtenir un titre de séjour temporaire pour grossesse en espagnol et créole haïtien

EMBARAZADA EXTRANJERA HAITIANA	EXTRANJE ANSENT AYISYEN
DEBE SOLICITAR CERTIFICADO DE ATENCIÓN A LA MATRONA DEL CESFAM.	OU DWE MANDE SETIFICA MEDIKAL AK FANMSAJ.
CON ESTE CERTIFICADO DEBE DIRIGIRSE A DEPARTAMENTO DE EXTRANJERIA Y MIGRACIÓN.	sètifika sa a ou dwe voye LI nan DEPATMAN DE imigrasyon ak migrasyon.
DIRECCIÓN SAN ANTONIO 580 PISO 2 Y 3.	adrès la se nan ri: SAN ANTONIO 580 dezyèm ak twazyèm etaj.
TELEFONO 2-4863200.	TELEFÒN 2-4863200.
HORARIO DE ATENCIÓN	lè yo resevwa moun se
LUNES A VIERNES DE 09:00 A 14:00.	Lendi a Vandredi soti 09:00 pou rive 14:00.
PARA MAYOR INFORMACIÓN VISITE LA PAGINA	lè yo resevwa moun se
WWW.EXTRANJERIA.GOV.CL	Lendi a Vandredi soti 09:00 pou rive 14:00.
PARA MAYOR INFORMACIÓN VISITE LA PAGINA	POU PLUS enformyón vizite sit entenet sa a
WWW.EXTRANJERIA.GOV.CL	WWW.EXTRANJERIA.GOV.CL

Si l'interprétariat que peut permettre la présence d'autres Haïtiens pendant les consultations facilite la communication et donc l'accès au soin, quelques problèmes sont générés par cette méthode. Ce sont notamment les relations de pouvoir, les habitudes, le degré de proximité entre le patient et l'interprète qui peuvent venir entraver le soin. Certains sujets, notamment en consultation de gynécologie ou auprès de la sage-femme, sont difficiles à aborder pour des hommes qui accompagnent leurs femmes. D'autres questions, comme par exemple la violence conjugale, sont tout autant difficiles à aborder lorsque le conjoint ou l'enfant venu traduire est présent. Enfin, certains interprètes ne parviennent pas à expliquer les souffrances de la personne qu'ils accompagnent ou ne les expliquent que partiellement. Alors que je me trouvais un jour dans le service d'urgence avec Augustine (n°10), nous avons rencontré Eliette (n°40), une femme d'une soixantaine d'années, accompagnée de son fils. Eliette nous a expliqué combien elle souffrait de migraines et d'insomnie depuis la mort de son autre fils, tué dans un accident au Chili. Alors qu'Augustine (n°10) lui a parlé de mes capacités de traduction, cette femme m'a demandé de l'accompagner avec son fils au moment de la rencontre avec le médecin. Semblant comprendre que son fils n'expliquait que partiellement son problème, la femme m'a alors demandée de la traduire pour qu'elle explique plus précisément au médecin ses problèmes.

Cette difficulté de communication est une importante entrave à la prise en charge des patients haïtiens. Lors de ma rencontre avec Augustine (n°10) et Stevenson, la possibilité pour elle d'expliquer aux professionnels des éléments de son histoire médicale a profondément transformé la prise en charge de l'enfant, mais aussi les représentations portées par les médecins sur l'enfant et sa mère. Il faut ajouter encore que les considérations des Haïtiens comme des professionnels sur ces barrières linguistiques peuvent pousser les premiers à ne pas se présenter au centre, à ne pas chercher à comprendre toutes les réponses obtenues ou encore à s'en servir d'excuse pour jouer avec les règles du centre de santé, et les seconds à ne pas toujours chercher de solutions à ce

problème de communication ou à éviter simplement les situations compliquées. Une interne en pédiatrie du Cesfam m'explique que dans les premiers temps cette situation l'énervait : elle ne comprenait pas que des gens qui viennent s'installer au Chili ne fassent pas l'effort de parler espagnol. Il m'est arrivé d'observer des consultations où les informations données aux personnes étaient minimales. À plusieurs reprises également, j'ai vu des Haïtiens se présenter à des rendez-vous qui avaient été annulés mais dont l'annulation ne leur avait jamais été signalée. Les réactions du personnel étaient alors toujours les mêmes : ils étaient surpris de ce manque d'information alors que tous les patients auraient dû être appelés.

Le complexe fonctionnement du centre de santé et le manque de communication autour de celui-ci

La communication au cœur des entraves à l'accès au soin des migrants haïtiens. Or, se limiter à ne considérer qu'un problème de langue serait trop réducteur. Le système médical lui-même serait plus accessible si son fonctionnement et son organisation étaient expliqués aux utilisateurs. En effet, au quotidien, les Haïtiens rencontrent des obstacles liés au fonctionnement des centres de santé, fonctionnement pour le moins complexe. Comme l'admet le responsable de la gestion des usagers du SSMC : « *Nous nous reposons beaucoup sur le fait qu'il y ait une culture de l'usage du centre de santé par la population qui la connaît déjà, mais pour quelqu'un de nouveau c'est une question kafkaïenne et qu'on ne comprend pas en une fois* »*. Kafkaïenne est un terme à mon sens assez bien choisi. Si l'espace et les services sont organisés en secteurs de couleur auxquels sont rattachés les patients, de nombreuses règles formelles et informelles régulent l'organisation et l'usage du centre, qu'il faut apprendre à force d'expériences et d'erreurs.

En fonction de la spécialité médicale, du secteur, s'il s'agit d'un rendez-vous sollicité par la personne ou d'un transfert vers un spécialiste, d'un examen régulier ou occasionnel, d'un traitement demandé par un médecin ou d'un programme de santé dans lequel la personne est inscrite, du moment de la journée ou du mois : toutes ces conditions engendrent des démarches particulières. Et rien n'est prévu pour expliquer aux nouveaux usagers cette organisation et ces règles. C'est seulement au fil des rendez-vous, en commettant des erreurs, en étant envoyé d'un bureau à un autre, en se voyant refuser un rendez-vous et en demandant des explications qu'il est possible de clarifier ce fonctionnement et de pouvoir l'utiliser plus stratégiquement.

J'ai régulièrement observé et participé à des situations où des personnes ne parvenaient pas à obtenir ce pour quoi elles étaient venues (voir encadré 9.3). Par exemple, réussir à voir la sage-femme pour obtenir un moyen de contraception, se faire administrer une injection contraceptive ou réaliser un contrôle générique souvent des tensions. En fonction du besoin, les éléments demandés et les heures pour se présenter variaient, perdant les patients sur ce qu'ils devaient faire. Les problèmes de compréhension et de communication nourrissent ici très clairement les difficultés.

Encadré 9.3. Extrait du carnet de terrain : de la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec une sage-femme

Vendredi 5 décembre 2014

Je retrouve Nathalie (n°3) à 8h 15 au centre de santé : elle a rendez-vous avec la sage-femme du secteur jaune. Nous nous présentons au bureau d'accueil du secteur et Nathalie tend à la secrétaire un papier où la date d'aujourd'hui est inscrite. Celle-ci ne trouve pas Nathalie dans la liste des rendez-vous de la sage-femme et indique qu'elle a rendez-vous dans une dizaine de jours. Aujourd'hui, il n'y a pas de « trou » dans l'agenda, elle ne pourra pas voir la sage-femme. Nathalie ne comprend pas, elle est sûre de devoir venir aujourd'hui

et insiste. La secrétaire finit par nous envoyer demander aux secrétaires du secteur vert, pour voir si elles ont plus d'éléments de compréhension. En chemin Nathalie m'explique qu'elle vient pour le planning familial, ce qu'elle n'a pas signalé à la première secrétaire. On doit absolument lui faire une injection aujourd'hui, dit-elle, sinon ce sera trop tard et elle risque de tomber enceinte. Nous exposons la situation à la secrétaire du secteur vert qui explique que pour recevoir la contraception (pour que la sage-femme fasse un contrôle, puis une ordonnance et ensuite pour aller faire la piqûre dans le secteur infirmier il faut arriver à 7h45 le matin et qu'à cette heure-là sont répartis les seuls trois rendez-vous avec la sage-femme destinés à la contraception. Nous arrivons trop tard et il n'y a plus de rendez-vous disponible. La secrétaire ajoute que Nathalie reçoit cette contraception depuis déjà plusieurs mois et qu'elle devrait savoir comment ça fonctionne, qu'elle n'a plus l'excuse de ne pas savoir. Nous essayons de voir si elle peut revenir un autre jour, mais elle a jusqu'à lundi pour recevoir l'injection. Et lundi est férié et le samedi, la sage-femme n'est pas là. La secrétaire recommande d'aller acheter une injection à la pharmacie et de se faire piquer par un infirmier indépendant. Comme nous insistons, elle finira par proposer une solution et Nathalie obtiendra la piqûre le jour même.

Pendant que nous réglons les problèmes de Nathalie, je discute avec un couple qui attend devant le bureau administratif d'un secteur. Ils souhaitent voir la sage-femme. Alors que je demande si la femme est enceinte, son mari me répond que non, qu'ils ont déjà quatre enfants. Sa femme est arrivée il y a trois mois au Chili et ils souhaitent un moyen de contraception mais ils ne parviennent pas à l'obtenir. Depuis le 20 novembre ils viennent ici. On leur a dit de revenir le 1er décembre quand les rendez-vous du mois sont distribués. Ils sont venus mais on leur a alors dit qu'il n'y avait plus de place. Ils m'expliquent qu'ils sont venus tous les jours depuis mais qu'il n'y a jamais de rendez-vous disponible. Je leur propose que nous allions voir une secrétaire que je sais très aimable pour lui demander ce qu'il faut faire exactement. Elle nous dit d'abord qu'il n'y a plus de rendez-vous avant longtemps. Cependant, elle se reprend ensuite quand elle comprend que c'est pour une première visite pour une contraception. Les instructions sont alors de venir pendant la prochaine période de règle à 7h45 le matin.

Ces difficultés génèrent du stress pour le personnel. Une secrétaire d'un des secteurs explique ainsi : *« Ça me rend réellement nerveuse, mais c'est pour une question de langue. Comment leur faire comprendre que pour un traitement elles doivent venir pendant leurs règles. On doit le faire par gestes. L'autre jour, ça m'est arrivé avec un couple d'Haïtiens. Ils avaient un contrôle prénatal. Je les ai envoyés à l'accueil au rez-de-chaussée pour faire une fiche, parce qu'ils doivent leur faire une fiche. La femme était supposée être avec une personne qui comprenait mieux. Ils sont allés à l'accueil, mais ils ont demandé une heure de rendez-vous et ils sont partis. J'ai dû aller dans tout le centre pour les retrouver, parce qu'ils n'avaient pas de téléphone... ils sont revenus hier car on leur avait donné une autre heure de rendez-vous. Ma collègue elle n'a pas compris non plus ce qu'ils voulaient. On les avait envoyés faire une fiche pour ensuite remonter et avoir rendez-vous avec la sage-femme, mais ils sont repartis avec une autre heure de rendez-vous. Donc, parfois les rendez-vous se perdent et on doit leur parler sur un ton plus élevé, mais c'est pour qu'ils comprennent ».*

Ces exemples révèlent cependant une certaine flexibilité des professionnels à l'égard des patients haïtiens et les petites dérogations aux règles qu'ils exercent de temps en temps pour vaincre les problèmes qui naissent, entre autres, d'une méconnaissance du système et des problèmes de communication. Cependant, la complexité du fonctionnement du centre de santé peut s'avérer décourageante et devient une barrière dans l'accès aux soins, un frein, ou un moteur de frustration et d'angoisse. Plusieurs femmes racontent avoir été ballotées de service en service sans parvenir à comprendre ce qui n'allait pas ou ce qu'elles devaient faire précisément. Augustine (n°10) m'a dit en avoir pleuré de découragement un jour. Si le centre de santé n'offre pas de solution pour faciliter la compréhension du centre en dehors

des indications données par le personnel, les Haïtiens s'entraident pour en comprendre le fonctionnement et l'utiliser au mieux. Il est très fréquent de trouver plusieurs personnes haïtiennes en train de discuter ou de débattre pour évaluer le problème et pour définir la meilleure stratégie à adopter.

Des conditions de travail qui limitent les possibilités d'adaptation du personnel

À la difficile compréhension des règles d'usage du Cefam et aux problèmes de communication, s'ajoutent également les conditions de travail des professionnels de santé, qui ne sont pas toujours propices à une adaptation de leurs pratiques en fonction des besoins des patients. Une consultation avec un patient haïtien non-hispanophone, pour les considérations de traduction et les efforts de compréhension nécessaires peut conduire à une prolongation du temps de la consultation. Or, les professionnels de santé du secteur public, faute de moyens, ont un agenda serré et ne peuvent se permettre de prendre beaucoup plus de temps avec ces patients. La pression de l'agenda, mais aussi des autres patients peuvent conduire à ne pas prendre le temps d'expliquer un problème de santé, un traitement à suivre ou les dérivations à demander. Aussi, en sortant un jour d'une consultation aux urgences pour les enfants de Nathalie (n°3) et d'Augustine (n°10), nous nous sommes retrouvées sans avoir aucune idée de la manière d'utiliser les médicaments prescrits. La pharmacienne du Cefam avait donné à Nathalie un antibiotique en poudre en précisant seulement qu'elle lui recommandait d'utiliser une seringue en plastique pour l'administrer à l'enfant. Pour Stevenson, elle donna un antibiotique en poudre également, un inhalateur et le produit à diffuser par l'inhalateur. Puis elle cria : « Au suivant ! » en nous poussant sur le côté. Je demandai alors à Nathalie et à Augustine (n°10) si elles avaient déjà utilisé l'inhalateur et savaient préparer les antibiotiques. Non. Ah... Et aucune indication sur la manière de faire. En voyant notre perplexité, une patiente chilienne s'est approchée pour nous expliquer comment armer l'inhalateur et comment l'appliquer sur l'enfant. Puis elle nous a montré comment préparer l'antibiotique et quelle quantité d'eau bouillie ajouter au flacon. Sans les explications de cette femme, les traitements n'auraient probablement pas été, ou alors mal, utilisés.

En d'autres occasions, j'ai pu observer des gens se faire refuser un service, un soin ou un rendez-vous sans que le temps ne soit pris pour délivrer les raisons du refus. J'ai également vu des médecins administrer des traitements (dont des antidépresseurs ou des moyens de contraception), sans que le médicament ou les effets secondaires ne soient présentés ou sans que le choix soit laissé au patient de décider s'il accepte ou non de prendre tel médicament. Le kinésologue du Cefam, sensible à la construction de ces barrières, explique :

« Un personnel administratif a une file de 20 personnes qui le pressent pour qu'il s'occupe de chacun plus rapidement. Il va alors dire aux personnes haïtiennes la même chose qu'il dit aux autres personnes et si elles n'ont pas compris, pas de chance ! Si je suis un Haïtien et que je n'ai pas compris une instruction, je vais aller demander encore une fois. Si on me répond mal, je ne vais pas aller demander à nouveau. Et si je ne redemande pas, je n'arrive pas à l'heure au rendez-vous, et si je n'arrive pas à l'heure au rendez-vous, plus tard, si j'ai un autre rendez-vous, on va me demander pourquoi je ne suis pas arrivé à l'heure et là, j'aurai droit à un reproche. Quelle impression ça génère ça ? Du rejet ! ».*

Règles informelles d'usage du centre de santé

Aux règles d'usage formelles du centre de santé s'ajoutent les règles informelles mises en place par les professionnels et surtout par les patients. Là encore, seules l'expérience et la communication avec les autres usagers permettent de les saisir. Prendre un rendez-vous avec un médecin par exemple demande non seulement une connaissance des règles officielles des lieux (la consigne est que les numéros pour les rendez-vous de la journée

avec des médecins sont distribués à 9h du matin), mais aussi des tactiques utilisées par les patients pour pouvoir obtenir un de ces numéros. Car peu de rendez-vous sont disponibles chaque jour en comparaison de la demande, ce qui entraîne la mise en place de tactiques pour parvenir à être parmi les élus et de normes établies informellement pour réguler cette attribution.

Encadré 9.4. Extrait du carnet de terrain : règles informelles pour la prise de rendez-vous médical

Lundi 5 janvier 2015

À force de tentatives ratées pour obtenir un rendez-vous pour Rosénie (n°30) et sa fille²⁵⁰, j'ai fini par me décider à arriver à 5h30 du matin ce jour-là pour me situer parmi les premiers arrivés et m'assurer d'obtenir des rendez-vous. Une dizaine de personnes étaient déjà présentes, debout devant la grille du centre de santé. Les patients habitués avaient organisé trois files et distribuaient les nouveaux arrivants en fonction de s'ils venaient pour la catégorie adultes, personnes âgées ou enfants. Les rangs grossissaient avec la levée du jour et chacun protégeait sa place et son numéro en discutant tranquillement avec les autres. Une dame m'a prise sous sa protection et m'a expliqué que faire, comment et quand. Elle me commentait les stratégies mises en place par les autres patients et essayait d'identifier ceux qui étaient là, payés par un autre pour faire la queue à sa place. À 7h30 le Cefsam a ouvert ses portes et les gens sont entrés calmement, s'assurant que tous respectaient l'ordre établi à l'extérieur et se sont installés, en ordre d'arrivée également, sur les chaises prévues pour chaque catégorie de patients. Sous les conseils de ma protectrice, j'ai réservé une chaise chez les adultes et une chez les enfants. À 7h45, un membre du personnel administratif s'est présenté et a délivré - en respectant l'ordre que nous avons établi - les numéros pour l'obtention des rendez-vous pour les enfants. J'ai alors obtenu un rendez-vous à 8h. Rosénie devait bientôt arriver avec sa fille malade pour se présenter à ce rendez-vous. Je me suis assise chez les adultes pendant que les heures de consultations des personnes âgées étaient distribuées. De nouvelles personnes sont apparues, les unes remplaçant discrètement ceux qui faisaient la queue pour elles, les autres s'ajoutant au bout de la file, dans l'espoir d'obtenir malgré tout un numéro. Vers 8h30, on nous a distribué nos numéros. Tout le monde semblait patienter tranquillement sur sa chaise. Soudain, tous se sont levés et ont foncé vers la porte qui mène aux bureaux de la direction. Surprise j'ai suivi le mouvement. Il s'agissait alors pour les uns d'essayer de faire respecter l'ordre indiqué par les numéros et pour les autres, de forcer les choses pour gagner des places et obtenir - même sans numéro - un rendez-vous. J'ai fini, après une vingtaine de minutes de tension et de chaleur humaine, par obtenir un rendez-vous à 14h. J'apprendrai à mes dépens ce jour là que l'heure indiquée est la même pour plusieurs patients. Qu'il faut donc se présenter au secrétariat du secteur correspondant le plus tôt possible afin de passer en premier auprès du médecin. Mais ça, nous ne le savions pas. Nous avons donc attendu jusqu'à 11h le matin pour voir le médecin pour l'enfant. Puis jusqu'à 16h l'après-midi pour sa mère. Le médecin a indiqué des traitements, nous envoyant vers la pharmacie du centre 10 minutes avant 17h, heure de la fermeture. La queue pour la pharmacie était alors impressionnante, nous avons pris un numéro et attendu. À 17h cependant, un mouvement s'est formé devant la pharmacie. En nous approchant, nous avons compris qu'à partir de cette heure, seuls les médicaments indiqués par les ordonnances délivrées par le service d'urgence seraient donnés. Les traitements indiqués par les médecins au cours de la journée

²⁵⁰ Rosénie (n°30) a deux enfants, dont une petite fille et un fils de 6 ans. Son mari était à ce moment-là en déplacement dans le nord du pays pour travailler sur un chantier. Voyant difficilement cette femme malade attendre pendant plusieurs heures accompagnée de ses deux enfants, nous nous étions mises d'accord pour que je fasse la queue pour elles et qu'elles me rejoignent ensuite, à l'heure des rendez-vous.

ne seraient remis que le lendemain. Pour résumer, consulter un médecin pour deux patients nous a pris presque douze heures à deux adultes, sans pouvoir obtenir le traitement de la deuxième malade.

De nombreuses autres règles informelles organisent la vie dans le centre de santé qu'il faut connaître pour obtenir certains services, pour déjouer les règles formelles de fonctionnement ou pour trouver des solutions plus rapidement. Plusieurs femmes haïtiennes parvenaient à s'organiser et à maîtriser (bien mieux que moi) les codes et les règles pour obtenir un rendez-vous, et certaines même avaient repéré les jours ou les horaires pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin préféré.

Précarité du travail et de la situation juridique

Obtenir un rendez-vous avec un médecin est compliqué pour tout usager des centres publics de soins primaires. Il faut pouvoir être disponible pendant plusieurs heures depuis le matin très tôt et probablement une partie de la journée. Ceux qui travaillent doivent pouvoir s'absenter aussi longtemps de leur travail. La loi permet ces absences justifiées par une licence médicale ; cependant, pour une personne dont le titre de séjour dépend du maintien d'un contrat de travail ou pour une personne qui ne dispose pas d'un contrat, s'absenter une journée présente des risques que tous ne sont pas prêts à prendre. Clifford (n°10), qui a un double emploi, un jour qu'il avait une grippe avec une fièvre très élevée a dit à son patron qu'il devait partir en fin d'après-midi car il ne tenait plus debout. Son patron s'est alors fâché. Clifford est revenu travailler dès le lendemain. Il n'avait pas même eu la force de se rendre au service d'urgence. Pour celui qui s'absente de son travail et qui décide de prendre rendez-vous, il faut se lever tôt le matin et attendre à l'extérieur pendant plusieurs heures. Comme blaguèrent amèrement des personnes qui faisaient la queue avec moi : on tombe malade simplement de vouloir prendre rendez-vous chez le médecin. Et que faire, lorsqu'on est une famille, que l'un des parents travaille et que l'autre garde les enfants : doit-on réveiller les enfants - qui peut-être sont malades - et les faire patienter des heures dans la rue ? Beaucoup y renoncent, surtout quand ils ne trouvent pas au Chili le soutien familial pour assurer la garde des enfants.

La question des horaires de fonctionnement du centre et du temps d'attente est importante à considérer parmi les barrières dans l'accès à la santé des Haïtiens, notamment en rapport aux conditions de travail et à la précarité de l'emploi de ces migrants. Selon mes observations et les commentaires de différents professionnels du Cesfam et des Haïtiens eux-mêmes, les Haïtiens adultes consultent très peu au sein du Cesfam, ou seulement au travers du service d'urgence en soirée et les weekends. En se conjuguant avec le manque d'information sur leurs droits et sur le fonctionnement du centre, je pense que la question des horaires de soins conduit de nombreux adultes à renoncer aux soins ou à venir en chercher dans les services d'urgence. Cela peut aussi avoir d'importantes conséquences sur l'accès aux soins des enfants. Pour des nouveau-nés malades, les mères qui travaillent peuvent obtenir des licences qui les autorisent à s'absenter du travail. Mais lorsque ces enfants ont plus d'un an, cela n'est plus possible. Anjiline (n°25), par exemple, a 3 enfants au Chili (elle fera par la suite venir le dernier). Elle travaille dans la restauration rapide, sans contrat de travail, dans un restaurant à 1h30 de route de Los Nogales. Son mari, lui, ne travaille pas ou occasionnellement et ne s'occupe pas non plus des enfants. C'est Augustine (n°10) qui garde les enfants quand ils ne sont pas à l'école. La fille d'Anjiline, qui a un peu plus d'un an, n'assiste plus depuis que sa mère est retournée travailler à aucun des contrôles de santé au centre de santé. Son nez bouché en permanence et ses toux constantes ne sont pas surveillés et soignés par un médecin. Sa mère ne peut se permettre de manquer un jour de travail, au risque de perdre son emploi et de ne plus pouvoir payer le loyer ou la nourriture pour la famille. À l'inverse, les contrôles de santé ainsi que le suivi médical des

enfants, lorsqu'ils ont des problèmes qui exigent de nombreux rendez-vous, nécessitent souvent qu'un des parents ne travaille pas, ou peu. Les mères sont souvent celles qui restent avec l'enfant, ce qui peut parfois renforcer les rapports de pouvoir au sein des couples²⁵¹ et précariser les conditions de vie.

Difficultés géographiques et financières

À ces différentes barrières dans l'accès aux soins au sein du service public, s'ajoutent encore d'autres barrières matérielles. Pour une part, si le Cesfam est en plein cœur de Los Nogales et donc facile d'accès géographiquement parlant, il arrive que pour des examens ou pour des transferts auprès de spécialistes les patients doivent se rendre dans un laboratoire situé dans le centre de Santiago ou à l'hôpital San Borja. On leur indique généralement l'adresse à laquelle se situe le lieu où ils doivent se rendre. Mais s'y déplacer suppose de savoir se repérer dans la capitale, de connaître l'utilisation des transports en commun ou de payer un taxi. Les femmes qui n'ont jamais travaillé, sortent rarement de Los Nogales ou d'Estación central. Elles connaissent au mieux quelques institutions comme le DEM ou le *Registro Civil*, mais elle se repèrent difficilement seules dans le centre de Santiago. Toutes ne savent pas utiliser les transports en communs, système assez compliqué à Santiago. Certaines attendent donc que leurs maris soient disponibles pour les emmener, d'autres trouvent une personne qui est déjà aller à cet endroit pour les y accompagner et quelques-unes payent un taxi, moyen le plus simple pour ne pas se perdre et pour se déplacer avec un enfant²⁵². Mais ces déplacements ont des coûts qui peuvent vite marquer les revenus mensuels.

De plus, certains examens demandés ou certains traitements administrés par les médecins ne sont pas pris en charge par Fonasa et représentent des coûts additionnels qui peuvent être importants par rapport au salaire des individus. Cinellie (n°4), à son premier contrôle de grossesse auprès d'une sage-femme a été envoyée faire une échographie, pour vérifier qu'il n'y ait pas de malformation. Alors que j'interrogeais la sage-femme sur le fait qu'elle demande une échographie non remboursée, celle-ci m'a seulement répondu que toutes les femmes devaient la faire et que toutes payaient de leur poche. Cette situation interroge sur les différences entre les pratiques exigées par des médecins et celles normées par les autorités médicales. Plus compliqué a été le cas de Nathalie (n°3): sa fille a été hospitalisée à deux reprises pour des problèmes respiratoires. Lors de son hospitalisation, les médecins ont identifié que l'enfant, de moins d'un an, faisait de l'apnée. Une des conditions pour que l'enfant sorte de l'hôpital est qu'elle ait en permanence sur elle un moniteur pour contrôler sa respiration et ce, pendant plusieurs mois. Or, cet appareil n'est pas pris en charge par Fonasa : il coûte entre 70 000 et 90 000 pesos par mois, la location devant être faite auprès d'une entreprise privée. Ces frais ne sont pas moindres pour le couple qui obtiendra, grâce à un service social, de l'aide pour payer le premier mois de location.

Il arrive également que les personnes reçoivent des centres de santé des factures pour des soins. Par exemple, les femmes qui n'ont pas réussi à obtenir un titre de séjour pour grossesse assez tôt pour que leurs droits à Fonasa soient ouverts à temps se voient facturer leur accouchement et leur séjour à l'hôpital. Augustine (n°10), ou encore Nelly ont reçu

²⁵¹ Si elles ne travaillent pas, les femmes sont donc dépendantes économiquement de leur mari. Comme l'exprime Augustine(n°10), elle est très dépendante de l'argent que lui remet son mari chaque semaine dans le but de nourrir la famille. Alors que lui met de l'argent de côté, investit dans des billets d'avion ou dans des projets en Haïti, elle doit économiser sur l'argent de la nourriture pour avoir de l'argent qu'elle contrôle elle-même. Les relations de pouvoir homme-femme au sein des couples sont parfois très inégalitaires et les attentes que le système de santé a des mères (bien plus que des pères) peuvent renforcer ces inégalités.

²⁵² Pour plusieurs femmes que j'ai rencontrées alors, les déplacements pour les soins sont l'occasion de découvrir la ville de Santiago. Avec le temps, elles finissent par se repérer dans certaines zones de la ville, par comprendre le système de transport et ainsi, gagnent en autonomie.

pour l'hospitalisation de leurs enfants des factures très importantes : le groupe Fonasa auquel leurs enfants sont rattachés leur laissait à charge respectivement 20% et 10% des frais. Or, comme nous l'avons vu dans le cas de Stevenson, son hospitalisation a duré plusieurs semaines et les médecins ont ordonné de faire de nombreux examens dans différentes spécialités dans le but de trouver l'origine de son affection. Bien qu'il existe la possibilité de solliciter des aides auprès des services sociaux de l'hôpital, ces frais représentent une charge importante.

Ces différents facteurs se conjuguent, compliquent ou empêchent parfois l'accès aux soins des migrants et ici plus particulièrement des migrants haïtiens dans le système public.

Service privé

Le système privé comporte différents types d'établissements et je m'arrêterai ici seulement sur les services donnés par une organisation philanthropique, *Gota de Leche*, et de manière plus rapide sur les consultations médicales à prix très bas proposées par des entreprises de pharmacie. Il existe par ailleurs des cliniques ou des centres de santé privés qui peuvent dépendre directement d'une Isapre ou d'une entreprise indépendante prestataire de service. Pour recevoir des soins dans ces centres de santé, différentes conditions sont posées par chacune des entreprises : certaines n'acceptent que les patients affiliés à l'Isapre correspondante, d'autres reçoivent également les particuliers sans assurance qui payent la totalité des frais, d'autres encore prennent les personnes affiliées à Fonasa ou à des Isapre. Ceux qui ne sont pas affiliés à une assurance maladie et qui n'ont pas les moyens de payer les frais des soins sont exclus de ces centres de soin. En ce qui concerne l'accès concret aux soins dans des établissements privés, je ne suis pas en mesure de fournir plus d'informations, les observations que j'y ai réalisées sont trop peu nombreuses. Il est commun d'entendre au Chili qu'il est plus facile d'obtenir un rendez-vous médical dans ces centres et que les temps d'attente sont moins longs que dans les centres de soin public. J'ai rencontré deux Haïtiens qui m'ont dit être affiliés à un système d'Isapre, (Réginald (n°8) et Levens (n°41)) et j'ai observé que lorsque Giovanni (n°15), sa sœur Leïla (n°14) et leur colocataire Léocadie (n°17) avaient des opérations importantes (dents, accouchement, petite opération) ils sollicitaient les services de la *Clinica Bicentenario*, située à Estación Central en payant de leur poche les frais. La qualité et l'attente moins longue justifiaient pour eux ce choix.

Consultations médicales à bas prix

Une compagnie de pharmacie, spécialisée dans les médicaments génériques et dont la politique est de donner accès aux médicaments aux populations les plus pauvres, propose un service de consultation médicale à très faible coût (2 000 pesos²⁵³). L'entreprise Similares par exemple est présente au Chili depuis 2005. À certaines de ses pharmacies est adossé un cabinet médical (*Clinica del Dr Simi*) qui propose des consultations lesquelles sont gratuites un jour par semaine. Sans rendez-vous, il faut se présenter aux heures d'ouverture et faire la queue pour rencontrer un médecin. Les étrangers constituent une bonne part de la clientèle de ces consultations : on ne leur demande ni titre de séjour, ni assurance maladie. Et, sans pouvoir faire de généralisation, lors de mes visites, les médecins étaient aussi des étrangers.

J'ai eu l'occasion de réaliser des observations dans ces lieux à deux reprises seulement, ce qui n'est pas suffisant pour proposer une analyse précise. Cependant, je peux ici souligner que la qualité de la prise en charge en ces lieux est assez légère et que tout service supplémentaire doit être payé. De plus, quand avec Sagine (n°4) nous sommes allées consulter un médecin dans une de ces pharmacies, elle est ressortie avec plusieurs examens

²⁵³ Soit 2,71 euro selon la conversion en octobre 2017.

à réaliser. Le médecin nous a envoyé vers des laboratoires à l'hygiène très douteuse et dont les services ont finalement coûté très cher, ou du moins trop cher pour les moyens de Sagine. Julio (n°30) ainsi que Naïma (n°39) m'ont signalé avoir recours à la « Clinique du Dr Simi » proche du métro Alberto Hurtado en cas de maladie. Ils préfèrent cet endroit car la prise en charge est plus rapide et reste très abordable financièrement.

Il s'agit bien d'un service de soin pour les plus démunis, pour ceux qui ignorent leurs droits d'accès au service public, pour ceux qui n'ont pas la patience d'y attendre.

Gota de Leche

Le centre de soins pédiatriques *Gota de Leche* est né en 1901 quand s'est créé le *Patronato Nacional de la Infancia*. Cette initiative privée, reposant sur des dons, avait comme objectif d'offrir des soins aux mères et aux jeunes enfants, des aliments de base et de mener des campagnes de prévention *via* l'éducation des parents. L'institution a depuis été renommée *Patronato Madre-Hijo*, mais ses objectifs sont sensiblement les mêmes. Au travers de trois centres de santé et de sept jardins d'enfants et crèches, elle propose de « veiller sur la santé et le développement intégral des enfants les plus vulnérables »²⁵⁴. Le centre médical d'Estación Central a ouvert ses portes en 2013. Ce bâtiment refait à neuf, accueillant, comporte une infirmerie, un espace pharmaceutique et des salles de consultation dans lesquelles deux pédiatres recevaient les patients pour des contrôles de santé.

Ce centre de santé philanthropique pour les nouveau-nés attire très fortement les parents haïtiens de Los Nogales, qui trouvent que les soins sont de meilleure qualité et qui apprécient les dons alimentaires. Il est d'abord très facilement accessible car situé à proximité du quartier. L'inscription des enfants à *Gota de Leche* est sujette à plusieurs conditions : l'enfant doit avoir moins d'un mois et la Fiche de Protection sociale doit avoir un nombre de points minimum²⁵⁵. Cependant, l'assistante sociale qui gère les inscriptions fait facilement des dérogations à ces conditions. Par exemple, lorsque les parents sont en situation irrégulière ou que leur titre de séjour est en attente d'obtention ou de renouvellement, ils ne sont pas en mesure de faire une Fiche de Protection sociale : l'assistante sociale comprend la situation et accepte généralement l'inscription des enfants. Le fonctionnement de ce centre, relativement petit, est assez simple et ses règles d'usage sont rapidement comprises par les patients qui suivent le mouvement des personnes présentes. À l'arrivée, il faut passer par l'infirmerie où l'enfant est pesé et mesuré. Puis les infirmières renvoient vers la salle d'attente. Selon l'ordre d'arrivée des patients (convoqués à différentes heures de la journée), les pédiatres appellent enfants et parents dans leurs bureaux. Quand ils en ressortent, ils doivent se rendre à la pharmacie récupérer les médicaments indiqués par le pédiatre, puis à l'infirmerie pour prendre le rendez-vous du contrôle suivant. Ils font ensuite la queue pour voir l'assistante sociale qui donne alors des produits alimentaires (dont le contenu dépend des dons et non des besoins nutritionnels des enfants). Les rendez-vous à *Gota de Leche* sont avant tout des rendez-vous de contrôle médical et non des rendez-vous en cas de problème de santé. Il arrive parfois que certains parents sollicitent des consultations supplémentaires face à un épisode de maladie, qui sont généralement acceptées.

Comme dans le Cefam de Los Nogales, les horaires d'ouverture peuvent être problématiques pour les parents qui travaillent, mais comme les soins sont donnés avant tout à des nouveau-nés, les mères en général ne travaillent pas encore. La langue par contre est une difficulté qui a posé problème avec l'arrivée de patients haïtiens. Face à cette

²⁵⁴ Voir <http://www.patronato.cl/conocenos/mision-y-vision/>, consulté le 20 septembre 2017.

²⁵⁵ Voir chapitre 8 : ce système d'évaluation de la pauvreté des ménages mené par les municipalités donne ainsi un critère pour pouvoir bénéficier de l'aide de cette organisation.

difficulté, il a été décidé de regrouper toutes les consultations d'enfants d'Haïtiens le jeudi matin. De cette manière, il est plus facile de trouver un autre parent pouvant faire la traduction en cas de difficulté. De plus, les pédiatres, reconnaissant qu'il leur faut plus de temps pour une consultation avec des parents haïtiens, ont allongé le temps prévu pour chaque patient. Si des différences de méthode sont observables entre les pratiques des deux pédiatres qui exerçaient alors, il est flagrant qu'en comparaison des professionnels du secteur public, elles prenaient plus de temps pour comprendre les problèmes soulevés par les parents, pour expliquer les traitements et le suivi à réaliser. Les conditions de travail (flexibilité autour du temps consacré à chaque patient, taille du centre, possibilité de réorganisation du fonctionnement, salaires et horaires de travail) permettent ce type de fonctionnement.

Lorsque les enfants sont inscrits à *Gota de Leche*, leurs contrôles de santé sont donc doubles : au Cefsam et à Gota, ce qui, lorsqu'ils présentent des problèmes de santé peut se révéler assez lourd²⁵⁶ en termes de fréquence de consultations médicales. Cet établissement assure le paiement de certains examens, comme les analyses de sang, d'urine, de selles ou les radiographies ; mais, lorsque l'enfant requiert des examens plus spécifiques ou la consultation de spécialistes, les pédiatres de *Gota de Leche* écrivent des lettres au Cefsam pour demander que la dérivation ou l'examen soit fait. Cependant, plusieurs de leurs demandes restent ignorées. Il est fortement possible qu'une des raisons concernant cette ignorance se trouve dans le fait que le suivi d'un enfant est réalisé par différents professionnels au Cefsam ce qui rend le suivi individuel plus difficile à réaliser. Lors de mes observations, j'ai effectivement pu constater plusieurs cas d'enfants souffrant de problèmes respiratoires ou requérant de voir des spécialistes, pour lesquels les pédiatres de *Gota de Leche* avaient signalé aux médecins du Cefsam la nécessité de dérivations sans les obtenir. Elles ont finalement dû demander un rendez-vous avec la direction du Cefsam afin de les obtenir. Le manque de communication entre *Gota de Leche* et le Cefsam Los Nogales alourdit certaines prises en charge. À plusieurs occasions, j'ai pu voir les pédiatres de *Gota de Leche* chercher des solutions pour pallier aux limites du système de santé public. Ainsi par exemple, pour Stevenson, alors que celui-ci ne parvenait pas à obtenir un rendez-vous avec un cardiologue, elles ont accepté que *Gota de Leche* paye les examens de cœur nécessaires à l'enfant²⁵⁷.

Les lois et mesures en matière d'accès aux soins des migrants prises à différentes échelles, auxquelles se conjuguent les politiques de santé, offrent un cadre favorable à l'accès aux soins des migrants haïtiens qui résident à Los Nogales, même lorsqu'ils sont en situation irrégulière. Cependant différents facteurs, qui se nourrissent entre eux, jouent sur l'accès aux soins des personnes haïtiennes. Le fonctionnement complexe du centre et le manque de communication pour faciliter son usage, les problèmes liés à la langue, mais aussi des considérations pratiques telles que les coûts financiers, l'organisation que nécessite un rendez-vous ou une consultation, la difficulté de se déplacer pour passer un examen et les barrières administratives qui opèrent à différents niveaux créent des difficultés qui génèrent un frein dans l'accès au soin. Ils peuvent pousser des personnes à renoncer au soin ou à le retarder, à trouver des soins dans d'autres structures ou auprès d'autres formes de soin.

Le centre de santé primaire de Los Nogales a pris en considération certains de ces facteurs et s'est essayé à diminuer ces barrières. Alors que les autorités comme le Minsal et le SSMC commencent à être poussées par la base à apporter des solutions structurelles, en 2014, les

²⁵⁶ Stevenson par exemple, qui à une période, avait plusieurs rendez-vous médicaux par semaine a commencé, suite à des examens déplaisants, à pleurer systématiquement à chaque consultation. Je sentais une certaine violence dans la répétition de ces incessants examens et consultations de l'enfant.

²⁵⁷ Ce qui finalement n'a pas été nécessaire, car différents événements ont pressé l'obtention de la prise en charge par le service public.

solutions trouvées sont plus de l'ordre du bricolage à échelle locale et individuelle. Le système ne parvient pas encore à limiter ces barrières et la flexibilité observée face aux règles qui peuvent entraver l'accès au soin reposent encore principalement sur les exceptions faites par les professionnels de ces centres.

9.3. Accès secondaire : des représentations qui orientent la prise en charge médicale

L'objectif de cette section est de mettre en lumière les représentations qu'ont les professionnels du monde médical sur les Haïtiens, leur santé et leur prise en charge. Ces représentations orientent le traitement social des personnes qui en font l'objet et jouent notamment sur la prise en charge des Haïtiens et leurs expériences des soins. Elles se conjuguent donc aux aspects légaux et matériels qui cadrent leur accès aux soins médicaux.

La littérature exposée dans le chapitre 2 montre que les institutions médicales sont des lieux de production et de reproduction de l'altérité et qu'en leur sein se construisent des traitements sociaux différenciés pour les étrangers altérisés. En effet, les processus de différenciation et de hiérarchisation comme le racisme reposent sur une idéologie mais ont besoin des pratiques quotidiennes et des interactions pour exister et se reproduire. Celles-ci permettent la matérialisation de ces idéologies, laquelle servira ensuite à justifier les différences observées. Les centres de santé sont au travers de multiples situations des espaces d'interactions entre Chiliens, Haïtiens et les autres migrants ; ils sont donc des espaces centraux de production d'altérité. Cependant, ces espaces sont déjà organisés par différents rapports de pouvoir, par des hiérarchies professionnelles, de race, de classe, de sexe, par ceux qui organisent les relations entre professionnels administratifs ou soignants et patients, par les savoirs des professionnels, leurs valeurs, leurs considérations sur leurs métiers, l'organisation de leur travail. La présence d'Haïtiens dans ces lieux conduit au recours et à la construction de représentations particulières qui se conjuguent aux relations de pouvoir et représentations préexistantes pour organiser un traitement social propre à ces migrants.

Les représentations mobilisées par les professionnels de santé pour interagir avec les Haïtiens s'inscrivent dans un contexte plus large que les seules situations de rencontre et d'interaction. Bien qu'elles soient souvent justifiées par l'expérience personnelle des professionnels, ces représentations naissent également du contexte social dans lequel ils se situent et notamment des représentations sociales sur les « migrants », sur les « noirs », sur les « Haïtiens » qui circulent dans la société, qui font débat, qui sont diffusées par les médias, les réseaux sociaux, les associations ou les universitaires. La partie II de cette thèse a montré que la société chilienne était socialement structurée par un racisme historiquement construit et constamment réactualisé ; que les étrangers européens, nord-américains y sont les bienvenus pour leurs apports à la société, a contrario les « *indigenas* » et les « noirs » y sont dévalorisés et méprisés ; que cette société connaît récemment une forte croissance de la migration, avec une présence de population noire très remarquée, un débat de plus en plus visible sur la place des migrants dans la société et leur légitimité à avoir des droits et à accéder aux services publics. En ce qui concerne les Haïtiens, ils sont vus comme les « bons migrants » du moment. Un regard misérabiliste et paternaliste leur permet d'être acceptés dans la société chilienne, tout en devant se contenter des conditions de vie qu'elle consent à leur offrir. Ils ne sont pas catégorisés au plus bas de l'échelle ethnico-raciale. D'ailleurs, leurs conditions de logement et de travail sont utilisées pour dénoncer les abus fait aux migrants. L'ensemble de ces représentations présentes dans la société chilienne sur les Haïtiens et sur les migrants, mais aussi celles sur lesquelles reposent l'image de la Nation chilienne et des « autres » cadrent les représentations des professionnels de santé sur les Haïtiens et les légitiment. Mais d'autres facteurs orientent aussi la construction de leurs représentations, comme leurs conditions de travail, leur

profession et la formation reçue ou encore leur propre situation personnelle au sein des rapports sociaux qui structurent la société.

Les éléments exposés ci-dessous proviennent d'entretiens réalisés auprès de professionnels du Cesfam de Los Nogales et de *Gota de Leche*, de responsables du SSMC et de la directrice d'une crèche de Los Nogales (voir annexe 2). Cette dernière est importante ici car les professionnels de la crèche sont apparus, au cours de cette enquête, comme des acteurs de la prise en charge de la santé et des soins des enfants d'Haïtiens. Ces entretiens ne prétendent en aucun cas représenter l'ensemble des points de vue des professionnels de santé, mais offrent un éclairage sur ceux-ci. Il est également important de noter que ma recherche portant sur les Haïtiens²⁵⁸, les réponses étaient orientées pour créer une distinction entre les Haïtiens et les autres patients, ce qui a pu produire des biais importants dans la formulation des discours. Ces discours révèlent d'ailleurs une certaine hétérogénéité qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Représentations du personnel médical sur les Haïtiens

À part dans les propos de deux professionnels, les discours sur les Haïtiens se veulent bienveillants et parfois accueillants. Ils sont vus comme des personnes souriantes, polies, discrètes, reconnaissantes²⁵⁹, organisées et volontaires. Ils sont perçus comme humbles et pauvres, mais ceux qui ont fait des visites à domicile soulignent leur surprise devant la propreté et l'organisation des logements. Selon eux, ils se distinguent en cela des Chiliens, et bien évidemment des Péruviens et des Boliviens. Certains professionnels montrent une empathie pour ce qu'ils imaginent être les terribles conditions de vie en Haïti et le fait de vivre en situation de migration. Sur la question du logement et du travail, deux assistantes sociales et un médecin considèrent que les Chiliens abusent des Haïtiens. D'autres, par contre estiment que quelles que soient ces conditions de vie, elles sont mieux que celles qu'ils connaissaient en Haïti (et ils l'affirment avec autorité pour avoir été en Haïti). Des professionnels soulignent la solidarité de la communauté haïtienne (un autre, pris dans un discours très négatif sur les Haïtiens dira le contraire), son organisation et le rôle important de l'Église évangélique pour la fabrication des liens et de la solidarité. Selon le directeur du Cesfam, les professionnels montrent une sensibilité particulière pour les Haïtiens, ce qui, il le reconnaît, a tendance à invisibiliser les autres migrants. Certains professionnels ne se cachent d'ailleurs pas de dire le mal qu'ils pensent des Péruviens et des Boliviens, mis automatiquement en comparaison avec les Haïtiens qui deviennent la référence²⁶⁰.

Des éléments négatifs apparaissent dans les représentations sur les Haïtiens, ponctuant les discours globalement positifs ou nourrissant des propos clairement négatifs comme ceux tenus par les deux infirmiers interrogés. Plusieurs commentent l'arrivée, soudaine, rapide et massive des Haïtiens, une « vague », une « multiplication ». Les termes se répètent, on les retrouve non seulement dans les entretiens mais aussi dans des interactions quotidiennes et dans des blagues, signe d'une préoccupation ou d'un point de vue assez partagé. Les Haïtiens sont vus comme des personnes qui travaillent beaucoup et cela les pousserait à délaisser leurs enfants, ce qui est condamnable aux yeux de professionnels. La responsable

²⁵⁸ J'ai réalisé les entretiens avec les professionnels après plusieurs mois passés à accompagner des Haïtiens au centre de santé. Ils étaient informés de l'objectif de ma recherche bien avant le cadre de l'entretien.

²⁵⁹ La reconnaissance est peut-être attendue dans un pays marqué par la privatisation des services et le néolibéralisme. D'ailleurs, en discutant avec des usagers chiliens un jour, nous remarquons que la meilleure manière d'obtenir un service était de le demander avec le ton d'une demande de faveur.

²⁶⁰ Les remarques d'une assistante sociale concernant la question de travail sont assez révélatrices des perceptions sur les Péruviens et sur la valorisation différentielle établie entre Péruviens et Haïtiens : « *Les hommes chiliens se plaignent parce qu'ils n'ont pas de travail parce que l'Haïtien est plus efficace que le Chilien. Le Péruvien a toujours été fainéant, donc de ce côté-là il n'y a pas beaucoup de concurrence, parce que la population péruvienne finit toujours par se faire virer parce qu'ils sont fainéants et défaillants notamment en termes d'alcoolisme dont ils souffrent depuis tous petits. Les femmes boivent aussi beaucoup, il n'y a pas beaucoup de concurrence. Mais les Haïtiens produisent la concurrence* »*.

du programme *Chile Crece Contigo*²⁶¹ du Cesfam note avec soulagement qu'il y a de plus en plus de femmes qui ne travaillent pas et qui peuvent ainsi mieux s'occuper de leurs enfants. D'ailleurs, si quelques professionnels considèrent que les Haïtiens font beaucoup d'enfants, un grand nombre s'accorde pour dire que beaucoup de femmes tombent enceintes à leur arrivée (parmi les professionnels aussi, ce sujet est tourné en blague) et cela, avant tout pour obtenir des papiers, ou même, la nationalité chilienne. Plusieurs remarquent aussi de fortes inégalités entre hommes et femmes, considérant que les femmes sont dépendantes de leurs maris. L'un va même plus loin en signalant l'importance de la violence physique sur les femmes, laquelle s'observe dans les services d'urgence, mais également par la « négligence » des femmes (tenues, hygiène) alors que les hommes sont toujours très bien habillés. Enfin, la représentation de leurs conditions de vie au Chili génère du dégoût chez une infirmière lorsqu'elle explique comment ils vivent tous entassés à cinq ou six par chambre. Les deux infirmiers reproduisent un discours sur la nécessaire sélection à l'entrée du pays et considèrent que le gouvernement gère mal la situation. Enfin, il est intéressant de noter que deux hommes ayant des postes à responsabilité au sein du SSMC et qui ont été en Haïti portent un regard sur le pays plein de dégoût. Avec l'un d'entre eux, une fois l'enregistreuse éteinte, nous relançons la conversation sur les grossesses des femmes haïtiennes. Il signale qu'il n'est pas étonné pas qu'elles fassent des enfants, même si cela peut compliquer les choses, au moins elles peuvent rester au Chili. Pour lui, là-bas, tout est horrible. Personne ne voudrait y retourner. Qui ne va pas préférer dormir sur un matelas posé sur le sol plutôt que de dormir à même le sol, là où il y a plein de chiens vagabonds et des nuées de mouches ? Il m'explique qu'il a passé une journée en Haïti lors d'un voyage en République dominicaine et qu'il a gardé un mouchoir devant la bouche tout le temps. Il complète une description du pays en prévoyant la disparition prochaine de ce « point noir » de la planète, bien pire que l'Afrique.

Il importe de souligner que néanmoins quelques professionnels se gardent de donner une opinion sur la population haïtienne, soit qu'ils n'en ont pas, soit peut-être ne considèrent-ils pas approprié de la formuler. Certains prenaient également une grande précaution à ce que leurs propos ne paraissent pas racistes ou incorrects.

Problèmes de santé des enfants et explications sur la spécificité des Haïtiens

En ce qui concerne la santé des Haïtiens, les professionnels s'accordent sur l'identification des maladies qui touchent le plus fréquemment cette population. Au Cesfam, le personnel considère unanimement que ce sont avant tout des femmes enceintes et des enfants en bas-âge qui fréquentent le centre en journée et demandent des consultations. Les adultes, et notamment des hommes, viennent plutôt consulter au service d'urgence en soirée et les weekends. En cela, tout comme les Chiliens, ils font un mauvais usage du service. Il est rare selon une personne qui fait l'accueil au SAPU que des femmes viennent consulter pour elles-mêmes dans ce service d'urgence.

Infirmiers, médecins et pédiatres qui prennent en charge les enfants, s'accordent pour considérer que les enfants d'Haïtiens²⁶² souffrent principalement de rhumes qui se transforment fréquemment en problèmes respiratoires plus complexes, de retard du développement psychomoteur et de malnutrition ou de sous-nutrition. L'énonciation de ces problèmes s'associe généralement d'explications sur les causes de ces problèmes et sur les particularités qu'ils présentent pour les Haïtiens. Ces explications traduisent la

²⁶¹ *Chile Crece Contigo* est un programme public qui dépend des ministères du Développement social, de la santé et de l'éducation. Programme de protection sociale, il a pour objectif d'accompagner, de protéger et de soutenir les enfants et leurs familles, avec une attention particulière pour les plus vulnérables.

²⁶² Je parle des enfants d'Haïtiens, car tous les enfants nés au Chili obtiennent la nationalité chilienne, mais pas tous sont déclarés auprès des autorités haïtiennes dans le but de demander la nationalité haïtienne.

différenciation opérée envers cette population, son infériorisation, sa racialisation et sa culturalisation. Avant de détailler ces représentations je souhaite signaler qu'il me semble qu'au Chili, l'usage du mot race et son application pour catégoriser les populations n'est pas aussi problématique qu'en France. Le mot revient fréquemment dans les discours des professionnels, et la dimension pragmatique opérationnelle de cette catégorie s'observe dans les interactions quotidiennes. Par exemple, en parlant « *des enfants comme ça* », d'« *eux* », en faisant référence aux enfants noirs comme s'il était logique que leur appartenance à la catégorie « noirs » était évidente²⁶³.

Les rhumes qui touchent les enfants principalement en hiver deviendraient, selon les thérapeutes, plus souvent des problèmes respiratoires chroniques chez les enfants d'Haïtiens que pour les autres enfants. Si quelques professionnels mettent en cause les conditions de vie des Haïtiens qui favorisent le développement et la gravité des situations, ceux-ci sont presque systématiquement associés à un problème de comportement et au manque d'éducation des parents et plus précisément des mères. Les mères ne savent pas quand la situation de santé de leurs enfants est grave et ne visitent pas le médecin à temps - d'ailleurs, elles ne le visitent selon certains professionnels que si l'enfant a un contrôle médical prévu et non sur demande de rendez-vous. Ce qui traduit, selon une idée largement partagée, un manque d'éducation. Pour la directrice d'une crèche à los Nogales, les parents ne donnent jamais à leurs enfants les traitements prescrits par les médecins. Pour elle, c'est parce qu'ils ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre, qu'ils sont irresponsables, inconscients des risques qui touchent la santé de leurs enfants et sont peu engagés envers leurs enfants. Par ailleurs, des professionnels associent ces problèmes respiratoires fréquents à un problème génétique et à une non-adaptation au climat et à la pollution de Santiago. D'autres enfin (une pédiatre de *Gota de Leche* et un kinésithérapeute du Cesfam) poussent leurs explications plus loin et considèrent une multiplicité de facteurs qui peut conduire à la chronicité plus fréquente qu'ils observent chez ces enfants.

Il importe de remarquer dès à présent que les mères sont constamment la cible des reproches des professionnels. Ce sont elles qui accompagnent le plus souvent leurs enfants aux rendez-vous et traditionnellement, les mères sont celles qui veillent sur la santé des enfants. Dans différents ateliers de santé que j'ai observé dans le Cesfam et dans des informations diffusées sur la santé, la médecine renforce l'attribution de cette responsabilité aux mères : on attend d'elles qu'elles jouent davantage avec leurs enfants, qu'elles ne travaillent pas - ou qu'elles arrêtent de travailler - pour s'en occuper, qu'elles soient capables de repérer les signes d'un problème respiratoire. Les pères sont absents des recommandations. Aussi, lorsque des blâmes sont donnés, ce sont, logiquement, les mères les principales fautives.

Le retard ou le décalage dans le développement psychomoteur des enfants touche beaucoup d'enfants d'Haïtiens, bien plus que de Chiliens, selon les professionnels. Cela s'explique, selon eux, par le manque de stimulation des enfants de la part de leurs parents. Les mères sont trop occupées à travailler, ou peut-être « *si préoccupées par l'ordre et le ménage qu'elles laissent les enfants par là, couchés dans un lit* » (responsable *Chile Crece Contigo* et de la salle de stimulation) et n'ont pas le temps de jouer avec eux. Elles ne sont peut-être pas intéressées. D'ailleurs, elles manquent d'attachement (*apego*)²⁶⁴ envers leurs enfants et il s'agit là d'une différence culturelle relevée par plusieurs acteurs de la santé. Les

²⁶³ Je m'efforçais, chaque fois qu'une personne me disait que « *les enfants comme ça étaient plus gentils* » ou bien qu'elle eût « *toujours rêvé d'avoir un enfant comme ça* », de répondre avec toute mon innocence « *comme ça... petit comme ça ?* ». J'avais alors toujours l'impression d'être une révolutionnaire antiracisme.

²⁶⁴ *Chile Crece Contigo*, dans un guide pour les mères, définit l'*apego* comme « un type spécial de lien affectif, qui a à voir non seulement avec l'affection que tu donnes à ton bébé mais plus particulièrement avec la manière avec laquelle tu l'accueilles, le contiens et le calmes chaque fois qu'il sent un malaise ». Voir <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/apego/>, consulté le 18 septembre 2017.

professionnels estiment qu'il existe un besoin important d'éduquer les parents afin de leur faire prendre conscience de l'importance de la stimulation et de l'*apego* envers leurs enfants. Car, comme l'explique le kinésithérapeute interrogé, il s'agit là « *d'une condition et non pas d'une maladie. C'est une condition, le résultat de différents facteurs, et principalement des facteurs familiaux, de stimulation* ».

Au niveau de l'alimentation, les médecins notent que dans un quartier où le surpoids est le problème principal, voir apparaître des cas de sous-nutrition ou dénutrition est un phénomène nouveau. Plusieurs d'entre eux considèrent que les parents ne respectent pas les consignes données en matière d'alimentation : soit qu'ils ne comprennent pas les instructions, ou pour des raisons culturelles. Le lait maternel est selon eux vite arrêté²⁶⁵ et depuis très petits, les enfants mangent des aliments autres que le lait. Le kinésithérapeute remarque cependant que si cela va à l'encontre des recommandations de *Chile Crece Contigo*, il ignore si cette pratique a vraiment un impact négatif sur leur santé. Une pédiatre estime par ailleurs que le fait que les enfants soient sous les courbes de croissance en matière de poids est peut-être lié une différence génétique et que dans de nombreux cas, ce n'est pas un problème.

Au-delà de ces trois problèmes de santé les plus récurrents, les professionnels de santé ont d'autres préoccupations vis-à-vis de la santé des enfants. Un autre grand problème est que les parents ne font pas vacciner les enfants correctement et les enfants disparaissent des programmes de vaccination. Le manque d'éducation les rend inconscients de l'importance de la prévention des maladies et donc des vaccins. « *Ils ne sont pas responsables, ils n'ont pas conscience* »* dit l'infirmière qui leur reproche leur manque d'intérêt pour la santé de leurs enfants. À cela s'ajoute dans le cas des enfants nés en dehors du Chili, le fait qu'ils ne disposent pas pour la plupart de carnet de santé et que les parents ne savent pas dire si les enfants ont été vaccinés ou pas. Cela engendre du stress chez les professionnels qui ne savent pas comment affronter cette difficulté.

Une pédiatre de *Gota de Leche* souligne que les conditions de vie dans lesquelles ils se trouvent conduisent à l'apparition de maladies peu fréquentes aujourd'hui au Chili et qu'elle a vu occasionnellement des enfants avec des vers dans les selles ou encore porteur de la gale. Elle note également que les enfants d'Haïtiens, lors des contrôles mensuels, viennent toujours avec des maladies. Elle ne porte cependant pas de discours culturaliste autour des explications des maladies, qu'elle cherche principalement dans les conditions de vie des personnes et parfois dans l'absence de connaissances associées aux politiques de santé en Haïti.

Enfin, la directrice de la crèche, dont l'avis est approuvé par une employée, et contrairement aux autres avis médicaux sur la question, estime que les enfants d'Haïtiens ont tous un problème d'hygiène. Elle reproche aux parents de ne pas laver les enfants, de ne pas leur changer assez régulièrement les couches et de ne pas leur couper les ongles : « *Je leur disais, même si c'est une seule fois par semaine, mais un enfant ne peut pas passer deux semaines sans aller dans l'eau ! Les ongles des pieds étaient si longs qu'ils s'enroulaient ! En hiver, mais aussi en été ! Et avec le soleil, les odeurs se sentent encore plus !* »*. Cette absence d'hygiène prouve selon elle le manque de préoccupations des Haïtiens envers leurs enfants. D'ailleurs, elle considère « *qu'en réalité, parfois les enfants sont mieux à la crèche que chez eux. J'ai l'impression qu'ils ne prennent pas soin de certains enfants encore. Même si comme je le dis aux autres, ça s'est un peu amélioré. Pour la partie affective, dans l'engagement, dans la responsabilité... disons qu'ils ont acquis un petit peu* »*.

²⁶⁵ Les recommandations en matière de lait maternel et lait en poudre est source de conflit entre le Cesfam Los Nogales et *Gota de Leche*. La responsable du programme *Chile Crece Contigo* reproche à *Gota de Leche* de distribuer du lait en poudre trop tôt, puis de donner du lait d'une marque différente à celle du Cesfam, qui se prépare différemment et donc, contribue à perdre les mères dans la préparation des biberons.

Problèmes de santé des adultes : maladies communes et nouvelle épidémiologie

Pour décrire la santé des Haïtiens adultes, les professionnels directement en contact avec eux signalent que leurs problèmes de santé sont sensiblement les mêmes que ceux des Chiliens, sauf peut-être pour les maladies cardiovasculaires, les problèmes liés à l'alcool et au tabac qui les touchent moins. Ils ont peut-être aussi un « *système immunitaire différent du nôtre* » note la responsable du service vaccination, qui raconte dans une anecdote qu'ils semblent moins s'infecter après des blessures ou des morsures.

En ce qui concerne les femmes enceintes, la sage-femme interrogée estime qu'il n'y a pas de différence avec la santé de ses autres patientes. La seule remarque qu'elle formule est au sujet d'un cas qu'elle dit exceptionnel, une femme enceinte pour qui le VIH-Sida a été détecté et qui refusait d'admettre qu'elle avait la maladie et de suivre le traitement recommandé. *A contrario*, le responsable santé et migration du SSMC estime, en se basant sur un diagnostic établi auprès des sages-femmes des Cefam dépendants du SSMC, que les femmes haïtiennes posent de nombreux problèmes. Elles se présentent tardivement aux contrôles car « *culturellement, la compréhension de la gestation en Haïti est très distincte de celle d'ici au Chili. En Haïti, culturellement, la gestation ne s'associe pas à des soins* »*. Elles ont également de multiples pathologies, comme de l'hypertension ou le VIH-Sida, sans compter qu'elles « *ont beaucoup d'enfants, très jeunes* »* ce qui entraîne de nombreux risques.

Le kinésologue interrogé, avant d'être en charge du programme des maladies respiratoires, était chargé de mener des petits entretiens avec l'ensemble des personnes sollicitant un rendez-vous médical afin de trier les personnes en fonction des besoins. Il explique qu'il n'a pas vu de différences particulières dans les raisons pour lesquelles les patients haïtiens demandaient à consulter. Cependant, dit-il, qui sait si par la suite les examens montrent qu'un rhume cache une tuberculose ? La personne chargée de l'accueil aux urgences signale également qu'en ce qui concerne les motifs des consultations, les causes ne différencient pas les Haïtiens des autres personnes consultant. L'infirmier en charge du SAPU estime quant à lui que les Haïtiens viennent au moindre problème de santé se faire soigner aux urgences, ce qui reflète encore une fois la non-conscience de la gravité des problèmes. Il affirme aussi qu'il y a beaucoup de violence physique sur les femmes. Il considère d'ailleurs que les femmes haïtiennes manquent cruellement d'hygiène, dans un discours qui colporte des clichés racistes et sexistes assez classiques : « *Elles ont peu d'hygiène. Elles n'utilisent pas de déodorants, d'anti-transpirants. Je ne sais pas si tu as remarqué ? Elle vient avec le mari. Quand on parle de machisme... lui, très bien, très formel, bien habillé et tout et là, tu regardes à côté et c'est totalement différent, comme des pôles opposés. On sent à l'odeur... si une personne vient en puant ou avec une odeur pas trop agréable... la différence est marquée lamentablement. Avec les cheveux longs, des poils sur le visage et sous les aisselles et sur les jambes aussi beaucoup de poils. Je ne sais pas si c'est une de leur coutume, aux femmes du moins* »*.

Une partie des professionnels a tendance à prendre des cas particuliers assez extraordinaires pour les généraliser et les considérer comme attributs propres au groupe. Ces exceptions permettent ainsi de souligner les différences avec les Chiliens. Plusieurs professionnels du Cefam remarquent la recrudescence de VIH-Sida, de tuberculose, de syphilis et d'autres maladies sexuellement transmissibles. En précisant leur propos, certains signalent quand même que le nombre de cas observés n'est pas élevé. Mais ils insistent en généralisant leur propos à l'ensemble des migrants. Pour les deux infirmiers, les migrants représentent un risque sanitaire. D'ailleurs, l'un me dispense de conseils pour ne pas attraper la tuberculose : « *Vous qui partagez beaucoup de temps avec eux, vous savez ça ? Une goutte ! Vous allez dans le bus et vous pouvez être contaminée ! Vous devez faire attention avec ça !* ». Les migrants sont désignés comme responsables de l'apparition d'une nouvelle épidémiologie à laquelle le pays n'est pas préparé, ni au niveau social ni au niveau du système de santé. Le

gouvernement est également identifié comme le responsable : il aurait dû être plus sélectif à l'entrée du pays, vérifier l'état de santé des migrants. Le système de santé n'est pas en mesure de faire face à ces nouvelles maladies, en termes de connaissances mais aussi en termes de moyens. Les étrangers occupent d'ailleurs tous les services, alors que le pays est déjà faiblement doté. Ces deux personnes reprennent une rhétorique assez classique à l'encontre des migrations qu'ils associent à des risques sanitaires et à l'accaparement des services de santé.

Le responsable de la Gestion des Usagers du SSMC note qu'*« il y a un obstacle que nous n'avons pas encore abordé au SSMC et qui a à voir avec une approche plus épidémiologique, liée à des maladies qui ne sont pas fréquentes, pour une question d'ethnie ou pour une question de culture ou de lieux d'où viennent les migrants. Et c'est de l'ordre des anecdotes. Un service de santé d'Iquique nous a raconté que des migrants d'une zone de Colombie qui se sont installés à Iquique ont une maladie particulière, parasitaire, et qu'ici ils ne savent pas reconnaître les symptômes, ni non plus comment la traiter. Il existe plusieurs maladies qui affectent des ethnies particulières comme la population noire par exemple, que nous ne connaissons pas car notre métissage est différent. Notre métissage a à voir plutôt avec un métissage de la population indienne et européenne, surtout espagnole et d'autres pays européens comme l'Allemagne, l'Italie. C'est au niveau des anecdotes, mais pour ça, nous ne sommes pas préparés en tant que réseau de santé »**. La répétition du mot « anecdote » souligne la volonté de minorer ses propos qui accréditent finalement une épidémiologie raciale.

Il semble se garder de vouloir parler de « races » bien que les mots « ethnie » ou « population » qu'il emploie sont utilisés comme des synonymes. Un pédiatre de l'hôpital San Borja, qui travaille également partiellement à Los Nogales, considère, lui aussi, que les migrants apportent une nouvelle épidémiologie. Mais pour lui, et il l'assume sans problème, celle-ci diffère à cause de la race à laquelle appartiennent les migrants. Il explique :

*« Pour le seul fait d'être d'une race différente, ça doit nous ouvrir l'esprit pour penser à d'autres possibilités. Depuis l'examen physique qui est différent. Ce que je peux trouver à l'examen physique, pour un patient de race blanche ou pour un patient de race noire, sera probablement différent. Et pour ça, nous devons nous préparer. Ce n'est pas pareil d'examiner quelqu'un de race blanche, ce à quoi nous sommes habitués, à quelqu'un de race noire. Par exemple, pour établir que quelqu'un a une cyanose, ce qui se voit par la couleur violette des lèvres ou des ongles à cause d'un manque d'oxygène : pour un patient blanc, nous sommes habitués. Mais pour un patient de race noire, la couleur est différente. Aussi, probablement on ne le verra pas violet, c'est plus subtil. Et ça, il faut l'investiguer, il faut apprendre et comme ils sont ici, il faut savoir les examiner. Dans les centres de santé où je vais, on a reçu au moins 4 ou 5 enfants de race noire, envoyés vers nous pour des macro verges. C'est-à-dire pour des grands pénis qui viennent en général d'un problème au niveau de la glande surrénale. L'autre caractéristique, c'est la pigmentation des testicules. Bon, dans le cas des noirs, les testicules sont plus noirs, plus pigmentés. Mais dans la race noire évidemment c'est normal. Ok ? La pigmentation c'est pour la couleur de la race et la taille du pénis probablement qu'elle est différente à celle de la race blanche. Elle est plus grande. On sait ça parce qu'il y a beaucoup d'articles »**.

Ce type de propos est particulièrement préoccupant en ce que celui qui les énonce est un des rares médecins à avoir publié des articles sur la santé des migrants, lesquels reprennent ces mêmes principes de différentiation de la population noire. Essed (2010, p. 132) signale que la fonction sociale d'une personne et le pouvoir dont elle dispose donnent plus ou moins de force à ces propos dans la production et la reproduction du racisme. Le fait également que des responsables du SSMC, et notamment celui chargé de mettre en place des dispositifs pour améliorer l'accès aux soins des migrants, tiennent des discours culturalistes et racistes sous couvert de bonnes intentions et avec le poids de leur autorité médicale et sans doute morale, peut contribuer à la diffusion et au renforcement des perceptions racistes alors qu'ils ont la responsabilité de diminuer leurs effets.

Difficultés liées à la prise en charge des Haïtiens

Des professionnels reconnaissent aux Haïtiens d'être souriants et « *un peu plus soumis. Il n'y a pas de problème à ce niveau-là, à la différence des Péruviens qui sont très effrontés. Eux, ils veulent que tu leur donnes tout immédiatement. Ils sont forts pour se plaindre, pour lever la voix et lamentablement on ne peut rien leur dire à eux parce que tout de suite ils disent qu'on les discrimine et ils nous crient dessus* »*, comme le souligne un personnel administratif. Les Haïtiens apparaissent à l'opposé, beaucoup plus respectueux des règles du centre. Pourtant, tout de suite, aux compliments succède une litanie de problèmes que les professionnels rencontrent dans la prise en charge des patients haïtiens. Et ces problèmes renvoient généralement à une différence inaliénable, dont la langue, barrière infranchissable, en est une preuve et les comportements « culturels » des Haïtiens en sont une autre.

La première difficulté citée par tous les membres du personnel est la question de la langue. Beaucoup d'Haïtiens ne maîtrisent pas l'espagnol et les problèmes de compréhension sont très mal vécus par l'ensemble du personnel. Réaliser leur travail devient problématique lorsque la communication avec les patients est si compliquée, voire impossible. Comment éduquer une personne sans parler ? Comment faire comprendre les risques encourus par un enfant très malade ? Ces difficultés les rendent nerveux, angoissés et les fatiguent. Plusieurs s'estiment insatisfaits de ne pas pouvoir remplir leur rôle correctement et de voir que leur responsabilité est engagée alors qu'ils ne disposent pas de moyens suffisants pour effectuer correctement leur travail. La plupart des professionnels notent cependant une amélioration, avec le temps, du côté de la barrière de la langue, grâce à la traduction obtenue des Haïtiens eux-mêmes. Ils gardent cependant tous de grandes attentes du dispositif de traduction *via* Skype que le SSMC est en train de mettre en place²⁶⁶. Ils estiment que leurs autorités devraient leur donner les outils pour gérer cette population difficile à comprendre.

Par ailleurs, ils considèrent presque tous que leur travail ainsi que la prise en charge des Haïtiens sont entravés par le manque d'éducation des Haïtiens et leurs comportements culturels. Pour certains, les difficultés viennent du manque de connaissances des Haïtiens sur la médecine, du fait qu'ils ne sont habitués ni aux centres de santé, ni à prendre soin d'eux. Ils « *viennent à une réalité distincte* »* dit une infirmière. Mais surtout précisent les professionnels, ils ne font pas les vaccins correctement et ne suivent pas bien ou pas du tout les traitements administrés ; ils se plaignent beaucoup des douleurs²⁶⁷ et ne supportent pas les piqûres ; ils n'assistent pas à tous les rendez-vous. Inconscients des risques et de l'importance de la santé, ils sont irresponsables et rendent impossible toute bonne prise en charge. Il est donc nécessaire de les éduquer (ce qui ne semble pas être considéré comme impossible, malgré la vision très arrêtée sur la culture de ces « autres »).

De telles considérations ont l'avantage de ne pas avoir à se remettre en question et de rendre les autres responsables des problèmes d'accès aux soins. Aussi, une des premières réactions est de désigner comme coupables les parents et plus précisément les mères. L'histoire de Stevenson est en cela remarquable : après avoir passé plusieurs mois à attendre pour pouvoir accéder aux soins que son fragile état de santé requérait, il a fallu que des réseaux soient activés alors que l'enfant frôlait la mort pour atteindre des personnes

²⁶⁶ Dispositif qui repose sur le volontariat de personnes parlant différentes langues : les volontaires doivent être joignables par Skype à certains horaires pour les professionnels qui ont besoin de traduction lors des rendez-vous médicaux. Début 2015, les volontaires avaient reçu une formation, mais le système connaissait des difficultés technologiques sur lesquelles le SSMC était en train de travailler.

²⁶⁷ Je parlais un jour avec une amie chilienne dont le compagnon était interne en médecine. Elle m'expliquait que d'après ce qu'elle entendait auprès de son ami et ses collègues, les médecins se moquaient des patients chiliens qui ne supportaient pas la douleur. Le jeu était alors de dire « *masisi* » (insulte créole réservée aux homosexuels) à tous ceux qui se plaignaient de douleurs.

très haut placées et obtenir enfin la possibilité pour l'enfant de consulter un cardiologue. À partir de ce moment-là, l'histoire a été complètement réécrite par les professionnels de santé qui désormais culpabilisent la mère en lui attribuant l'unique responsabilité de l'état de santé de son fils : absente à certains rendez-vous (alors que l'enfant en avait plusieurs par semaine voire par jour, il est arrivé qu'elle ne se présente pas à ceux qu'elle estimait les moins importants), inconsciente de la gravité de l'état de santé de son fils, avec des pratiques indignes d'une mère, sous-entendu d'une « bonne mère ». Maintenant que des hautes autorités étaient sensibles à la situation de l'enfant, la mère portait toute la responsabilité de la mauvaise prise en charge de l'enfant²⁶⁸.

De nombreuses autres situations reflètent ces considérations et produisent une violence symbolique importante qui affectent l'expérience des personnes et probablement leurs considérations d'elles-mêmes. Ainsi par exemple, j'assistais à un double atelier mené par la responsable de la salle de stimulation et par un kinésologue au Cesfam de Los Nogales. Un atelier « *Bienvenu à la maison* » accompagné d'une formation sur les maladies respiratoires. Il y était question de la nécessaire stimulation des enfants. On indiqua aux mères présentes comment favoriser le développement moteur des enfants, en leur expliquant qu'elles sont les principales actrices du développement du bébé. À partir de trois mois, les enfants doivent être mis sur le ventre sur une surface dure, il faut leur présenter des jouets. Les professionnels insistent sur le fait que la surface doit être dure, un lit ne convient pas car l'enfant s'y enfoncerait. Il faut utiliser des tapis de gomme disent-ils, les mettre au sol et laisser jouer les enfants dessus. J'imaginai alors la maison des deux femmes que j'accompagnais. L'espace est si petit qu'il ne reste pas la place de mettre un tapis sur le sol pour l'enfant. L'état du sol, les petites bêtes qui s'y promènent ne poussent pas non plus à entreprendre cette démarche. Plus tard, les explications sont consacrées aux maladies respiratoires. On explique alors que si l'enfant a plus de 38 degrés pendant plus d'une heure, il faut aller voir le docteur. « *Et pas question de me dire « j'ai senti qu'il avait de la fièvre » sans prendre la température ! Parce que beaucoup viennent en disant que l'enfant a de la fièvre et quand je demande combien il a, ah ! elles n'ont pas pris la température* ». Alors que je sentais la colère monter en moi face à ce que je ressentais comme une violence, qui culpabilise les mères, les infantilise et ne prend pas du tout en considération leurs conditions de vie et leurs moyens, les mères qui m'accompagnaient, elles, sont allées demander plus d'explications sur le lieu où elles pouvaient en acquérir. Quelques jours plus tard, une des deux mères me signala, inquiète, qu'elle ne parvenait pas à trouver ces tapis de gomme.

L'infantilisation des parents apparaît régulièrement. La directrice de la crèche raconte comment elle s'assure que les parents ont bien compris les consignes : « *Ils rient ! Ils rient de ce qu'on leur dit. Ils rient tout le temps. Je dis qu'on n'est pas en train de raconter une blague ! Je dis, ok ! Ok ! Ça va ! Mais est-ce que vous avez compris ? Et la tía²⁶⁹ lui demande : « Et alors, à quelle heure il faut venir demain ? » ou « Qu'est ce que vous devez emmener demain ? » et quand on dit quelque chose, elle leur demande « C'est compris ? ». Oui ! Oui ! Comme si elles avaient compris. Les tías leur font répéter pour voir si réellement elles ont compris. Oui ? Allons, qu'est ce que vous avez compris ? »*.*

Un deuxième comportement est observé face à ces difficultés. Les professionnels estiment que le système de santé n'est pas prêt pour accueillir des populations si différentes et

²⁶⁸ Dans plusieurs entretiens, les professionnels citent les cas extrêmes qu'ils ont rencontrés avec les Haïtiens. Stevenson est presque toujours cité. Il est intéressant de voir la reconstruction a posteriori de l'histoire, par des professionnels qui n'ont pas été engagé dans la gestion de l'histoire. Par exemple, voici le récit fait par une assistante sociale du Cesfam : « *Nous avons vu le cas de cet enfant qui avait un problème de cœur et un problème de dénutrition. La dernière fois que je l'ai vu c'est dans une consultation de neurologie. La docteure a dit qu'elle allait l'hospitaliser parce que les parents... il n'y avait pas moyen d'améliorer... en fait l'enfant était toujours en situation de risque mais plus que tout à cause de la conduite des parents. C'est la voisine qui emmenait l'enfant, la mère ne venait pas avec lui, il venait toujours avec quelqu'un d'autre. Parfois le père apparaissait mais il ne comprenait pas grand chose. Et la maman ne comprenait pas la maladie de son fils et aucun changement ne se produisait. Donc la neurologue a décidé d'interner l'enfant, parce que les parents n'arrivaient pas à faire les soins nécessaires à la maison. Il était très en risque avec ses propres parents* »*.

²⁶⁹ Tía, qui serait l'équivalent de tata en français et le terme avec lequel enfants et parents parlent des instituteurs au Chili.

réclament des autorités qu'elles leurs donnent les moyens de les prendre en charge. Non seulement pour la question de la langue, mais aussi pour les former sur la culture des patients. Pour certains professionnels, ces formations leur permettraient de mieux prendre en compte la manière de penser et d'agir des patients dans le but d'être plus respectueux à leur égard. Le directeur du Cesfam considère en ce sens que : « *Nous avons demandé une série de formations pour mieux connaître la population haïtienne, parce qu'on a en face de nous un être humain et on suppose que sa conception de la santé, sa manière de vivre son corps, sa sexualité, se fait selon les mêmes codes que dans ce pays. Mais nous méconnaissons toute la richesse culturelle que les Haïtiens peuvent avoir sur la manière dont ils conçoivent la santé. Nous assumons que ce modèle médical est celui dont ils ont besoin, que le traitement pour madame Juana Oyarzún est le même que pour Monique. Mais je crois que c'est un manque de respect, de considération et de connaissance de la diversité des regards que la population haïtienne doit avoir autour de sa santé. C'est un monde qu'on ignore, dont on n'a pas idée. Je crois que nous devons réveiller cette sensibilité dans la clinique et même peut-être nous rendre compte que certaines réactions et comportements ont à voir avec une cosmovision que nous n'avons pas. Nous sommes différents, nous avons des cultures différentes* »*. Pour d'autres, il s'agit plutôt de comprendre comment ces étrangers agissent et pourquoi, pour mieux pouvoir les éduquer et leur administrer des soins. L'objectif est de parvenir à les transformer en des patients respectueux des normes médicales, agissant envers leur santé selon les savoirs de la biomédecine. Tout comme l'anthropologie de la santé a été utilisée par la médecine dans ses débuts, la logique est de comprendre la « culture » de ces patients pour les amener à répondre aux attentes de la médecine. La personne responsable de mettre en place des dispositifs pour faciliter l'accès aux soins des migrants dans le SSMC adopte plutôt cette vision. Fort de son expérience dans l'humanitaire en Haïti qui lui permet de se positionner en expert de la population haïtienne, il prépare des cours de langue et de culture haïtienne pour les sages-femmes, qui ont « *les services les plus complexes et qui sollicitent des guides de prise en charge... parce qu'aussi, la culture haïtienne n'a pas la culture de planification familiale* »* ; sans compter que les Haïtiens ne savent pas utiliser le matériel pour prendre soin des enfants parce qu'en « *Haïti, le bébé naît et on le met par terre, à quatre pattes. Donc, non, il n'y a pas d'attention portée aux enfants* »*. Aussi, à travers des formations qu'il met en place « *plus que de générer des habilités linguistiques aux personnes, on les habilite culturellement pour la compréhension phénoménologique des Haïtiens* »*.

D'autres personnes, moins nombreuses, considèrent, elles aussi, que le système n'est pas prêt pour recevoir des populations comme les Haïtiens, mais dans le sens où le système de soin créé des barrières dans l'accès aux soins de ces personnes. Le kinésithérapeute du Cesfam est conscient par exemple de la violence que peut prendre la prise en charge d'un patient :

« *Une fois, j'ai dit à une mamita²⁷⁰ ... je demande toujours aux parents d'utiliser l'inhalateur ici sur les enfants pour voir comment ils le font. Toujours, je le fais toujours. Et cette mère l'a fait, mais sa technique était très très mauvaise. Je lui ai alors demandé : « Mamita, personne ne vous a enseigné à l'utiliser ? », elle m'a dit : « Si, j'ai demandé une fois ! », à quelqu'un du service. Et cette personne lui a dit : « Mais comment ça vous ne savez pas utiliser l'inhalateur, ce n'est pas la première fois qu'il est malade » ! Elle a eu un mauvais accueil. Et elle m'a dit que la personne a commenté en plus que « les Haïtiens ne savent jamais rien ». Et cette femme m'a raconté ça, à moi. Et là, bien sûr, tu te rends compte que les personnes te demandent des choses en ayant peur, parce qu'ils ne savent pas comment va leur répondre la personne qui sait. Ou moi-même. Comment on en arrive à donner cette insécurité ? D'une certaine manière, ce sont nous les Chiliens qui contribuons à cet apprentissage partiel, en maintenant cette population, et je le dis entre guillemet parce que c'est un terme qui s'utilise dans le monde globalisé, « sous-développé ». Je ne crois pas que ce soit une population sous-développée, mais nous sous-développons les populations »*.*

²⁷⁰ Dans tous les centres de santé où je suis allée, les professionnels s'adressent aux mères en leur disant « *mamita* », diminutif soi-disant affectueux de « *maman* ». Ce terme m'a toujours paru infantilisant et renforçant les relations de pouvoir entre thérapeutes et patients.

Le système doit donc s'adapter et savoir ne pas créer de barrière dans l'accès au soin. Il considère également, à l'instar de la pédiatre de *Gota de Leche*, qu'il faudrait être en mesure de prendre en compte tous les facteurs qui jouent sur l'état de santé et sur l'accès aux soins de ces populations, notamment les conditions socio-économiques. Pourtant, les deux thérapeutes soulignent qu'il est difficile à la fois d'identifier les facteurs en jeu et d'agir sur ceux-ci depuis le centre de santé. Pour le kinésithérapeute, des formations devraient être données pour signaler l'importance de prendre le temps d'expliquer des traitements, pour mettre en lumière le sentiment de rejet, la peur que certaines conduites peuvent provoquer, poussant certains à abandonner la recherche de soin. Il considère également que la prise en charge des migrants en général doit être « *différentielle dans un premier temps, puis intégrative. Différentielle et intégrative, après un certain temps on ne peut plus faire de différence, il ne peut plus y avoir de différence. Si il y a toujours des différences, c'est notre problème à nous* »*. Suivant cette prise en considération de barrières créées par le système, quelques initiatives locales sont mises en place, comme par exemple un travail en réseau entre différents acteurs, comprenant le Cesfam, *Gota de Leche*, les crèches et les écoles. Des ateliers pour les parents sont proposés par les professionnels du Cesfam au sein des écoles, considérant que cet espace est plus accessible et moins marqué négativement pour les parents.

Dans différentes situations auxquelles j'ai assisté, j'ai ressenti l'expression d'un traitement différentiel pour les Haïtiens qui témoignait des idéologies raciste, sexiste ou classiste qui selon moi les sous-tendaient. Philomena Essed (2010) qui s'est intéressée au racisme quotidien, explique que la nature et l'intentionnalité des actes et des paroles racistes ne sont pas importantes pour déterminer si ces derniers sont racistes ou non, en ce que cette idéologie n'a pas besoin d'être consciente pour se matérialiser. Selon elle, c'est le contexte dans lequel ont lieu ces actes et ces discours qui les rend racistes et les fait participer d'un processus plus large (2010, p. 140). Les opinions personnelles n'apparaissent pas pertinentes en soi, mais en ce qu'elles sont le reflet de représentations plus générales. C'est la multiplicité des manifestations racistes pensées dans leur totalité qui leur donne un sens. Au travers d'une multitude de pratiques et de représentations qui se normalisent, les idéologies racistes se matérialisent et créent des différences structurelles. Les personnes qui sont affectées par ces pratiques racistes quotidiennes ne sont pas toujours conscientes des effets de celles-ci. Leurs expériences personnelles, leurs connaissances sur le racisme et ses mécanismes, le partage des expériences des autres peuvent conduire ou pas à une lecture de leurs expériences en termes de racisme.

Dans le cadre des centres de santé, ce ne sont pas toujours des Haïtiens qui ont relevé qu'ils avaient vécu une expérience de discrimination ou un traitement différentiel. J'ai moi-même relevé un certain nombre de situations que j'ai ressenti comme telles et dont l'interprétation peut être questionnée, quoique, lorsque ces situations sont replacées dans le contexte local du centre de santé et dans le contexte de la société chilienne, un tel éclairage prend sens. La violence que j'ai ressentie en les observant provient d'un ensemble de mécanismes qui dépassent les mécanismes racistes ou s'y articulent. La « culture professionnelle » peut être en jeu, la manière de concevoir le rôle du soignant et le rapport avec les patients, les informations dévoilées aux malades, ces éléments nourrissent fortement les situations qui vont être décrites ci-dessous.

Au sein des espaces médicaux, la mise en altérité peut être construite par les professionnels, mais aussi par les autres patients. Les salles d'attente, les queues devant les bureaux administratifs sont autant de lieux de rencontres et d'interactions guidées par les représentations des uns sur les autres. La présence d'un bébé avec une personne haïtienne conduit presque systématiquement à des interactions entre Chiliens et Haïtiens. Les mères se voyaient fréquemment retirées leurs enfants des bras, bien souvent, sans que l'autorisation ne soit demandée. Les cheveux des enfants étaient touchés, les joues tripotées

et les exclamations allaient bon train : « *qu'est-ce qu'ils sont beaux ces bébés* », « *j'adore ce genre de bébé* », « *avec mon conjoint nous avons toujours voulu adopter un bébé comme ça* ». Un jour que nous patientions dans une salle d'attente, une mère chilienne et sa fille d'environ 7 ans se sont présentées devant Rosénie (n°30), sa fille et moi. La dame, en caressant le visage du bébé dit qu'elle voulait une fille aussi jolie que ça ! « *Je te l'échange contre ma fille* » dit-elle, sa fille juste à côté. Un autre jour que nous avons attendu pendant de longues heures dans une salle d'attente avec Augustine (n°10) et Stevenson, plusieurs personnes se sont approchées de l'enfant pour faire des commentaires et jouer avec lui, alors que personne ne s'intéressait aux autres enfants présents. Une dame âgée, assise pourtant plusieurs rangs derrière nous se déplaça pour lui donner un gâteau. Ces situations ne sont pas en soit dévalorisantes, mais elles marquent les différences. La plupart des mères ne s'en plaignent pas²⁷¹.

Des professionnels de santé ont également des comportements qui m'ont semblé déplacés, montrant le peu de considération et de respect pour les patients, et peut-être ici pour les patients « haïtiens ». Dans un service de l'hôpital San Borja, après avoir vu tous les patients chiliens être pris en consultation, il ne restait dans la salle d'attente que trois adultes haïtiens, leurs enfants et moi-même. Un des jeux proposés pour occuper les enfants était d'ailleurs une boîte de lait Nestlé vide qui présentait « *une carte des races* » et proposait d'« *apprendre en se divertissant avec cette carte des races* ». Alors que nous attendions, la secrétaire, au téléphone avec quelqu'un qui lui semblait proche dit en rigolant : « *C'est que maintenant je suis sensée parler toutes les langues ! Et ce n'est même pas du français, c'est un truc encore plus compliqué* ». Elle est rejointe par l'interne en médecine venu appelé un des enfants nommé Gabens. Il dit à la secrétaire en rigolant, mais assez fort pour que nous l'entendions : « *Gabens, Gabens... ça sonne comme garbenzos*²⁷² ! ».

D'autres situations que j'ai observées m'ont paru tout à fait inappropriées et violentes. Une personne que je connaissais bien était hospitalisée à San Borja. Elle avait eu, autant que je sache, une méningite et avait failli en mourir. Je lui rendais visite et alors que nous discutons, le médecin qui était en train de parler à un autre patient est venu vers nous. Il commença par me poser des questions à moi, me donnant l'impression qu'il était venu davantage pour me voir que pour parler à son patient²⁷³. Puis il s'inquiéta du malade, écouta poumons et cœur, regarda sa pression et demanda comment il mangeait. Il dit alors : « *Je ne sais pas si vous avez écouté quand on parlait de vous plus tôt avec l'infectiologue, mais il voudrait commencer le traitement antirétroviral la semaine prochaine. Ça ira ?* ». Sans plus, le médecin partit en nous saluant. Je trouvai son attitude parfaitement déplacée en ce qu'il m'avait appris par son commentaire que la personne que je visitais avait le VIH-Sida, alors que je n'avais pas été informée par lui et qu'il aurait pu trouver un temps hors de ma présence pour parler de ce sujet médical rendu délicat par les tabous qui l'entourent. Cela d'autant plus que je comprenais qu'il était venu plus tôt parler de son cas avec un autre médecin et qu'il n'en avait pas alors informé le patient. De plus, le malade me dit finalement qu'il n'avait pas compris ce qu'avait dit le médecin, ce qui m'obligea à lui répéter les propos.

²⁷¹ Un jour nous nous promenions dans le centre de Santiago avec Nathalie (n°3), son frère et son fils récemment arrivé, tous les piétons ou presque portaient attention à l'enfant de 5 ans. Ils le regardaient, lui souriaient, lui tapotaient la tête. L'enfant s'est mis à faire un signe de la main à tous les gens qui le regardait leur disant « *chao* » (puis « *bola* » quand sa mère lui expliqua comment dire bonjour en espagnol), soit presque en continu. Dans le bus qui nous ramena à los Nogales, un monsieur commença à jouer avec lui en l'embêtant en lui touchant les doigts. L'enfant, fatigué de ces jeux, finit par dire à l'homme : « *je vais te manger les doigts* ». Si les intentions des passants et de l'homme étaient à l'origine sympathiques et bienveillantes, leurs regards et leurs gestes marquent l'expérience de celui-ci et lui font comprendre, qu'il n'est pas comme les autres.

²⁷² Pois-chiche en espagnol.

²⁷³ Cette interprétation naît de ma propre expérience au Chili de l'altérité conférée à ma nationalité et à mon « air » français.

Enfin, en deux occasions des Haïtiennes me firent part de leur sentiment d'avoir été fortement discriminées. La première est Augustine (n°10), dans une scène racontée dans l'intermède. Elle a eu le sentiment d'un traitement différencié injuste et de maltraitance envers son fils de la part des médecins. S'il me semble effectivement avoir été en partie causé par un regard dégoûté envers la mère visiblement considérée sale par le personnel soignant, ce sentiment d'injustice et de maltraitance était avant tout causé par la non-information de la mère au sujet des maladies que portait son fils et du traitement administré par conséquent. Il est fortement probable que la souffrance exprimée par la mère est née également d'une accumulation de petites violences répétées de la part de différents professionnels qui la culpabilisaient et ne prenaient pas le temps de lui expliquer les choses.

L'autre situation a eu lieu dans une clinique privée dans laquelle Léocadie (n°17) avait décidé de se payer une petite opération. Alors qu'elle parle très bien espagnol, Léocadie m'avait demandé de l'accompagner le jour de l'opération. Elle craignait des problèmes avec le Docteur « Fuckman » comme elle le surnomma sympathiquement. Elle n'avait pas du tout confiance en lui suite au comportement qu'il avait eu lors de la première consultation. Elle raconte que lorsqu'elle avait demandé au médecin combien couterait l'opération, il lui a répondu que c'était trop cher pour elle. Sans se laisser faire, elle lui rétorqua que cela ne le concernait pas, qu'elle voulait juste savoir le prix. Il aurait alors pris un papier sur lequel il avait indiqué le nom d'une clinique où elle pouvait faire l'opération moins cher. Comme elle insistait, il a fini par s'énerver et l'a envoyée vers la secrétaire pour connaître le prix en lui disant de revenir ensuite le voir. Ce qu'elle a fait. Mais à son retour, elle apprit que le docteur était parti. Elle obtint finalement un rendez-vous auquel je l'accompagnais. Elle m'expliqua qu'elle n'avait pas voulu changer d'endroit malgré ses appréhensions, car comme elle avait déjà payé 50 000 pesos la première consultation, aller ailleurs lui reviendrait finalement plus cher. On ne me laissa pas entrer avec elle pendant l'opération. Elle sortit 20 minutes plus tard très énervée. Elle raconta alors que l'anesthésie avait été mal faite et qu'elle avait presque tout senti. Elle se rend ensuite à l'administration pour demander la facture. Puis elle signale à la dame que le médecin est parti sans un mot et sans lui faire une ordonnance pour des analgésiques contre la douleur. La personne essaye d'appeler le médecin et nous dit qu'il est parti. Je me permets alors d'intervenir en disant que ça me semble le minimum qu'un médecin prescrive des médicaments suite à une opération. La dame se déplacera alors et revint quelques minutes plus tard en nous indiquant que nous le trouverons à l'étage numéro 9. Nous le trouvons dans le couloir et il donne à Léocadie (n°17) une ordonnance. Il lui dit alors en coupant chaque mot et en parlant fort « *Ça. Se. Met. Sous. La. Langue ! Sous la langue* ». Il me regarde alors et me dit « *Tu comprends l'espagnol toi ?* », je lui réponds que Léocadie le comprend très bien. « *Plus ou moins* » me répond-il et il part.

Ce ne sont là qu'une partie des situations que j'ai identifiées comme discriminantes au long de mes observations. S'ajoutent à celles-ci les médecins qui ne prennent pas le temps d'expliquer le type de médicaments qu'ils leur administrent ni leurs effets secondaires ; les professionnels qui font des leçons de morale aux mères remplies de clichés ; les refus d'accès aux urgences car le problème n'est pas considéré par la personne à l'accueil assez grave ; ou encore la demande de payer 16 000 pesos pour voir un médecin aux urgences pour une femme qui n'avait pas de titre de séjour et ce, alors qu'elle même, en connaissance de cause, défendait son droit à une consultation gratuite dans le dispositif d'urgence.

Les représentations et les situations rapportées ne doivent pas être pensées et évaluées séparément dans un classement de pratiques racistes ou non racistes. Bien sûr certains comportements et perceptions ne correspondent pas à l'idéologie raciste et travaillent même parfois à la déconstruire. Bien sûr, certains gestes et discours ne sont pas intentionnellement racistes, ou peuvent n'affecter personne. Mais les propos tenus et les

situations observées doivent être pensées dans leur ensemble, dans le cadre d'un centre de soin médical et dans le contexte de la société chilienne contemporaine. Considérées ainsi, les représentations et les pratiques des professionnels de santé sur les Haïtiens dans le cadre où elles ont été observées, participent à produire et à reproduire les processus d'altérisation de cette population. Différents, les Haïtiens le sont sans aucun doute ; leur race, leur langue, mais aussi leur culture en sont les preuves. On retrouve dans les discours des professionnels les représentations diffusées au sein de la société chilienne sur les migrants et plus particulièrement sur les Haïtiens. La plupart des personnes se veulent bienveillantes et n'expriment pas volontairement de propos péjoratifs ou ne commettent pas de gestes ouvertement dénigrants. Mais leurs discours et leurs pratiques quotidiennes révèlent des mécanismes qui favorisent la différenciation du groupe, selon des logiques racistes ou culturalistes. La situation de pouvoir que leur confère leur position de professionnels de santé renforce la légitimité de la catégorie qu'ils construisent et au travers de laquelle ils agissent envers les Haïtiens. De nombreuses affirmations sur les Haïtiens reflètent une tendance à attribuer à l'ensemble du groupe des traits de caractère et des comportements qui leurs seraient propres et naturels et qui seraient les principaux responsables de la difficile prise en charge des Haïtiens au sein du système de santé. Les pratiques des professionnels de santé envers les Haïtiens découlent de ces considérations. Les agissements des Haïtiens sont interprétés pour la majorité au travers des filtres culturalistes et racistes, mais également sexistes. Si une mère ne se présente pas à un rendez-vous médical, c'est qu'elle est inconsciente de la gravité de l'état de santé de son enfant, comme le sont tous les Haïtiens. Il n'est pas pris en considération qu'elle puisse être débordée par le nombre de rendez-vous ou que justement ce professionnel était absent aux deux derniers rendez-vous ou encore qu'elle soit dans la nécessité de travailler pour envoyer de l'argent à un membre de la famille en difficulté, alors que son mari, qui lui travaille, ne lui donne pas accès à l'argent de son salaire. Si une femme est enceinte, ce n'est pas parce qu'elle en a le droit, l'envie ou qu'elle n'a pas eu accès à une méthode de contraception, c'est avant tout pour obtenir des papiers ou parce qu'elle ne connaît pas les moyens de contraception. Les explications culturalistes et racistes libèrent d'avoir à prendre en considération les facteurs sociaux, politiques, économiques en jeu dans l'état de santé, les pratiques de soin et l'accès aux soins des Haïtiens. Ils permettent de ne pas se remettre en question. La normalisation de certains discours sur les Haïtiens (et sur d'autres migrants) reflète justement comment l'idéologie raciste est présente, imprègne les esprits et forme les relations.

S'il semble plus avantageux d'être Haïtien que Colombien ou Péruvien pour se sentir légitime d'accéder à des soins, les discours bienveillants sur les Haïtiens masquent malgré tout des mécanismes d'altérisation, de diminution et de violence sur ce groupe, que les Haïtiens expérimentent au quotidien. À part quelques exceptions autour de situations précises, la plupart des Haïtiens avec qui j'ai parlé du système de santé chilien n'expriment pas le sentiment d'être discriminés, ou d'être mal pris en charge par le système de soin. Pourtant la situation suivante décrit à quel point ils doivent expérimenter au quotidien les considérations sur leur différence. Un samedi, le médecin du SAPU de Los Nogales a estimé que la fille de Rosénie (n°30) avait besoin d'être observée par un spécialiste en gastroentérologie de l'hôpital San Borja. Bien qu'il n'y ait pas d'urgence vitale, il a proposé de nous y envoyer avec la seule ambulance du centre de santé après avoir vérifié auprès de Rosénie qu'elle n'avait pas sur elle suffisamment d'argent pour payer un taxi jusque là-bas. Nous sommes donc entrés dans l'ambulance, Rosénie, Rose-Myrtha, sa fille malade de quelques mois, Éden son fils de 5 ans et moi-même. Au début du trajet, Éden était tout excité de monter dans une ambulance et a commencé à raconter dans les moindres détails les blessures qu'il s'était faites jusqu'à présent. Il s'arrêta soudain remarquant que la sirène de l'ambulance ne sonnait pas. Après un temps de silence, il demanda si la sirène n'était mise en route que lorsque des enfants blancs étaient emmenés à l'hôpital. À cinq ans, il

avait déjà conscience que la couleur de peau était un critère pour recevoir un traitement différent et défavorable.

9.4. Conclusion du chapitre

La législation chilienne et les politiques publiques favorisent - et ce, de manière encore plus évidente depuis 2015 - l'accès aux soins des migrants, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière. Des mesures sont prises à différentes échelles du système de soin pour faciliter cet accès et pour dépasser les barrières d'ordre administratif qui peuvent poser problème aux migrants. Cette volonté politique se retrouve à échelle locale où les cas de refus de prise en charge semblent moins nombreux qu'il y a quelques années.

Cependant, différentes barrières se présentent encore qui entravent cet accès aux soins des migrants. Manque d'informations sur les droits ou sur le fonctionnement du système, problèmes de communication, règles formelles et informelles du système, barrières administratives persistantes ; auxquelles s'ajoutent pour les Haïtiens des difficultés linguistiques importantes. Par ailleurs, les perceptions sur les Haïtiens et leur santé peuvent conduire à la construction et reproduction de mécanismes de différenciation qui poussent à un traitement social particulier qui peut affecter l'accès aux soins mais aussi l'expérience qu'en ont les personnes. Si leur légitimité à avoir accès à des soins n'est guère remise en question par les professionnels qui les reçoivent, ils sont cependant généralement considérés responsables des problèmes de santé qui affectent les enfants et des difficultés dans leur prise en charge médicale. Ces considérations, conjuguées aux différentes barrières pratiques du système, produisent des situations d'exclusion ou de mauvais traitement.

Si en Haïti, le système biomédical est une des formes de soin que la population peut mobiliser en cas d'épisode de maladie, il ne semble pas, d'après les récits des personnes interrogées, y occuper une position hégémonique. Autrement dit, ses savoirs n'y sont pas la référence principale pour penser les maladies et les affronter. Les personnes interrogées racontent, lorsqu'elles parlent de leurs expériences dans leur pays d'origine, avoir eu recours aux médecins, aux centres de santé et aux hôpitaux en Haïti. Mais, à moins de maladies graves, de maladies identifiées comme propres à être traitées par l'hôpital (comme par exemple une éclampsie), c'est d'abord la médecine créole qui est mobilisée, ainsi que les thérapeutes qui exercent en empruntant à la médecine créole et à la biomédecine (les docteurs-feuilles selon Vonarx (2012)). Quand ceux-ci ne parviennent pas à soulager ou à guérir les symptômes, les malades et leurs familles peuvent décider de consulter la biomédecine, les praticiens vodou, et/ou encore d'aller à l'Église. Quoiqu'il en soit, le problème d'accès à la biomédecine en Haïti et le recours à cette forme de soin par les Haïtiens, reflètent pour reprendre Vonarx, un processus de biomédicalisation imparfait dans le pays. Et en cela, une explication peut être trouvée aux considérations du personnel de santé sur « le manque de responsabilité », « le manque d'éducation des Haïtiens » : les savoirs biomédicaux n'étant pas placés en référence unique ou première, leurs comportements ne correspondent pas toujours aux attentes des professionnels, dans un pays où la biomédecine occupe une place hégémonique. L'auto-soin est particulièrement nécessaire à la biomédecine qui a besoin que ses savoirs soient repris dans l'espace domestique afin d'être le plus efficace. Or, comme il sera question dans le chapitre 11, cette population a recours, pour penser et gérer ses maladies, à des savoirs issus des différentes formes de soin, dont certains ne s'ajustent pas à la forme biomédicale.

Malgré cela, les politiques publiques de santé chiliennes exercent un véritable contrôle des corps considérés les plus à risque : ceux des femmes enceintes et des nouveau-nés. Des programmes de santé pour ces populations particulières sont mis en place, dans lesquels les Haïtiennes et enfants d'Haïtiens sont systématiquement inscrits. Les personnes interrogées accueillent avec satisfaction ces contrôles et s'y plient sans difficulté. Elles reconnaissent

leur qualité lorsqu'elles les comparent avec ce qu'elles ont connu en Haïti. La biomédecine exerce, comme nous le verrons dans les deux chapitres suivants, un véritable contrôle sur ces corps et parvient à se positionner, en ce qui concerne la prise en charge de la santé de ces deux catégories de population, comme la référence principale. Les adultes par contre, qui ont un accès plus limité à la biomédecine en raison de leur travail, de la méconnaissance de leurs droits et du fonctionnement du centre de santé, maintiennent dans la prise en charge de leurs maladies un recours à d'autres savoirs que les biomédicaux.

Les autres formes de soin que les Haïtiens mobilisent ou qui leur servent de références ne semblent pas être considérées par les professionnels de santé. Une seule assistante sociale a mentionné l'importance de l'Église pour la solidarité qu'elle créait au sein de la communauté. Mais celle-ci n'est pas signalée comme responsable de prendre en charge des maux. Le vodou et la médecine créole semblent également ignorés de la part des professionnels de santé.

Chapitre 10. VODOU, MEDECINE CREOLE ET ÉGLISE EVANGELIQUE

Ce chapitre s'arrête sur différentes formes de soin, autres que la biomédecine, qui interviennent dans les processus de soin des Haïtiens à Los Nogales et qu'ils mobilisent pour construire leurs savoirs de santé face à un épisode de maladie. En Haïti, les parcours de soins se construisent dans un contexte de pluralisme médical et religieux (Brodwin, 1996; Tremblay, 1995; Vonarx, 2012) : biomédecine, médecine créole, vodou et églises offrent leurs services pour prendre en charge les maladies. Dans le contexte de migration récente au Chili, l'accès qu'ont les Haïtiens à ces formes de soin, leurs relations avec elles, mais également les relations entre ces formes de soin, se redéfinissent, marquant ainsi la construction de leurs parcours de soin. Il est question ici de définir les savoirs mobilisés et construits par ces différentes formes de soin pour penser et agir face aux maladies et aux souffrances, puis d'observer l'accès qu'en ont les Haïtiens résidant à Los Nogales, le recours qu'ils en font et les représentations qu'ils ont de ces formes de soin. Avant d'entrer dans le détail de ces formes de soin, pour comprendre mieux les savoirs qu'elles mobilisent ainsi que la légitimité que leur attribuent les Haïtiens, je souhaite mentionner quelques aspects importants des savoirs de santé en Haïti, des conceptions sur l'être et le monde²⁷⁴.

Tout d'abord, dans la médecine *folk* ou populaire haïtienne telle qu'elle a été décrite dans les sources ethnographiques disponibles²⁷⁵, les maladies sont communément considérées comme des entités extérieures qui pénètrent le corps. La maladie n'est pas tant un dysfonctionnement physique du corps, mais plutôt la marque laissée par cette présence exogène en son sein. Aussi, les maladies « *entrent* », « *attaquent* », elles « *viennent dedans* » le corps, elles peuvent le « *saccager* », tout comme elles « *partent* », « *quittent* » le corps ou en sont « *retirées* », « *expulsées* »²⁷⁶.

La personne est d'ailleurs composée de différents principes. Il y a le corps physique d'un côté. De l'autre, et il existe ici plusieurs constructions élaborées par des ethnologues, des principes non matériels. Pour Alfred Métraux (1958), le *ti bonanj* (petit bon ange) et le *gwo bonanj* (gros bon ange) qui seraient les deux âmes d'une personne, dont la première est protectrice de l'individu et la deuxième organise sa vie émotionnelle et intellectuelle et lui permet de se déplacer en rêve. Plus récemment, Vonarx (2012) identifie la distinction entre un *bonanj* et une âme. Le *bonanj*, situé dans la tête, serait selon Vonarx ce qui donne à un individu son caractère, lui permet de se comporter avec les autres, d'avoir des connaissances et des savoirs. Le second élément est l'âme de l'individu. Ce principe vital « ne quitte pas celui qui la possède, même si elle a les capacités de se déplacer dans l'espace-temps du rêve après la mort, elle reste avec le cadavre, habite le cimetière, garde certains traits de caractère du défunt, et attend qu'on réalise quelques gestes pour la satisfaire » (Vonarx, 2012, p. 164). Dans mes discussions avec les Haïtiens, je n'ai jamais eu de discours très clair sur ces questions, et il semble plutôt que les personnes considéraient

²⁷⁴ Certaines de mes présentations seront globalisantes, elles font référence avant tout à des savoirs populaires. Il existe évidemment une grande diversité des manières de penser le corps et le monde en fonction du lieu, de la classe sociale, de l'éducation, de la religion, et celles-ci évoluent constamment. Cependant, ces idées, rapportées dans la littérature sur Haïti, font sens dans les discours tenus par les Haïtiens avec lesquels j'ai échangé. À part quelques rares exceptions, Ceux-ci venaient tous de province, soit du département de l'Artibonite, soit du département du Centre. Ceux qui résidaient à Gonaïves par exemple, avaient pour beaucoup grandi dans des villages ou des villes plus petites avant de venir pour le lycée ou à l'âge de travailler en ville. Rares étaient ceux qui avaient des diplômes professionnels ou universitaires ou qui avaient fini le lycée. Il est possible de faire l'hypothèse que pour ces personnes, les savoirs populaires n'étaient pas tant remis en cause que dans des milieux plus aisés où le niveau de scolarité est plus élevé.

²⁷⁵ Voir par exemple : (Brodwin, 1996; Farmer, 1990; Herskovits, 1937; Métraux, 1958; Tremblay, 1995; Vonarx, 2012).

²⁷⁶ Vocabulaire trouvé dans les entretiens avec Augustine (n°10), Fignolette (n°5), Nathalie (n°3) et Jonas (n°32).

effectivement la dissociation entre un corps physique, qui peut être pénétré par une maladie ou un esprit maléfique, et une âme ou un esprit, qui peut être attaqué, sorti du corps, récupéré, utilisé ou envoyé.

Enfin, Vonarx considère que dans les campagnes haïtiennes, les représentations des maladies s'inscrivent dans une conception du monde et des rapports au monde héritée des savoirs africains et chrétiens :

« On conçoit d'abord qu'il existe un Dieu créateur dont la genèse du livre chrétien rapporte le résultat de ses efforts. Celui-là, lointain, inaccessible, à qui on prête des pouvoirs absolus sur le monde, est accompagné de saints ou de *lwa* plus dynamiques, dont les pouvoirs peuvent servir à satisfaire les besoins quotidiens des mortels. [...] Par conséquent, les *lwa* et les saints sont des génies dont la proximité, l'utilité immédiate et la disponibilité impliquent des échanges et une relation. Ces mystères invisibles prêtent leurs concours aux hommes et conduisent la force divine créatrice jusque dans leurs expériences concrètes, dans la satisfaction de leurs désirs et dans l'amélioration de leur sort quotidien. Ils y gagnent ainsi en culte d'adoration et en offrande. [...] Au sein de cette organisation du monde, la maladie, la santé, les fortunes et les infortunes sont considérées comme les gages des bonnes et des mauvaises relations que les Haïtiens entretiennent avec des entités invisibles et tout particulièrement avec ces génies, des *lwa* toujours sous contrat au sein d'une famille élargie, des *lwa* qui habitent la Terre nourricière des ancêtres et des parents, et des *lwa* qui sont dévolus à chacun dès la naissance, ou qui finissent par affirmer leur influence sur l'histoire de vie d'une personne en particulier. On finit ainsi par concevoir, et tout particulièrement les *oungan* [officiants vodou] qui opèrent comme spécialistes dans les échanges avec ces invisibles, qu'une personne ne peut pas être exclue de cet ordre général du monde ou isolée d'un réseau de relations susceptibles de causer des problèmes et des maladies » (Vonarx, 2012, p. 161).

Ce chapitre débute par le vodou, dont les savoirs contribuent à reproduire les points abordés ci-dessus - et dont il se nourrit pour se placer en tant qu'acteur légitime pour la population haïtienne -, et sont également structurants des autres formes de soin qui seront présentés ensuite, à savoir la médecine créole et l'église évangélique.

10.1. Le vodou

Le vodou a fait l'objet de nombreuses représentations qui l'ont abordé tantôt comme une sorcellerie, un ensemble de pratiques démoniaques, de superstitions populaires, comme une religion inscrite dans l'histoire de l'esclavagisme et de la colonisation, comme un art, une résistance politique des déshérités ou encore un système de justice. L'anthropologie, marquée par les travaux de Price-Mars (1998), Herskovits (1937), ou encore Métraux (1958), puis par l'émergence d'une école d'ethnologie haïtienne qui s'attache à décrire le vodou en détail, le considère avant tout comme une religion, et, plus récemment (Apollon, 1976 ; Hurbon, 1972 ; Saint-Louis, 2000), comme un espace de résistance politique et identitaire dans une société opprimée. Religion et magie demeurent les principales étiquettes à partir desquelles les sciences sociales pensent le vodou.

L'ethnologue Nicolas Vonarx (2012), en s'intéressant aux usages sociaux actuels du vodou depuis une approche ethnographique, a émis l'hypothèse que le vodou serait une forme de soin aux dimensions magico-religieuses, avant d'être une religion ou un système magique. Selon lui, dans l'actualité, le recours des Haïtiens au vodou est poussé avant tout par la recherche de soin et la prévention de maladies et de souffrances. Cet auteur n'exclut pas qu'en d'autres époques ou contextes le vodou ait été avant tout une religion ou encore une magie. Il reconnaît également au vodou de nombreuses fonctions sociales qui dépassent celle du soin : le vodou « fournit par exemple une vision du monde et maintient les liens de

parenté à partir de cérémonies familiales. Il alimente des conceptions du monde visible et du monde invisible, formule et diffuse des théories sur l'existence de phénomènes surnaturels, sur la place d'entités non humaine (les *lwa*) dans la réalité haïtienne, et sur les rapports qui existent entre les humains et celles-là » ; il renforce les liens familiaux et une cohésion sociale au travers de rituels ; « il offre une ligne de conduite et limite l'agressivité physique en proposant des règlements sous des formes alternatives » formant ainsi un système de justice qui « canalise ainsi une agressivité et régule des rapports sociaux que l'État haïtien ne gère pas » ; il offre une possibilité d'ascension sociale et une entrée d'argent non négligeable pour ceux qui deviennent praticiens vodou ; il donne aux Haïtiens la possibilité d'augmenter leur chance de trouver un emploi, un conjoint, de réussir une entreprise ou une migration ; il permet également des festivités et des divertissements (Vonarx, 2012, p. 11-14). Mais avant tout, c'est la dimension thérapeutique qui est recherchée par les Haïtiens dans le vodou selon cet auteur. Le relecture des textes classiques d'ethnologues à la lumière des propositions de Vonarx montre qu'effectivement, dans les descriptions effectuées, la dimensions thérapeutique est centrale.

Le vodou peut donc être considéré comme une forme de soin qui dispose de savoirs organisés pour définir les maladies et pour les prendre en charge et auxquels font appel des Haïtiens dans leurs parcours de soin. Bien que discours et pratiques des thérapeutes vodou présentent une grande diversité, Vonarx a identifié les principes qui structurent ce système de soin. N'ayant pas observé moi-même la prise en charge de maladies par des thérapeutes vodou, je présenterai les représentations et les pratiques de cette forme de santé telle que les a analysées Vonarx (2012) en se basant sur un travail ethnographique et une révision de la littérature existante sur le sujet. Les explications sur le vodou et les maladies que les Haïtiens m'ont offertes dans leurs récits lors de mon travail de recherche confirment le schéma d'interprétation élaboré par cet anthropologue.

Le vodou : système explicatif de la maladie et prise en charge des patients

Les praticiens vodou sont nommés *oungan* ou *bòkò*²⁷⁷ pour les hommes et *manbo* pour les femmes²⁷⁸. La majorité dit avoir été choisie, élue et même forcée à exercer cette fonction²⁷⁹, bien souvent par des esprits, les *lwa*, au cours d'épisodes de maladies²⁸⁰. Ces thérapeutes font reposer leurs pratiques avant tout sur leur relation avec les *lwa*.

Ces derniers sont des esprits, des entités non-humaines invisibles qui interviennent entre Dieu et les hommes. Ils sont adorés, honorés par leurs serviteurs, qu'ils protègent, orientent et aident en retour. Certains *lwa*, ainsi que les esprits des ancêtres morts, sont installés dans les espaces domestiques, familiaux, dans les *lakou*. Ce sont les *lwa fanmi*

²⁷⁷ Vonarx signale que dans la littérature sur le vodou, les *oungan* sont distingués des *bòkò* en ce que les premiers serviraient le bien et les deuxièmes le bien et le mal. Il signale ne pas avoir noté cette différence dans les représentations des personnes qu'il a interrogées. Pour ma part, c'est plutôt le terme *bòkò* qui était utilisé par les personnes, mais il était parfois changé par *oungan* sans qu'il semble y avoir une différence. Plus encore, certaines personnes appelaient les *bòkò* auxquels ils avaient fait recours des *doktè-fey* (thérapeutes issus de la médecine créole), terme qui devait sembler plus acceptable dans le contexte chilien.

²⁷⁸ Selon Vonarx, ces praticiens sont de plus en plus nombreux en Haïti, ce qu'il explique par la fin de leur répression avec la chute du régime des Duvalier, mais aussi par les intérêts sociaux et économiques que ce statut et ce rôle peuvent apporter. Il existe cependant le risque d'être diabolisé, notamment par les membres d'églises protestantes, ce qui pousse certains à exercer un peu en retrait des villes. Ces thérapeutes sont souvent des hommes ou des femmes assez âgées : la charge de travail que ce rôle exige est difficile à tenir pour une femme en couple ou avec des enfants qui doit remplir en plus les obligations domestiques qui lui incombent.

²⁷⁹ Cette explication est celle donnée par Candice (n°12) dont le père est *oungan*, ainsi que par le seul *bòkò* que j'ai rencontré : les *lwa* qui accompagnaient leur père respectif ont jeté leur dévolu sur eux et ont exigé qu'ils les servent. Ils se distinguent de cette manière des *oungan* moins puissants qui ont acheté l'aide de *lwa*.

²⁸⁰ Ces explications sont courantes pour des métiers ou fonctions qui entraînent un certain prestige social. Les pasteurs, les praticiens de la médecine créole expliquent, eux aussi, avoir été poussé contre leur gré à occuper leurs fonctions. Dans une société haïtienne où la réussite sociale entraîne de la jalousie pouvant conduire à des attaques visant à empêcher d'avancer, mieux vaut se défendre publiquement d'avoir voulu occuper un tel rôle.

(famille) ou *lwa rasin* (racine). Ils sont attachés aux membres de la famille qui doivent les honorer et peuvent leur demander de l'aide. Il y a généralement dans les *lakou*²⁸¹ des espaces où demeurent le *lwa*, des arbres²⁸², des rochers, des reposoirs.

Les *oungans* et *manbo*, en acceptant ce rôle, s'engagent dans une relation très exigeante auprès des *lwa* qu'ils vont servir. Ces derniers acceptent de les aider à résoudre des problèmes, à soigner des gens ou à en attaquer d'autres, mais en échange, il faut s'engager à les nourrir, les honorer, leur offrir des fêtes, et parfois même, se marier avec eux et remplir les obligations conjugales. Cette relation est très difficile à gérer et tout manquement peut conduire à des vengeances. Il importe donc de les accueillir et les installer chez soi, de leur réserver des espaces. L'espace domestique d'un *oungan* doit être organisé pour recevoir et honorer les *lwa* qu'il sert. Il doit notamment comporter un *badji*, qui correspond à l'espace de travail du praticien, et qui, selon les moyens de la personne, est plus ou moins visible, imposant ou discret. Les *badji* se distinguent par la présence de drapeaux et de symboles des *lwa* peints sur des murs. Ces espaces demandent une organisation et un aménagement complexe, nécessaire pour installer les *lwa* et faire appel à eux pour les consultations et la réalisation de pratiques médicales.

Une autre partie des soins vodou se réalise en dehors de cet espace de travail personnel, dans des lieux publics comme les cimetières et les carrefours. Ces espaces sont occupés par des entités non humaines qui permettent la communication et le passage entre le monde visible et invisible, entre le monde des vivants et celui des morts. On y communique la nuit avec certains *lwa*, les sollicitant pour qu'ils envoient un esprit, pour organiser une attaque, pour y renvoyer des âmes ou des esprits venus attaquer une personne ; on y trouve encore des matériaux essentiels aux pratiques de soin.

Les maladies qui peuvent être traitées par un praticien vodou sont appelées des *maladi kay bòkò*, ce nom faisant référence au lieu et au praticien à même de les prendre en charge. Selon les observations de Vonarx, la décision d'avoir recours à un *oungan* peut être prise lorsque toutes les autres formes de soin disponibles ont été mobilisées mais ne sont pas parvenues à guérir le malade ; lorsqu'un proche reconnaît les signes d'une maladie surnaturelle ou qu'une grande confiance est donnée à un praticien vodou ; ou encore lorsque la maladie présente des caractéristiques particulières dans la durée, la gravité, l'imprévisibilité ou les troubles du comportement.

Lorsqu'il est décidé de rendre visite à un *oungan* lors d'un épisode de maladie, une première consultation a lieu dans le *badji*, en présence ou non du malade. Cette consultation s'organise selon Vonarx selon une structure qui se répète : dans un premier temps, un *lwa* est convoqué et chevauche ou possède le *oungan*. Un dialogue a lieu alors entre celui qui demande de l'aide et le *lwa* qui s'exprime au travers du *oungan*, afin d'identifier le problème et de construire ensemble un scénario acceptable au sujet de la maladie. Il arrive, dans cette étape de divination, que le mal, ou les maux, soient rapidement identifiés ou bien que plusieurs hypothèses soient formulées avant que l'une d'elles ne soit retenue. Une fois le problème identifié, une négociation est réalisée autour de sa prise en charge entre le *lwa* et celui qui vient chercher de l'aide.

²⁸¹ Le *lakou*, la cour, fait l'objet de nombreuses discussions parmi les anthropologues et les historiens qui cherchent à la définir, tant les acceptations du terme sont variables en Haïti selon les personnes, les régions et les époques. Pour un résumé de ces discussions, voir Laëthier (Laëthier, 2011, p. 142). Une des définitions proposées associe le *lakou* à un espace domestique partagé par une famille (souvent plusieurs générations), et correspond généralement à l'espace non bâti partagé par les ménages. En ville, un *lakou* peut faire référence à l'espace partagé par plusieurs ménages (même issus de différentes familles) au sein d'une maison.

²⁸² Candice (n°12) raconte que chez ses parents en Haïti, au milieu du *lakou*, il y avait un manguier qui accueillait les *lwa* de la famille. C'est là que tous pouvaient aller leur parler, leur faire des demandes, les nourrir. Impossible alors de cueillir les mangues de cet arbre, il fallait attendre qu'elles tombent au sol. Un cousin de Candice essaya un jour d'en faire tomber une avec un caillou : les *lwa* lui renvoyèrent le caillou à la figure et lui cassèrent trois dents.

Les scénarios proposés sont, selon Vonarx, assez limités et s'organisent autour de deux registres d'explications, l'un religieux, l'autre magique. Les symptômes de la maladie n'importent pas toujours pour déterminer le type de maladie dont souffre la personne, aussi, il n'y a pas systématiquement de lien entre signes physiques et types de maladie. De plus, les explications des maladies ne s'inscrivent souvent pas dans un seul registre ou catégorie et peuvent composer avec ceux-ci. Une fois le problème identifié, le *oungan* doit proposer des soins, qui répondent aux logiques de la maladie.

Le malade est responsable de sa maladie

Dans le premier registre des explications des maladies, le malade est responsable de ses problèmes : il « est situé dans un ordre de valeurs socioculturelles héritées et contraignantes qui lui imposent des règles, des devoirs et des actes rituels à l'endroit des *lwa* familiaux et de ses ancêtres. Quand il ne les respecte pas, les ancêtres et les *lwas* le rappellent à l'ordre avec une maladie qu'ils lui infligent ou qu'ils infligent à l'un des siens » (Vonarx, 2012, p. 143). Deux scénarios sont possibles.

Le premier concerne les personnes qui n'ont pas rempli leurs devoirs envers les *lwa* familiaux et leurs ancêtres. Le désengagement et le manquement à ces relations fondamentales ont conduit les *lwa* à provoquer une maladie en guise de rappel et de punition. Le second touche les personnes qui n'ont pas répondu à l'appel d'un *lwa* et notamment du *lwa* de naissance ou du *lwa* auprès duquel elles s'étaient engagées. Appelé aussi *mèt tèt* (maître), il est un *lwa* rattaché à une personne dont il « maîtrise la destinée ou le bien-être » (Vonarx, 2012, p. 143). Si ses exigences et besoins n'obtiennent pas de réponse de son serviteur, le *lwa* de naissance peut faire comprendre son insatisfaction au travers d'une maladie ou d'une difficulté.

La prise en charge du *oungan* dans le cas de ces maladies comporte d'une part le soin pour le corps physique, pour lequel sont mobilisés des remèdes issus principalement de la médecine créole, à base de plantes, de racines, de bains et de massages. Mais le principal axe de la thérapie n'est pas là. Dans le premier cas, il vise à « réinscrire le malade dans des rapports plus harmonieux avec les ancêtres et les *lwa* et qu'on répare et prenne soin des liens qui les unissent » (p. 184), car c'est leur volonté et leur bonne disposition qui permettront au malade de guérir. Il faut alors demander aux *lwa* et aux ancêtres de bien vouloir guérir le malade, tout en les assurant de sa bonne volonté à reprendre contact avec eux, de les servir et les honorer correctement. Une fois cette demande acceptée, la personne devra ensuite tenir ses promesses et satisfaire les esprits. Dans le deuxième type de maladie, causé par un *lwa* qui fait savoir ses exigences et qui demande une relation particulière, il s'agit de rétablir une relation saine entre le *lwa* et le malade. Celui-ci pourra par exemple porter un objet chargé de l'esprit, se marier avec lui, ou encore lui montrer une grande dévotion. Quand l'esprit sera satisfait, le malade pourra guérir. Mais il devra encore s'assurer de maintenir une bonne relation avec le *lwa*, au risque de tomber à nouveau malade.

Candice (n°12) m'a raconté qu'un jour sa sœur aînée avait eu un mal de tête soudain et avait perdu connaissance. Son père, *oungan*, et sa mère, dont les *lwa* sont très forts, se sont alors disputés concernant l'origine de la maladie. Le père accusait sa belle-sœur d'avoir attaqué sa fille. La mère considérait que la faute était celle du père, qui le jour même avait annulé la cérémonie prévue pour les *lwa*, après avoir soupçonné sa femme de le tromper. Le père organisa alors un test pour savoir d'où venait le problème : il creusa sur le sol huit petits trous en cercle. Il associa un côté à Dieu, un autre côté aux *lwa* et le centre à la tante. Il mit alors de l'eau : là où l'eau sécherait en premier se trouvait la source des problèmes. Les *lwa* furent ainsi identifiés et le père prépara une cérémonie pour les *lwa*. Ils laissèrent la sœur de Candice (n°12) tranquille et très vite, elle se remit sur pied.

La maladie est due à une agression sorcière

Le deuxième registre est d'ordre magique et rassemble des scénarios d'agression et de persécution de la part d'une personne tierce. Dans le cas de ces maladies, le *oungan* ne s'arrête guère sur l'identité de l'agresseur ou sur les raisons de son acte et se concentre sur la cause et l'agent de la maladie. Le malade et ses proches élaborent généralement des hypothèses sur l'identité de l'agresseur et les motifs qui l'ont poussé. Il y a alors trois principaux types de problèmes.

Le premier est lié à l'envoi des âmes. Il s'agit de l'attaque la plus fréquente et connaît de nombreuses variantes. « Il correspond à l'intrusion d'une ou plusieurs *nàm* (âme) dans le corps du malade. Cette âme est un principe vital qui anime tous les corps vivants, qu'il s'agisse d'humains, d'animaux ou d'insectes. Des âmes peuvent alors pénétrer le corps d'une personne, s'y installer et provoquer des troubles et des signes physiques, visibles ou invisibles » (Vonarx, 2012, p. 151). Les symptômes sont variables, mais lorsque des troubles du comportement sont observés, il est fort probable qu'ils soient dus à ce type d'attaque. On parle alors de *maladi ekspedisyon* (maladie envoyée), de *maladi zombi*, de maladie mauvais esprit. Le thérapeute doit identifier la manière avec laquelle l'âme a atteint sa victime et pénétré son corps. Par le biais de *pèlen* (piège), de *koud poud* (coup de poudre) ou de *koud zombi* (coup de zombi), les âmes pénètrent les personnes. Pour cela, il faut souvent utiliser des eaux (*dlo*) obtenues après le lavage du corps d'un mort ou de ses habits, ou des poudres (*poud*) obtenues à partir d'os, de cheveux, d'animaux morts. Ces poudres et ces eaux sont capables de matérialiser les âmes et de transmettre la maladie et la mort. « Dans ces préparations, la loi de contiguïté sympathique permet d'attribuer à l'agent fabriqué des propriétés spécifiques et tout particulièrement celle de la mort » (Vonarx, 2012, p. 153). Elles sont alors placées stratégiquement pour que la future victime marche dessus, les touche et soit pénétrée par l'âme.

La thérapie porte l'attention sur l'agent du mal. Le *oungan* « écarte l'expédition du malade, extrait et renvoie l'agent du mal, afin de protéger le malade d'agressions similaires » (2012, p. 204). Pour cela, le soin inclut plusieurs étapes. Tout d'abord, un premier temps au sein du *badji* permet de travailler avec l'âme qui a pris possession du malade : des *lwa* et des ancêtres sont alors sollicités pour aider à traiter le problème du malade ; puis il s'agit de débusquer et d'arrêter les âmes ; de retirer les âmes qui ont pénétré le corps et de conjurer collectivement le mal. Un second temps a lieu dans un carrefour où les âmes sont renvoyées. Puis, un troisième temps est dédié aux demandes de protection auprès de *lwa* puissants, notamment sur des lieux de pèlerinage vodou.

Le second type de problèmes correspond à l'envoi d'un *lwa*, au *koud lwa* (coup de lwa). Il s'agit ici d'envoyer un esprit pour attaquer et persécuter une personne. La violence de l'attaque est telle que les personnes ciblées se retrouvent soudainement en très mauvais état et peuvent même voir le monstre l'attaquer. Selon Vonarx, n'importe quel *lwa* peut être sollicité pour attaquer quelqu'un et toute personne avec un minimum de connaissance peut y parvenir. Face à ces situations, le *oungan* peut avoir recours à différentes techniques pour attacher le *lwa*, « détourner cet agent, le condamner, l'éloigner du malade et l'occuper ailleurs » (Vonarx, 2012, p. 215). Il s'agit ici de confronter le *lwa* à des défis et s'il ne parvient pas à les résoudre, il devra s'éloigner. En lui donnant des défis difficiles, il pourra être arrêté et contrôlé, puis renvoyé dans un carrefour. Il est également possible de combattre le *lwa*, considéré en ennemi, de l'attacher ou de l'enfermer pour ensuite le renvoyer.

Lorsqu'Augustine m'explique les causes de décès de ses trois enfants²⁸³ (qu'elle signale au médecin comme survenu pendant un épisode de fièvre pour l'un, de vomissements et de diarrhées pour le second et d'une *keriz* pour le dernier), elle reprend ce deuxième registre d'explication. Une de ses tantes avait passé un engagement avec un *lwa* qu'elle n'avait pas respecté. Le *lwa* s'est vengé en faisant mourir son nouveau-né. Or, une fois qu'un *lwa* a goûté le sang d'un enfant, il s'attaquera aux enfants suivants. Pour ne pas voir tous ses enfants mourir, la tante détourna le *lwa* vers le premier enfant d'Augustine (n°10), tout juste né. Cette opération réussit et le *lwa* s'en est pris aux enfants d'Augustine les uns après les autres. Plusieurs *bòkò* furent consultés par la belle-famille d'Augustine, quelques soulagements furent obtenus, mais aucun ne parvint à sauver les enfants. Plusieurs ont cru à une *ekspedisyon* d'âme sur les enfants et ont cherché à attacher les âmes et à les expulser. Ce n'est que bien plus tard que l'on comprit que la tante était à l'origine de l'envoi d'un *lwa* et non pas d'une âme.

Le troisième type correspond à l'attaque de *lougarou* sur les jeunes enfants. Les *lougarou* sont des personnes, souvent des femmes, qui se transforment en chat, en oiseau ou en petit animal et qui viennent sucer le sang des enfants, les faisant mourir petit à petit. Face aux actions d'un *lougarou*, les pratiques vodou cherchent plutôt à agir sur la cause du mal, en cherchant à éloigner le *lougarou* de l'enfant et l'empêcher de prendre le sang de l'enfant. L'enfant doit perdre de sa saveur pour ne plus attirer le *lougarou* et celui-ci doit être distrait et envoyé vers une autre cible plus appétissante. Il s'agit ici plutôt de mesures de prévention.

Ces trois types de maladies issues du registre des agressions sorcières et les thérapies mises en place sont plus d'ordre magique que religieux selon Vonarx. Les lieux où se réalisent les soins, la confection des matériaux, les chants, les gestes sont clairement inscrits dans ce registre magique en ce qu'ils font appel à des lois de sympathie, de similarité et de contiguïté²⁸⁴. De plus, la thérapie ne vise pas cette fois à « reproduire l'ordre du monde et les rapports au monde des Haïtiens » mais plutôt à proposer « une régulation des rapports sociaux » (2012, p. 181).

En général, comme le note Vonarx, la prise en charge des malades par les *oungan*, pour qu'elle soit en correspondance avec l'explication de la maladie, doit être globale : le thérapeute doit « se préoccuper des dimensions étiologiques de la maladie qui sont au centre de son interprétation du mal, et à s'inquiéter encore d'un mode d'existence, de différentes dimensions de l'être, de l'environnement physique du malade et d'un corps physique en souffrance, fragilisé et vulnérable » (2012, p. 180).

Le vodou est une forme de soin importante en Haïti, considérée légitime pour son efficacité à traiter certains problèmes. En s'ancrant dans les savoirs et les conceptions populaires, il répond à un besoin des populations. Pour une part, dans un contexte social si défavorisé, où les possibilités d'ascension sociale sont très limitées et où les risques sont quotidiens, pouvoir compter sur le vodou est une ressource considérable. D'autre part, les représentations des maladies, des attaques, des agressions qui peuvent être provoquées notamment par un proche, par le biais d'entités surnaturelles, correspondent à la fois aux représentations sur l'ordre du monde, mais aussi aux représentations des Haïtiens sur eux-mêmes. Il a été question dans le chapitre 7 de la jalousie et de la haine qu'il est commun d'observer pour un proche qui montre un signe de réussite et qui pousse souvent à envoyer des attaques pour empêcher l'autre d'avancer. À Los Nogales, presque tous les Haïtiens, malgré leur volonté de revaloriser l'image d'Haïti, soulignent à un moment donné combien

²⁸³ En annexe, est présentée un extrait d'entretien dans lequel Augustine (n°10) explique ces épisodes de maladies et la prise en charge qui a été mise en place (en créole).

²⁸⁴ Pour des descriptions précises de pratiques de soin, il est possible de consulter l'ouvrage de Vonarx (2012), ou encore d'Alfred Métraux (1958).

les Haïtiens sont « mauvais » et abordent la question des attaques par jalousie. Selon Vonarx, cette conception des Haïtiens sur eux-mêmes est liée à la fois au contexte socio-économique de grand dénuement (qui peut pousser à des pratiques de sorcellerie pour conjurer le sort et chercher à s'en sortir à défaut d'obtenir des réponses aux inégalités sociales, à des gouvernements insatisfaisants et une violence quotidienne) mais elle est aussi le résultat d'une histoire de rapports sociaux qui ont poussé à une subjectivisation d'un regard sur soi très négatif. Domination coloniale, domination occidentale, images des Haïtiens comme sorciers, empoisonneurs, cannibales, barbares ; domination religieuse et diabolisation des pratiques vodou et populaires : une histoire longue de production de représentations négatives sur les Haïtiens et leurs pratiques est incorporée et ils participent à la reproduire. Face à cette réalité, le vodou et ses outils apparaissent très utiles.

La thèse que soutient Vonarx, qui fait du vodou une forme de soin avant d'être une religion ou une sorcellerie, défend également que dans la société haïtienne, le vodou est structurant des autres formes de soin. De nombreux savoirs du vodou sont repris au sein de la médecine créole, de la biomédecine et des églises afin de penser et de prendre en charge les maladies. Des logiques magico-religieuses qui organisent représentations et thérapies, des outils utilisés par les *oungan*, des relations avec le *lwa*, du rôle du rêve ou encore de la notion d'élection et de contrainte d'exercer le métier se retrouvent dans les autres formes de soin. Même la biomédecine pourtant réticente à incorporer des savoirs considérés non-scientifiques reprend en Haïti et dans certains contextes des savoirs vodou. Malgré cela, le vodou fait l'objet d'un dénigrement de la part d'églises protestantes toujours plus nombreuses en Haïti, qui l'associent clairement au Diable.

Le vodou au Chili

Dans le cadre de cette recherche, je n'ai pas eu l'occasion d'observer des pratiques de soin administrées par un thérapeute vodou. Les biais méthodologiques de ma recherche offrent une explication à cette absence du fait que la plupart des personnes auprès desquelles j'ai réalisé des observations sont protestantes et ne pouvaient pas moralement assumer avoir recours au vodou. Malgré cela, je pense que pour les habitants haïtiens de Los Nogales, en 2014, le recours à des *bòkò* était peu fréquent, et ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, pour des questions pratiques. Il y a peu de *oungan* qui officient au Chili à cette époque ou alors ils le font très secrètement. Au cours de mon séjour au Chili, je n'ai observé la présence que d'un seul *bòkò*, qui se présentait lors des événements publics haïtiens comme le représentant des vodouisants au Chili. C'est avec lui seul que j'ai pu échanger. Lorsque je demandais à mes contacts s'ils savaient s'il y avait des *bòkò* au Chili, la plupart se montraient sceptiques. Pour les uns, cette réponse s'ancrait dans leur volonté d'affirmer dans un effet performatif que ces pratiques sataniques n'existaient pas ici, les autres semblaient offrir une réponse moins engagée moralement. Certains n'ont pas entendu parler de *oungan* ici, précisant, comme Réginald (n°8) que « *ce n'est pas quelque chose qui est arrivé ici* »* ; d'autres ont entendu dire qu'il y en aurait à Quilicura²⁸⁵. Augustine (n°10) dit avoir rencontré une femme habitant à Los Nogales qui clamait que son mari était *oungan*, mais elle ne l'a pas trouvé crédible. Lorsque j'en parlais à un leader associatif²⁸⁶, il connaissait trois praticiens vodou au Chili.

²⁸⁵ Quilicura, est une commune au nord de la région Métropolitaine. À plusieurs reprises j'ai entendu des personnes habitant Los Nogales en parler avec un regard négatif y associant mauvaises personnes, mauvaises conduites et pratiquants vodou.

²⁸⁶ Le statut des leaders associatifs les conduit à être en relation avec les autres associations situées sur l'ensemble de la métropole chilienne et à être ainsi plus informée des dynamiques de la communauté haïtienne. Les *oungan* ont un certain statut social et peuvent être poussés, comme Eddou Marco, à faire partie des dirigeants de la communauté.

Eddou Marco, *oungan* de profession, m'a expliqué être arrivé au Chili en 2008 quand ses *lwa* lui ont indiqué de s'y rendre, après avoir résidé dans de nombreux pays. Il vit actuellement de son métier de *oungan* et travaille dans trois lieux de Santiago - tous très éloignés d'Estación Central -, en association avec une Chilienne qu'il a formé. Il révèle très peu de choses sur les problèmes qu'il prend en charge au Chili mais dit avoir des patients chiliens, haïtiens, péruviens, colombiens. Pour les Haïtiens, il règle des problèmes de santé que les médecins ne parviennent pas à résoudre et pour les autres, ce sont surtout des interventions pour favoriser l'obtention d'un travail ou d'un amour. Malheureusement dit-il, il n'est pas en mesure de réaliser des soins pour les cas graves, qui devront voyager en Haïti pour se faire soigner. Les limites qu'il rencontre sont liées selon lui à des raisons pratiques : il ne peut pas réaliser des soins à minuit dans les carrefours et les cimetières. C'est interdit par la loi et il doit faire attention. Ajoutons encore tous les matériaux qu'un *oungan* doit utiliser pour pouvoir travailler avec les âmes et les *lwa*, qui ne semblent guère accessibles au Chili, bien que lui, dise qu'on peut toujours s'arranger.

Deuxièmement, l'appartenance des personnes à la religion protestante les éloigne du vodou. Les églises évangéliques haïtiennes - et celles présentes à Los Nogales ne font pas exception -, condamnent et rejettent le vodou qu'elles associent au diable. Il ne s'agit donc pas de nier l'existence du vodou, des *lwa*, des attaques et du pouvoir des *oungan*, mais de les diaboliser. À Los Nogales, la communauté des Haïtiens est petite et un contrôle moral se met en place facilement. Il est alors difficile de dire avoir recours au vodou, mais également d'y avoir recours car les informations circulent vite. Comme nous le verrons dans la troisième section de ce chapitre, de nombreux Haïtiens se convertissent en arrivant au Chili. Pour Daniel (n°1), il y a plusieurs explications à cela : tout d'abord, obtenir la protection des *lwa* demande un gros engagement qui peut conduire à des problèmes si on ne le respecte pas. Au contraire « *quand Dieu te donne, il te donne c'est tout* »*. Les risques semblent donc moins importants lorsque l'on s'engage envers Dieu. Mais aussi, en quittant son pays, on perd les protections qu'on y a (et là, je pense qu'il fait référence aux protections familiales, mais également aux ancêtres et aux *lwa* de la famille). Il importe alors de se placer sous la protection de Dieu pour ne pas se mettre en danger.

Parmi les chrétiens interrogés, il y avait deux principales postures face au vodou. La première était celle du dénigrement, du rejet. Candice (n°12) par exemple, parle d'abord des pratiques de son père *oungan* avec dégoût, soulignant la saleté et le côté satanique de ses pratiques, tout en les comparant avec l'élégance et la propreté des évangéliques qui se rendent à l'église. Réginald (n°8), lui, insiste bien pour dire qu'il ne croit pas du tout en cela. Il parle aussi des *oungan* comme des charlatans qui prennent beaucoup d'argent et dont certains n'ont pas des vrais pouvoirs. La deuxième posture est plus modérée, et bien qu'il y a toujours un temps pour dire qu'elles ne croient pas au vodou ou qu'elles n'y ont pas recours actuellement, les personnes montrent plus d'ouverture et le condamnent moins. Mais parmi les Haïtiens interrogés et rencontrés, aucun ne nie l'existence du vodou, ni la possibilité d'envoyer des attaques, ni celle d'être aidé par les *lwa*, ni le pouvoir des *oungan*. Tous sont capables de raconter des histoires de maladies liées aux *lwa*, aux *zonbi* ou au *longarou*. Plusieurs ont fait elles-mêmes l'objet d'attaques et beaucoup racontent comment dans le passé elles ont eu elles-mêmes recours à des *oungan*. Les personnes possèdent de nombreuses représentations sur les maladies issues du vodou et ont fait en Haïti au moins l'expérience de ses soins. Mais bien sûr, aujourd'hui, elles sont chrétiennes, et elles disent se tourner désormais vers Dieu pour recevoir sa protection pour prévenir et pour guérir des attaques. Le monde est dual : ceux qui reçoivent la protection du Christ et ceux qui ont recours aux *oungans*, parmi lesquels Réginald (n°8), Daniel (n°1), Augustine (n°10) ou Jonas (n°32) rangent aussi les « *faux chrétiens* »* (les chrétiens qui malgré tout consultent des *oungan* ou ont des engagements avec des *lwa*).

Troisièmement, l'accessibilité à la biomédecine au Chili redéfinit la nécessité des personnes à se diriger vers le vodou. Nous avons vu que parmi les raisons pour lesquelles les personnes décidaient de consulter un *bòkò* se trouvait le fait de ne pas obtenir de réponses à leurs problèmes dans la médecine créole ou dans la biomédecine (quand celle-ci était accessible) ; ou encore quand le problème affectait très gravement la personne. Le chapitre précédent a montré que la biomédecine était relativement accessible pour les Haïtiens en situation régulière, pour les enfants et les femmes enceintes en situation irrégulière et dans les cas d'urgence. Malgré les différentes barrières d'accès aux soins énoncées, la biomédecine est considérée par les Haïtiens plus accessible qu'en Haïti et avec des services de meilleure qualité. Ils trouvent dans cette forme de soin une prise en charge de la santé des jeunes enfants et des femmes enceintes - lesquels sont particulièrement touchés par les attaques de *lwa*, l'envoi d'âme et les *longarou* -, des problèmes graves qui touchent les adultes. Cette prise en charge offre dans de nombreux cas des solutions ou des mécanismes de prévention qui ne rendent pas nécessaire la consultation d'un spécialiste pour faire intervenir les *lwa*.

Interrogés sur la présence et le recours au vodou au Chili, les Haïtiens apportent d'autres points de vue. Pour Réginald (n°8) par exemple - évangélique qui prend beaucoup de distance avec le vodou -, il s'agit d'avoir un comportement correct dans ce pays d'installation et de s'adapter à la culture locale. Aussi « *quand quelqu'un est malade c'est à l'hôpital qu'il doit aller. Tu es obligé d'aller à l'hôpital. Parce que tu ne peux pas venir avec une autre culture pour changer la culture de ces gens* »*. L'idée est très répandue qu'au Chili les gens n'ont pas recours à des pratiques mystiques, et il ne faudrait pas, comme le dit Nathalie (n°3), que les *oungan* viennent « *gâter les Chiliens* »*.

La plupart des gens considèrent que les *lwas* « *n'enjambent pas l'eau* »* et ne « *traversent pas les océans* »*. Aussi, non seulement, les maladies disparaissent dans l'avion, comme le précise Fignolette (n°5), mais les risques d'attaques sont très infimes au Chili. Les *lwa* n'ont pas les capacités d'attaquer si loin d'Haïti et les Chiliens n'y connaissent rien. « *Il n'y a pas de bòkò au Chili, c'est ça qui fait que c'est si bien ! Il n'y a pas de maladies comme ça* »* dit Nathalie. Un exemple est presque systématiquement donné : celui des femmes qui ne parvenaient pas à faire d'enfant et qui, une fois au Chili tombent enceintes. C'est bien la preuve qu'elles faisaient l'objet de persécutions au pays et qu'en migrant, elles s'en libèrent. Les enfants aussi sont au Chili particulièrement protégés des attaques, si nombreuses et dangereuses en Haïti qu'elles poussent à une vigilance de chaque instant. Augustine (n°10) par exemple raconte qu'après sa naissance, Stevenson a été mis en danger par un *longarou* ou peut-être par une sorcière. Un jour quand il avait un mois, une créature est venue « *faire une malfaisance au petit et il est devenu malade dans la tête* »*. « *Tèt li ouvri* », sa tête s'est ouverte (il ne s'agit pas simplement de la fontanelle qu'Augustine sait normale) et Stevenson a commencé à perdre du poids. Elle a fait intervenir des spécialistes – on ne va pas consulter un médecin pour ce genre de problème ce serait dangereux - qui ont essayé de refermer sa tête par différentes techniques. Aucun n'a réussi à le soigner et l'enfant continuait de maigrir et de pleurer. « *Le petit est devenu pas normal. Sa tête avait été trop serrée. J'ai senti que le petit était vraiment pas normal alors j'ai dit non, je ne ferai plus faire ce genre de soin. Jusqu'à ce que nous venions au Chili et là, il est redevenu normal. Quand je suis arrivée au Chili, sa tête était normale. Les sorcières pouvaient plus m'emmerder* »*. Comme Augustine, plusieurs personnes considèrent que partir d'Haïti permet d'échapper aux attaques. Plus encore, il est possible de considérer que s'il n'y a pas de risques d'être attaqué au Chili, alors il n'y a pas besoin des services d'un *bòkò*.

Cependant, tous ne sont pas d'accord avec l'idée que les esprits ne peuvent venir au Chili - et notamment les personnes avec le plus d'éducation ou occupant des postes de pouvoir dans les églises ou les associations. Eddou Marco, le *oungan*, affirme-lui que les *lwa* franchissent sans souci les océans et qu'une attaque avec un esprit prend 48 heures pour

aller du Chili vers la France. Réginald (n°8) lui, s'il doute de cela, a cependant entendu qu'il y aurait (il le signale avec précaution car il n'en est pas sûr) une forme moderne de faire une « *interpellation d'esprit. Avec la magie il déforme son corps, puis il quitte son corps et il envoie son esprit se déplacer* »*. L'évangéliste Jonas (n°32), qui insiste sur le fait qu'il n'y ait pas d'attaque de *longarou* ou des *ekspedisyon* au Chili, dit avoir été lui-même victime de ce que décrit Réginald (n°8). Il nomme cela un astral, ou une réaction astrale. Elles viennent de personnes « *qui sont très profondément dans le diable* »*, des « *masonloj* », c'est-à-dire avec une très grande connaissance des esprits et des démons. La nuit, la personne laisse son corps dans son lit, son esprit s'envole et peut voyager où il veut, même au Chili. C'est en rêve que Jonas (n°32) a su qu'il était attaqué par un astral. Le rêve est d'ailleurs une manière qui est soulignée par plusieurs personnes comme révélatrice des attaques que l'on pourrait malgré tout souffrir à distance.

Malgré toutes ces raisons qui limitent l'accès et la nécessité d'avoir recours au vodou au Chili, j'ai pu observer occasionnellement et l'on m'a rapporté que certaines personnes faisaient quand même usage du vodou. Tout d'abord, il est possible de demander de l'aide aux *lwa* et aux ancêtres avant de partir tenter sa chance à l'étranger. Pour Daniel (n°1), les personnes qui demandent cette aide sont nombreuses : « *les Haïtiens croient tellement dans le mystique²⁸⁷, que la majorité des Haïtiens qui viennent au Chili, quand ils passent à l'aéroport, on leur pose une question et on leur met le sceau sur le passeport. Ils font beaucoup de sacrifices dans le mystique quand ils vont dans un autre pays* »*. Plus encore, selon lui « *il y a des Haïtiens ici, on peut les voir, ils travaillent, mais ce n'est pas eux qui travaillent. C'est un travail de zombis, ils ont plein de force. C'est un truc mystique qu'ils ont fait pour pouvoir gagner de l'argent* »*. Il faut cependant faire attention car cette demande de protection et de réussite entraîne un engagement envers les *lwa*. Si l'on se tourne ensuite vers la religion protestante, on peut fâcher les *lwa*. Candice (n°12) raconte par exemple qu'un de ses frères a fait un pacte avec des *lwa* avant d'aller s'installer en République dominicaine. Tout allait bien pour lui les premières années, il gagnait de l'argent et allait se marier. Un jour, il a suivi quelqu'un à l'église évangélique et s'est fait baptiser. Il a rejeté alors les *lwa* auprès de qui il s'était engagé disant qu'il était maintenant avec Dieu. Et les choses ont commencé à aller mal pour lui, ses bêtes sont mortes, sa future épouse est partie et il est devenu fou.

Par ailleurs, comme le souligne Nathalie (n°3) qui pourtant doute de la possibilité d'être attaquée au Chili, si par malheur, cela arrive à une personne, « *elle peut envoyer quelqu'un s'en occuper en Haïti* »*. Les malades n'ont pas toujours besoin d'être présents pour identifier les maux et faire les soins ; aussi, il est possible d'agir à distance. Deux personnes non-évangéliques rencontrées en dehors de Los Nogales m'ont signalé que leurs pères, qui avaient de grandes connaissances vodou, non seulement sentaient à distance quand leurs fils étaient malades mais les prenaient en charge depuis Haïti. Cependant, certaines maladies, soient parce qu'elles sont très graves, soient parce qu'elles ne trouvent pas de solutions près des autres formes de soins disponibles au Chili, ne peuvent être gérées à distance et les malades doivent voyager en Haïti. J'ai rencontré deux hommes à Los Nogales, un catholique et un protestant, qui se sont rendus en Haïti, une fois leur titre de séjour définitif obtenu, pour aller faire soigner des problèmes. Ils allaient visiter des *bòkò* mais aussi chercher des remèdes de la médecine créole à base de plantes qu'ils savaient efficaces et ne pouvaient trouver au Chili. Ces pratiques de soins transnationales demeurent à ma connaissance peu courantes. D'autres personnes m'ont raconté les histoires d'Haïtiens

²⁸⁷ Il est rare que les personnes parlent directement de vodou. Elles parlent plus facilement du *mistik*, ou font référence au *bòkò*. Les chrétiens qui dénigrent le vodou parleront de « choses du diable ». Parfois même, elles nomment le *bòkò doktè-fey*, selon le nom des praticiens de la médecine créole, bien plus acceptés par les évangéliques.

devenus fous qui avaient été renvoyés en Haïti car on ne savait plus quoi faire d'eux au Chili²⁸⁸.

Si le recours au vodou au sein des parcours de soin des Haïtiens résidant à Los Nogales ne semble pas fréquent en 2014, cette forme de soin n'en demeure pas moins très structurante de leurs représentations de santé et de maladie. Nous avons vu que les Haïtiens rencontrés reconnaissent la possibilité et l'existence de ce qu'ils appellent les *maladi bòkò*, ne doutent pas que l'on puisse être attaqué par un *lwa*, une âme ou un *lougarou*. Ils possèdent des connaissances très claires et très diverses sur ces maladies et ont fait pour beaucoup l'expérience de soins auprès de ces praticiens en Haïti. Si ces maladies sont possibles et peuvent les toucher, les risques sont considérés moindres au Chili. Cela apparaît logique si l'on considère que l'explication de la maladie dépend avant tout du thérapeute qui la prend en charge et surtout de celui qui trouve une solution. Alors que les *lwa* ne traversent pas les océans, que les Chiliens ne sont pas capables d'attaquer et que les *bòkò* pratiquants au Chili sont peu identifiés, il n'y a guère de chance qu'une maladie soit identifiée sous cette catégorie. De plus, la biomédecine, et nous le verrons, l'église évangélique aussi, prennent en charge les maladies et offrent souvent des solutions. Cependant, quand une maladie devient chronique, grave ou approche une personne de la mort, des interrogations naissent sur son origine. Nathalie (n°3) par exemple, est convaincue que Stevenson, qu'elle voit toujours malade et très maigre, fait l'objet d'une persécution. Augustine (n°10) elle-même, pourtant convaincue qu'en arrivant au Chili, les *lwa* avaient quitté son fils et que les *lougarou* ne pouvaient plus s'en prendre à lui, s'est à nouveau posée la question d'une nouvelle *ekspedisyon* envoyée sur son fils quand les médecins ont parlé d'opérer son cœur²⁸⁹. Lorsque le fils d'Éliette (n°39) est décédé dans un accident de voiture, cette histoire qui a marqué tout le quartier de Los Nogales, a poussé de nombreuses personnes à voir là, la marque d'une agression liée à une jalousie²⁹⁰. L'église évangélique, comme il sera question plus loin, condamne fermement le vodou tout en mobilisant ses savoirs. La concurrence entre ces deux formes de soin, qui pensent et interviennent sur la santé en mobilisant des aspects magiques et religieux, est très forte. Elle est redéfinie au Chili, où le vodou est peu présent alors que l'Église fait de nombreux fidèles. Aussi, si bien le vodou est peu actif dans la prise en charge des souffrances et des maladies à Los Nogales, il sert toujours de cadre de référence pour penser les maladies et les souffrances.

10.2. La médecine créole

Sur la scène médicale haïtienne, la médecine créole occupe une place centrale dans la prise en charge des problèmes de santé et constitue une source de savoirs essentielle pour les représentations et pratiques mobilisées depuis l'auto-soin.

Partageant de nombreux points communs avec des médecines traditionnelles d'Amérique latine et des Caraïbes, la médecine créole haïtienne est le fruit d'une construction historique née des mouvements de population et des rapports de pouvoir entre les groupes sociaux. Plusieurs auteurs (Bordes, 1980 ; Brodwin, 1996 ; Vonarx, 2012 ; Weniger, Rouzier,

²⁸⁸ Il y a ici deux raisons à ce renvoi : la première est liée à la possibilité d'avoir une prise en charge d'une médecine adaptée au problème, la seconde est liée plutôt à l'objectif de la migration au Chili. En 2014, les personnes qui viennent à Santiago s'installent pour travailler et gagner de l'argent. Une personne incapable de travailler, si elle n'a pas de proche au Chili, n'aura personne pour prendre soin d'elle, et si elle a des proches, elle deviendra vite un poids.

²⁸⁹ Augustine (n°10) avait calculé que les « méchants » pouvait bien utiliser l'esprit des docteurs pour s'en prendre à son fils. Elle ne remettait pas en doute le fait qu'il ait des problèmes au cœur, mais en plus les médecins pouvaient être utilisés pour faire mourir l'enfant. Puis, quand les médecins, après une seconde échographie du cœur, ont finalement annoncé que l'opération ne serait pas nécessaire, elle n'a plus cru en cette histoire de persécution.

²⁹⁰ Au sujet de cette histoire, Daniel (n°1) émet quand même un doute sur cette conclusion. Pour lui les Haïtiens disent toujours que c'est une *ekspedisyon* quand quelqu'un meurt, sans prendre en considération la responsabilité de la personne. Dans ce cas : « ce n'est pas le mystique qui a envoyé mourir ce petit gars. Quand tu bois de l'alcool et que tu conduis, tu ne peux pas dire après que c'est une *ekspedisyon* qui a fait ça ! ».

Daguilh, Foucaud, et al., 1986) considèrent qu'elle a été engendrée par les esclaves africains d'Haïti. N'ayant pas accès aux médecins des maîtres, ils ont adapté les savoirs mobilisés dans leurs espaces d'origine aux possibilités offertes dans leur nouvel environnement pour prendre en charge les maladies. Une médecine empirique basée sur la phytothérapie, les massages et la gestion des accouchements s'est progressivement mise en place au travers d'une transmission orale. Si à l'époque coloniale, la médecine créole, comme le vodou, fait l'objet d'une répression pour être associée à de la sorcellerie ou à des empoisonnements, elle a acquis et maintenu une entière légitimité auprès de la population haïtienne. Elle dispose d'un ensemble de thérapeutes, que la biomédecine n'est pas parvenue à remplacer. Vonarx (2012) situe le vodou au sein de cette médecine créole, car elles naissent d'une même histoire et reposent sur un ensemble de savoirs partagés. Le vodou et ses thérapeutes se spécialisent cependant dans les maladies impliquant des entités non-humaines alors que les thérapeutes de la médecine créole ne prennent pas en charge ces problèmes. À l'exception des thérapeutes qui naviguent entre ces deux formes de soin et peuvent faire recours à leurs savoirs respectifs.

La médecine créole repose sur l'usage des plantes, des racines pour fabriquer des tisanes, des décoctions, des sirops, des huiles, pour faire des bains ou des frictions. Cet ensemble de traitements est nommé *remèd-fey*. À ces remèdes-feuilles s'ajoutent les soins par massage, par toucher ainsi qu'un ensemble de savoirs autour des accouchements. Weniger et Rouzier ont dirigé une étude sur l'usage des plantes dans la médecine créole dans les années 1980 et ont relevé les plantes ainsi que les maladies pour lesquelles elles étaient utilisées et leurs modes de préparation (Weniger, Rouzier, Daguilh, Foucaud, et al., 1986 ; Weniger, Rouzier, Daguilh, Henrys, & Anton, 1986). Ils notent une très grande diversité des savoirs : plusieurs plantes peuvent être utilisées pour une maladie, les recettes pour leurs préparations sont très variables. Ils observent que cette forme de soin repose en partie sur la théorie humorale, que l'on retrouve en Amérique latine et dans les Caraïbes, basée sur une opposition entre chaud et froid. Ces conceptions apparaissent ici et là pour parler d'une maladie ou d'un traitement, mais ne sont pas fondamentales à toutes les représentations de santé et aux choix thérapeutiques. Ces chercheurs ont également identifié dans les choix des traitements la mobilisation des processus analogiques, dont le principe consiste à « combattre l'état de mal en agissant dans le même sens de la maladie » (Weniger, Rouzier, Daguilh, Foucaud, et al., 1986, p. 9). Ainsi, par exemple, la théorie de la signature est parfois utilisée pour choisir des plantes qui présentent des caractéristiques communes avec les maladies (comme faire le choix d'une plante rouge pour traiter le sang). Mais ils observent aussi le recours à des processus allopathiques visant à vaincre un mal par son contraire. Ces auteurs notent également une conception de l'anatomie et de la physiologie qui se distingue en partie des savoirs scientifiques. Ils relèvent notamment que les organes signalés par les Haïtiens ne correspondent pas toujours aux organes définis par la science. L'estomac et le cœur par exemple ne sont pas situés au même endroit. Des organes non considérés par la biomédecine sont définis par cette médecine créole et peuvent être touchés par des maladies, comme par exemple le *biskèt tonbe*, qui correspond au déplacement d'un organe au sein de la cage thoracique et qui provoque des douleurs.

La médecine créole est utilisée pour faire face aux maladies communes, courantes, aux maladies qui ne sont pas rattachées à des entités non humaines. Reposant sur l'évidence des symptômes, elle soigne par exemple les *tèt fè mal* (douleurs de tête), *lafiyè* (fièvre), *grip* (grippe), *bronch* (bronchite, toux), *dyare* (diarrhée), *tous* (toux), *gòj fè mal* (gorge), *fredi* (rhume), *refwadisman* (refroidissement), *biskèt tonbe*, *gaz* et *van* (air entré dans le corps provoquant des douleurs) ; mais aussi les fractures et les douleurs musculaires²⁹¹. La médecine créole est

²⁹¹ Voir pour des exemples précis l'étude dirigée par Weniger et Rouzier (Weniger, Rouzier, Daguilh, Foucaud, et al., 1986; Weniger, Rouzier, Daguilh, Henrys, & Anton, 1986).

mobilisée sans intervention de thérapeutes depuis l'auto-soin, mais aussi en ayant recours à des thérapeutes, parfois de manière complémentaire aux soins biomédicaux ou vodou.

Une grande variété de thérapeutes intervient au sein de la médecine créole. Ils sont reconnus selon leurs spécialités, leur capacité à guérir certaines maladies, certaines douleurs ou à réaliser des accouchements. On trouve parmi eux les *fanmsaj* et les accoucheurs qui aident lors des accouchements et assurent généralement un ensemble de soins après l'accouchement ; les *moun ki manyen* (les gens qui manient) qui utilisent plutôt des massages et des manipulations du corps ; des *mèdsen-fèy* qui fabriquent et administrent des *remèd-fèy* à base de plantes. L'ensemble de ces thérapeutes est généralement regroupé dans la littérature sous le terme de *doktè-fèy*. Vonarx (2012, p. 54) défend au contraire l'idée que l'appellation *doktè-fèy* revient à des personnes ayant une formation biomédicale qui utilisent aussi les savoirs de la médecine créole ou parfois du vodou. Lors de mes conversations avec des Haïtiens, le terme *doktè-fèy* revenait le plus souvent en référence aux thérapeutes administrant des *remèd-fèy*. Seul Réginald (n°8) distinguait clairement les *doktè-fèy* qu'il appelait les docteurs deux-mains en ce qu'ils travaillaient avec la biomédecine et le vodou. Augustine (n°10), en cherchant bien, estimait que la différence reposait sur le fait que les *doktè-fèy* avaient eu une formation pour pouvoir préparer les remèdes ; alors que les *mèdsen-fèy* non. À noter aussi qu'Aster (n°1) parlait de *doktè-fèy* en faisant référence à des thérapeutes qui pratiquaient le vodou. Chrétienne, j'imagine qu'il était moralement plus acceptable de parler des *doktè-fèy* que des *bòkò*. (mais son mari Daniel (n°1) qui m'a ensuite expliqué les mêmes épisodes de maladies faisait clairement référence à un *bòkò*)

Les thérapeutes de la médecine créole, tout comme les *oungan*, disent avoir été choisis, élus, forcés à exercer ce métier. Leurs services sont très accessibles, au vu du nombre de personnes reconnues pour leurs savoirs et par leurs prix très peu élevés. Cette médecine est jugée comme étant très efficace et elle bénéficie d'une forte légitimité au sein de la population. Les thérapeutes exercent en général un autre métier en parallèle et en résulte une relation moins hiérarchique avec leurs patients.

Des moun ki manyen à Los Nogales

Au sein de Los Nogales, j'ai rencontré deux thérapeutes de la médecine créole, les deux seuls cités et consultés par les personnes enquêtées.

Naïma (n°39) se présente comme *doktè-fèy*. Cette femme de 32 ans travaille dans la restauration rapide chez *Dominó* et son mari à Lo Valledor. Ils ont quatre enfants, dont l'aînée a une dizaine d'années et le dernier-né est encore en Haïti. Elle est convertie et va à l'église du Pasteur Guy-Max (n°7). Le père de Naïma était *doktè-fèy* et il lui a transmis ses savoirs. Dernière d'une fratrie de sept enfants, elle accompagnait son père depuis petite pour ramasser des plantes et l'aidait à préparer les remèdes. Elle dit connaître une multitude de remèdes et de recettes et n'hésite pas à donner des exemples : elle sait guérir les femmes qui ne peuvent pas faire d'enfants, avec des plantes et des massages, enlever les parasites dans les selles des enfants en fabricant un sirop, soigner la grippe et notamment faire vomir les sécrétions des poumons lors de maladies respiratoires. Elle sait aussi placer correctement les enfants dans le ventre en cas de douleurs ou mauvais placement. Cependant, au Chili, elle ne peut presque pas faire de remèdes car elle n'a pas accès à la plupart des plantes dont elle a besoin, la végétation différant de celle dont elle connaît les propriétés (sans compter qu'habitant au cœur de Santiago, l'accès à la végétation est plutôt limitée). Aussi, face à cette difficulté, elle pratique avant tout des massages et manipule les corps pour des douleurs, des fractures ou des femmes enceintes. Pour cette raison, elle m'a été présentée comme une *moun ki manyen* (une personne qui manie) par Nathalie (n°3) et Fignollette (n°5). Les deux femmes ont eu recours à Naïma lors de leur grossesse. Nathalie explique que sa fille était tout en bas de son ventre, elle a sollicité Naïma qui lui a alors

« rangé la petite dans son ventre »*. Figolette a fait un faux pas au travail, ce qui avait bougé le bébé dans son ventre lui créant de fortes douleurs. Elle l'avait signalé à l'hôpital mais rien n'avait été fait. À l'Église, elle a vu Naïma qu'elle connaissait depuis Haïti et lui a demandé de l'aide. Celle-ci a alors remis l'enfant en place. Nathalie dit avoir payé 10 000 pesos²⁹² pour le soin. Naïma identifie très bien Karry, l'autre *moun ki manyen* du quartier, mais, et elle le dit avec une mine peu encourageante, « *il ne sait pas* »*.

Karry se dit être un *moun ki manyen*. Il dit avoir reçu ce don en rêve, il y a une quinzaine d'années. « *Ce n'est pas quelque chose que j'ai appris à l'école ou à l'université* »*, c'est un don. Karry est évangélique et considère que ce don lui a été donné par Dieu, afin de pouvoir apporter à l'œuvre de Dieu et de son Église. D'une manière semblable aux *bòkò* qui se distinguent de ceux qui achètent des *lwa* pour pouvoir exercer, lui n'a pas appris, mais il reçoit ses savoirs par le biais des rêves, qui lui indiquent des personnes à soigner ou des traitements à administrer. C'est ainsi d'ailleurs qu'il a soigné celle qui est désormais sa femme, Lolaine (n°6) , quand elle est arrivée au Chili. Elle avait fait une chute alors qu'elle habitait en République dominicaine qui lui provoquait une forte douleur au pied. « *Quand elle est venue ici, avec le froid, son pied a pris froid. Elle ne pouvait plus marcher. Elle ne savait pas que je savais manier. C'est un soir, pendant que je dormais, ma mère m'a dit en rêve : « Bon, Karry (n°6), tu sais manier, tu ne vas pas laisser ton amie souffrir tant de misère comme ça ! Demain matin, tu vas aller chercher cette racine près de Llanquihue ». Je suis allé très loin la chercher, en bus, puis je l'ai massée. J'ai mis la racine dans de l'eau avec un savon, comme on m'avait dit de faire quand je dormais. C'est ce que j'ai fait. Et c'est passé* »*.

Karry dit ne faire que des massages et des manipulations sur les corps. Il ne fait pas de *remèd-fèy* car il ne sait pas faire. Il dit clairement qu'il n'est pas un *mèdsen-fèy* et dénigre les *doktè* deux-mains. En tant qu'évangélique, il fait très attention à situer ses pratiques du côté du Bondieu et non de celui du Diable. Il tient en plus un discours assez paradoxal sur le fait qu'il accepte ou refuse de faire des soins. D'un côté il se présente comme quelqu'un qui rend beaucoup de services à sa communauté, disposé à aider tout un chacun ; puis il signale que les Haïtiens sont mauvais, qu'ils sont jaloux et qu'il ne souhaite pas avoir trop à faire avec eux. Je comprends que Karry est très sollicité pour faire des soins mais qu'il ne peut pas accepter tout le monde. Pour une part, il travaille beaucoup - quand sa femme a eu un enfant, il travaillait comme agent d'entretien à plein temps, puis, la nuit à Lo Valledor -, ce qui ne lui laisse guère de temps pour prodiguer des soins. Son épouse contrôle aussi de près qu'il n'accepte pas trop de patients. Cependant, il dit que s'il décidait d'en faire son activité principale, il aurait des patients toute la journée et pourrait vivre de ça. Il signale que même le pasteur de l'église de Lo Valledor lui envoie des malades.

Les soins administrés par Karry sont réalisés à son domicile, sauf lorsque le patient ne peut plus se déplacer. Il pousse alors la table de son unique pièce de vie et met sur le sol une couverture sur laquelle s'installe le patient. Karry demande au patient d'amener un savon, qu'il mouille et emploie pour masser. Il utilise aussi parfois un onguent de type baume du tigre. Les séances auxquelles j'ai assisté duraient entre 15 et 30 minutes. Pour soigner son mal, le patient devait revenir trois jours de suite pour être traité à trois reprises. L'ensemble du soin coûtait entre 10 000 et 20 000 pesos.

Karry explique soigner régulièrement des problèmes de « *dos, des gens qui peuvent pas manger, des os enflés, des biskèt tonbe* »*. Il voit surtout beaucoup d'hommes qui travaillent à Lo Valledor « *parce que vu comme ils travaillent à Lo Valledor, ils se sentent fatigués, ils perdent leurs nuits, ils ont des dérangements dans tout le corps* »*. Il s'occupe des femmes enceintes et replace les bébés correctement dans les ventres. Il l'a fait pour Rosénie (n°30) par exemple qui signale qu'il lui a fait très mal mais qu'il a réussi. S'il refuse d'aider quelqu'un à avorter (ce qui lui a

²⁹² Soit 13,50 euros selon les taux de conversion en octobre 2017.

été demandé), il peut par contre aider des femmes qui ne parviennent pas à faire des enfants quand elles ont la « *ceinture ouverte* »* : « *leur ceinture est bloquée. Elles viennent me voir pour me demander de l'aide. Je ne les touche pas avec du clairin²⁹³, mais par exemple avec de la pommade ou un peu d'eau. Elles ne peuvent pas faire d'enfant, car leur ceinture est ouverte, comme quand les femmes ont leurs règles. Il y en a qui ont leurs règles pour trois jours, d'autres une semaine et d'autres quinze jours. Celles-là, leur ceinture ça ne va pas. Quelqu'un qui sait manier peut fermer leur ceinture. Parce que dès que la ceinture est fermée, tu as tes règles normalement. Après, tu peux faire un enfant* »*. Il intervient aussi lorsque quelqu'un souffre d'une *biskèt tonbe* : « *il y a des gens qui ne peuvent pas manger. C'est leur estomac qui est ouvert. Depuis que leur biskèt est tombée, ils ne peuvent pas manger. Ils ne peuvent plus manger et n'ont plus d'appétit. Ces gens ont alors un dérangement. Ils viennent alors me voir, je les manipule et le dérangement passe et ils peuvent manger* »*. Il dit qu'il s'aperçoit vite quand la *biskèt* est tombée car il le sent au niveau de la cage thoracique. Il doit pour cela « *redresser* » la *biskèt* au niveau des côtes.

Pour valoriser son travail, comme le semble le faire les différents thérapeutes interrogés dans les différentes formes de soin, il souligne qu'il parvient à soigner des cas que les autres n'ont pas réussi à guérir. Ainsi par exemple il a réussi à guérir une femme qui connaissait de fortes douleurs suite à une chute qu'elle avait eu jeune fille : « *Partout où elle est allée, elle n'a pas trouvé de solution. Dans tous les hôpitaux et elle n'a pas trouvé de guérison. Elle est venue chez moi, je lui ai demandé un savon. Elle a guéri* »*. Il y a là un aspect miraculeux qui permet de souligner sa propre importance et légitimité. Cela rejoint la tendance de tous les thérapeutes à dire qu'ils peuvent guérir les femmes qui ne peuvent pas avoir d'enfant. L'aspect central de la maternité et la capacité d'agir sur celle-ci semble primordiale pour prouver les capacités soignantes d'une personne et sa légitimité à exercer. On retrouve ici aussi l'idée de miracle accordé par Dieu à travers le don qu'il lui a remis.

Les deux thérapeutes identifiés à Los Nogales prennent donc en charge avant tout les douleurs et problèmes corporels qui peuvent s'arranger avec le massage et la manipulation des corps. Ils sont assez limités dans leurs pratiques de soin, d'une part pour Naïma (n°39), faute d'accès aux matériaux nécessaires, et d'autre part, faute de disponibilité. Leur travail, nécessaire pour maintenir la situation migratoire régulière et leurs obligations familiales ne leurs permettent pas de dédier beaucoup de temps aux soins.

Le recours à la médecine créole selon les Haïtiens de los Nogales

Tous les Haïtiens avec lesquels j'ai réalisé des entretiens disent avoir eu recours à des thérapeutes de la médecine créole en Haïti. Réginald (n°8), toujours attentif à rester dans ce qui est moralement acceptable selon l'église et veillant à ma bonne compréhension des types de praticiens en Haïti, souligne bien qu'il y a dans la médecine créole des praticiens qui utilisent le surnaturel. Il précise qu'il n'a pas recours à ceux-là, bien qu'il leur reconnait une efficacité, pour « *les gens qui y croient* »*. Cela dit, la médecine créole et ses thérapeutes apparaissent comme très efficaces et légitimes et sont très valorisés. Pour Fignolette (n°5), les *dokètè-fèy* sont « *les plus forts* »*. Nathalie (n°3) considère qu'ils sont la preuve de la richesse d'Haïti : « *En Haïti il y a pleins de remèdes ! Tu vois, les Chiliens ils disent qu'en Haïti il n'y a rien. Ils ne comprennent pas qu'il y a plein de remèdes-feuilles* »*. Ces thérapeutes sont effectivement reconnus pour disposer d'une grande gamme de remèdes utiles pour affronter les maux courants et ceux, d'origine naturelle, que la biomédecine ne connaît pas ou ne sait pas soigner. Ils sont également considérés beaucoup plus accessibles que la biomédecine et moins chers que la biomédecine et les thérapeutes vodou.

La majorité des personnes interrogées ne connaît pas de thérapeute de cette forme de soin à Los Nogales ou au Chili. Réginald imagine même que ça doit être interdit au Chili de

²⁹³ Le clairin (*kleren*) est une eau-de-vie à base de canne à sucre qui peut être utilisée pour des *remèd-fèy*.

pratiquer ce genre de médecine. Ce sont surtout des femmes qui ont connu des douleurs lors de leur grossesse qui étaient informées de l'existence des deux thérapeutes signalés. Xavier (n°35), représentant santé de l'association Oshéc, me signalait lui, que c'étaient principalement des hommes qui allaient voir Karry (n°6) afin qu'il prenne en charge leurs douleurs corporelles. Il précisait alors que les personnes qui travaillaient avaient difficilement le temps d'aller voir un médecin et pour eux, avoir recours à Karry était plus facile.

La plupart des personnes regrette le faible nombre ou l'inexistence de thérapeutes disponibles à Los Nogales. Sabina (n°34) et Rosénie (n°30), un jour que nous discussions dans le centre de santé, m'expliquèrent que le problème au Chili c'est que tout se résume aux médecins, aux infirmiers et aux hôpitaux. En Haïti au moins, dirent-elles, il est possible de préparer des calmants, des remèdes pour soulager les douleurs, diminuer la fièvre et il n'y a pas besoin d'aller tout le temps à l'hôpital. Nathalie précise que si elle avait été en Haïti, sa fille aurait été prise en charge par des *doktè-fèy*. Cette dernière a été hospitalisée pour pneumonie et souffre d'apnée. Elle a en permanence un moniteur qui contrôle sa respiration et une bouteille d'oxygène a été placée chez eux en cas de besoin : « *En Haïti, c'est plutôt des doktè-fèy qui l'auraient traité pour moi. Ils lui auraient donné un remède, des feuilles d'oranger, des feuilles de citronnier aussi. Un truc qui s'appelle pomkanèl. Ils l'auraient frotté avec, ils auraient préparé une eau pour que je la baigne. Je n'aurai pas eu besoin de cet oxygène là* »*. Nathalie, tout comme Figolette (n°5), Célestie (n°21), Cinellie (n°4) ou Rosénie (n°30) - qui ont toutes eu des enfants au Chili - regrettent la possibilité de recevoir des soins de la médecine créole dans la période risquée post-accouchement. Les mesures de protection et les soins sont très nombreux et très rigoureux en Haïti et ils demandent la supervision d'un spécialiste ou d'une personne de la famille qui ait des savoirs, généralement les mères. Or au Chili, il y a peu de thérapeutes, les mères ou les tantes ne sont pas présentes et surtout, il faut aller souvent au centre de santé et à l'hôpital les premières semaines, ce qui empêche de réaliser un certain nombre de mesures²⁹⁴. Quelques soins sont réalisés au domicile par les femmes elles-mêmes, leur mari ou des proches, mais ces femmes les considèrent insuffisants.

Daniel (n°1) apprécierait de voir des *doktè-fèy* s'installer au Chili : « *Ce serait bon pour les Chiliens aussi ! Parce qu'ils souffrent aussi de douleurs et quand ici on va à l'hôpital, tu dis au docteur que tu as telle ou telle douleur et il te donne un comprimé pour calmer la douleur. Mais les médecins qui manient, quand ils te manient, toute ta douleur part* ». La plus grande efficacité des massages pour guérir des douleurs est nettement reconnue. Pour les personnes qui comme Daniel fréquentent avant tout les services d'urgence au centre de santé, les douleurs y sont soulagées avec des médicaments, mais pas traitées dans le fond. La biomédecine apparaît alors comme moins efficace. Peut-être qu'un recours aux médecins en journée donnerait une autre appréciation de cette prise en charge, mais elle est bien moins accessible aux travailleurs.

Parmi les personnes enquêtées, plusieurs administrent elles-mêmes des *remèd-fèy* sans demander l'intervention d'un *mèdsen-fèy*. Cette prise en charge depuis l'auto-soin est traitée dans le chapitre suivant, mais, dès à présent, il est possible de souligner que les personnes se plaignent d'avoir accès à un nombre limité de plantes. Nathalie (n°3) cependant s'est fait envoyer par sa mère une huile de ricin (*maskèti*) composée par un *doktè-fèy* afin d'aider à soigner les problèmes respiratoires de sa fille. Mais l'envoi de produits végétaux au Chili est

²⁹⁴ Les soins post-accouchements sont très variables d'une femme à l'autre. Ils consistent cependant à nettoyer le corps de la mère et à le refermer en empêchant que des vents, de l'air, n'entrent à l'intérieur du corps ouvert par la maternité et l'accouchement. Le régime alimentaire est très surveillé, les femmes n'ont pas le droit de sortir de leurs maisons et doivent éviter les courants d'air la ou les premières semaines, elles doivent prendre des bains, recevoir des massages et leur corps est serré avec des linges et vêtements.

interdit et très contrôlé à la douane. Moïse (n°38) par exemple avait fait venir des remèdes commandés par sa mère pour lui et ils ont été bloqués à l'aéroport. Le recours aux plantes connues et aux traitements préparés par des *mèdsen fèy* est très limitée.

La médecine créole apparaît donc comme une forme de soin très largement utilisée en Haïti pour les maux courants et les maladies qui n'impliquent pas des entités non humaines. Elle est considérée efficace et ses thérapeutes y sont consultés fréquemment quand les soins administrés à la maison sont insuffisants. De plus, ses savoirs sont largement utilisés pour penser les maladies et administrer des traitements depuis l'auto-soin. Au Chili, cette forme de soin demeure également une référence pour penser et traiter dans la mesure du possible les maladies. Cependant, elle perd l'accessibilité et la proximité qui lui donnait une place si importante. Alors qu'il y a de très nombreux spécialistes que l'on peut consulter pour peu d'argent en Haïti et que les remèdes sont à portée de main, au Chili, il y a peu de thérapeutes qui disposent de peu de moyens pour préparer leurs remèdes et de peu de temps pour faire des consultations. La biomédecine prend le relais pour la prise en charge des maladies des jeunes enfants et des femmes enceintes, mais cela ne satisfait pas toujours les parents qui, bien qu'ils reconnaissent l'efficacité de cette médecine, auraient préféré d'autres traitements pour gérer certains maux. Les adultes qui travaillent ont moins recours à la biomédecine, ils regrettent les remèdes de la médecine créole et la possibilité d'avoir accès à ses thérapeutes. Certains problèmes, comme des fortes douleurs corporelles (fréquentes pour les hommes qui ont des métiers très physiques) ou des enfants mal placés dans les ventres des femmes enceintes, justifient qu'on fasse appel aux rares *moun ki manyen* présents à Los Nogales. Enfin, les savoirs de la médecine créole sont repris, comme cela est exposé dans le chapitre 11, depuis l'auto-soin, à partir des plantes et des racines qu'il est possible de trouver au Chili.

10.3. Les Eglises évangéliques à Los Nogales et la gestion des maladies et souffrances

La majorité des Haïtiens que j'ai rencontré à Los Nogales se déclare « avec l'Évangile », « chrétien », dit avoir « accepté le Christ » et s'être placé dans « les mains de Dieu ». À part quelques rares exceptions, principalement parmi les hommes jeunes et célibataires et les dirigeants associatifs, les personnes se disent évangéliques et se rendent dans les églises évangéliques haïtiennes²⁹⁵. À Los Nogales, plusieurs églises se sont créées depuis 2010 accueillant principalement des Haïtiens. Le dimanche matin, les rues du quartier sont parcourues par des familles très bien vêtues se rendant vers les lieux de culte, Bible et *Chants d'espérance*²⁹⁶ en main. Leurs localisations est présentées dans le chapitre 9 dans la carte 9.1.

Les Églises évangéliques haïtiennes de Los Nogales

La *Iglesia Apostólica Pentecostal*, plus connue parmi les Haïtiens comme l'église du Pasteur Guy-Max (n°7), est la plus importante et la plus visible de ces églises. Fin 2010, alors que Guy-Max était arrivé depuis plusieurs mois au Chili, il est tombé sur une église au cœur de Los Nogales. Surpris que celle-ci soit fermée un dimanche matin - les Chiliens organisent les cultes les après-midi -, il a demandé au pasteur responsable l'autorisation d'y entrer pour prier et adorer Dieu avec ses compagnons. Le dimanche suivant, Guy-Max est revenu avec un certificat disant qu'il était pasteur en Haïti et avec une recommandation d'un pasteur de République dominicaine. Il demanda et obtint l'autorisation d'utiliser l'église les dimanches

²⁹⁵ J'ai également rencontré une famille qui était devenue témoin de Jéhovah lors de la grossesse difficile de la femme et une famille adventiste. Les témoins de Jéhovah à Santiago ont formé certains de leurs membres au créole et des espaces de culte en créole ont été ouverts au courant de l'année 2014.

²⁹⁶ Le livre *Chants d'espérance* rassemble des chants en créole, français et anglais. Ils servent de support aux nombreux chants partagés par l'assemblée.

matin pour servir Dieu. Au fil des semaines, l'église s'est remplie, à mesure de l'arrivée des Haïtiens dans le quartier. Le pasteur chilien demeure le supérieur de Guy-Max et prête sa signature pour les baptêmes et les mariages, mais Chiliens et Haïtiens célèbrent leur culte de manière indépendante à des horaires différents. Fin 2014, l'église recense environ 600 membres. Tout le monde peut devenir membre de l'église, mais pour cela, il faut prouver une présence régulière lors des services dominicaux. Chaque semaine, les nouveaux venus sont présentés à l'Assemblée : début 2014, ils étaient entre 5 et 10 personnes, et début 2015, environ 15 à 20 personnes, ce qui présente un bon indicateur de la croissance de cette migration. À cette date, l'église, qui est pourtant grande et spacieuse déborde sous le nombre de fidèles. Le moindre espace est occupé et il est donné pour consigne de laisser les poussettes dehors. Il est question d'acheter un terrain ou un hangar plus grand, mais pour l'heure l'église n'en a pas les moyens. Le pasteur Guy-Max compte sur l'aide de plusieurs personnes, pour organiser les services, prêcher, animer ou tenir des groupes de prière. De nombreux groupes de musique et de chorale y répètent et se présentent le dimanche. Un office service est organisé un soir de semaine et le mardi matin est dédié au jeûne, temps de prières et de chants mené par Andremène (n°7), la femme du pasteur. Tous les dimanches matin avant le service, les membres sont conviés à l'école dominicale où les textes de la Bible sont enseignés et appris. Un comité est chargé d'organiser l'assemblée, de surveiller les présences et de faire respecter l'ordre pendant les services. Enfin, peu de temps après sa création, l'église a connu une scission et une partie de l'assemblée a suivi un pasteur pour installer une église à Lo Valledor. Celle-ci compte au moins autant de fidèles que celle du pasteur Guy-Max. Enfin, Guy-Max initie au Chili des études de théologie et participe à des réunions au sein du mouvement de la *Iglesia Apostólica Pentecostal* chilienne.

Encadré 10.1. Photographies de deux églises évangéliques haïtiennes à Los Nogales



L'Église Baptiste de la Grâce Immigrant est née en 2012 quand un groupe de prière qui se réunissait chez des particuliers a senti le besoin de former une église. Début 2013, ils trouvent une salle à Los Nogales et commencent à y célébrer des services le dimanche matin, sous la direction du pasteur Elie. Comptant une quinzaine de membres au commencement, l'église fait salle pleine le dimanche matin à la fin de l'année 2014 et compte 120 membres. L'espace du culte, une longue salle aménagée dans une maison, est beaucoup plus petit que celui de l'église du pasteur Guy-Max, et connaît le même problème de surpopulation et cherche un nouvel espace. L'assemblée connaît des difficultés avec les voisins qui coupent régulièrement eau et électricité du lieu. Dans cette église, les baptêmes sont célébrés mais les mariages ne sont pas encore possibles. La présence des membres, ainsi que celle de leur Bible, est contrôlée chaque semaine.

Une troisième église apparaît au cours de l'année 2014. Abraham, membre de l'église du Corps du Christ de Thomonde en Haïti est alors de passage au Chili²⁹⁷. Candice (n°12), qui appartenait à cette même église, raconte qu'il s'est présenté dans l'église du pasteur Guy-Max et a appelé les membres de l'église du Corps du Christ pour une réunion afin d'envisager la création de cette église au Chili (ce qui a fort déplu au pasteur). Peu après, une salle a été trouvée à Los Nogales et des services se sont mis en place le dimanche matin. Fin 2014, je comptais une trentaine de personnes dans l'assemblée.

Églises évangéliques, promesses de salut et de santé

En Haïti, les Églises protestantes évangéliques bénéficient d'une grande légitimité. Le protestantisme en Haïti a connu une première implantation au cours des 18^{ème} et 19^{ème} siècles, bien que celle-ci soit restée superficielle. Romain (1979) estime que le protestantisme s'est véritablement développé en Haïti dans la première moitié du 20^{ème} siècle alors que le pays était occupé par les États-Unis. C'est à cette époque selon Clorméus (2014) que cette religion a atteint les milieux populaires et paysans, et qu'elle est parvenue à s'enraciner. Les écoles et les dispensaires construits par ces églises, la traduction de la Bible et les services en créole ont largement contribué à leur notoriété et à leur acceptation dans une société jusqu'alors catholique. Pourtant, dans les années 1980, une pentecôtisation de la société s'observe (Corten, 2001). « Qu'il s'agisse d'Églises haïtiennes sous tutelle américaine, d'Églises relativement autonomes, d'Églises isolées ou d'un mouvement charismatique catholique qui met l'accent sur les miracles de guérison et l'émotion dans ses services religieux, le phénomène pentecôtiste pénètre profondément la société haïtienne » explique Vonarx (2012, p. 58). Dans le contexte économique et politique précaire de la société haïtienne, les promesses de salut et de guérison de ces églises, l'appartenance à une communauté ou encore la possibilité d'atteindre un statut social et une connaissance offrant une reconnaissance des pairs sont bienvenus²⁹⁸.

Si ces églises présentent une grande hétérogénéité de représentations, de pratiques et d'organisation, certains principes s'observent au sein des mouvements évangéliques, auxquels répondent les églises haïtiennes de Los Nogales. Tout d'abord, elles s'inscrivent dans les réformes protestantes du 16^{ème} siècle. Elles reconnaissent la Bible comme seule source d'autorité en matière de foi et de morale, et, tout particulièrement les églises évangéliques, en observent une lecture littérale. Elles croient au salut des âmes par la grâce de Dieu et considèrent que l'accès à Dieu est direct et n'a pas besoin d'intermédiaire. Elles font de la conversion et du baptême des moments cruciaux de la vie d'un chrétien : le baptême est considéré comme une renaissance en ce qu'il consiste à faire l'expérience de l'existence de Dieu par la présence en soi de l'Esprit-Saint. Être chrétien c'est accepter le Christ, le recevoir, le laisser se manifester en soi et en témoigner. La présence de l'Esprit-Saint chez les convertis se manifeste par des dons spirituels attribués par Dieu dans le but de permettre à chacun d'œuvrer pour son église, d'annoncer son retour (Favre & Stolz, 2005; Krummenacher, 2007).

La maladie, la souffrance, les malheurs et la guérison jouent un rôle central au sein de ces Églises. Le mal, la maladie sont considérés comme des œuvres de Satan, du Diable et témoignent de l'emprise des démons sur les individus. Ils naissent du péché, du manque de foi, de l'incrédulité et du manque de connaissance de la présence du Christ. Aussi, seule la foi peut vaincre Satan et ses démons. Il faut donc accepter Dieu, recevoir sa lumière, car lui seul est Tout-puissant et peut vaincre l'obscurité. Avec le baptême, en recevant l'Esprit-

²⁹⁷ Il expliquait habiter actuellement au Brésil et être venu voir des connaissances pour évaluer la situation au Chili et décider s'il y restait ou non. Il est finalement resté.

²⁹⁸ Massé (2002) s'intéresse aux dimensions microsociales qui peuvent motiver une personne vers les églises protestantes fondamentalistes et relève, à la suite de Corten (1999) *l'empowerment* que cette participation permet.

Saint, les chrétiens font l'expérience du Christ et bénéficient de sa protection : en acceptant le Christ, en se rangeant de son côté, la maladie n'a plus lieu d'être. Ils peuvent également se libérer de l'emprise des démons et guérir. La guérison devient alors « l'expression de la Toute-puissance de Dieu » (Laplantine, 1999, p. 105). Elle est la preuve du retour de Dieu. On trouve ici l'importance des témoignages de guérison, qui font partie d'un ensemble d'énoncés performatifs (Austin, 1991; Laplantine, 1999, p. 102) érigés en preuve du retour du Christ.

Par ailleurs, la maladie étant satanique, elle est donc exogène et peut être retirée, expulsée du corps. « Au nom de Jésus », les corps peuvent être libérés. Certains convertis reçoivent le don de guérison et peuvent, par leur foi et leur prière, permettre la libération des malades. Dans de nombreuses églises évangéliques, ces guérisons sont théâtralisées, elles nécessitent la participation de toute l'assemblée qui vit et ressent l'expulsion de Satan comme une preuve matérielle de la présence de Dieu.

Ces conceptions sur l'origine du mal dans Satan et ses démons, qui peuvent attaquer une personne et la posséder et qui peuvent également être expulsés des corps, de même que la présence de l'Esprit-Saint qui vient dans les corps des fidèles et les guide, n'ont aucune difficulté à s'inscrire dans les représentations vodouisantes et catholiques de la société haïtienne. Face aux démons qui causent les maladies, Dieu peut sauver ceux qui croient en lui. Plus encore, il les sauve après la mort. Il y a ici une alternative intéressante aux *oungans*. Gratuite (pour Réginald (n°8), « *quand les gens n'ont plus d'argent, que le bòkò ne les a pas guéris, ils vont chercher une solution à l'église* »*) et moins risquée (pour Daniel (n°1), « *si tu vas du côté mystique, c'est un engagement que tu prends. Si tu ne le payes pas, tu auras des problèmes. C'est un gros engagement. Mais quand le Bondieu donne, il te donne c'est tout* »*), elle offre aussi la possibilité d'une protection quand, en étant à l'étranger on ne peut plus bénéficier des protections familiales ni de celles des ancêtres. Aussi, les pasteurs des églises évangéliques haïtiennes à Los Nogales articulent savoirs populaires, savoirs vodou et de la médecine créole aux savoirs de l'église évangélique. Ils font ainsi concurrence au vodou dans la gestion des maladies surnaturelles, et, dans un contexte où le vodou est peu accessible, parviennent aisément à convaincre les personnes de leur intérêt à se convertir.

Savoirs des pasteurs et prise en charge des souffrances par l'Église à Los Nogales

J'ai interrogé les pasteurs des deux églises de Los Nogales (le pasteur Elie étant accompagné d'un membre de son église), ainsi que Jonas (n°32)²⁹⁹, responsable du service du quatrième dimanche du mois dans l'église du pasteur Guy-Max (n°7), service dédié spécifiquement à la prise en charge des souffrances et des maladies. Tous distinguent deux types de maladies : les maladies naturelles et les maladies non naturelles. Les premières, qui n'engagent aucune entité non humaine, doivent selon eux être prises en charge par les médecins. Bien sûr, la prière aide à la résolution des problèmes, mais pour Jonas, « *Dieu, comme Tout-puissant, peut soigner toutes les maladies. Tu peux avoir la grippe et prier Dieu. Mais ce n'est pas primordial parce que Dieu sait pourquoi il y a des docteurs sur Terre. Il sait pourquoi il y a des médicaments* »*. Tous recommandent avant tout d'aller à l'hôpital.

Le deuxième type de maladies rassemble les maladies non naturelles. Œuvre de Satan, elles correspondent pour eux aux maladies causées et traitées par le vodou. *Ekspedisyon, maladi*

²⁹⁹ Jonas est né en 1990 à Port-au-Prince. En 2008, il part vivre en République dominicaine où il commence à prêcher dans les églises évangéliques. À son arrivée au Chili, il est allé dans l'église du Pasteur Guy-Max (n°7). C'est un de ses amis qui aurait signalé au pasteur qu'il jouait de la musique. Le pasteur a acheté une guitare et lui a proposé de jouer pour l'église. Depuis il est responsable de la musique. Un jour, un pasteur qui le connaissait est venu de République dominicaine. Il a signalé au Pasteur Guy-Max qu'il connaissait Jonas, lequel prêche dans plusieurs églises en République dominicaine. Le pasteur a alors demandé à Jonas s'il voulait bien l'aider dans l'église. Il est en charge de l'école dominicale et du jeûne le quatrième dimanche de chaque mois. Il prêche également sur les réseaux sociaux.

zonbi, persécutions, *longarou*, toutes ces attaques des démons peuvent être prises en charge par l'Eglise. Les chrétiens ne peuvent se tourner vers les *bòkò* qui, s'ils sont reconnus efficaces pour guérir ces maladies, œuvrent au nom de Satan. De plus, pour ces maladies, il n'est pas utile d'aller à l'hôpital ; les pasteurs considèrent eux aussi que les médecins ne verront pas la maladie et s'ils la voient ils ne pourront pas la guérir, mais surtout, qu'il est dangereux d'aller à l'hôpital, car comme le précise Jonas, « *si tu fais une injection, tu meurs de suite !* »*. Pour les deux pasteurs, on reconnaît ces maladies car elles ne peuvent être guéries par les médecins. Jonas, fort de son don de guérison, dit être capable de distinguer ces maladies de Satan sans difficulté : c'est l'Esprit-Saint qui lui signale.

Elie établit une autre distinction entre les maladies et sépare maladies physiques des maladies spirituelles. Si les premières correspondent globalement aux maladies naturelles qui touchent le corps, les secondes incluent des maladies considérées naturelles, qui touchent des aspects de santé mentale. La dépression, le découragement, la tristesse, la solitude sont des souffrances que l'église peut prendre en charge. Les termes de cette typologie se retrouvent parfois dans les prêches et dans les prières de Jonas à l'église.

Selon ces trois personnes, les « vrais chrétiens » sont protégés des attaques de Satan. « *Pour nous les croyants* » dit le Pasteur Elie, « *même si ça existe, AU NOM DE JESUS ! LUMIÈRE ! La noirceur du Diable ne peut pas nous toucher. Christ est au contrôle de la vie. Ça veut dire que si quelqu'un disait : « Meurt par *ekspedisyon* ! », une *ekspedisyon* ? Qu'est ce que ça veut dire ? Je ne crois pas en ça moi* »*. En acceptant le Christ, ils reçoivent sa protection, sa lumière. Cependant, les chrétiens peuvent quand même rencontrer des problèmes qui leur sont spécifiques : pour Pasteur Elie, « *il faut que nous rencontrions des problèmes, il faut que nous rencontrions la maladie. Parce que c'est avec la maladie qu'une personne rencontre... c'est Dieu que tu vas connaître. C'est à ce moment là que tu vas dire : mon cher, après que Dieu m'ait guéri, il n'y a rien qui pourra me battre encore* »*. Mais pour Jonas (n°32) ce sont des épreuves qui sont à portée des personnes. De toute manière, insiste Elie, les chrétiens seront sauvés à leur mort, leur foi leur permet leur salut. Le baptême étant plutôt pour les adultes, les enfants, quelques temps après leur naissance, sont placés sous la protection de Dieu lors d'une présentation à l'église. Comme le rappelle le pasteur Guy-Max le jour de la présentation des enfants de Nathalie (n°3) et Leïla (n°14), en les présentant à Dieu, celui-ci pourra les protéger des esprits qui viennent les chercher dans leur berceau.

La foi et la prière sont aussi les moyens d'obtenir une guérison en cas de maladie, et plus particulièrement en cas de maladie non naturelle. Comme le rappelle Pasteur Elie : « *D'après la parole de Dieu, le psaume 37 verset premier dit « Recommande ton sort à l'Éternel, mets en lui ta confiance et il agira » (...) nous devons donc croire et attendre* »*. Tout le monde peut prier. « *Depuis que Jésus est mort, tu peux prier directement, tout le monde a le droit de prier* »* explique Jonas. Il y a d'ailleurs toujours un temps dans les services où chacun fait tout fort ses prières : remerciements, plaintes, demandes, exigences, tout est directement adressé à Dieu. Cependant, certaines personnes n'ont pas assez de foi, pas assez de force dans leurs prières, lorsque les maladies sont trop importantes. Il faut alors l'intermédiaire d'une ou plusieurs personnes qui disposent du don de guérison. C'est là une des forces de l'église de Pasteur Guy-Max dans laquelle Jonas, reconnu pour ce don, intervient régulièrement³⁰⁰. Sans bénéficier de ce don, les deux pasteurs estiment cependant que leur prière est puissante. Guy-Max signale que si quelqu'un a un problème grave, il se met à genoux pour prier le Seigneur, et malgré les douleurs, il reste à genoux et il implore. Et cela peut guérir les personnes. Elie, lui, se présente comme un intermédiaire de Dieu : « *Dieu qui est aux cieux, avec sa puissance, si l'Éternel décide que telle personne va guérir, alors cette personne va guérir. Quand je*

³⁰⁰ Cependant, le pasteur reconnaît que son église n'est pas en mesure d'avoir un Ministère de la Libération comme on le trouve dans des grandes églises évangéliques où il est possible de venir à n'importe quelle heure pour obtenir une guérison.

*dirige les prières, je sens que Dieu me parle et alors une personne guérit. Je ne sais même pas comment elle s'appelle, mais Dieu me dit qu'untel est malade et qu'il va guérir. Il y a une voix qui parle avec moi »**.

Jonas est reconnu pour ses capacités à guider les prières liées à la libération des souffrances et des maladies. Il intervient le quatrième dimanche du mois, accompagné de deux femmes, dans le service dédié aux souffrances. Lui-même commente ainsi ses propres capacités à recevoir l'Esprit-Saint et à permettre les guérisons au sein de l'Église : « *Il y a des fois l'Esprit-Saint nous fait des visites très fortes. Quand il nous visite comme ça, les personnes crient, elles pleurent ! Parce que quelque chose est en train de se passer. Moi, j'ai ce don. Il y a des personnes chrétiennes qui peuvent sentir l'Esprit-Saint et faire la même chose que moi. Et il y a des personnes qui ne vont rien sentir du tout, si ce n'est pas leur don. Moi je vais parler et chanter et parler et chanter et personne ne veut perdre... les miracles. Quand on a ce don, je dois juste dire Alléluia ! Et la personne sent quelque chose »**.

Encadré 10.2. Déroulement d'un service spécifique à la prise en charge des souffrances. Église de Pasteur Guy-Max³⁰¹

L'école dominicale finie, l'église continue de se remplir. Tout le monde est très serré, les nouveaux venus cherchent une petite place, les femmes partagent les chaises et les bébés circulent de mains en mains. Les instruments s'accordent et la musique commence. Des chants en créole s'enchaînent ; dynamiques, allègres et rythmés, ils entraînent l'assemblée qui progressivement se met à danser et chanter à l'unisson. Dieu est remercié pour tous ces bienfaits. Puis la musique change doucement de rythme, se faisant lente, suppliante. Jonas, sur l'estrade au devant de l'église, les yeux fermés, commence une prière. Des personnes s'accroupissent, d'autres plongent leurs visages vers leur bébé, certaines se tournent vers le mur et d'autres encore restent debout, se balançant tranquillement, main sur le visage ou visage en recueillement. Progressivement, la prière de Jonas se démultiplie au travers des voix des membres de l'assemblée. Chacun adresse ses prières à Dieu, lui demande pardon, lui signale ses problèmes et lui demande l'aide. La musique, toujours douloureuse s'emporte par moment et gronde. Les voix la suivent. Elles se font déterminées, elles implorent, elles exigent. Des visages sont marqués par la douleur, par les pleurs. Une femme se met à crier, puis elle répète en pleurant qu'elle a été fidèle à Dieu, qu'il doit l'aider maintenant. Des mains se tendent vers le Ciel, puis se balancent, faisant appel à la force de Dieu. À l'arrière de l'église, une autre femme crie puis tombe au sol en répétant « Alléluia ! Alléluia ! Nom de Jésus ! Sang de Jésus ! ». Puis la musique fait redescendre l'intensité. La voix de Jonas se détache à nouveau. Le temps est aux remerciements, malgré les maladies, malgré les *ekspèdisyon*, il faut remercier Dieu. Les chants reprennent, plus légers, remplis de reconnaissance, guidant l'assemblée vers des émotions plus réjouies.

Deux personnes, qui en avaient fait la demande, sont alors invitées devant l'assemblée. Un homme raconte qu'un de ses amis est hospitalisé, qu'il a deux enfants et il demande à l'église de prier pour lui. Il commence alors un chant auquel se joindront les musiciens, puis l'ensemble de l'église. À sa suite, un autre homme commence à chanter. Son visage se tord de douleur, son chant devient un cri, son corps tremble. Toute l'église l'accompagne, emplie d'émotions, peut-être marquée par la présence divine. La musique qui le porte semble alors gérer ses émotions et transforme progressivement cette plainte en joie. Les corps s'accrochent à nouveau au rythme et tous sont portés par la joie des chants qui se succèdent.

Avant de mettre fin au service, Jonas propose à toutes les personnes ayant un problème particulier, une maladie ou une souffrance de venir près de lui, dans la partie à l'avant de l'église. Il va réaliser une prière *deblokaj*. Presque les trois quarts de l'assemblée s'avance alors vers lui. Un chant commence que Jonas transforme finalement en prière : « Il y a des gens qui ont des maladies spirituelles, il y a des gens qui ont des maladies physiques, il y a des gens qui cherchent du travail, il y a des gens qui veulent trouver une maison, il y a des gens qui veulent faire un enfant... ». Le rythme de sa voix s'accélère, tout comme la musique qui la soutient. Il demande au Seigneur de les aider à trouver un travail, une maison, de les libérer de leurs maladies, de leur permettre de faire un enfant. « Au nom de Dieu, vous êtes guéris ».

Pour Jonas, il importe peu de savoir qui est malade et de quelle maladie souffre une personne. Ses prières, comme dans l'exemple ci-dessus, sont avant tout collectives : « *Je prie pour tous. Peu importe ce que tu as ! Si tu as une maladie, tu peux guérir. Ça dépend de Dieu. Il y a des personnes que Dieu ne va pas guérir. Il y a des personnes, Dieu ne voit même pas ce qu'elles ont, elles doivent aller chez le docteur et prendre des médicaments et c'est bon. (...) Comme dans l'église il y a*

³⁰¹ Cette description a été écrite à partir de deux services différents et reconstitue le déroulement généralement répété qui a lieu les quatrièmes dimanches de chaque mois dans cette église.

maintenant 500 personnes ou 600, ça fait beaucoup. Comment je vais pouvoir dire que ceci a été envoyé... quand je prie, je prie pour tous ! Si elle vient [la maladie envoyée], je peux aussi la bloquer. Si elle est en chemin, hop, je la bloque. Si une chose mauvaise va venir, je fais une prière pour qu'elle ne vienne pas. Nous prions pour qu'elle ne vienne pas. Nous prions pour que si une personne essaye de faire ça, je la bloque depuis ici»*. Cependant, certaines prières sont dédiées spécifiquement à une personne. Le Pasteur Guy-Max intervient régulièrement pendant les services pour demander à l'assemblée de prier pour tel membre de l'église qui est hospitalisé ou tel autre qui a perdu un enfant.

Jonas commente sa capacité de libérer les personnes de leurs maladies au travers de ses prières. Il est par exemple capable de soigner des problèmes de stérilité³⁰² : « *Il y a des femmes qui ne peuvent pas faire d'enfants. Elles sont stériles. Elles sont allées chez le docteur, elles ont tout fait, mais ça ne se résout pas. Mais moi, un jour, j'appelle toutes les personnes qui sont stériles, qui ont cette maladie et je prie. Je fais comme une... prononciation ? Je leur dis une fois que j'ai fini de prier : l'année prochaine vous allez avoir des enfants. Parce que je crois que Dieu va les sauver car la stérilité n'est pas une maladie naturelle. Et quand j'ai fini de prier, elles font toutes de enfants. Elles en ont deux, trois ! Parce que la stérilité est une maladie que Dieu donne à une personne. Dieu l'a créée comme ça. Mais si on prie Dieu, il peut changer les choses*»*. Il rend aussi possible les guérisons de maladies non naturelles. Il raconte par exemple comment il a libéré une femme qui avait été attaquée par un *zonbi*. Elle a fait plusieurs fausses couches et a perdu plusieurs enfants. Sa famille voulait la renvoyer en Haïti pour qu'elle voit un *oungan*, car elle ne parvenait plus à dormir et tenait des propos étranges : « *Alors j'ai dit : quoi ? Comment ça vous allez la renvoyer alors que nous savons. Parce qu'il y a des personnes à qui Dieu a donné ce don, parce que j'ai ce don et qu'il y a d'autres chrétiens qui ont ce don ! Et j'ai dit : « Non ! Ne l'envoyez pas là-bas, je vais prier pour elle ». Et j'ai commencé à prier. Je l'ai touché ici et j'ai commencé à prier. Elle est tombée direct ! Boum ! Parce que mes forces étaient supérieures aux siennes [celles de l'âme du zonbi] ! Quand j'ai mis ma main elle est tombée direct et ce démon est resté là sur le sol. Et la sienne est rentrée [l'âme de la femme] ! J'ai commencé à prier, prier, prier pour qu'il ne revienne pas ce démon. Et quand tu la vois maintenant, elle a des enfants, elle est mariée. Si je n'avais pas prié pour elle, elle serait en ce moment au cimetière*»*. Ce récit comporte des éléments des pratiques de soin des *oungan* et plus généralement des gestions des attaques sorcellaires par une expulsion du démon. Ici, c'est l'Esprit-Saint, intermédiaire de Dieu, qui intervient par le biais de Jonas pour identifier, combattre, expulser et tenir éloignés les démons. Le retour de l'âme de la personne attaquée est même annoncé, puis protégé.

Jonas s'estime particulièrement touché par la présence de Dieu et se positionne comme un privilégié. Non seulement, il sert d'intermédiaire pour permettre la libération des autres croyants, mais il bénéficie d'une très forte protection. Il raconte par exemple, le miracle qui lui a permis de sortir indemne d'un accident causé par une agression magique. C'était à midi pile, heure propice aux attaques : « *Je traversais la rue, je n'avais rien vu dans la rue et quand je suis arrivé au milieu, un minibus est arrivé et m'a renversé. La roue est passée sur mon pied et le chauffeur est parti. Et moi, je me suis mis debout et j'ai marché. Et les gens qui étaient là disaient : Regardez ! Ce n'est pas possible ! (...) Si je n'étais pas chrétien, mon pied aurait été cassé. Mais il ne m'est rien arrivé ! Les gens n'arrivaient pas à le croire* ». Un parallèle peut ici encore être établi avec les conceptions vodou, selon lesquels il est possible de bénéficier de la protection des *lwa* en échange de les servir et les honorer. Plus encore, ce sont les personnes qui ont des *lwa* très forts et qui savent entretenir une bonne relation avec eux qui ont le plus de pouvoir. Ici, c'est la foi de Jonas qui lui permet d'être particulièrement protégé par Dieu. Il est également possible de retrouver ici, ainsi que dans les explications de Jonas et des pasteurs sur leurs parcours, l'idée d'une élection, d'avoir été appelé à développer cette relation particulière avec Dieu et l'Esprit-Saint et à occuper un poste à responsabilité dans l'église.

³⁰² Jonas reconnaît cependant d'autres causes à la stérilité. Cela peut être une maladie naturelle, héritée de la famille. Cela peut être lié à un *lwa* qui s'attaque à la personne, ou encore dû à la présence d'image satanique au domicile de la personne.

Laplantine, qui observe les dimensions thérapeutiques des églises pentecôtistes en Amérique latine considère qu'à travers le baptême, le don de guérison et l'expulsion des démons (1999, p. 110), ces églises reprennent à leur compte des conceptions qui viennent des catholicismes populaires et des religions et médecines traditionnelles. Dans un contexte de concurrence religieuse et thérapeutique, ces églises mobilisent les dieux des religions traditionnelles pour en faire leurs démons, reprennent à leur compte les dimensions magiques et offrent la possibilité d'un nouvel équilibre dans l'ordre du monde qui permet salut et santé à ceux qui, très facilement, se convertissent. Selon cet anthropologue, cela reflète la volonté de ces églises d'établir une hégémonie vis-à-vis des autres religions et formes de soin.

En ce qui concerne la situation à Los Nogales, si effectivement les églises rejettent fermement le vodou ainsi que tout thérapeute de la médecine créole qui aurait des pratiques mystiques, elles semblent au contraire pousser leurs membres vers la biomédecine. Elles se nourrissent du vodou pour justifier leur existence et construire leur prise en charge des souffrances. Le risque alors est de voir des fidèles ne trouvant pas de solution dans l'Eglise, se tourner à nouveau vers les *oungan* (ce qu'a fait Julio (n°30) qui est retourné en Haïti pour consulter un *bòkò*), dont l'efficacité, contrairement à leur morale, n'est pas questionnée. Les églises semblent plus enclines à s'associer à la biomédecine et se présentent comme en complément dans la gestion des maladies naturelles. Toutefois, elles se positionnent comme essentielles pour la prévention et la gestion des maladies que la biomédecine est estimée incapable de guérir. De plus, elles offrent un soin global quand la biomédecine traite la maladie et ses symptômes en les extrayant de leur contexte physique, spirituel et social.

En effet, les églises offrent une prise en charge bien plus holiste et de nombreux services sont proposés aux membres qui y trouvent des intérêts non négligeables. En plus des soins détaillés plus haut, elle offre un accès régulier, gratuit à une prise en charge et à une gestion des émotions et des mal-être. Et notamment, comme le soulignent les pasteurs, des mal-être liés à la migration. Les temps de prière et les chants sont extrêmement importants, précise Elie : « *Les gens peuvent avoir un problème de découragement. C'est fréquent car les Haïtiens sont loin de leur pays, leur famille n'est pas avec eux, ils ne voient pas leur mère, leurs sœurs, leur mari, leurs enfants. Les gens ont des chagrins mais quand ils viennent à l'église, les chants que nous chantons sont des chants de joie, des chants d'espérance et ils peuvent reconforter les gens* »*. Les décès sont accompagnés par l'assemblée. Des groupes de prière se déplacent au domicile des malades ou même à l'hôpital pour offrir un accompagnement aux souffrants et une gestion collective des maladies. Les membres des églises y trouvent une famille spirituelle dit encore le pasteur Elie. En effet, elle permet de créer du lien entre les membres qui développent le sentiment d'appartenance à une même communauté. C'est là selon Elie une des raisons de la conversion de nombreux Haïtiens arrivés au Chili. Ils bénéficient ainsi de réseaux de connaissances et de solidarité, du partage d'informations pour trouver du travail, une maison ou encore une personne pour garder les enfants. Elle est l'occasion pour certaines personnes d'acquérir des responsabilités³⁰³, un statut social, d'être reconnues pour leurs connaissances, leurs dons, - ce qui n'est pas malvenu lorsque l'on réalise un travail difficile, peu reconnu, et qu'au quotidien on est confronté au regard miséreux porté par la société d'accueil.

Les églises évangéliques de Los Nogales jouent un rôle fondamental dans la construction d'un sentiment de communauté parmi les Haïtiens du quartier. Au-delà des intérêts que peuvent y trouver les Haïtiens, elle exerce également une hégémonie morale sur cette population, laquelle oriente non seulement leurs savoirs de santé, mais également leur vie

³⁰³ Il y a de nombreuses réunions autour des églises, de nombreux comités, mais également plusieurs groupes de chants. Tous peuvent trouver une place dans l'organisation du fonctionnement de l'église.

quotidienne et leurs relations sociales. La formation des couples et les relations de genre, les grossesses, les valeurs transmises, les professions exercées, l'engagement politique ou encore les activités personnelles, l'ensemble est organisé par la morale chrétienne diffusée par les églises. La taille du quartier, le fonctionnement des réseaux migratoires, l'entassement dans les logements, tous ces facteurs facilitent le partage des normes de l'église et assurent un contrôle sur leur respect. La conversion de nombreuses personnes, relevées par les pasteurs mais aussi par les Haïtiens, reflète le pouvoir de l'église sur cette population.

Il faut aussi ajouter qu'au Chili, les églises évangéliques sont également très présentes parmi les classes populaires. Dans un quartier comme Los Nogales, être croyant et pratiquant n'est pas dévalorisé et représente plutôt un signe de bonne morale et de bonne conduite. Chiliens et Haïtiens se servent d'ailleurs de cette image pour distinguer les Haïtiens des autres migrants et vanter le fait qu'ils ne boivent pas, ne fument pas et sont des travailleurs et habitants très respectueux.

Recours à l'Église face à des épisodes de maladies

Les Haïtiens chrétiens enquêtés, qu'ils soient très pratiquants ou moins assidus, reprennent tous à leur compte les discours tenus au sein de leur église et se font souvent les défenseurs des bonnes pratiques dictées par celle-ci. Ils poussent même parfois plus loin que les pasteurs les pratiques à réaliser pour prouver leur foi en Dieu et font preuve d'un grand prosélytisme.

Les prières sont considérées essentielles pour se protéger du mal et des agressions sorcières. Elles sont également estimées nécessaires pour affronter les maladies naturelles et plusieurs personnes recommandent de prier avant de consulter un médecin, de faire une opération ou d'accoucher, afin que Dieu veille sur les médecins et guide leurs pratiques. Elles offrent aussi un soulagement aux peines dont les bienfaits sont largement reconnus. Les personnes ne semblent pas hésiter à solliciter l'église ou le pasteur pour prendre en charge leurs problèmes ou pour témoigner d'une guérison. Tous ont également des histoires de maladie à raconter, avec une fin généralement miraculeuse pour témoigner de guérisons obtenues par la foi, la prière et l'intervention de Dieu. Plusieurs femmes n'hésitent d'ailleurs pas à raconter qu'elles se sont converties pendant leur grossesse difficile, soit parce qu'elles ne trouvaient pas de solution ailleurs, soit parce que quelqu'un les a poussées vers cette religion en promettant des guérisons. Aster (n°1) et Fanny (n°2) par exemple se sont converties lors d'une grossesse, alors qu'elles étaient victimes de *pèsekisyon* et ne parvenaient pas à une solution. Fignolette (n°5), elle, raconte s'être convertie il y a longtemps. Pourtant, elle s'est fait rebaptisée au Chili alors que sa grossesse la rendait malade, pour voir, dit-elle, si cela soulagerait ses peines. Vonarx (2012) signale dans son étude que les conversions vers les églises évangéliques ont très fréquemment lieu lors d'épisodes de maladie. La recherche de guérison est un objectif essentiel dans le choix des formes de soin mobilisées. Il n'est pas rare (Clorméus, 2014; Vonarx, 2012) que des convertis se tournent vers le vodou pour des maladies qui ne trouvent pas de guérison à l'église. Je n'ai connu qu'un homme de religion évangélique qui est allé en Haïti se faire soigner ; mais plusieurs personnes racontent avoir fait appel à des *oungan* une fois converties, quand elles étaient en Haïti.

Parmi les convertis, je n'ai jamais entendu une critique formulée contre les Églises évangéliques. Elles ne semblent pas faire l'objet de dénigrement³⁰⁴ au sein de Los Nogales

³⁰⁴ Les seules personnes haïtiennes qui ont formulé des critiques contre ces Églises sont des personnes ayant un niveau de formation universitaire élevé. Leur position était plutôt celle d'une valorisation du vodou contre l'assujettissement des individus aux dogmes chrétiens

et ses règles morales n'ont jamais été remises en question en ma présence. Plus encore, y participer semble un gage de bonne morale et permet de protéger les personnes d'accusation de sorcellerie en cas de réussite.

L'Église offre donc une prise en charge des maladies, des souffrances et des maux de la migration, reconnue et considérée essentielle par les Haïtiens chrétiens de Los Nogales (et vers laquelle tendent à se joindre les non-chrétiens). Le recours à cette prise en charge est très régulier et permet de prévenir des problèmes et de soulager les maux, souffrances et maladies courantes. En cas de problème plus grave, l'Église est sollicitée pour une intervention particulière. Par ailleurs, depuis l'auto-soin, les représentations des maladies ainsi que les pratiques de prise en charge (prières et chants) sont très présents dans les savoirs mobilisés par les individus. Le rejet du vodou comme étant diabolique est largement partagé par les fidèles, et ce, d'autant plus que le vodou n'est guère accessible. Les sensibilités individuelles conduisent certains à rejeter la médecine créole en même temps que le vodou, considérant leurs pratiques également sataniques ; mais la plupart des fidèles distinguent les *doktè fèy* qui ne sont pas du côté du Diable et valorisent leurs soins. Cependant, le faible accès à cette médecine lui fait perdre son importance dans les parcours de soin des individus.

10.4. Conclusion du chapitre

Au Chili, l'accès aux différentes formes de soins habituellement utilisées en Haïti est redéfini. Dans le chapitre précédent, nous avons vu l'importance de la biomédecine dans la prise en charge des femmes enceintes et des enfants. Parallèlement, le vodou et la médecine créole, deux importantes médecines haïtiennes pour traiter respectivement les maladies liées à des entités non naturelles et des maladies naturelles courantes perdent de leur accessibilité. Si elles restent des références pour penser la santé et les maladies, il est difficile d'avoir recours à leurs thérapeutes. Dans le cas de la médecine créole, les rares thérapeutes connus à Los Nogales sont principalement sollicités pour des douleurs corporelles, avant tout liées aux efforts physiques des hommes (lesquels n'ont guère accès à une prise en charge adaptée par la biomédecine) et par les femmes enceintes qui ont besoin de replacer l'enfant dans leur ventre et ne trouvant pas satisfaction dans les centres de santé. De plus, l'Église évangélique montre une très forte présence à Los Nogales et permet la construction d'un sentiment de communauté parmi les Haïtiens. Elle assure une prise en charge globale de la santé des personnes, veillant à leur bien-être, à la gestion de leurs émotions mais aussi à la guérison des maladies qui les touchent, et notamment les agressions magiques. Les pasteurs renvoient leurs fidèles vers la biomédecine et luttent activement contre le recours au vodou et à certains thérapeutes créoles associés au diable. Cependant, ils mobilisent pour cela les savoirs du vodou, afin de trouver une légitimité auprès de la population haïtienne. Aussi, d'un côté la biomédecine prend en charge la santé des femmes enceintes et des enfants, remplaçant la prise en charge que pouvaient offrir la médecine créole et le vodou en Haïti. Si les personnes reconnaissent l'efficacité de la biomédecine et la qualité des services de soin, elles regrettent de ne pas pouvoir avoir recours à des thérapeutes spécialistes pour des maux particuliers. Les adultes (en dehors des femmes enceintes), qui accèdent plus difficilement et qui ont moins recours à la biomédecine, ont plus de difficultés qu'en Haïti à trouver des thérapeutes pour soigner leurs maux. La biomédecine est avant tout consultée par ces personnes pour ses services d'urgences, qui ne sont pas toujours adaptés aux problèmes, et des thérapeutes de la médecine créole peuvent être sollicités occasionnellement pour guérir des douleurs corporelles. Pour tous, l'Église évangélique apporte une prise en charge fondamentale. Parfois complémentaire à la biomédecine, parfois unique ressource de soin, parfois favorisée, elle est très importante dans le panorama des formes de soin à Los Nogales. La

morale que diffusent largement ces églises contribue à rejeter le vodou et certains thérapeutes de la médecine créole sans pour autant les considérer inefficaces.

Chapitre 11. SAVOIRS DE L'AUTO-SOIN ET CONSTRUCTION DES PARCOURS DE SOIN

Dans les processus de santé, de maladie et de soin, l'auto-soin occupe une place centrale. Il est l'espace où sont pensés les épisodes de maladies, où sont élaborées des pratiques de soin sans intervention d'un professionnel et à partir duquel se mettent en place les parcours de soin. Pour cela, au sein de l'auto-soin sont utilisés, réorganisés, redéfinis, synthétisés et articulés des savoirs issus de différentes formes de soin. L'auto-soin se positionne en nœud d'articulation de ces savoirs et bien souvent, des formes de soin elles-mêmes : non seulement par la récupération et l'organisation de leurs savoirs mais aussi par son rôle central dans la construction des trajectoires de soin.

Les savoirs mobilisés au sein de l'auto-soin se composent en fonction de l'accès des individus et groupes sociaux à différentes formes de soin, de leurs relations avec ces formes de soin et des interactions entre les formes de soin elles-mêmes. Ils se structurent également selon les relations de pouvoir des acteurs clés de l'auto-soin présents au sein de l'espace domestique. Les expériences du malade mais aussi des autres personnes participant à cette forme de soin (lesquelles se définissent depuis leur situation sociale) sont aussi primordiales pour définir les maladies, les prévenir, les soulager ou les affronter.

Ce chapitre a pour premier objectif d'exposer les savoirs mobilisés dans le cadre de l'auto-soin par les Haïtiens résidant à Los Nogales et de saisir les facteurs qui orientent à la fois leurs représentations sur les maladies qui les affectent et sur les pratiques mises en place pour les prendre en charge sans intervention d'un thérapeute professionnel. Cet éclairage sur l'auto-soin, qui fait suite à des chapitres portant sur différentes formes de soin et détaillant l'accès qu'en ont légalement et concrètement les Haïtiens de Los Nogales, et sur les relations entre ces formes de soin entre elles et avec les Haïtiens, permet ainsi de s'arrêter sur leurs parcours de soin. Une deuxième section du chapitre s'intéresse à la construction des trajectoires de soin qui permettent aux Haïtiens de faire face aux maladies et qui mobilisent parfois plusieurs formes de soin.

11.1. Représentations et prises en charge des problèmes de santé depuis l'auto-soin

Pour mettre en exergue les savoirs mobilisés par les Haïtiens au sein de l'auto-soin, cette section dédie un premier temps à la catégorisation des maladies et à la manière dont les Haïtiens parlent et définissent les pathologies qu'ils observent. Un second temps appréhende les représentations qu'ils ont de leur état de santé au Chili et des maladies qu'ils identifient. Enfin, ce sont les pratiques de prise en charge des maladies depuis l'auto-soin qui font l'objet d'attention. Tant les savoirs mobilisés que les facteurs qui jouent sur l'organisation de cette prise en charge sont éclairés. Les savoirs employés au Chili sont généralement pensés par les Haïtiens en comparaison avec les choix qu'ils opéraient en Haïti, ce qui met en évidence les facteurs qui selon eux réorganisent leurs savoirs en ce contexte de migration.

Représentations sur les maladies

Les représentations des Haïtiens interrogés sur les maladies s'inscrivent dans celles portées par les différentes formes de soin présentées dans les deux chapitres antérieurs. Ils reconnaissent la possibilité de maladies naturelles en opposition à des maladies dans lesquelles interviennent des entités non humaines. Dans la littérature relative aux questions de santé en Haïti (Hurbon, 1995; Métraux, 1958 ; Weniger et al., 1986), la classification des

maladies en Haïti fait généralement l'objet d'une dichotomie : les maladies dites naturelles et les maladies considérées non naturelles. Selon une logique étiologico-thérapeutique, cette distinction conduirait les Haïtiens à se tourner vers les thérapeutes les mieux à même de prendre en charge chaque type de maladie.

Cependant, si la distinction entre maladies naturelles et non naturelles est parfois employée relevée dans les conversations et entretiens réalisés - et ce, avant tout par des personnes ayant un niveau de formation plus élevé -, d'autres catégories de maladies sont plus communément mobilisées. Bien sûr ces catégories présentent une diversité en fonction des personnes et plus particulièrement à l'heure d'expliquer les caractéristiques des maladies qu'elles regroupent. Malgré cela, trois principales catégories se distinguent³⁰⁵ : les *maladi lopital* (maladies de l'hôpital) ou les *maladi lakay doktè* (maladies de chez le docteur), les *maladi Bondye* (maladies de Dieu) et les *maladi lakay bòkò* (maladies de chez le *bòkò*). Les termes employés font référence aux thérapeutes qui prennent en charge la maladie et non pas à la cause de la maladie et à ses caractéristiques comme dans la première classification proposée.

Les *maladi lopital* correspondent aux maladies pour lesquelles un médecin peut être consulté. Elles sont généralement des maladies ordinaires auxquelles on se réfère à partir de leurs symptômes ou, si des diagnostics ont été posés par des médecins, selon les noms biomédicaux³⁰⁶. Elles peuvent être confondues avec des *maladi Bondye* par leurs symptômes ; aussi, c'est le fait de consulter un médecin qui les distinguent.

Les *maladi Bondye* rassemblent les problèmes de santé pour lesquels on considère que « le sort du malade n'est pas entre les mains d'un thérapeute en particulier, qu'il peut guérir sans aide, mourir si son heure est venue » (Vonarx, 2012, p. 138). Dans ces cas, la maladie n'est pas causée par une entité non humaine. Sont rangées ici les syndromes qui durent et qui n'ont pas trouvé de solutions dans aucune forme de soin, ou bien des maladies qui sont passées rapidement.

Enfin, les *maladi lakay bòkò* font référence aux maux qui sont pris en charge par un praticien vodu et considérées alors comme causées par des agressions magiques ou par des esprits. Sont généralement inscrites ici les maladies qui n'ont pas été résolues par d'autres formes de soin et pour lesquelles il a été décidé de consulter un *oungan*. Les *pèsekisyon*, *maladi zombi*, *maladi ekspedisyon*, *maladi satan*, *maladi demon* entrent dans cette catégorie. Les personnes chrétiennes qui ne consultent pas de *bòkò* mais qui reconnaissent l'existence de ces maladies les rangent sous le nom de *maladi satan* et font intervenir l'Église pour les résoudre.

Certaines personnes identifient d'autres types de maladies comme par exemple Nathalie (n°3) qui distingue les *maladi pa laras* (maladies par la race). Correspondant à des problèmes génétiques, il s'agit selon elle de maladies qui se transmettent au sein d'une famille et qui ne peuvent être soignées ni par les médecins, ni par les *doktè-fèy*, ni par les *bòkò*. Seuls les *doktè-fèy* peuvent offrir selon elle un petit soulagement des symptômes, mais ils ne pourront pas guérir cette maladie. Nathalie, mais aussi Fignolette (n°5), Rosénie (n°30) ou Augustine (n°10), distinguent également les *maladi doktè-fèy* qui correspondent à des maux que les thérapeutes de la médecine créole peuvent soigner. Parmi ceux-ci se trouvent des maladies

³⁰⁵ Vonarx (2012) a lui aussi observé le recours à ces différentes catégories lors de son travail de recherche en Haïti.

³⁰⁶ Il est intéressant de noter que le VIH-Sida ou encore le choléra sont systématiquement considérés comme des *maladi lopital*. Alors qu'elles sont des maladies graves qui peuvent provoquer le décès (et qui pour cela pourraient être perçues comme des *maladi bòkò*), elles sont avant tout considérées comme des pathologies relevant de la biomédecine. Il est possible que les campagnes de prévention menées en Haïti aient permis de faire accepter l'importance de recevoir des soins biomédicaux dans ces cas-là. Si ces types d'affection sont annoncés comme une évidence, les propos vont bon-train sur le fait que les malades atteints font exprès de contaminer d'autres personnes, ou encore que les germes d'infection, récupérés sur un mort, peuvent être envoyés par le biais de pratiques magiques.

courantes qui pourraient aussi être des *maladi lopital*, ou bien des maladies qui requièrent spécifiquement la prise en charge d'un thérapeute créole.

Il apparaît de manière évidente ici que cette classification repose, non pas sur les causes et l'origine des maladies mais plutôt sur les thérapeutes à même de les prendre en charge, ou plutôt de les guérir. Un même épisode de maladie peut être inscrit dans plusieurs de ces catégories au fil de sa prise en charge dans le cadre du pluralisme médical. Ce qui montre que le facteur qui cause la maladie n'est pas primordial - dans un premier temps - pour penser les maladies et n'est pas celui qui guide le choix d'avoir recours à des thérapeutes particuliers. C'est plutôt la recherche de guérison qui oriente les parcours de soin et qui, quand elle est obtenue, permet, a posteriori, d'établir et de vérifier une explication à la maladie. Vonarx (2012), qui fait les mêmes observations, estime d'ailleurs que cela présente l'avantage de ne pas avoir à définir dès le début de la maladie un sens qui limiterait les soins possibles. Tant que la maladie n'est pas guérie, son explication peut être négociée et le recours à différents thérapeutes -en même temps ou successivement - est possible.

Un jour que j'allais chez Cinellie (n°4), j'ai été appelée par Annette (n°26), qui résidait au sein de la même maison. Je la trouvais allongée par terre sous plusieurs couvertures et draps. Elle avait une très forte fièvre depuis deux jours. Elle m'expliqua qu'elle s'était rendue aux urgences du Cesfam la veille et qu'on lui demandait de l'argent pour accéder à ce service. Elle avait alors renoncé à voir un médecin, avait pris du paracétamol, des tisanes et se recouvrait dans le but de suer le trop plein de chaleur en elle. Devenant participante active de son parcours de soin, je l'accompagnais le reste de la journée auprès de la clinique du Dr Simi et dans le restaurant où elle travaille pour prévenir de sa maladie. Je me suis étonnée à plusieurs reprises des explications toujours différentes qu'elle donnait de sa maladie. Alors que toutes les personnes rencontrées disaient qu'elle avait une grippe, que j'estimais moi-même qu'elle avait dû « prendre froid », elle formulait des hypothèses qui variaient d'un moment à l'autre. Une fois, elle évoquait la chute qu'elle avait eu au travail quelques jours plus tôt, une autre fois le coup qu'elle avait reçu par inadvertance et enfin évoquait l'eau froide de sa douche. L'explication n'était en tout cas pas centrale pour définir les soins à recevoir. Le plus important était d'y mettre fin.

L'accès aux différentes formes de soin au Chili très distinct de ce que connaissent les personnes lorsqu'elles étaient en Haïti réoriente donc la prise en charge des problèmes de santé, et par là même leurs explications.

Lorsque les Haïtiens font référence à leur état de santé, ils parlent davantage en décrivant les symptômes qu'ils connaissent qu'en donnant un diagnostic ou une explication aux maladies. Ils disent souffrir d'une *tèt fè mal* (une douleur de tête), d'un *vant fè mal* (douleur de ventre), de *lafyèw* (fièvre), de *pa mache fi* (ne pas avoir ses règles), *vèse san* (pertes de sang), *vomisman* (vomissement), *tous* (toux), *pèdi konesans* (perdre connaissance), *pa manje* (ne pas manger), *vinn chèch* (devenir sec quand on ne mange pas par exemple). Cela peut s'expliquer, comme nous le verrons dans la section 3, par le fait que la plupart des maux courants dont souffrent les Haïtiens adultes sont principalement pris en charge depuis l'auto-soin et non par une forme de soin. Lorsque les maladies sont graves ou qu'elles sont prises en charge par la biomédecine des explications plus précises sont alors données.

Représentations sur leur santé au Chili

Interrogées sur leur état de santé, les personnes soulignent presque toutes être sujettes à des maux communs, comme des douleurs de tête ou de ventre, des rhumes, des toux, du gaz dans le corps, des *refwadisman* (refroidissements). Les enfants sont reconnus comme étant fréquemment touchés par des rhumes. Ces problèmes peuvent à l'occasion devenir plus graves chez les adultes avec des gripes et de fortes fièvres, ainsi que chez les enfants,

qui peuvent être sujets à des *bronch* (problèmes respiratoires comme la bronchite ou la pneumonie). Ces maladies, signalées comme les plus courantes, sont clairement associées par les personnes au froid du Chili, auquel elles disent ne pas être habituées.

Zakari (n°11), Réginald (n°8) ou encore James (n°29) signalent que tous leurs problèmes de santé au Chili sont dus au froid. Zakari dit avoir la grippe en permanence à cause de cela et de l'eau froide avec laquelle il doit se laver. Pour Réginald, qui souffre lui de douleurs de tête et plus occasionnellement de fièvre, « *la santé des Haïtiens ne pourra jamais être correcte, être normale, puisque cette température leur fera toujours du mal* »*. James insiste aussi sur le froid de l'air et de l'eau, duquel dit-il « *tu peux aussi mourir* »*. Deux de ses amis sont d'ailleurs morts à cause du froid du Chili. L'eau froide apparaît comme un sérieux problème. Réginald raconte qu'un de ses amis a contracté une tuberculose à cause du froid (mais aussi à cause de ses mauvaises fréquentations). Fignolette (n°5) explique les fréquentes *bronch* des enfants par les bains, donnés aux mauvaises heures.

Enfin, le froid peut être aussi rattaché à des problèmes qui ne sont pas uniquement de nature respiratoire. Un jour que j'allais chez Ginel (n°9), j'ai assisté aux cris et aux pleurs de souffrance d'un de ses amis qui endurait d'importantes douleurs aux articulations. Les personnes présentes se sont accordées pour lier ces douleurs à la douche froide que l'homme avait pris au milieu de la nuit en rentrant de son travail dans un restaurant. Par ailleurs, Betty (n°28) émet l'hypothèse que le froid lui a rendu sa grossesse au Chili très difficile (fortes douleurs, varices, difficultés pour manger et pour marcher). C'est le seul facteur qu'elle expose pour justifier cette difficulté alors que ses grossesses en Haïti se sont passées sans difficulté. Enfin, il faut être particulièrement vigilant après un accouchement, car si une femme connaît un *refwadisman*, non seulement elle peut « *vin chèch* » (« devenir sèche », « *comme un manche de balai* »* précise Aster (n°1)), mais elle risque aussi de transmettre des maladies au nouveau-né.

En dehors de ces maladies courantes liées au froid, d'autres problèmes identifiés comme des *maladi lopital* sont signalés par les personnes : diarrhées, douleurs aux dents, ongles incarnés, conjonctivites, oreilles qui grattent, réactions après une injection de contraception, infections urinaires et vaginales, abcès, anémie, boutons sur le corps et le visage, gale. Ces maux sont parfois pris en charge par des médecins (et sont alors présentés à partir des diagnostics de ces derniers), mais restent chez certains adultes sans traitement, lorsque les personnes n'ont pas accès à des soins (médecins ou *medsen-fèy*). Aussi, des adultes se plaignent d'infections urinaires ou vaginales qu'ils portent depuis des mois (Augustine (n°10), Candice (n°12), Micheline (n°37)), de problèmes de vue non soignés (Moïse (n°38) qui, suite à un accident, a des difficultés à lire, à utiliser un téléphone ou un ordinateur), de problèmes de ventre (Moïse encore a des douleurs au ventre depuis plusieurs mois liées à la présence de *gaz* qui l'empêche de manger, d'avoir de l'appétit et lui fait perdre du poids), mais encore de gripes, de douleurs de dents, d'absence de règles, de perte de cheveux, de migraines très fortes.

Par ailleurs, les adultes, et notamment les hommes, se plaignent également de douleurs dans le corps, qu'ils associent à leur activité professionnelle. Selon Xavier (n°35), il s'agit là du principal problème des hommes haïtiens et notamment de tous ceux qui travaillent à Lo *Valledor* ou dans la construction, qui réalisent des tâches physiquement éprouvantes qui affectent le corps. La fatigue, voire l'épuisement, produits par un dur labeur sont également soulevés (Clifford (n°10), Daniel (n°1)³⁰⁷). Le travail est aussi un lieu où se succèdent des accidents, les personnes peuvent recevoir un objet sur le corps (Daniel), se couper un doigt ou se blesser (Nathalie (n°3), Clifford). Si les douleurs corporelles liées au travail servent à

³⁰⁷ Daniel (n°1) signale qu'il s'est présenté chez le docteur car il ne pouvait plus manger et avait des douleurs dans le corps. C'est le docteur qui lui a dit qu'il était très fatigué et que cela était dû au travail.

certains (comme Daniel ou Ginel(n°9)) pour prouver leur exploitation par des patrons peu scrupuleux, les accidents semblent être considérés comme des événements normaux. La dangerosité de certains emplois, et notamment dans les stations essence, est pointée par ceux qui y travaillent ou y ont travaillés. Sujets à des vols et des agressions, ils peuvent également connaître des états de choc nerveux (*sezisman*).

Une autre remarquable différence est soulignée presque à l'unanimité en ce qui concerne l'état de santé des Haïtiens au Chili en comparaison avec leur état de santé antérieur en Haïti : l'absence ou le moindre risque d'agression sorcière au Chili. Aussi, non seulement les risques d'attaques sont infimes, mais les agressions dont ils souffraient en Haïti peuvent disparaître au Chili. Tomber enceinte à l'arrivée, après des années à ne pas pouvoir faire un enfant³⁰⁸, est l'exemple le plus fréquemment donné par les Haïtiens en guise de preuve. Le moindre risque pour les nouveau-nés d'être attaqués par des *longarou* ou par des voisins jaloux est souligné et permet de ne pas avoir à mettre en place un certain nombre de mesures de prévention. Si l'on considère que l'explication des maladies se fait *a posteriori*, une fois prise en charge par un spécialiste, le manque d'accès aux praticiens vodou au Chili permet d'expliquer en partie cette constatation. Pourtant toutes les mères de famille s'accordent à dire que tant les femmes enceintes que les nouveau-nés présentent une santé meilleure qu'en Haïti et sont moins sujets aux difficultés, aux maladies et même à la mort. Les explications données à ces améliorations portent sur l'impossibilité des agressions sorcières mais également sur la qualité et la fréquence des contrôles de santé pour les femmes enceintes et les enfants. Fanny (n°2) estime que si sa dernière grossesse avait eu lieu en Haïti, elle et ses jumeaux seraient morts. Augustine (n°10) pense également que son fils n'aurait pas survécu en Haïti. Au Chili, il arrive que des grossesses soient difficiles et il est fréquent que les nouveau-nés et les enfants soient malades ; cependant, ces maladies sont considérées avant tout du ressort des médecins ou de Dieu et ne sont pas associées aux vodou. Par ailleurs, les adultes estiment également qu'ils ont moins de chance d'être victime d'attaques et d'en mourir qu'en Haïti. Les moindres risques auxquels disent s'exposer les Haïtiens en venant au Chili expriment une certaine forme de sécurité trouvée dans la migration, dans la distance avec un contexte de pauvreté, de violence sociale et économique au sein duquel les taux de mortalité sont très élevés.

Il arrive cependant que l'hypothèse d'une agression magique soit soulevée lorsqu'une personne meurt ou lorsque la maladie, généralement grave, perdure. La mort par accident de voiture d'un jeune Haïtien est pensée par certains comme le résultat d'une attaque envoyée. La santé de Stevenson pousse Nathalie (n°3) à considérer qu'il est victime d'une agression, bien qu'Augustine (n°10) pense qu'il en est libéré depuis son arrivée au Chili. Katyana estime que ses fortes migraines et sa perte de cheveux, qu'elle connaît depuis plusieurs mois, sont liés à ses « *mauvaises pensées* »*. Mais elle ne saurait dire d'où viennent celles-ci.

Enfin, un dernier registre de maux est souligné fréquemment par les hommes comme par les femmes, celui d'un mal-être lié à la situation migratoire et parfois aux conditions de vie au Chili. Plusieurs femmes disent avoir la *tèt chaje* (tête chargée), « *la tête loin* »*, « *ne pas être présente* »*, ou encore « *penser trop* »*. Elles se sentent tristes et seules. Elles regrettent d'être loin de leur famille et loin de leur pays. Figolette (n°5) par exemple, non seulement se sent seule, mais elle s'inquiète aussi beaucoup des membres de sa famille en Haïti qui connaissent de gros soucis. Ce mal-être est également lié à leur situation au Chili, qui ne répond pas aux attentes placées dans la migration. Certaines personnes disent qu'elles ne

³⁰⁸ On trouve dans ces exemples, à la fois les femmes qui ne sont jamais parvenues à être enceintes et celles qui ont fait des fausses couches. Sont considérées également les femmes qui, victimes d'une persécution en Haïti, ont vu le fœtus arrêté dans sa croissance. Celui-ci demeure cependant dans leur ventre, mais ne reprend sa croissance, comme dans le cas de Rosénie (n°30), qu'une fois la femme arrivée au Chili. Ce dernier phénomène est nommé *pèdisyon*.

sont pas à l'aise au Chili. Car elles ne se sentent pas chez elles, elles souffrent de solitude, le travail trouvé au Chili est très dur et peu valorisant, ou elles ne parviennent pas à obtenir un emploi salarié et à régulariser leur situation. Les logements sont au centre des problèmes des Haïtiens. Petits, insalubres, ils sont généralement considérés inadaptés et dangereux pour la santé. Les cafards, l'humidité, le manque d'hygiène des lieux partagés, les risques d'incendie génèrent inquiétude et mal-être.

Pour résumer, les Haïtiens considèrent qu'en venant au Chili, ils se libèrent des attaques liées au vodou (ou comme ils disent plutôt, aux démons). Ils, et plus particulièrement les enfants et les femmes enceintes, sont moins sujets à des risques d'agressions magico-religieuses. Cependant, le froid, la situation de migration sont des facteurs affectant négativement leur santé et auxquels ils n'étaient pas confrontés en Haïti (sauf les personnes ayant vécu en République dominicaine auparavant et ayant déjà pu expérimenter la condition de migrant). Les conditions de vie et de travail au Chili, éloignées des attentes des personnes, affectent aussi leur bien-être et leur santé. De manière générale, ils identifient des maladies qui s'inscrivent généralement dans les *maladi bondye* et dans les *maladi lopital*. Certaines sont des épisodes auxquels ils parviennent à mettre un terme rapidement, mais d'autres s'installent dans la durée, empirant avec le temps ou devenant habituelles. Des *maladi Satan* sont exceptionnellement évoquées lors de décès ou lors d'épisodes très graves de maladie. Les types de maladies rencontrées au Chili, le froid, la faiblesse des agressions magiques ainsi que les mal-être exprimés semblent témoigner, symboliser les changements provoqués par leur migration.

Les pratiques d'auto-soin

L'auto-soin correspond à un ensemble de savoirs mobilisés collectivement pour penser et prendre en charge les épisodes de maladie sans l'intervention d'un thérapeute professionnel. Ces savoirs permettent d'identifier les symptômes, évaluer leur gravité, définir le soin à administrer ou la forme de soin à solliciter ; ils définissent un ensemble de pratiques pour prévenir les problèmes de santé et pour affronter, soulager, contrôler ou guérir les maladies. Ces savoirs se construisent au sein des espaces domestiques et dans les relations avec les formes de soin qui produisent et diffusent leurs savoirs. Ils se transmettent entre les générations, lesquelles les actualisent et les transforment constamment. Au sein des espaces domestiques, au sein des familles ou parmi des proches, des personnes jouent un rôle central dans la définition et la mobilisation de ces savoirs, dans la prise en charge des problèmes de santé et dans la construction des parcours de soin.

Les Haïtiens interrogés observent³⁰⁹ qu'une de leur plus grande difficulté au Chili pour prendre en charge eux-mêmes des épisodes de maladie est de ne pas avoir accès aux plantes et racines qu'ils connaissent pour préparer des *remèd-fèy*. Les femmes³¹⁰ considèrent que certains symptômes, comme un refroidissement, une fièvre légère, un rhume, des gaz dans le ventre ne requièrent pas l'intervention d'un spécialiste et peuvent être soignés par des ces préparations à base de végétaux. Elles sont toutes capables d'exposer précisément des préparations de remèdes avec lesquels ces symptômes peuvent être soulagés, diminués ou retirés. Nathalie (n°3) et Augustine (n°10), se plaignant un jour de ce problème, m'expliquèrent par exemple que pour un enfant qui a un rhume, il est possible de le baigner avec des feuilles d'oranger. Mais pas celles des orangers que l'on trouve au Chili qui sont sucrés, il est nécessaire qu'ils soient acides, me dirent-elles. Selon la plupart des personnes, une grande partie des soins administrés depuis l'auto-soin en Haïti repose sur le recours à

³⁰⁹ À l'exception de Réginald (n°8) qui soutient l'idée qu'en cas de maladie il va avant tout chez le médecin, en Haïti comme au Chili.

³¹⁰ Je parle ici des femmes avant tout car c'est avec elles que j'ai abordé plus en détails ces questions. Voir sur la question des savoirs maternels de santé en Haïti l'ouvrage de Tremblay (1995).

ces *remèd-fèy*, considérés très efficaces. La difficulté d'accès à ces matériaux basiques conduit quelques-uns à considérer très difficile la prise en charge de leurs maux depuis l'auto-soin, mais elle pousse surtout les personnes à ajuster leurs remèdes aux éléments qu'ils trouvent au Chili. Ainsi, Nathalie, à défaut d'avoir accès à des feuilles d'oranger et à d'autres plantes qu'elle sait efficaces pour soigner les rhumes, utilise plutôt des échalotes pour masser et frotter le dos de sa fille. Elle utilise également une autre plante, dont elle ne sait dire le nom, pour baigner sa fille et la frotter avec, à trois reprises. Par ailleurs, la prise en charge par l'auto-soin des symptômes communs peut aussi prendre la forme d'une automédication avec des produits pharmaceutiques. Le paracétamol est régulièrement utilisé lors de douleurs de tête ou de corps. Parfois, les personnes font référence à des « pastilles » sans pouvoir identifier clairement leur nom. Ils les ont achetés en pharmacie ou une personne leur a donné en disant que cela les aiderait. Clifford (n°10) par exemple, s'est contenté selon Augustine (n°10) de prendre un médicament et de dormir lorsqu'il a été pris de fortes fièvres et de douleurs de tête.

De plus, l'accès aux différentes formes de soin et la relation entre ces formes de soin et les Haïtiens transforment les pratiques de soin mobilisées au sein de l'auto-soin à Los Nogales. Premièrement, la médecine créole y est difficilement accessible. Or, elle représente une forme de soin très sollicitée en Haïti pour des maladies courantes ou des maladies qui lui sont particulières, de par son accessibilité, son faible coût et son efficacité reconnue. Elle est également la principale source de savoirs pour la gestion et l'affrontement des maladies au sein de l'auto-soin. Les thérapeutes créoles sont considérés les plus à même de guérir des symptômes communs, quand les remèdes domestiques ne suffisent pas ou pour traiter des situations particulières. L'absence de ces *mèdsen-fèy* (et des remèdes qu'ils utilisent) conduit, soit à se tourner vers d'autres formes de soin et notamment la biomédecine, soit à prendre en charge depuis l'auto-soin des épisodes de maladies qui auraient nécessité d'être traités par des *mèdsen-fèy*, soit encore à abandonner la recherche de soin. Ainsi par exemple, un *refwadisman* (refroidissement) est selon Nathalie (n°3) une maladie pour laquelle un *doktè-fèy* devrait être consulté. Pour elle, les médecins ne sont pas capables de gérer cela. Aussi, au Chili, si elle souffre de cette maladie, elle prend elle-même en charge son traitement, avec l'aide de son mari : « *Je bois du gingembre le soir, avant d'aller dormir. Je le bois très chaud. Puis, tu dois prendre des draps et des couvertures. Je me couche sur le lit et mon mari me couvre avec. Alors, je sue, je sue, je sue ! Je rends toute l'eau. Et après, je n'ai plus la maladie, elle est sortie* »*. Aster (n°1), lors de sa grossesse, a fait un effort physique qui a déplacé l'enfant dans son ventre lui provoquant de fortes douleurs. Elle aurait dû faire appel à un spécialiste, un *moun ki manyen* ou une *fanmchaj*, mais à défaut d'en connaître, elle s'en est chargée seule : « *Je me suis couchée sur le dos et j'ai passé un vêtement en bas de mon ventre pour que le petit cherche une bonne position* »*. Certaines personnes (comme Nathalie lors des problèmes respiratoires de sa fille, ou encore Moïse (n°38), sujet à des problèmes gastriques) essaient également de faire venir au Chili des remèdes préparés par des *doktè-fèy* depuis Haïti, ou depuis la France pour Moïse. Face au difficile accès à la médecine créole, certains symptômes qui auraient dû être traités par ses thérapeutes sont finalement pris en charge par l'auto-soin, à partir des savoirs que possèdent les personnes et les moyens dont ils disposent pour faire ces soins.

Deuxièmement, l'accès à la biomédecine et les politiques de contrôle de la santé materno-infantile bouleversent également le champ d'action de l'auto-soin. En ce qui concerne la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, les politiques de santé au Chili ainsi que les politiques migratoires, non seulement permettent un accès aux soins dans ces cas, mais elles organisent un contrôle constant des corps. Alors que pour les personnes interrogées, cette prise en charge est habituellement gérée en Haïti entre la biomédecine, la médecine créole et l'auto-soin (sans que la biomédecine n'exerce une hégémonie dans la prise en

charge), au Chili, la biomédecine prend le dessus sur l'organisation de cette prise en charge, tant au niveau de la prévention que du soin.

Pour les nouveau-nés et les femmes enceintes, les rendez-vous pour les contrôles obligatoires permettent une surveillance constante de leur santé. Le chapitre 9 a permis de mettre en évidence les barrières d'accès que peuvent rencontrer les Haïtiens pour obtenir une prise en charge adaptée. Malgré les difficultés rencontrées, les parents haïtiens apprécient ces contrôles et leur qualité et respectent généralement les rendez-vous donnés. Une importante part des savoirs de l'auto-soin et de la médecine créole repose sur la prise en charge des femmes enceintes, les soins post-accouchement et la protection ainsi que sur les soins des nouveau-nés. L'hégémonie exercée par la biomédecine sur la prise en charge de ces populations particulières, non seulement retire à l'auto-soin - et si elle était plus présente à la médecine créole - l'importance et la nécessité des soins administrés sur ces populations, mais elle cherche à influencer cet espace de décision et de prise en charge en essayant de situer ses savoirs comme des normes (les centres de soin cherchent à « éduquer » les parents pour qu'ils adoptent les bons réflexes). Si les parents haïtiens apprécient cette prise en charge, il arrive qu'ils la considèrent parfois insuffisante, inefficace ou inappropriée. Cela apparaît pour des situations ou des symptômes pour lesquels les soins de la médecine créole sont estimés plus efficaces ou que la biomédecine ne reconnaît pas et ne prend pas du tout en charge. Or, comme la médecine créole n'est guère accessible au Chili, les individus, depuis l'auto-soin, se réapproprient ses savoirs et les adoptent aux moyens dont ils disposent au Chili.

Les soins post-accouchement sont un exemple intéressant de la non-hégémonie biomédicale sur les savoirs d'auto-soin des Haïtiens. Pour toutes les femmes rencontrées, la période qui suit l'accouchement est une période à risque tant pour elles que pour les nouveau-nés. Leur corps est ouvert et elles risquent de voir y entrer du vent qui peut provoquer un refroidissement. La personne peut alors « *devenir petite, petite, petite et sèche* »* comme le décrit Nathalie (n°3). De nombreux soins, variables selon les personnes, doivent être administrés pour prévenir ces risques et soigner les femmes. Il faut nettoyer et fermer le corps pour éviter que de l'air n'y pénètre. Ces soins sont, d'après les descriptions des femmes, pris en charge par le thérapeute qui a réalisé l'accouchement (encore régulièrement vécu au domicile) ou par des mères ou des tantes qui possèdent les savoirs nécessaires. Rosénie (n°30), Nathalie, Fignolette (n°5), Célestie (n°21) ou Cinellie (n°4) ont accouché à l'hôpital San Borja au Chili. À peine rentrées chez elles, elles ont mis en place les soins nécessaires, elles-mêmes et avec l'aide de leur mari, de leur sœur ou les marraines de leurs enfants ou de mariage. Dans la mesure du possible, elles sont restées enfermées dans leur chambre pendant huit jours en se couvrant le corps et la tête. Elles ont préparé des bains avec des feuilles et des bains de vapeur et ont réalisé ou se sont fait faire des massages pour refermer leur corps. Elles ont bu de l'eau chaude pendant de nombreux jours, ainsi que des préparations à base de gingembre ou de plantes diverses. Les représentations sur les risques ainsi que les soins nécessaires reposent sur des savoirs populaires haïtiens ou de la médecine créole. Bien que ces risques ne soient pas du tout pris en considération par la biomédecine, les Haïtiennes estiment ces soins indispensables et les appliquent, selon les possibilités locales, depuis l'auto-soin. Plus encore, Rosénie (n°30) et Célestie (n°21) ne se sont pas présentées aux rendez-vous avec la sage-femme pour enlever les points de sutures hérités d'une épisiotomie. Les bains de vapeurs qu'elles ont réalisés ayant fait partir les fils, elles n'ont pas considéré nécessaire de s'y rendre. Pourtant, plusieurs femmes pensent qu'il n'est pas si évident de réaliser ces soins au Chili, non seulement faute d'avoir les thérapeutes appropriés ou leurs mères, mais surtout au vu de tous les rendez-vous biomédicaux obligatoires après la naissance. Si le père ne peut s'y rendre avec l'enfant, la mère est obligée de sortir de chez elle et prend alors des risques. Aster (n°1), qui a

seulement réalisé des bains de feuilles et bu de l'eau chaude, opère une négociation avec ces obligations de soins post-accouchement à domicile. D'une part, ils sont trop contraignants (elle avait deux enfants avant son accouchement au Chili et son mari n'a pas réussi à prendre un congé paternité³¹¹) et d'autre part, la chaleur à l'époque où elle a accouché ne rendait pas nécessaire de s'enfermer chez soi et de se couvrir trop.

Pour les enfants également, il arrive que lorsque les soins de la biomédecine sont estimés insuffisants, d'autres soins sont administrés depuis l'auto-soin. Pour certains symptômes considérés légers ou courants, les parents peuvent aussi préférer donner un *remède-fey* avant de consulter le médecin. Nathalie (n°3) ou Fignolette (n°5) massent par exemple leurs filles avec des feuilles ou des échalotes en cas de rhume, ou encore pour Nathalie, avec une huile envoyée par sa mère depuis Haïti. Augustine (n°10), si son enfant a « *du vent dans le ventre* » et souffre de ballonnement, lui donne de l'eau dans laquelle ont bouilli la fine peau et le germe d'un ail, un clou de girofle et un sel. Ce remède aide l'enfant à se vider de l'air et soulage ses douleurs. Par ailleurs, alors que Stevenson est considéré en malnutrition et fait l'objet d'examen et du suivi de plusieurs médecins, elle a administré à l'enfant un sirop acheté dans une pharmacie, suivant les conseils d'une voisine. Selon elle, Stevenson a repris de l'appétit avec le remède. Certains parents soulignent cependant que les médecins ne veulent pas qu'ils aient recours à d'autres traitements que ceux qu'ils prescrivent. Rosénie (n°30) explique qu'une de ces amies a eu le reproche de la part d'un médecin et n'ose plus rien donner.

Enfin, il arrive que des adultes qui ont eu recours à la biomédecine ne soient pas non plus satisfaits des soins obtenus et, faute d'avoir accès aux thérapeutes de la médecine créole, prennent finalement en charge leurs problèmes depuis l'auto-soin. Daniel (n°1) par exemple, lorsqu'il a des douleurs de tête ou de corps se rend parfois au Cefam de Los Nogales. Comme il ne peut quitter son travail en journée, il se présente aux urgences. Mais, selon son point de vue « *ils ne soignent pas bien les gens* »* (ce qui correspond à l'avis des professionnels du centre qui considèrent que les urgences ne sont pas le service approprié pour ce genre de problème). Il y reçoit alors des comprimés (« *ils ne donnent même pas du sirop !* »*) qui soulage temporairement ses peines mais ne les guérissent pas. Il dit qu'il lui arrive ensuite d'aller à la pharmacie chercher un autre médicament plus adapté. Moïse (n°38), lui, a essayé de consulter pour son mal de ventre qui dure depuis six mois. Il s'est présenté aux urgences du Cefam de Los Nogales mais il n'a pas été reçu car il n'avait pas de papier. Il est alors allé dans une consultation à 2 000 pesos du Dr Simi où on l'a envoyé faire des examens. Les analyses n'ont pas identifié de problème mais il continue d'avoir de fortes douleurs et de ne pas manger. Faute de pouvoir retourner consulter un médecin au Cefam, il lui arrive de prendre des médicaments qu'il achète à la pharmacie ainsi que des remèdes-feuilles. Il a tenté de se faire envoyer un remède par sa mère depuis Haïti, mais il a été bloqué à l'aéroport, puis un autre par un cousin qui est en France. Il a pris ce remède, mais souffre toujours.

L'accès limité à la biomédecine, ainsi que les considérations sur les soins nécessaires à certains maux, dans un contexte où la médecine créole n'est guère accessible, conduit les Haïtiens à prendre en charge depuis l'auto-soin un certain nombre de situations. Pour cela, ils réajustent leurs savoirs issus de la médecine créole ou vont chercher par eux-mêmes des médicaments en pharmacie. Si la biomédecine prend une position dominante, à vocation hégémonique dans le suivi des nouveau-nés et des grossesses, et que cette prise en charge est valorisée pour être meilleure que celle de la biomédecine en Haïti, elle est pour certains maux considérée insuffisante ou n'étant pas la plus efficace.

³¹¹ Le congé paternité est légalement de cinq jours. Depuis 2011, les mères peuvent transférer six semaines de leur congé maternité (qui peut être de six mois).

Troisièmement, pour les Chrétiens (et il faut rappeler que de nombreuses personnes se convertissent au Chili), l'auto-soin inclut pour chaque épisode de maladie la mobilisation de prières. Ces prières ne remplacent pas les remèdes et médicaments administrés depuis l'auto-soin : elles semblent plutôt les accompagner, favoriser leur action. La prière est dite quotidienne, pour se protéger, pour faire que les soins administrés permettent de guérir ou en prévision d'un rendez-vous médical afin d'aider les médecins dans leur prise en charge. Elles peuvent être parfois la seule prise en charge réalisée depuis l'auto-soin. Je n'ai cependant pas eu de récit de telle situation au Chili, mais, lorsqu'Augustine (n°10) raconte son accouchement de Stevenson ou la maladie de celui-ci lorsqu'il était en Haïti, elle montre comment la cousine chez qui elle habitait organisait des veillées de prières, utilisant de l'huile sainte pour obtenir une protection divine. J'ai pu observer par contre l'organisation d'anniversaires ou d'un *baby-shower* dans lesquels des prières étaient dites pour demander une protection aux concernés. De plus, les représentations de l'Église évangélique concernant les maladies et les guérisons imprègnent - au moins dans les discours³¹² - les représentations mobilisées au sein de l'auto-soin. Réginald (n°8) dit ne pas avoir peur des maladies et être confiant : la présence de Dieu en lui le protège. Sabina (n°34) dit qu'en cas de maladie, il faut rester positif et demeurer confiant envers Dieu.

Un autre facteur organise les savoirs et la prise en charge de maladies depuis l'auto-soin des Haïtiens au Chili qui concerne les acteurs clés de l'auto-soin. Les savoirs sur les maladies ainsi que leurs prises en charge sont, en Haïti, comme dans de nombreux contextes, organisés en grande partie par les mères, les tantes, souvent des femmes plus âgées ayant eu des enfants (bien que des enquêtés signalent l'importance du rôle de pères et d'oncle dans ces processus d'auto-soin). Elles sont des acteurs centraux dans l'identification des problèmes, les décisions autour des soins et la mise en place de soins sans intervention d'un professionnel. Or, les Haïtiens qui migrent au Chili sont généralement des adultes jeunes. Certains sont en couple et ont eu des enfants en Haïti, d'autres construisent une famille au Chili et d'autres enfin sont célibataires ou n'ont pas d'enfants. En 2014, rares encore étaient les personnes qui avaient fait venir au Chili leurs parents. Aussi, à Los Nogales, l'absence des mères ou des tantes, des piliers des processus de soin et des soins administrés dans l'espace domestique, conduit à une redéfinition des rôles, à la construction de nouveaux espaces d'auto-soin, à la réorganisation des savoirs ou encore à la très forte réduction voire à l'impossibilité d'avoir des soins sans avoir recours à un professionnel. Tout d'abord, face à l'absence des mères ou des anciens porteurs des savoirs d'auto-soin, les rôles dans l'auto-soin se redéfinissent. Les femmes prennent généralement une part active dans l'élaboration des soins et des diagnostics. Les maris, comme il a été question dans le cadre des soins post-accouchement, sont amenés à jouer un rôle actif dans la prise en charge des maladies. Ils peuvent être conduits à se renseigner sur des plantes ou les médicaments nécessaires et à les trouver, à préparer une nourriture adaptée, à réaliser des massages ou à envelopper leurs femmes. D'autres proches peuvent être sollicités : une voisine, une personne que l'on connaît depuis Haïti, la marraine du mariage ou plus facilement encore la marraine d'un enfant. Avec eux se négocient les représentations des maladies, leurs explications, les soins à apporter et les thérapeutes à consulter.

Il m'est arrivé plusieurs fois d'observer ou de participer à des discussions lors de rencontres fortuites sur la meilleure stratégie à adopter. Ainsi, lorsque j'ai rencontré Nathalie (n°3) pour la première fois nous étions dans les couloirs du Cesfam : elle montrait à Sherley (n°33) le cou de son enfant d'à peine un mois et lui demandait conseil sur ce qu'elle devait faire. Sherley m'appela pour que je donne mon avis. Nathalie aurait souhaité voir un médecin, mais il n'y avait plus de rendez-vous disponible. Elle ne savait pas ce qu'elle

³¹² Une personne qui disait avoir confiance en Dieu et recevoir sa protection est finalement partie en Haïti pour bénéficier de soins vodou alors qu'il ne trouvait pas au Chili (ce qui inclut aussi au sein de l'Église) de solution à son problème.

devait faire et hésitait à attendre son rendez-vous avec la sage-femme une semaine plus tard pour lui montrer l'enfant. Toutes les trois, nous avons argumenté pour définir la solution qui nous semblait la plus stratégique. À une autre occasion, Leïla (n°14) m'a expliqué qu'elle avait acheté du basilic pour soigner sa cicatrice suite aux conseils donnés par une femme à l'église. Dans une salle d'attente, j'ai observé Augustine (n°10) échanger avec une femme sur la meilleure manière de faire partir des tâches blanches sur le visage de son enfant, puis recevoir de celle-ci la recette d'un thé à la cannelle supposé bon pour une infection. Des liens se créent autour de la gestion des maladies, l'auto-soin conduisant à faire intervenir différentes personnes lors de certains épisodes de maladies. Car, sans la présence des acteurs clés des processus de soin et d'auto-soin, il peut être difficile de penser et d'affronter une maladie. Des personnes se forment et acquièrent des savoirs auprès des proches, des voisins, mais aussi en contactant les personnes de référence restées dans un autre pays. Elles reprennent également des savoirs des formes de soin disponibles, et là encore, les relations entre thérapeutes et patients jouent un rôle important dans la mobilisation de leurs savoirs au sein des processus d'auto-soin. Ces savoirs de santé peuvent jouer sur les relations de pouvoir au sein de l'espace domestique, tout autant que les relations de pouvoir influencent les décisions prises autour de la maladie. Candice (n°12) par exemple souffrait de douleurs importantes lors de ces règles ou encore lors d'une infection urinaire non soignée. Elle n'avait pas d'assurance maladie³¹³ mais refusait d'aller voir un médecin, car disait-elle, cela lui faisait peur. Lorsqu'elle souffrait trop, c'est son petit-ami qui prenait en charge les soins : lui administrant des médicaments sans qu'elle sache lesquels, l'obligeant à dormir, à rester dans sa maison et l'emmenant finalement chez un médecin dans le secteur privé qu'il estimait de meilleure qualité (et qu'il payait lui-même).

Il faut encore noter qu'il semble que certaines personnes, et notamment des personnes jeunes et célibataires, sont assez dépourvues de savoirs pratiques pour prendre en charge depuis l'auto-soin leur maladies et parfois, pour définir des parcours de soin. Sans la présence des personnes qui étaient en charge des soins avant leur migration, ils ne savent pas mettre en place des soins eux-mêmes. Zakari (n°11)³¹⁴ par exemple, qui remarque souffrir de grippe depuis son arrivée au Chili, dit ne rien faire pour affronter ses maux. Il n'a pas accès à la biomédecine, faute de papiers et d'assurance maladie, il ne sait pas faire de *remèd-fèy* et prend simplement quand une voisine lui donne un médicament. Gervais (n°24), un autre homme célibataire, m'a aussi expliqué souffrir de douleurs au ventre depuis trois ans. Arrivé au Chili depuis quelques mois, il s'était vu refusé un rendez-vous avec un médecin au Cesfam Los Nogales et n'avait pas insisté pour obtenir des soins. S'il avait été en Haïti, il aurait pris des remèdes d'un voisin *doktè-fèy* ou de sa mère ; mais au Chili, il ne savait pas ce qu'il pouvait faire et laissait son mal sans traitement. La situation migratoire et le changement de composition des ménages peut donc réduire la possibilité de certains à recevoir des soins au sein de l'auto-soin. Ils se tourneront alors plus facilement vers les autres formes de soin, si elles y ont accès, ou bien, resteront sans soin.

Ajoutons encore qu'au Chili, l'évaluation des risques réalisée depuis l'auto-soin se modifie, transformant des pratiques de prévention ainsi que certains soins. La majorité des personnes considère que les attaques par expéditions d'âme ou d'esprit, ainsi que les agressions de *lougarou* sont impossibles ou presque au Chili. Il devient donc moins nécessaire d'adopter des pratiques de prévention et de protection contre ces agressions sorcières. Comme le signale Fignolette (n°5), il est possible au Chili de sortir dans les rues

³¹³ De son salaire était déduit tous les mois une cotisation pour une assurance santé à Fonasa. Cependant, elle n'avait jamais fait les démarches pour ouvrir ses droits.

³¹⁴ Cet homme d'une trentaine d'années a laissé ses enfants et leur mère en République dominicaine et vit seul dans une chambre au Chili.

avec le bébé dans la poussette, alors que cette pratique est dangereuse en Haïti. Il devient inutile de rechercher la protection des ancêtres ou de *lwa*, et ce d'autant plus que l'on peut compter sur la protection de Dieu. Cela ne signifie pas qu'aucune mesure de protection ne soit prise, mais, si l'on en croit des femmes, elles sont éventuelles et non plus primordiales. J'ai par exemple vu un jour un nouveau-né avec un bracelet rouge au poignet. Sa mère m'expliqua que le père de l'enfant lui avait mis pour la protéger des attaques.

D'autres pratiques de prévention sont mises en place, dont je ne donnerai qu'un aperçu. Ces pratiques de prévention peuvent être liées à des savoirs populaires (comme par exemple l'impossibilité pour une femme enceinte de porter un nouveau-né au risque d'affecter l'enfant dans son ventre, ou celle de s'asseoir sur un lit où un nouveau-né est allongé en ayant ses règles au risque de lui transmettre des douleurs), aux savoirs de la médecine créole (comme les soins post-accouchement pour les femmes, ou le fait de serrer le nouveau-né dans un linge afin qu'il devienne fort³¹⁵), aux savoirs de l'Église (prier pour être dans la lumière de Dieu et se protéger) ou encore à des savoirs acquis lors de campagnes de prévention en Haïti (comme le fait, décrit par Andremène (n°7), de faire bouillir le biberon ou d'utiliser plutôt un gobelet plus facilement lavable, pour les enfants. La nourriture fait aussi l'objet d'un ensemble de représentations et de pratiques pour que sa consommation soit digeste et non risquée (nettoyage de la viande et cuisson des aliments par exemple). Par ailleurs, les Haïtiens considèrent tous que les conditions de logement et de travail sont problématiques en soi et pour leur santé. Si au domicile, des mesures de rangement, d'hygiène, des tentatives pour éliminer les insectes sont prises au quotidien, il demeure difficile de remédier aux problèmes d'entassement, de ventilation, d'humidité, d'hygiène dans les lieux partagés et aux risques d'incendie. La solution entrevue par la plupart des personnes est celle de trouver un logement plus grand, plus indépendant et plus confortable ; mais en attendant, ces conditions et leur appréciation affectent santé physique et mentale des personnes. De la même manière, les problèmes de santé, les douleurs, la fatigue liés au travail ne peuvent connaître qu'une petite amélioration, lorsqu'après plusieurs années passées au Chili, les personnes peuvent changer plus librement de contrat de travail et exercer un travail aux tâches un peu moins dures, éventuellement un peu mieux payées et valorisées.

L'auto-soin prend donc en charge des problèmes de santé courants et sans gravité, ceux réservés en Haïti à la médecine créole, ou encore des épisodes de maladies plus complexes lorsque l'accès à la médecine créole et à la biomédecine est limité. Pour cela, les personnes font appel aux savoirs de la médecine créole, qui sont réajustés aux possibilités du contexte chilien, à ceux de la biomédecine et pour les chrétiens, à ceux de l'Église évangélique. Les relations avec les formes de soin sont bouleversées au Chili, ce qui modifie également les pratiques de l'auto-soin. La biomédecine est généralement habituée à la subordination de l'auto-soin, c'est-à-dire des savoirs mobilisés par les individus. Elle a besoin de cette subordination pour pouvoir réaliser ses suivis, ses contrôles et ses traitements. Lorsque les professionnels de santé considèrent que les Haïtiens ont besoin d'être éduqués, car « ils ne comprennent pas », c'est justement que cette relation ne leur est pas toujours fonctionnelle. Les Haïtiens n'ont pas tous repris à leur compte les savoirs de la biomédecine (par exemple, celui d'observer la température avec un thermomètre) et surtout comme unique savoir ; ils ne considèrent pas tous que les médecins sont les seuls détenteurs d'autorité en matière de santé (bien que je n'ai pas vu cette autorité questionnée) et estiment que d'autres possèdent des savoirs qui peuvent être plus appropriés à certains problèmes. Cette hégémonie de la part de la biomédecine sur l'auto-soin n'est pas une évidence, même si elle semble se mettre en place pour le suivi de santé des nouveau-nés, pour lesquels, les autres formes de soin se positionnent en subordonnées. L'Église évangélique prend aussi une

³¹⁵ Ce que, selon Fignolette (n°5) et Célestie (n°21), les Chiliens ne doivent pas faire car leur corps deviennent vite mous.

position de pouvoir sur l'auto-soin qui mobilise ses savoirs et techniques presque constamment afin de favoriser les autres soins et d'obtenir protection et guérison. Cette forte présence de l'Église et ses dimensions religieuse et magique, ainsi que la difficulté d'accès à des praticiens vodou, relaient en dernier plan la prise en charge vodou, bien que celui-ci reste une référence pour penser les maladies et notamment les maladie graves.

11.2. Construction des parcours de soin

L'auto-soin est l'espace depuis lequel s'organisent et se négocient les trajectoires de soin. Dans les chapitres précédents, de nombreux facteurs qui interviennent dans les processus de santé, de maladie et de soin des Haïtiens résidant à Los Nogales ont été mis en lumière. Dans cette section, les données présentées jusqu'à présent sont réorganisées pour observer comment se construisent des trajectoires de soin. Je partirai des situations pour lesquelles la biomédecine est très structurante des parcours mis en place et subordonne l'intervention des autres formes de soin (dans la prise en charge concrète des corps mais pas toujours dans les explications et les expériences des personnes), avec notamment la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Puis, je m'intéresserai aux adultes, en excluant la situation de grossesse et de l'accouchement.

Les nouveau-nés ou l'hégémonie de la biomédecine sur la prise en charge de la santé et de la maladie

Il en a été question plusieurs fois dans cette thèse : les politiques de santé publique et les politiques migratoires chilienne conduisent à un contrôle constant de la santé et des corps des nouveau-nés. La biomédecine se positionne ainsi en situation d'hégémonie et subordonne à son intervention et à ses savoirs les autres formes de soin, dont l'auto-soin. Les enfants de migrants nés au Chili (qui obtiennent sauf exception la nationalité chilienne³¹⁶) sont inscrits systématiquement dans les programmes de suivi au sein des centres de santé primaire et doivent assister à des contrôles mensuels, suivre un calendrier de vaccination, boire le lait administré par le Cesfam. Les Haïtiens rencontrés se présentent dans l'ensemble à ces rendez-vous auxquels s'ajoutent les très prisés contrôles de santé mensuels de *Gota de Leche*. Un suivi constant est donc opéré par la biomédecine depuis les centres de soin primaire sur la majorité des enfants d'Haïtiens nés au Chili.

Lors d'épisodes de maladie, pour des symptômes évalués simples et courants par leurs parents, une prise en charge depuis l'auto-soin peut-être mise en place avec des *remèd-fèy* ajustés selon les possibilités locales, des massages et des bains, et parfois avec des médicaments achetés en pharmacie ainsi que des prières. Si les symptômes persistent, s'ils se font plus graves ou bien s'ils ne semblent pas correspondre à une prise en charge simplement depuis l'auto-soin, il est généralement décidé d'aller vers la biomédecine. Ceux qui en ont les moyens (temps, connaissances) demandent un rendez-vous avec un médecin en journée, d'autres (et cette pratique me semble plus courante) se présentent avec l'enfant aux urgences du Cesfam de Los Nogales. Suivant la situation, ils reçoivent un traitement sur place, sont redirigés vers les urgences de l'hôpital San Borja ou orientés vers un rendez-vous avec un médecin en journée. Il arrive également que les parents se contentent de prendre en charge l'épisode de maladie depuis l'auto-soin et que lors des contrôles de santé réguliers au Cesfam ou à *Gota de Leche*, les médecins identifient un problème et inscrivent la prise en charge de la maladie dans la biomédecine.

³¹⁶ Les enfants de personnes en situation irrégulière nés au Chili ont longtemps été inscrits dans la catégorie « enfants d'étrangers de passage ». Privés de la nationalité chilienne, ces enfants sont apatrides ou en situation irrégulière. Depuis 2016, des efforts sont réalisés pour régulariser et attribuer la nationalité chilienne aux enfants nés dans cette situation. La régularisation des femmes enceintes permet aux enfants d'obtenir automatiquement la nationalité chilienne.

J'ai observé à de nombreuses reprises les médecins de *Gota de Leche* débiter un traitement pour des maladies dont les enfants avaient déclaré les symptômes plusieurs jours ou semaines avant le rendez-vous. Il leur arrivait d'envoyer un enfant et sa mère en urgence à l'hôpital San Borja pour un épisode déjà très avancé de maladie respiratoire par exemple. Il a été question dans le chapitre 9 des limites de la biomédecine - et le cas de Stevenson en est révélateur - qui peuvent conduire à une insuffisante prise en charge des enfants, parfois à un maintien voire un aggravement des maladies ou même, comme dans le cas de Stevenson à une mise en danger. Malgré ces limites et malgré les expériences parfois négatives qu'elles font vivre aux personnes, la biomédecine contrôle de manière principale la santé des enfants. Cette gestion médicale est parfois complétée par d'autres soins depuis l'auto-soin ou par des médicaments considérés plus efficaces ou plus appropriés. Elle est en tout cas, pour les Chrétiens, constamment accompagnée et favorisée par les prières individuelles et, même dans les cas très graves, des prières de toute l'église. Les enfants sont également placés sous la protection de Dieu, et peut-être pour certains (car je ne l'ai pas observé) des ancêtres et des *lwa*. Ces formes de soin assurent ainsi une protection face à des risques que la biomédecine n'est pas à même d'offrir.

Il importe quand même de noter qu'il arrive que des enfants de bas-âge nés en Haïti connaissent plus de difficulté à bénéficier d'une inscription dans les programmes de santé et que leur santé soit prise en charge avant tout par l'auto-soin. Par ailleurs, lorsque les deux parents travaillent, la présence aux contrôles de santé se fait plus difficile, et ce d'autant plus que les situations familiales et légales sont précaires. Le cas d'Anjiline (n°25) a déjà été soulevé : cette mère de quatre enfants doit assurer seule les frais de la famille, car son mari dit-elle, non seulement a des difficultés pour maintenir un travail, mais a également tendance à dépenser l'argent dans des jeux. Anjiline travaille donc toute la journée afin de pouvoir assurer nourriture et logement pour sa famille. Elle ne peut se permettre de ne pas se rendre au travail pour mener ses enfants chez le médecin. La plus jeune souffre constamment d'un rhume et ne voit pas de médecin. Sa mère, ainsi qu'Augustine (n°10), considèrent qu'il s'agit d'un rhume du cerveau lié au fait qu'elle avait la « tête ouverte » après sa naissance et qu'il s'agit désormais d'une *maladi Bondye* pour laquelle il n'y a pas grand chose à faire.

Grossesse et accouchement : contrôles de la biomédecine articulés aux soins créoles

Lors d'une grossesse, les femmes haïtiennes que j'ai rencontrées (et là encore un biais méthodologique peut être observé) se rendent au Cefam du quartier assez rapidement : les contrôles de grossesse (et notamment les échographies) ainsi que la possibilité d'obtenir un titre de séjour sont recherchés et même bienvenus. La grossesse est d'ailleurs une des raisons principales pour lesquelles les Haïtiens (les femmes et les hommes qui les accompagnent) entrent dans le système de soin médical, s'y inscrivent et apprennent à le connaître. Contrôles réguliers, analyses de sang, échographies, parfois suivi spécialisé à l'hôpital San Borja, amènent les personnes au sein de ce système et en fait une référence importante pour cette période de grossesse. Les accouchements des femmes, qui en Haïti peuvent se réaliser à domicile avec l'assistance d'un accoucheur ou d'un proche, ont toujours lieu à l'hôpital au Chili. Cette prise en charge biomédicale dès la grossesse facilite d'ailleurs l'insertion des nouveau-nés dans les programmes de contrôle de santé publique.

Si elle intervient de manière constante lors des grossesses et de l'accouchement, la biomédecine n'est pas la seule à être mobilisée pendant cette période. Tout d'abord, certaines pratiques de la biomédecine peuvent être questionnées, comme le sont souvent

les nombreuses prises de sang demandées à certaines femmes³¹⁷. De plus, la biomédecine ne prend pas en charge certains éléments fondamentaux pour les Haïtiens en cas de grossesse et après l'accouchement. La protection face aux malheurs et aux attaques est assurée à Los Nogales principalement par l'Église et par les prières reproduites depuis l'auto-soin. Par ailleurs, lorsque des enfants sont mal placés dans le ventre des femmes, ces problèmes sont gérés soit depuis l'auto-soin soit en consultant un spécialiste de la médecine créole présent dans le quartier (Naïma (n°39) et Karry (n°6)). Enfin, ce sont les soins post-accouchement qui, une fois les femmes sorties de l'hôpital, sont effectués depuis l'auto-soin, à défaut d'avoir accès à des spécialistes de la médecine créole.

Les trajectoires de soins des adultes : importance de l'auto-soin dans la prise en charge de maux courants et barrières d'accès aux formes de soin

En ce qui concerne la santé des adultes, à moins d'un accident ou d'une maladie considérée grave à la fois par les individus et par les professionnels biomédicaux, il ne semble pas, comme l'observe Augustine (n°10) que les personnes « *persistent pour aller à l'hôpital* »*. En effet, même celles qui disposent d'une assurance maladie ainsi que celles qui en disposent et qui ne travaillent pas (comme les femmes avec un jeune enfant par exemple) ne consultent pas ou peu (et dans ce cas selon une utilisation peu adaptée) la biomédecine pour des symptômes courants, communs, estimés non graves. La gestion de ces problèmes se réalise avant tout au sein de l'auto-soin, avec le recours à des *remèd-fey* préparés soi-même ou par des proches ou par la prise de médicament achetés directement en pharmacie. De nombreuses trajectoires de soin s'arrêtent avec cette prise en charge. Soit parce qu'elle est suffisante et que la maladie prend fin, soit parce que les personnes n'ont pas accès (légal, pratique ou qu'ils ignorent leurs droits) aux formes de soin qu'ils aimeraient solliciter. Il arrive alors que la maladie se prolonge et demeure sans être soignée (plusieurs exemples ont été donnés dans la section antérieure). Elle peut être soulagée, mais elle se poursuit souvent dans le temps, se maintenant stable ou s'aggravant.

Si les symptômes persistent, qu'ils se font plus gênants, qu'ils sont considérés graves ou exceptionnels, qu'un proche propose de mobiliser un thérapeute particulier, les personnes peuvent alors chercher à avoir recours à une forme de soin. Les douleurs corporelles peuvent amener un adulte à consulter un *moun ki manyen*. Celui-ci présente l'avantage de s'adapter aux horaires de travail et de ne pas avoir besoin d'un titre de séjour ou d'une assurance maladie. Cependant, les thérapeutes sont peu nombreux et peu disponibles.

Pour les autres maux, la biomédecine peut être sollicitée. Rares sont les adultes (même ceux qui ont une assurance maladie et même les femmes qui ont eu un suivi au sein du Cesfam) qui sollicitent un rendez-vous avec un médecin en journée au Cesfam de Los Nogales. La plupart d'entre eux, quand ils se décident à consulter, se présentent aux urgences du centre de santé, le soir ou le weekend. Enfin, il faut noter que certaines personnes se rendent aux consultations médicales du Dr Simi, très accessible en raison de leur prix et de leur rapidité de la consultation. Une fois cette décision prise, il arrive que des personnes se voient refuser l'accès à une consultation et ce, pour différentes raisons exposées dans le chapitre 9. Le personnel administratif peut considérer que la personne ne peut avoir accès aux services de santé faute de titre de séjour, d'assurance maladie ou parce que la maladie ne relève pas d'une urgence. Le malade peut avoir sollicité une consultation au mauvais endroit ou au mauvais moment. Ces refus de prise en charge sont parfois contournés, mais ils peuvent aussi constituer une expérience négative que les personnes interprètent comme une impossibilité pour eux d'avoir accès à la biomédecine. Zakari (n°11), Moïse (n°38), Gervais

³¹⁷ Julio (n°30) par exemple me dit un jour avoir des soupçons sur le fait que l'hôpital San Borja revende le sang de sa femme au vu du nombre de prises de sang qui lui sont demandées.

(n°24), Annette (n°26) ont tous vécu l'expérience d'un refus et n'ont plus cherché par la suite à obtenir des soins biomédicaux pour leurs problèmes.

Si les personnes se rendent au SAPU du Cesfam pour des épisodes de maladies qui ne relèvent pas d'une urgence selon les critères des professionnels et qu'elles y sont reçues, elles reçoivent généralement un traitement ponctuel pour soulager les douleurs et la recommandation de revenir en journée consulter un médecin. Rares sont ceux qui suivent le conseil de revenir et le traitement est alors considéré généralement comme insuffisant et insatisfaisant par les malades qui peuvent, après avoir fait cette expérience, considérer que les services de la biomédecine ne sont pas adaptés ou peu efficaces. Ils ne s'y représentent plus en cas d'autres problèmes similaires et prennent en charge les maladies depuis l'auto-soin, s'ils le peuvent.

Dans tous les cas, pour les adultes, l'auto-soin apparaît central dans la gestion des problèmes de santé qui ne sont pas considérés comme des urgences par la biomédecine. Cependant, l'auto-soin peut se révéler limité dans ses possibilités de prise en charge des maladies car les matériaux nécessaires ainsi que les acteurs clés ne sont pas toujours disponibles. À cela s'ajoutent les obligations de travailler qui limitent la possibilité des personnes de prendre soin d'elles. Aussi, bien souvent, les adultes ne peuvent affronter des épisodes de maladies comme ils le souhaiteraient et leurs maladies se prolongent dans le temps, pouvant parfois s'aggraver. Augustine (n°10), Candice (n°12), Zakari (n°11), Gervais (n°24), Sabine-Carla (n°23), Daniel (n°1), Moïse (n°38), Micheline (n°37), Cindy (n°37), James (n°29): tous souffrent de symptômes (douleurs de têtes et de ventre, grippe, absence de règles, infections urinaire et vaginale, fortes migraines, perte de cheveux, problèmes de vue) depuis souvent plusieurs mois qui ne sont pris en charge par aucune forme de soin et sont seulement soulagés par l'auto-soin.

La religion évangélique apporte un soutien dans la gestion de ces maux et ce depuis l'apparition des symptômes. Elle permet d'accompagner les maladies, de les soulager et parfois de les penser. Lorsque la maladie ne trouve de solution nulle part ailleurs, lorsqu'elle perdure ou s'aggrave, l'Église peut être sollicitée pour une intervention spécifique, avec des demandes faites devant toute l'assemblée, la sollicitation d'un groupe de prière ou la participation à des prières collectives. Plus encore, une personne peut se convertir lors d'un épisode de maladie, à défaut d'avoir trouvé des solutions ailleurs. Il arrive qu'elle offre une prise en charge satisfaisante pour le malade et ses proches. Mais si les prières se révèlent insuffisantes, certains pourraient être tentés d'avoir recours également au vodou (ou inversement).

La recherche de guérison demeure centrale dans la construction des trajectoires de soin. Lorsque les maladies trouvent une solution, on peut alors leur donner un sens, une explication. Réginald (n°8) résume ce principe d'organisation des parcours de soin qui sous-tend les démarches des personnes : « *Souvent, si les gens vont à l'hôpital, et qu'ils demeurent malades malgré le fait qu'ils suivent les soins médicaux, ou bien que plusieurs fois ils ont pensé guérir mais la maladie est revenue, ils se mettent dans la tête que ça ne vient pas de Dieu. Ils disent non, non, non, ce n'est pas une maladie hospital. Ça doit être une maladie importée, une maladie envoyée. Alors ils vont chercher à la faire retirer. Ceux qui ne sont pas chrétiens. Souvent, chaque fois qu'ils voient qu'ils ont échoué à l'hôpital, qu'ils n'ont pas de résultat, parce que souvent les Haïtiens n'ont pas la patience d'attendre vraiment, ils partent chez le bokò. Quand ils sortent de chez le bokò, ils n'ont pas eu des résultats, alors ils entrent dans l'église et ils obtiennent un soulagement* »*. Cependant, comme il apparaît de manière évidente dans les processus de soin des adultes à Los Nogales, cette recherche de guérison se trouve régulièrement limitée faute d'accès aux formes de soin et les maladies s'installent sur une durée plus longue en attendant de trouver une solution. L'obtention d'un titre de séjour définitif (qui permet de changer de travail plus facilement ou encore qui rend possible les voyages en Haïti), la réalisation d'économies suffisantes

pour consulter dans le privé ou encore une grossesse (qui facilite l'accès à la biomédecine) sont des événements qui peuvent permettre une inflexion dans la définition des parcours de soin et conduire la personne vers une prise en charge de ses problèmes.

Accidents ou maladies graves prises en charge par la biomédecine : soins biomédicaux et sens renégociés

Lorsque des Haïtiens sont victimes d'accidents, au travail comme en dehors, ces problèmes considérés comme des urgences sont pris en charge par la biomédecine. Il arrive cependant que les expériences de ces soins soient décevantes et marquent aussi le recours à la biomédecine des personnes. Clifford (n°10) par exemple, alors qu'il s'était coupé le doigt, a été informé que ce serait la dernière fois qu'il recevrait des soins aux urgences car il n'avait pas de Fonasa³¹⁸. Il aurait ensuite été soigné sans anesthésie et presque perdu connaissance devant l'hôpital sans que personne ne lui prête assistance. Cependant, assurance maladie ou non, ces urgences liées à des fractures ou des coupures, poussent les Haïtiens vers la biomédecine qui les prend en charge pour ces événements.

Par ailleurs, lorsque des symptômes sont évalués par la biomédecine comme graves (une fois que l'accès à celle-ci est possible), cette forme de soin prend en charge le traitement de la personne. Il arrive que des barrières de différents ordres rendent compliqué l'accès à des soins spécialisés, mais mis à part des exceptions, les personnes reçoivent les soins nécessaires lorsqu'une urgence vitale est déclarée. Si la personne est chrétienne, une telle gravité entraîne l'intervention directe de l'Église dans la prise en charge de la personne. Il ne s'agit pas de remplacer les soins de la médecine (ceux-ci pouvant être considérés efficaces ou non), mais d'obtenir la grâce de Dieu, son intervention pour une guérison. Le sens de la maladie est alors négocié entre les formes de soin et en fonction des expériences et des issues trouvées. Le récit de Karry (n°6) concernant sa maladie est particulièrement intéressant pour montrer comment la prise en charge de la maladie est organisée depuis la biomédecine et l'église évangélique et comment le sens de la maladie et de la guérison sont reconstruits par le malade.

Début décembre, Karry souffre de très fortes douleurs de tête. Il se présente avec sa femme au SAPU de Los Nogales qui l'envoie faire des analyses dans un laboratoire au centre de Santiago. Les analyses ne révèlent rien, pourtant Karry est très souffrant. Il reçoit chez lui un groupe de prière de quatre personnes de l'église du Pasteur Guy-Max (n°7). Puis, toujours souffrant, il retourne au SAPU le lendemain où on lui fait une injection et on l'envoie en ambulance aux urgences de la *Posta Central*³¹⁹. Mais, il est renvoyé chez lui après avoir reçu une autre injection, qu'il pense être pour calmer ses douleurs. Comme celles-ci empirent, sa femme et le pasteur Guy-Max (n°7) le raccompagnent à la *Posta Central*. On lui fait alors un examen et il est renvoyé chez lui. Il perd alors connaissance et à son réveil, il ne comprend plus grand chose et dit des choses au sens incertain. Il est emmené par des voisins au SAPU de Los Nogales qui le dirige cette fois-ci à San Borja suspectant une méningite. Il est alors hospitalisé. Pour lui, c'est évident, il aurait dû mourir. « *Même les docteurs pensaient que je ne vivrai pas* »*. Et c'est bien pour cela qu'ils l'avaient installé dans une chambre où les gens mouraient rapidement. Les médecins ont alors détecté qu'ils avaient le VIH-Sida. Après un temps au bord de la mort, Karry commence à aller mieux. Il reprend conscience, il se met debout, il retourne aux toilettes. On le change même de chambre pour le mettre dans une « *où les gens ne meurent pas* »*. Pendant toute son hospitalisation, Karry reçoit au quotidien les visites de membres de son église. Une fois, « *ils sont même venus à 25* » explique-t-il, « *personne n'a jamais été autant visité dans cet hôpital* »*. Il avait à côté de son lit sa

³¹⁸ Propos que j'ai aussi entendu aux urgences infantiles de San Borja.

³¹⁹ Hôpital de Santiago où se trouvent les services d'urgence de plus grande complexité pour adultes.

bible, qu'il a commencé à lire quand il a retrouvé un peu d'énergie. Aux services du dimanche, le pasteur a demandé à plusieurs reprises à l'assemblée de prier pour Frère Karry. Ce dernier a ensuite commencé un traitement antirétroviral et a été autorisé à sortir de l'hôpital, bien qu'il devait y revenir très fréquemment pour des analyses et des soins.

Lorsque j'interroge Karry, un mois après sa sortie de l'hôpital, son explication sur l'origine de sa maladie et sa guérison est très claire. Le mal vient d'une *ekspedisyon*, de l'envoi d'un *zonbi* qui date de 2005. À cette époque, il était facteur en Haïti. On lui avait demandé de donner une somme d'argent à une femme, puis reproché d'en avoir gardé une partie. Pour se venger, les personnes avaient envoyé un *zonbi* pour le faire mourir. En 2005, il a failli mourir à cinq reprises. Étant évangélique, il avait suspendu sa présence à l'église pour voir un bòkò, ce qui lui avait permis de survivre. Depuis cette époque, il n'en avait plus jamais entendu parlé. En venant au Chili, il pensait être protégé, et notamment par Dieu³²⁰. Or, « *le 2 novembre, alors que j'étais couché, j'ai vu deux personnes qui m'attachaient. Elles m'attachaient alors que je dormais. Puis elles ont voulu m'emmener avec elles. Alors, trois autres personnes sont venues et on dit : Non ! Vous ne pouvez pas partir avec ce monsieur !* ». « *C'est avec ce rêve que j'ai su que c'était une ekspedisyon, depuis que les personnes sont venues me prendre. C'est un esprit. Depuis qu'il a commencé à te frapper, peu importe où tu vas, il va te frapper sous n'importe quelle maladie* »*. Prévenu ce jour là qu'un malheur allait le toucher, il s'est mis à prier. Quand il a eu les maux de tête début décembre, il a su que c'était l'*ekspedisyon* qui l'avait trouvé à nouveau. La gravité de la maladie en est une preuve : « *Comment une petite douleur de tête pourrait m'avoir mis dans cet état ?* »*. Pour lui, le Sida est un leurre. Comment expliquer sinon que sa femme et sa fille, lorsqu'elles ont fait le test du VIH-Sida n'avaient rien ? D'ailleurs, sa guérison ne vient pas du traitement donné par les médecins selon lui. « *J'ai eu le temps de comprendre que ce n'est pas les docteurs, mais Dieu qui m'a sauvé. Parce que si ça ne tenait qu'aux docteurs, je ne vivrai pas aujourd'hui* »*. Sa guérison est la preuve d'un miracle de Dieu, la preuve de son intervention pour écarter le *zonbi* et le laisser en vie. « *Ça Marine, c'est Jésus Christ ! Il n'y aucune maladie que Dieu ne peut soigner. Vous, les docteurs, vous disiez que je ne vivrai pas, mais Dieu a dit que je devais vivre. Tous les gens à côté de moi mouraient. Mes voisins mouraient. Tout ce que j'ai dit c'est Bondieu, dans le psaume 91, il est écrit Bondieu, je suis sous tes ailes. Les gens sous tes ailes ont ta protection* »*. Tout au long de son hospitalisation, « *là où j'étais couché, je voyais une personne armée, une personne avec un pistolet. Elle me donnait une sécurité, pendant tout le temps où j'étais à l'hôpital, elle me donnait une sécurité. Dès que je dormais je la voyais. Elle me protégeait* »*. Selon lui, cette personne qui veillait sur lui était l'Esprit-Saint. Tout comme dans son rêve les trois personnes qui étaient venues arrêter l'action des deux malveillants représentaient Dieu. Sa guérison est un miracle ; la surprise de tous face à celle-ci, médecins comme proches, révèle son caractère miraculeux. Selon lui, Dieu l'a guéri pour pousser les gens à la conversion, pour qu'il prêche et témoigne de sa présence.

Dès les débuts de la présence des symptômes, Karry a été pris en charge par l'église. Puis il s'est tourné vers la biomédecine, laquelle, après quelques tentatives peu abouties pour obtenir des soins, a fini par identifier une méningite puis un état avancé du VIH-Sida et a pris en charge Karry. Alors qu'il était hospitalisé, son église s'est maintenue très active dans ses soins (j'ignore si le pasteur et les visiteurs de l'église étaient informés de la maladie diagnostiquée mais Karry ne semble pas s'en cacher). La guérison de la méningite, la sortie de l'hôpital et le fait d'avoir échappé à la mort sont alors placés sous le signe de Dieu et non comme une réussite de la biomédecine. L'origine de la maladie et le caractère exceptionnel de la survie ainsi qu'un ensemble d'autres signes permettent de faire de cet épisode une *maladi demon*, une maladie de Satan. Et la guérison, œuvre de Dieu, offre au malade qui a été diagnostiqué d'une maladie très mal perçue, l'occasion de gagner une

³²⁰ Karry est un membre actif dans l'Église du Pasteur Guy-Max (n°7). Il participe notamment à un groupe de chant qui anime l'église et se rend aux services du dimanche.

reconnaissance, d'être considéré comme la preuve vivante, l'incarnation de la puissance divine. Il a été élu de Dieu.

D'autres cas de guérison, pour lesquels la biomédecine est intervenue, sont ainsi placés comme signes de la présence de Dieu. Bien que les pasteurs reconnaissent l'importance de l'intervention des médecins pour toutes ces *maladi lopital*, les fidèles voient généralement dans leur guérison l'œuvre de Dieu face aux méfaits de Satan.

11.3. Conclusion de chapitre

Depuis leur situation sociale, avec leurs savoirs et leurs expériences, les Haïtiens de Los Nogales construisent des réponses aux épisodes de maladie et à l'état de santé qu'ils perçoivent comme le leur. Ces trajectoires de soin répondent à une recherche de guérison mais sont organisées, réajustées et surtout limitées par l'accès légal et concret aux différentes formes de soin et par la légitimité que les Haïtiens accordent à celles-ci pour faire face à leurs problèmes.

Le suivi de santé des nouveau-nés et des femmes enceintes est organisé principalement par la biomédecine, tout en étant accompagné de l'Église (qui renforce et complète les soins biomédicaux et donne un sens aux maladies et à certaines guérisons) et de l'auto-soin (qui complète avec les savoirs de la médecine créole les soins de la biomédecine quand ceux-ci sont considérés inefficaces ou qu'ils ne prennent pas en charge les situations identifiées). La logique des soins pour les adultes diffère en ce que leur santé n'est pas contrôlée par la biomédecine. Partant des symptômes qu'ils observent, ils mettent en place des soins, avant tout au sein de l'auto-soin. Ils puisent dans leur principale source de savoir, la médecine créole et parfois dans des savoirs biomédicaux pour réaliser des traitements eux-mêmes. Lorsqu'ils l'estiment nécessaire et lorsqu'ils y ont accès, ils ont recours à des formes de soin pour affronter leurs maladies. Cependant, parmi les Haïtiens adultes de Los Nogales, mis à part les soins offerts par l'Église évangélique, les adultes ont des possibilités assez limitées d'être pris en charge par des formes de soin. La biomédecine prend vraiment en charge des problèmes de santé lorsqu'ils répondent à une urgence vitale ou à une blessure. Pour les maladies plus courantes ou qui ne présentent pas un caractère d'urgence, les adultes restent bien souvent sans soin ou avec une prise en charge à domicile. Or, les conditions de vie et de travail de ces personnes ne favorisent pas non plus leur guérison et il est fréquent d'observer des épisodes de maladie qui se prolongent sur plusieurs mois.

CONCLUSION DE LA PARTIE III

Le Chili est positionné comme un espace valorisé au sein de la diaspora haïtienne. Il est devenu un lieu considéré accessible pour les prétendants à la migration et qui répond à leurs attentes. Des filières migratoires se sont mises en place, tissées par des réseaux qui organisent ce mouvement de population et son installation au Chili. En « traversant les océans » pour se rendre au Chili, les Haïtiens observent, comme dans toutes migrations, de nombreux changements. Depuis le contexte social, politique et économique et les rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent en migrant aux expériences quotidiennes qu'ils vivent, un ensemble de facteurs jouent sur leur santé, leurs maladies et les soins qu'ils mobilisent. Avec la migration, une redéfinition des ressources dont ils disposent et des contraintes au sein desquelles ils doivent agir s'opère, mais c'est également leur exposition à des risques et à des situations « pathologiques » qui change.

Le Chili est globalement favorable à l'immigration haïtienne et les possibilités d'y séjourner en toute régularité ne sont pas, pour l'heure, inaccessibles aux Haïtiens. Mais cet accueil dans la société chilienne sous-entend d'accepter des conditions de vie précaires et leurs conséquences sur la santé physique et mentale. Si des Haïtiens critiquent cette situation dénonçant abus et exploitation, ils y trouvent également des satisfactions (possibilité d'emploi, de salaire, de réaliser des économies). De plus, les problèmes de logement et de travail sont également le lot des autres « migrants » du pays. Cependant, cette association entre regard favorable à l'immigration haïtienne et conditions de vie précaires reflète les représentations de la société chilienne sur les Haïtiens et leur position au sein de la hiérarchie qui se construit entre les populations migrantes selon leur nationalité et leur couleur de peau.

Si ce mouvement migratoire est trop récent pour évaluer les transformations dans la morbidité et la mortalité des migrants, les Haïtiens perçoivent des différences dans les facteurs de risques qui affectent leur état de santé en migration. Ils soulignent d'une part que cette mobilité les protège des agressions magico-religieuses. Celles-ci représentent la principale explication aux forts taux de mortalité et morbidité en Haïti. De Martino (1948), qui a travaillé sur le recours à la magie de la population paysanne italienne des années 1940, montre que celle-ci y est utilisée pour « conjurer le sort » et faire face à la fois aux catastrophes naturelles et aux conséquences des processus de domination qui s'exercent sur eux et se traduisent en maladies et en souffrances. Elle offre une explication à la vulnérabilité qui touche la population et aux inégalités qu'ils observent. Elle donne un sens au monde et aux maux qui affectent la population. Or, les explications magiques déshistoricisent, désocialisent et dépolitisent ces problèmes et inégalités de santé, ce qui conduit à ne pas chercher les causes de ces maux dans des processus plus larges et à ne pas remettre en question les différenciations et les hiérarchies sociales ni les mécanismes qui les matérialisent. En Haïti, le vodou, ce système magico-religieux, semble exercer (entre autres) ces mêmes fonctions. Il donne aux Haïtiens la possibilité de favoriser leur chance, de se protéger, de guérir et d'organiser un ordre au monde qui les entoure et de s'y situer, dans un contexte de violence sociale, politique et économique. En migrant, ils considèrent qu'ils parviennent à échapper aux risques d'agressions magiques : cette représentation peut traduire le sentiment d'être sorti des risques liés aux violences connues en Haïti. Elle témoigne d'une diminution des risques, d'une amélioration de la situation. Et cela notamment pour les femmes enceintes et les nouveau-nés dont la mortalité est particulièrement élevée en Haïti (voir annexe 8).

D'autre part, les enquêtés disent souffrir des maladies qu'ils associent clairement à la migration, comme des problèmes nés du froid du Chili, mais aussi des mal-être, des « têtes loin » et « tête chargées » liés à la distance avec la famille, à la solitude et aux conditions de vie au Chili, ou encore de douleurs corporelles liées aux tâches réalisées au travail. Ces problèmes semblent être portés en représentations des maux de la migration au Chili et sont exprimés comme des conséquences de celles-ci.

Le regard porté par les Haïtiens sur les maladies qui les touchent au Chili, notamment en comparaison à celles qu'ils connaissaient en Haïti, est aussi établi à partir de la modification du panorama médical qui s'offre désormais à eux. Femmes enceintes et enfants sont pris en charge par la biomédecine, qui, malgré les critiques effectuées à l'encontre de ce système au Chili, présente l'avantage d'être plus accessible qu'en Haïti. Il exerce un contrôle des corps qui permet de meilleurs indices de santé. Alors que les enfants faisaient particulièrement l'objet d'attention des *lougaron* et des sorcières en Haïti, ces attaques sont désormais impossibles. Les problèmes respiratoires qui deviennent chroniques, les diarrhées et les différents maux dont ils souffrent sont désormais considérés comme des maladies qui ne relèvent pas des thérapeutes spécialisés dans les atteintes magiques. Elles sont des maladies naturelles, des *maladi lopital* ou des *maladi Bondye*. Ces catégories, moins inquiétantes que celles qui montrent l'origine magique des maux, soulignent que les problèmes sont globalement pris en charge et trouvent des solutions. Pour les adultes, qui au Chili ont pourtant peu recours à la biomédecine pour des maux courants, lorsqu'ils souffrent de problèmes médicaux très graves, la biomédecine les prend en charge. Lorsque cette dernière se montre efficace, ces maladies sont également qualifiées de naturelles ou de spécifiques aux médecins, alors qu'elles auraient pu avoir un tout autre sens en Haïti.

Les thérapeutes du vodou et de la médecine créole sont peu présents au Chili et le recours à ceux-ci dans les processus de soin sont rares, faute d'accès et à cause de la prise en charge offerte par d'autres formes de soin. Cependant, elles demeurent des références pour penser les maladies et les risques, et, dans le cas de la médecine créole, pour orienter les processus d'auto-soin. Les églises évangéliques, elles, occupent une place très importante dans la gestion de la santé des migrants haïtiens, dont beaucoup se convertissent à leur arrivée. La prise en charge holiste qu'elles proposent, qui comporte des dimensions religieuses et aussi magiques, compensent d'une part le plus faible accès au vodou et à la médecine créole. Elles offrent également la principale prise en charge des maux de la migration, offrant réconfort, gestion des émotions, espaces d'expression. Elles n'entrent pas directement en concurrence avec la biomédecine et recommandent au contraire de s'y faire soigner, mais la complète en donnant sens aux expériences et aux souffrances et veillant sur le corps, l'âme et/ou l'esprit à la fois, et récupèrent à leur compte les guérisons de maladies graves.

Dans ce nouveau contexte social, les Haïtiens opèrent une réévaluation des risques qui les entourent et redéfinissent leurs parcours de soin et leurs recours aux différentes formes de soin. Cela reflète comment se redéfinissent les relations entre eux et les formes de soin en fonction du contexte, des relations avec les thérapeutes, de l'accessibilité des formes de soin, de la légitimité accordée aux thérapeutes. Mais aussi la grande flexibilité des Haïtiens dans la construction de leur parcours de soin.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette thèse était d'offrir une lecture de la société chilienne contemporaine à partir de la santé d'un groupe de migrants haïtiens participant des migrations « nouvelles » au Chili. Alors que les migrations récentes sont toujours plus visibles, plus discutées et débattues par une diversité d'acteurs sociaux et par l'État, et que la production scientifique sur le sujet se multiplie, cette thèse propose elle aussi sa contribution et des savoirs nouveaux.

Tout d'abord, elle construit un éclairage sur un moment historique et social particulier de la société chilienne alors que celle-ci réalise la présence de migrants en son sein et qu'elle la porte en question sociale. La problématisation et la publicisation de la migration sont analysées à travers le recensement des différents acteurs sociaux intervenant, des termes employés, des espaces et des temps de ce débat. De cette manière, des représentations sur les « Haïtiens », les « noirs » et les « migrants » sont identifiées, lesquelles sont inscrites dans l'histoire du Chili et du traitement social des « autres ». Elles sont pensées en termes d'enjeux sociaux qui questionnent la société chilienne sur elle-même et sur son projet. Les résultats des élections présidentielles qui se tiendront en cette fin d'année 2017 seront assez révélateurs de ce débat social et sociétal, alors que la campagne électorale a placé la question migratoire en enjeu fondamental.

Ensuite, cette thèse présente des apports originaux à la production scientifique sur les migrations au Chili, et ce pour différentes raisons. Elle s'attache d'abord à décrire une migration peu étudiée au Chili, la migration haïtienne. La recherche a d'ailleurs été réalisée alors que cette migration était naissante, en structuration, en croissance. À une époque où cette présence étonne encore les Chiliens, qui la trouvent exotique, extraordinaire et pendant laquelle, les Haïtiens acquièrent des ressources pour élaborer ce nouvel espace migratoire et s'y installer. Par ailleurs, cette population a peu fait l'objet d'investigations de par sa difficile accessibilité. Ce sont généralement les *leaders* associatifs qui sont interrogés et écoutés et qui sont considérés comme des représentants de la communauté haïtienne. Il apparaît beaucoup plus difficile d'échanger avec des personnes qui ne parlent pas espagnol. Cela exige des compétences linguistiques spécifiques ou du temps pour les acquérir. Or le temps est aujourd'hui un luxe que peu peuvent s'offrir dans la recherche. Cette remarque vaut également pour ce qui est de la méthode employée dans cette thèse. L'ethnographie, qui repose sur une présence prolongée, continue sur le terrain de recherche est de plus en plus difficile à mettre en place pour ses exigences et conditions. Or elle présente de nombreux avantages pour produire des connaissances sur un milieu social. Elle permet de récolter discours et observations sur un temps assez long pour vérifier leur exceptionnalité, leur répétition, leur cohérence et incongruences. Elle permet d'acquérir une confiance, d'accéder à des espaces et des situations privés et intimes. Elle rend possible l'accès aux personnes les moins à-même d'être rencontrées au quotidien si l'on provient d'un autre milieu social. En cela, cette thèse présente une grande originalité dans les recherches sur les migrations au Chili.

Cette ethnographie a permis la production de données originales sur la population haïtienne installée dans un quartier de Santiago du Chili. Des données sur les pratiques et les interactions quotidiennes, sur les liens qui organisent ce groupe, sur les questions de logement, de travail, de religion, sur l'usage des espaces privés et publics, entre autres. Des données de qualité suffisante pour produire une monographie sur le quotidien de cette population. Alors qu'il n'existe que peu d'informations qualitatives sur cette migration, ces matériaux sont importants en ce qu'elles offrent des connaissances inédites. Dans cette thèse, les données récoltées sont présentées et analysées à la lumière des hypothèses

formulées et des objectifs définis et selon une lecture orientée par le cadre théorique mobilisé. En dehors des questions de santé, les conditions de vie et de travail sont décrites dans l'objectif de révéler la traduction matérielle des rapports sociaux dans lesquels s'insèrent ces migrants et de la valeur qui leur est accordée par la société chilienne.

Il a été souligné qu'une hiérarchie de valeurs entre les migrants se définissait au Chili, selon les critères de nationalité et de « race », laquelle se traduit dans des traitements sociaux différenciés. Si ce travail montre bien ceux réservés aux Haïtiens depuis le regard construit sur eux, et que la partie II les inscrit dans les représentations et le traitement plus largement attribués aux « migrants » et aux « autres », il aurait été intéressant d'observer comment ces différences de valeurs se traduisent au quotidien, dans les conditions de vie, les expériences, les interactions ainsi que dans les processus de santé, de maladie et de soin. C'est là une limite du choix d'un critère de sélection de la population d'enquête selon la nationalité. Les analyses gagneraient également en profondeur si des comparaisons étaient effectuées, non seulement avec des migrants d'autres nationalités, des résidents d'autres communes et des Chiliens, mais également avec d'autres contextes de migration.

En ce qui concerne les questions de santé abordées dans cette thèse, plusieurs remarques peuvent être formulées. Dans le contexte chilien, l'anthropologie médicale est peu développée et le champ de la santé des migrants l'est également. Aussi, les questions de recherche, les théories et la littérature mobilisées proposent des apports originaux dans les recherches sur les migrations et sur la santé au Chili. De plus, le corpus théorique construit ici provient de différents contextes académiques peu en relation jusqu'à présent. Il intègre des théories latino-américaines non traduites en français à ce jour et méconnues en France. Il les articule avec des productions scientifiques nord-américaines et françaises. Cet ensemble est appliqué pour proposer des analyses sur des dynamiques sociales en cours au Chili peu observées.

De plus, la méthode qui découle des questions de recherche et qui a été utilisée n'est pas non plus, bien qu'elle connaisse un regain d'intérêt, la plus fréquente dans les recherches anthropologiques, et notamment sur celles portant sur la santé. Comprise dans une définition classique, l'ethnographie demande un travail sur un temps long et une incorporation au milieu d'étude qui sont compliqués à mettre en œuvre dans un contexte où les modes de financement de la recherche impliquent une forte pression sur les chercheurs et des résultats rapides. Pourtant cette méthode présente de nombreux atouts et permet l'obtention de données qualitatives précises.

Dans le cas présent, les propositions théoriques et méthodologiques mobilisées conduisent à une démarche pertinente pour aborder la question de la santé et des processus de soin. L'idée est de partir des individus et du groupe social étudié pour observer leurs savoirs de santé, la construction de leurs parcours de soin, la prise en charge réalisée par les formes de soin ainsi que les récupérations des savoirs des professionnels au sein de l'auto-soin. Partir de ce groupe et l'accompagner au quotidien permet d'obtenir des données depuis les discours et depuis l'observation des pratiques des individus. Cette approche est plus favorable à une compréhension générale des savoirs de santé et des parcours de soin d'une population qu'une recherche réalisée depuis une forme de soin. La question de l'accès aux formes de soin est significative de la pertinence d'une telle approche. Par exemple, cette recherche a montré que si des formes de soins étaient absentes ou peu présentes dans le contexte de migration (comme le vodou ou la médecine créole), elles ne demeureraient pas moins des références pour penser les épisodes de maladies et pour les traiter. Leur légitimité auprès de la population font de leurs savoirs des éléments structurants des processus de santé, de maladie et de soin des enquêtés. Par ailleurs, il a été relevé que de nombreux épisodes de maladies ne font pas l'objet d'intervention de thérapeutes et parfois même, de soin à domicile. Même lorsque la biomédecine est légalement accessible au

malade, différentes barrières peuvent se présenter et limiter cet accès au soin. Le cas de Stevenson montre l'intérêt de suivre un parcours de soin sur du long terme pour mettre en évidence les facteurs qui l'orientent. Il est possible de mettre au jour l'accès concret aux soins (proposés par différents thérapeutes) et d'identifier les facteurs en jeu.

Une telle approche permet aussi d'observer depuis l'auto-soin la construction des itinéraires thérapeutiques et de saisir les logiques ainsi que les savoirs sur lesquels ils reposent. Au long de la troisième partie, différents facteurs ont été mis au jour qui jouent sur l'organisation de la prise en charge des maladies et souffrances. Depuis la recomposition des acteurs intervenant dans l'auto-soin, à la perception sur les risques encourus dans ce nouveau contexte, de la proximité et de l'accessibilité aux formes de soin à la possibilité de faire soi-même des remèdes, mais aussi de la situation légale aux conditions de travail, tous orientent les processus de soin.

En ce qui concerne les observations au sein des formes de soin, c'est la biomédecine qui fait l'objet des analyses les plus précises dans ce travail. Elle apparaît beaucoup plus présente et efficace qu'en Haïti et semble assurer le contrôle des corps les plus vulnérables, contrôle auquel accèdent volontiers les Haïtiens. Cependant, pour une part, la difficulté éprouvée par les professionnels de la biomédecine dans la prise en charge des Haïtiens, - qu'ils associent à leur « culture », à leur manque d'éducation ou de responsabilité -, reflète que celle-ci n'exerce pas une hégémonie sur les savoirs de santé de ces derniers. Il serait intéressant d'analyser les savoirs de santé de ces migrants sur plusieurs années pour observer leur transformation dans ce nouveau panorama médical et social où la biomédecine occupe une position hégémonique. Par ailleurs, l'intérêt pour les corps des femmes enceintes et des enfants de la part de la biomédecine, qui répond aux politiques nationales mais également aux exigences internationales, contraste avec les difficultés d'accès à la biomédecine des adultes. Même si l'État et les centres de santé se montrent favorables aux droits d'accès aux soins pour tous, les barrières qu'ils rencontrent pourraient témoigner du peu d'intérêt social accordé à ceux qui représentent une main-d'œuvre utilisable et remplaçable.

Par ailleurs, les centres de soins biomédicaux sont des espaces d'interaction entre populations migrantes et autochtones. Ils sont des espaces de production et de reproduction de l'altérité. Les mécanismes en jeu ici qui actualisent les processus de différenciation et de hiérarchisation sociale méritent d'être approfondis. Mais surtout, ces espaces s'avèrent propices pour des interventions permettant de rendre visibles ces mécanismes, de les prévenir et de les transformer. Et ce auprès des patients, mais aussi auprès des professionnels. L'autorité médicale dont ces derniers bénéficient renforce la légitimité de leurs paroles et de leurs actes. Aussi, plutôt que des formations « culturelles », une sensibilisation sur les mécanismes qui sous-tendent des actes violents qu'ils peuvent, consciemment ou non, produire, s'avérerait pertinente. Tout comme le serait une identification des mécanismes liés à la structure et au fonctionnement des centres de soin qui entravent l'accès aux soins.

Sur la problématique de la santé de ce groupe de migrants, cette recherche offre des données de base, un terreau à partir duquel approfondir les analyses, problématiser les situations et développer des recherches. De nombreuses situations y sont simplement décrites et des dimensions sont juste effleurées, énoncées, qui pourtant méritent une plus grande attention. Il s'avère nécessaire par exemple d'approfondir la prise en charge réalisée au sein des formes de soin. Si le vodou n'est guère apparu dans mes observations dans la prise en charge des maladies, y a-t-il des pratiques non-dites, transnationales ou locales ? Quels savoirs précis de la médecine créole sont utilisés par l'auto-soin, comment se recomposent-ils en ce nouveau contexte de migration ? Quels apprentissages et expériences sont réalisés au Chili qui nourrissent les savoirs mobilisés au sein de l'auto-soin ? La prise

en charge offerte par les églises évangéliques mériteraient également plus d'attention, ainsi que leurs relations avec les autres formes de soin et avec la communauté haïtienne. Des prémices d'analyses ont été formulées autour de ses fonctions sociales, mais celles-ci doivent être approfondies au sein de ce contexte migratoire particulier.

Il apparaît nécessaire également de préciser l'analyse concernant la construction des savoirs de santé des Haïtiens en migration au Chili, afin de comprendre précisément comment s'articulent et se recomposent les savoirs issus des différentes formes de soin ; de saisir comment cette articulation se modifie en fonction des situations, des personnes et de leur situation sociale. La question de la circulation des savoirs et des soins au sein de la diaspora et depuis Haïti a été très rapidement abordée. Mes observations ont révélé une très faible circulation de produits pour la santé, et ce notamment, car les personnes signalaient avoir voulu faire venir un remède à base de plantes, ce qui est interdit par la douane chilienne. Pourtant, elles ont aussi montré les communications à l'international en cas d'épisodes de maladies afin de définir quoi faire, d'obtenir des prières, des recettes de remèdes. Il a également été question de cas de personnes voyageant en Haïti, une fois obtenu un visa définitif, afin de consulter des spécialistes vodou. Les pratiques de soin transnationales sont une piste à explorer.

Toutes ces questions mériteraient d'être observées sur une durée plus longue, afin de saisir plus précisément comment l'expérience migratoire et la « place » construite au sein de la société chilienne orientent santé et processus de soin

ANNEXES

Liste des annexes :

Annexe 1. Région métropolitaine de Santiago. Divisions administratives par commune	362
Annexe 2. Entretiens réalisés dans le système de soin public	363
Annexe 3. Entretiens réalisés au sein des églises évangéliques.....	364
Annexe 4. Entretiens réalisés au sein du vodou et de la médecine créole.....	364
Annexe 5. Caractéristiques des personnes enquêtées	365
Annexe 6. Caractéristiques détaillées d'une sélection de ménage	373
Annexe 7. Divers entretiens réalisés	381
Annexe 8. Profil statistique d'Haïti selon l'Organisation mondiale de la Santé.....	382
Annexe 9. Entrées et sorties d'Haïtiens à l'aéroport international de Santiago, 2008-2015	385
Annexe 10. Nombre de titres de séjour définitifs et temporaires délivrés en 2015 par nationalité et par commune	386
Annexe 11. Nombre de titres de séjour délivrés à des Haïtiens par types de titre de séjour, par commune et par année.....	388
Annexe 12. Cartes de caractérisation sociale des communes de la Région métropolitaine. 2002. ANR METAL	389
Annexe 13. Nombre d'inscrits par nationalité dans les centres de santé primaire du SSMC dont Cesfam Los Nogales	390
Annexe 14. Extraits d'entretiens avec Augustine	391

Annexe 2. Entretiens réalisés dans le système de soin public

<i>Institution</i>	<i>Profession</i>	<i>sexe</i>
<i>Cesfam Los Nogales</i>	Personnel d'administration. Accueil secteur vert	Femme
	Assistant social (secteur jaune)	Homme
	Assistante sociale (secteur bleu)	Femme
	Infirmière Sapu -- <i>Servicio de atención Primaria de Urgencia</i> (soins simples et vaccination)	Femme
	Infirmier (secteur bleu)	Homme
	Médecin	Femme
	Interne en pédiatrie	Femme
	Educatrice jeunes enfants. Responsable du programme <i>Chile Crece Contigo</i>	Femme
	Responsable vaccination	Femme
	Sage-femme	Femme
<i>Cesfam Lo Valledor Norte</i>	Directeur du Cesfam	Homme
	Kinésithérapeute	Homme
<i>Cesfam Lo Valledor Norte</i>	Responsable OIRS	Femme
<i>Servicio de Salud Metropolitano Central (Ssmc)</i>	Responsable OIRS Ssmc	Homme
	Responsable Santé des Migrants Ssmc	Homme
<i>Minsal - Dirección de Atención Primaria</i>	Responsable Santé des Migrants	Femme
<i>Minsal</i>	Responsable <i>Mesa temática Salud y Migración</i>	Femme
<i>Hospital Clínico San Borja Arriarán</i>	Pédiatre	Homme
<i>Salacuma Las Luciernagas</i>	Directrice du jardin d'enfants	Femme
<i>Gota de Leche</i>	Pédiatre	Femme
	Pédiatre	Femme
	Responsables infirmerie et pharmacie	Trois femmes
	Assistante sociale	Femme

Annexe 3. Entretiens réalisés au sein des églises évangéliques

<i>Eglises</i>	<i>Nom</i>	<i>Responsabilités</i>
<i>Iglesia Apostólica Pentecostal</i>	Pasteur Guy-Max	Pasteur
	Jonas	Evangéliste Responsable des services liés à la sante
<i>Eglise Baptiste de la Grâce Immigrant</i>	Pasteur Elie accompagné par François	Pasteur Responsable de l'église
	Juan	Ancien pasteur d'église évangélique chilienne

Annexe 4. Entretiens réalisés au sein du vodou et de la médecine créole

<i>Formes de soin</i>	<i>Nom</i>	<i>Fonction</i>
<i>Médecine créole</i>	Karry	<i>Moun ki manyen</i>
<i>Vodou</i>	Edou Marco	<i>Oungan</i>

Annexe 5. Caractéristiques des personnes enquêtées

N° ménage	Prénom	Sexe	Âge en 2014	Date arrivée au Chili	Situation légale	Pays de migration avant le Chili	Travail au Chili	Famille	Religion	Niveau d'espagnol	Prévision santé	Types d'observation
1	Daniel	M	38	Février 2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Ouvrier construction - Contrat indéterminé	3 enfants au Chili dont 1 née au Chili. 1 fille de Daniel est en Haïti	Évangélique. Converti au Chili	Moyen	Non	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Aster	F	33	Début 2013	Sujet à contrat de travail - dépendante	Non	Non		Évangélique (convertie pendant maladie)	Faible	Fonasa	
2	Fanny	F	Env. 30	Début 2013	Irrégulière. Grossesse. Liens avec Chiliens	Non	Non	3 enfants au Chili, dont 2 nés au Chili. Fanny a 1 enfant en Haïti	Évangélique (convertie pendant grossesse)	Faible	Fonasa (régularisée après accouchement)	Observations Accompagnements Conversations
	Hans-Olivier	H	Env. 30	Février 2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Construction - Contrat. Licencié		?	Moyen	?	
	Christine	F	Env. 27	Août 2014	Irrégulière	Non	Non	1 enfant en Haïti. Conjoint au Brésil	Évangélique	Faible	Non	Rencontres et conversations occasionnelles
3	Nathalie	F	27	Fin 2012	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Non	Restauration rapide - contrat indéterminé	Nathalie a 1 fils qui l'a rejointe au Chili en 2015. Un enfant né au Chili.	Évangélique	Faible	Fonasa	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Christopher	H	Env. 35	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Non	Restauration rapide - contrat indéterminé		Évangélique	Moyen. Élevé	Fonasa	
4	Cinellie	F	28	Fin 2013	Irrégulière (ordre	Non	Non	1 enfant né au Chili	Évangélique	Faible	Fonasa (après sa grossesse)	Observations Accompagnements

					d'expulsion). Grossesse. Lien avec Chilien							Conversations
	Eddy	H	Env. 28	Début 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Restauration rapide - contrat indéterminé		Évangélique	Moyen	Fonasa	
	Sagine	F	Env. 30	Fin 2014	Irrégulière	Non	Femme de ménage - sans contrat	Mari en Haïti. Sœur au Chili (Cinellie)	Évangélique	Faible	Non	Conversations
5	Fignolette	F	24	Septembre 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Restauration rapide - contrat indéterminé	1 enfant né en Haïti	Évangélique	Faible	Fonasa	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Frisnel	M	24	Fin 2011	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Non	Restauration rapide - contrat indéterminé		Évangélique	Moyen	Fonasa	
6	Lolaine	F	36	Mars 2011	Sujet à contrat - titulaire. Irrégulière. Grossesse. Lien avec Chilien	Rép. dom. (8 ans)	Service à domicile - contrat. Sans emploi. Agent d'entretien – sans contrat puis contrat	1 enfant né au Chili	Évangélique	Élevé	Fonasa	Observations Accompagnements Conversations Entretiens
	Karry	M	38	Fin 2010	Irrégulier. Lien avec Chilien	Rép. dom. (4 mois)	Lo Valledor - sans contrat. Agent d'entretien – contrat + Lo Valledor. Thérapeute		Évangélique	Moyen	Non. Fonasa (avec contrat de travail)	
7	Guy-Max	M	40	Mars 2010	Temporaire	Non	Pasteur. Ponctuellem ent Lo Valledor	1 enfant né en Haïti et 2 enfants nés au Chili	Évangélique	Moyen. Élevé	?	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Andremène	F	43	Début 2012	Irrégulière.	Non	Non		Évangélique	Faible.	Fonasa	

					Grossesse. Irrégulière. Lien avec Chilien					Moyen		
8	Réginald	M	25	mi-2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Station essence. Logistique pour une compagnie de bus	Sa petite amie (n°22) au Chili	Évangélique	Faible. Élevé	Isapre	Conversations Entretien Accompagnement recherche emploi
9	Ginel	M	Env. 33	2011	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Equateur (1 an). Pérou (1 an)	Lo Valledor. Employé au <i>Departamento de Extranjeria</i>	Femme au Chili. 1 enfant né au Chili. 1 enfant laissé en Haïti	Catholique non pratiquant	Élevé	?	Conversations Entretien Rencontres associatives
10	Augustine	F	26	Décembre 2013	Irrégulière. Sujet à contrat de travail - dépendante	Non	Non. Fin 2014 : restauration rapide - sans contrat	1 enfant au Chili	Évangélique	Faible	Non. Fonasa	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Clifford	M	33	Fin 2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Restauration rapide - contrat		Évangélique non pratiquant	Moyen	Fonasa	
	Jean-Gabriel	M	53	Fin 2014	Irrégulier	Rép.dom. (25 ans)	Lo Valledor (ponctuel). Vente de vêtement - ponctuel	Sa fille Augustine au Chili. Des enfants en Haïti	Catholique non pratiquant	Élevé	Non	Conversations
11	Zakari	M	30	Juillet 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire. Irrégulier. Sujet à contrat de travail - titulaire	Rép. dom.	Station essence - contrat. Mécanicien - sans contrat. Compagnie de bus - contrat.	3 enfants en Rep. Dominicaine	Catholique non pratiquant	Élevé	Non	Conversations Accompagnement
12	Candice	F	25	mi-2013	Sujet à contrat de travail -	Rép. dom. (env. 8 ans)	Service dans un restaurant - sans	Un frère (n°13) au Chili	Évangélique	Élevé	Non (cotise à Fonasa mais droits non	Partage lieu de vie Conversations Entretien

					titulaire		contrat. Aide-soignante appartement pour handicapés + ouvrière dans une imprimerie - sans contrat				ouverts)	
13	Estimé	M	29	mi-2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Rép. dom. (env. 10 ans)	Agent d'entretien dans une usine - contrat.	Une sœur (n°12) au Chili	Évangélique non pratiquant	Élevé	?	Conversations
14	Leïla	F	33	2011	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Rép. dom.	Vente de fruits et légumes - contrat	Plusieurs frères (n°14 -15) : partagent même maison. 1 enfant né au Chili	Évangélique	Élevé	Fonasa	Conversations
15	Giovanni	H	24	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire. Irrégulier. Sujet à contrat de travail - irrégulier	Né en Rép. dom.	Station essence - contrat. Agent sécurité - sans contrat, contrat	Frère (n°16), sœur (n°14) : partagent la même maison	Évangélique	Élevé	Non	Conversations Observations
16	Owen	H	29	Novembre 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Travaille avec un contrat	Frère (n°15), sœur (n°14) : partagent la même maison	Évangélique	Faible	Non	Conversations
17	Léocadie	F	25	2013 ?	Sujet à contrat de travail - titulaire	Rép. dom.	Vente de fruits et légumes - contrat	2 enfants en Haïti. Partagent maison avec (n°14-15-16)	Évangélique	Élevé	Fonasa	Conversation Observations
	Cédric	H	31	2013 ?	Sujet à contrat de travail - titulaire	Rép. dom.	Ouvrier construction - contrat		Évangélique	Élevé	?	Conversations

18	Sybil	F	38	Mars 2014	Irrégulier	Non	Non	2 filles en Haïti. Hébergée par (n°33)	Évangélique			
19	Jerry	H	Env. 25	Mars 2014	Irrégulier	Non	Non	Cousin de (n°17). Habite avec eux à son arrivée	Évangélique	Faible	Non	Conversations
20	Lovemine	F	Env. 35	Fin 2013	Sujet à contrat - dépendante	Non	Non	Mari et 3 enfants au Chili	Évangélique	Faible	?	Accompagnements occasionnels Conversations
21	Célestie	F	Env. 25	Janvier 2014 (interdiction d'entrée au Chili en 2012)	Sujet à contrat - titulaire. Grossesse. Lien avec Chilien	Non	Pâtisserie. Arrêt pour grossesse difficile	1 enfant né au Chili. Viennent de Jacmel	Évangélique (convertie pour son mariage)	Faible	Fonasa	Observations Accompagnements Conversations Entretien
	Edson	H	Env. 30	2012	Sujet à contrat - titulaire. Définitif	Rép.dom.	Restauration rapide - contrat indéterminé		Évangélique (responsabilités église Pasteur Guy-Max)	Élevé	Fonasa	
22	Chimène	F	25	Mai 2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Station essence (vente). Vente de fruits et légumes	Cousines (n°22-23) et petit-ami (n°8) au Chili	Évangélique	Faible. Élevé	Fonasa	Conversations
23	Sabine-Carla	F	24	Mi-2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Station essence (vente)	Sœur (n°6), frère et cousine (n°22) au Chili	Évangélique	Faible. Élevé	Ignore ses droits	Conversations Observations
24	Gervais	H	Env. 30	Octobre 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Ouvrier en construction - contrat	Femme au Chili	Évangélique	Moyen	Non	Conversations
25	Anjilîne	F	Env. 30	Début 2013	Irrégulière (problème légalisation documents)	Non	Restauration rapide - sans contrat	Mari et 3 enfants au Chili. 1 enfant resté en Haïti	Évangélique	Moyen	Non	Conversations Accompagnements
26	Annette	F	Env. 35	Fin 2013	Sujet à contrat de travail -	Non	Restauration rapide - avec contrat.	Conjoint au Chili. 1 fils en Haïti qui vient	Catholique non pratiquante	Moyen	Non	Conversations Observations

					titulaire. Irrégulière		Restauration rapide - sans contrat	en 2015. Père au Chili				
27	Dieujuste	H	40	2011	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Rép. dom. (8 ans)	Station service - contrat	Se marie au Chili	Évangélique	Élevé	Fonasa	Conversations Entretien
28	Betty	F	Env. 40	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire. Lien avec Chilien	Non	Restauration rapide. - contrat. Arrêt	2 enfants nés en Haïti (14 et 9 ans) qui les rejoignent au Chili. 1 enfant né au Chili en 2013	Évangélique	Faible	Fonasa	Conversations Observations Entretien
	David	H	Env. 40	2010	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Non	Ouvrier construction - contrat		Évangélique	Moyen	?	
29	James	H	28	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire. Temporaire	Rép. dom. Guyane. Argentine. Brésil	Lo Valledor - contrat. Vente en indépendant (dans la rue). Sécurité ponctuel- -lement - sans contrat	Seul au Chili	Catholique non pratiquant	Moyen	Non	Conversations Entretien
30	Rosénie	F	31	2012	Grossesse. Liens avec Chiliens	Non	Non	1 enfant né en Haïti (Eden) et 1 enfant né au Chili	Évangélique	Faible	Fonasa (ouverture des droits à l'accouchement)	Observations Conversations Accompagnements Entretien
	Julio	H	31	2013	Sujet à contrat de travail - titulaire	Îles caribéennes. Renvoyé en Haïti	Ouvrier en construction - contrat. Lo Valledor - sans contrat		Évangélique	Élevé	Fonasa	
31	Isemane	F	Env. 25	2013	Irrégulière. Grossesse. Liens avec Chilien	Non	Non. Agent d'entretien - sans contrat	1 enfant née au Chili en 2014	Adventiste	Faible	Fonasa	Observations Conversations Accompagnements

	Saurel	H	Env. 25	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Ouvrier de construction - contrat		Adventiste	Moyen	Fonasa	
32	Jonas	H	24	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Rép. dom. (4 ans)	Travail avec contrat		Évangélique	Élevé	Fonasa	Observations Conversations Entretiens
33	Sherley	F	Env. 35	2012	Temporaire	?	Restauration rapide (vente) - contrat	A fait venir son mari au Chili. Un enfant né au Chili	Évangélique (église chilienne)	Moyen	Fonasa	Observations Conversations
34	Sabina	F	Env. 35	Février 2013	Sujet à contrat de travail - titulaire. Irrégulière (en cause : passeport expiré)	Rép. dom.	Agent d'entretien - contrat. Restauration rapide - sans contrat. (Formation d'aide soignante en Rép. dom.)	4 enfants au Chili dont un né au Chili. Mari au Chili	Évangélique	Élevé	Fonasa. Non	Conversations Entretien
35	Xavier	H	Env. 35	2010	Sujet à contrat de travail - titulaire. Définitif	Rép. dom.	Station essence - contrat (formation d'aide soignant)	Mariés au Chili. 1 enfant au Chili	Évangélique	Élevé	Fonasa	Conversations Entretien
	Rosélie	F	Env. 35	2010	Irrégulière. Grossesse. Lien avec Chilien	Rép. dom.	Ouvrière usine - sans contrat (en Rép.dom.: institutrice)		Évangélique	Élevé	Non. Fonasa	
36	Alexander	H	25	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non (a voulu rentrer en Haïti)	Station essence - contrat		Évangélique	Moyen	Fonasa	Conversations
37	Cindy	F		2011	Sujet à contrat de travail -	Non	Femme de ménage - contrat	Mari au Chili. 1 enfant né au Chili. 3 frères au	Évangélique	Moyen	Fonasa	Conversations Observations Accompagnements

					titulaire			Chili				
	Micheline	F	27	Octobre 2013	Irrégulière	Non	Femme de ménage - sans contrat	Cousin au Chili (mari Cindy). Ils l'hébergent. Petit-ami en France	Évangélique	Faible	Non	
38	Moïse	H	Env. 30	2011	Sujet à contrat de travail	Non	Lo Valledor - sans contrat. Station essence - contrat	Femme au Chili et 1 enfant né au Chili	Évangélique	Moyen	Non. Fonasa	Entretien
39	Naïma	F	32	2012	Sujet à contrat de travail - titulaire	Non	Restauration rapide - contrat Thérapeute créole	4 enfants, dont 1 en Haïti	Évangélique	Moyen	Fonasa	Conversation
40	Eliette	F	Env. 60	Fin 2013	?	Non	Non	2 fils au Chili, dont un décédé au Chili	Évangélique	Faible	Non	Observation Conversation
41	Levens	H	Env 28	2012	Sujet à contrat de travail	Rép. dom.	Ouvrier usine - contrat (formation agronomie)	Femme au Chili	Évangélique	Élevé	Isapre	Conversation Entretien

Annexe 6. Caractéristiques détaillées d'une sélection de ménages

N° 1	Aster & Daniel	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Aster (née en 1981) et Daniel (né en 1976) viennent de Gonaïves. Ils sont ensemble depuis leur adolescence et ont eu deux enfants en Haïti, Akao en 2002 et Shakira en 2005. Daniel a une autre fille de 5 ans avec une autre femme, en Haïti. Daniel travaillait dans la construction en Haïti. Il a dû arrêter ce travail qui lui créait des problèmes de santé. Il a alors choisi de migrer au Chili. Après son départ, Aster a commencé un petit commerce sur le marché. Le couple possédait des terres en Haïti et une moto. Ils ont tout vendu, sauf une maison pour venir au Chili.
		<i>Migration au Chili</i>	Daniel est arrivé au Chili en février 2012. Il avait entendu parlé de ce pays par le mari d'une cousine qui était là-bas et lui avait dit qu'il pourrait y trouver du travail. Il a payé un passeur en vendant ses terres et est venu au Chili. Une fois qu'il a trouvé du travail, régularisé sa situation et économisé un peu d'argent, il a fait venir Aster et ses deux aînés début 2013. Aster accouche au Chili en février 2014 de Naïka. Pour tous, le Chili est le premier pays de migration. Plusieurs cousins de Daniel sont au Chili dont Hans-Olivier (n°2) avec qui il a voyagé au Chili et qui réside dans la même maison.
		<i>Situation légale</i>	Daniel a obtenu peu après son arrivée un titre de séjour Sujet à contrat de travail grâce à un emploi dans le secteur de la construction. Quand Aster et ses enfants le rejoignent, ils bénéficient du même titre de séjour en qualité de dépendants de Daniel, ce qui ne permet pas à Aster de travailler. Début 2015, toute la famille est en attente d'obtenir un titre de séjour définitif, dont le titulaire serait Daniel et le reste de la famille serait dépendant. Le dernier enfant, née au Chili, est de nationalité chilienne.
		<i>Logement</i>	À son arrivée, Daniel trouve rapidement une chambre à Los Nogales qu'il partage avec d'autres Haïtiens. Pour l'arrivée d'Aster, il parvient à louer une petite chambre dans une maison partagée avec d'autres ménages haïtiens (dont Fanny et son mari) au sein de Los Nogales. La chambre est très petite et sans ventilation et la maison est située à côté d'une décharge. En 2014, le propriétaire récupère la maison et propose à la maisonnée de s'installer dans une maison nouvellement restaurée, toujours à Los Nogales. La famille dispose alors de deux pièces en bon état, avec une salle de bain, des toilettes et une cuisine privée.
		<i>Travail</i>	Daniel trouve dès son arrivée à Santiago un travail avec contrat de travail dans une entreprise de construction, dans laquelle travaille son colocataire. Il obtient un contrat de travail et travaille jusqu'à ce jour pour cette entreprise. Aster ne pourra pas travailler, faute d'autorisation liée à son titre de séjour. Début 2015, elle cherche un emploi, le titre de séjour définitif qu'elle va obtenir lui permettant de travailler. Les deux aînés sont scolarisés dès leur arrivée dans un collège de Los Nogales. La petite est inscrite en crèche aux alentours de ses 6 mois.
		<i>Religion</i>	Aster est catholique mais s'est convertie en 2005 à l'Église évangélique, suite à des problèmes de santé. Daniel se convertit une fois arrivé au Chili. La famille assiste au culte de l'Église du Pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Daniel s'exprime en espagnol, qu'il a appris au Chili. Aster dit comprendre un peu mais ne s'aventure pas à le parler. Les enfants ont appris très vite l'espagnol.
N° 2	Fanny & Hans-Olivier Christine	<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements réguliers dans les démarches de santé de la dernière-née au Cesfam de Los Nogales, à l'hôpital San Borja et à <i>Gota de Leche</i> ; et dans les démarches administratives. Conversations fréquentes avec Aster. Occasionnels moments passés dans leur foyer. Un entretien commencé avec Aster puis prolongé avec Daniel.
		<i>Situation avant migration au Chili</i>	Fanny et Hans-Olivier viennent de Gonaïves. Hans-Olivier n'avait pas encore commencé de travailler en Haïti mais avait initié une formation en électricité qu'il a arrêtée, faute d'argent, deux ans avant de venir au Chili. Fanny a eu un fils avec un autre homme en 2008. Elle a fait une formation de couturière. Christine est une amie de Fanny. Elle vient de Gonaïves où réside son fils de 7 ans. Elle a rejoint au Chili son amie Fanny.
		<i>Migration au Chili</i>	Hans-Olivier est arrivé en premier au Chili, avec son cousin Daniel (n°1). C'était en février 2012. Puis il a fait venir Fanny, sa femme, et leur premier fils début 2013. Le fils aîné de Fanny est resté chez son père en Haïti. Fanny tombe enceinte de jumeaux peu après son arrivée au Chili. Une cousine de Fanny est venue la rejoindre au Chili, ainsi qu'une amie, Christine, mais le reste de sa famille proche est en Haïti. Fanny souhaite faire venir au Chili sa nièce dont la mère est décédée. Christine est allée au Chili en août 2014, où elle connaissait Fanny. Elle a laissé son fils en Haïti et son conjoint est parti au Brésil.
		<i>Situation</i>	Hans-Olivier obtient un titre de séjour sujet à contrat de travail quelques temps après son arrivée. En 2015, alors qu'il attend son titre de séjour définitif, il perd

		<i>légale</i>	son emploi et craint pour son titre de séjour. Fanny, une fois son visa tourisme obsolète, a demandé un titre de séjour pour femme enceinte qu'elle a ensuite changé pour un titre de séjour temporaire pour lien avec Chiliens (ses deux enfants nés au Chili). En novembre 2014, le visa tourisme de Christine prend fin. Elle désespère de pouvoir trouver un contrat de travail qui lui permettra d'obtenir un titre de séjour sujet à contrat de travail.
		<i>Logement</i>	À son arrivée, Hans-Olivier habite dans la même chambre que Daniel (n°1), puis, quand leurs femmes et enfants les rejoignent chacun occupe sa propre chambre dans la même maison à Los Nogales. En 2014, le propriétaire récupère les lieux et propose à l'ensemble des habitants de s'installer dans une maison nouvellement restaurée, toujours à Los Nogales. La famille dispose alors de deux pièces en bon état, avec une salle de bain, des toilettes et une cuisine privée. Dans les deux maisons résident plusieurs foyers Haïtiens. Christine est hébergée et nourrie par Fanny et Hans-Olivier. Elle partage leur logement et leur nourriture en attendant de trouver un emploi et de pouvoir devenir indépendante.
		<i>Travail</i>	À son arrivée, Hans-Olivier trouve du travail dans le secteur de la construction et obtient un contrat de travail qui lui permet d'obtenir un titre de séjour sujet à contrat. En 2015, il perd son emploi. Fanny ne travaille pas : sa grossesse, puis la charge de travail que représentent ses enfants ne le lui permettent pas. Christine ne trouve pas d'emploi. Elle mobilise ses réseaux et fait du porte-à-porte mais se voit toujours refuser une embauche car elle n'a pas encore de titre de séjour. Elle désespère, car sans travail elle ne peut ni se régulariser, ni obtenir son logement et subvenir à ses besoins.
		<i>Religion</i>	Fanny est évangélique. Elle assiste à l'Eglise du Pasteur Guy-Max. Christine est évangélique et assiste au culte de l'Eglise du Pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Hans-Olivier et Fanny apprennent l'espagnol au Chili. Ils le parlent correctement. Elle n'ose pas le parler mais le comprend bien. Christine apprend vite.
		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements occasionnels dans les démarches de santé des nouveau-nés et dans les démarches administratives. Conversations occasionnelles avec Fanny. Visites occasionnelles dans le foyer. Christine : Rencontres et conversations occasionnelles.
N° 3	Nathalie & Christopher	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Nathalie (née en 1987) et Christopher viennent de Gonaïves. Elle a eu un fils en Haïti en 2009 avec un autre homme, qu'elle laisse à sa mère à son départ au Chili. Nathalie vendait des aliments sur un marché à Gonaïves.
		<i>Migration au Chili</i>	Nathalie arrive au Chili fin 2012. Elle y rejoint un cousin qui l'a aidée à payer son billet et l'a hébergée chez lui jusqu'à son mariage avec Christopher. Christopher est arrivé au Chili en 2012 rejoignant deux de ses frères déjà installés. Christopher et Nathalie se rencontrent à l'église du Pasteur Guy-Max et s'y marient. Ils ont une petite fille début 2014. En 2014, toute la fratrie de Christopher, dont Eddy (n°4), est au Chili et la majorité réside à Los Nogales. Plusieurs de ses cousins sont aussi ici, dont Frisnel (n°5). Nathalie fait venir un de ses frères en 2014, puis son autre frère et son fils en 2015. Tous les nouveaux venus sont accueillis à leur arrivée dans la chambre supplémentaire de la maison du couple.
		<i>Situation légale</i>	Nathalie comme Christopher obtiennent peu après leur arrivée un titre de séjour sujet à contrat de travail. Puis après deux ans avec ce visa, ils demandent et obtiennent un titre de séjour définitif début 2015. Leur fille née au Chili obtient la nationalité chilienne.
		<i>Logement</i>	À son arrivée au Chili, Nathalie est hébergée par son cousin à Los Nogales. Après leur mariage, Christopher et Nathalie trouvent un logement fait de trois pièces dans le quartier. Ce logement est au fond de la cour d'une maison parfois habitée par le propriétaire chilien. Ils disposent de deux chambres et d'une salle à manger. La cuisine est à l'extérieur dans la cour. La salle de bain et les toilettes, dans une cabane dans la cour, sont partagés avec l'autre couple qui habite dans une chambre construite aussi dans la cour. Ils accueillent les nouveaux venus de leur famille dans la deuxième chambre.
		<i>Travail</i>	Nathalie et Christopher trouvent rapidement à leur arrivée au Chili un emploi dans la chaîne de restauration rapide <i>Dominó</i> . Ils y font le ménage et la vaisselle. Après son congé maternité, l'entreprise propose à Nathalie de travailler dans le seul restaurant qui propose des horaires adaptés aux mères de famille.
		<i>Religion</i>	Le couple est de religion évangélique et fréquente l'église du Pasteur Guy-Max.
<i>Langue</i>	Christopher a vite appris l'espagnol. Nathalie le comprend mais n'ose encore pas s'exprimer en espagnol.		

		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements réguliers voire fréquents à certains moments dans les démarches de santé de la dernière-née au Cesfam de Los Nogales, à l'hôpital San Borja et à <i>Gota de Leche</i> ; et dans les démarches administratives. Conversations fréquentes avec Nathalie, rares avec Christopher. Occasionnels moments passés chez eux. Long entretien réalisé avec Nathalie. Nathalie s'est toujours efforcée de m'aider dans ma recherche. Elle a très bien compris les objectifs et s'assurait que les termes et définitions soient claires pour moi.
N° 4	Cinellie & Eddy	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Cinellie (née en 1986) vient de La Croix dans le département de l'Artibonite. Elle habitait à Gonaïves avant de venir au Chili. Elle est en couple avec Eddy depuis plusieurs années.
		<i>Migration au Chili</i>	Cinellie est arrivée au Chili à la fin de l'année 2013. Elle rejoint alors son mari arrivé en début d'année. Eddy avait retrouvé ses frères installés au Chili (parmi lesquels Christopher (n°3)). Ils ont un enfant début 2015. Alors qu'elle a toute sa fratrie au Chili et plusieurs cousins, Cinellie est la première de sa famille à venir au Chili, mais elle fait venir sa sœur Sagine au moment de son accouchement. Cette dernière compte faire venir son mari une fois sa situation régularisée.
		<i>Situation légale</i>	Eddy obtient un titre de séjour sujet à contrat de travail peu après son arrivée. Cinellie ne trouve pas de travail et passe en situation d'irrégularité en 2014. Elle reçoit alors un ordre de quitter le territoire chilien, mais, enceinte, elle demande un titre de séjour pour femme enceinte, qu'elle changera pour un titre de séjour pour lien avec Chilien, une fois son fils né.
		<i>Logement</i>	À l'arrivée de Cinellie au Chili, le couple occupe une chambre dans la maison d'une famille chilienne. Leur cuisine est dans la chambre, qui dispose aussi de deux lits, dont l'un est occupé par la sœur d'Eddy qui vient d'arriver. Dans une autre pièce vivent Lovemine (N°20) et sa famille. Les deux femmes haïtiennes souffrent des violences du propriétaire chilien. Cinellie et Eddy parviennent à déménager dans une chambre plus grande et nouvellement construite dans la cour d'une grande maison partagée par de nombreux foyers de migrants (dans la première maison habitée par Augustine (N°10)). Ils accueillent leurs sœurs à leur arrivée au Chili.
		<i>Travail</i>	Eddy travaille depuis son arrivée pour une chaîne de restauration rapide : <i>Dominó</i> . Cinellie ne travaille pas.
		<i>Religion</i>	Le couple est de religion évangélique et fréquente l'église du Pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Eddy a appris l'espagnol, mais Cinellie peine à le comprendre et ne s'exprime qu'en créole.
		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements réguliers dans les démarches de santé de Cinellie au Cesfam de Los Nogales, à l'hôpital San Borja ; et dans les démarches administratives. Conversations fréquentes avec Cinellie, très rares avec Eddy. Occasionnels moments passés dans leur foyer.
N° 5	Fignolette & Frisnel	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Fignolette (née en 1990) et Frisnel (1990) viennent de Gonaïves et sont ensemble depuis leurs 15 ans. Fignolette vend dans les marchés depuis l'âge de 8 ans.
		<i>Migration au Chili</i>	Fin 2011, Frisnel vient au Chili rejoindre son grand frère. Celui-ci le reçoit à son arrivée et son père paye le billet d'avion. Il aide ensuite deux de ses frères à venir au Chili ; puis Fignolette en septembre 2013. Ils se marient à son arrivée et ont un enfant en janvier 2015. Les 6 frères et sœurs de Frisnel sont au Chili ainsi que de nombreux cousins (comme Eddie (n°4) et Christopher (n°3)). La famille proche de Fignolette se trouve en Haïti.
		<i>Situation légale</i>	Frisnel et Fignolette trouvent à leur arrivée un emploi et obtiennent des visas Sujet à contrat de travail. En 2014, Frisnel obtient un titre de séjour définitif. Leur fille obtient la nationalité chilienne à sa naissance.
		<i>Logement</i>	À l'arrivée de Fignolette, le couple habite une petite chambre sous le toit d'une maison en brique à Los Nogales. Très petit et très précaire, le couple déménage dans le sud du quartier et partage trois pièces avec Célestie et son mari Edson (n°21). Puis, ils redéménagent rapidement dans une rue voisine : ils occupent alors un deux-pièces à l'arrière d'une maison où résident les propriétaires chiliens.

		<i>Travail</i>	Frisnel et Figolette trouvent un emploi à leur arrivée à <i>Dominó</i> dans la restauration rapide.
		<i>Religion</i>	Le couple est évangélique et fréquente l'église du Pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Frisnel parle bien l'espagnol et Figolette peine à le comprendre et s'exprime principalement en créole.
		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements réguliers dans les démarches de santé de Figolette au Cesfam de Los Nogales. Conversations fréquentes avec Figolette, rares avec Frisnel. Occasionnels moments passés chez eux. Long entretien réalisé avec Figolette.
N° 6	Lolaine & Karry	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Lolaine (née en 1978) vient de Thomassique en Haïti, mais vivait en République dominicaine depuis 2003. Karry (né en 1976) vient aussi de Thomassique où il était facteur, et a rencontré Lolaine en République dominicaine où il a vécu 4 mois avant de venir au Chili.
		<i>Migration au Chili</i>	Karry est venu au Chili fin 2010. Il était alors en République dominicaine depuis 4 mois avec l'intention d'aller en France. Il est finalement allé au Chili et a alors proposé à Lolaine d'y venir. Celle-ci est arrivée à Santiago en mars 2011. Fin 2011, Lolaine et Karry se mettent en couple puis se marient. Ils ont une fille début 2013. Lolaine fait venir sa cousine Chimène (n°22) en mai 2012, puis sa sœur Sabine-Carla (n°23) en 2013.
		<i>Situation légale</i>	Karry est resté en situation irrégulière jusqu'à la naissance de sa fille où il a obtenu un titre de séjour temporaire pour lien avec Chilien. Lolaine a obtenu un visa Sujet à contrat de travail à son arrivée. Après son mariage, elle quitte son emploi et est alors en situation irrégulière. Elle obtient ensuite un visa grossesse puis un visa pour lien avec Chilien. Le couple fait en 2014 la demande d'un visa définitif. Leur fille est chilienne.
		<i>Logement</i>	À leur mariage, le couple s'installe dans une pièce au sein d'une maison au cœur de Los Nogales, dans laquelle réside le propriétaire chilien, mais aussi le pasteur Guy-Max, sa femme Andremène et leurs enfants (n°7), un autre couple Haïtien ainsi qu'un autre Chilien. Ils reçoivent dans cette pièce la cousine de Lolaine, Chimène, puis sa sœur Sabine-Carla en attendant qu'elles trouvent un autre logement.
		<i>Travail</i>	Karry travaille à Lo Valledor les premières années. À la naissance de sa fille, il obtient un visa pour lien avec Chilien qui lui permet de trouver un travail comme agent d'entretien à l' <i>Universidad de Santiago de Chile</i> . Il continue de travailler en parallèle à Lo Valledor, tant que sa femme en trouve pas un emploi. Il exerce également comme thérapeute. Lolaine trouve à son arrivée un poste dans une famille pour prendre soin d'une personne âgée et réside chez son employeur. A son mariage, considérant qu'elle ne peut continuer d'habiter là-bas, elle quitte son emploi. Elle perd son titre de séjour. Après la naissance de sa fille, elle met plusieurs mois avant de trouver un nouvel emploi comme agent d'entretien dans une petite entreprise d'imprimerie proche de Los Nogales.
		<i>Religion</i>	Le couple est évangélique. Ils fréquentaient d'abord l'église de Lo Valledor, mais pour des raisons pratiques, ils sont devenus membres de l'église du pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Lolaine parle très bien espagnol. Karry le comprend et s'exprime en espagnol mais avec plus de difficultés.
		<i>Collecte des données</i>	Rôle très important du couple pour mon insertion dans le quartier de Los Nogales auprès des Haïtiens. Observations et accompagnements réguliers dans les démarches de santé de Lolaine au Cesfam de Los Nogales et à <i>Gota de Leche</i> ; ainsi que dans les démarches administratives. Conversations fréquentes avec Lolaine et Karry. Visites fréquentes à domicile. Longs entretiens réalisés avec Lolaine et Karry. Observations occasionnels de soins administrés par Karry.
N° 7	Guy-Max & Andremène	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Guy-Max (né en 1974) et Andremène (née en 1971) sont mariés depuis Haïti où ils ont eu une fille en 2009. Il était alors pasteur. Andromène est née près de Gonaïves mais vivait dans la ville de Hinche dans le département du Centre, où elle a rencontré le Pasteur.
		<i>Migration au Chili</i>	Avec le tremblement de terre, Guy-Max a tout perdu et a décidé d'essayer de migrer. Il a vendu tous ses biens et s'est fait aider de parents pour venir en République dominicaine (où il est resté quelques semaines), puis au Chili en mars 2010. Sa femme et leur fille le rejoignent en 2012. Ils ont un fils en 2013, puis une

			petite fille en 2015. Leur fille ainée est scolarisée dans une école du quartier et leur fils est inscrit en crèche.
		<i>Situation légale</i>	En 2014, Guy-Max était détenteur d'un visa temporaire, mais je ne sais dire lequel (peut-être pour lien avec Chilien, ou pour raisons religieuses). Andremène obtient à sa première grossesse en 2012 un visa pour grossesse. Puis elle est pendant une période en situation irrégulière avant de demander un titre de séjour pour lien avec Chilien. Leurs deux enfants nés au Chili sont chiliens.
		<i>Logement</i>	À son arrivée, Guy-Max partage une chambre avec d'autres Haïtiens chez un Chilien qui les traite très mal, à Los Nogales. Il finit par trouver la chambre qu'il occupe actuellement et où le rejoignent sa femme et sa fille. Dans cette maison habitent également Karry et Lolaine (n°6), le propriétaire, un autre Chilien et une dernière famille haïtienne. Fin 2014, ils trouvent un deux-pièces plus indépendant dans le quartier qui dispose notamment d'une salle de bain et de toilettes privées.
		<i>Travail</i>	Guy-Max est pasteur dans la plus importante église évangélique haïtienne de Los Nogales. Cette fonction, à laquelle s'ajoutent ses études théologiques, ne lui permettent pas de travailler à plein temps. Il travaille ponctuellement à Lo Valledor. Andremène ne travaille pas non plus mais a des charges à l'église.
		<i>Religion</i>	Le couple est évangélique. Guy-Max est pasteur depuis 2006 en Haïti et Andremène se décrit comme très pratiquante depuis son enfance.
		<i>Langue</i>	Guy-Max s'exprime très bien en espagnol et Andromène apprend tout doucement.
		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements réguliers dans les démarches de santé d'Andremène au Cesfam de Los Nogales, à <i>Gota de Leche</i> , à San Borja et au Cesfam N°1 ; ainsi que dans les démarches administratives. Conversations fréquentes avec Andremène et Guy-Max. Visites occasionnelles à domicile. Entretien avec Guy-Max
N° 8	Réginald	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Réginald (né en 1989) vient de Thomassique. Il travaillait là-bas pour une ONG internationale qui avait des programmes de santé et d'éducation.
		<i>Migration au Chili</i>	Réginald rejoint mi-2013 au Chili sa petite-amie Chimène (n°22), la cousine de Lolaine (n°6), laquelle est arrivée en mai 2012 au Chili. Il n'avait pas comme intention de migrer, ou alors en France ou aux Etats-Unis pour faire des études. Son amie a tout organisé et il a accepté de la rejoindre. Il s'inscrit aux cours du soir dans un lycée de Los Nogales pour valider son niveau de fin de lycée.
		<i>Situation légale</i>	Il obtient un visa Sujet à contrat de travail peu après son arrivée.
		<i>Logement</i>	À son arrivée, Réginald est hébergé avec Chimène chez Leïla et Giovanni (n°9), mais, sous contrôle de l'Église, ils doivent faire chambre à part. Réginald trouve finalement une chambre dans une maison dans laquelle Sabine-Carla (n°23) occupe une autre chambre. Son cousin le rejoint au Chili et partage sa chambre. Fin 2014, il trouve une maison rénovée à Los Nogales qu'il partage avec Sabine-Carla et son frère, son cousin, et deux autres couples d'amis. Il est alors très satisfait de son logement.
		<i>Travail</i>	Il trouve rapidement après son arrivée un travail avec contrat dans une station essence COPEC. Début 2014, il cherche un autre travail et grâce au <i>Servicio Jesuita a Migrantes</i> , il est embauché très rapidement pour une compagnie de bus pour laquelle il organise le stationnement et les départs des bus. La gare routière se situe à 1h30 de Los Nogales mais son travail est assez valorisant à ses yeux et aux yeux de ses amis.
		<i>Religion</i>	Évangélique. Membre de l'Église du Pasteur Guy-Max.
		<i>Langue</i>	Apprend rapidement l'espagnol.
		<i>Collecte des données</i>	Conversations régulières. Accompagnement pour des recherches d'emploi. Entretien.
N°9	Ginel & Ketly	<i>Situation avant migration</i>	Ginel (environ 33 ans) vient de Port-au-Prince. Une partie de sa famille se trouve aux États-Unis. Il a quitté Haïti en 2009, laissant sa fille auprès de sa mère, pour aller « chercher la vie » en Equateur. N'y trouvant pas beaucoup de travail il a décidé d'aller au Chili mais s'est arrêté au Pérou (Tacna) pendant un an où il était professeur de danse.

		<i>au Chili</i>	
		<i>Migration au Chili</i>	Après avoir vécu en Équateur et au Pérou, il est entré au Chili par la frontière terrestre du Nord en 2011. Il rencontre Ketly à Los Nogales et ils ont un enfant en 2014. Ils se marient en 2015, alors que Ginel initie des démarches dans le but d'aller rejoindre sa famille aux Etats-Unis. Ginel rejoint l'association haïtienne présente à Los Nogales, la Oschec et en devient président en 2014.
		<i>Situation légale</i>	Ginel obtient un visa Sujet à contrat à son arrivée puis demande un titre de séjour définitif.
		<i>Logement</i>	Ginel et Ketly habitent en 2014 dans une maison de trois-pièces indépendante, à Los Nogales. Ils accueillent la sœur de Ketly depuis son arrivée et temporairement un ami de Ginel. La maison dispose d'une pièce qui permet d'ouvrir un commerce donnant sur la rue, mais pour l'instant Ginel ne se risque pas à ouvrir ce magasin de peur d'être cambriolé et attaqué. Ginel se plaint de l'insalubrité de la maison.
		<i>Travail</i>	Ginel a travaillé avec un contrat à Lo Valledor. Son rôle de président de la Oschec favorise l'obtention d'un travail au <i>Departamento de Extranjería</i> début 2015. Il est chargé de l'accueil des personnes haïtiennes et notamment de faire la traduction et la médiation. Le couple dispose d'un stand avec une licence sur le marché de Los Nogales du dimanche.
		<i>Religion</i>	Catholiques non pratiquants.
		<i>Langue</i>	Ginel s'exprime et comprend parfaitement l'espagnol. Ketly également.
		<i>Collecte des données</i>	Conversations. Entretien (dans le cadre du projet Fondecyt n°1130203, dirigé par Maria Emilia Tijoux). Rencontres lors des réunions du <i>Movimiento Acción Migrante</i> . Très peu de contact avec Ketly.
N°10	Augustine & Clifford	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Augustine (née en 1988) et Clifford (né en 1981) ont grandi dans des villages proches de Gonaïves. Augustine, dont la mère est décédée très jeune et son père est parti vivre en République dominicaine à la mort de sa mère, a vécu chez sa tante à La Croix. En 2006, le couple a un premier enfant, qui décède, comme les deux enfants qu'ils auront ensuite. Clifford a commencé des études de droit qu'il a abandonné pour travailler comme charpentier. Le couple vit à Gonaïves. Lorsque Clifford part pour le Chili fin 2012, Augustine reste chez sa cousine à Gonaïves et fait du commerce sur les marchés. Elle est alors enceinte de Stevenson qui naît en Haïti.
		<i>Migration au Chili</i>	Clifford part fin 2012 rejoindre un cousin installé au Chili. Augustine le pousse à la faire venir avec Stevenson qui est malade. En décembre 2013, ils rejoignent Clifford. Fin 2014, Augustine fait venir son père, Jean-Gabriel. Un frère et des cousins de Clifford habitent au Chili et une cousine d'Augustine aussi.
		<i>Situation légale</i>	Clifford obtient rapidement un titre de séjour Sujet à Contrat auquel Augustine et Stevenson demandent à être rattachés. Ils rencontrent des difficultés pour obtenir ce visa faute d'avoir un acte de mariage et un acte de naissance légalisés. L'urgence de la santé de Stevenson permettra d'obtenir les titres de séjour.
		<i>Logement</i>	À son arrivée au Chili, Clifford partage une chambre proche de Los Nogales avec d'autres Haïtiens. Pour la venue d'Augustine et de Stevenson, il trouve une petite chambre dans une maison où habitent de nombreux ménages de différentes nationalités. La chambre ne dispose pas de ventilation et la cuisine est faite à l'intérieur. Mi-2014, la famille déménage dans une chambre un peu plus grande dans un ancien collège transformé en habitations louées à des ménages chiliens, tout près du métro San Alberto Hurtado. Augustine obtient deux mois plus tard une chambre dans le même collège mais à l'étage inférieur, moins risqué pour les enfants et surtout, sans cafard. Fin 2014, le père d'Augustine, Jean-Gabriel arrive au Chili et s'installe avec eux.
		<i>Travail</i>	Clifford travaille dans la restauration rapide pour l'entreprise <i>Dominó</i> , avec un contrat de travail. Il travaille double en 2014 et n'a aucun jour de repos. Augustine cherche à partir de fin 2014 un emploi, mais ne peut disposer d'un contrat de travail car sa qualité de dépendant du visa Sujet à contrat de travail de son mari ne lui permet pas de travailler. Elle obtient quand même un poste dans un local de restauration rapide. Son chef est assez compréhensif sur les absences d'Augustine liées à la santé de son fils. Avant cela, elle gardait des enfants à son domicile certains jours et réalisait des coiffures.
		<i>Religion</i>	Augustine est évangélique.
		<i>Langue</i>	Clifford est capable de communiquer en espagnol ; Augustine n'ose pas parler espagnol mais le comprend mieux avec le temps.
		<i>Collecte des données</i>	Observations et accompagnements très fréquents pour les démarches de santé de Stevenson au Cesfam de Los Nogales, à l'hôpital San Borja et à <i>Gota de Leche</i> ; dans les démarches administratives et dans les recherches de logement. Conversations quotidiennes avec Augustine, plus rares avec Clifford.

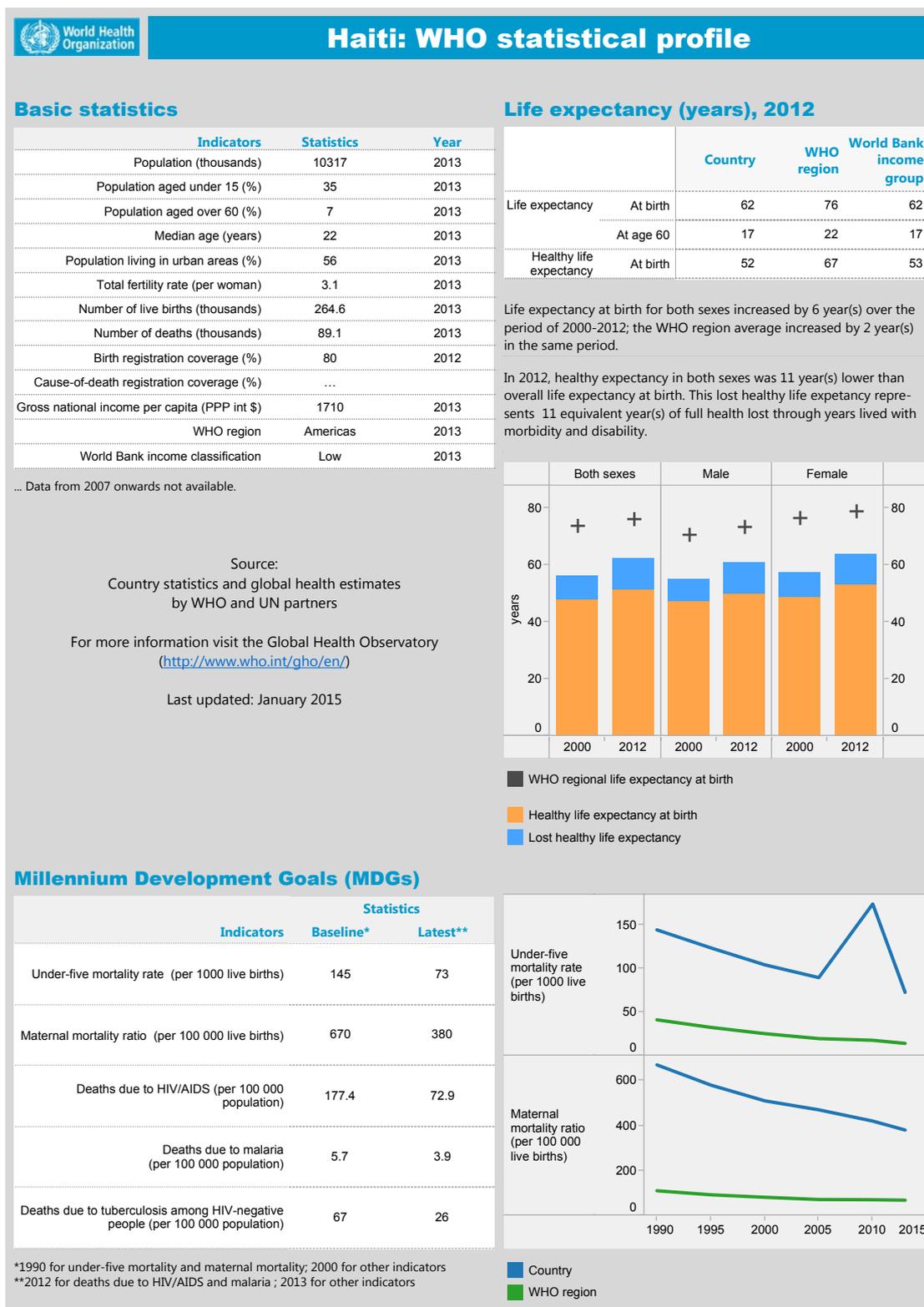
			Fréquentes visites à leur domicile. Longs entretiens réalisés avec Augustine. Augustine et son fils Stevenson ont occupé une place centrale dans cette recherche, non seulement pour les importantes démarches de santé de l'enfant, mais aussi parce qu' Augustine a toujours veillé à m'expliquer son point de vue sur les événements en cours, à me partager son histoire et à me décrire Haïti le plus précisément possible.
N° 11	Zakari	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Zakari est né à Hinche en 1984 et a grandi à Thomonde. Adulte, il s'est installé en République dominicaine où il a eu trois enfants. Il travaillait comme chauffeur de camion et comme mécanicien. Il a ouvert un salon de coiffure avec la mère de ses enfants.
		<i>Migration au Chili</i>	Il migre au Chili en juillet 2013. Il a entendu parler du pays par des amis et pour y entrer, il a obtenu une lettre d'invitation d'une Chilienne qu'il avait rencontré sur internet. Il sera ensuite rejoint par plusieurs de ses amis dont Estimé (n°13) et sa sœur Candice (n°12).
		<i>Situation légale</i>	Quelque temps après son arrivée, Zakari trouve un emploi qui lui permet d'obtenir un visa Sujet à contrat de travail. Il quitte cependant son travail et demeure un temps sans emploi. Il perd ainsi son visa sujet à contrat. Il demande quelques mois plus tard ce même visa lorsqu'il trouve à nouveau un contrat de travail.
		<i>Logement</i>	Zakari réside d'abord dans une chambre partagée avec un autre haïtien au sein d'une maison où résident un jeune couple chilien. Il déménage quelques mois plus tard dans la maison d'en face. Il dispose de deux pièces donnant sur une cour intérieure alors que les autres chambres de la maison sont occupées par d'autres Haïtiens et Dominicains. Il reçoit chez lui des amis qui arrivent au Chili, le temps de leur installation. Il héberge ainsi Candice, qu'il connaît depuis leur enfance, avant qu'elle ne vienne habiter avec moi.
		<i>Travail</i>	Le premier travail exercé par Zakari est dans une station essence COPEC. Il arrête ce travail qui ne lui plaît pas et lui semble dangereux ce qui le met en situation d'irrégularité. Il travaille alors un temps dans un garage comme mécanicien, sans contrat de travail. Il trouve finalement un emploi dans la même compagnie de bus que Réginald, dont il est content.
		<i>Religion</i>	Catholique non pratiquant.
		<i>Langue</i>	Niveau d'espagnol très élevé.
		<i>Collecte des données</i>	Conversations régulières. Accompagnements pour une recherche d'emploi.
N° 12	Candice	<i>Situation avant migration au Chili</i>	Candice (née en 1989) a grandi à Thomonde en Haïti. Fille d'un oungan (praticien vodou), elle s'est convertie à l'église évangélique à son adolescence. Sa mère partie en République dominicaine, Candice est placée chez le pasteur de son église. Elle est finalement envoyée rejoindre sa mère en République dominicaine quand sa relation amoureuse a déplu au pasteur. Là-bas, elle poursuit le lycée et commence à travailler dans le service domestique. À nouveau, sa relation amoureuse déplaît et elle est envoyée au Chili rejoindre un grand frère, Estimé (n°13).
		<i>Migration au Chili</i>	Vers le milieu de l'année 2013, Candice arrive au Chili. Elle habite d'abord dans une ville au Sud de Santiago, chez son frère. En octobre 2013, elle décide de retourner à Santiago et est accueillie par Zakari. Giovanni, qu'elle rencontre à Los Nogales l'aide à trouver un travail. Ils forment ensuite un couple. En 2014, Candice s'inscrit en cours du soir dans un lycée de Los Nogales pour valider son niveau de fin de lycée.
		<i>Situation légale</i>	Après une période d'irrégularité, Candice obtient un visa Sujet à contrat de travail en octobre 2013.
		<i>Logement</i>	À son arrivée, Candice habite chez son frère dans une ville du Sud. Elle souhaite retourner à Santiago et est reçue par Zakari pendant deux mois. En décembre, alors qu'elle cherche un logement pour elle, je lui propose de partager le mien. En mai 2014, suite à une dispute avec la propriétaire, Candice déménage dans une petite chambre au cœur de Los Nogales. Nouvellement construite, cette chambre intègre un ensemble de pièces disposées toutes en longueur pour accueillir uniquement des Haïtiens. Les cuisinières sont installées dans le couloir central et deux salles de bains sont partagées entre tous. Cette location étant très chère et très petite, elle part et trouve une grande chambre qu'elle loue chez une dame. Elle y restera plusieurs mois et y reçoit son frère quand il décide de s'installer à Santiago.
		<i>Travail</i>	Dans la ville au Sud de Santiago où elle réside, Candice fait le service dans un restaurant, sans contrat de travail. En arrivant à Santiago, Giovanni lui trouve une

		place comme aide-soignante dans un appartement qui accueille des personnes handicapées. Elle y travaille 24 heures de suite pour 28 heures de pause. Elle commence à travailler pendant ses temps de pauses dans une petite entreprise d'imprimerie.
	<i>Religion</i>	Candice est évangélique depuis son adolescence.
	<i>Langue</i>	Elle parle très bien l'espagnol.
	<i>Collecte des données</i>	Partage d'un lieu de vie au quotidien. Conversations. Entretien. Candice a joué un rôle très important en m'orientant au sein de la communauté haïtienne, dans la manière d'expliquer ma recherche et d'interroger les gens.

Annexe 7. Divers entretiens réalisés

<i>Institutions</i>	<i>Nom</i>	<i>Fonction</i>
	Carmen	Habitante de Los Nogales
	Juana	Habitante de La Santiago
<i>SJM</i>	Carlos Baeza	Travailleur social SJM
	Félix Martinez	Travailleur sociale SJM
<i>Oschec</i>	Xavier	Responsable santé Oschec
	Dieujuste	Secrétaire Oschec
	Rood	Président n°1 Oschec
	Ginel	Président n°2 Oschec
<i>Incami</i>	Isabel	Travailleuse sociale Incami
<i>Municipalité de Santiago. Programme migrants</i>	Gloria Marquez	Responsable santé. Initiatrice du programme migrants
<i>Municipalité de Quilicura. Programme migrants</i>	Yamile Cabreraz	Responsable du programme migrants
<i>Cancillería. Cooperación internacional</i>	Rogelio Rubiño	Responsable coopération Chile-Haïti

Annexe 8. Profil statistique d'Haïti selon l'Organisation mondiale de la santé



Top 10 causes of death

Stroke was the leading cause of death, killing 10.7 thousand people in 2012

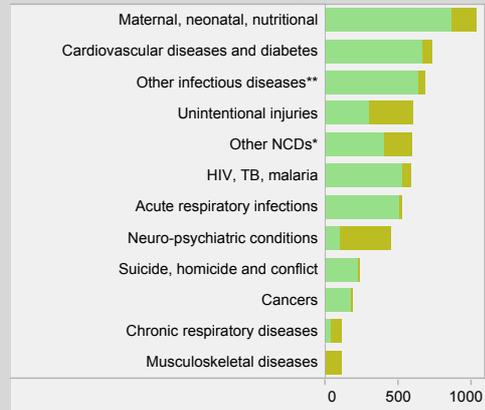
	No of deaths (000s) 2012	Crude death rate 2000-2012	Change in rank 2000-2012
Stroke (12%)	10.7		
Lower respiratory infections (8.6%)	7.7		
HIV/AIDS (8.3%)	7.4		
Ischaemic heart disease (6.3%)	5.6		
Diarrhoeal diseases (5.1%)	4.6		
Diabetes mellitus (4.9%)	4.4		
Interpersonal violence (3.8%)	3.4		
Preterm birth complications (3.1%)	2.8		
Tuberculosis (2.8%)	2.5		
Birth asphyxia and birth trauma (2.5%)	2.3		

Rank decreased increased no change

Burden of disease, 2012

Disability-adjusted life years (DALYs) are the sum of years of life lost due to premature mortality (YLL) and years of healthy life lost due to disability (YLD).

DALYs, YLL and YLD (thousands) by broad cause group

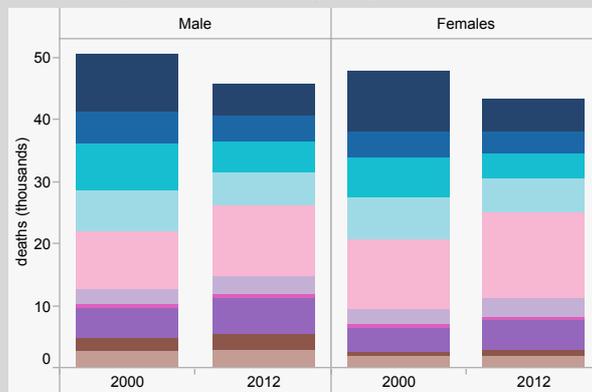


*Other noncommunicable diseases (NCDs) including non-malignant neoplasms; endocrine, blood and immune disorders; sense organ, digestive, genitourinary, and skin diseases; oral conditions; and congenital anomalies.

** Infectious diseases other than acute respiratory diseases, HIV, TB and malaria.

YLL YLD

Deaths by broad cause group



Causes

- HIV, TB, malaria
- Acute respiratory infections
- Other infectious diseases
- Maternal, neonatal, nutritional
- Cardiovascular diseases and diabetes
- Cancers
- Chronic respiratory diseases
- Other NCDs
- Suicide, homicide and conflict
- Unintentional injuries

Probability of dying, 2012

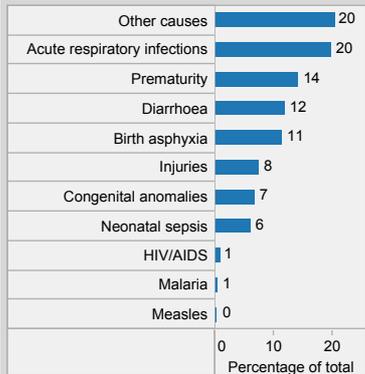
Probability of dying between relevant exact ages, for a person experiencing the 2012 age-specific mortality risks throughout their life.

Before age 15, all causes	Male	30%
	Female	26%
Before age 70, all causes	Male	71%
	Female	65%
Between ages 15 and 49, from maternal causes	Female	14%
Between ages 30 and 70, from 4 major noncommunicable diseases (NCDs)~	Both sexes	24%

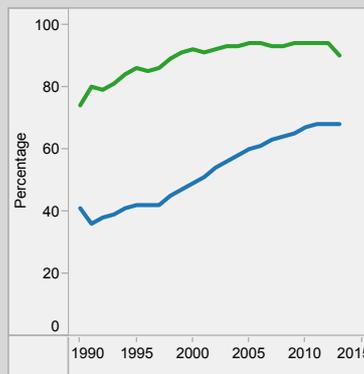
~Cancers, cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases and diabetes

Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners
For more information visit the Global Health Observatory (http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
Last updated: January 2015

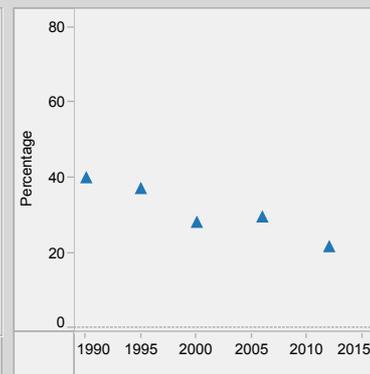
Distribution of causes of deaths in children under-5, 2013



DTP3 immunization among 1-year-olds



Children aged under-5 stunted

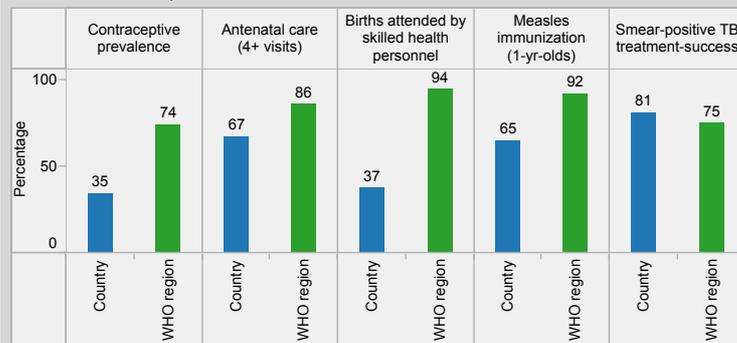


Country
WHO region

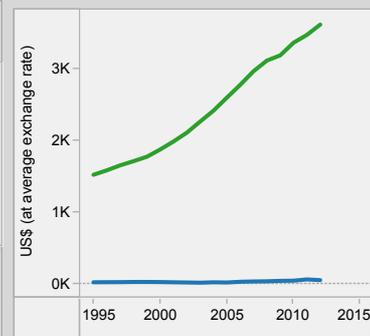
Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners
For more information visit the Global Health Observatory (<http://www.who.int/gho/en/>)
Last updated: January 2015

Utilisation of health services*

*Data refer to the latest year available from 2007.

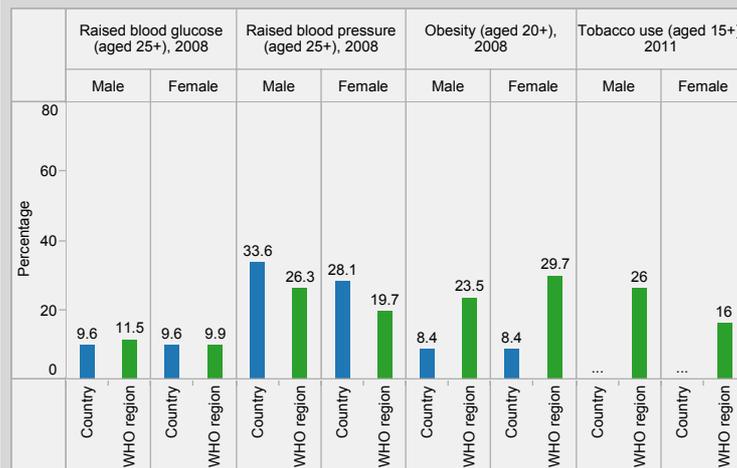


Per capita total expenditure on health

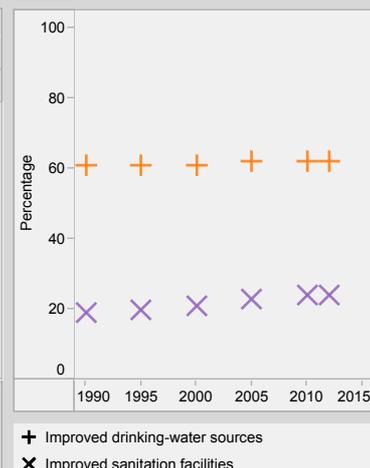


... Data not available or applicable.

Adult risk factors



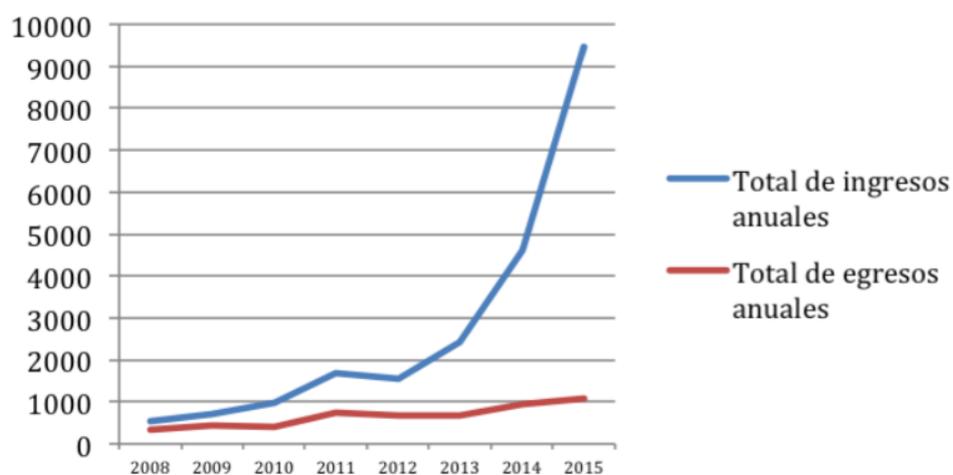
Population using improved water and sanitation



+ Improved drinking-water sources
x Improved sanitation facilities

Sources et élaboration : Organisation mondiale de la Santé.
<http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf?ua=1>

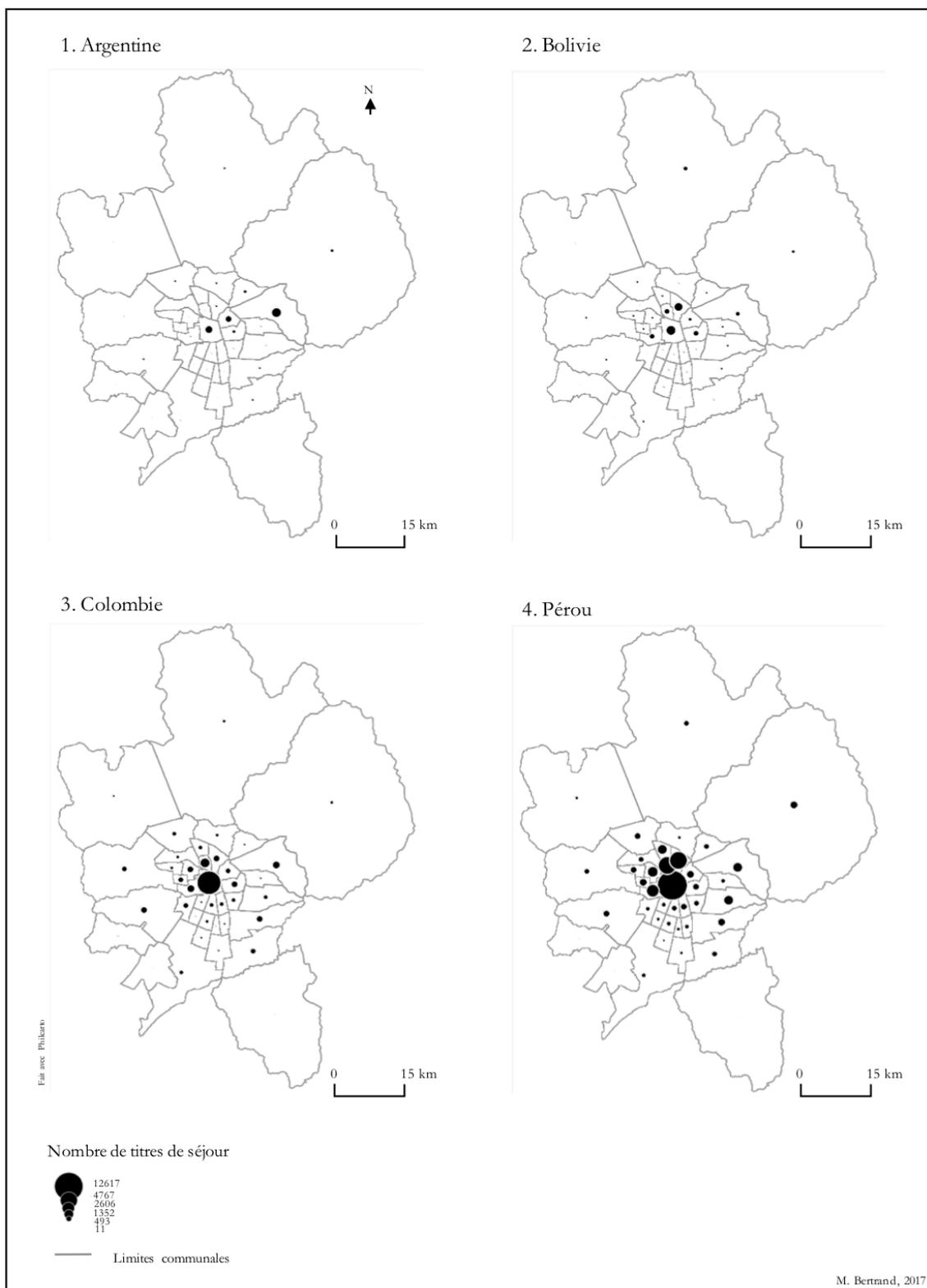
Annexe 9. Entrées et sorties d'Haïtiens à l'aéroport international de Santiago, 2008-2015



Fuente: Rojas Pedemonte, Amode y Vásquez (inédito), en base estadísticas de la PDI.

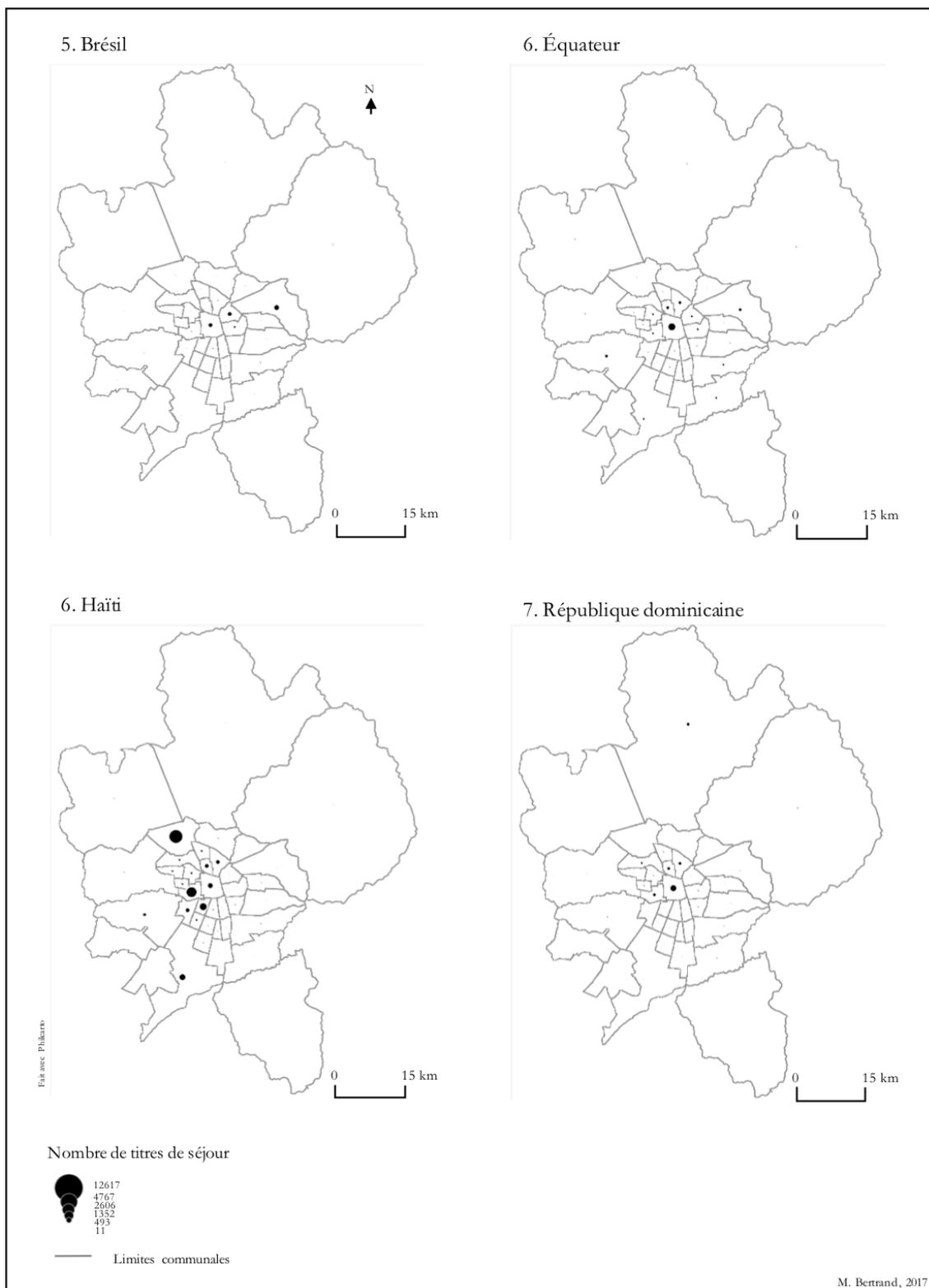
Sources : Departamento de Extranjería, *Boletín n°1*, 2016, p 9. À partir de données fournies par la *Policía de Investigación*. (En bleu : total des entrées annuelles. En rouge : total des sorties annuelles).

Annexe 10. Nombre de titres de séjour définitifs et temporaires délivrés en 2015 par nationalité et par commune. (1/2)



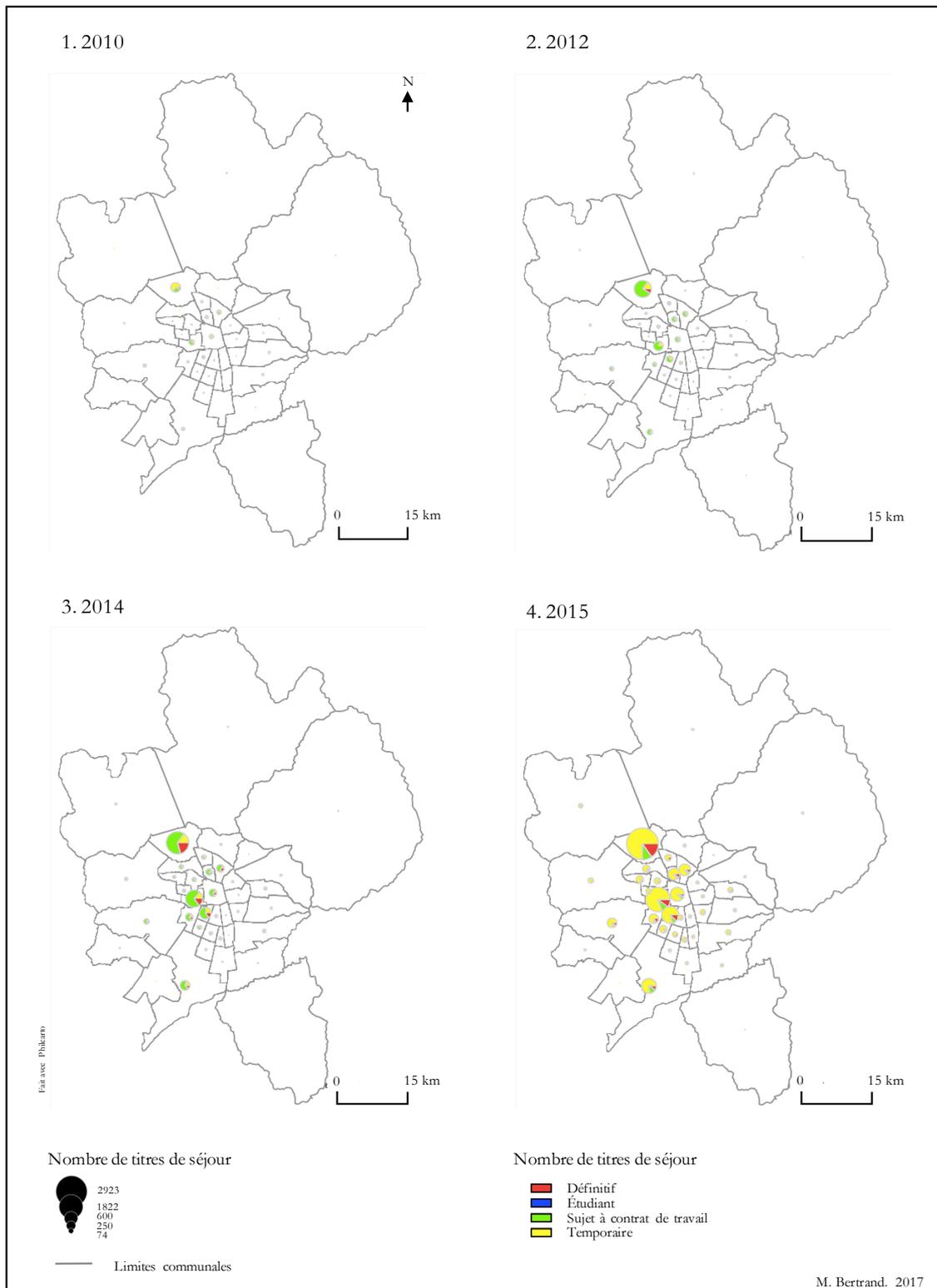
Sources : *Departamento de Extranjería*

Nombre de titres de séjour définitifs et temporaires délivrés en 2015 par nationalité et par commune. (2/2)



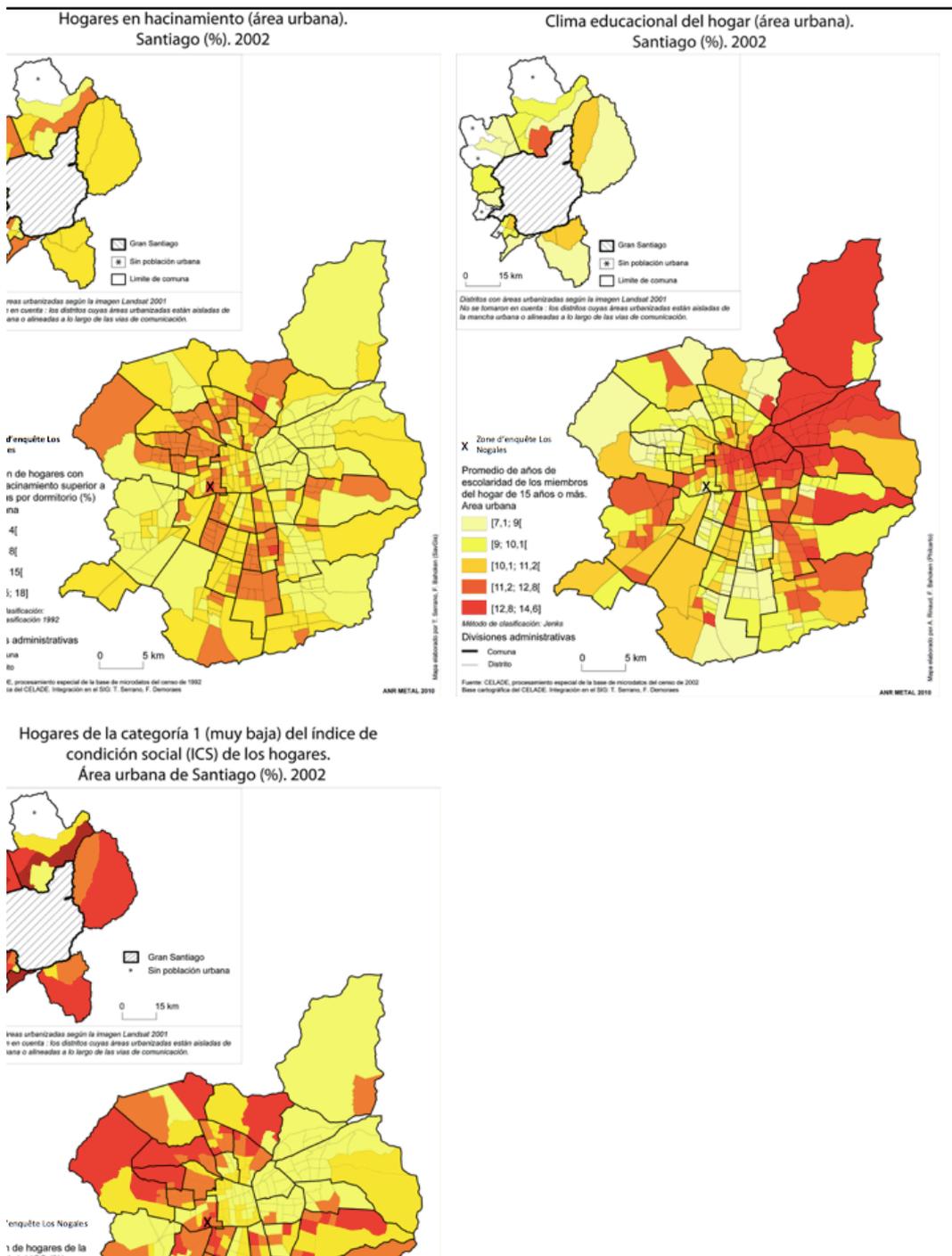
Sources : *Departamento de Extranjería*

Annexe 11. Nombre de titres de séjour délivrés à des Haïtiens par types de titre de séjour, par commune et par année



Sources : *Departamento de Extranjería.*

Annexe 12. Cartes de caractérisation sociale des communes de la Région métropolitaine. 2002. ANR METAL



Annexe 13. Nombre d'inscrits par nationalité dans les centres de santé primaire du SSMC dont Cesfam Los Nogales en octobre 2014

<i>Nacionalidad</i>	<i>Almés</i>	<i>Nº1</i>	<i>Juritié</i>	<i>Pincheira</i>	<i>Vallejos</i>	<i>Chumbuco</i>	<i>Maipú</i>	<i>Nº5</i>	<i>Voullème</i>	<i>Las Mercedes</i>	<i>Los Nogales</i>	<i>Total general</i>
<i>Haitiana</i>	2	22	1	3	98	11	10	68	3	9	373	600
<i>Peruana</i>	94	4805	60	96	117	272	175	2471	138	196	319	8743
<i>Francesa</i>		4		1	1			7		1	51	65
<i>Colombiana</i>	43	783	35	46	13	67	88	408	245	43	34	1805
<i>Boliviana</i>	4	116	4	5	4	9	18	201	3	7	33	404
<i>Argentina</i>	28	75	37	35	18	24	45	37	28	12	31	370
<i>Ecuatoriana</i>	24	151	42	15	12	13	40	219	18	7	17	558
<i>Dominicano(a)</i>	2	191	2	2	1	1	7	152	3	1	12	374
<i>Brasileña</i>	5	23		5	4		8	13	2	1	8	69
<i>China</i>	1	17			1	5	7	31	2		8	72
<i>Paraguaya</i>	5	16	10	3	2	16	8	11	6	2	7	86
<i>Holandesa</i>				3	1		1		1		3	9
<i>Nicaragüense</i>		2					1				3	6
<i>Austriaca</i>		1	1			1	2	2			2	9
<i>Canadiense</i>		1						1			2	4
<i>Española</i>	6	37	4	2	7	1	7	14	5	3	2	88
<i>Italiana</i>	1	2		1			5	1	1		2	13
<i>Mexicana</i>		9		1			4	4	3		2	23
<i>Estadounidense</i>		7				1	4	3	1	2	1	19
<i>India</i>	3	6					1	13			1	24
<i>Indonesa</i>		2				1		1			1	5
<i>Suiza</i>	1	3									1	5
<i>Alemana</i>		13		1		1	1	3	3			22
<i>Australiana</i>		1		2			1	1		3		8
<i>Belga</i>		1	2	1			1		2			7
<i>Coreana</i>		1						1				2
<i>Costarricense</i>		1						2				3
<i>Croata</i>							1					1
<i>Cubana</i>	3	38		3		1	1	6	4			56
<i>Danésa</i>							1					1
<i>Guatémalteca</i>		1		1			1	1				4
<i>Inglés</i>		1		1								2
<i>Israelita</i>		3										3
<i>Japonesa</i>		1		1								2
<i>Jordano</i>							1					1
<i>Panameña</i>		1	1			2				1		5
<i>Portuguesa</i>	1	1										2
<i>Rumano</i>		1										1
<i>Rusa</i>		3			1		1	1				6
<i>Salvadoreño</i>		1		2				2	1			6
<i>Sueca</i>	1	1					3					5
<i>Uruguay</i>	1	19		1	5	3	9	7	2	6		53
<i>Venezolana</i>	2	68	3		1	1	6	11		3		95
<i>Total general</i>	227	6429	202	231	286	430	458	3692	471	297	913	13636

Sources : SSMC, 2014.

Note : Les personnes de nationalité française inscrite au Cesfam de Los Nogales correspondent, d'après les observations réalisées sur la base de données de ce Cesfam, pour la grande majorité à des Haïtiens.

Annexe 14. Extraits d'entretiens avec Augustine

Extrait n° 1. Recherche de soins et explications des maladies en Haïti

A: Paske, mwen menm lè mwen tap pèdi timoun, yo te ale wè plizyè bòkò. Mwen te ale kay plizyè bòkò. Lè mwen gen dezyèm pitit mwen ap mouri, lè... Clifford avek papa li, yo te ale kay yon bòkò. Pou menm jou pitit la ap mouri a.

M: Menm jou.

A: Uh uh. Pitit la malad. Menm jou pitit sa mouri a yo ale kay yon bòkò. Bòkò sa ap di: ah! nou pap gen pitit la. Nou pap gen piti la. Wè, lè nou rive, nap jwenn manman li kouche ak tèt fè mal. Pitit la mouri li pap konnen.

M: Bòkò a li pat konnen ? Se sa ou di ?

A: Li konnen! Paske tout sa li te di, pou jou sa a li te pase vrèman!

M: Ah! Li menm li te di: timoun pral mouri ?

A: Li te di timoun pral mouri!

M: Pou dezyèm timoun?

A: Uh uh. Pou dezyèm piti mwen. Li di timoun sa a pap chape. Nou mèt te fèt tout sa nou te ka fè, pitit sa, pap chape. E lè nou rive lakay la, nap jwen manman li kouche lap gen tèt fè mal. Li te di sa paske, li pat rekonèt mwen, li pat wè m! Li te di, nap jwen manman sa a kouche ak tèt fè mal, apre souare, pitit la pa ka pase jounen an. E nan la nwit la, lè yo te rive mwen te kouche, yo te jwenn mwen ak tèt fè mal. Kounyea Clifford di : ah! mwen gen tan wè ou tèt fè mal. Mwen menm mwen pat konn anyen. Pitit sa nan men manman Clifford. Pitit sa nan men Manman Clifford, lap soufri. Kounyea, pandan mwen te dòmi... mwen te reveye 'foup' (bruit) nan dòmi sa a ... epi pandan pitit la pral mouri a, mwen reveye nan dòmi... mwen kouri ale kote bèlmè mwen, mwen di : sa pitit la genyen? Pitit la mouri. Mwen te tris pitit la te vin mouri. Sa te fèm tris anpil.

M: Men bòkò li pa konn fè anyen?

A: Li pat ka fè anyen. Li konn fè, yo konn fè remèd. Tankou si se yon pèsekisyon, yon lòt espri ki avek timoun sa a, li kap mare espri sa a. Li kap mare espri sa a pou li pa wè timoun nan, e pui, gen dè espri tou ou mèt te fè anpil bagay tou, si ou pa konnen kòman pou fè, fòk ou konnen byen ki jan ou fè pou espri sa a rete. Paske depi premyè pitit mwen, yap fè remèd, dezyèm pitit mwen, twazyèm pitit mwen, yap mache kay bòkò, anyen pat fè...

M: Yo pat fè anyen?

A: Yo fè! yo fè! men tout sa vin pa... pa mache.

M: Paske yo panse se yo espri ki te andedan timoun?

A: Se yon espri ki koz timoun sa yo ap mouri.

M: Men paske gen moun ki te fè atak? Tankou yon ekspedisyon bagay konsa? Oubyen se yon lwa ki deside vini?

A: Se yon moun ki te ale nan lwa sa a.

M: Pou mande?

A: Se yon matant mwen.

M: Matant ou ki ale?

A: Uh uh. se pa matant mwen map viv avèk li non? Se yon lòt matant.

M: Se li menm ki te fè tout timoun ou yo mouri ?

A: Wi. Se a koz li. Lè mwen fè premyè pitit mwen, mwen akouche, li te gwo vant tou li menm. Matant mwen te gwo vant, mwen menm mwen fè premyè pitit mwen. Apre mwen menm mwen akouche, li menm li akouche tou. Mari mwen te pote anpil bagay paske se kay granmoun mwen mwen te akouche. Kay matant mwen. Li te pote anpil bagay. Li te pote kabrit, pou mwen manje anpil diri, anpil bagay li te pote pou mwen te kap manje. Li menm, li pa kap jwen pou li manje li menm.

M: Matant ou?

A: Lòt matant mwen. Li te genyen... Li genyen plizyè timoun ke lwa sa a te konn tiye.

M: Li menm tou?

A: Uh. Li te gen plizyè timoun lwa sa a te konn tiye. Pitit sa li vin akouche nan menm lè ak pitit mwen an, pitit sa te vin malad. A koz de lwa sa a. Fè pitit la malad, fè pitit pal la malad ankò. L ale, li konnen ki kote kap fè li sa. L ale nan kote a, li limen balèn li. Men li te voye mande matant mwen yon savon pou li te lave. Apre sa pitit la vin malad, li ale nan lwa : se pa mwen menm sèl ki genyen, ale cheche lòt pitit!

M: Ah! li te voye lwa

A: Uh uh li voye lwa!

M: Pou yo pa manje timoun li ?

A: Wi! Lwa te reponn ak demann sa a li te fè a. Menm jou li te soti nan lwa saa, li rive lakay li, pitit pa mwen a te malad.

M: Menm jou... se pou sa ou konnen?

A: Uh uh. Pitit pa mwen te malad... lè pitit pa mwen a malad, m pa kwè li menm, m voye yon moun kay yon bòkò pou li. Men, te gen yon moun ki te konnen. Gen moun ki wè li pandan lap sòti nan lwa sa a. Pou li ale nan lwa sa, lap pase sou kay bèlmè mwen. Bèlmè mwen te wè li. Apre yo vin ale kay bòkò, yo di se yon moun ki ale nan tel lwa ki di se li ki fèl. Yo te pase yon bagay sou pitit la, pitit mwen te vin fè yon ti myè, apre sa li retounen malad ankò.

M: Ou te retounen nan menm bòkò ki te chanje lwa? Non?

A: Yon lòt bòkò!

M: Yon lòt bòkò. Li te mete yon remèd tankou pou pwoteje timoun

A: Pou pwoteje timoun. pou lwa pa ka rantre sou li. Men malgre sa, lwa te kontinye ap vini. Pitit la te vin fè yon ti refè, li retounen malad ankò. Nan moman li malad la, apre sa lè li vinn mouri, mwen vin konnen se li menm menm ki te ale nan lwa. Lè matant mwen te ale jwen li, li di konsa pou ki sa ou ale nan lwa? Pou fè yon movè demann? Ou koz pitit timoun nan mouri!

M: Ki matant?

A: Matant ke mwen leve avek li, ki okipe mwen. Li ale kay lòt la, li di: pou ki sa ou ale nan lwa? Pou fè movè demann! Ou koz timoun lòt la mouri. Li di matant mwen konsa, oh pitit mwen malad, mwen pa konnen kote li tonbe. Konsa li di matant mwen. Matant mwen di : ah ou mechan! Si ou te reponn yon bagay, mwen menm m kap ede ou. Pou te al bay lwa sa a manje, pou li pat pèsekite ou. Pou li pat pèsekite ou. Ou byen nou te mete ansanm nou, nou te... sa lwa te bezwen an, nou te bay li, li pa tap pèsekite ou ankò plis. Sa yon demann pou chanje lwa sa a ale sou yon lòt timoun. Pitit mwen vin mouri. Dezyèm pitit mwen vin mouri se menm bagay.

M: Menm bagay paske sa vlé di, lwa yo kontinye vin sou timoun

A: Yo kontinye. Yo konn di depi lwa goute premyè san timoun ou, yo kontinye. Si ou pa prann byen (?), ou pat janm chape yon ti moun. Depi ou pèdi premyè pitit ou, ou pap mal pou chape dezyèm. Depi se lwa ki ladann.

M: Men ou pat ka pa egzanp, ba yon bagay pou manje pou lwa pou yo satisfè, pou yo pa, pa vini.

(Elle reçoit un appel)

M: Pou ki sa lwa vin sou timoun epi fè yo mouri?

A: Timoun matant mwen? Si li te genyen, li te dwe lwa, si li te bezwen yon bagay lwa a te ba li l, e li dwe lwa, li pa peye lwa, lwa ap toujou vini sou timoun li.

M: Dakò. Men tankou pa egzanp, si nou vini pou manje, pou ba lwa yon bagay pou manje pa egzanp, apre sa, yo ka kontan?

A: Uh uh, lap sispann.

M: Men, nou pa te esaye fè yon bagay konsa?

A: Nou pa te konnen sa! Nou te fè, nou fè tout bagay pou nou retounen lwa, tout bagay lè timoun mwen ap mouri, sa pat janm mache. Se apre, mwen vin konnen byen se de li ki fè bagay la vreman vrè, lè mwen gwo vant Stevenson. Li ale jwen matant mwen, li te nan kont ak matant mwen.

M: Ki moun?

A: Lèt matant. Li nan kontak matant mwen. Li di konsa : ou te di se mwen menm ki koz premyè pitit Augustine mouri, jisk li mouri tou, li pap chape pitit li. Li te di, jisk mwen menm mwen mouri, mwen pap janm gen pitit. Konsa li te di. Kounyea mwen te di, mwen tap ale prann manda. Ou konn sa rele manda? Ou ale nan la polis, ou voye yon lèt ba li ke tel lè ou bezwen jije avek li. Mwen te di, mwen ta prale nan la polis pou li. Li te di m ki sa mwen te gen ave li pou li di ke, mwen pap janm charje pitit. Li pat di sa devan m, se lèt moun ki vin di mwen sa. Mwen te Gonaives, li di sa pandan li La Croix. Lèt moun vin di mwen sa, anpil moun di : Non Augustine ou pa bezwen ale! E mari mwen te isit [Chili]. Mwen te genyen yon bòko ki te di mwen : a koz timoun mwen ap mouri, mwen kap tiye li. Mwen ka ale kay yon bòko.

M: Pou tiye matant ou?

A: Pou tiye matant mwen. Mwen te pè sa anpil. Mwen pat ale. Pou mwen te kap chape Stevenson, pou mwen te ale kay yon kote pou mwen te tiye matant mwen. Mwen pa te ale. Mwen te di Bondye gen pou jije ave li. Mwen te gen yon kouzin mwen ki te di... Moun nan, li repete sa nan bouch li, Bondye ki komanse ap fè li pale, paske li pat janm te di se li menm ki te koze timoun yo te mouri se kounya, li vin di sa. Li di, se Bondye a ki fè li pale, e pitit sa ou pral fè la, lap chape. E pitit sa mwen te vin fè a, mwen pat pase anyen bòkò sou li! Li pat mouri. Kouzin mwen te di sa ak tout kran, li di : ou wè pitit sa ou pral fè li pap mouri. Lap chape.

M: Sa se paske matant ou li te komanse pale?

A: Li te komanse repete li di se li, a koz li te di premyè pitit mwen te mouri, se li menm ki te koz, li te dim, m pat janm chape pitit. M kwè avan li te di sa, kouzin mwen a te reponn, kouzin mwen te di konsa: Augustine ap chape pitit la, ou tande? Chape pitit ankò! pitit sa li gen nan vant li a pap mouri. E mwen te konn ap kontiniye fè anpil vyè rèv, mwen wè mwen mouri avek tout pitit la. Mwen panse, Stevenson, mwen pa kap fè li nòmàl.

M: Paske lè ou ansent ou te fè anpil rèv?

A: Uh uh. Mwen fè anpil anpil rèv. kounyea pitit la te komanse ap tris anpil, mwen te tris. Mwen panse mwen pa kap gen yon akouchman nòmàl. Men Bondye te fè tou, se yon jou lendi, mwen te, mwen tap ale nan jeûne. Mwen pa santi mwen kap mache. Kouzin mwen ap prale nan jèn nan. Li di Augustine benyen avan, ou ap benyen avan mwen ale nan jèn. Kounyea mwen pa ka leve, mwen di : non, mwen pap leve. Kounyea li te persiste avan li te ale, li te benyen m. Li te prann dlo, li te benyen m, avan li ale. Lè li vini, li jwenn mwen ak doulè. Li jwenn mwen ak doulè. Li menm lè li jwenn mwen ak doulè, li antre nan chanm li, li priye. Li priye, li priye, li priye. Apre sa mwen te rele yon zanmi Clifford pou li te cheche yon machin pou mwen, pou mwen te ale nan yon lopital Marchand. Kounyea lè zanmi li la te vini, li di : ah! gade toujou, si ou rele yon fanmsaj, moun ki konn manyen vant, ki konn rale vant, nou te rele yon moun ki konn akouche moun. Li te ap manyen vant mwen, li te di talè ou ap fè timoun nan. Mesyè sa te di : talè ou pral fè timoun nan! E mwen tap fè ti mache, andedan kay la.

M: Men ou dako pou ou pa ale nan lopital?

A: Wi, mwen ta prale nan lopital.

M: Ah, ou menm ou vlé ale nan lopital?

A: Uh uh.

M: Men zanmi Clifford li te di/

A: Pou mwen te fè yon ti tan toujou. Apre pou m ale lopital. Apre sa, kouzin mwen a te ale priyè, tap priyè, li te di : Bondye, Augustine pa gen moun ansanm avek li, se mwen menm sèl ki avek li, mwen pap ka ale Marchand kounye la nan. paske li te gen anpil bagay li tap fè. Li di Bondye mwen pap ka ale Marchand kounyea. KOUNYE A MENM POU FÈ AUGUSTINE A AKOUCHE ! Pandan li te finn priyè, li te mete a genou nan chanm nou, li te fin priyè, li vin jwen mwen. Li kenbé, li kenbé do m. Pandan li kenbe do m e mwen fè pitit la tou. Pou kont mwen!

M: Pou kont ou?

A: Pou kont mwen!

M: Li soti fasil?

A: Fasil! li te kenbe m selman, li kenbe m do m konsa epi mwen te fè timoun saa. Nòmàl. San mesyè ki tap akouche m nan, li pat la.

M: Ou pat gen problèm?

A: Mwen pa te gen problèm. Apre pitit la vin fèt, mwen wè li cho, li gen lafyèv. Nan demen, mwen te ale lopital avek li. Yo te di mwen se yon enfeksyon ki soti nan mwen menm ki bay timoun sa a fyèv. Mwen te kontiniye ap mache lopital avek li, li te vinn ap kriye. mwen te panse mwen pa tap genyen pitit sa a byen. Yon jou li te malad, li te genyen dyare, lap vomi, li pat vlé prann tete.

M: Ki laj li te genyen ?

A: Li te gen... nan yon mwa. Li pat, lap kriye, li malad, li pa vlé bwè tete, apre sa, mwen te ale lopital, yo di m se vant li ki ap fè mal, men li pa anomal. Pitit la pa nòm. Mwen te ale nan yon doktè.

M: Doktè lopital?

A: Uh uh. Apre sa mwen te nan yon vandredi, toujou gen yon priyè nan yon sanctuaire, nan yon salle de prière. Mwen te ale avèk li, kouzin mwen. Men, mwen te gen yon fyèv tou mwen menm. Mwen te santi mwen kagou, mwen te fè jounen a map kriye pou pitit la. Apre sa, kouzin mwen ap pote pitit la pou mwen, nou ale nan priyè saa. Madanm Pastè a te priyè anpil sou pitit la. Pitit la te estènye de fwa. Kounyea, madanm Pastè di: Ou ap vini! kounyea li tou kontiniye ap priyè. L ap di se kom si bonanj timoun nan pat sou li, espri timoun nan pat sou timoun nan. Apre sa, madanm pastè kontiniye ap priyè, li te pase yon ti lwil sent. lwil sent? Ou konnen lwil sent? Li te pase sou li. Apre sa madanm Pastè kontiniye ak priyè, li estenyè 3 fwa. Apre sa, Madanm Pastè di: Ba li tete! Li te komanse ap rale tete. Lap prann tete. Lè mwen rivé andedan kay la, kouzin mwen kontiniye pote pitit la pou mwen, lè li rive lakay la, pitit la tounen (?) yon chat nwa lakay la. Yon gwo chat nwa ki ap cheche nan rad pitit la!

M: Se tankou yon lougarou, se sa?

A: Uh uh. Se kom si yon lougarou/

M: Apre ou avan?

A: Apre nou soti nan sanctuaire. Nou jwen chat la lakay la. Kounyea kouzin mwen di konsa : espri li sove nan men ou, ou vin cheche !! Kounyea kouzin mwen kontiniye priyè lakay la. Men mwen pat janm domi!! Mwen te pè anpil!

M: Paske ou panse chat sa pral tounen?

A: Recherche yon bagay pou li reprann espri sa a ankò.

M: Paske se li menm ki te deja fè yon bagay kont Stevenson?

A: Uh uh

M: E kounyea li retounen?

A: Li retounen! uh uh

M: Men madanm Pastè te reusi fè li soti? Se sa?

A: Uh uh ! Fè li soti! Espri timoun sa a vin sou li kounyea la, li pa jwenn lespri sa a kote li ye li menm, li vinn chèche li lakay la. Swa li jwenn yon rad li ou byen jwen yon bagay ki pou ba li espri sa a. Pou li kap rale espri timoun sa a. Apre sa; lè kouzin mwen te rive, li te frape tout bagay epi li tap priyè, li te priyè anpil nan kay sa a, pitit la te dòmi. Li te dòmi byen! Se a koz la priyè kouzin mwen! Mwen pat janm pase anyen bòkò! Jisk mwen vin isit! Mwen te konn ap persiste Clifford anpil. M di, eske lap kite pitit mwen mouri Ayiti? Si pitit mwen te Ayiti toujou, mwen panse li te kap mouri.

M: ah! Paske Clifford vlé pou ou menm selman pou vini isit? E Stevenson rete nan Ayiti ?

A: Non. Paske li pat fè anpil egzèsis... Ekskiz pou mwen te vin rapid. Mwen menm m tap egzije li detanzantan map mande li eske lap kite pitit mwen mouri Ayiti? Si mwen te rete Ayiti avè l, pèsekisyon tap pèsiste m anpil. Koz pitit mwen mouri.

M: Ah! tankou ou vlé vini au Chili pou pèsekisyon sispann?

A: Uh uh. pou pèsekisyon arete! Paske mwen vin lwen Ayiti, yo pap konnen anyen de mwen menm, yo pap wè pitit la. E pui mwen nòm. Map vin nòm.

M: Ah donk ou menm ou te ensiste anpil E pou ou vini isit?

A: Pou mwen vin isit, rapid. Lè mwen te rive nan Airport Ayiti, lè yo te di mwen mwen tap tounen, sak te fèm pli trist, mwen di mwen pap tounen Gonaïves ak pitit mwen a!

M: Men yo pa ka kontiniyè yon pesekisyon si yo soti?

A: Yo ka kontiniyè! men fòk ou fè anpil bagay. Pou yon moun tap kontiniyè yon pèsèkisyon soti Ayiti vin nan ou au Chili, anpil bagay! Fò ou te ale nan mèl la men ! Fò ou te ka antre nan mèl la men a menm ki pou ta ba yo pase. Anpil gwo egzesis pou ou ta fè!

M: Men pa egzanp pou Stevenson, ou menm, ou pa te wè yon bòkò?

A: Non. Lè mwen selman mwen wè yon bòkò lè mwen te gwovant. Lè mwen te gwovant, avan Clifford te vin isit. M te pase kay yon bòkò. Bòkò sa a te ouvri yon ti Bib. Avec yon Bib.

M: E pou ki sa ou te ale?

A: Pou evite yon problèm, pou li mare espri sa a, menm si Clifford tap pati pou te mare espri sa a, mwen menm pou m pat gen anyen. Kounyea sa a te di, bòkò a pa rekonèt nou, yon sèl fwa ale kay bòkò a ki byen lwen. Bòkò sa a di: ou pèdi 3 timoun. Premyè a se yon ti gason, dezyèm nan se yon ti fi, 3èm nan se yon ti gason. E li sot fè yon kitaj. M apèn fè yon kitaj ki te retire yon timoun.

M: Ki sa se yon kitaj?

A: Yon kitaj? Ou retire... tankou mwen te fin ansent, mwen leve yon jou, mwen wè mwen ap bay san, apre sa, mwen ale lopital, yo te dim, ti moun sa pap ka rete, paske kòl mwen gen tan ouvri. Yo te fè yon kitaj, yo lave san, yo retire timoun nan. Kounye a Clifford te kontiniyè ale kay yon bòkò. Bòkò sa tap eksplike li, kounyea bòkò sa te di, lap fè yon remèd pou mwen. Lè mwen te ale fè remèd sa a, li di : ou ap ansent tel mwa. Wap akouche nan tel mwa. Wap fè tel pitit. Li konn tout bagay. Apre sa li fin fè remèd la, li di : wap peyem, lè pitit saa fin fèt. Li ale pitit la te fin fèt pandan Clifford te isit, epi li te voye peye li. Men lè pitit sa fin fèt, li te voye yon bagay pou m te pase sou pitit la, mwen pat kwè l.

M: Non? Ou pat vlé?

A: Non, mwen pat prann l. Mwen te di, pitit la se sou kont Bondye li ye. Apre mwen te di pitit sa se sou kont bondye. Li te travay pou mwen, mwen potko ansent pitit la. Men, apre mwen te vin ansent pitit la nòmral vreman, mwen pat ale lakay, mwen pat kontiniyè ale lakay li.

M: Dakò. Ou pat vlé.

A: Mwen pat vlé. Mwen pat kontiniyè ale lakay li. E jis m fè pitit sa, l ap malad, mwen pa kontiniyè ale lakay li. Jisk mwen vini isit.

M: Et depwi ou isit, ou pat janm te mande èd yon bòkò an Ayiti?

A: Mwen pat janm fè sa.

M: E pou 3 premyè timoun, ou selman te wè bòkò ou byen ou te ale nan lopital ou byen ou te priye?

A: 3 premyè timoun? Mwen te wè yon bòkò.

M: Selman bòkò?

A: Uh uh

M: Ou pa te mennen timoun nan lopital?

A: Wi. Nou ale tou.

M: Ok, men yo pat ka fè anyen?

A: Non. Premyè pitit mwen te toujou ap gen yon grip. Se kom si yon coqueluche? Yo rele sa. grip la te fò anpil, lè li ap touse, lap vomi... li tap touse anpil. M ale anpil lopital, yo pat ka fè anyen.

M: Yo konnen se yon bagay?

A: Lopital pa konnen. Lopital pap ka di ou ke se yon pèsèkisyon. Lopital paka di ou sa. Menm si yo ta wè sa. Gen de moun ki lopital, ki pa senp, gen doktè ki pa senp (?), lopital, yo kap wè si timoun nan yo malad maladi bòkò, si timoun nan maladi lopital. Men doktè yo pa gen dwa pou yo ap di ou sa.

M: Donk, ou te dim... Ki jan ou te konnen se matant ou ki te fè bagay mal. Se lè premyè timoun vin mouri ou byen, ou konn sa avan?

A: Lè premyè pitit mwen vin mouri. Gen depi, mwen te konnen sa avan... mwen pat kwè. Mwen te konnen sa avan, yo te di moun sa a avan, mwen pat kwè. Se li, se li ki te ka fè yon bagay konsa, se apre pitit mwen vin mouri, se fanmi li menm ki te ale kay bòkò. Yo te di, depi sou premyè pitit

mwen yo te di, yap retounen nan (?) pou lwa al tiye l. Kounye a, matant mwen ki gen kè sansib, matant li leve ave m nan, matant mwen di: kite li sou kont Bondye. Gen lòt kouzen, pitit tonton m, te di : yo tap retounen lwa a sou li, pou lwa te... swa li te tiye pitit li tou, pou yo te tiye l tou. Men matant mwen, li wè se sè l li ye tou, sa te vinn fèm fache ak matant mwen anpil, e fanmi mari m tou, pat kontan sa matant m di a.

M: Paske li di pou lese sou kont Bondye?

A: Uh uh

M: Paske yo panse al yon bòkò yo kap rezoud?

A: Wi. Ak yon bòkò yo te kap rezoud li

M: Nan fanmi Clifford se yo menm ki te di pou ou wè bòkò?. Yo vlé ou wè yon bòkò?

A: Non. Nan fanmi matant mwen, yo di ki sa map deside, eske yap tounen lwa sou li ou byen yap kite pitit la, e yap kite pitit mwen an pè. konsa. Matant mwen te di: noon! yo pa konneeeen! Men se devan fanmi m menm li te di sa, fanmi mari m tou. devan fanmi mari m li te di sa, sa te vin fè yo tris anpil paske li menm se sè li ye, li pa tap dakò yon bagay mal rive li. Li pa dakò yon bagay mal rive li, lè li di sa, se pa mwen menm li renmen. Li renmen sè li a. Li renmen sè li a, men se pa mwen menm li renmen. Paske mwen menm map souffri, paske map pèdi timoun. map souffri anpil. Epi sa pa nòm. Lè li te kap tande... Gen de kay bòkò yo ale, yo di mwen se bò papa m, kap fè mwen mal. Gen de kay bòkò m ale, yo di se bò manman m. A chak fwa li tandé se bò papa m, li di: ah se bò papa ou, li kontan, paske se pa bò kote pa l.

M: Bò papa ou se kote Clifford?

A: Se bò papa pa mwen. Papa m. Lè li tande sa, li kontan e lè li tande bò kote li, li tris. Li pat pou bòkò. Li pat kontan paske se bò kote pal kap fè mal. Men bò kote papa pam, mwen wè yon matant mwen ki te konn ap di papam. Li konn ap dim bò kote papam, lwa pa konn fè timoun sa yo mal. Lwa pa konn fè yo mal. Non. Lwa pa konn fè yo mal, bò kote papam.

M: Dakò. E ou menm ou te ale nan légliz ak matant ou? Ou byen ki lè ou te komanse?

A: Mwen te kontiniye légliz, menm si matant mwen pat ka ale légliz, mwen menm mwen te kontiniye légliz. Avek tonton mwen ki rete nan lakou a ki se pastè, mwen te kontinyè ale légliz.

Extrait N°2 : Prise en charge de Stevenson au Chili

A: Mwen te panse, mwen te wè sa biza anpil premyè fwa mwen te tande sa. Yon timoun gen pwoblèm kè.

M: Ou panse li biza?

A: Timoun, m potko janm wè yon timoun gen yon pwoblèm nan kè. Mwen potko janm wè li.

M: E tankou, ou pat kwè yo ?

A: No! mwen te kwè! E pa pou di m pa kwè non, mwen te santi sa te genyen pwoblèm, pou m tande pitit mwen te gen pwoblèm kè. Apre sa, mwen tap kalkile, mwen tap di ou kwè se pa pèsekisyon an ki cheche yon jan kelkeswa kote m ye pou yo kap jwenn yon jan, pou pitit la te kap mouri. Apre, lè yo vin dim, mwen pral fè operasyon, mwen te santi sa m fè tris anpil. M di : eh! si se pou sa yo vlé pou pitit la pase... tankou gen de pèsekisyon yap cheche ou yon jan, yon jan jiska li reyisi sa lap fè. M: Di : si yo dim pou m'al fè operasyon, ou kwè se pa nan operasyon yo pral fè pitit pase? Pou l kap mouri ? Paske yon pèsekisyon ou pat janm wè sa. Se tankou espri, yon espri li kap mete nan tèt doktè a, men ki sa pou li fè. Ou byen sa a pa fè l byen, sa a pa fè l byen, jiske timoun nan pa kap mouri. Pèsekisyon kap fè sa.

M: Tankou se sa ou te panse, li petèt yon pèsekisyon?

A: Uh uh, mwen te toujou panse se pèsekisyon ki koz timoun nan yo vin dim li genyen pwoblèm kè. Li malad, jisk li ka fè operasyon an.

M: Men tankou, sa a vle di, li pa vreman gen pwoblèm kè ou byen, li gen pwoblèm kè, se espri ki/

A: Li pa vreman.

M: Li pa vreman?

A: Yon pèsekisyon ka koz li pa vreman...ou li eksite kè ou, oubyen ou tande yon movè son.

M: Aaaaah, ou panse se yon bagay konsa?

A: Mwen panse se yon bagay konsa, men mwen pa fin di se vrè kounyea! Paske m vin pa kwè nan pèsekisyon a.

M: Apre sa ou pa kwè ?

A: Mwen pa kwè li kap fè Stevenson anyen ankò. Lè mwen te vin pè, lè yo te dim yo pral fè operasyon a, mwen te pè anpil!

M: E jou yo te deside ospitalize l?

A: Lè pou ospitalize... mwen te wè li pa telman malad, li te two malad pase sa, mwen wè li pat two malad pase sa, m pat vin pè pou li. Lè yo te ospitalize l, paske m pat wè li te malad anpil. Se paske lopital Gota Leche te voye mwen, yo te vin ospitalize li. Men m pat pè pou sa.

M: Men ki sa ou te panse sou ospitalizasyon li te genyen... ou panse doktè egzajere?

A: Doktè li pa egzajere! Mwen pa kontan pou ki sa : Ayiti, lè yon timoun ospitalize, si li pap manje yon bagay, yo lese ou pote manje pou li. Mwen panse, lè timoun nan lakay la, se paran l ki ba li manje/.

M: Li abitye ak nouriti?

A: Li abitye ak nouriti paran li. Lè li nan lopital la, m panse pou yo kap ba li yon permiso. Si li pat manje manje lopital la, m panse yo te kap di paran an pote yon ti bagay pou li manje. Paske timoun nan, li vin... kò li bezwen manje, mwen menm lakay la, si se manje lopital la ke mwen genyen, manje pa byen. Li pap janm ka manje nan men m ankò, lap toujou rete lopital la. Men si se mwen menm ki ba l manje lakay la, m ka fè yon ti manje pou li tou, mwen te kap prann yon ti manje pou li tou ta kap manje. Kote li ta renmen manje lopital la, li te kapab renmen manje pa m nan li manje li, li nòmal. M pa kap tiye pitit mwen lopital la. M pa ta kap tiye !! Se sa mwen te wè, li te twop pitit. Ayiti si ou nan lopital la, yo kap pote manje pou ou, ou kap pote bagay pou li, pou li manje. Yo pap bay yon lòt moun bal manje, manman timoun yo kap ba li manje. E sa mwen te rete mal, pandan nou tap manje yon chico [petit gâteau] m kap bay li yon chico, li te vin genyen diyare, yo dim se chico a ki ba lil. Apre sa, yo te vin achte chico saa, yap separe bay timoun yo! Yo menm yo achte !! achte, yo achte! Yo menm ki prann, yo achte yon chico se pa yo ki fèl, achte, yal achte tou, epi yo prepare l bay timoun yo, tout timoun pemèt, yo prann ladann. Yo te konn bay Stevenson. Sak ba li diyare! Se sa mwen te pote!! wi se tout lòt ti doktè...

M: Doktè oubyen enfimiyè?

A: Enfimiyè, yap fè sware yo, envite timoun nan sware yo, ... men m wè yo entèdi m pou ba li, mwen menm mwen pa ka achte pou m ba li! men se menm bagay li ye! Mwen wè se menm bagay li ye! Ou menm, ou al achte li, li pa gen mikwob, pa m nan gen mikwob ? Pa m nan gen mikwob pou li te ba li diyare ! M di no! Mwen te wè sa pat bon! Si nou pa bay manman pèmi pou li bay timoun nan yon bagay, yo ka di sa, men tankou yo dim, se chico m ki ba li diyare a ! Se manti! Petèt pou mwen pat pote yon lòt bagay ba li ankò. Mwen te vin pè pou pat wè, mwen pat pote.

M: Men ou te konprann pou ki sa yo te deside ospitalize l nan moman saa?

A: Non. Madanm Gota Leche te di, li vle ospitalize, petèt li gen mank peso [du poids], yo te kap mete li nan sewòm, yo pat janm mete li nan sewòm. Sèlman yo fè anpil egzamen, anpil, egzamen selman m wè yo te fèt! Yo pat mete li yon sewòm pou li te ranpli kò li. yo pat fè anyen!

M: Yo selman fè anpil egzamen.

A: Egzamen! Yo selman fèt anpil egzamen! Yo pat mete li nan yon sewòm.

M: E ou te panse, pandan ospitalizasyon, ou te panse doktè yo te eksplike byen sak pase? Ou yo pa eksplike anpil?

A: Yo te eksplike mwen yo fè anpil, yo kap di ke yo fè anpil pou yo wè tout sa koz pitit two pitit. Ki sa ki koze li vin piti, ki sa ki koz, ki pwoblèm li genyen, yo gade tout pati nan kò l pou yo te kap konprann ki pwoblèm li genyen. Mwen wè li te gen pyès pwoblèm. Mwen wè se li (?) Men yo pat dim pou ki sa menm egzaktman li te ospitalize. Men *Gota de Leche* te di... yo voye l ospitalize l paske li manke peso, yo kap mete li nan sewòm, avan li te fè operasyon. Men si li tal fè operasyon, li tap fè operasyon ak menm pwa! paske yo pat ogmante pwa nòmal! pwa a pa twop ogmante. Li te ak menm pwa.

M: Epi kounyea ou pa kwè ankò se yon pèsekisyon?

A: Mwen pa p kwè. Si Steveson te vin konsa, sa ka.... mwen wè li kap pa gwosi malgre li ap manje, li pa kap gwosi, mwen pa konnen sak pase, men m pa kwè yon pèsekisyon ankò. Petèt se kò sa a lap ye. Li kap pa gwo nèg. Pask mwen wè, sak fè mwen pat di pèsekisyon ankò, paske mwen wè plizyè timoun isit ki pitit anpil!

M: Ou panse tout doktè ki wè Stevenson ka ede li yon ti kras, oubyen ou panse wap pedi tan ou byen ki sa ou panse?

A: Yo ede m ti kras! Gen dè doktè, gen dè bagay yo fè mwen ri pou mwen ale lopital pou retounen... men yo ede m yon ti kras.

M: Ki sa?

A: Gen dè kontwol, yo di mwen lè pou mwen ale, lè mwen rive yo pa two anpil bagay. Men yo ede mwen. Yo ede mwen.

M: Ou panse si ou te rete an ayiti/

A: Mwen pa tap gen Stevenson.

M: Ou pa tap genyen li...

A: Non. Li tap mouri.

M: Pou pèsekisyon sa a?

A: Pou pèsekisyon, epwi kontwol sante Ayiti pa menm jan avek yo isit, pa menm jan avek yo isit.

M: Ki jan yo ye kontwol sante?

A: Pa gen kontwol sante pou timoun nan.

M: Pa genyen? selman si yo vin malad?

A: Non. Si yo vin malad ou kap wè yon doktè.

M: Men sinon, non?

A: Pa gen kontwol sante. Si li malad, ou byen ou wè yon doktè ou byen se yon (ɔ) sante. Nan menm jou a ou al wè doktè isit yo kap voye ou al wè yon nitrisionis, yon moun pou eksplike ou ki manje ou mèt ba li, selman sa, pa gen kontwòl. Si mwen te rete Ayiti, Stevenson tap mouri.

Extrait N°2 : Santé d'Augustine au Chili

A: Depi mwen o Chili, mwen pa gen pwoblèm la sante, mwen pa gen pwoblèm, mwen pa mal. M pa mal depi mwen vini isit. Mwen pa twop malad, mwen kap gen fyèv, gen tous, yon ti tan mwen pat malad.

M: Ou te gen fyèv isit? Lontan?

A: Wi! Ou sonje mwen te gen fyèv, jou mwen tap brote kay, lè mwen te gen fyèv. Se depi lè saa m te gen fyèv.

M: Ki jan ou te fè pou jou sa, ou menm ou te fè ti remèd, lakay ou?

A: No, mwen fè, mwen prann medikaman. Apre sa, mwen te vin gen yon doulè nan vant, ba vant mwen ap fè mal. Yo te di m se fredè ou byen se... m pa gen règ mwen, ki koz vant mwen ap fè mal. Jisk isit mwen pa ansent, mwen pa gen règ... m pa konn sak pase.

M: Fòk ou wè yon jinekolog ou byen yon matròn ?

A: Yo di mwen gen yon ti doktè-fèy, bò wout, bò wout...

M: Ah wi, ki pa two chè?

A: Ki pa two chè [Clínica Dr Simij]. M te di, mwen pral ale ladann. M pral ale ladann pou moun wè, eske yo kap ede mwen.

M: E depwi ou nan Chili, ou menm ou enskri Fonasa ? Pou ou kap wè yon doktè?

A: M poko wè yon doktè sou fonasa.

M: Ou poko? E depwi ou au Chili, ou potko wè yon doktè?

A: Non. M poko janm wè yon doktè pou tèt mwen.

M: Menm jou ou malad? Pou ki sa?

A: M pa telman pèsiste pou ale nan doktè tou. m plis ale ak Stevenson, mwen pa plis pou jan twop ensiste.

M: Si ou ta ye an Ayiti, ou ta wè kèk doktè? Pou jan pwoblèm ou genyen isit?

A: Si mwen te Ayiti, mwen te kap bwè kèk bagay epi mwen te kap mache yon doktè... gen yon fèy ki bouldemas

M: Bouldemas?

A: Uh uh ou kap bouyi l, ou bwè l, epi ou mache fiy. Nòm! Isit li pa kwè, li pa genyen l. Gen yon ti medikaman tou yo konn gen nan famasi, ou kap fè sa tou. Ou kap bwè li, ou mache fiy.

M: Epi pou doule?

A: Tèt? Tèt fè mal. Mwen tèt fè mal depwi Ayiti mwen te konn genyen l. Mwen te konn, depwi mwen bwè medikaman, depi m domi, li pase. Tèt m fè mal anpil! lè li fè mal, li pa bat tout kò. Ke yon sèl bò.

M: Nan kote a?

A: Nan kote, uh uh, yon sèl bò, men li te kap pese vant fè mal! Nan tout bò saa! Map peze, map pese. Ak yon dòmi mwen kap jwen pou li pase. Gen defwa isit, mwen pap bwè medikaman, mwen dòmi konsa, epi lè m reveye, mwen vin toujou reveye ave l. Tèt fè mal la.

M: Ki sa ou genyen? Ou pa konnen?

A: Mwen pa konnen, men depwi mwen tout pitit, mwen te konn jwen matant mwen toujou ak tèt li fè mal. Matant mwen toujou gen tèt fè mal anpil! Toujou. Mwen pa konnen si se yon pwoblèm familyal. Mwen panse sak koz ki ba mwen tèt m fè mal de tanzantan, lè mwen gen timoun ki pedi, mwen sakaje anpil! mwen te konn kriye anpil! Epwi mwen panse anpil, mwen konn, mwen konn panse. M pa konn manje, mwen konn ap panse anpil lè m gen timoun mouri, map panse sou lavi m, mwen di m pa gen chans. Mwen ap panse sou lavi m anpil, ki konn fè mwen pèsiste ak tèt mwen vin pa nòm, tèt mwen vin...

M: Paske ou panse twop.?

A: Uh uh m panse twop. Tèt mwen vin pa nòm menm. Se sa ki ba mwen tèt fè mal.

M: E jou saa, ou te genyen, jou nou te ale lakay Isemane, ou te genyen doule isit, non?

A: Jou sa, mwen pat santi mwen byen menm! Mwen pa konnen sak pase! Pou jou saa, m pat santi vant mwen nòm, estomak mwen li te toujou (z). Lè mwen te konn ansent, mwen te konn gen lestomak fèb. Li konn fèb, tankou menm si mwen te manje, ou bwè ji, mwen toujou santi yon paket grangou, men pou jou saa, mwen te manje, mwen te santi yon paket pa nòm, pa nom! Mwen pa konn sa ki te pase. Mwen pa two konn sa. Pou mwen menm mwen te panse mwen te ansent! Lè mwen te vin fè ou tès, mwen te jwenn ak mesyè ki te konn ba mwen piki, li enterese pou m ale achte tès sa a.

M: Se li menm ki te di ou?

A: Uh uh li te enterese pou ale ave mwen.

M: Se Xavier ?

A: Xavier. Li te enterese pou ale avek mwen achte li. Mwen pat ansent! Lè mwen gade, mwen pa ansent

M: Ah tankou ou te wè Xavier ankò pou li fè piki?

A: Non. Li pa vlé ankò.

M: Li pa vlé?

A: Non, li te ale nan lopital Sant Nogales, li mande... li tap pale avek yon medsen. Lap mande si m gwovant la, m di non. M pa konnen, m di m konnen si mwen gwo vant. M selman bezwen prann yon randevou avek yon matron anè a, epwi pou m konnen si m gwo vant, men m pa janm mache fiy. Li di ebyen an ale, fo ou achte yon tès, si ou pa jwenn ak matron nan kounyea, fe yon tès pou konnen eske ou ansent. Yo te dim sa. Kounyea nou te ale, nou rive lakay li, nou fè li, mwen pa ansent.

M: Dako. Men ou pa gen planning depi ki lè?

A: Mwen gen 3 mwa mwen pa gen planning

M: E pou ki sa ou pa te kontiniye?

A: Li pa fè mwen byen. Li fè mwen tankou, chak fwa mwen mouche nen mwen se san. Mwen mouche nen mwen, se san epwi li fè mwen bouke anpil! Lè mwen mache, mwen bouke.

M: Se pou planning?

A: Uh

M: Depwi ou sispann li ou santi pi bon?

A: Mwen santi pi bon.

M: Ou pa gen san ?

A: Non, mwen pa gen san... et puis pwoblèm mwen vini kounyea se m pa mache fiy.

M: Depuis ou sispann planning ou pa mache fiy

A: Depuis mwen sispann, mwen pa janm mache fiy. Men, m pat janm mache fiy tou, depuis mwen te fè Stevenson

M: Ah depwi ou te fè Stevenson. Apre Stevenson yo te ba ou yon planning lè li te fèt?

A: Lè mwen rive isit.

M: Lè ou vini isit...ki jan ou te konnen Xavier ?

A: Uh uh, yon moun ki rete kote mwen te rete ... Annette, li te konnen li, Annette te konn prann planning nan men Xavier deja. Li eksplike m li, nou ale bò la lakay li. Lè mwen te ale lopital, mwen wè konprime yo te ba mwen. Mwen di mwen pa kap bwè konprime. Se te konprime mwen ka ansent, men mwen potko janm mache fiy.

M: Men ou te konn ale nan sant sante pou konnen sa yo kap ba ou?

A: Uhuh yo te bam, pandan mwen te mache fiy, yon fwa, pandan mwen wè mwen mache fiy, mwen ale nan sant sante pou male cheche planning. Kounye a, lè mwen ale, se konprime yo ba mwen. Mwen di, non mwen pap prann, mwen pap prann konprime, pou ki sa yo pa ka ba mwen yon piki! Yo di m nan, yo pa ka bam yon piki, apre 4 mwa, mwen retounen pou yo bam piki. Apre, mwen jwenn Annette m di : Annette, kote yo ba ou planning? Li di m tel kote et puis mwen ale, mwen di map peye tan et puis mwen te vin gen piki.

BIBLIOGRAPHIE

- Agar Corbinos, L. (1983). El comportamiento urbano de los migrantes árabes en Chile. *Revista EURE*, 9(27), 73-84.
- Agar Corbinos, L. (2006). Salud y migración. Présenté à III Encuentro sobre Migraciones, Santiago de Chile : Editorial Ayun.
- Agar Corbinos, L. (2012). Migraciones Posmodernas en Chile: Reflexiones sobre cohesión social y diversidad cultural. *Revista Palobra*, (12), 108-129.
- Agar Corbinos, L. (2016, abril). La inepta implementación de la nueva ley de Migraciones. *El Mostrador*. Consulté à l'adresse <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2016/04/30/la-inepta-implementacion-de-la-nueva-ley-de-migraciones/>
- Aguirre Beltrán, G. (1955). *Programas de salud en la situación intercultural* (Instituto Indigenista Interamericano). Mexico.
- Albizú Labbé, F. (2014). El indigenismo de la Unidad Popular (Chile 1970-1973). Estado y Nación entre reformismo y realidad. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahier ALHIM*, (28), 17.
- Albó, X. S. J. (2003). *Cultura, Interculturalidad, Inculturación*. Caracas: Federación Internacional de Fe y Alegría.
- Anderson, B. (1991). *Imagined Communities: Reflections on the origin and spread of nationalism*. Londres/New York : Verso.
- Apollon, W. (1976). *Le vaudou. Un espace pour les « voix »*. Paris : Galilée.
- Araujo, K., Legua, M. C., & Ossandón, L. (2002). *Migrantes andinas en Chile: el caso de la migración peruana* (Fundación Instituto de la Mujer). Santiago de Chile.
- Arias, G., Moreno, R., & Nuñez, D. (2010). Inmigración latinoamericana en Chile : analizando perfiles y patrones de localización de la comunidad peruana en el area metropolitana de Santiago. *Tiempo y Espacio*, (25).
- Arriagada, C. (2012). *Trayectorias de superación de la vulnerabilidad social mediante comercios y servicios: estudio comparado de inmigrantes internacionales y pobres urbanos en tres grandes ciudades chilenas* (Proyecto Fondecyt Regular No. 1120914). Universidad de Chile.
- Arriagada, C., & Órdenes, S. (2011). *Inmigrantes Internacionales. Ciudad y Servicios Urbanos: el desafío de la integración con diversidad*. Santiago de Chile : LOM Ediciones.
- Arriagada, I., & Todaro, R. (2012). *Cadenas globales de cuidados! El papel de las migrantes peruanas en la provision de cuidados en Chile*. Santiago de Chile : ONU Mujeres.
- Attias-Donfut, C., & Tessier, P. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 3(46), 89-129.
- Attias-Donfut, C., & Wolff, F.-C. (2005). Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France. *Population*, 60(5), 813-836.
- Audebert, C. (2012). *La diaspora haïtienne; territoires migratoires et réseaux transnationaux*. Rennes : PUR.
- Austin, J. L. (1991). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil.

- Avalos, B. (2012). *Inmigrantes en Chile: Límites y potencialidades de los niveles locales para construir un nuevo pacto de integración social. Un estudio de caso de la comuna de Santiago* (Tesis para optar al título de Socióloga). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Avalos, B., & Bertrand, M. (2015). Chili. In G. Simon, *Dictionnaire des migrations internationales: approche géohistorique*. Paris: Armand Colin.
- Avaria Saavedra, A. (2014). ¿Cómo se narra el dolor y alivio cuando se ha migrado? Experiencias de peruanos en Santiago de Chile. In B. Estrada, *Inmigración Internacional en Chile. Un tema en desarrollo* (p. 133-161). Viña del Mar, Chile : Diegho impresiones.
- Avaria Saavedra, A. (2016). *No es igual parir en casa que fuera de ella : mujeres migrantes-extranjeras y nacionales, experiencias de embarazo, parto en los servicios públicos y privados en Santiago de Chile* (Proyecto Fondecyt Postdoctoral No. 3160106).
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the world system* (2nd ed). Westport, Conn : Praeger.
- Balibar, É. (2005). La construction du racisme. *Actuel Marx*, 38(2), 11-28.
- Balibar, É., & Wallerstein, I. (1988). *Race, Nation, Classe, les identités ambiguës*. Paris : La découverte.
- Balibar, É., & Wallerstein, I. (1991). *Raza, nación y clase*. Madrid : Lepala.
- Barozet, E., & Fierro, J. (2011). *Clase media en Chile, 1990-2011: algunas implicancias sociales y políticas* (Serie de Estudios No. 4). Santiago de Chile : Fundación Konrad Adenauer.
- Barrientos, A., & Santibáñez, C. (2009). New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America. *Journal of Latin American Studies*, 26(41).
- Barros Arana, D. (1884). *Historia general de Chile* (Vol. 1-16 tomes). Santiago de Chile : Editorial universitaria.
- Beauchemin, C., Hamel, C., & Simon, P. (2010). *Trajectories and Origine: Survey on population diversities* (INED working paper No. 168). Ined.
- Becerra Lizana, M. (2016). Intervención en salud mental con inmigrantes: construcciones discursivas y la producción de practicas situadas. *Revista Psiquiatría universitaria*, 12(3), 309-315.
- Becerra Lizana, M., & Altimir Colao, L. (2013). Salud mental y migración : el trabajo de PRISMA. *Revista Psicología Hoy*, (15).
- Becker, H. S. (2012). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- bell hooks (1991). *Yearning: race, Gender and Cultural Politics*. London : Turnaround.
- Belliard Quiroga, C. (2015). *Negritudes extranjeras en Chile. Significaciones y estereotipos sexo-genéricos racializados en torno a los inmigrantes afro-latinoamericanos en Santiago de Chile*. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Bengoa, J. (2002). Erosión y transformación de las identidades en Chile. *Indiana*, (19/20), 37-57.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : Une analyse en décomposition. *Économie publique*, 24-25(1-2), 73-100.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France: Une analyse selon le genre et l'origine. *Revue économique*, 61(6), 1075-1098.

- Berchet, C., & Jusot, F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. *Questions d'Economie de la Santé*, (172), 1-7.
- Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Carta al editor: Competencia cultural en salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista médica de Chile*, 143(3), 401-402.
- Bhabha, H. (1994). *The location of culture*. London : Routledge.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). *Retrato de la Desigualdad en Chile*. Senado de la Republica de Chile.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2015). *La migración en Chile. Su carácter intrarregional y la legislación nacional*. (No. 33-15). Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Consulté à l'adresse <https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/categorias?id=5&pagina=1>
- Bilot, P. (2010). *Allemandes au Chili*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Boeninger, E. (1997). *Democracia en Chile. Lecciones de gobernabilidad*. Santiago de Chile : Editorial Andres Bello.
- Bordes, A. (1980). *Evolution des sciences de la santé et de l'hygiène publique en Haïti*. Haïti : Publication du centre d'hygiène familiale.
- Bourdieu, P. (2003). *Méditations pascaliennes* (éd. revue et corrigée). Paris : Seuil.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (Éd.). (2005). *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques* (5e éd). Berlin : Mouton de Gruyter.
- Bouvier-Colle, M.-H., Magescas, J.-B., & Hatton, F. (1985). Causes de décès et jeunes étrangers en France. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 49, 409-416.
- Brahimi, M. (1980). La mortalité des étrangers en France. *Population*, 35(3), 603-622.
- Brodwin, P. (1996). *Medicine and morality in Haiti. The contest for healing power*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Buci-Glucksmann, C. (1978). Du consentement comme hégémonie : la stratégie gramscienne. *Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques*, (5), 75-86.
- Cabello, C., & Gutiérrez, J. P. (2015, juin 10). Ser inmigrante « negro » en Santiago. *The Clinic*.
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (Éd.). (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile : evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile : Universidad del Desarrollo.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition). Paris: Puf.
- Cano Christiny, M. V., Construcci, M. S., & Martínez Pizarro, J. (2009). *Conocer para legislar y hacer política : los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio* (Serie Población y desarrollo No. 88). Santiago de Chile : Celade.
- Cano Christiny, M. V., & Soffia Construcci, M. (2009). Los estudios sobre migración internacional en Chile : apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. *Papeles de Población*, 15(61), 129-167.
- Carrasco Retamal, R. (2014). *Canto e' barrio bravo! Prácticas socio-culturales de Cantores Populares en la población Los Nogales y Santiago. Estación Central (1983-2013)* (Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia). Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Carde, E. (2012). Immigration(s) et accès aux soins en Guyane. *Anthropologie et Santé*, (5).
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). El trabajo del antropólogo : mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39(1), 13-37.
- Carmagnani, M., & Klein, H. (1965). Demografía histórica: La población del Obispado de Santiago. 1777-1778. *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, 72, 57-74.
- Castañeda, H. (2012). « Over-Foreignization » or « Unused Potential »? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. *Social Science & Medicine*, 74(6), 830-838.
- Celade-Cepal. (1999). *Un examen de la migración internacional en la comunidad andina : basado en datos censales*. (ONU & OIM, éd.). Santiago de Chile : Naciones Unidas, Cepal : Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población : Organización Internacional para las Migraciones.
- Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales. (2003). Derechos humanos de los inmigrantes. In *Informe anual de Derechos humanos, 2003* (p. 337-358). Santiago de Chile : Universidad Diego Portales.
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social. (2014, juin). *Encuesta COES. Tema 2 : Desigualdad, Justicia y Distribución*. Santiago du Chili.
- Cerda, C. (2002). Migraciones y espacio urbano: nuevos escenarios y multiculturalidad. Présenté à Facso, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Ceriani, P. (2011). Luces y sombras en la legislación migratoria latinoamericana. *Revista Nueva Sociedad*, (233), 68-86.
- Chahuan Pérez, C., & Oda Moreno, P. (2011). *El haitiano que llega a Chile ; Develando la situación socioeconómica de quien decide romper barreras fronterizas en condiciones de vulnerabilidad* (Memoria de práctica profesional). Pontificia Universidad Católica de Chile & Servicio Jesuita a Migrantes, Santiago de Chile.
- Chaouchi, S., Casu, C., Ledesert, B., & Caussidier, J. (2006). *Etat de santé et accès aux soins des migrants en France : analyse et synthèse bibliographique* (Observatoire Régionale de la Santé du Languedoc Roussillon, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc Roussillon). Montpellier.
- Chihuailaf, E. (1999). *Recado confidencial a los chilenos*. Santiago de Chile : LOM.
- Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. (2008). *Informe final. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile : Minsal & OIM.
- Clorméus, L. A. (2014). L'Église catholique face à la diversité religieuse à Port-au-Prince (1942-2012). *Archives de sciences sociales des religions*, (166), 155-180.
- Cognet, M., Gabarro, C., & Adam-Vezina, E. (2009). Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes & migrations*, (1282), 54-65.
- Cognet, M., Hoyez, A.-C., & Poiret, C. (2012). Editorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2(28), 7-10.
- Comelles, J. M., & Martínez Hernáez, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid : Eudema.

- Contreras Gatica, Y. (2012). *Mercado de arriendo y trayectorias residenciales de los precarios urbanos. Áreas centrales de Santiago e Iquique* (Proyecto Fondecyt de iniciación No. 11121241). Santiago de Chile.
- Contreras Gatica, Y., & Palma, P. (2015). Migración latinoamericana en el área central de Iquique : Nuevos frentes de localización residencial y formas desiguales de acceso a la vivienda. *Revista Anales de Geografía*, 35(2).
- Contreras Gatica, Y., & Tapia, M. (2015). *Cruzar y vivir en la frontera de Arica y Tacna. Movilidad y circulación fronteriza 1990-2010* (Proyecto Fondecyt Regular No. 1150123).
- Correa, J. (2011). *Ser « inmigrante » en Chile: la experiencia del racismo cotidiano de peruanos y peruanas en la ciudad de Santiago*. (Tesis para optar al título de Socióloga). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Corten, A. (1999). *Alchimie politique du miracle. Discours de la guérison divine et langue politique en Amérique latine*. Montréal : Editions Balzac.
- Corten, A. (2001). *Misère, religion et politique en Haïti. diabolisation et mal politique*. Paris : Éditions Karthala.
- Crenn, C. (2000a). Une consultation pour les migrants à l'hôpital. *Hommes & Migrations*, (1225), 39□45.
- Crenn, C. (2000b). La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants. *Face à Face*, (2). Consulté à l'adresse <http://faceaface.revues.org/549>
- Crenn, C., & Kotobi, L. (Éd.). (2012). *Du point de vue de l'ethnicité : Pratiques françaises*. Paris : Armand Colin.
- Crenshaw, K. W., & Bonis, O. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39(2), 51□82.
- Csordas, T. J. (2002). *Body/meaning/healing* (1st ed). New York : Palgrave Macmillan.
- Cunin, E. (2003). *Identidades a flor de piel. Lo « negro » entre parariencias y pertenencias : mestizaje y categorías raciales en Cartagena (Colombia)*. Bogotá : Ifea-Icanh-Uniandes-Observatorio del Caribe Colombiano.
- Cussen, C. (2006). El paso de los negros por la historia de Chile. *Cuadernos de Historia*, 25, 45□58.
- de Martino, E. (1948). *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. Torino : Giulio Einaudi editore.
- Demoscópica. (2009). *Informe final. Diagnóstico y factibilidad para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile : Minsal & OIM. Consulté à l'adresse http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_inmigrante/InformeInmigrantesSaludGlobal.pdf
- Departamento de Desarrollo Estratégico. (2014). *Minuta Migraciones y Salud*. Santiago de Chile : Ministerio de Salud.
- Departamento de Extranjería y Migración. (2014). *Caracterización de la Migración en Chile : Una Mirada desde instrumentos gubernamentales*. Flasco.

Departamento de Extranjería y Migración. (2015, 9 de octubre). Gobierno lanza « Sello Migrante » para municipalidades que trabajan la interculturalidad e inclusión de migrantes. *Departamento de Extranjería y Migración- Noticias*. Consulté à l'adresse <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/2015/10/09/gobierno-lanza-sello-migrante-para-municipalidades-que-trabajan-la-interculturalidad-e-inclusion-de-migrantes/>

Departamento de Extranjería y Migración. (2016a). *Migración en Chile 2005-2014*. Santiago de Chile : Departamento de Extranjería y Migración.

Departamento de Extranjería y Migración. (2016b). Migración Haitiana en Chile. *Boletín informativo*, (1), 15.

Departamento de Extranjería y Migración. (2017). Migración dominicana en Chile. *Boletín estadístico*, (2), 19.

Depolo, S., & Henríquez, G. (2006). Emigración y exclusión social en el mercado laboral chileno. *Sociedad Hoy*, (10), 109-126.

Doña, C. (2001). *Percepción de la inmigración reciente en Chile a través del análisis de los medios de prensa* (Tesis para optar al Título Profesional de Sociólogo). Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Dourgnon, P., Jusot, F., Sermet, C., & Silva, J. (2009). Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'Economie de la Santé*, (146).

Ducci, M. E., & Rojas Symmes, L. (2010). La pequeña Lima : Nueva cara y vitalidad para el centro de Santiago de Chile. *EURE*, 36(108), 95-121.

Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: PUF.

Encina, F. (1940). *Historia de Chile* (Vol. 1-20 tomes). Santiago de Chile : Editorial Nacimiento.

Engels, F. (1960). *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*. Paris : Editions sociales. (1st ed. 1845)

Essed, P. (2010). Hacia una conceptualización del racismo como proceso. In O. Hoffmann & O. Quintero, *Estudiar el racismo. Textos y herramientas. Documento de trabajo N°8* (p. 129-169). México : Proyecto Afrodesc/Eurescl.

Estrada, B. (2000). Los intentos estatales por estimular el factor humano nacional a través de la inmigración europea 1888-1920. *Mapocho*, (47), 303-338.

Estrada, B. (2006). La colectividad británica en Valparaíso durante la primera mitad del siglo XX. *Historia*, 39(1), 65-91.

Estrada, B., & Navarro, C. (2005). Migración y redes de poder en America : El caso de los industriales españoles en Valparaíso (Chile) 1860-1930. *Revista Computense de Historia de America*, 31, 115-146.

Faris, R., & Dunham, W. (1939). *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychosis*. Chicago : University of Chicago Press.

Farmer, P. (1990). Sending sickness : Sorcery, Politics, and changing concepts of AIDS in Rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(1), 6-27.

Farmer, P. (1999a). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley : Univ. of California Press.

- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley : University of California Press.
- Fassin, D. (1999). L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèse*, 35, 146-171.
- Fassin, D. (Éd.). (2000a). Dossier : Santé, le traitement de la différence. *Hommes & Migrations*, (1225), 1-163.
- Fassin, D. (2000b). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes & migrations*, (1225), 5-12.
- Fassin, D. (2000c). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaines, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes. *L'Homme*, (153), 231-260.
- Fassin, D. (2001a). L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17(2), 139-151.
- Fassin, D. (2001b). La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance. In M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, & V. Ringa, *Précarisation, risque et santé* (Inserm, p. 187-196). Paris.
- Fassin, D. (2001c). Une double peine : La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme*, (160), 137-162.
- Fassin, D. (2003). Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis*, (5), 69-76.
- Fassin, D. (2004). Social illegitimacy as a foundation of health inequality : how the political treatment of immigrants illuminate the french paradox? In Castro & M. Singer, *Unhealthy health polity*.
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44-60.
- Fassin, D., & Fassin, E. (2006). *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*. Paris : La découverte.
- Fauré, D., & Moyano (Éd.). (2016). *Memoria social de la población Los Nogales (1947-2015)*. Santiago de Chile : Corporación cultural Usach.
- Favre, O., & Stolz, J. (2005). Les évangéliques sont en nette croissance par rapport aux autres Églises en Suisse. *Allez savoir! Le magazine de l'Université de Lausanne*, (31), 34-41.
- Feliú Cruz, G. (1973). *La abolición de la esclavitud en Chile* (2e éd.). Santiago de Chile : Editorial Universitaria.
- Fennelly, K. (2007). The « healthy migrant » effect. *Minnesota Medicine*, 90(3), 51-53.
- Fernández, E. (2006). La emigración francesa en Chile, 1875-1914: entre integración social y mantenimiento de la especificidad. *América Latina Historia et Mémoire. Les Cahier ALHIM*, 12.
- Firth, R. (1936). *We, the Tikopia. A sociological study of kinship in primitive Polynesia*. Londres : George Allen & Unwin Ltd.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité, tome 1. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.

- Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Frazer, J. (1894). *The golden bough*. New York : Macmillan & Co.
- Fuentes, F. (2003). *Las redes globales del servicio de cuidado: caso de las peruanas en Santiago de Chile: trabajadoras de casa particular*. Santiago de Chile : Universidad de Chile.
- Fundación Ideas. (2000). *Segunda Encuesta Intolerancia y Discriminación en Chile : informe y análisis*. Santiago de Chile : Fundación Ideas.
- Fundación Instituto de la Mujer. (2008). *Guía de apoyo. Mujeres migrantes, mujeres con derechos*. Santiago de Chile : Fundación Instituto de la Mujer/ Oxfam.
- Fundación Instituto de la Mujer. (2011). *Guía de apoyo. Soy migrante, tengo derechos*. Santiago de Chile : Fundación Instituto de la Mujer.
- Fundación Superación de la Pobreza, & Escuela de Periodismo de la Universidad Diego Portales. (2012). *Ser migrante en el Chile de hoy*. Santiago de Chile: Programa Comunicación y Pobreza. Consulté à l'adresse <http://www.avina.net/avina//wp-content/uploads/2012/09/SER-MIGRANTE-EN-EL-CHILE-DE-HOY-PDF-copia.pdf>
- Gabarro, C. (2012). Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 35-56.
- Garcès, A. (2011). *Etnicidad y procesos translocales en espacios de frontera: migraciones internacionales en el norte de Chile* (Proyecto Fondecyt). Santiago de Chile : Universidad Católica del Norte.
- Garretón Merino, M. A. (2012). *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: los gobiernos de la concertación en Chile, 1990-2010* (1st. ed.). Santiago de Chile: Clasco.
- Garrido Maldonado, N., & Leiva Baez, C. (2012). Imaginarios urbanos en residentes del Barrio Yungay ; una aproximación cualitativa a las prácticas del habitar. *Contenido. Arte y Cultura*, (1), 7-29.
- Gilbert, C., & Henry. (2009). *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris : La Découverte.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit.
- González, R. (2007). Inmigrantes peruanos en Chile: antecedentes psicológicos de las preferencias aculturativas de los chilenos. Présenté à III Coloquio de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- González, S. (2012). *Relaciones transfronterizas entre Bolivia y Chile: Paradiplomacia y prácticas sociales 1904-2004* (Proyecto Anillos No. SOC 1109).
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia; Una perspectiva antropológica*. Barcelone : Edicions Bellaterra.
- Granados, S. (2011). Inmigrantes latinoamericanos en la ciudad de Santiago : una construcción social desde sus prácticas cotidianas.
- Grimberg, M. (1991). La salud de los trabajadores : en la búsqueda de una mirada antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, (5).
- Grimberg, M. (1997). *Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990*. Buenos Aires : UBA Editorial.
- Grimberg, M. (1999). Problèmes théoriques et méthodologiques en anthropologie de la santé dans les pays d'Amérique latine. *Sciences sociales et santé*, 17(1), 41-60.

- Guillaumin, C. (2002). *L'idéologie raciste*. Paris : Gallimard.
- Guizardi, M. L. (2012). *Conflictos de género, inserción laboral e itinerarios migratorios de las mujeres peruanas en Chile: un análisis comparado entre las regiones de Arica-Parinacota, Tarapacá y Valparaíso* (Proyecto Fondecyt No. 11121177).
- Guizardi, M. L. (2015). *Las fronteras del transnacionalismo : límites y desbordes de la experiencia migrante en el centro y norte de Chile*. Santiago de Chile : Ocho Libro.
- Handerson, J. (2015). *Diaspora. As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa* (Tese de Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federale do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Brasil.
- Hamel, C., & Moisy, M. (2013). Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. *Document de travail n°190*, 160 p.
- Haro, J. (2000). Cuidados profanos : una dimensión ambigua en la atención de la salud. In J. M. Comelles & E. Perdiguero (éd.), *Medicina y cultura : estudios entre la antropología y la medicina* (p. 101-162). Barcelona : Bellaterra.
- Harris Bucher, G. (2001). *Emigrantes e inmigrantes en Chile, 1810-1915 : nuevos aportes y notas revisionistas* (1. ed). Valparaíso, Chile : Universidad de Playa Ancha Editorial.
- Hernández Sanchez, M. (2011). *La migración Peruana en Chile y su influencia en la relación bilateral durante el Gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010)* (Tesis de Grado para obtener el Título de Magister en Estudios Internacionales). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Herskovits, M. J. (1937). *Life in a Haitian Valley*. New-York : A A Knopf.
- Hidalgo, M. (2014, 13 de enero). La coyuntura migratoria en Chile 2013. *Le Monde diplomatique - edición chilena*. Consultado à l'adresse <http://www.lemondediplomatique.cl/La-coyuntura-migratoria-en-Chile.html>
- Hoffmann, O., Poiret, C., & Audebert, C. (Éd.). (2011). *La construction de l'altérité dans l'Espace Noir Atlantique : Etats-Unis - France - Caraïbes - Amérique Latine* (Vol. 27). Poitiers : Université de Poitiers.
- Holmes, S. M. (2012). The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Social Science & Medicine*, 74(6), 873-881.
- Holper, D. (2002). *Distressed bodies, shattered selves: illness among peruvian live-in nannies in Santiago de Chile. An explorative study* (Culture Health and Illness). Leiden University, Leiden.
- Holper, D. (2003). Weight loss among Peruvian live-in domestic workers in Chile. Embodying the vulnerable self. *Medische antropologie*, 1(15), 91-106.
- Huatay, C., & Calquisto, V. (2003). *Tejedoras de la integración. Las inmigrantes peruanas en Chile*. Santiago de Chile : Tiempounuevo.
- Huffman, S. A., Veen, J., Hennink, M. M., & McFarland, D. A. (2012). Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Social Science & Medicine*, 74(6), 864-872.
- Hurbon, L. (1972). *Dieu dans le vodon haïtien*. Paris : Payot.
- Hyman, I., & Jackson, B. (2010). L'effet immigrant en santé : un phénomène temporaire ? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (17), 17-21.

- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2013). *Informe de misión de observación situación de la población migrante iquique y Colchane, 29 a 31 de mayo de 2013*. Consulté à l'adresse <http://www.dpp.cl/resources/upload/90269e8ee0ef95a09c345a9c8bfaa617.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas (Chile). (2014). *1a encuesta de caracterización de la población afrodescendiente: Región de Arica y Parinacota*.
- Izquierdo, G. (1989). *Historia de Chile*. Santiago de Chile : Andrés Bello.
- Jenks, A. C. (2011). From « lists of traits » to « open-mindedness » : emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(2), 209-235.
- Jensen Solivellas, M. F. (2008). Inmigrantes en Chile : La exclusión vista desde la política migratoria chilena (p. 16). Présenté à III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba - Argentina.
- Jiménez, E. (2016). Inmigrantes « negros » en la población Los Nogales de Estación Central: el preludio de un gueto. In M.E. Tijoux (éd). *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago de Chile : Editorial Universitaria.
- Jiménez de la Jara, M., & Pizarro Briones, M. (2011). *Trabajadoras de casa particular. Vulnerabilidad y pobreza* . Santiago de Chile : Ministerio de Desarrollo Social.
- Jiménez-Molina, A., & Cubillos, P. (2016). Les droits sociaux sous tension : santé et néolibéralisme dans le Chili démocratique. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 16.
- Jodelet, D. (2005). Formes et figures de l'altérité. In M. Sanchez-Mazas & L. Licata (éd.), *L'Autre : regards psychosociaux* (p. 23-47). Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble.
- Juteau, D. (1999). *L'ethnicité et ses frontières*. Montreal : Presses universitaires de Montreal.
- Katzew, I. (2004). *La pintura de castas*. Madrid : Turner.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. In E. Dorlin, *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination* (p. 111-125). Paris : PUF.
- Khlat, M., & Courbage, Y. (1995). La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979 à 1991. II. Les causes de décès. *Population (French Edition)*, 50(2).
- Khlat, M., Sermet, C., & Laurier, D. (1998). La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb. Sur la base de l'enquête Santé de l'Insee, 1991-1992. *Population (French Edition)*, 53(6), 1155-1184.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley : University of California Press.
- Kotobi, L. (2000). Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital. *Hommes & Migrations*, (1225), 62-72.
- Krause, K. (2008). Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(2), 235-251.
- Krummenacher, L. (2007). « *Le Seigneur m'a guéri* » : *Analyse de récits de guérisons divines en milieu évangélique charismatique. Le cas de la Chambre de guérison de Genève* (Mémoire de licence en ethnologie). Université de Neuchâtel, Neuchâtel.
- Labrín, J. M. (2016). *La construcción de los afrochileno y lo afroinmigrante en la prensa escrita nacional*. Présenté à Escuela Chile Francia. Des-Encuentros. Perspectivas sobre migraciones, Santiago de Chile.
- Laëthier, M. (2011). *Être migrant et haïtien en Guyane*. Paris : CTHS.

- Laplatine, F. (1999). Maladie, guérison et religion dans les mouvements pentecôtistes latino-américains contemporains. *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 101-115.
- Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles : Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine*, 74(6), 858-863.
- Larraín, J. (2001). *Identidad chilena*. Santiago de Chile : LOM.
- LaVeist, T. A. (2005). *Minority populations and health: an introduction to health disparities in the United States* (1st ed). San Francisco : Jossey-Bass.
- LaVeist, T. A., & Isaac, L. A. (Éd.). (2013). *Race, ethnicity, and health: a public health reader* (2nd ed). San Francisco : Jossey-Bass.
- Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., & Lang, T. (Éd.). (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Découverte ; Inserm.
- Lert, F., Melchior, M., & Ville, I. (2007). Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003). *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*, 55(6), 391-400.
- Liberona Concha, N. P. (2011). Nouvelles migrations sud-américaines au Chili : Rapports de sexe, classe et « race » en santé. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahier Albim*, 22. Consulté à l'adresse URL : <http://alhim.revues.org/4117>
- Liberona Concha, N. P. (2012). *La prise en charge des immigrants sud-américains dans le système public de santé chilien : un espace de tensions interethniques* (Thèse en anthropologie). Université Paris Diderot - Paris 7, Paris.
- Luque Brazán, J. C. (2007). Asociaciones políticas de inmigrantes peruanos y la 'Lima Chica' en Santiago de Chile. *Migraciones internacionales*, 4(2), 121-150.
- Machín Alvarez, M. (2011). *Los derechos humanos y la migración en Chile: desafíos y oportunidades para una convivencia intercultural*. Santiago de Chile : Observatorio ciudadano & Amnistía Internacional.
- Mallart, L. (2008). Reflexiones sobre la etnografía por el estudio de los sistemas médicos africanos. In G. Fernández, I. González, & P. García (éd.), *La diversidad ante el espejo: Salud, Interculturalidad y contexto migratorio* (p. 187-196). Quito : Abya Yala.
- Mallart, L. (2009). Esdevenir antropòleg. *Revista Perifèria*, (11). Consulté à l'adresse <http://revista-redes.rediris.es/Periferia/Articulos/2-Mallart.pdf>
- Ma Mung, E. (2009). Le point de vue de l'autonomie dans l'étude des migrations internationales : « Penser de l'intérieur » les phénomènes de mobilité. In F. Dureau & M.-A. Hily, *Les mondes de la mobilité* (p. 25-38). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Marin Gonzales, J. (2005). Histoire de l'Etat-Nation : de la politique d'intégration en Amérique latine et en Europe. *Diálogos*, 9(2), 101-109.
- Mármora, L. (1987). Las políticas de migraciones internacionales : Elementos para su definición. *Revista del CIM*, 5(7).
- Mármora, L. (2002). *Las políticas de migraciones internacionales* (1ed., ed. actualizada). Buenos Aires: Paidós.

- Martínez Andrade, L. (2008). La reconfiguración de la colonialidad del poder y la construcción del Estado-Nación en América Latina. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers Albim*, (15), 1-10.
- Martínez Hernández, A. (2011). *Antropología médica : teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad* (2 ed). Rubí (Barcelona) : Anthropos Editorial.
- Martínez Pizarro, J. (1997). *Situación y tendencias de la migración internacional en Chile* (Serie B-Celade No. 120) (p. 30). Santiago de Chile : Cepal - Celade.
- Martínez Pizarro, J. (1999). La migración internacional en los censos de población. *Revista Notas de Población - Cepal*, (69), 61-90.
- Martínez Pizarro, J. (2000). *La migración internacional y la era de la globalización e integración: temas para una agenda regional* (Serie Población y desarrollo - Cepal No. 10). Santiago de Chile : Cepal - Celade.
- Martínez Pizarro, J. (2002). *Exigencias y posibilidades para políticas de población y migración internacional. El contexto latinoamericano y el caso de Chile* (Serie Población y desarrollo - Cepal No. 24). Santiago de Chile : Cepal- Celade.
- Martínez Pizarro, J. (2003a). Breve examen de la inmigración en Chile según los datos generales del Censo de 2002. *Documento de Trabajo n°3. CEPAL-OIM*.
- Martínez Pizarro, J. (2003b). *El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002*. (Serie Población y desarrollo - CEPAL No. 49). Santiago de Chile : Cepal.
- Martínez Pizarro, J. (2005). Magnitud y dinámica de la inmigración en Chile, según el Censo de 2002. *Papeles de Población*, abril-junio (44), 109-147.
- Maternowska, M. C. (2006). *Reproducing inequities: poverty and the politics of population in Haiti*. New Brunswick, N.J : Rutgers University Press.
- Massé, R. (2002). Les Églises fondamentalistes protestantes aux Antilles : les défis pour une anthropologie critique. In R. Massé & J. Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré* (p. 5-12). Paris : Les Éditions Kartala.
- Meh, E. (2016). Engaged anthropological research of the consequences of the EU migration policy on the health of migrants: some methodological and ethical choices. Présenté à Penser les migrations pour repenser la société, Université de Poitiers.
- Mellafe, R. (1959). *La introducción de la esclavitud en Chile. Tráfico y rutas*. Santiago de Chile : Universidad de Chile.
- Mella, O., & Stohrel, A. (1999). Clima de actitudes de los inmigrantes respecto de la sociedad chilena. *Revista Paraguaya de Sociología*, 35(106), 179-194.
- Memmi, A. (1982). *Le racisme, description, définition, traitement*. Paris : Gallimard.
- Meñaca, A. (2007). *Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas* (Thèse doctorale). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud : análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México : CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1984). *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato*. México : Ministerio de Salud.

- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (2001). De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación. *Relaciones*, XXII(88), 120-163.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura : relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona : Edicions Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función : la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, (14), 33-69.
- Menéndez, E. L. (2011). Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. *Global Health Promotion*, 18(4), 49-58.
- Menéndez, E. L. (2012a). Antropología médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 18(4), 49-58.
- Menéndez, E. L. (2012b). Metodología cualitativa. Varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de enfermería*, 21(1-2), 62-68.
- Menéndez, E. L., & Di Prado, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México : CIESAS.
- Métraux, A. (1958). *Le vaudou haïtien*. Paris : Gallimard.
- Mezzano, S. (1995). Políticas de inmigración chilena desde 1845 hasta 1992. *Revista Diplomacia*, (68), 19.
- Miles, R. (1989). *Racism*. London: Routledge.
- Mizrahi, A., & Mizrahi, A. (2008). Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 26(3), 159-176.
- Mizrahi, A., Mizrahi, A., & Wait, S. (1993). *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France* (Rapport CreDES No. 968).
- Morgan, L. M. (1993). *Community participation in health: the politics of primary care in Costa Rica*. New York : Cambridge University Press.
- Mora, C. (2007). Globalización, género y migraciones. *Polis*, 7(20), 285-297.
- Mora, C., & Tijoux, M. E. (2010). *Trayectorias Laborales de los Inmigrantes Peruanos en Chile : Estrategias de Estructuración de la Movilidad Ocupacional Ascendente* (Proyecto Fondecyt regular No. 1100793). Santiago de Chile : Universidad Alberto Hurtado.
- Moulian, T. (1997). *Chile actual: anatomía de un mito* (1. ed). Santiago, Chile : Arcis Universidad : LOM Ediciones.
- Mujica, J. (2004). *El desafío de la solidaridad: condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile* (Publicaciones de la Organización Internacional del Trabajo). Lima : OIT.
- Musso, S. (2005). Dossier n°2 - Regards sur... La santé et l'« immigration ». *Bulletin Amades (en ligne)*, (64). Consulté à l'adresse <http://amades.revues.org/269>
- Musso, S., Sakoyan, J., & Mulot, S. (2012). Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces : Introduction au dossier thématique En quête de soins : soignants et malades dans la globalisation. *Anthropologie et Santé*, (5).

- Naudé, A.-J. (2000). Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration. *Hommes & Migrations*, (1225), 13-22.
- Navarrete, B. (2005). *Las mujeres migrantes en cárceles chilenas*. Santiago de Chile : Universidad de Chile.
- Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*. New York : Prodist.
- Navarro, V. (1986). *Crisis, Health and Medicine*. Londres : Routledge.
- Norambuena, C. (2002). Políticas migratorias en Chile: la inmigración deseada y la inmigración real. *Cuadernos de difusión académica : trabajo de investigación*, (5).
- Norambuena, C. (2004). Chile y sus nuevos inmigrantes: ni acogidos ni rechazados. *Revista Universitaria*, (85).
- Norambuena, C. (2005). Migraciones limítrofes. Chile 1865-1960. In *Historia de las migraciones limítrofes en el cono sur de América. Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay* (Vol. II, p. 25-94). México D.F. : Instituto Panamericano de Geografía e Historia.
- Núñez Carrasco, L. de los A. (2006). Consideraciones en torno a la salud mental en la población migrante peruana en Chile. *Revista Praxis, Año 7(7)*, 59-65.
- Núñez Carrasco, L. de los A. (2008). *Living on the margins. Illness and healthcare among peruvian migrants in Chile*. Université de Leiden, Leiden.
- Núñez, N., & Torres. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuaris de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile : Instituto de la Mujer.
- Observatorio de Políticas Migratorias. (2016a). *Boletín n°1. Observatorio de Políticas Migratorias. Una mirada a la Provincia de Santiago*. Universidad de los Lagos.
- Observatorio de Políticas Migratorias. (2016b). *Boletín n°2. Observatorio de Políticas Migratorias. Derechos, migración y gobiernos locales. Provincia de Santiago*. Universidad de los Lagos.
- OIM. (2003). *Las migraciones internacionales. Análisis y perspectivas para una política migratoria* (Documento de Trabajo n° 2). Santiago de Chile : OIM-Chile.
- OIM. (2006). *Estudio exploratorio sobre trata de personas con fines de explotación sexual en Chile*. Santiago de Chile : OIM-Chile.
- OIM. (2008). *Los desafíos de las migraciones en Chile 2008*. Santiago de Chile: OIM- Chile.
- OIM. (2015). *Migration en Haïti - Profil migratoire national 2015*. Port-au-Prince : OIM.
- Olea, H. (2013). Derechos humanos de los migrantes y refugiados. Análisis del proyecto de Ley de Migración y Extranjería. In Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, *Informe anual de Derechos humanos, 2013* (p. 123-162). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales. Consulté à l'adresse <http://www.derechoshumanos.udp.cl>
- ONG Raíces. (2007). *Estudio exploratorio de trata con fines de explotación sexual en niños, niñas y adolescentes*. ONG Raíces.
- Onoge, O. F. (1975). Capitalism and Public Health: A Neglected Theme in the Medical Anthropology of Africa. In A. E. Thomas & S. R. Ingman (éd.), *Topias and Utopias in Health* (p. 212-232). La Haye: Mouton. Consulté à l'adresse <http://www.degruyter.com/view/books/9783110888539/9783110888539.219/9783110888539.219.xml>

- Osorio, R. M. (1998). *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles* (Tesis de doctorado). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Otegui, R. (2005). Antropología médica crítica: Presentación. *Revista de Antropología Social*, 14, 7-13.
- PAC Consultores. (2015). *Plan de Desarrollo Communal 2012-2021*. Santiago de Chile : Municipalidad de Estación Central.
- Palet Araneda, A., & Coloma, M. (Éd.). (2015). *Los tiempos de la politización*. Santiago de Chile : PNUD.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the Physician : A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 452-460.
- Paul, B. (1955). *Health, Culture and Community : Case studies of Public Reactions to Health Programs*. Russel Sage Foundation.
- Pavez Soto, I. (2012). Inmigración y racismo : experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfonterizados*, XII(1), 75-99.
- Pedrero, V., Bernaldes, M., Cabieses, B., & Obach, A. (2013). *Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile : un estudio multi-métodos* (Proyecto Fondecyt de Iniciación No. 11130042).
- Pennef, J. (1992). *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante* (Métaillié). Paris.
- Pirès, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pirès (éd.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montreal : Gaëtan Morin.
- Pizarro, A. (2003). Mitos y construcción del imaginario nacional cotidiano. *Atenea*, (487), 103-111.
- Poiret, C., Hoffmann, O., & Audebert, C. (2011). Editorial: Contextualiser pour mieux conceptualiser la racialisation. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 27(1), 7-16.
- Pizarro, A. (2003). Mitos y construcción del imaginario nacional cotidiano. *Atenea*, (487), 103-111.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, « capacidad de actuar » (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Póo Figueroa, X. (2009). Imaginarios sobre inmigración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia. *Revista F@ro, Año 9(9)*, 9.
- Price-Mars, J. (1998). *Ainsi parla l'oncle. Essais d'ethnographie*. Port-au-Prince : Presse de l'imprimeur II.
- Quesada, J. (2012). Special Issue Part II: Illegalization and Embodied Vulnerability in Health. *Social Science & Medicine*, 74(6), 894-896.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health : Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362.

- Quevedo, N., & Zuñiga, J. (1999). *Palabras mestizas: el discurso de la prensa chilena frente a la actual inmigración peruana* (Tesis para optar al título de grado en Périodismo). Universidad de Santiago de Chile, Santiago de Chile.
- Quezada, G., & Saffirio, F. (2012). *Construir las redes necesarias. Caracterización de la población migrante de Quilicura y diagnóstico de los servicios municipales y del tercer sector a los que acceden*. (Informe de práctica). Santiago de Chile : Pontificia Universidad Católica de Chile, SJM.
- Quijano, A. (1998). La colonialidad del poder y la experiencia cultural latinoamericana. In H. Sonntag & R. Briceño-León (éd.), *Pueblo, época y desarrollo : la sociología de América Latina* (p. 27-38). Caracas : Nueva sociedad.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina. In E. Lander (éd.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales* (p. 201-246). Buenos Aires : CLACSO.
- Quijano, A. (2001). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América latina. In W. Mignolo (éd.), *Capitalismo y geopolítica del conocimiento* (Vol. 24, p. 117-131). Buenos Aires : Ediciones del Siglo.
- Radcliffe-Brown, A. (1922). *The Andaman Islanders*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Ramírez Hita, S. (2007). *Entre calles estrechas. Gitanos, prácticas y saberes médicos*. Barcelona : Edicions Bellaterra.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua en la ciudad de Potosí. *Salud colectiva*, 1(5), 63-85.
- Ramírez Hita, S. (2010). *Donde el viento llega cansado. Sistema y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Editorial Gente Común.
- Ramírez Hita, S. (2013). Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. In O. Romaní (éd.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (p. 43-64). Tarragona : Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Ravanel, M. (2005). Los grandes temas de la migración... y los de la casa (los nuestros)”. *Revista Praxis, Año 7*(7), 73-79.
- Rechtman, R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & Migrations*, (1225), 46-61.
- Rechtman, R. (2010). La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels. In D. Fassin (éd.), *Les nouvelles frontières de la société française*. La découverte. Paris.
- Redmi. (2011). *Informe alternativo Chile. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Santiago de Chile : Red Chilena de Migración e Interculturalidad.
- Riedemann Fuentes, A. (2015). *Inmigración y diversidad cultural en los establecimientos educativos chilenos. Acerca de las maneras en que las comunidades educativas enfrentan el desafío de un alumnado crecientemente diverso* (Proyecto Fondecyt Postdoctoral No. 3150512).
- Rojas Pedemonte, N., & Vásquez Rencoret, J. (2016). Racismo y matrices de « inclusión » de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Revista Polis*, (42). Consulté à l'adresse <http://polis.revues.org/11341>

- Rojas Pedemonte, N., & Vicuña Undurraga, J. T. S. (Ed.). (2014). *Migración y trabajo : Estudio y propuestas para la inclusión sociolaboral de migrantes en Arica*.
- Romain, C.-P. (1979). Introduction à la sociologie du protestantisme en Haïti. *Conjonction*, (141), 35-48.
- Rosen, G. (1984). Análisis histórico del concepto de medicina social. In E. Lesky (éd.), *Medicina social* (p. 172-211). Madrid : Ministerio de sanidad y consumo.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health*. John Hopkins University Press.
- Ruiz, C., & Boccoardo, G. (2014). *Los Chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. Santiago de Chile : Nodo XXI - Desconcierto.
- Saillant, F., & Genest, S. (2005). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Saint-Louis, F. (2000). *Le vodon haïtien. Reflet d'une société bloquée*. Paris: L'Harmattan.
- Salazar, G., & Pinto, J. (1999a). *Historia contemporánea de Chile I. Estado, legitimidad, ciudadanía*. Santiago de Chile : LOM.
- Salazar, G., & Pinto, J. (1999b). *Historia contemporánea de Chile II. Actores, identidad y movimiento*. Santiago de Chile : LOM.
- San Martín Aedo, W. (2008). *Abolición de la esclavitud. Ser esclavo y ser libre en Chile tardo colonial* (Memoria Chilena). Santiago de Chile : DIBAM y Biblioteca Nacional de Chile.
- Santos Martínez, P. (1987). La inmigración en Chile: el caso de los colonos vascos (1882-1883). *Historia*, (22), 287-311.
- Sassen, S. (2003). *Los espectros de la Globalización*. Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica.
- Sauvegrain, P. (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 81-100.
- Savignoni, A., Lot, F., Pillonel, J., & Laporte, A. (1999). *Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France* (Institut de Veille Sanitaire). Saint-Maurice.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives - Hors série*, (5), 99-111.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona : Ariel.
- Schiappacasse, B. (2008). Segregación residencial y nichos étnicos de los inmigrantes internacionales en el área Metropolitana de Santiago. *Revista de Geografía Norte Grande*, 21-38.
- Schramkowski, B. (2005). Perspectivas sobre integración en Chile. *Revista Praxis*, (Año 7), 81-91.
- Seppilli, T. (1994). Le biologique et le social. Un parcours anthropologique. *Ethnologie Française*, 23(3), 514-530.
- Shore, C., & Wright, S. (1997). *Anthropology of Policy : critical perspectives on governance and power*. New York : Routledge.

- Silva Dittborn, C. (2014). *Evaluación y propuesta de mejora del procedimiento para que los inmigrantes profesionales ejerzan en Chile y exploración de sus potenciales beneficios* (Proyecto Universidad Católica del Norte).
- Singer, M., & Baer, H. (1995). *Critical medical anthropology*. Amityville, N.Y : Baywood Pub. Co.
- Smith, C. (1996). Race/class/gender ideology in Guatemala : modern and antimodern forms. In B. Williams (éd.), *Women out of place: the gender of agency and the race of nationality* (p. 50-78). New-York : Routledge.
- Smith, G. D. (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health, 90*(11), 1694-1698.
- Spire, A. (2008). *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris : Raisons d'agir.
- Sporston, K., & Mindell, J. (2006). *Health survey for England 2004: the health of minority ethnic groups*. Londres : The information Center, National Centre for Social Research.
- Stefoni, C. (2001). *Representaciones culturales y estereotipos de la migración peruana en Chile*. Buenos Aires : CLACSO. Consulté à l'adresse <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/becas/20101111100353/stefoni.pdf>
- Stefoni, C. (2002). Mujeres inmigrantes peruanas en Chile. *Papeles de Población, (33)*, pp. 118-145.
- Stefoni, C. (2003). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración* (1. ed). Santiago de Chile : Flasco-Chile : Editorial Universitaria.
- Stefoni, C. (2004a). Inmigración y ciudadanía: la formación de comunidades peruanas en Santiago y la emergencia de nuevos ciudadanos. *Política, (43)*, 319-335.
- Stefoni, C. (2004b). *Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la transformación en ciudadanos*. Flasco, Sede Chile. Consulté à l'adresse <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/chile/flasco/artstef.pdf>
- Stefoni, C. (2005). Migración en Chile. *Colección Ideas, Año 6*(59), 27.
- Stefoni, C. (2011). Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. In B. Feldman Bianco, L. Rivera Sánchez, C. Stefoni, & I. Villa Martínez (éd.), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina. Prácticas, representaciones y categorías* (p. 79-109). Quito: Flasco, Sede Ecuador; Clasco; UAH.
- Stefoni, C. (Éd.). (2012). *Mujeres inmigrantes en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Stefoni Espinoza, C. (2002a). *Inmigración en Chile. Nuevos desafíos*. Anuario 2001-2002. Impactos y desafíos de las crisis internacionales. Santiago de Chile : FLACSO - Chile.
- Stefoni Espinoza, C. (2002b). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración*. Santiago de Chile: Universitaria, FLACSO.
- Stefoni Espinoza, C. (2007). Los movimientos migratorios como un nuevo agente de integración. El caso Chile-Argentina. In Artaza & P. Milet (éd.), *Nuestros vecinos* (p. 69-81). Santiago de Chile : Ril editores.

- Stefoni Espinoza, C. (2008). Gastronomía peruana en las calles de Santiago y la construcción de espacios transnacionales y territorios. In S. Novick (éd.), *Las migraciones en América Latina* (p. 211-228). Buenos Aires : Catálogos.
- Stefoni Espinoza, C. (Éd.). (2011). *Mujeres inmigrantes en Chile : ¿mano de obra o trabajadores con derechos?* (1a ed). Santiago de Chile : Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Stefoni Espinoza, C. (2013a). Formación de un enclave transnacional en la ciudad de Santiago de Chile. *Migraciones internacionales*, 7(1), 161-187.
- Stefoni Espinoza, C. (2013b). *Migrantes Latinoamericanos en Chile : precariedad laboral e informalidad en enclaves étnicos, agricultura y construcción* (Proyecto Fondecyt Regular No. 1130642).
- Stefoni Espinoza, C., Acosta, E., Gaymer, M., & Casas-Cordero, F. (2008). *Niños y niñas inmigrantes en Santiago de Chile. Entre la integración y la exclusión*. OIM - Chile.
- Stefoni Espinoza, C., & Núñez Carrasco, L. de los A. (2004). Migrantes Andinos en Chile: Transnacionales o sobrevivientes? *Revista Enfoques*, (3).
- Taguieff, P.-A. (2013). Racialisation et racisation. In *Dictionnaire historique et critique du racisme* (p. 1490-1499). Paris : Presses universitaires de France.
- Tapia, J. (2003). Descentralización, diplomacia y paradiplomacia en la época de la globalización. *Estudios Transfronterizos, Año 1*(1), 25-47.
- Tapia, M. (2011). *Frontera, migración y movilidad humana fronteriza en la Región de Tarapacá 1990-2007* (Proyecto Fondecyt de iniciación No. 11110096). Universidad Arturo Prat.
- Taussig, M. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science & Medicine*, 14 B, 3-13.
- Thayer Correa, E. (2011). *Discriminación y lucha por el reconocimiento en el proceso de incorporación de los inmigrantes argentinos, peruanos y ecuatorianos a la Región Metropolitana* (Proyecto Fondecyt de iniciación No. 11100043).
- Thayer Correa, E. (2014). *Plan de acogida y reconocimiento de migrantes y refugiados de la comuna de Quilicura*. Santiago de Chile: Municipalidad de Quilicura, Universidad de los Lagos, Unhcr, OIM, Fundació, San Carlos de Maipo.
- Thayer Correa, E. (2015a). *Estado chileno y migrantes latinoamericanos frente a frente : reconocimiento, respeto y expectativas de incorporación* (Proyecto Fondecyt No. 1140679).
- Thayer Correa, E. (2015b). Gobierno local y migrantes frente a frente : nudos críticos y políticas para el reconocimiento. *Revista del Clad. Reforma y democracia*, (63), 127-162.
- Thayer Correa, E. (2015c). *Observatorio de Políticas Migratorias*. Universidad de los Lagos.
- Thayer Correa, E., Córdova, M. G., & Avalos, B. (2013). Los límites del reconocimiento : migrantes latinoamericanos en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Perfiles Latinoamericanos*, (42), 163-191.
- Tijoux, M. E. (2002). « Morderse la lengua y salir adelante » La dificultad de ser peruano en Chile. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers Alhim*, 5.
- Tijoux, M. E. (2007). Peruanas inmigrantes en Santiago. Un arte cotidiano de la lucha por la vida. *Polis*, (18), 11.
- Tijoux, M. E. (2011). *Vida cotidiana de niñas y niños hijos de inmigrantes peruanos en los espacios sociales escolares: capitales, tácticas y estrategias para la integración en Chile*. (Proyecto Fondecyt

- Regular No. 1110059). Santiago de Chile : Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.
- Tijoux, M. E. (2013a). *Inmigrantes «negros» en Chile: prácticas cotidianas de racialización/sexualización* (Proyecto Fondecyt Regular No. 1130203).
- Tijoux, M. E. (2013b). Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago. Elementos para una educación contra el racismo. *Polis*, 35(12), 287-307.
- Tijoux, M. E. (2013c). Niños(as) marcados por la inmigración peruana : estigma, sufrimientos, resistencias. *Convergencia. Revista de Ciencias sociales*, (61), 83-104.
- Tijoux, M. E. (2014). El Otro inmigrante « negro » y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones. *Boletín Onteaiken*, (17), 1-15.
- Tijoux, M. E. (2015). Racismo en Chile : colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis*, (42).
- Tijoux, M. E., & Díaz Letelier, G. (2014). Inmigrantes, los « nuevos bárbaros » en la gramática biopolítica de los estados contemporáneos. *Quadranti*, 2(1), 283-309.
- Torres, A., & Hidalgo, R. (2009). Peruvians in Santiago, Chile: urban transformation and perception of immigrants. *Polis*, (22).
- Tremblay, J. (1995). *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Paris : Karthala.
- Turshen, M. (1984). *The political ecology of disease in Tanzania*. New Brunswick, N.J : Rutgers University Press.
- Tylor, E. (1871). *Primitive Culture*. Londres : John Murray.
- Urzúa, A. (2014). *Factores vinculados al bienestar y la calidad de vida percibida en inmigrantes latinoamericanos en el norte de Chile* (Proyecto Fondecyt No. 1140843).
- Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R., & Caqueo-Úrizar, A. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia psicológica*, 33(2), 139-156.
- Valenzuela Jeldes, P., Riveros Quinteros, K., Palomo Calame, N., Araya Morales, I., Campos Nuñez, B., Salazar Órdenes, C., & Tavie Díaz, C. (2014). Integración laboral de los inmigrantes haitianos, dominicanos y colombianos en Santiago de Chile. *Revista Antropologías del Sur*, (2), 101-120.
- van Dongen, E., & van Dijk, R. (2010). Sacar a los peses del agua. La opacidad de la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes. In J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete, & L. Mascarella (éd.). *Migraciones y salud*. (p. 167-183). Tarragona : Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles". *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-131.
- Vega Campos, A. (2016). *Salvador, nuevos chilenos*. Santiago de Chile. Consulté à l'adresse <http://www.nuevoschilenos.cl>
- Vera Pérez, P. (2013). *Derecho migratorio. Aproximación a la realidad jurídica del extranjero en Chile* (Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y sociales). Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Vergara, A. (s. d.). Como nació la idea de la ocupación de terrenos en las poblaciones « Lautero san Pablo », el año 45 al 46, para establecerse definitivamente en « Población Los Nogales ».

Vial, G. (1957). *El africano en el Reino de Chile. Ensayo histórico-jurídico*. Santiago de Chile : Universidad Católica de Chile.

Viladrich, A. (2012). Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review. *Social Science & Medicine*, 74(6), 822-829.

Villalobos, S., Silva, F., Silva, O., & Estellé, P. (1974). *Historia de Chile*. Santiago de Chile : Editorial Universitaria.

Vonarx, N. (2012). *Le Vodou haïtien. Entre médecine, magie et religion*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, Presses universitaires de Laval.

Wade, P. (2007). Identidad racial y nacionalismo: una visión teórica de Latinoamérica. In M. De la Cadena, *Formaciones de indianidad. Articulaciones raciales, mestizaje y nación en América Latina* (p. 379-402). Bogotá : Envión.

Waitzkin, H. (1981). A marxist analysis of the health care systems of advanced capitalist societies. In L. Eisenberg & A. Kleinman (éd.), *The relevance of social science for medicine* (p. 333-369). Dordrecht : Reidel.

Waldman Mitnick, G. (2004). Chile: indígenas y mestizos negados. *Política y Cultura*, (21), 97-110.

Wallace, M., & Dorlin, E. (Éd.). (2008). *Black feminism: anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*. Paris : L'Harmattan.

Wallerstein, I. (2003). *Impensar las ciencias sociales*. México : Siglo XXI.

Wallerstein, I. (2009). *Comprendre le monde : introduction à l'analyse des systèmes-monde*. Paris : La Découverte.

Wanner, P., Bouchardy, C., & Khlat, M. (1997). Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. *Migrations & santé*, (91), 9-34.

Weniger, B., Rouzier, M., Daguilh, R., Foucaud, J., Robineau, L., & Anton, R. (1986). La médecine populaire dans le plateau central d'Haïti. 1. Étude du système thérapeutique traditionnel dans un cadre socio-culturel rural. *Journal of Ethnopharmacology*, 17, 1-11.

Weniger, B., Rouzier, M., Daguilh, R., Henrys, D., & Anton, R. (1986). La médecine populaire dans le plateau central d'Haïti. 2. Inventaire ethnopharmacologique. *Journal of Ethnopharmacology*, 17, 13-90.

Willen, S. (2012). Migration, « illegality, » and health : Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. *Social Science & Medicine*, 74(6), 805-811.

Willen, S., Mulligan, J., & Castañeda, H. (2011). Take a Stand Commentary: How Can Medical Anthropologists Contribute to Contemporary Conversations on « Illegal » Im/migration and Health?: Take a Stand on « Illegal » Im/migration and Health. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(3), 331-356.

Willen, S. S. (2012a). How is health-related « deservingness » reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv. *Social Science & Medicine*, 74(6), 812-821.

Willen, S. S. (Éd.). (2012b). Part Special Issue: Migration, « illegality, » and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. *Social Science & Medicine*, 74(6), 805-848.

Zavala San Martín, X., & Rojas Venegas, C. (2005). Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile. In Centro de Encuentros Cultura y Mujer (CECYM) (éd.), *Migraciones, globalización y género. En Argentina y Chile* (p. 149-191). Buenos Aires.

Zuñiga, J.-P. (2007). Huellas de una ausencia. Auge y evolución de la población africana en Chile: apuntes para una encuesta. In C. Cussen (éd.), *Huellas de Africa en América: perspectivas para Chile* (p. 81-108). Santiago de Chile : Universidad de Chile.

RESUMEN EN ESPAÑOL : LA SOCIEDAD CHILENA FRENTE A LAS MIGRACIONES « NUEVAS » : SABERES DE SALUD Y TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE HAITIANOS EN SANTIAGO DE CHILE

La inmigración haitiana en Chile se inscribe dentro de un nuevo movimiento migratorio hacia este país que se inició a fines del decenio del 2000. Si con el retorno a la democracia en los años 1990 el país se abrió a la inmigración, las dinámicas migratorias recientes presentan importantes transformaciones que les dan un carácter inédito. Ellas se distinguen, antes que todo, por un fuerte incremento en el número de migrantes y por una diversificación del país de origen de estos. La re-apertura de las fronteras a fines de la dictadura había conducido a un aumento de flujos y de circulación migratoria desde los países vecinos de Chile, como Argentina, Perú y Bolivia. Entre 1982 y 2002, el número de residentes extranjeros pasó de 83 805 a 195 320 personas (Martínez Pizarro, 2003b). Desde fines de los años 2000, el aumento del flujo de extranjeros en Chile se acentuó y el número de extranjeros en el país se estimó en 410 988 a 2014, lo cual corresponde al 2,3% de la población del país. Además, estas poblaciones migrantes no provienen solamente de los países vecinos, sino de todo América Latina y de los Caribes, y particularmente de Ecuador, Colombia, Haití, República Dominicana, Brasil, Venezuela, o también de Asia.

La novedad de estas migraciones nace también de la nueva visibilidad social de estas poblaciones extranjeras en Chile. Una visibilidad ligada al creciente número de migrantes y a su progresiva organización en asociaciones culturales o políticas. Pero sobretodo, una visibilidad ligada a la irrupción dentro del espacio público de cuerpos marcados de una radical alteridad. De cuerpos negros. De cuerpos venidos de Colombia, Haití o de República Dominicana. De cuerpos marcados de un sello de la diferencia por ideologías coloniales y de estados nacionales en constante actualización. Dentro de una sociedad que se ha construido y definido como blanca y europea, que ha callado la presencia de esclavos africanos de su historia oficial y que aún sufre de deber reconocer la pertenencia a los pueblos originarios a la sociedad, la llegada de estos cuerpos negros dentro del espacio social no puede pasar desapercibido. Esta es la primera hipótesis de esta investigación : el imaginario asociado a la “raza negra” color negro es tan anclado dentro de la sociedad chilena, que la presencia de estos migrantes vuelve visible la inmigración en el país. Obliga a la sociedad chilena y al Estado a constatar la presencia de migrantes en su seno, a considerar la no-adaptación de las políticas y de la legislación migratorias vigentes. Sitúa la inmigración como un tema de reflexión, de debate, de tensión, de preocupación, de interés por una diversidad siempre más importante de actores sociales. Ella coloca a los migrantes en el centro de los retos societales y sociales actuales. Más aún, ella empuja a Chile a cuestionarse a sí mismo. A observar la construcción histórica de sus propias fronteras. A preguntarse sobre su historia oficial, las figuras nacionales y la identidad chilena. A interrogarse sobre las jerarquías que estructuran la sociedad y los criterios sobre los cuales estas descansan. A hablar, por vez primera, de racismo.

Las dinámicas migratorias recientes han en efecto sido objeto en los últimos años de un interés creciente por parte de numerosos actores sociales de la sociedad chilena. Las universidades multiplican sus investigaciones y los espacios de discusión sobre la migración ; las asociaciones, fundaciones y organizaciones que apoyan y acompañan a los migrantes aumentan en número ; la prensa profundiza su interés sobre la temática, diversificando temáticas y puntos de vistas con los años ; las manifestaciones y eventos

organizados en apoyo o en contra de los migrantes se organizan con mayor frecuencia ; las instituciones públicas identifican las particularidades en su actuar hacia estas poblaciones y crean programas específicos. Todos construyen y difunden ideas alrededor de la inmigración y todos contribuyen a problematizar la cuestión migratoria en Chile. Si bien los puntos de vista divergen, estos actores sociales interpelan en su conjunto al Estado chileno sobre la necesidad de regular la inmigración, de redefinir la legislación migratoria y de clarificar y actualizar las políticas migratorias. La problematización de la cuestión migratoria y la presión ejercida sobre el Estado, muestran la puesta en lugar de un debate ideológico, moral, político con desafíos importantes. Un debate alrededor de las condiciones de entrada de los extranjeros al país, de sus derechos una vez instalados y de sus obligaciones. Dicho de otra forma, el debate se concentra sobre las posibilidades y las condiciones de participación de estos extranjeros en el contrato social que une a los miembros de la sociedad. Es entonces su « lugar » dentro de la sociedad chilena lo que se encuentra en cuestión.

Para Didier Fassin, « *immigrants and foreigners seem thus to be the paradigmatic group of greatest liminality since they belong neither to the community of origin nor to that of the nation (...). Yet, they are still members of the society to which they contribute through their work, culture, and sociability, and whose solidarity they put to the test by forcing it to define the extent of its duties (Noiriel, 1988)* » (Fassin, 2004, p. 204). La pregunta sobre su lugar dentro de la sociedad, subraya los límites del contrato social y empuja a la sociedad a posicionarse en cuanto a estos. Aquí es cuestión de la legitimidad de estos extranjeros a participar en la sociedad en la cual se instalan. Aún más, según Fassin (2009), de su biolegitimidad, es decir del valor convenido de sus vidas. Porque no solamente dentro de esos debates está en juego su participación política en la comunidad de instalación y su situación en las relaciones sociales que la estructuran, de la misma forma está la definición de si sus vidas y cuerpos merecen la atención, preocupación e inversión de la sociedad de acogida (S. Willen, 2012, p. 806). En efecto, la definición de su lugar, y entonces de sus derechos y deberes, se traduce en las condiciones de vida, trabajo, residencia, acceso a cuidados y finalmente, en términos de morbilidad y de mortalidad (Fassin, 2004, 2009). Las desigualdades sociales de salud, que no son nada más que las desigualdades frente a la vida y a la muerte, reflejan así los valores morales sobre los cuales descansan las diferenciaciones entre las poblaciones cuyas vidas valen « más » o « menos ». Y en esto residen las elecciones establecidas por la sociedad estas son las elecciones establecidas por las sociedad que están en juego. Porque, si las sociedades tienen « un poder de hacer vivir o de negar en la muerte » (Foucault, 2001, p. 181, citada en Fassin, 2009, p. 53), « hacer vivir » por Fassin, « *actually supposes implicit or sometimes explicit choices over who shall live what sort of life and for how long. In most cases, it is not formulated as such. But choices in terms of health and social policies, on employment and housing programs, on education and welfare, have concrete and measurable impacts on life expectancy, which is the average duration of life* » (2009, p. 53).

Así cuando se pide al Estado de Chile establecer los derechos y los deberes de los migrantes, para resolver quiénes pueden pretender instalarse legalmente en el país y bajo cuáles condiciones, cuando numerosos actores sociales actúan u opinan en favor o en contra de estas poblaciones, es la definición del valor a convenir a estas personas lo que está en cuestión. Pero también la definición del « nosotros » chileno, de las fronteras externas a la comunidad nacional y las jerarquías internas a la sociedad. Entonces, ¿Cómo se construye este debate alrededor del lugar de los migrantes en la sociedad chilena ?, ¿Cuál legitimidad de pertenencia a la sociedad chilena se les atribuye y sobre cuales criterios se justifica la diferenciación entre estos que son considerados legítimos y los que no ? ¿Cómo esta legitimidad se articula y nutre de procesos de diferenciación y de jerarquización sociales basados sobre criterios de raza, etnia, sexo o clase ? ¿Cómo el lugar convenido a estos migrantes se materializa, cómo se traduce en el trato social que les es dado ? ¿Y cómo

estas diferenciaciones se expresan en términos de salud, morbilidad, acceso a atención y mortalidad ?

Esta tesis pretende contribuir a la comprensión de estas interrogaciones a partir de la observación de condiciones de vida, del estado de salud, de saberes de salud y de procesos de atención de migrantes, y más particularmente de migrantes haitianos. La inscripción de los haitianos en diferentes categorías sociales alterizadas (ellos son « migrantes », « negros », « haitianos », « caribeños », « no hispanohablantes ») les sitúa como una suerte de tipo-ideal de las migraciones « nuevas » en Chile. Se instalan en Chile desde 2010 y presentan la tasa más alta de visas entregadas. Negros y no hispanohablantes, acarrear la evidencia de su diferencia. Su nacionalidad es un elemento importante : objeto de representaciones, ella sitúa a los migrantes en una jerarquía social entre los migrantes. También, la radicalidad de la alteridad que les es atribuida y la fuerte visibilidad social de la cual ellos son objeto vuelve particularmente legibles los procesos de diferenciación que operan sobre ellos y entonces las relaciones de poder dentro de las cuales ellos se inscriben.

Marco teórico y revisión de la literatura sobre salud y migración

Para construir y precisar este cuestionamiento, los dos capítulos de apertura de la primera parte proponen una revisión de la literatura y la definición de un cuadro teórico. El primer capítulo se detiene sobre las teorías de la antropología médica y particularmente sobre sus corrientes críticas. Pasando por la historia de la disciplina y por las teorías, conceptos y métodos de la antropología médica crítica, un primer nivel del marco teórico de esta tesis es definido. Este justifica la propuesta de partir de los problemas, de los saberes y de las experiencias de salud y de atención de individuos y de grupos sociales para esclarecer dinámicas sociales más amplias. El segundo capítulo precisa el cuadro y se vincula con mayor particularidad a la literatura de las ciencias sociales sobre la salud de migrantes.

A partir de estos capítulos, sostengo que el estado de salud de una población así como sus representaciones, prácticas y experiencias de salud y de atención se inscriben dentro de relaciones sociales de poder, históricamente construidas operando a diferentes escalas, y por tanto, permiten establecer una lectura de estas relaciones. Dos ideas principales son las que articulan la construcción de la problemática de investigación.

Por una parte, la inscripción de individuos y de grupos sociales dentro de las relaciones de poder, es decir, su situación social, es incorporada por estos y se traduce dentro de su estado de salud. Una sociedad puede ser entendida como estructurada por diferentes relaciones sociales de poder, históricamente construidas, que movilizan mecanismos e instrumentos ideológicos, políticos, económicos y espaciales para establecer diferenciaciones dentro de la población. Estas diferenciaciones se llevan a cabo a partir de criterios ideológicamente definidos que justifican, conducen y se refuerzan por un trato social diferenciado de los grupos sociales e individuos. Se traducen en desigualdades entre grupos sociales e individuos en términos de poder, riqueza, reconocimiento y de valor en relación a sus vidas, las cuales se observan en sus niveles de vida, poder político, ideológico, económico, sus condiciones de vivienda y trabajo, sus accesos a la educación, seguridad y en su salud. En términos de salud, esas desigualdades se traducen en una confrontación directa o una exposición indirecta a situaciones « patógenas » y a un acceso desigual a recursos de prevención y de cuidado de calidad. También, la situación social de los individuos y de los grupos sociales condiciona su estado de salud.

Por otra parte, la situación social de los individuos y grupos sociales se traduce igualmente en las representaciones, las experiencias y las prácticas que ellos construyen frente a los problemas de salud que identifican. En efecto, desde su situación social, los individuos deben enfrentar episodios de enfermedad y sufrimientos y construyen para eso saberes

(representaciones y prácticas) que les permiten identificar, comprender y explicar, así como prevenir, enfrentar y, a veces, curar estas situaciones. La construcción de estos saberes, que tocan a la salud y entonces a la vida y a la muerte, se realiza dentro de las relaciones de poder. Numerosos son los actores que producen significados y definen prácticas alrededor de estos temas, y que buscan hacerlos reconocer. Las formas de atención juegan un papel esencial en la producción de estos saberes; sin embargo, es desde el espacio doméstico, desde la auto-atención que los individuos van a construir sus propias prácticas y representaciones de salud, recuperando y articulando saberes de distintas formas de atención. Es también desde este espacio que van a construir sus trayectorias de atención y recurrir a formas de atención para que atiendan a sus problemas de salud. La construcción de los saberes de salud y atención, que incluyen los itinerarios terapéuticos, se inscribe entonces en relaciones de poder que operan a distintos niveles : entre los individuos en el seno de los espacios domésticos, entre ellos y las formas de atención, entre las formas de atención mismas y, de nuevo, en el marco de las relaciones que estructuran la sociedad.

Así, la salud de un grupo social - que comprende el estado de salud pero también las representaciones, experiencias y prácticas de salud, enfermedad y atención - , comprendida a la vez como proceso estructural y como experiencia subjetiva, es reveladora de relaciones sociales de poder en las cuales los grupos sociales se sitúan, en la medida en que ella es abordada de manera histórica y relacional.

Dentro del modelo teórico de una sociedad presentada aquí, los migrantes tienen una situación particular. Extranjeros, ellos no cumplen la condición de pertenencia al contrato social que une a los ciudadanos de una misma comunidad nacional. Sin embargo, por medio de sus presencias, sus actividades, sus trabajos, sus movibilidades, ellos participan en esta sociedad. Están en posición liminal y toda sociedad que observa una inmigración se confronta a la pregunta de los límites de su contrato social y a la posibilidad de los migrantes a ser beneficiados por éste. La respuesta a esta pregunta es de orden moral e ideológico, porque dentro de la definición de los derechos y de los deberes de los migrantes, es el valor otorgado a sus vidas lo que está en juego. En efecto, la respuesta deriva en las políticas públicas, medidas legislativas y administrativas y una manera de pensar a los migrantes que orienten el trato social con respecto a ellos, lo que tiene repercusiones sobre las condiciones de vida de los migrantes y entonces, finalmente, sobre su estado de salud. La definición del valor a acordar a los migrantes se inscribe dentro de una historia larga de trato social de la diferencia. Si ellos son considerados administrativamente extranjeros, también son « otros », cuya alteridad depende de la construcción del « nosotros » y entonces de criterios sobre los cuales reposa la definición de los límites de la comunidad nacional, criterios que son intrínsecamente ligados a los que organizan la estructura social interna de la sociedad (basados en criterios de raza, etnia, clase, sexo). El conjunto de estas relaciones sociales termina construyendo un « lugar » a los migrantes dentro de una sociedad, esto quiere decir, una situación social y una legitimidad social, o, dicho de otra forma, un valor a sus vidas.

El modelo teórico presentado muestra como la observación de las representaciones, de las prácticas y de las experiencias de salud y de cuidado de un grupo de migrantes es pertinente para esclarecer a un momento dado las dinámicas sociales en juego alrededor de la definición de un « lugar » social para los migrantes. Estas dinámicas sociales van más allá de la sola definición legal de los derechos de migrantes : permiten identificar el tratamiento social de los migrantes a diferentes escalas sociales y sus bases ideológicas, pero también considerar los fundamentos mismos de la sociedad de acogida, es decir la definición de sus contornos y de sus jerarquías sociales, en sus dimensiones ideológicas y en su materialización. Y esto es lo que la tesis busca realizar a partir de la salud de un grupo de

migrantes haitianos para esclarecer la manera en la cual la sociedad chilena hace un « lugar » a las migraciones contemporáneas.

Problemática

Considerando el contexto chileno y los retos sociales de las « nuevas » migraciones en Chile a la luz de este cuadro teórico, la problemática de la tesis a sido definida como tal :

¿Cómo los saberes de salud y las trayectorias de atención de los migrantes haitianos residentes en Santiago de Chile en 2014 se construyen desde su situación social y al resguardo de la legitimidad social que la sociedad chilena les atribuye ?

Diferentes consideraciones metodológicas deben ser expuestas, las cuales nacen de las elecciones teóricas efectuadas y que devienen importantes para la construcción de estos objetivos.

Inscrita esta investigación en las propuestas teóricas de Eduardo Menéndez, considero que la construcción de los saberes de salud así como de las trayectorias de atención de los individuos y grupos sociales se realiza desde el modelo de auto-atención, que corresponde a la atención de problemas de salud sin intervención directa e intencional de un profesional de salud. Desde este modelo, que generalmente se organiza en el espacio doméstico, los individuos movilizan y producen sus saberes para identificar las enfermedades, prevenirlas, afrontarlas o curarlas. Es desde la auto-atención que los individuos implementan trayectorias de atención y deciden recurrir a formas de atención y profesionales de salud. De este modo, no sólo los individuos son los que articulan a través de sus prácticas las diferentes formas de atención, sino que también recuperan los saberes originados por estas formas de cuidado y los reorganizan y redefinen para movilizarlos desde la auto-atención.

Así, importa partir de este grupo social y del modelo de auto-atención para observar las representaciones, las prácticas y las trayectorias de atención a la salud del grupo estudiado. La propuesta difiere entonces de las investigaciones que se inician desde un espacio médico para observar los problemas de salud y las prácticas de cuidado de los grupos sociales. No solamente no tienen acceso al conjunto de problemas de salud por las cuales los individuos no tienen recursos a esta medicina, pero no tienen tampoco acceso al conjunto de los procesos asistenciales construidos. Comenzando por los individuos y el seguimiento de sus cotidianos, es posible de obtener una visión amplia de sus procesos de salud y de atención.

De esta manera, es posible iluminar no solamente los problemas de salud que este grupo identifica, sino también cómo estos son identificados, cuales son las representaciones que fundan su clasificación, su diagnóstico, etiología, además de su prevención y tratamiento. Esta aproximación da igualmente acceso a las representaciones de los individuos y grupos sociales sobre las diferentes formas de cuidados que ellos identifican. Al fin, ofrece la posibilidad de considerar cómo se construyen las trayectorias de atención, es decir cómo se tratan los problemas de salud identificados, cuáles son las prácticas de prevención y de cuidado definidas y finalmente, cuales son las formas de cuidado a las cuales han recurrido los individuos. Una vez identificadas estas formas de atención utilizadas, es interesante observar cómo se realiza la implementación de problemas de salud y analizar los saberes movilizados en su seno para definir y tratar estos problemas de salud. También es importante considerar las relaciones entre los profesionales de estas formas de cuidado y los pacientes, las cuales pueden ser comprendidas dentro de las interacciones entre estos y dentro de las representaciones que los unos tienen de los otros (entre las cuales las representaciones sobre las enfermedades de unos y sobre la práctica profesional de los otros). De esta manera, es posible actualizar el acceso legal como concreto de las personas al tratamiento de sus problemas por estas formas de cuidado.

Esta comprensión de la construcción de saberes de salud y de los procesos de cuidado descansa sobre un análisis relacional. En efecto, estos últimos se definen dentro de relaciones entre diferentes actores claves que orientan la identificación de problemas, sus definiciones y las elecciones de tratamiento. Estos actores claves pueden proceder de diferentes modelos médicos, de la auto-atención. Los puntos de vistas de los diferentes actores deben ser tomado en cuenta para entender los retos alrededor de los problemas de salud y deben ser situados nuevamente en las relaciones entre estos actores. Es necesario observar las relaciones entre las diferentes formas de cuidado porque el poder y la legitimidad que les es reconocida y las relaciones de fuerza entre ellas orientan los procesos de cuidado de los individuos. Además, la atención debe también acarrear sobre las relaciones entre las formas de cuidado y los individuos para entender las relaciones entre estas formas de cuidado y la auto-atención, pero igualmente para comprender el acceso concreto a los cuidados y al tratamiento recibido por los individuos en el seno de estas formas de cuidado: estas relaciones, también, van modelando las representaciones, prácticas y experiencias de salud y cuidado. Esta perspectiva relacional nace también de la comprensión de la salud y de las prácticas de cuidados de grupos sociales desde su situación social, esto quiere decir desde su inserción en las relaciones sociales de poder que les diferencian y les insertan dentro de una jerarquía social. En el caso que nuestro interés, de los migrantes haitianos en la sociedad chilena actual, es importante detenerse sobre la historia del trato social de la diferencia y particularmente de los extranjeros, sobre los debates actuales que construyen las maneras de percibir a los extranjeros y que van a orientar las leyes como las prácticas con respecto a todas las escalas sociales, sobre la estructura social chilena y sus mecanismos y finalmente sobre la definición del contrato social, los derechos y deberes reconocidos a los migrantes. Al mismo tiempo, estos elementos permiten comprender la situación social dentro de la cual viven estos migrantes, las dimensiones ideológicas que orientan el trato social del cual son objeto y las relaciones que construyen dentro de esta sociedad.

A partir de la síntesis teórica realizada y tomando en cuenta las consideraciones metodológicas enunciadas con anterioridad, es posible declinar la problemática en diferentes objetivos de investigación.

Objetivo principal :

Observar desde la salud, los saberes de salud, de enfermedad y de atención y desde las trayectorias de atención de migrantes haitianos residentes en 2014 en Santiago de Chile, cómo se construye un « lugar » dentro de la sociedad chilena por los migrantes, en ese momento dado.

Objetivos específicos :

1. Dar luces de los procesos de diferenciación y de jerarquización sociales que contribuyen a diferenciar y a situar socialmente a los migrantes haitianos dentro de la sociedad chilena en 2014.
 - a. Esclarecer cómo se construyen los límites de la nación chilena dentro de la historia del país hasta la actualidad ;
 - b. Analizar la construcción histórica de las figuras de alteridad en Chile hasta la actualidad y que orientan la manera de pensar a los haitianos ;
 - c. Evidenciar cómo se construye la estructura social en el seno de la sociedad chilena, considerando las dimensiones ideológicas y materiales de las relaciones sociales ;

- d. Observar el actual debate social alrededor de la inmigración en Chile para evidenciar las maneras de pensar a los migrantes y particularmente a los migrantes haitianos, y para identificar a los actores sociales y los eventos claves dentro de la construcción de estas definiciones.
2. Caracterizar a la población haitiana a escala de Chile, de la región metropolitana de Santiago y a escala individual. Describir las características socio-económicas y demográficas, las trayectorias migratorias y las situaciones legales y actualizar las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes haitianos residentes en la zona de encuesta de Los Nogales.
 3. Identificar y analizar las representaciones y las prácticas de Haitianos residentes en Santiago de Chile en 2014 para hacer frente a las enfermedades que identifican.
 - a. Identificar las enfermedades las cuales los haitianos dicen sufrir y actualizar sus representaciones alrededor de la clasificación, etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de estas enfermedades ;
 - b. Observar las prácticas de atención de estas enfermedades por el modelo de autocuidado, sin intervención de un terapeuta profesional ;
 - c. Identificar la recuperación, articulación y síntesis de saberes provenientes de diferentes formas de cuidado que efectúan los Haitianos dentro de sus procesos de autocuidado ;
 - d. Dar luces de los itinerarios terapéuticos realizados para hacer frente a un episodio de enfermedad y la intervención de diferentes formas de cuidado dentro de estas trayectorias ;
 - e. Actualizar las representaciones de los Haitianos concernientes a estas diferentes formas de cuidado y sus terapeutas.
 4. Por cada forma de atención identificada, actualizar su acceso legal y concreto por parte de los Haitianos, los saberes movilizados para hacerse cargo de los problemas de salud, los tratamientos dados a los Haitianos y caracterizar las relaciones entre los terapeutas y los Haitianos y con las demás formas de atención.
 - a. Caracterizar estas formas de atención observando sus espacios, temporalidades y su organización ;
 - b. Esclarecer los saberes - representaciones y prácticas - movilizados por estas formas de atención para tratar los problemas de salud ;
 - c. Identificar el acceso legal, material y concreto de los Haitianos a estas formas de atención ;
 - d. Observar los usos que tienen los haitianos de estas formas de atención y los límites, dificultades y problemas que ellos identifican dentro de sus atenciones ;
 - e. Observar las relaciones entre los profesionales y los pacientes Haitianos ;
 - f. Identificar las representaciones de los terapeutas sobre los problemas de la salud de los Haitianos, su atención y los Haitianos sobre sí-mismos ;
 - g. Evidenciar las relaciones entre las formas de atención y las representaciones con las cuales estas se caracterizan entre ellas.

Objetivos y marco teórico requieren de un dispositivo metodológico adaptado. El objetivo 1 encuentra respuestas por una parte en una revisión de la literatura sobre historia y

sociología chilena. Otra fuente viene de los datos del Departamento de Extranjería y Migración sobre los migrantes contemporáneos, los cuales son analizados a través de estadísticas descriptivas simples. El último punto del primer objetivo, que busca analizar y describir la problematización social de las migraciones en Chile para poner luz a las representaciones sobre los migrantes, fue trabajado a partir de un censo de los eventos, publicaciones, manifestaciones alrededor de las migraciones, realizado en el marco de esta tesis.

El objetivo 2 es trabajado también a partir de los datos del Departamento de Extranjería, pero también del Servicio Nacional de Turismo, que ofrece cifras de las entradas en calidad de turistas de los migrantes (calidad con la cual entran por su mayoría los Haitianos a Chile). La caracterización de la población haitiana a escala más local e individual es realizada a partir de una etnografía desarrollada en un barrio de Santiago donde se concentran Haitianos.

Esta etnografía es la que permite responder a los demás objetivos definidos. Un trabajo de campo de un año y medio fue realizado en la zona de encuesta Los Nogales, situada en la comuna de Estación Central (la elección de este barrio, así como de los encuestados está justificada en el capítulo 3), desde finales del 2013 a inicio del 2015. En este barrio residen de forma concentrada Haitianos, organizados en comunidad, con sus iglesias, sus asociaciones y sus eventos propios. Durante este año y medio realice observaciones acompañando y compartiendo con personas haitianas. La entrada a terreno fue facilitada cuando empecé a acompañar mujeres a los controles de salud de sus hijos asumiendo la traducción entre médicos y pacientes. Progresivamente pude insertarme en la vida del barrio y obtener datos para responder a mis interrogantes. Al terminar el trabajo de campo, realice entrevistas con personas que había acompañado. Por otra parte, realice observaciones en un centro de atención primaria ubicado en el centro del barrio estudiado, así como en la fundación Gota de Leche, quien ofrece atención pediátrica a proximidad del barrio. Entrevisté a profesionales de estos establecimientos. Al acompañar las personas en sus procesos de atención, pude realizar observaciones, aunque menos regulares, en el hospital clínico San Borja, y en distintos centros de salud públicos, laboratorios y clínicas privadas.

Además, en la salud de los encuestados intervienen también iglesias evangélicas y terapeutas tradicionales. Tres iglesias evangélicas haitianas organizaban entonces cultos dentro del barrio de Los Nogales. Asistía cada semana a los servicios de una de la iglesia y ocasionalmente a servicios de una segunda. El último domingo del mes era reservado particularmente a la gestión de los sufrimientos y de las enfermedades. Tuve la ocasión de entrevistar a dos pastores y al responsable de estos servicios dedicados a la salud. Por otra parte, censé en el barrios a dos terapeutas haitianos de la medicina creole, los cuales no tenían esta actividad como actividad profesional central. Con uno de ellos, pude asistir a sesiones de cuidado y pude entrevistarle. Con la otra terapeuta tuvimos conversaciones acerca de su trabajo. Por último, conocí un solo oficiante vodou, (cual forma de atención se revela importante en Haití), pero, al no identificar con los encuestados, prácticas de atención vodou, no realicé mayor observación de esta forma de atención.

Contornos de la Nación, estructura social y « lugar » de los migrantes en Chile

La definición del valor convenido para los migrantes, de su legitimidad y de su reconocimiento se inscribe entonces en preguntas más amplias que tocan a la vez la definición del contrato social y los límites de la sociedad, de la nación, de la manera de definir el “nosotros” en relación a “otros”, pero también en base a las relaciones sociales que estructuran la sociedad y a los criterios sobre los cuales descansan.

Para entender los debates actuales alrededor de la inmigración y de la definición de un “lugar” convenido para los migrantes, la parte II de la tesis se interesa en la sociedad chilena, su historia y su estructura social. El capítulo 4 propone un recorrido a través de los procesos históricos que participaron a construir las condiciones de acogida de los migrantes contemporáneos. Realiza una vuelta en la historia colonial y en la construcción del Estado-Nación chileno después de la Independencia. La época colonial define una primera estructura social racista y clasista así como las bases de una dependencia económica e ideológica de Chile hacia Europa. Ésta se refuerza después de la independencia de Chile, cuando la construcción de la Nación se basa en la voluntad de hacer de Chile una sociedad blanca, europea y civilizada. Este capítulo aborda también las dinámicas sociales y el tratamiento de los “otros” durante la dictadura de Pinochet durante las décadas 1970 y 1980.

La dictadura no ha transformado estos fundamentos de la construcción del « nosotros » y de los « otros ». Sin embargo, cambió profundamente la organización social interna de la sociedad, la composición de las clases sociales, el mercado de trabajo, las jerarquías sociales y las desigualdades resultantes. Así, los criterios de jerarquización social han perdurado : clase, raza, sexo nutren siempre las relaciones sociales que estructuran la sociedad y que definen sus límites. Pero la dictadura llevo transformaciones en la manera de percibir a los extranjeros. Considerados a esta época como una amenaza, un peligro para el orden y la seguridad nacional, su presencia es a partir de entonces regulada por una legislación estricta, discrecional que ha permitido efectuar una clasificación entre extranjeros deseables y los que no lo son. La relación hacia estos extranjeros es de todas formas profundamente orientada por el ambiente político y social de la época, con un exilio de numerosos chilenos y relaciones diplomáticas con países terceros.

Esta vuelta en la historia de Chile, de la colonización a la dictadura, permite observar ciertos fundamentos históricos - en sus dimensiones ideológicas y materiales - a la construcción de un “nosotros” chileno. Un “nosotros” que necesita diferenciarse de “otros” para definirse. Un “nosotros” que se construyó dentro de un proyecto económico y político, descansando en una categorización, una valorización diferencial, una dominación, una explotación o una exterminación de estos “otros”. Un “nosotros” que se construyó a partir y en las relaciones de dominación tanto a escala mundial como regional y local. Un “nosotros” que responde a un proyecto de Nación de un elite política y económica que asienta su poder recurriendo a una ideología civilizacional racista europea para pretender pertenecer a una comunidad homogénea, unida, solida, soberana, la cual se nutre sin embargo de las diferencias y jerarquías que conlleva. Un “nosotros” que toma forma y cuerpo a través de mecanismos de poder naturalizados asegurando y justificando la superioridad de unos sobre otros. Un “nosotros” finalmente que debe ser mantenido en una sociedad removida por un orden económico nuevo, radical, profundamente estructurante. Un “nosotros” chileno mantenido por el poder a pesar de las evidentes desigualdades dentro de la sociedad.

Y “otros” en el interior mismo de la sociedad o al exterior, a veces superiores y representando el modelo aspirado, a veces inferiores, inexistentes o indeseables. Distintas figuras de estos “otros” emergen y se redefinen con el tiempo. Sin embargo, siempre esta alteridad descansa en una diferencia radicalizada, naturalizada, infranqueable. Los “indígenas” del interior, de los cuales se valoriza la resistencia, son sin embargo siempre considerados como terroristas cuando reclaman por sus derechos. Los de los países vecinos son vistos como más pobres, más ruidosos, más alcohólicos, menos respetuosos. Los “negros”, quienes desaparecieron de la memoria colectiva chilena, son marcados de una alteridad radical que los pone en un exotismo, una sexualización y una posibilidad de explotación que revela a veces una animalización hacia estos. En espejo a estos “otros”, la

sociedad chilena puede mantener y reforzar el imagen que tiene de si-misma, blanca, pura, homogénea, europea; siempre muy distinta de este continente latino-americano al cual se le asocia.

Con el mismo objetivo de entender el contexto social chileno en el cual se incorporan los migrantes contemporáneos, el capítulo 5 se detiene en el periodo post-dictadura, de 1990 a hoy en día. En un primer tiempo, son las dinámicas sociales, económicas y políticas que componen la sociedad actual que son abordadas. Heredera de los mecanismos de jerarquización construidos desde la colonización hasta la dictadura, la sociedad chilena contemporánea sigue siendo fuertemente jerarquizada y socialmente segregada.

La vuelta a la democracia no ha llevado las transformaciones sociales que parte de la población esperaba encontrar con el fin del régimen militar. Los buenos resultados económicos del modelo neoliberal implementado en dictadura (“ el milagro chileno”) y el poder político del elite económico, así que el aparato de Estado pensado bajo la dictadura han seguido manteniendo aquel orden económico, o incluso han reforzado ciertos de estos mecanismos. Sin embargo, este modelo desestructuró la organización social de la sociedad previa a 1973 para re-estructurarla según formas profundamente desiguales. Cuando la participación política de las poblaciones exteriores a la elite es limitada, diferentes mecanismos aseguran la reproducción de esta estructura social segregada. En la sociedad chilena, domina una concepción de los derechos sociales como derechos individuales de acceso a servicios que cada uno debe asegurar por si-mismo. La solidaridad es de orden familiar y no se espera del Estado asegurar bienes colectivos pero sí garantizar a los individuos su acceso a un mercado de servicios. El contrato social chileno descansa más bien sobre la idea de libertad individual en donde cada uno es libre de asegurar las condiciones de su existencia como lo desea. Esta ideología enmascara claramente los diferentes mecanismos sociales que fomentan desigualdades entre los ciudadanos.

Sin embargo desde finales de la década 2000, movimientos sociales denuncian desigualdades que observan y reclaman transformaciones sociales, en particular al Estado. Si encuestas revelan las dificultades de los Chilenos a imaginar una colectivización de los bienes (como por ejemplo de poner al Estado en garante de un acceso universal e igualitario a cuidados o a educación), estos movimientos muestran una politización de la población, una puesta en duda de los discursos hegemónicos del Estado. Dentro de los mecanismos al origen de estos movimientos sociales y de los cuestionamientos sobre el modelo de sociedad deseado, las migraciones contemporáneas parecen jugar un rol motor. La visibilidad social de las migraciones recientes sobrelínea pero también favorece estas dinámicas.

Esta descripción de la sociedad chilena conduce el capítulo 5, hacia una descripción de sus dinámicas migratorias contemporáneas. Las cifras expuestas permiten describir el crecimiento de la inmigración en los últimos años y la diversificación de los países de origen de los migrantes están destacados, con el fin de mostrar el carácter inédito de las migraciones recientes en Chile a las cuales participa la migración desde Haití.

El capítulo 6 se interesa a la publicización a la cual es sujeta la inmigración. Ésta viene de un proceso de construcción de un problema social al cual han participado diversos actores sociales, en la escena pública como en espacios privados. Al describir este proceso, se observa cómo se construyen figuras de los migrantes en la actualidad. De esta forma es posible identificar las construcciones ideológicas detrás de las representaciones sociales hacia los migrantes, las cuales orientan, tanto a escala nacional como local e interaccional el tratamiento reservado a las personas categorizadas como tales.

Se identifican en aquel capítulo los actores sociales claves, la manera con la cual abordan el tema, en cuales espacios sociales, tomando en cuenta sus relaciones con los demás actores

sociales involucrados. Los eventos que han jugado un papel importante en la formación de este debate están destacados. La presentación de este proceso está dividido en cuatro periodos, que corresponden a intensidades distintas de la inmigración y del debate que genera. El primero corresponde a la décadas 1990 y a la vuelta de la inmigración al país; el segundo a la década 2000 cuando la inmigración se hace más importante, y un poco más visible y el interés hacia el tema nace en distintas esferas sociales; el tercero, de 2010 a 2013 es una intensificación y una diversificación de las migraciones que asienta tanto la visibilidad de la presencia de los migrantes como el interés por parte de diversos actores sociales (universidades, prensa, organizaciones, fundaciones, colectivos, instituciones públicas), los cuales se multiplican también. En fin, el último periodo, de 2014 a inicio de 2017 corresponde a un verdadero “entusiasmo” por la migración que la posiciona en la escena pública como una cuestión social central. En estos años, una diversificación de las figuras-tipo de los inmigrantes se observa, a las cuales está asociada una legitimidad más o menos grande de participar en la sociedad chilena y la construcción de una escala de valor sobre la cual se posicionan estas categorías.

El conjunto de la parte II permite poner a la luz diferentes procesos que han jugado y que juegan sobre la definición actual del “lugar” acordado a los migrantes latino-americanos y caribeños contemporáneos en Chile. Dicho de otra manera, sobre la definición de su legitimidad a participar a la sociedad y sobre su inserción en las relaciones de poder que la estructuran.

Salud, enfermedad y atención de migrantes haitianos en la zona de Los Nogales

Después de haber observado como se construye un « lugar » dentro de la sociedad chilena para los « migrantes », los « negros », los « Haitianos », la tercera parte se interesa en sus traducciones materiales y simbólicas. Más precisamente, tiene como objetivo describir las condiciones de vida de migrantes haitianos residentes de la zona de encuesta, así como sus representaciones y prácticas de salud y la construcción de sus trayectorias de atención. Desde los datos recogidos a través del método etnográfico, cinco capítulos dividen esta parte.

El capítulo 7 describe más precisamente la migración haitiana en Chile y su organización. Esta migración, iniciada a finales de la década 2000, se acelera después del devastador terremoto conocido por Haití en el 2010. Se inscribe en un movimiento más amplio de migración de la población haitiana hacia distintos países de América latina, pero también en un movimiento creciente de movilidades entre países de este continente. El número de entradas de Haitianos a Chile en calidad de turistas es de 820 en 2010, 4 087 en 2014 y 46 962 en 2016; lo cual muestra el crecimiento de esta población y la consolidación de este movimiento migratorio. Emigrar es común en Haití (Audebert, 2012; Laëthier, 2011), y Chile, como otros países latinoamericanos, es desde poco identificado como un destino posible en el imaginario migratorio de los Haitianos. Les representaciones sobre Chile y sobre la migración a este país entran ya en cuenta en las decisiones vinculadas a los proyectos migratorios. La posibilidad y la accesibilidad de la migración a este país vuelve favorable la creación de un nuevo mundo migratorio, constantemente alimentado por la circulación de las personas y de las informaciones, por las experiencias de unos y las representaciones e ideas que tejen. El creciente número de migrantes haitianos que se van a Chile y se instalan allá atestigua la construcción de un nuevo polo migratorio de la diáspora haitiana que descansa sobre redes migratorias de tipo familiar (en un sentido amplio), que se muestran cada vez más organizadas y experimentadas. La comprensión de la organización de esta migración, y en particular del funcionamiento de estas redes, es pertinente para observar las condiciones de vida de los Haitianos, ya que éstas orientan las

estrategias de alojamiento y la búsqueda de trabajo, así como la organización cotidiana de las personas.

El capítulo 8 busca, justamente, describir las condiciones de vida y de trabajo de los Haitianos residentes del barrio de Los Nogales. Éstas revelan que el grupo se ubica abajo de las escalas sociales. Habitan barrios “mal vistos” por los Santiaguinos, en condiciones de hacinamiento y en alojamientos muy precarios e insalubres. Conocen abusos por parte de los dueños que ven la posibilidad de un mercado provechoso. Ocupan puestos de trabajo poco valorados y poco remunerados. Sin embargo, la mayoría de los encuestados que trabajan disponen de un contrato de trabajo que les permite obtener una visa, estando en situación regular y disponer de los mismos derechos sociales que los trabajadores chilenos con contratos. Sin embargo, esta visa los amarra al trabajo y favorece abusos.

Tanto en la problemática del alojamiento como en la del trabajo, los Haitianos se encuentran confrontados a la mirada de los Chilenos sobre ellos : « Haitianos », su pobreza debe conducirlos a satisfacerse de los alojamientos y de los trabajos que encuentran en Chile. Si la mayoría de las personas conocidas identifica esta mirada, dice sufrir de aquella y la denuncia, ésta es también compuesta de una consideración paternalista quien, tan responsable de reproducir y confirmar las diferencias y las relaciones de poder, ofrece a los Haitianos “ventajas” en comparación a otros migrantes. Porque si alojamientos y empleos precarios son comunes para todos los “migrantes”, una jerarquía se construye según las nacionalidades, en la cual los Haitianos no están los peores evaluados. El miserabilismo y el paternalismo de Chilenos hacia ellos favorecen su acceso a ciertos empleos y alojamientos en comparación a otros migrantes, menos bien vistos. Esta mirada parece permitirles estar considerados como más legítimos a instalarse en Chile que otros migrantes (como los Colombianos por ejemplo que conocen representaciones muy negativas); pero por ello, deben responder a las representaciones que se tiene de ellos y aceptar las condiciones impuestas. En términos de salud, las condiciones de habitación y las condiciones de trabajo afectan a los cuerpos y a los espíritus. Trabajar duro, agotarse con el labor, vivir en lugares insalubres, incómodos, no-higiénicos y riesgosos, tener dificultades para nutrir a sus hijos, todo eso tiene consecuencias en la calidad de vida y en la salud física y mental.

Los tres últimos capítulos se dedican a observar los saberes de salud movilizados por los Haitianos en Los Nogales, así como sus trayectorias de atención que definen frente a episodios de enfermedad. Dicho de otra manera, las representaciones y las prácticas con las cuales piensan y actúan sobre sus enfermedades desde la auto-atención, sin intervención de un terapeuta profesional ; pero también, el recurso a distintas formas de atención que organizan desde la auto-atención por una intervención de profesionales sobre su salud. Sin embargo, tanto la definición de los saberes que movilizan como la de sus itinerarios terapéuticos, se construyen en función de las formas de atención consideradas legítimas y su accesibilidad, de las relaciones entre las formas de atención y de las relaciones entre las formas de atención y los Haitianos.

Por lo tanto, son las formas de atención que producen saberes y ofrecen cuidados y tratamientos que son analizadas en un primer tiempo. Los capítulos 9 y 10 se interesan al acceso (legal y concreto) de los encuestados a distintas formas de atención, al cuidado que éstas proponen, a las relaciones entre terapeutas y pacientes y al uso que tienen de éstas los encuestados. En Haití, distintas formas de atención son disponibles entre las cuales los personas construyen sus trayectorias de atención : la biomedicina (la cual no ocupa una posición hegemónica), la medicina creole y las iglesias carismáticas. Al migrar a Chile, este panorama de pluralismo medico se recompone y dentro de este nuevo contexto, los Haitianos deben definir sus procesos de atención.

El capítulo 9 considera la asistencia de los Haitianos de Los Nogales por el sistema biomédico chileno. El objetivo es dar luces sobre el acceso de estas personas a los cuidados biomédicos y a los tratos sociales que reciben dentro de los establecimientos de salud. El acceso a los cuidados es observado bajo diferentes dimensiones. Por una parte, el acceso legal de los migrantes, previsto por la ley, así como las medidas establecidas a escala gubernamental, de las autoridades sanitarias y a escala local en el seno de los centros de salud; y, por otra parte, el acceso concreto, que corresponde a las dimensiones espaciales, organizacionales, comunicacionales o económicas. Estos dos niveles corresponden al acceso primario a los cuidados médicos. Estos se vinculan con otras dimensiones, que constituyen el acceso secundario, para construir la experiencia de los Haitianos dentro del sistema de salud médica. Este capítulo esclarece también las representaciones que los profesionales tienen sobre los Haitianos, su salud y su legitimidad a ser atendidos. Estas representaciones orientan el tratamiento hecho a los Haitianos y la atención que reciben, dentro de las cuales se forman sus experiencias.

La legislación chilena y las políticas públicas favorecen - y esto, de manera aún más evidente desde 2015 - el acceso de los migrantes a cuidados, estén en situación regular o irregular. Las medidas son implementadas a diferentes escalas del sistema de cuidados para facilitar este acceso y por traspasar las barreras de orden administrativo que pueden presentar problemas a los migrantes. Esta voluntad política se encuentra a escala local donde los casos de negación de acceso al cuidado parecen menos numerosos que hace algunos años. Sin embargo, diferentes barreras se presentan aún, entabando el acceso a cuidados para los migrantes: falta de informaciones sobre los derechos o sobre el funcionamiento del sistema, problemas de comunicación, reglas formales e informales del sistema, barreras administrativas persistentes. A estas se añaden para los Haitianos dificultades lingüísticas importantes. Además, las percepciones sobre los Haitianos y su salud pueden conducir a la construcción y reproducción de mecanismos de diferenciación que llevan a un trato social particular que puede afectar el acceso a los cuidados, además de la experiencia que tienen las personas. Si su legitimidad de tener acceso a los cuidados no es puesta en cuestión por los profesionales que les reciben, por otra parte, son generalmente consideradas culpables de problemas de salud que afectan a los niños y de dificultades dentro de sus atenciones médicas. Ciertos profesionales estiman que los Haitianos no tienen educación, que no son concientes de la gravedad de la salud de sus hijos y son irresponsables. Estas consideraciones, sumadas a las diferentes barreras prácticas del sistema, producen situaciones de exclusión o de mal trato. Es posible plantear la hipótesis que ya que la biomedicina no era hegemónica en Haití, los saberes biomédicos no son hegemónicos en los saberes de las personas, por lo cual no reaccionan como la biomedicina quisiera.

El capítulo 10 aborda las otras formas de atención mobilizadas para « pensar y actuar » sobre las enfermedades, como el vodou, la medicina créole y las iglesias evangélicas. Dentro del contexto de migración reciente a Chile, el acceso que tienen los Haitianos a estas formas de atención, sus relaciones con ellas, y las relaciones entre estas formas de atención, se redefinen, marcando así la construcción de sus itinerarios terapéuticos. En este capítulo, se definen los saberes mobilizados y construidos por estas diferentes formas de cuidado para pensar y actuar frente a las enfermedades y sufrimientos; luego es observado el acceso que tienen los Haitianos residente de Los Nogales como los recursos a los que ellos hacen y las representaciones que tienen estas formas de cuidado.

El vodou y la medicina créole, dos importantes formas de atención haitianas para tratar, respectivamente, las enfermedades ligadas a las entidades no naturales y a las enfermedades naturales, pierden su accesibilidad. Si estas quedan de referencia para pensar la salud y las enfermedades, es difícil acceder a sus terapeutas. El vodou aparece sólo excepcionalmente

dentro de los procesos de cuidado observados. Más presente dentro de los relatos sobre la salud en Haití, no es dicho ser utilizado en Chile. De un lado, los Haitianos consideran que los riesgos de agresión mágicas que conocen en Haití desaparecen viniendo a Chile, porque los espíritus que lo causan « no atraviesan los océanos ». El tratamiento de estas agresiones pertenecen a la especialidad de estos terapeutas, pero no se demuestran útiles dentro de un contexto sin esta violencia mágica. Además, las personas encontradas no identifican practicantes de vodou en sus barrios.

En el caso de la medicina creole, los pocos terapeutas conocidos en Los Nogales son principalmente consultados por dolores corporales, sobretodo ligados a esfuerzos físicos de los hombres (los que no tienen acceso a un tratamiento adaptado por la biomedicina) y por las mujeres embarazadas que han necesitado posicionar mejor los bebés dentro de sus vientres y no han encontrado satisfacción en los centros de salud. Además, las iglesias evangélicas presentan una fuerte presencia en Los Nogales y favorecen la construcción de un sentimiento de comunidad entre los Haitianos. Ella asegura una atención global de la salud de las personas, sostenidas a sus bienestar, a la gestión de sus emociones y también al recuperación de las enfermedades que les tocan, y principalmente las agresiones mágicas. Los pastores reenvían a sus fieles hacia la biomedicina y luchan activamente contra el vodou y a ciertas terapias creóles asociadas al diablo. Sin embargo, se mobilizan por esta los saberes del vodou, afín de encontrar una legitimidad ante la población haitiana. También, de un lado biomédico se garantiza la salud de las mujeres embarazadas y de los niños, reemplazando la atención que pueden ofrecer la medicina créole y el vodou en Haití. Si las personas reconocen la eficacia de la biomedicina y la calidad de los servicios de cuidado, ellas lamentan de no poder recurrir a los terapeutas especialistas de males particulares. Los adultos (sin contar a las mujeres embarazadas), que presentan mayores dificultades en el acceso y que tienen menos recursos en la biomedicina, tienen también mayores dificultades que en Haití de encontrar terapeutas para sanar sus sufrimientos. La biomedicina es ante todo consultada por esas personas por sus servicios de urgencia, que no están siempre adaptados a los problemas, y los terapeutas de la medicina créole pueden ser consultados ocasionalmente para sanar dolores corporales. Para todos, las iglesias evangélicas dan una atención fundamental. Algunas veces, complementaria a la biomedicina, otras veces único recurso de cuidado, ocasionalmente preferida, es muy importante dentro del panorama de formas de atención en Los Nogales. La moral que difunden ampliamente estas iglesias contribuye a rechazar el vodou y ciertas terapias de la medicina créole sin por eso considerarles ineficaces.

Finalmente, el capítulo 11 aborda los saberes de la auto-atención y los procesos de atención realizados por los Haitianos. Dentro del proceso de salud, enfermedad y cuidado, la auto-atención ocupa un lugar central. Este es el espacio donde se piensan los episodios de enfermedad, dónde son elaboradas las prácticas de cuidado sin intervención de un profesional y a partir de la cual se implementan los recorridos de cuidado. El autocuidado se encuentra anudada con la articulación de estos saberes y comunmente, de las mismas formas de cuidado : no solamente por la recuperación y la organización de sus saberes, sino también por su rol central dentro de la construcción de las trayectorias de atención.

Este capítulo 11 presenta inicialmente, la construcción de las categorías de enfermedad que mobilizan los Haitianos. Al contrario de lo explicado en distintas obras sobre Haití, las categorías de enfermedades naturales y de enfermedades no naturales no son las que parecen más usadas. Estas categorías involucran la idea de una explicación de la enfermedad que llevaría hacia el terapeuta indicado para curarlas, siguiendo una lógica etiologica-terapeutica. Sin embargo, las categorías observadas asocian las enfermedades según el tipo de terapeuta que las trata o más bien que las cura (« enfermedad del hospital »,

« enfermedad de la casa de *bòkò* », « enfermedad *doktè-fèy*³²¹ »). Esta categorización deja a las personas libres de cambiar sus estrategias de atención a lo largo del tiempo sin estar encerradas en una categoría que limita las posibilidades de encontrar un tratamiento que cure la enfermedad. Así las explicaciones dadas a los episodios de enfermedad se estabilizan generalmente cuando una solución esta encontrada. Conociendo esta lógica, la recomposición del panorama de las formas de atención disponibles en Chile debe tener consecuencia en la epidemiología identificada por los Haitianos.

Esto se observa, por ejemplo, cuando las personas señalan que en Chile no pueden ser (o mucho más difícilmente) víctimas de agresiones mágicas, como era posible y frecuente en Haití. Por una parte, la poca disponibilidad de terapeutas *vodou* en Chile no permite que éstos entreguen sus explicaciones a las enfermedades y que éstas puedan ser definidas como tales. Las consideraciones sobre las pocas posibilidades de ser “atacados” reflejan también como a través de la migración los haitianos dejan un contexto socialmente, políticamente y económicamente violento (con consecuencias sobre la salud), por uno menos violento.

Así, parte de este último capítulo identifica las representaciones de los haitianos sobre su salud en Chile, las cuales están en general formuladas en comparación con su estado de salud en Haití. Sigue a esta sección, una descripción de las prácticas de auto-atención desarrolladas por las personas encuestadas en Los Nogales. Se muestran los factores que llevan a redefinir estas prácticas. Por ejemplo, la ausencia de los actores que en Haití eran claves de los procesos de auto-atención (generalmente mujeres de más edad) redefinen los roles dentro de los espacios domésticos en cuanto a la auto-atención, así como las posibilidades de gestionar las enfermedades sin intervención profesional. Por otra parte, el acceso que tienen las personas a las distintas formas de atención también redefinen los saberes movilizados en su seno para enfrentar las enfermedades. Se termina aquel capítulo por un análisis de las trayectorias de atención a la salud de los migrantes haitianos en este contexto particular.

El seguimiento de la salud de los recién-nacidos y de las mujeres embarazadas está asegurado principalmente por la biomedicina, la cual organiza un control de estos cuerpos. Sin embargo, está acompañada por las iglesias evangélicas (que refuerzan y completan los cuidados biomédicos y dan sentidos a las enfermedades) y por la auto-atención (quien completa con saberes retomado de la medicina creole cuando los tratamientos biomédicos están estimados insuficientes o que no toman en cuenta las situaciones identificadas).

La lógica de los procesos de atención para los adultos difiere por el hecho de que su salud no es una prioridad de la biomedicina quien no la controla. Partiendo de los síntomas que observan, los adultos organizan cuidados, ante todo desde la auto-atención. Toman en los saberes de la medicina creole para armar tratamientos, los cuales sin embargo están limitado por el bajo acceso a los materiales necesarios y a veces por la falta de conocimiento de los migrantes. También reorganizan saberes biomédicos para enfrentar las enfermedades, recurriendo a veces a la automedicación. Sin embargo, dentro de los haitianos adultos seguidos en Los Nogales, a parte del cuidado ofrecido por las iglesias evangélicas, los adultos tienen posibilidades bastante limitadas de acceder a formas de atención. La biomedicina toma a cargo realmente los problemas de salud de urgencia vital o en caso de una herida. Para las enfermedades más corrientes o que no presentan un carácter urgente, los adultos se quedan muchas veces sin atención o con un cuidado casero. Cuando dolores de cuerpos se identifican y que las personas conocen un terapeuta de la medicina creole (los cuales son escasos), recurren ocasionalmente a éstos. Sin embargo, las

³²¹ Un *bòkò* es un oficiante vodou. Un *doktè-fèy* es un nombre para llamar a los terapeutas de la medicina creole ; significa doctor-hojas, ya que parte de sus tratamiento descansan en el uso de hojas.

condiciones de vida y de trabajo de estas personas no favorecen tampoco su mejoramiento y es frecuente de observar episodios de enfermedad que se prolongan durante meses.

Esta tesis presenta la ventaja de ofrecer datos inéditos sobre una migración naciente en un momento histórico de la sociedad chilena. Partiendo de un método etnográfico que se puede considerar un “lujo” en las producciones científicas en Chile, esta investigación describe con precisión una migración muy poco estudiada. Aborda el tema de la salud en migración el cual tampoco ha sido muy estudiado en Chile, contexto en el cual la antropología médica es aún incipiente. Propone también una articulación de teorías y literaturas que tienden generalmente a ignorarse.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1. Critères de sélection des informations recensées et des sources d'informations.....	57
Tableau 3.2. Communes de résidence déclarées par des Haïtiens pour chaque visa délivré. 2005-2008. Région métropolitaine de Santiago	69
Tableau 3.3. Critères de diversification interne pour l'échantillonnage	74
Tableau 5.1. Titres de séjour délivrés par le Departamento de Extranjería y Migración	128
Tableau 5.2. Taux de variation du nombre de titres de séjour obtenus par nationalité	130
Tableau 6.1. Mesures prises par l'État chilien concernant la gestion migratoire. 1994-2015	180

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1. L'impact des facteurs structurels sur la vulnérabilité des migrants uzbeks au Kazakhstan	33
Figure 3.1. Déroulement de l'enquête : prise de contact à Los Nogales	87
Figure 4.1. Timbre Exposition universelle de Séville. Pavillon du Chili.....	115
Figure 5.1. Étrangers au Chili : 1960-2014 Figure 5.2 Population étrangère au Chili, selon les cinq principaux pays de naissance : 1970-2014	126
Figure 5.2. Population étrangère au Chili, selon les cinq principaux pays de naissance : 1970-2014	127
Figure 5.3. Titres de séjour temporaires et définitifs délivrés chaque année par nationalité. 2005-2015	130
Figure 5.4. Nombre de visas temporaires et définitifs délivrés pour toutes les nationalités. 2005-2015	131
Figure 5.5. Titres de séjour délivrés pour toutes les nationalités, par types. 2005-2015	132
Figure 5.6. Répartition des étrangers par région. 2005-2014.....	134
Figure 6.1. Année d'exécution des actions municipales sur la migration	160
Figure 6.2. Photos illustrant le chapitre sur les droits des personnes migrantes. Rapport INDH, 2011 (à gauche) et Rapport INDH 2012 (à droite).....	163
Figure 6.3. Affiche de la manifestation contre les migrants, Antofagasta, octobre 2013	173
Figure 6.4. Actions des municipalités en matière migratoire et pourcentage de migrants sur le total de la Province de Santiago	184
Figure 6.5. Domaines d'intervention des municipalités, 1990-2015.....	185
Figure 6.6. Institutions avec lesquelles les municipalités organisent leurs actions. 1990-2015	185
Figure 6.7. Campagne de sensibilisation avant un match de football Chili-Colombie.....	188
Figure 6.8. Association Oro Negro réclamant la reconnaissance des Afro-chiliens.....	189
Figure 6.9. Couverture de la Revue Paula, août 2016. "Spécial migrants. Le Chili change de peau"	197
Figure 7.1. Migration haïtienne. Titres de séjour délivrés à des Haïtiens et entrées en qualité de touristes. 2005-2015	226
Figure 7.2. Répartition par sexe des titres de séjour définitifs délivrés entre 2006 et 2015 à des Haïtiens	229
Figure 7.3. Répartition par classe d'âge des titres de séjour délivrés à des Haïtiens	229
Figure 9.1. Informations sur les démarches à réaliser pour obtenir un titre de séjour temporaire pour grossesse en espagnol et créole haïtien.....	280

LISTE DES CARTES

Carte 3.1. Nombre de titres de séjour délivrés à des Haïtiens en 2015. Région métropolitaine de Santiago.....	70
Carte 3.2 Ménages de la catégorie 6 (haute) de l'Indice de Condición Social (ICS) des ménages. Aire urbaine de Santiago (%). 2002.....	71
Carte 3.4. Zone d'enquête Los Nogales, commune Estación Central.....	73
Carte 7.1. Nombre de titres de séjour définitifs et temporaires délivrés à des Haïtiens par commune et par année.....	228
Carte 8.1. Lieux d'intérêt à Estación Central.....	247
Carte 8.2. Los Nogales.....	256
Carte 9.1. Localisation des principaux lieux de soin des Haïtiens de Los Nogales.....	275

LISTE DES ENCADRES

Encadré 5.1. Histoire de l'immigration au Chili	124
Encadré 6.1 : Du rôle de l'État dans la définition des politiques et de la législation migratoires	152
Encadré 6.2 : Les critiques de la Ley de Extranjería	154
Encadré 8.1. Vues aériennes sur Los Nogales	249
Encadré 8.2. Candice : location dans un ensemble construit pour louer à des Haïtiens	253
Encadré 8.3. Karry et Lolaine, Andremène et Guy-Max : logements au sein d'une maison partagée avec le propriétaire	254
Encadré 8.4. Trajectoire résidentielle de Sabine-Carla	260
Encadré 8.5. Maison partagée par Leïla, Giovanni, Owen, Léocadie et Cédric	261
Encadré 8.6. Rosélie : emploi sans contrat de travail dans une fabrique.....	264
Encadré 9.1. Les catégories de bénéficiaires Fonasa	272
Encadré 9.2. Cesfam Los Nogales et Hospital Clínico San Borja Arriarán	277
Encadré 9.3. Extrait du carnet de terrain : de la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec une sage-femme.	281
Encadré 9.4. Extrait du carnet de terrain : règles informelles pour la prise de rendez-vous médical.....	284
Encadré 10.1. Photographies de deux églises évangéliques haïtiennes à Los Nogales	325
Encadré 10.2. Déroulement d'un service spécifique à la prise en charge des souffrances. Église de Pasteur Guy-Max.....	329

TABLE DES MATIERES

Remerciements	
Sommaire	
Notes préliminaires	
Introduction générale	1
Partie I. La société chilienne observée depuis la santé des migrants. Aspects théoriques et méthodologiques	7
Introduction Partie I	9
Chapitre 1. Cadre théorique : la santé, révélateur social	11
1.1. Histoire de l'anthropologie médicale critique	11
1.2. La Critical Medical Anthropology	13
1.3. L'anthropologie médicale critique : courants périphériques	17
1.4. Conclusion du chapitre	23
Chapitre 2. La santé des migrants, ou comment la « place » qui leur est assignée impacte leur santé et leur accès aux soins	25
2.1. État de santé des migrants : des écarts de morbidité et mortalité entre migrants et nationaux	25
2.2. Quand l'altérité assignée se conjugue, nourrit et justifie les processus de différenciation et de hiérarchisation sociales	29
2.3. De la figure de l'étranger à la condition de migrant	29
2.4. La condition de migrant ou l'importance des dimensions sociales pour comprendre l'état de santé de la population migrante	32
2.5. L'assignation à la différence dans les institutions médicales	36
2.6. L'accès aux soins des migrants : quand les perceptions sociales sur la légitimité des migrants conduisent à limiter leur accès aux soins	41
2.7. Conclusion du chapitre	44
Chapitre 3. Problématique et méthodologie	45
3.1. Synthèse théorique et problématique	45
<i>Problématique de recherche</i>	<i>47</i>
3.2. Dispositif méthodologique	52
<i>Comprendre les rapports sociaux de pouvoir dans lesquels s'inscrivent les migrants dans la société chilienne actuelle</i>	<i>52</i>
<i>Sources de données sur les migrations et analyses statistiques descriptives</i>	<i>59</i>
<i>Une ethnographie à Los Nogales pour observer les conditions de vie, les savoirs de santé et les trajectoires de soin</i>	<i>62</i>
<i>Approche ethnographique : saisir les pratiques et les discours de santé</i>	<i>63</i>
<i>Choix d'une méthode ethnographique</i>	<i>64</i>
<i>Choix de la population d'enquête</i>	<i>67</i>
<i>Déroulement de la recherche</i>	<i>76</i>
Conclusion de la Partie I	93
Partie II. Contours de la Nation, structure interne et « place » des migrants	95
Introduction Partie II	97
Chapitre 4. Construction historique des limites de la société chilienne et de sa structure : Nous et les Autres, de la colonisation à la dictature	101
4.1. Colonisation de l'Amérique Latine et du Chili : mise en place d'un système économique mondial racialisé	101

4.2. La construction de l'Etat-Nation ou le renforcement de l'idéologie raciste à travers la négation de l' « autre ».....	104
<i>Le Chili : Pacificación de la Araucanía et immigration sélective pour une société civilisée.....</i>	<i>106</i>
<i>Economie et politique du Chili au 19^{ème} et 20^{ème} siècle.....</i>	<i>110</i>
4.3. La dictature de Pinochet : transformations sociales, économiques et politiques et modification des dynamiques migratoires et de leur régulation.....	113
<i>Réforme néolibérale, État administrateur et transformation de la structure sociale.....</i>	<i>113</i>
<i>Législation migratoire et migrations en dictature.....</i>	<i>115</i>
4.4. Conclusion du chapitre.....	116
Chapitre 5. Société chilienne contemporaine. Contours, structure interne et « nouvelles » migrations	119
5.1. Démocratisation de la société, maintien du modèle économique néolibéral et des inégalités et apparition de nouvelles forces sociales.....	119
5.2. Les « nouvelles » migrations au Chili.....	126
5.3. Conclusion du chapitre.....	138
Chapitre 6. Processus d'émergence sur la scène publique d'un débat sur les migrations, les migrants, leurs droits et devoirs.....	140
6.1. 1990-2000 : La réouverture à l'immigration au Chili	141
6.2. 2000-2009 : Immigration péruvienne, apparition des recherches sur l'immigration et des premiers « problèmes » liés à l'immigration.....	144
<i>Associativité des migrants : construction autonome et relations avec les autorités et les organisations chiliennes.....</i>	<i>144</i>
<i>Société civile chilienne : quand des situations problématiques font naître des actions associatives autour de l'immigration</i>	<i>146</i>
<i>Les migrations depuis les sciences sociales chiliennes.....</i>	<i>148</i>
<i>Premiers dialogues entre acteurs de la société civile.....</i>	<i>153</i>
<i>L'État chilien face à l'immigration : premières mesures et volonté de transformer le cadre normatif et la politique étatique</i>	<i>154</i>
6.3. 2010-2013 : Croissance et diversification de l'immigration, intensification des prises de position	160
<i>La gouvernance des migrations à différentes échelles</i>	<i>160</i>
<i>Société civile chilienne : multiplication des actions et des points de vue sur les migrations depuis les organisations et associations chiliennes</i>	<i>165</i>
<i>Associations de migrants</i>	<i>171</i>
<i>Le monde universitaire</i>	<i>174</i>
<i>Emergence de nouvelles figures de migrants</i>	<i>178</i>
6.4. 2014, 2015-2016 : Publicisation du problème migratoire.....	182
<i>L'État, le Departamento de Extranjería y Migración et les gouvernements locaux.....</i>	<i>183</i>
<i>Movimiento Acción Migrante et société civile.....</i>	<i>191</i>
<i>Problèmes et thématiques émergents.....</i>	<i>192</i>
6.5. Conclusion du chapitre.....	203
Conclusion Partie II.....	207
Intermède : Itinéraire thérapeutique de Stevenson	209
Partie III. Santé, maladie et soin de migrants haïtiens à Los Nogales.....	225
Introduction Partie III	227
Chapitre 7. Migration haïtienne au Chili.....	229
7.1. La migration haïtienne au Chili : structuration d'un nouvel espace migratoire	230
7.2. Partir pour le Chili.....	236
7.3. L'organisation de la migration ou la mise en place de chaînes de solidarité et de dettes	241
7.4. Stratégies de régularisation et précarité créée par la législation	244
7.5. Conclusion du chapitre.....	248

Chapitre 8. Conditions d’habitat et de travail des Haïtiens de Los Nogales.....	251
8.1. Los Nogales, un quartier précaire et à mauvaise réputation devenu une centralité immigrée pour les Haïtiens de Santiago	251
8.2. L’installation des Haïtiens à los Nogales : des logements précaires à la fabrique de la ville.....	257
8.3. Le logement : un problème central pour les Haïtiens de Los Nogales	266
8.4. Les Haïtiens, des « bons travailleurs » pour les métiers dont personne ne veut.....	271
8.5. Conclusion du chapitre.....	277
Chapitre 9. Biomédecine	279
9.1. Accès légal aux soins médicaux pour les migrants	281
9.2. Accès concret aux services de santé	283
<i>Service public.....</i>	<i>284</i>
<i>Politiques propres au SSMC et au Cesfam Los Nogales en matière d’accès au soin pour les étrangers</i>	<i>284</i>
<i>Barrières administratives dans l’accès aux soins des étrangers.....</i>	<i>286</i>
<i>Barrières linguistiques.....</i>	<i>287</i>
<i>Le complexe fonctionnement du centre de santé et le manque de communication autour de celui-ci.....</i>	<i>290</i>
<i>Des conditions de travail qui limitent les possibilités d’adaptation du personnel</i>	<i>292</i>
<i>Règles informelles d’usage du centre de santé.....</i>	<i>292</i>
<i>Précarité du travail et de la situation juridique.....</i>	<i>294</i>
<i>Difficultés géographiques et financières.....</i>	<i>295</i>
<i>Service privé</i>	<i>296</i>
<i>Consultations médicales à bas prix.....</i>	<i>296</i>
<i>Gota de Leche</i>	<i>297</i>
9.3. Accès secondaire : des représentations qui orientent la prise en charge médicale	299
<i>Représentations du personnel médical sur les Haïtiens</i>	<i>300</i>
<i>Problèmes de santé des enfants et explications sur la spécificité des Haïtiens</i>	<i>301</i>
<i>Problèmes de santé des adultes : maladies communes et nouvelle épidémiologie.....</i>	<i>304</i>
<i>Difficultés liées à la prise en charge des Haïtiens</i>	<i>306</i>
9.4. Conclusion du chapitre.....	313
Chapitre 10. Vodou, Médecine Créole et Église évangélique	316
10.1. Le vodou.....	317
<i>Le vodou : système explicatif de la maladie et prise en charge des patients.....</i>	<i>318</i>
<i>Le malade est responsable de sa maladie.....</i>	<i>320</i>
<i>La maladie est due à une agression sorcière</i>	<i>321</i>
<i>Le vodou au Chili.....</i>	<i>323</i>
10.2. La médecine créole.....	327
<i>Des moun ki manyen à Los Nogales.....</i>	<i>329</i>
<i>Le recours à la médecine créole selon les Haïtiens de los Nogales.....</i>	<i>331</i>
10.3. Les Eglises évangéliques à Los Nogales et la gestion des maladies et souffrances.....	333
<i>Les Églises évangéliques haïtiennes de Los Nogales.....</i>	<i>333</i>
<i>Églises évangéliques, promesses de salut et de santé.....</i>	<i>335</i>
<i>Savoirs des pasteurs et prise en charge des souffrances par l’Église à Los Nogales.....</i>	<i>336</i>
<i>Recours à l’Église face à des épisodes de maladies.....</i>	<i>342</i>
10.4. Conclusion du chapitre.....	343
Chapitre 11. Savoirs de l’auto-soin et construction des parcours de soin	346
11.1. Représentations et prises en charge des problèmes de santé depuis l’auto-soin	346
<i>Représentations sur les maladies.....</i>	<i>346</i>
<i>Représentations sur leur santé au Chili.....</i>	<i>348</i>
<i>Les pratiques d’auto-soin.....</i>	<i>351</i>
11.2. Construction des parcours de soin	358
<i>Les nouveau-nés ou l’hégémonie de la biomédecine sur la prise en charge de la santé et de la maladie.....</i>	<i>358</i>
<i>Grossesse et accouchement : contrôles de la biomédecine articulés aux soins créoles.....</i>	<i>359</i>

<i>Les trajectoires de soins des adultes : importance de l'auto-soin dans la prise en charge de maux courants et barrières d'accès aux formes de soin.....</i>	<i>360</i>
<i>Accidents ou maladies graves prises en charge par la biomédecine : soins biomédicaux et sens renégociés.....</i>	<i>362</i>
11.3. Conclusion de chapitre.....	364
Conclusion de la Partie III.....	366
Conclusion générale.....	368
Annexes.....	372
Bibliographie.....	412
Resumen en español : La sociedad chilena frente a las migraciones « nuevas » : saberes de salud y trayectorias de atención de Haitianos en Santiago de Chile.....	435
<i>Marco teórico y revisión de la literatura sobre salud y migración.....</i>	<i>437</i>
<i>Problemática.....</i>	<i>439</i>
<i>Contornos de la Nación, estructura social y « lugar » de los migrantes en Chile.....</i>	<i>442</i>
<i>Salud, enfermedad y atención de migrantes haitianos en la zona de Los Nogales.....</i>	<i>445</i>
Liste des tableaux.....	452
Liste des figures.....	454
Liste des cartes.....	456
Liste des encadrés.....	458
Table des matières.....	460

La société chilienne face aux migrations « nouvelles » : savoirs de santé et parcours de soin d'Haïtiens à Santiago du Chili

À la fin des années 2000, les dynamiques migratoires au Chili se sont profondément transformées. Un engouement social autour de l'immigration est apparu progressivement et a porté le sujet au cœur des débats sociaux et politiques. Une des raisons de cet engouement proviendrait de l'altérité radicale attribuée aux nouveaux migrants et plus particulièrement aux migrants noirs. Leur visibilité sociale suscite des débats qui posent la question de la légitimité des migrants à participer et à appartenir à la société chilienne et contribuent à définir la « place » qu'il convient de leur attribuer en son sein. Or, les réponses apportées à ces questions se matérialisent en un traitement social différencié et dans les conditions de vie, dans l'état de santé et les processus de soin. En partant des savoirs de santé et des parcours de soin d'un groupe de migrants récemment arrivé au Chili et marqué par une altérité radicale, des Haïtiens, cette thèse interroge comment au sein de la société chilienne actuelle se construit une « place » pour les migrants et les enjeux que cette construction implique. Cette recherche s'inscrit dans les théories de l'anthropologie médicale critique et repose sur une ethnographie réalisée dans le quartier de Los Nogales à Santiago du Chili.

Mots clé : migration, savoirs de santé, parcours de soin, Chili, migrations haïtiennes, ethnographie

La sociedad chilena frente a las migraciones « nuevas » : saberes de salud y trayectorias de atención de Haitianos en Santiago de Chile.

A fines del decenio del 2000, las dinámicas migratorias en Chile se han profundamente transformadas. Un "entusiasmo" social alrededor de la inmigración apareció de manera progresiva y llevó la migración al centro de los debates sociales y públicos. Una de las razones que explica la problematización de la cuestión vendría de la radical alteridad atribuida a los nuevos migrantes y más particularmente a los migrantes negros. Su visibilidad social genera debates sobre su legitimidad a participar y a pertenecer a la sociedad chilena, y contribuyen a definir un "lugar" en su seno para estos grupos. Las respuestas aportadas se materializan en un tratamiento social diferenciado, con consecuencias en las condiciones de vida, el estado de salud y los procesos de atención. Partiendo de los saberes de salud y de las trayectorias de atención de un grupo de migrantes reciente llegado a Chile y marcado por una alteridad radical, los Haitianos, esta tesis interroga cómo en el marco de la sociedad actual se construye un "lugar" para los migrantes y los desafíos que esta construcción implica. Esta investigación se inscribe dentro de la antropología médica crítica y se construye a partir de una etnografía realizada en el barrio de Los Nogales, Santiago de Chile.

Palabras claves : migración, saberes de salud, trayectoria de atención, Chile, migraciones haitianas, etnografías

Chilean society toward "new" migrations: health knowledge and healthcare of Haitians in Santiago de Chile.

At the end of the 2000s, migration dynamics in Chile were deeply transformed. A social conscience around immigration appeared gradually and brought the subject to the heart of the social and political debates. One of the reasons for this interest comes from the radical otherness attributed to new migrants and more particularly to black migrants. Their social visibility brings up debates that raise the question of the legitimacy of migrants to participate and belong to Chilean society, and help to define the "place" that should be attributed to them within it. However, the answers given to these questions materialize in a differentiated social treatment and in the conditions of life, in the state of health and in the processes of care. Based on the health knowledge and care of a group of migrants recently arrived in Chile and marked by a radical otherness, Haitians, this thesis questions how within the current Chilean society is built a "place" for migrants and the issues that this construction implies. This research is part of the theories of critical medical anthropology and is based on an ethnography carried out in the Los Nogales, district of Santiago de Chile.

Keywords: migration, health knowledge, healthcare trajectory, Chile, Haitian migration, ethnography