Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande

Audrey Bochaton

▶ **To cite this version:**

Audrey Bochaton. Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. Géographie. Université de Nanterre - Paris X, 2009. Français. NNT : . tel-00641367

HAL Id: tel-00641367

https://theses.hal.science/tel-00641367

Submitted on 15 Nov 2011

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.

UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE
Ecole doctorale : Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent
Laboratoire : Espace, santé et territoire
Spécialité Géographie de la santé

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT (IRD)
UMR 190 : Emergence des pathologies virales

'Paï Thaï, paï fang nan'

'Aller en Thaïlande, aller de l'autre côté'

Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande

Audrey Bochaton

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de
Docteur en géographie humaine

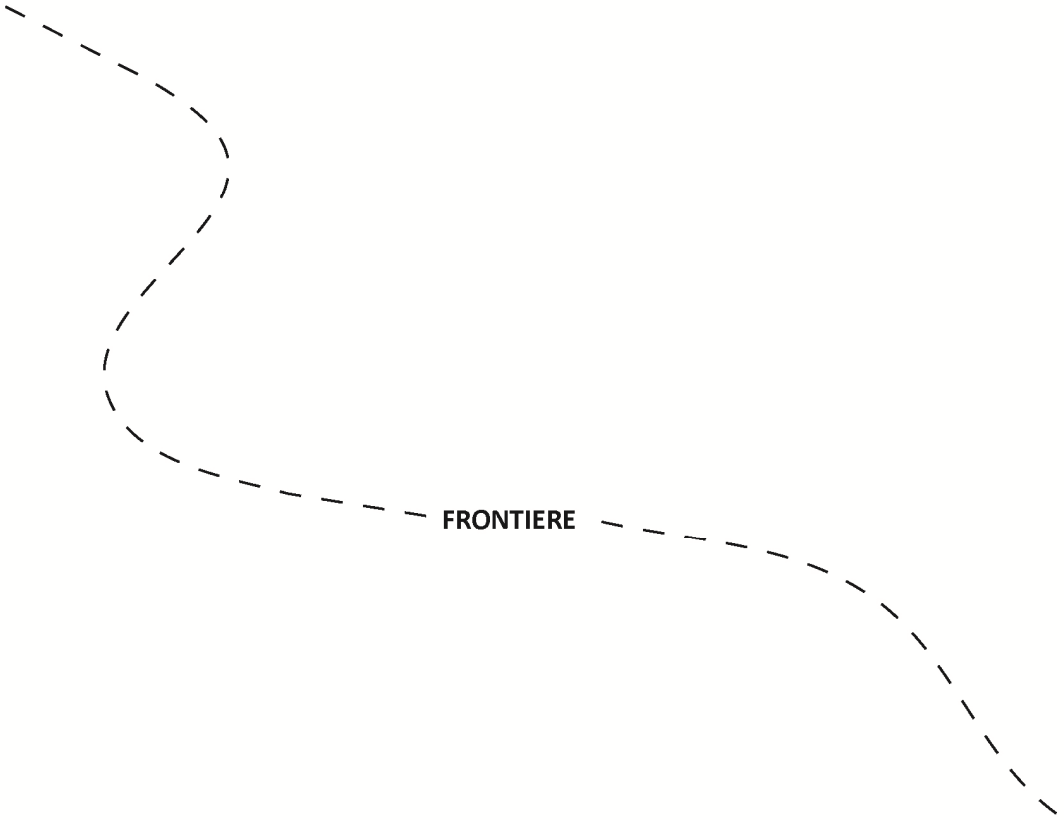
17 décembre 2009

Jeanne-Marie AMAT-ROZE, *Professeur*, Université Paris XII (rapporteur)
Dominique GUILLAUD, *Directeur de recherche*, IRD
Véronique PETIT, *Maître de conférences – HDR*, Université Paris V (rapporteur)
Jean-Pierre RENARD, *Professeur*, Université d'Artois
Gérard SALEM, *Professeur*, Université Paris Ouest Nanterre La Défense (Directeur de thèse)
Zoé VAILLANT, *Maître de conférences*, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Photos de couverture
©Julien Crégut

2006-2007

à mes parents



"J'ai accompli de délicieux voyages, embarqué sur un mot..."

Balzac, *Louis Lambert*

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont jalonné de près ou de loin mon parcours depuis les prémices de ce travail jusqu'à son aboutissement : je remercie toutes ces personnes chaleureusement.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement au Professeur Gérard Salem qui m'a initiée à la géographie de la santé et a accepté d'encadrer avec une grande attention ce travail de thèse. Sa confiance et ses conseils m'ont été d'un grand soutien sur le terrain comme dans l'écriture. Aussi l'inscription de cette étude dans le cadre d'un programme de recherche de l'IRD au Laos m'a permis de mener à bien ce travail dans de très bonnes conditions matérielles et dans un cadre administratif sécurisant. Pour l'ensemble de ces raisons, je lui adresse ma profonde reconnaissance.

J'adresse de sincères remerciements au Professeur Jeanne-Marie Amat-Roze et au Docteur Véronique Petit qui me font l'honneur d'être rapporteurs.

Je remercie également chaleureusement le Professeur Jean-Pierre Renard, le Docteur Dominique Guillaud et le Docteur Zoé Vaillant d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

~

Cette thèse n'aurait été possible sans le travail d'équipe que nous avons mené avec Virginie Mobillion et Julie Vallée au Laos ; la collecte des données au cours de l'enquête de santé à Vientiane a en effet été possible grâce à cette collaboration et à notre soutien réciproque. Je les remercie toutes deux pour ces échanges fructueux et les moments agréables passés ensemble.

Prolongeant en France le soutien que nous nous étions réciproquement apportées sur le terrain, je réitère mes profonds et sincères remerciements à Virginie pour ses encouragements et son amitié sans faille. Le partage d'un bout de vie dans le Luberon restera un moment fort de souvenirs complices.

J'adresse mes remerciements à Daniel Benoît et Eric Bénéfice, les deux représentants successifs de l'IRD à Vientiane, sans lesquels je n'aurais pu obtenir les autorisations des administrations locales pour effectuer mes recherches.
Je remercie chaleureusement le personnel de la représentation de l'IRD au Laos pour leur aide quotidienne : merci à Amala Phanalasy, à Mone et à Souphankhan.

Je remercie Jean-Paul Gonzalez, alors directeur de l'unité de recherche « *Conditions et territoires d'Emergence des Maladies* » de l'IRD, pour son soutien et sa confiance.

Je tiens également à remercier sincèrement Florence Fournet qui, forte de son expérience de l'enquête de santé à Ouagadougou, a apporté à l'équipe un soutien précieux pour organiser l'enquête de santé à Vientiane.

Un grand merci à tous les enquêteurs et médecins sans lesquels nous n'aurions pu réaliser cette enquête. Je remercie tout particulièrement Phimpa Paboriboun pour son travail consciencieux et sa bonne humeur constante ; Keopaseuth Chanthaphim de m'avoir assisté avec sérieux tout au long de l'enquête ; Khamla Thidavane pour avoir coordonné le référencement des enquêtés malades à l'hôpital central Mahosot ;

Tifenn Gaudin pour la qualité de ses entretiens avec les chefs de village ; Justine Grandchamp pour sa grande disponibilité et son aide à la logistique.

Je remercie aussi Karine Peyronnie qui a coordonné le programme « *Urbanisation, Gouvernance et Disparités Spatiales de Santé à Vientiane* » dans lequel s'inscrit cette thèse.

J'adresse mes sincères remerciements à S.E. Monsieur Ponmek Dalaloy, Ministre de la Santé du Laos, de m'avoir accordé plusieurs entretiens forts intéressants à plusieurs égards. Je remercie également l'ensemble des personnels du Ministère de la Santé à Vientiane avec lesquels je me suis entretenue.

Je tiens à remercier les membres de l'Institut National de Santé Publique à Vientiane pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche et l'aide qu'ils m'ont apporté au cours de mon séjour à Vientiane. Je remercie plus particulièrement le Docteur Kongsap Akkhavong pour m'avoir aidé à orienter mes questions de recherche ; le Docteur Latsamy Siengsounthone pour avoir facilité la prise de contact avec des personnels de santé travaillant en province ; enfin je remercie profondément et sincèrement le Docteur Vilavanh Sayaseng pour son aide précieuse au cours des enquêtes en province. Ces terrains prolongés furent l'occasion de partager de très bons moments, de découvrir de magnifiques régions sur les rives du Mékong.

Je tiens également à remercier les membres de l'Université des Sciences Médicales de Vientiane pour les échanges qui ont jalonné mon travail de terrain et en particulier le Docteur Alongkone Phengsavanh pour ses conseils éclairés.

Je remercie l'ensemble des personnels des administrations sanitaires provinciales pour avoir pris le temps de répondre à mes questions ; merci aux personnels des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux de district pour l'accueil qu'ils m'ont réservé au sein de ces structures.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes rencontrées le long de la frontière et qui ont accepté de prendre part à nos enquêtes et entretiens ; merci de nous avoir offert ce temps de parole précieux.

Des premières questions de recherche au choix de la méthodologie, je remercie sincèrement Yves Goudineau, Steeve Daviau, Alain Noël et Charlie Carroll d'avoir pris part, aux cours de discussions informelles, à l'orientation de mes recherches.

~

En Thaïlande, je remercie en premier lieu le Professeur Supang Chantanavich, directrice de l'Asian Research Centre for Migration (ARCM) de l'université de Chulalongkorn à Bangkok : notre première rencontre remonte au printemps 2004 lors d'un stage réalisé dans le cadre de mon master dans la capitale thaïlandaise. Son soutien scientifique fut immédiat et facilita grandement mes démarches administratives en Thaïlande.
Je remercie également le Docteur Adisorn Semyam qui, au cours de nos échanges répétés, m'apporta des éclairages très intéressants sur la relation lao-thaïlandaise.
Un grand merci au Docteur Rungnapa Yanyongkasemsuk (Mimi) d'avoir toujours pris le temps de répondre à mes questions.
Enfin je remercie l'ensemble du personnel de l'ARCM où j'ai toujours été chaleureusement accueillie.

Je remercie également le Professeur Chulaporn Sota de la faculté de Santé Publique de l'université de Khon Kaen qui m'apporta une aide précieuse pour collecter les données d'activité des hôpitaux locaux et m'aida à affiner ma méthodologie. Je remercie également Orawan Buranruk (Nok) qui m'accompagna lors de différents déplacements dans les provinces thaïlandaises afin de me guider et m'introduire au sein des structures visitées.

Un grand merci à Olivier Evrard dont le soutien m'a permis de réaliser des recherches dans le Nord-Ouest thaïlandais (province de Chiang Mai et Chiang Rai) ; je tiens également à remercier Piyachat Sritabtim (Gai) qui m'accompagna au cours de cet ultime terrain thaïlandais.

Je remercie Vincent Herbreteau pour sa grande disponibilité et le prêt de ses cartes sur la Thaïlande.

Je remercie l'ensemble des personnels médicaux et administratifs des établissements thaïlandais visités, tant publics que privés : merci d'avoir pris le temps de réunir les informations recherchées, d'avoir répondu à nos questions.

~

Je remercie Stéphane Rican pour sa très grande disponibilité et pour avoir guidé mes choix en matière d'analyse statistique et de cartographie. Mille mercis à Hélène Charreire pour son aide précieuse lors des premiers traitements statistiques ; son énergie et sa gentillesse m'ont aidé à surmonter mon appréhension initiale quant à l'usage de méthodes d'analyse quantitative.

J'adresse mes sincères remerciements à Marie Bourgeois pour sa relecture précise et exigeante : je dois beaucoup à ses conseils ; je tire de nos vifs échanges le meilleur.

Je remercie sincèrement Kanitha Kernem pour son amitié, ses encouragements, son aide à la relecture. L'orientation de mes études vers le Sud-Est asiatique lui doit beaucoup.

Un grand merci à Cécile Leclère pour son aide à la traduction des citations anglaises et plus généralement à la famille « Briclère ».

Un grand merci à Julien Crégut de me faire l'honneur d'illustrer ma thèse de ses photos.

Je remercie très sincèrement Estelle Broihanne pour son aide à la mise en page.

Je remercie Philippe Farizon et ses parents pour m'avoir gentiment accueilli dans leurs bureaux. Ce fut un réel plaisir de travailler dans un environnement de bois et de partager les pauses café.

Je tiens à remercier Clélia Gasquet et sa famille pour leur accueil à Paris et pour m'avoir permis de découvrir la très belle région du Luberon.

Un très grand merci à Mireille et Emmanuelle du Mirvy ainsi que Jean et Christine pour leur gentillesse et leur soutien.

Je remercie également les amis du Laos, de Paris, de Thonon qui m'ont aidé à garder l'énergie pour continuer dans les moments difficiles. Une pensée particulière pour Paul et Lorraine, mes colocataires et amis. Une pensée pour Stéphane, à nos séances informatiques et de scanner. Une pensée pour Adrien et son assistance des derniers moments. Une pensée à la « Berthoud Team », unie dans la distance.

Un grand merci à mon frère Thomas pour ses encouragements et ses relectures ciblées.

Enfin ce travail n'aurait pas été possible sans mes parents qui m'ont soutenu tout au long de cette longue aventure et m'ont accordé une grande confiance. Je ne sais comment les remercier…
Ce travail leur est dédié.

NOTES

Une carte de localisation détachable a été réalisée afin de rendre le repérage des différents lieux d'enquêtes de part et d'autre du Mékong plus aisé.

Elle se situe à l'extrême fin du document, à l'intérieur du quart de couverture.

Nous nous y référerons tout au long du texte comme suit :
(carte*/ une lettre et un chiffre)

Concernant les monnaies et les conversions :

La monnaie nationale laotienne est le Kip. Nous avons opté pour 10 000 kips = 1 euro
En Thaïlande, la monnaie nationale est le Baht. 50 bahts = 1 euro

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS *1*
NOTES *5*
SOMMAIRE *7*

INTRODUCTION GENERALE **9**

PARTIE 1
DISCONTINUITE FRONTALIERE – DISCONTINUITE SANITAIRE **17**

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : LA FRONTIERE : COUPURE – COUTURE. LA CREATION DE DEUX ETATS SOUVERAINS
CHAPITRE 2 : DES DEVELOPPEMENTS DECALES : UN ECART ECONOMIQUE ET SANITAIRE

CONCLUSION : UNE FRONTIERE A GEOMETRIE VARIABLE

PARTIE 2
LES FLUX : LA REALITE DES RECOURS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS **71**

INTRODUCTION

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE
CHAPITRE 4 : L'IMPORTANCE DES FLUX : VOLUMES ET INTENSITE
CHAPITRE 5 : LES MODES DE RECOURS
CHAPITRE 6 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET GEOGRAPHIQUES

CHAPITRE DE SYNTHESE : ESSAI D'UNE TYPOLOGIE DES COUPLES FRONTALIERS

PARTIE 3
LES PATIENTS : DEMARCHES INDIVIDUELLES ET LOGIQUES SOCIALES DES RECOURS TRANSFRONTALIERS 183

INTRODUCTION

CHAPITRE 7 : LES RECOURS TRANSFRONTALIERS, LES FACTEURS INDIVIDUELS ET FAMILIAUX
CHAPITRE 8 : DES LOGIQUES SOCIALES A L'ŒUVRE : RECOURS TRANSFRONTALIERS ET RESEAUX SOCIAUX

CHAPITRE DE SYNTHESE

PARTIE 4
INCIDENCE POLITIQUE ET IMPACTS SOCIO-TERRITORIAUX DES RECOURS TRANSFRONTALIERS 277

INTRODUCTION

CHAPITRE 9 : LES PERCEPTIONS DES RECOURS TRANSFRONTALIERS
CHAPITRE 10 : LES REACTIONS FACE AU PHENOMENE TRANSFRONTALIER

CONCLUSION : VERS LE RENFORCEMENT DES INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES DE SANTE ?

CONCLUSION GENERALE 377

ANNEXES 383
BIBLIOGRAPHIE 421
INDEX 439

Introduction générale

Dans le contexte actuel de mondialisation, sous l'effet conjugué de l'ouverture des frontières, de la circulation de l'information, du développement des échanges et de l'intensification des mobilités, l'interconnexion des pays du globe est croissante. Cette situation présente le risque que toute crise affectant un pays se répercute sur l'ensemble de la planète. Un problème local peut rapidement devenir un défi mondial, dans les domaines les plus variés comme l'écologie ou la finance pour évoquer des questions actuelles illustrant le changement d'échelles opéré.

Le secteur de la santé est également concerné par la mondialisation comme en témoigne la diffusion des maladies à l'échelle du globe : de l'épidémie de sida à la grippe aviaire et plus récemment la grippe H1N1.

Outre la propagation rapide des maladies par-delà les frontières, la mondialisation bouleverse les cadres classiques pour penser la santé et donne lieu à des dynamiques contrastées. La diffusion et l'échange des savoirs thérapeutiques tendent en effet à uniformiser les pratiques de santé et les traitements à travers le monde. Reste que les spécificités locales demeurent et les disparités en termes d'états de santé et d'offre de soins disponible s'accentuent entre les pays développés et les pays en voie de développement. La tendance à l'uniformisation, d'un côté, l'intensification des hétérogénéités, de l'autre, sont les effets paradoxaux de la mondialisation, qui contribuent à modifier les pratiques de santé des individus.

La mobilité internationale des patients, qualifiée improprement de « tourisme médical »[1], illustre aujourd'hui le mieux la globalisation des soins. Le phénomène se déploie à l'échelle planétaire et génère de nouvelles proximités entre des patients originaires des pays développés et des établissements hospitaliers situés dans les pays du Sud ; le bas coût des soins et la rapidité de la prise en charge sont les deux principales motivations de ces mouvements transnationaux. « *Hospital is the new destination* » [Globe Health Tours, Avril 2006], « *Sea, sun, sand and surgery* » [The Guardian, Mai 2004] ou encore « *a little sightseeing, a little face-lift* » [2] [Los Angeles Times, Janvier 2006] sont les titres, plutôt surprenants, employés par les journalistes pour qualifier le phénomène ; ils soulignent avec force l'évolution du rapport à la santé et sa marchandisation.

La Thaïlande, au cœur de la péninsule indochinoise, a eu, dès la fin des années 90, un rôle pionner dans l'émergence de ces nouvelles mobilités et accueille aujourd'hui, aux côtés de l'Inde, une grande partie des patients internationaux itinérants.

Outre l'attractivité des structures de soins thaïlandaises à l'échelle mondiale, des recompositions s'opèrent également à l'échelle régionale, et plus précisément au sein de l'espace frontalier lao-thaïlandais où apparaissent de nouvelles dynamiques thérapeutiques transfrontalières : le recours aux soins des Laotiens dans des hôpitaux thaïlandais limitrophes, que nous appelons par commodité les recours transfrontaliers. Cette pratique engagée par une partie de la population vivant dans les bordures frontalières accompagne l'ouverture récente du Laos et souligne l'écart de développement existant entre les deux pays. La discontinuité géographique entre le Laos et la Thaïlande se double d'une discontinuité sanitaire, propice à la mobilité des patients et facilitée en

[1] L'expression apparaît restrictive compte tenu de la réalité complexe de ces mouvements de patients.

[2] « L'hôpital est la nouvelle destination », « Mer, soleil, sable et chirurgie », « une petite visite, un petit lifting »

outre par la proximité et les liens historiques entretenus par les populations riveraines du Mékong ; le fleuve marque en effet la frontière sur la plus grande partie de sa longueur de 1 754 kilomètres. La frontière, loin d'être homogène sur toute sa longueur, se caractérise en outre par une diversité de contextes frontaliers qui la rendent discontinue.

La thématique « frontière et mobilité » est couramment abordée en géographie dans une perspective réflexive, les spécificités de l'espace frontalier étudié permettant de comprendre la nature et le sens des mobilités qui s'y développent et réciproquement l'étude des mobilités apportant un éclairage sur le fonctionnement transfrontalier. L'approche économique portant sur l'analyse des échanges marchands, des flux de capitaux, de la circulation des biens et des services ou encore des flux de travailleurs migrants est souvent privilégiée pour analyser les effets de la frontière sur les espaces limitrophes.

L'approche sanitaire que nous avons privilégiée, nous donne la possibilité de renouveler la réflexion sur la frontière dans le prolongement d'études menées, dans d'autres contextes et dans des disciplines variées, sur les thèmes « frontière et santé » [Gay 2004 ; Lacoste & Vaguet 1994] et « mobilité et santé » [Guendelman 1991 ; Guendelman 1992 ; Sakoyan 2008 ; Dumas 2009].

Il nous a paru que l'indicateur de santé qu'est le recours transfrontalier, était adapté à la nature socio-spatiale de la frontière. La maladie ne concerne en effet pas seulement l'individu affecté dans son corps biologique, mais également sa famille, sa communauté, les thérapeutes, les institutions publiques de santé ainsi que les institutions administratives et politiques : événement individuel, elle affecte la société dans sa totalité. Etudier le recours aux soins nécessite de s'intéresser, par delà le point de vue proprement thérapeutique, aux implications sociales de la pratique, à ses enjeux économiques – le soin a un coût et entraîne des échanges monétaires – ainsi qu'à des questions d'ordre politique – l'offre de soins disponible dans un pays découle en effet de stratégies et de décisions en matière de santé publique. Cette combinaison d'éléments, que l'on observe pour le recours aux soins en général, est plus complexe dans un contexte frontalier où se juxtaposent deux souverainetés politiques ; elle l'est encore davantage lorsque les Etats concernés ont, comme le Laos et la Thaïlande, des régimes politiques différents, donc des structures sociales, des modèles économiques et des fonctionnements sanitaires divergents.

Nous partons du postulat selon lequel « *les déplacements des hommes dans l'espace, quelles que soient leurs échelles et leurs modalités spatio-temporelles d'intervention […] sont un puissant facteur de reconfigurations sociales et territoriales* » [Capron & all 2005, p.9]. Ainsi, en utilisant les recours transfrontaliers comme révélateur, notre objectif, en tant que géographe est d'analyser les processus socio-territoriaux en présence actuellement au sein de l'espace frontalier lao-thaïlandais. Le propre de la démarche géographique consiste en effet à étudier l'espace pour comprendre la société, à « *administrer des preuves de correspondances entre agencement spatial et logiques sociales* » [Salem 1998, p.31]. Au cœur de cette relation espace-société est le territoire, structuration de l'espace organisée et remodelée en permanence par les sociétés.

Au-delà de ces considérations d'ordre général, le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande soulève des questions plus spécifiques : d'une extrémité à l'autre de la frontière, le phénomène transfrontalier existe-t-il partout de la même manière ? Les recours en Thaïlande sont-ils motivés par les mêmes facteurs et/ou les mêmes problèmes de santé ? Pourquoi tel individu a-t-il recours en Thaïlande et tel autre non ? Enfin les recompositions territoriales sont-elles les mêmes partout le long de la frontière ? Au cœur de ces interrogations est toute entière posée la question des inégalités sociales retranscrites dans le champ de la santé et dans les structures

spatiales. « *L'espace est […] non seulement le théâtre en même temps que l'une des concrétisations des structures sociales, des enjeux et des tensions sociales et des inégalités qui les produisent et en résultent tout à la fois* » [Hérin 2003, p.10].

De ce point de vue, on formule l'hypothèse que les recours aux soins transfrontaliers sont le reflet d'inégalités socio-territoriales de santé imbriquées à différentes échelles :

- entre le Laos et la Thaïlande : le recours transfrontalier est la réponse spatiale au différentiel sanitaire existant de part et d'autre de la frontière

- entre les différents espaces frontaliers : une offre de soins diversement répartie coté laotien, des structures plus ou moins attractives côté thaïlandais, différents degrés d'ouverture de la frontière, des mobilités plus ou moins ancrées dans les pratiques des populations riveraines créent des contextes frontaliers inégalement propices aux mobilités de santé des Laotiens. Pour rendre compte de la diversité des situations frontalières présentes le long de l'axe lao-thaïlandais, nous introduirons la notion de « couple frontalier », que nous entendons comme des espaces transversaux aux contours délimités : ces couples présentent des facteurs d'évasion d'un côté, d'attraction de l'autre qui entrent en résonance et se conjuguent pour favoriser les recours.

- au sein de la société laotienne : le recours aux soins en Thaïlande révèle certaines prédispositions culturelles, financières, sociales et reflète par conséquent les inégalités présentes aujourd'hui au Laos. L'étude des recours transfrontaliers va ainsi permettre de porter un éclairage sur la société laotienne contemporaine.

La longue frontière lao-thaïlandaise apparaît dès lors comme un formidable laboratoire pour mettre à jour les différenciations socio-territoriales à l'œuvre le long de cet axe : plusieurs couples frontaliers ont ainsi été choisis pour rendre compte de la diversité des dynamiques.

Du point de vue de la méthode, deux approches complémentaires se sont naturellement imposées : l'une quantitative et l'autre qualitative.

Basée sur des données d'enquête de populations au Laos et des informations issues des registres d'activité des hôpitaux en Thaïlande, l'analyse quantitative permet de mesurer et de cartographier sous forme de flux les recours transfrontaliers afin d'estimer l'importance du phénomène. Cette approche permet en outre de caractériser les recours : les établissements fréquentés, les distances parcourues, les modalités de traversée et le profil des patients (épidémiologique, socio-économique et culturel). Cette approche chiffrée nous permet donc de décrire la réalité des recours transfrontaliers, de rendre compte de leur diversité et leur complexité en fonction des couples frontaliers étudiés.

L'approche qualitative, fondée sur des entretiens, apparaît indissociable de la première et nécessaire pour comprendre finement l'émergence de la pratique à partir des patients : en effet, « *partir des individus, de leurs pratiques, de leurs rêves et de leurs expériences constitue un moyen opératoire* […] *pour cerner la complexité des frontières, et, plus encore, la complexité du monde et des recompositions territoriales à l'œuvre* » [Bouquet & Velasco-Graciet 2007, p.11]. La parole des patients transfrontaliers sera sollicitée tout au long de l'analyse afin d'apporter des éléments d'explication, d'éclairer des spécificités locales et de remonter ainsi aux mécanismes de construction de l'espace sanitaire transfrontalier lao-thaïlandais.

Avant d'entrer au cœur de l'analyse, il est nécessaire de situer le contexte dans lequel naissent les recours transfrontaliers. La frontière entre le Laos et la Thaïlande recouvre en effet une pluralité de sens : idéologique, économique, sociale et sanitaire. La frontière est à l'interface de deux états très différents qui entretiennent des relations complexes. Aussi faire un retour par l'histoire permet d'expliquer la nature ambivalente de la relation entretenue aujourd'hui par les deux pays, entre proximité et distance, rapprochement et repli. A partir de ces éléments de contexte, les

recours transfrontaliers sont ensuite étudiés en trois temps correspondant chacun à des angles d'analyse distinctes : les flux, les patients concernés, les répercussions politiques et socio-territoriale des mobilités. L'approche par les flux, tout en offrant une lecture globale du phénomène, permet aussi de dégager les spécificités propres à chaque couple frontalier et de révéler les inégalités socio-territoriales en présence. L'échelle individuelle permet ensuite de saisir les profils des patients laotiens recourant de l'autre côté. Enfin, en créant de nouvelles interdépendances, les mobilités des patients laotiens recomposent la relation lao-thaïlandaise et le territoire transfrontalier : de révélateurs, comment les recours transfrontaliers deviennent-ils vecteurs d'inégalités socio-territoriales de santé ?

Partie 1

Discontinuité frontalière – discontinuité sanitaire

PARTIE 1
DISCONTINUITE FRONTALIERE – DISCONTINUITE SANITAIRE 17

CHAPITRE 1 : LA FRONTIERE : COUPURE – COUTURE. LA CREATION DE DEUX ETATS SOUVERAINS..... 23

I - De l'imbrication à la séparation : création de la frontière lao-thaïlandaise. 24

A/ Période pré-coloniale : le temps des müang

B/ La colonisation : délimitation des deux Etats

C/ De l'indépendance en 1954 à 1975 : bipartition du Laos / intégration accélérée des marges thaïlandaises

II - 1975 – 1990 : la frontière barrière 28

A/ Au Laos : une nouvelle ère politique

B/ Des relations lao-thaïlandaises conflictuelles

C/ Fin des années 80 : des signes de rapprochement

III - L'ouverture prudente : rapprochement et maintien à distance. 33

A/ De la signature d'accords aux infrastructures : une coopération croissante

- Traités et accords
- Des aménagements transfrontaliers en plein essor
  -Le pont de l'Amitié : infrastructure symbole
  -Multiplication des transports transfrontaliers

B/ Les rapports de force : entre continuité et changement

- Persistance de la domination thaïlandaise
  -Une culture sous influence
  -Des conflits d'un genre nouveau
  -Réactiver une tradition et des symboles en guise de résistance
- Nostalgie et recherche d'authenticité : nouveau regard des Thaïlandais sur le Laos

CHAPITRE 2 : DES DEVELOPPEMENTS DECALES : UN ECART ECONOMIQUE ET SANITAIRE..... 45

I - Un pays émergent, un pays en développement..... 45

A/ Des histoires économiques singulières

B/ Le Laos entre développement et dépendance

- La crise asiatique : un moment révélateur et un tournant
- Des migrations à sens unique
- Commerce informel et corruption

II - Des situations sanitaires contrastées..... 52

A/ Caractéristiques de l'offre de soins

- En Thaïlande, un système de santé performant
  - Le rôle prépondérant de la monarchie
  - Développement économique et développement sanitaire

- La crise asiatique et l'essor du tourisme médical

- Vers une médecine à deux vitesses ?

- Au Laos, un système de soins en difficulté
  - 1975 : la santé publique comme secteur stratégique
  - Vers un désengagement progressif de l'état
  - Dysfonctionnements et inégalités territoriales

B/ Collaborations bilatérales

CONCLUSION : UNE FRONTIERE A GEOMETRIE VARIABLE 67

INTRODUCTION

Suivant Claude Raffestin (1990), l'étude d'une frontière consiste, outre le fait de décrire et de cartographier la discontinuité géographique, à « *procéder à une recherche sur l'archéologie des représentations* » [p.302]. La référence de l'auteur à « *l'archéologie* » fait écho à « *l'épaisseur* » de la frontière, résultat des différentes significations héritées de l'histoire « *au gré des projets sociaux des collectivités politiques* ».

Dans cette optique, le rôle du chercheur est d'extraire la pluralité de sens prêtés à la frontière, dans le passé comme au présent, et d'en user comme d'un révélateur des comportements et des mentalités.

Les recours aux soins des Laotiens en Thaïlande, passages renouvelés au-dessus de l'actuel tracé frontalier, résultent d'enjeux et d'attentes propres à la période contemporaine. Néanmoins la lecture de ce phénomène passe aussi par un retour aux origines de la frontière, sa formation et la construction tant séparée que conjointe des deux Etats-nations.

L'objectif de cette partie est de présenter le contexte de production des recours transfrontaliers. Quels sont les facteurs qui, tant au Laos qu'en Thaïlande, concourent à l'apparition de ces itinéraires thérapeutiques ? Si la discontinuité géographique et sanitaire constitue objectivement le moteur des mobilités, le contexte relationnel - pris dans le temps long - et le système de représentations des populations riveraines du Mékong doivent aussi nous permettre de comprendre cette pratique. Comment les recours transfrontaliers sont-ils perçus et mis en parole par les patients concernés et plus généralement par les acteurs de la santé des deux pays ?

CHAPITRE 1 : LA FRONTIERE : COUPURE – COUTURE. LA CREATION DE DEUX ETATS SOUVERAINS

L'espace frontalier lao-thaïlandais présente des spécificités sur plusieurs plans. Tout d'abord, les Laotiens et les Thaïlandais partagent un patrimoine culturel, linguistique et religieux – le bouddhisme - commun, témoignant de la grande proximité des populations situées sur les rives opposées du Mékong. Plus qu'une proximité de voisinage, les liens qui unissent les deux peuples sont d'ordre filial, puisque « *les ethnies dominantes en Thaïlande et au Laos partagent le même arbre généalogique* » [Pholsena & Banomyong 2004, p.69]. Si les membres de l'ethnie *lao* représente à peine plus de la moitié des Laotiens[3] avec environ 3,5 millions d'individus, on estime qu'ils sont cinq fois plus nombreux côté thaïlandais avec environ 20 millions d'individus, la plupart regroupés dans le Nord-Est du pays, appelé plus couramment la région *Isan*[4].

Aussi l'espace frontalier lao-thaïlandais se caractérise par une géographie singulière. Vientiane, la capitale du Laos, se situe en effet sur les rives du Mékong à proximité de la frontière avec la Thaïlande. Cette position de capitale-frontière est peu courante, les zones frontalières étant le plus souvent éloignées des zones de pouvoir, voire marginalisées. En outre, une grande part de l'activité économique et commerciale du Laos se situe le long de l'axe frontalier, dans les villes secondaires du pays, Savannakhet et Pakse. Cette organisation particulière du territoire laotien, résultat de longs développements historiques, met en évidence un Etat-nation largement tourné vers son voisin thaïlandais.

Malgré ces liens de parenté et la contigüité géographique, on peut souvent lire au sujet des deux pays qu'ils sont « frères ennemis », soulignant par là le caractère ambivalent de leur relation, entre proximité et extranéité. Tel « *un jeu de miroirs déformants* » [Ibid p.77], les représentations de l'Autre s'inscrivent dans un mouvement d'attraction-répulsion né des vicissitudes de l'histoire et qui rend compte de la nature équivoque des liens tissés par delà le fleuve.

Ce premier chapitre retrace l'épisode de création de la frontière puis les périodes d'ouverture et de fermeture de la frontière lao-thaïlandaise, passant alternativement d'une fonction de coupure à une fonction de couture. Nous verrons néanmoins au fil du développement que ces deux états plus ou moins perméables de la frontière, antagonistes dans l'énoncé, se combinent parfois, donnant à l'espace frontalier toute sa dimension ambivalente et complexe.

[3] Nous entendons par laotien les personnes de nationalité laotienne. 55% des Laotiens appartiennent à l'ethnie majoritaire lao tandis que les autres appartiennent à des minorités ethniques.

[4] *Isan* fait référence à *Phak Isan* qui signifie littéralement « Nord-Est »

I - De l'imbrication à la séparation : création de la frontière lao-thaïlandaise.

Le processus de formation de la frontière lao-thaïlandaise est ici exposé en trois étapes : la période pré-coloniale, la phase coloniale, enfin la période qui suit l'indépendance jusqu'en 1975.

A/ Période pré-coloniale : le temps des *müang*

« *Grande est, au Moyen-âge, l'incertitude sur les frontières. Les migrations des peuples sans cesse instables, mobiles, ne sont guère favorables à des conceptions fixes, digne d'Etats encadrés* » [Ancel 1938 cité dans Bruneau 2001, p.34]. Cette observation de Jacques Ancel peut s'appliquer jusqu'à la fin du XIXe siècle en Asie du Sud-Est où prédomina jusqu'alors un flottement autour de la notion de frontière.

Avant cela, l'organisation territoriale des Etats agraires de la péninsule du Sud-Est asiatique se caractérise par un fonctionnement de type *mandala*[5] en trois auréoles concentriques. Au centre se trouve la capitale où réside le roi qui administre de manière directe les territoires qui l'entourent. La seconde auréole est déléguée aux membres de la famille royale ou à des seigneurs aristocrates. La troisième auréole, ou auréole externe, est constituée d'Etats indépendants tributaires. L'ensemble de ce système constitue un *müang*, qui désigne à la fois la capitale et le territoire dont il dépend.

Comme le souligne Michel Bruneau [2001], les müang n'ont pas de frontières bien précises, leur limite externe étant « *tantôt une zone tampon peu habitée, volontairement laissée sans délimitation stricte, entre deux royaumes rivaux, tantôt une zone de circulation et d'établissement libres pour les populations locales, entre deux principautés ou royaumes alliés ; une délimitation trop stricte aurait été considérée comme inamicale* » [p.45]

Composés à l'origine de petits *müang* séparés les uns des autres, le Laos fut unifié pour la première fois en 1353 par le prince Fa Ngum. Le royaume nouvellement fondé prit le nom de Lan Sang, ce qui signifie « *million d'éléphants* ». Le plateau de Khorat (sur la rive droite du Mékong et actuellement situé dans le Nord-Est de la Thaïlande) était alors administré par les Lao et ce jusqu'à la fin du XVIIe siècle. Suite à une querelle de succession, le royaume fut divisé en trois royaumes distincts : Louang Prabang au nord, Vientiane au centre et Champassak au sud. Le plateau de Khorat fut alors placé dans l'orbite concurrente de Vientiane et de Champassak et le resta jusqu'en 1777.

A cette date, le roi thaï Taksin conquit les principautés du Nord-Est ainsi que Vientiane. L'ensemble des Etats lao des rives droite et gauche du Mékong fut ainsi placé sous la tutelle de la monarchie de Bangkok. En 1827, alors que le roi Chao Anou, installé à Vientiane par les Thaïs, tente de restaurer un royaume lao indépendant, ces derniers mènent une contre-offensive qui leur permet de reprendre la ville. Vientiane fut complètement détruite et sa population déplacée sur la rive droite du Mékong, l'actuelle région *Isan*. Durant la période précoloniale, la conquête des territoires importe en effet moins que le contrôle des populations, main d'œuvre

[5] Terme sanskrit désignant une « représentation géométrique et symbolique de l'univers, dans le brahmanisme et le bouddhisme » [dictionnaire le Petit Robert 2009].

utile qui établit, consolide et renforce le pouvoir de l'état. C'est dans ces circonstances que les Lao ont été déportés par les forces thaï [Grabowsky 1993].

Selon Mayoury et Pheuiphanh Ngaosyvathn (1994), cette attaque suivie de l'asservissement des populations locales a cristallisé la haine des Lao envers les Thaï. Avant cet événement, aucune chronique Lao ne relate en effet de tels ressentiments vis-à-vis de leurs voisins, tandis qu'après 1827, plusieurs travaux littéraires retrouvés dans le Nord-Est de la Thaïlande et au Laos mettent en évidence une rancœur contre les agresseurs. C'est autour de cette période charnière que les auteurs datent la naissance d'une distinction entre les deux groupes, « *Nous et Eux* » [Ngaosyvathn 1994, p.9].

Durant de nombreux siècles, le principe de frontières fluctuantes a donc prévalu sur celui de frontières fixes, l'établissement d'une ligne de souveraineté n'étant pas dans les objectifs prioritaires des souverains de l'Asie du Sud-Est.

B/ La colonisation : délimitation des deux Etats

A la fin du XIXe siècle, l'arrivée des puissances françaises et britanniques dans la péninsule indochinoise provoque de profondes modifications au sein de l'organisation territoriale traditionnelle présentée précédemment.

Le 3 octobre 1893, un traité est conclu à Bangkok entre le gouvernement de la république française et le gouvernement de sa majesté le roi de Siam (l'actuelle Thaïlande). Le premier article stipule que *« le Gouvernement siamois renonce à toute prétention sur l'ensemble des territoires de la rive gauche du Mékong et sur les îles du fleuve »* [Péninsule 1988, p.12]. Le Mékong, jusque là artère principale du peuplement des Lao, devient coupure politique.

Les frontières contemporaines du Laos datent donc de la colonisation française ce qui amène certains spécialistes de la région à le décrire comme une « *quasi-nation* » : "*Laos might best be described as a quasi-nation, having emerged from maps drawn by European colonialists rather from a sense of territoriality and nationhood among united people*"[6] [Neher 1991 cité dans Jerndal & Rigg 1999, p.36].

Si, à l'inverse du Laos, le Siam n'a jamais été colonisé, ses frontières ont néanmoins été largement définies en miroir des frontières coloniales. L'historien thaïlandais Thongchai Winichakul (1994) analyse brillamment cette période et retrace la compétition que se sont livrés le Siam et la France pour la cartographie des régions frontalières entre 1850 et 1910, chacun des deux acteurs poursuivant des objectifs distincts.

Pour les Français, comme pour l'ensemble des colons de la période, la carte permettait de légitimer leur présence et l'essor de leur pouvoir dans les territoires occupés ; « *d'où l'apparition, surtout à la fin du XIXe siècle, de 'cartes historiques' destinées à démontrer, dans le nouveau discours cartographique, l'antiquité d'unités territoriales spécifiques et bien délimitées. A travers des séquences de cartes chronologiquement agencées vit le jour une sorte de récit politico-biologique qui avait parfois une très grande profondeur historique* » [Anderson 1983, p.178]. Dans le cas du Laos, les Français adoptèrent en outre un discours historique et racial qui avait pour but de détacher le Laos du territoire siamois[7]. Le rapport d'un fonctionnaire colonial au Gouverneur Général de Cochinchine l'illustre bien : *« On peut conclure que le Laos, puissant dans les premiers siècles de notre ère, prospère et florissant au XVIe siècle, a vu sa grandeur décliner rapidement et a fini au rang d'esclave de son premier cousin : le Siam* » [cité dans Ivarsson 2008, p.48]. Dans ce contexte, les Français pouvaient ainsi se

[6] « Le terme qui conviendrait le mieux pour décrire le Laos serait celui de quasi-nation, née de cartes tracées par les colonialistes européens plus que d'un sentiment de territorialité et de nation éprouvé par un peuple uni ».

[7] Traduit de l'anglais : « *de-link Laos from the Siamese geo-body* » [Ivarsson, 2008, p.53].

féliciter d'avoir redonné au Laos une cohésion territoriale originelle loin de la domination de son puissant voisin.

Pour les souverains siamois, la carte devient alors un outil pour délimiter l'étendue de leur pouvoir et incorporer les petits Etats tributaires dans les marges territoriales. "*Siam was bounded. Its geo-body emerged. Mapping created a new Siam – a new entity whose geo-body had never existed before*"[8] [Winichakul 1994, p.130]. La carte a par conséquent anticipé sur la réalité spatiale et Thongchai Winichakul montre dans le détail comment la formation du Siam est avant tout une construction discursive. Car si la coupure entre le Laos et la Thaïlande est inscrite dans l'espace, elle s'exerce aussi dans les esprits avec l'émergence d'un discours sur la nation. Les puissances coloniales ont en effet largement contribué à diffuser dans les espaces sous influence la notion de nation, définie par Benedict Anderson comme « *une communauté politique imaginaire, et imaginée comme intrinsèquement limitée et souveraine* » [Anderson 1983, p.19]. Entre 1900 et 1915, le mot traditionnel *müang* fut ainsi peu à peu remplacé par le mot thaïlandais *prathet*, 'pays' [Winichakul 1994]. En outre s'est constitué un discours sur l'identité nationale, fruit d'une double identification : positive autour des traits communs des populations présentes dans les limites nationales ; négative dans les différences existant avec les autres nations. De ce fait, l'identité nationale siamoise s'est formée dans le regard porté par les nationaux vis-à-vis de leurs voisins laotiens, pourtant proches cousins : « *once the un-Thainess can be identified, its opposite, Thainess, is apparent* »[9] [Ibid, p.5].

Concrètement, la cartographie d'un état délimité a ensuite eu des répercussions sur les institutions sociales et les pratiques des populations. Les autorités royales du Siam, craignant que l'isolement des régions périphériques constitue une menace, commencèrent à les transformer avec la mise en œuvre d'une importante politique de réformes administratives, initiée sous le règne du roi Mongkut et poursuivie par le roi Chulalongkorn (1868-1910) : centralisation de la gestion du budget, corps d'agents spécialisés de l'Etat (gouverneurs de province, chefs de district), armée organisée sur le modèle européen, système d'instruction publique moderne, réseau routier et ferroviaire, services postaux. L'ensemble de ces actions a eu pour effet d'uniformiser le mode de fonctionnement des provinces rattachées à l'Etat centralisé [Bruneau 2001 ; Hirsch 2009].

La colonisation est donc à l'origine de grands changements en termes d'organisation territoriale dans la péninsule indochinoise. Le Mékong a pour la première fois une fonction de coupure entre le Siam et le Laos et l'idée de nation, fonctionnant sur un mode centralisé, émerge dans les consciences. En 1932, un coup d'état militaire instaure au Siam un régime autoritaire associé à une montée du nationalisme. Le Siam prend alors en 1939 le nom de Thaïlande et ses dirigeants revendiquent des terres situées côté laotien d'après les traités frontaliers de 1893 et de 1909 conclus entre la France et le Siam. Il s'agit de la campagne pour « *le retour des territoires perdus* », qui aboutit à la récupération de la province de Sayabouri par la Thaïlande aidée du Japon. Cette province sera néanmoins restituée au Laos après la Seconde Guerre mondiale. Cet épisode souligne le développement d'une relation inégale entre les deux pays et illustre la volonté grandissante des dirigeants thaïlandais d'assimiler « de droit » des territoires laotiens (ainsi que cambodgiens) dans le but de constituer une grande Thaïlande. Ceci constitue les prémices d'une domination thaïlandaise sur son voisin laotien qui se confirmera au fil du temps.

[8] « Le Siam fut délimité. Son corps géographique apparut. La cartographie créa un nouveau Siam – une entité nouvelle dont le corps géographique n'avait jusque-là jamais existé ».

[9] « dès lors que le non-thaï est identifié, son contraire, le thaï, devient apparent ».

C/ De l'indépendance en 1954 à 1975 : bipartition du Laos / intégration accélérée des marges thaïlandaises

Après le retrait de la France en 1949 et une période de semi-autonomie dans le cadre de l'Union française, le Laos obtient son indépendance en 1954. Dès l'année suivante, le pays devient le théâtre d'une scission politique et idéologique et se divise en deux parties « *délimitées par une véritable frontière intérieure, bien plus étanche que les frontières internationales* » [Taillard 1989, p.48]. D'un côté, la « partie » Vientiane, le long de la vallée du Mékong, est sous contrôle du gouvernement royal lao. De l'autre côté, la « partie de Sam Neua » dans la zone montagneuse de l'est, proche de la frontière vietnamienne, est sous contrôle du Pathet Lao, les communistes lao. Les deux zones sont largement dépendantes des forces étrangères : les Etats-Unis et la Thaïlande jouent un rôle de premier plan dans la zone royale tandis que le Viêt Nam soutient militairement et politiquement les actions du Pathet Lao. Cette situation de fracture que Christian Taillard qualifie de « *véritable désintégration de l'espace national* » [Ibid], se prolonge jusqu'en 1975.

Entre le gouvernement royal laotien et la Thaïlande, les relations s'intensifient et au début des années 60, des ferries transportant voyageurs et véhicules sont introduits entre Nongkhay et Vientiane ainsi qu'entre Mukdahan et Savannakhet afin d'améliorer le passage des biens et des personnes entre les deux pays.

Les dirigeants thaïlandais redoutent néanmoins l'avancée communiste au sein du territoire laotien et craignent qu'elle gagne les zones périphériques du Nord-Est du pays à travers les réseaux familiaux tissés de part et d'autre du Mékong. Comme nous l'avons vu précédemment, l'ethnie lao compose en effet presque 80% de la population du nord-est thaïlandais où des vagues de contestations ont été à plusieurs reprises durement réprimées par les gouvernements thaïlandais successifs. En 1967, Charles Keyes rapporte que les habitants de la rive droite du Mékong s'identifient toujours comme étant *Lao* bien qu'ils tendent de plus en plus à devenir *Isan*. La région *Isan* est en outre la zone la plus sèche et la plus pauvre de Thaïlande, le niveau de revenus des paysans étant bien inférieur à celui des fermiers des provinces centrales. Ce retard économique constitue ainsi un terrain propice à la diffusion des idées communistes.

Dans ce contexte, la politique de réformes initiées au début du XXe siècle en direction des confins thaïlandais va se poursuivre et même s'accélérer pour la région *Isan* afin de l'intégrer durablement à la nation et créer un environnement socio-économique capable de résister à de possibles incursions communistes. Dès 1958, le général Sarit Thannart avec l'aide des Etats-Unis, lance plusieurs programmes de développement ciblés sur le Nord-Est : la construction d'un réseau routier moderne et l'augmentation des moyens de transport, l'électrification progressive des campagnes, la création de pôles de croissance urbains et le resserrement des structures d'encadrement étatique. La *Friendship Highway* (route de l'Amitié), construite entre Bangkok et Nong Khai, matérialise les objectifs du gouvernement central à cette période ; la route devait en effet permettre de protéger le Nord-Est de la menace communiste et soutenir le gouvernement royal au Laos. La ville de Khon Kaen (carte*/C4), du fait de sa position centrale, fut désignée pôle régional de la zone *Isan* ce qui entraina la construction d'équipements de haut niveau : campus universitaire (1964), hôpital, aéroport.

Ces projets eurent des répercussions importantes tant d'un point de vue économique que socioculturel. De nombreuses études [Keyes 1967 ; Breazeale 1975 ; Grabowsky 1995 ; Rogers 1996 ; Hayashi 2002] montrent ainsi comment la région *Isan* a été progressivement absorbée par l'état moderne thaïlandais et comment sa population a été soumise à un puissant processus d'acculturation.

Entre 1950 et 1975, on assiste donc de part et d'autre du Mékong à des évolutions contraires : tandis que le Laos plonge dans la confusion - son territoire se désintégrant sous l'influence de forces politiques et idéologiques contraires, la Thaïlande renforce quant à elle sa cohésion nationale en intégrant durablement les zones périphériques dont fait partie la région *Isan*.

A la veille de la prise de pouvoir des communistes à Vientiane, le Laos et la Thaïlande sont deux entités nationales bien distinctes avec des rythmes de développement décalés et éloignés du fonctionnement territorial traditionnel qui prévalait un siècle auparavant, caractérisé par des frontières fluctuantes.

II - 1975 – 1990 : la frontière barrière

Le 2 décembre 1975 marque une rupture dans les relations lao-thaïlandaises avec la proclamation de la République Démocratique Populaire Lao (RDPL) qui met fin à six siècles de monarchie et rétablit l'unité nationale suite à la longue période de bipartition décrite précédemment.

Les quinze premières années du nouveau régime laotien voient le pays se développer suivant une orientation socialiste et d'intégration nationale. Du point de vue thaïlandais et dans un contexte international de guerre froide, la frontière apparaît dès lors comme une zone de menace idéologique ce qui explique qu'elle restera hermétiquement fermée pendant de nombreuses années ; on assiste ainsi de part et d'autre à un repli national, ponctué çà et là de conflits. Pourtant à partir du milieu des années 80, des signes d'ouverture se matérialisent des deux côtés et les tensions semblent peu à peu s'apaiser. Nous aborderons successivement ces trois points afin de rendre compte au mieux de cette période charnière dans les relations diplomatiques des deux pays.

A/ Au Laos : une nouvelle ère politique

Dès la prise de pouvoir par les communistes à Vientiane et encore aujourd'hui, le Parti Révolutionnaire du Peuple Lao[10] détient le monopole du pouvoir politique au Laos, avec un contrôle complet du processus électoral et de l'Assemblée Nationale.

En 1975, la tâche des nouveaux dirigeants est immense puisque le pays, meurtri par la guerre civile et détruit par les bombardements américains en marge de la guerre du Viêt Nam, doit être reconstruit. Il faut pour cela créer des richesses ainsi que les moyens de subsistance d'une population désorientée par des années de guerre civile. Pour y parvenir, l'expérience collectiviste est tentée pendant les premières années mais se soldera par un échec. En plus de ces considérations d'ordre socio-économique, les nouveaux leaders du Parti ont la mission de construire leur propre légitimité auprès d'une majorité de Laotiens aux yeux desquels ils sont de parfaits inconnus.

La longue partition du pays place en outre la question de la cohésion nationale et celle de l'intégration des périphéries au cœur des préoccupations du nouveau régime d'autant que le peuplement du Laos se caractérise par une mosaïque ethnique. Les Lao constituent en effet une petite majorité de la population, le reste appartenant à des minorités ethniques : on dénombre au Laos 49 groupes ethniques issus de 5 familles ethnolinguistiques différentes [Sisouphanthong & Taillard 2000]. Du fait des aléas de l'histoire, les membres de l'ethnie Lao sont beaucoup plus nombreux de l'autre côté du Mékong en Thaïlande, réalité qui amena les nouveaux dirigeants à engager une surveillance accrue des frontières nationales et à redéfinir l'ethnicité dans le but de

[10] Nous le désignerons ultérieurement par sa version simplifiée : le Parti.

créer une cohésion nationale. « *The government in Vientiane is engaged in a project to create a national identity, to fill the geographical space that history has left it* »[11] [Jerndal & Rigg 1998, p.822].

Cette cohésion passe aussi par la construction d'un discours national que Benedict Anderson (1983) qualifie de « *biographie des nations* » et qui consiste à créer une continuité historique par-delà la discontinuité apparente des événements : l'histoire du Laos est reconstruite, la nation apparaît telle une entité intemporelle, ces méthodes rappelant celles employées par les Français afin de légitimer leur intervention au Laos. Un manuel scolaire écrit et imprimé par le Ministère de l'Education en 1998 illustre bien ce mouvement : « *If we go back in our research to the historical times of Lao race and Lao-ness [kwam pen lao ("being Lao")], to their ability to maintain their existence, their uninterrupted development over a long period of time, we clearly perceive the solid cultural links that have united the Lao people within the same community of thought and heart* (…)»[12] [cité dans Pholsena 2007, p.59].

Aussi, à leur accession au pouvoir, les nouveaux dirigeants ont fait preuve d'une grande détermination pour rompre avec le passé : "*Through gesture after gesture the new regime distanced itself from the old regime, and then embarked on modifying old rituals and symbols and creating new ones*"[13] [Evans 1998, p.14].

Si la promotion de l'intégration nationale passe ainsi par le registre symbolique, des actions plus concrètes telles que la construction d'écoles, de routes et de dispensaires à l'échelle de l'ensemble du pays ont aussi été largement encouragées par le nouveau régime dans ce dessein de cohésion nationale.

Enfin un élément incontournable de cette première phase de la RDP Lao réside dans la collaboration privilégiée qu'entretiennent les membres du Parti avec le Viêt Nam. On a vu en effet que le mouvement communiste laotien fut dès ses origines largement dépendant du soutien politique et militaire vietnamien ; dès 1975, la RDP Lao officialise ses « relations spéciales » avec le Viêt Nam et en février 1976, une déclaration d'amitié est signée entre les deux gouvernements. Nous ne détaillerons pas ici les éléments de cette relation, de nombreux auteurs se sont intéressés aux liens tissés par les dirigeants des deux pays et à l'exclusivité de cette coopération dans les premières années du régime [Stuart Fox 1980, 1996, 2005 ; Thayer 1982 ; Goscha 2004 ; Dommen 1982].

B/ Des relations lao-thaïlandaises conflictuelles

De 1975 à la fin des années 80, les relations entre le Laos et la Thaïlande sont conflictuelles. La frontière lao-thaïlandaise met en effet en contact deux idéologies et deux régimes politiques opposés qui plus est dans un contexte de tensions internationales et de peur généralisée de la progression communiste comme l'illustre le document ci-dessous ayant pour titre : « *Wake up, Thai people*[14] ». La fermeture de la frontière apparaît de ce fait comme relativement prévisible, chacune des deux parties opérant un repli sur son territoire national.

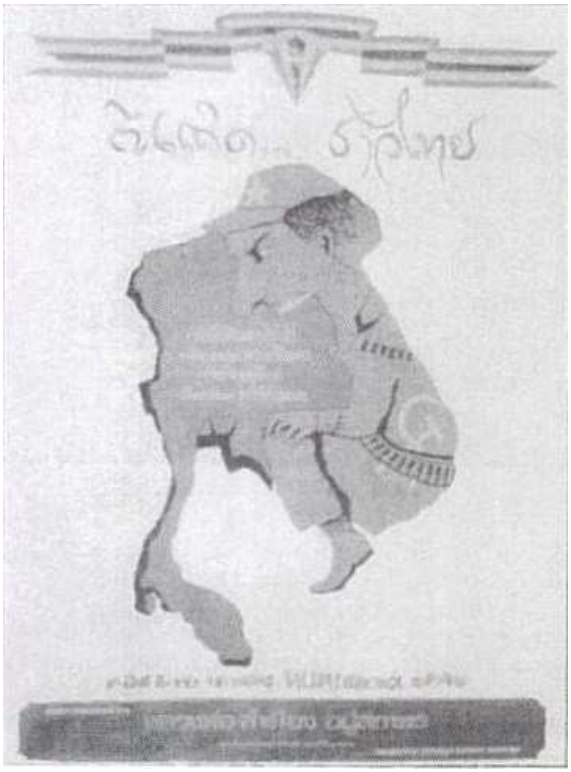
[11] « Le gouvernement de Vientiane s'est engagé dans un projet visant à créer une identité nationale, pour remplir l'espace géographique que l'histoire lui a laissé ».

[12] « Si nous remontons dans le temps jusqu'à l'époque historique de la race lao et du sentiment d'être Lao [kwam pen lao ("être Lao")], à leur capacité à maintenir leur existence, leur développement ininterrompu sur une longue période de temps, nous percevons clairement les liens culturels solides qui unissent le people lao dans une même communauté de pensée et de coeur (...) ».

[13] « Un geste après l'autre, le nouveau régime a pris ses distances vis-à-vis de l'ancien, puis il s'est attelé à modifier les vieux rituels et symboles et à en créer de nouveaux. »

[14] « Réveille-toi, peuple thaïlandais »

Document 1 - La Thaïlande face à la menace communiste : « *Wake up, Thai people* »



Source : Winichakul T. 1994.

On peut reconnaître au centre du dessin la carte de la Thaïlande. Le long de la frontière orientale apparaît l'image d'un soldat armé de cartouches portés à la ceinture. Son regard porte sur la carte thaïlandaise, sa bouche est grande ouverte en signe d'intimidation. Visiblement il s'agit d'un communiste, reconnaissable à son uniforme, l'étoile sur sa casquette, la faucille et le marteau rentrés dans sa ceinture.

De plus, de part et d'autre de la frontière-coupure, des éléments de discorde subsistent et donnent lieu ponctuellement à des conflits. Tout d'abord, l'embargo décidé par la Thaïlande déstabilise l'économie laotienne et renchérit la vie quotidienne ce qui crée le mécontentement des nouveaux dirigeants. Deux autres sujets cristallisent les tensions : la délimitation de la frontière et la question des réfugiés laotiens en Thaïlande.

Le 2 décembre 1975, jour de la proclamation de la RDP Lao, 54 000 Laotiens avaient déjà fui le pays et rejoint la Thaïlande [Robinson 1991]. Au cours des années suivantes, le flux de réfugiés ne cesse jamais et plus de 375 000 Laotiens, dont beaucoup sont issus des classes éduquées, entrent en Thaïlande, soit 10% de la population totale. Parmi eux, environ 250 000 sont ensuite accueillis aux Etats-Unis [Ibid] et dans une moindre mesure en France et en Australie. Ces départs massifs résultent d'un ensemble de facteurs liés à la politique du nouveau régime : la collectivisation, la ligne idéologique dure, l'échec de l'entreprise de stabilisation de l'économie et l'envoi des cadres de l'ancien régime en camp de rééducation [Evrard & Pholsena 2005].

Les responsables laotiens reprochent alors à l'administration thaïlandaise d'encourager l'exil des nationaux en les accueillant dans des camps de réfugiés. Plus grave, ils les accusent d'abriter des exilés politiques de l'ancien régime et de soutenir les mouvements de la résistance tant militairement que politiquement. Ces critiques sont fondées puisque jusqu'au début des années 1990, les camps de réfugiés laotiens servent en effet de base de ravitaillement à des forces de guérilla équipées en sous-main par les généraux thaïlandais afin qu'elles conduisent des opérations sur le territoire de l'adversaire et affaiblissent son potentiel offensif. Ce soutien cesse néanmoins au début des années 90, date à laquelle les signes de relâchement sont de plus en plus visibles. En 1993, les derniers réfugiés laotiens sont rapatriés sous l'égide du HCR au Laos.

En plus des contentions autour de l'exode, le tracé des frontières lao-thaïlandaises ravive régulièrement les tensions entre les deux pays. Un incident frontalier éclate en 1984 au sujet de l'appartenance de plusieurs villages limitrophes : deux articles, exposant le point de vue de chacun des deux protagonistes, relate l'événement [Ngaosyvathn 1985 ; Viraphol 1985]. Mais l'affrontement armé le plus sanglant (plusieurs centaines de morts), eut lieu entre mai 1987 et février 1988 dans les provinces de Sayabouri au Laos et de Phitsanulok en Thaïlande. Cet épisode, révélateur de l'équilibre fragile entre les deux pays, marqua durablement les mémoires.

Document 2 – Le Mékong : une ligne de rupture sous contrôle

Source : billet de banque, Laos.

L'illustration de ce billet mis en circulation dans les années 1970-1980 révèle la situation de crispation autour de la frontière au cours de cette période. Les bords du Mékong militarisés apparaissent sous haute surveillance.

En 1996, un comité mixte pour la délimitation des frontières fut crée afin d'apaiser les tensions et régler les conflits. Ce dernier a permis de borner officiellement 76% de la frontière terrestre lao-thaïlandaise, longue de 735 km. Quant à la frontière fluviale étirée sur 1 100 kilomètres, les débats commencent à peine [Pholsena & Banomyong 2004, p.40].

Il est intéressant de relever que, malgré les guerres frontalières et les disputes entre les deux pays de 1975 à la fin des années 80, des échanges économiques ont perduré. En effet, l'exportation d'électricité en provenance du barrage de la Nam Ngum (province de Vientiane) vers la Thaïlande n'a jamais cessé durant cette période. De même, dès 1976, des chercheurs thaïlandais écriventt : "*Some of the new Laotian authorities in several border towns have contacted Thai businessmen who formerly operated saw mills in Laos asking the latter to help the Laotian authorities to operate those mills*"[15] [cité dans Ngaosyvathn 1994, p.37]. Enfin, bien que la traversée du Mékong fût formellement interdite, des échanges informels et de petite envergure persistaient entre les villages limitrophes ; Andrew Walker [1999] analyse le développement de ce commerce de contrebande entre la province de Bokéo au Laos et celle de Chiang Rai en Thaïlande. Il met en évidence le rôle joué par les autorités locales laotiennes lesquelles ne prenaient pas de mesures pour empêcher ces transactions, et ce en dépit de l'interdiction.

[15] « Quelques-uns, parmi les nouvelles autorités laotiennes dans plusieurs villes situées à la frontière thaïlandaise, ont contacté des hommes d'affaires thaï qui géraient autrefois des scieries au Laos, pour leur demander de venir en aide aux autorités laotiennes et faire fonctionner ces scieries. »

A l'apogée des tensions diplomatiques entre le Laos et la Thaïlande, l'économie joue donc un rôle de passerelle entre les deux rives du Mékong, laissant entrevoir la tournure que prendra la relation entre les deux pays dans un futur proche.

C/ Fin des années 80 : des signes de rapprochement

L'échec de la collectivisation quelques années après la proclamation du nouveau régime laotien conduit ses dirigeants à libérer peu à peu l'économie. La rupture a lieu en 1986 avec l'introduction des réformes dites du NEM (New Economic Mechanism) caractérisées par la libéralisation des prix et différents changements dans plusieurs secteurs de l'économie : les entreprises d'état, la fiscalité, le commerce (libéralisation du commerce intérieur et extérieur), les taux de change, le secteur bancaire et financier et enfin les politiques d'investissements étrangers.

L'ensemble de ces réformes conduit progressivement le pays à l'économie de marché et entraîne la réouverture de la frontière avec la Thaïlande. Les villes frontalières thaïlandaises ont accueilli cette reprise des échanges avec satisfaction car elles avaient été fortement mis à l'épreuve par l'embargo décrété par Bangkok en 1975. Une étude thaïlandaise menée en 1976 dans plusieurs villes frontalières estimait en effet la baisse des volumes de vente des commerces (tant en gros qu'au détail) à plus de 60% [Ninsanand et al. 1976, p.119].

Concernant l'impact des réformes sur l'organisation interne du Laos, celles-ci s'accompagnent d'un accroissement de l'autonomie des provinces dans des domaines essentiels : recrutement du personnel administratif, budget et projets de développement, taxation aux frontières intra provinciales et surtout accords avec les provinces voisines du Vietnam et de la Thaïlande. Sur ce dernier point, Christian Taillard (1989) dit de « *cette provincialisation de la gestion territoriale* » qu'elle « *n'est pas sans danger pour l'intégration nationale* » [p.61] ; selon lui, elle privilégie en effet les relations transfrontalières au détriment des relations interprovinciales ce qui, à terme, pourrait déséquilibrer la cohésion interne du pays, d'autant plus que 9 provinces sur 18 sont frontalières avec la Thaïlande. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question de l'autonomie des provinces et de l'impact en matière d'intégration nationale et régionale.

La visite en novembre 1988 du premier Ministre thaïlandais Chatichai Choonhavan à Vientiane marque un tournant politique dans les relations entre les deux pays et officialise cette période de transition - de la frontière coupure à la frontière couture. Celui-ci déclare en effet qu'il est temps de transformer les champs de bataille en un espace ouvert par le marché (« *turning Indochina from the battlefield to a market place* »). C'est sur ce principe d'échanges et de coopération économique que les deux pays vont amorcer une nouvelle phase relationnelle.

En une quinzaine d'années, on assiste donc à un glissement de la fonction de la frontière lao-thaïlandaise : fermée et conflictuelle, elle représente tout d'abord une ligne de fracture idéologique de part et d'autre de laquelle les deux Etats évoluent séparément. Elle devient ensuite plus apaisée et apparaît alors comme le lieu privilégié de futurs développements transfrontaliers.

III - L'ouverture prudente : rapprochement et maintien à distance.

Si le rapprochement lao-thaïlandais est remarquable à partir des années 90 et se poursuit à l'heure actuelle au rythme soutenu des aménagements transfrontaliers, les relations pacifiées entre les deux pays n'en restent pas moins complexes. Celles-ci s'illustrent en effet par une alternance entre une interconnexion croissante et un maintien à distance. Ce mouvement de retenue est surtout vrai côté laotien où les dirigeants redoutent de voir la domination thaïlandaise imprégner tous les domaines de la société et plus particulièrement le champ culturel. Il convient donc de nuancer la tendance au rapprochement engagé par les deux pays et de parler d'ouverture prudente, mélange d'attraction et de défiance qui donne à la relation toute son ambivalence.

A/ De la signature d'accords aux infrastructures : une coopération croissante

L'ouverture de la frontière lao-thaïlandaise et l'interdépendance croissante entre les deux pays s'observe tant au travers d'accords diplomatiques que du développement d'infrastructures de liaison, autant de points de jonction le long de l'axe frontalier.

• Traités et accords

Le rapprochement entamé à la fin des années 1980 se concrétise en avril 1994 par la signature officielle d'un traité d'amitié et de coopération entre les deux pays confirmant la volonté du Laos de vivre en bonne harmonie et sécurité avec la Thaïlande.

Ce rapprochement bilatéral s'inscrit en outre dans un contexte d'intégration régionale dynamique. En 1992, la Banque Asiatique du Développement (BAD) lance dans la péninsule un vaste programme de coopération portant le nom de *Greater Mekong Subregion*[16] (GMS) dont l'objectif vise à renforcer les relations économiques entre les pays membres[17] avec la signature de traités de libre échange, d'accords sur la sécurité et l'aménagement d'infrastructures de transport. « *Le Mékong n'est plus un facteur de division mais un trait d'union, symbole d'un nouvel esprit de coopération* » [propos du président de la BAD, 1992 cité dans Taillard 2005, p.74].

Ainsi de marge territoriale, les zones frontalières de la péninsule indochinoise acquièrent le statut de nouveaux centres dynamiques : « *Thailand's borders have transformed from backwater culs-de-sac to areas whose vibrancy is created by the very fact of their spatially transitional status. Northeastern Thailand is transformed in the GMS discourse from economic backwater to geographical centre or crossroads of the regional economic powerhouse* »[18] [Hirsch 2009, p.129]. Ce qui est vrai pour les frontières thaïlandaises, l'est également pour les frontières laotiennes.

[16] Grande Région du Mékong

[17] Six pays sont intégrés au GMS : le Cambodge, la Chine (province du Yunnan), le Laos, Le Myanmar, la Thaïlande et le Viêt Nam.

[18] « Les frontières thaïlandaises, ces cul-de-sac retirés, se sont transformées en zones de grande activité grâce à leur seul statut de transition spatiale. Dans le discours de la sous-région du grand Mékong, de désert économique, le nord-est de la Thaïlande est devenu centre géographique ou carrefour du dynamisme économique de la région. »

Enfin, en juillet 1997, le Laos devient membre de l'ASEAN[19] (ou ANASE, Association des Nations de l'Asie du Sud-Est), franchissant un pas de plus vers l'intégration régionale, cette adhésion lui permettant en outre de s'affranchir de la domination thaïlandaise à sens unique par la multiplication de partenariats potentiels[20].

- **Des aménagements transfrontaliers en plein essor**

Le rapprochement engagé par traité entre les deux pays se concrétise dans l'aménagement de l'axe frontalier avec la construction d'infrastructures de liaison (ponts) et la mise en place de navettes transfrontalières. Ces projets constituent autant de traits d'union en différents points de la frontière et connectent toujours plus les territoires et les populations limitrophes.

- *Le pont de l'Amitié : infrastructure symbole*

L'ouverture en avril 1994 du pont de l'Amitié reliant Vientiane à Nong Khai marque un tournant symbolique dans la connexion des deux pays. Réalisé grâce à un financement australien, il s'agit en effet du premier pont sur le Mékong reliant directement la RDP Lao et la Thaïlande (document 3). La cérémonie inaugurale a constitué un événement en soi avec la présence remarquée du roi et de la reine thaïlandais après de longues décennies de repli au cours desquelles aucune visite officielle ne fut organisée.

Document 3 – Le pont de l'Amitié, premier pont sur le Mékong

Source : Administration des Postes, Laos.

[19] Fondé en 1967 à Bangkok, l'ASEAN regroupe 10 pays membres: l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines, Singapour, la Thaïlande (tous les 5 ayant adhéré en 1967), le Brunei (1984), le Viêt Nam (1995), le Laos (1997), le Myanmar (1997) et le Cambodge (1999).

[20] « Maintenant [que le Laos est membre de l'Asean], la Thaïlande devra y réfléchir à deux fois avant de faire usage de la force. Ce n'est plus comme en 1988 » [date faisant référence au dernier et très sérieux conflit frontalier]. Ce propos relevé en 2002 par Vatthana Pholsena au cours d'un entretien avec le directeur général du département de l'Asean au Ministère des Affaires Etrangères laotien illustre bien le changement de posture qu'implique l'adhésion à l'association régionale pour le Laos [Pholsena & Banomyong, 2004, p.40].

Long de 800 mètres, le pont se situe à 2 kilomètres de Nong Khai et à 22 km du centre de Vientiane. Comparé à la traversée du Mékong à bord d'un ferry, le passage par le pont est plus rapide et confortable. Ouvert dans un premier temps 10 heures par jour (de 8h00 à 18h00), les horaires du pont furent modifiées en 2002 et passèrent de 6h00 à 22h00 soit 16 heures de service quotidien. Concernant les véhicules d'urgence tels que les ambulances (photo 1), celles-ci furent tout d'abord autorisées à traverser aux heures d'ouverture puis dès 2002 à toute heure du jour et de la nuit.

Photo 1 – Une ambulance thaïlandaise sur le territoire laotien, pont de l'Amitié, Vientiane

Source : A. Bochaton, mars 2008

Depuis son ouverture, le passage du pont a donc été simplifié et sa plage horaire allongée en vue de rendre le franchissement de la frontière toujours plus facile. De même, alors que les tarifs pratiqués par l'administration laotienne pour le passage des camions et des véhicules personnels étaient relativement dissuasifs dans un premier temps afin de se protéger d'une trop grande influence du voisin thaïlandais, ceux-ci diminuèrent ensuite. « *Les accords lao-thai sur les échanges frontaliers adoptés en 2004 dans le cadre de la libéralisation des échanges dans la région du grand Mékong, ont permis de diviser par 5 le coût aller et retour d'un camion (de 5 000 à 1 000 baht), et de réduire de moitié la durée de franchissement de la frontière* » [Taillard 2005, p.76]. Le détail des tarifs appliqués d'un côté et de l'autre du pont est présenté en annexe 1.

Malgré les barrières tarifaires appliquées au cours des premières années de la mise en service du pont, les échanges se développèrent intensément. Entre 1994 et 2004, le fret a en effet été multiplié par 4,6 (passant de 2,7 à 12,3 milliards de bahts) et les mouvements de voyageurs par 14,6 (de 55 000 à 800 000 personnes) [Ibid]. Cet essor des échanges n'est néanmoins pas équilibré puisque les importations en provenance de la Thaïlande ont progressé plus vite que les exportations en direction de la Thaïlande : si les premières ont été multipliées par 8 en valeur entre 1989 et 2001, les secondes ont été multipliées par 2 seulement au cours de la même période [AusAID 2002].

Une étude sur les utilisateurs du pont menée entre novembre 2001 et janvier 2002 par le programme d'aide au développement australien montre la vocation régionale de l'infrastructure puisque 58,5% des voyageurs sont laotiens, 31,2% thaïlandais et 10,3% d'autre nationalité. Les flux se déploient donc inégalement selon le sens de la traversée, le poids des Laotiens s'expliquant par leur attirance à l'égard des centres commerciaux thaïlandais, ceux-ci proposant une profusion de produits de consommation et de services tels que des cinémas ; l'étude montre en outre que l'activité des bus traversant le pont augmente de 55% le week-end ce qui met en évidence l'association entre le passage de la frontière et des activités de loisir. Si les Laotiens se rendent en grande majorité en Thaïlande pour des activités personnelles, incluant du shopping,

des recours aux soins ou encore la participation à de grandes foires (annexe 2), les Thaïlandais viennent au contraire au Laos pour faire des affaires comme, par exemple, pour ouvrir un commerce.

Le pont de l'Amitié apparaît donc comme un accélérateur d'échanges entre les deux rives du Mékong. Néanmoins, malgré cet aspect positif qui contribue au développement économique des deux pays, le régime laotien le considère aussi comme le symbole de son entrée dans l'ère du consumérisme avec toutes ses dérives possibles. « *It has become […] a symbol of consumerism and materialism in the eyes of many in Laos. The weekend shopping enjoyed by the small, but growing Lao urban middle class is specially targeted, denounced as "antipatriotic" and those who practice it as "corrupted by Thai capitalism"*»[21] [Pholsena 2007, p.54]. La presse thaïlandaise s'est fait l'écho de ce point de vue distillé côté laotien, un article du quotidien *the Nation* intitulait ainsi un de ces articles daté du 19 janvier 2002 : « *Friendship Bridge in name only* »[22].

Même si les effets de la construction du premier pont sur le Mékong sont perçus comme équivoques, la logique de mise en connexion du Laos et de son voisin thaïlandais se poursuit cependant à un rythme soutenu avec la construction d'autres infrastructures : en décembre 2006 était en effet inauguré le pont reliant Savannakhet à Mukdahan financé par la coopération japonaise (carte*/D4). Si les journaux laotiens et thaïlandais ont dans un premier temps relayé l'événement officiel dans un souci d'impartialité et afin de souligner les promesses du nouvel aménagement, de vives altercations par articles interposés ont néanmoins pris le relais. En effet, quelques jours après l'inauguration, la presse laotienne[23] ripostait de manière virulente à un article paru le 25 décembre 2006 dans le Bangkok Post[24], dans lequel l'auteur thaïlandais affirmait que le nouveau pont représentait un grand espoir pour les prostituées laotiennes qui pourraient ainsi vendre leur service à un plus grand nombre de visiteurs. La mise en service du pont ouvre en effet le débat de la diffusion des maladies sexuellement transmissibles et de l'augmentation des délits[25] mais le traitement de ce sujet sensible orchestré par les médias souligne l'ambivalence des relations entretenues entre le Laos et la Thaïlande, entre une ouverture recherchée et une paradoxale résistance à cette ouverture illustrée par la persistance de questions épineuses entre les deux pays.

Enfin et malgré les controverses soulevées autour des ponts enjambant le Mékong, deux autres projets sont prévus dans un futur proche : entre Houaxay et Chiang Khong (carte*/B2) ainsi qu'entre Thakhek et Nakhon Phanom (carte*/D4).

[21] « C'est devenu (…) un symbole du consumérisme et du matérialisme aux yeux de nombreux Laotiens. Particulièrement visé, le shopping du week-end dont profite la classe moyenne urbaine laotienne, peu nombreuse, mais qui se développe, dénoncée comme "antipatriotique", et ceux qui le pratiquent, jugés "corrompus par le capitalisme thaï". »

[22] « Le pont de l'amitié, sur le papier seulement ».

[23] Le Rénovateur, 10 Janvier 2007, p.7 : « Le deuxième pont de l'Amitié n'a rien à voir avec la prostitution »

[24] Bangkok Post, 25 Décembre 2006, np : « *Lao girls place hopes on bridge* »

[25] Bangkok Post, 19 Décembre 2006, np : «*Thai-Lao bridge opening sparks crime fears*»,
Bangkok Post, 27 Décembre 2006, np «Spread of diseases by travellers to be monitored»,
Vientiane Time, 8 Janvier 2007, p.8: «Will the Savannakhet-Mukdahan bridge bring good or ill? »

- *Multiplication des transports transfrontaliers*

Outre la construction d'infrastructures de liaison, les gouvernements thaïlandais et laotiens ont mis en place des navettes transfrontalières qui renforcent les liens et les capacités d'interaction en différents points de passage. Les bus (photo 2) d'une capacité de 45 places desservent des gares routières situées de part et d'autre de la frontière et évitent ainsi aux usagers d'avoir à changer plusieurs fois de véhicules au cours du trajet : à l'exception des voyages en voiture personnelle, un itinéraire classique entre Vientiane et Nong Khai nécessite en effet au minimum trois moyens de transport. Les premières navettes furent inaugurées en 2004 entre Vientiane et Nong Khai ainsi qu'entre Vientiane et Udon Thani avec un gain de confort et de rapidité indéniable pour les voyageurs (annexe 3).

Depuis les liaisons se sont multipliées : il en existe entre Savannakhet et Mukdahan (2006), Pakse et Ubon Ratchatani (2006) et plus récemment entre Vientiane et Khon Kaen (2008).

Photo 2 - Navettes transfrontalières entre Savannakhet et Mukdahan

Source : A. Bochaton

Une innovation toute récente est la mise en service en mars 2009 d'une ligne de chemin de fer enjambant le pont de l'Amitié entre la gare de Nong Khai et celle de Dongphosy, un village situé dans la périphérie de Vientiane à 3,5 kilomètres de la frontière (photo 3). Il s'agit de la première ligne ferroviaire au Laos et l'ouvrage se poursuit actuellement plus à l'intérieur du territoire afin de construire une gare ferroviaire proche du centre de Vientiane dans le village de Houakhoua. La Thaïlande et la France financent conjointement le projet à hauteur de 4,6 et 5 millions de dollars [Taillard 2005, p.90] et le maître d'œuvre des travaux est une société thaïlandaise.

D'après un article du *Rénovateur* datant du 17 août 2009 (annexe 4), plus de 10 000 personnes avaient déjà pris le train 6 mois après sa mise en fonction, témoignant d'un engouement certain. Les passagers sont plus nombreux en provenance de Thaïlande que partant du Laos, ce déséquilibre pouvant certainement s'expliquer par la plus grande habitude des Thaïlandais vis-à-vis de ce mode de déplacement par rapport aux Laotiens pour qui son apparition est encore récente.

Photo 3 – Construction de la gare et de la ligne de chemin de fer, Vientiane, mars 2008.

Source : A. Bochaton

Un dernier élément nous semble particulièrement intéressant pour illustrer la logique de rapprochement initiée par les deux pays : l'aéroport de Savannakhet est en cours de transformation en aéroport international partagé qui desservira les deux villes se faisant face sur le moyen Mékong (Savannakhet et Mukdahan). Cette réalisation constitue une première régionale ; le coût estimé à 1,2 milliard de bahts est financé par les deux pays [Taillard 2009, p.8].

Routière, ferroviaire ou aérienne, la coopération en matière d'aménagements transfrontaliers est soutenue et tend à mettre en réseau les territoires laotiens et thaïlandais. Des corridors transfrontaliers se construisent ainsi à cheval sur la frontière en différents points. Comment les pratiques des populations limitrophes s'en trouvent-elles modifiées ? Observe-t-on des changements dans les comportements en relation avec cet accès facilité à la rive opposée ? Comment les recours aux soins transfrontaliers s'inscrivent-ils dans le mouvement plus global de transformation ?

B/ Les rapports de force : entre continuité et changement

Si le mouvement d'intégration régionale contribue à la redéfinition de la relation géopolitique entre le Laos et la Thaïlande et à l'accroissement des mobilités de part et d'autre de la frontière, qu'en est-il des représentations ? La perception du voisin - l'Autre - façonnée au cours de l'histoire est-elle modifiée dans ce mouvement global de rapprochement ou au contraire reste-t-elle inchangée ? Le rapport de domination qu'exerçait la Thaïlande sur le Laos au cours des siècles passés est-il en passe de disparaître ou est-il renforcé dans ce nouveau contexte relationnel ?

• Persistance de la domination thaïlandaise

Vatthana Pholsena et Ruth Banomyong parlent d'une « *vision panthaïlandaise économique et culturelle* » pour qualifier actuellement les ambitions expansionnistes du puissant pays sur ses voisins de la région : « *la vision des leaders thaïlandais demeure inchangée. Elle est basée sur une conception traditionnelle, « une communauté imaginaire », dont les frontières dépassent celles des territoires actuels du royaume de Thaïlande* » [Pholsena & Banomyong 2004, p.71]. Ces propos rapportés d'un entretien avec un universitaire thaïlandais (2002) mettent l'accent sur la continuité du rapport de force entre le Laos et la Thaïlande, les termes de la relation ayant néanmoins changé.

- *Une culture sous influence*

Une étude réalisée par l'université Chulalongkorn à Bangkok [Theeravit & Semyaem 2002] s'est intéressée à la perception qu'ont actuellement les Laotiens (des populations civiles aux dirigeants du pays) de leur voisin thaïlandais. Alors que dans le passé, environ 70% de la population considérait la Thaïlande comme une menace, ce sentiment ne concerne plus que 35% des répondants au début des années 2000. Cette évolution traduit la pacification de la relation entre les deux pays. Néanmoins la même étude met en évidence que 40% des Laotiens se sentent quotidiennement ridiculisés et humiliés par les animateurs et chanteurs de la télévision thaïlandaise (plaisanteries déplacées et inappropriées). De même, 49% des répondants pensent que les médias thaïlandais sont à l'heure actuelle le pire ennemi du Laos au contraire des universitaires et de la famille royale considérés comme des alliés du régime.

Si la crainte d'une domination idéologique et militaire de la Thaïlande sur le Laos n'a plus de raison d'exister aujourd'hui, le rapport de force reste néanmoins inchangé, l'influence thaïlandaise s'étant seulement déplacée vers les champs de l'économie et de la culture. C'est sur l'aspect culturel que nous porterons plus précisément notre attention.

De nombreux chercheurs travaillant sur le Laos contemporain soulignent le dilemme dans lequel se trouvent les dirigeants laotiens : entre une ouverture économique nécessaire au développement du pays, un désir de modernité et la volonté de préserver une identité nationale intacte de toute influence étrangère [Pholsena 2007]. Les cadres du Parti redoutent en effet « *les dangers d'une érosion culturelle et sociale par des forces externes* » [Ibid, p.46], crainte parfaitement illustrée par une directive adoptée en 1994 à la suite du Ve congrès : « *parallèlement à la réussite [dans la construction et le développement d'une culture nationale], de nombreux phénomènes indésirables sont apparus, tels que : un mode de vie basé sur la course à l'argent, la mode, des fausses croyances qui se répandent rapidement (en particulier au sein de notre jeunesse qui ne connait pas les traditions et les coutumes, ni la gracieuse culture nationale). […] Des influences culturelles étrangères pénètrent dans le pays et ont un impact négatif sur l'héritage culturel national. Elles rendent floues l'identité et la culture nationales, et même pire, les effacent progressivement* » [cité dans Pholsena & Banomyong 2004, p.75]. Bien que la Thaïlande ne soit pas explicitement citée, elle apparaît à l'évidence au cœur des mécanismes d'acculturation décrits dans ce document officiel. Le titre d'un article rédigé par Houmphanh Rattanavong (1995) « *the fast Siamisation of Lao culture today: a serious cause for concern to the Lao people* »[26] est édifiant et alimente l'idée d'une menace imminente en provenance de la rive opposée du Mékong.

Si les craintes ne sont pas dissimulées côté laotien, comment se manifeste concrètement l'hégémonie culturelle thaïlandaise à l'origine de ce sentiment ?

En relation avec l'organisation territoriale spécifique du pays, plus de la moitié de la population laotienne vit à moins de 50 km de la Thaïlande et entre 70 et 75% des Laotiens sont connectés aux médias thaïlandais, tant télévisuels que radiophoniques [Pholsena 2007, p.53]. Les programmes thaïlandais regardés par les Laotiens sont par ordre décroissant le journal d'information et les nouvelles internationales, les émissions de divertissement et les séries [Institut de recherche culturelle, Ministère de l'Information et de la Culture au Laos 1998]. Outre la fonction de distraction qu'offrent les programmes thaïlandais comparés aux programmes nationaux, les dirigeants laotiens les considèrent comme une manière de conditionner le téléspectateur laotien dans sa perception de la Thaïlande, mise en scène dans ses aspects désirables et tentants. Plus grave, des officiels laotiens accusent les médias thaïlandais de favoriser la montée du consumérisme au Laos, d'encourager des manières et des tenues vestimentaires incorrectes au détriment des vêtements traditionnels ou pire de pousser au crime [Vipha 2001].

[26] « La siamisation rapide de la culture laotienne aujourd'hui : un sérieux sujet d'inquiétude pour le peuple laotien. »

Ainsi en réponse à la place grandissante de la télévision thaïlandaise dans les foyers et les esprits des Laotiens, le gouvernement a mis en œuvre plusieurs stratégies, du détournement à l'interdiction. En 1994, des dirigeants laotiens invitent la compagnie thaïlandaise *Télécom Shinawatra*[27] à établir une chaîne télévisée IBC[28]-Lao afin d'offrir un programme proche de ceux réalisés en Thaïlande mais en langue lao. En formant un tel projet, l'objectif du gouvernement est de détourner la population laotienne des chaînes thaïlandaises. Cependant, après une année de fonctionnement, la chaîne a brusquement cessé d'émettre au motif que certains programmes étaient trop violents et incitaient à des comportements déviants. La chaîne constituait en outre une distraction superflue pour les écoliers laotiens [Butler-Diaz J. 2005]. L'influence de la télévision thaïlandaise a continué à se développer au sein des territoires frontaliers laotiens à tel point qu'en 2004, le gouvernement a interdit toute diffusion de ces programmes dans les lieux publics, incluant les restaurants, les hôtels, les stations de bus et les marchés [Askew et al. 2007, p.180]. Dans la même perspective, 70% de la musique jouée en public dans les bars et les discothèques au Laos est censé être issu du répertoire national, les 30% restant étant réservés aux tubes étrangers [Ngaosyvathn 1994].

La télévision thaïlandaise, en plus de son impact sur les comportements, se répercute sur l'apprentissage de la langue thaïe et semble de ce fait contribuer à une transformation de la langue lao. Dans une enquête menée à Vientiane en 1997-1998, 91% des enquêtés (n=2003) disent comprendre le thaïlandais et 73% le parler. La télévision et la radio apparaissent comme les deux premiers vecteurs de cette diffusion du thaï au Laos [Institut de Recherche Culturelle, Ministère de l'Information et de la Culture 1998, p.57]. Cette influence sur la langue, socle de l'identité nationale, constitue une autre source d'inquiétude pour le régime : « *the pressures on Lao as a langage are many of the same pressures as those on Laos as a nation. […] The Lao are keenly aware of the need to maintain and delineate their nationhood in the face of pressures from outside, most notably those from Thailand* »[29] [Enfield 1999, p.258]. Nick Enfield a ainsi pu relever des glissements linguistiques du thaï vers le lao : par exemple, l'adjectif thaï « *ruaj* » qui signifie riche, est utilisé à Vientiane pour faire référence aux nouveaux riches de la capitale laotienne et à leur mode de vie moderne. Aussi, le mot travail circule de plus en plus au Laos sous sa forme thaï « *ngaan* » pour qualifier les cols blancs tandis que le terme lao « *viak* » se réfère plus aux travaux manuels [Ibid, p.285].

D'autres exemples enfin peuvent être cités pour illustrer la manière dont la culture laotienne est directement ou indirectement sous influence : le fort pouvoir économique de certains Thaïlandais leur permet de restaurer des temples bouddhistes laotiens ce qui tend certes à préserver le patrimoine mais peut être aussi mal interprété. Dans un tout autre domaine, le fait qu'il existe des interactions croissantes entre des hommes d'affaires thaïlandais et des partenaires laotiens, peut contribuer à faire évoluer les comportements, les pratiques et les modes de pensée de ces derniers. Enfin un nombre croissant d'étudiants laotiens suivent leurs études en Thaïlande et sont de la même manière imprégnés du mode de vie thaïlandais. Tous ces éléments contribuent à alimenter la crainte d'une domination thaïlandaise diffuse.

L'équilibre des forces entre le Laos et la Thaïlande à la faveur du second persiste tel qu'il existait par le passé mais se joue dans de nouveaux domaines, ceux de l'information, les médias, la culture et le langage. Aux conflits frontaliers mobilisant les armées des deux pays se substituent dès lors des conflits d'un genre nouveau.

[27] Une partie du vaste conglomérat de Thaksin Shinawatra, ancien premier ministre thaïlandais (2001-2006)

[28] International Broadcasting Corporation

[29] « Les pressions que subit le laotien en tant que langue sont en grande partie les mêmes que celles que subit le Laos en tant que nation. (…) Les Laotiens sont profondément conscients du besoin de maintenir et définir leur identité nationale face aux pressions de l'extérieur, plus particulièrement celles issues de Thaïlande. »

- *Des conflits d'un genre nouveau*

Deux événements seront rapportés ici pour illustrer les crises diplomatiques traversées par les deux pays ces dernières années.

En 2000, une chanteuse de pop thaïlandaise fit des remarques désobligeantes à l'égard des Laotiens au cours d'une émission télévisée. De ces insultes est née une polémique sur la question de la fierté nationale, le tout alimenté par la presse laotienne dont est tiré l'extrait suivant :

« *If Nicole (the Thai singer) lacked the education to be able to make a distinction between what is right or wrong, the Lao people would not bear a grudge for her naivety. But, on the contrary, she has received a good education, has a rather high living standard, as well as a certain degree of fame. So, how could one forgive her for what she said? The only one explanation left is she intentionally meant to harm Laos' dignity and reputation, which is unacceptable. If Laos is a small under-developed country, the Lao people, on the contrary, morally and intellectually, are not inferior to any other people* »[30] [Vientiane Mai, 25 avril 2000 cité dans Pholsena 2007, p.74].

En 2006, un incident de nature similaire est survenu à la suite de la sortie d'un film thaïlandais *Mak Te* (qui signifie football en thaïlandais). Le film, dans le genre comique, caricaturait l'équipe de foot laotienne lors de la coupe du monde qui, selon les journaux laotiens, était ridiculisée, l'ironie portant atteinte à l'ensemble du peuple lao. Le Ministère des Affaires Etrangères laotien est intervenu dans cette affaire auprès du gouvernement thaïlandais et est parvenu à faire retirer le passage concernant les joueurs laotiens, jugé insultant et de nature raciste pour l'ensemble des concitoyens [Vorapheth 2007, p.170].

Ces deux moments de tension entre le Laos et la Thaïlande constituent un petit échantillon des vexations que disent subir les Laotiens via les médias thaïlandais. Bien que les relations soient apaisées sur le plan politique, les conflits entre les deux peuples subsistent dans une configuration nouvelle.

- *Réactiver une tradition et des symboles en guise de résistance*

Dans le contexte d'hégémonie économique et culturelle thaïlandaise, le gouvernement laotien tente d'organiser tant bien que mal une résistance. Si cette opposition a déjà été abordée concernant le domaine télévisuel, elle est ici présentée dans une plus large perspective.

Grant Evans (1998) dans son ouvrage "*The politics of ritual and remembrance: Laos since 1975*"[31] montre comment le nouveau régime, après la ligne dure et la volonté de rupture des premières années, réinvestit d'anciens symboles, antérieurs à la proclamation de la RDP Lao, afin d'asseoir sa légitimité auprès de la population et créer le sentiment d'une identité nationale. Ces symboles, qu'il s'agisse du respect de la monarchie « *Recalling Royalty* », de monuments, de rites, de traditions viennent remplir le vide crée après 1975 et apparaissent d'autant plus nécessaires pour créer un contrepoids à l'influence thaïlandaise.

Pour reprendre la thèse de Vatthana Pholsena, la mobilisation de ces symboles du passé et leur inscription dans une continuité historique spécifique au Laos constituent pour les dirigeants du Parti un moyen efficace de se doter d'une légitimité tant interne qu'externe comme ligne de

[30] « Si Nicole (la chanteuse thaï) manquait de l'éducation nécessaire pour faire la distinction entre ce qui est bien et mal, le peuple laotien ne lui tiendrait pas rigueur de sa naïveté. Mais, au contraire, elle a reçu une bonne éducation, a un niveau de vie plutôt élevé, ainsi qu'un certain degré de célébrité. Alors comment lui pardonner ce qu'elle a dit ? La seule explication possible est qu'elle souhaitait intentionnellement blesser la dignité et la réputation du Laos, ce qui est inacceptable. Si le Laos est un petit pays sous-développé, le peuple laotien, en revanche, n'est pas inférieur moralement et intellectuellement aux autres peuples. »

[31] « La politique du rituel et du souvenir : le Laos depuis 1975 »

défense face aux incursions thaïlandaises : « *I likewise argue that the politics of culture in the Lao PDR are being shaped both internally and externally. I argue that two dyadic relations shape national identity in post-socialist Laos. The first relation uses the representation of ethnic minorities to strengthen the national culture. […] The second relation – between Thailand/the West and Laos – is based on an ideological dichotomy: Thailand appears as an anti-model, the core of which is viewed as being contaminated by the ill-effects of capitalism. Laos, by contrast, tries to define itself as a virtuous nation by applying a moral discourse; in other words, by claiming an authenticity lost by Thailand*"[32] [Pholsena 2007, p.53].

Nous ne développerons pas ici les nombreux exemples allant dans le sens d'une réappropriation des symboles et de l'affirmation de l'authenticité laotienne, mais les ouvrages de Grant Evans (1998) et Vatthana Pholsena (2007) offrent un éclairage très intéressant sur la question.

- **Nostalgie et recherche d'authenticité : nouveau regard des Thaïlandais sur le Laos**

Si nous avons jusqu'à présent mis l'accent sur les rapports de domination de la Thaïlande sur le Laos, il convient aussi de considérer la relation inverse. Dans quelle mesure le Laos exerce-t-il une influence sur la Thaïlande et quelle est la nature de celle-ci ?

A partir du début des années 90, la princesse thaïlandaise Sirindhorn, anthropologue de formation, a effectué de nombreuses visites au Laos à la rencontre des populations tant lao qu'issues des minorités ethniques. Suite à ces déplacements princiers, les touristes thaïlandais ont à leur tour commencé à affluer au Laos dans une recherche d'authenticité, celle de traditions encore épargnées par la mondialisation. « *Lao society and culture appear in the eyes of those Thai longing for genuineness what Thailand was before, that is, before the double effects of modernization and globalization. Their visit to the other side of the Mekong River is not merely a trip though space but also, and perhaps above all, a journey through time* »[33] [Pholsena 2007, p.54][34].

Autre signe de l'intérêt croissant de la Thaïlande vis-à-vis de ses voisins directs et plus particulièrement du Laos, des centres d'études portant sur des thématiques régionales ont vu le jour dans plusieurs universités thaïlandaises : à l'université Chulalongkorn à Bangkok, il existe ainsi un programme interdisciplinaire d'études du Sud-Est asiatique dirigé par le Professeur Supang Chantanavich. Un programme intitulé *Mekong Ethnographies of Cross-Border Cultures*[35] est mené dans le cadre du centre d'anthropologie Sirindhorn à Bangkok. Enfin un master d'études régionales a ouvert récemment à Chiang Mai.

Cette représentation nostalgique du Laos par les Thaïlandais appuie l'idée (du moins celle de ses dirigeants) selon laquelle le pays doit jouer la carte de la différence comme meilleur moyen de

[32] « J'avance, en outre, que les politiques culturelles de la République démocratique et populaire du Laos sont déterminées à la fois de l'intérieur et de l'extérieur. Je soutiens que deux relations dyadiques influencent l'identité nationale dans le Laos post-socialiste. La première de ces relations utilise la représentation des minorités ethniques pour renforcer la culture nationale. (…) La seconde (entre la Thaïlande / l'Occident et le Laos) repose sur une dichotomie idéologique : la Thaïlande apparaît comme un anti-modèle, foncièrement contaminé par les effets négatifs du capitalisme. Le Laos, par contraste, tente de se définir comme une nation vertueuse en appliquant un discours moral ; en d'autres termes, en revendiquant une authenticité perdue par la Thaïlande. »

[33] « Aux yeux de ces Thaïlandais en manque d'authenticité, la société et la culture laotiennes évoquent la Thaïlande d'autrefois, autrement dit, avant le double effet de la modernisation et de la mondialisation. Leurs incursions de l'autre côté du Mékong ne sont pas simplement un voyage dans l'espace, mais aussi et peut-être par-dessus tout, un voyage dans le temps. »

[34] Sur cette thématique, voir aussi : Craig J. Reynolds, 1998. "Globalization and Cultural Nationalism in Modern Thailand" in *Southeast Asian Identities: Cultures and the Politics of Representation in Indonesia, Malaysia, Singapore, and in Thailand,* St Martin's Press-Institute of Southeast Asian Studies, New York-Singapore, pp.115-145.

[35] Les ethnographies des cultures transfrontalières du Mékong

résister à l'influence de son voisin. La préservation d'une tradition est ainsi fréquemment et fièrement invoquée par les Laotiens pour exprimer leur réticence envers l'emprise culturelle thaïlandaise et plus largement occidentale.

Pour conclure sur l'évolution récente des rapports de force entre le Laos et la Thaïlande, on retiendra l'idée suivante : malgré la libéralisation économique et l'ouverture de ses frontières au cours des années 90, la RDP Lao garde ses distances vis-à-vis de son voisin dont l'influence va pourtant grandissante. Cette réalité nous amène à parler d'ouverture prudente qui consiste à entretenir des relations amicales dans l'optique de retombées économiques réciproques tout en veillant à préserver son intégrité nationale[36]. Un exemple nous permet d'illustrer la duplicité de cette relation : Khamphoui Keoboualapha, homme politique originaire de la province de Champassak ayant atteint le poste de premier Ministre adjoint, avait la réputation d'entretenir des liens avec des investisseurs thaïlandais. En mars 1996, à l'évidence trop proche de ces derniers, il fut évincé du bureau politique et du comité central après le 6ème congrès du Parti.

Tout au long de la construction des états laotien et thaïlandais - à compter de la fin du XIXe siècle - et quel que fût le degré d'ouverture et de fermeture de la frontière, la relation entre les deux pays n'a jamais cessé d'être double, faite d'attraction et de répulsion. Et bien qu'ils soient souvent qualifiés de *pays frères* au regard de leur proximité géographique, linguistique et culturelle, la domination persistante de la Thaïlande sur le Laos cultive un sentiment de défiance. Si les Thaïlandais ne sont plus perçus aujourd'hui comme des agresseurs au sens propre, ils demeurent néanmoins les « autres », ce qui tend à expliquer le titre d'un article paru dans le quotidien thaïlandais *The Nation* : « *More than a river divide us*[37] » (3 mai 2002).

Pour finir, il est intéressant de relever que les ouvrages sur le Laos écrits dans une perspective historique ou contemporaine, traitant des aspects politiques, sociaux ou économiques, abordent presque tous la question thaïlandaise de manière directe ou indirecte. Pour comprendre le Laos aujourd'hui, on ne saurait donc se passer d'un regard posé par delà le Mékong et, dans ces circonstances, travailler sur les mobilités transfrontalières revient à mieux comprendre le Laos contemporain.

[36] On retrouve bien cette idée d'équilibre, relation prise entre deux pôles contraires, dans le titre évocateur d'un chapitre d'ouvrage : « *Laos and Thailand: The balancing of conflict and accommodation* » (*Laos et Thaïlande : l'équilibre entre conflit et compromis*) [Van der Kroef J.M. 1982].

[37] « Plus qu'un fleuve nous sépare »

CHAPITRE 2 : DES DEVELOPPEMENTS DECALES : UN ECART ECONOMIQUE ET SANITAIRE

D'après Jean Gottmann [1952], « *la frontière est une ligne ; elle limite l'espace sur lequel s'étend une souveraineté nationale. Le long de la frontière, deux souverainetés entrent en contact et s'opposent : de part et d'autre de cette ligne, tracée d'abord sur une carte, démarquée ensuite sur le terrain, les autorités ne sont pas les mêmes, les lois ne sont pas les mêmes ; donc, l'organisation des sociétés diffère* ». La citation révèle bien la double réalité frontalière. Elle est un lieu d'échange où se tissent des relations, conflictuelles ou de bonne entente, objet de notre premier chapitre. La frontière est aussi une ligne de part et d'autre de laquelle s'établissent des institutions politiques, économiques et sociales spécifiques à chacun des deux nations. Dans le cas lao-thaïlandais, les aléas de l'histoire expliquent dans une large mesure le différentiel de développement d'une rive à l'autre du Mékong ; ce second chapitre va tenter d'en dresser le tableau avec un éclairage particulier porté sur les secteurs économique et sanitaire constituant le terreau des recours transfrontaliers.

I - Un pays émergent, un pays en développement

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classe chaque année les pays selon un Indice de Développement Humain (IDH), résultat de la compilation d'indicateurs économiques, sociaux, sanitaires, etc. En 2007-2008, le Laos était au 130ème rang sur 177 pays classés tandis que la Thaïlande arrivait au 78ème rang. Cet indice synthétique permet ainsi de prendre rapidement conscience des disparités de développement existant d'un côté et de l'autre de la frontière lao-thaïlandaise.

Au-delà du simple constat, il convient de comprendre comment les trajectoires spécifiques aux deux pays ont conduit à une telle situation.

A/ Des histoires économiques singulières

Dans la péninsule du Sud-Est asiatique, « *les différences de niveau de développement par pays s'expliquent essentiellement par le passé colonial et la façon dont s'est déroulée une décolonisation qui s'est accompagnée de guerres* » [Bruneau 2006, p.157]. Au moment où la Thaïlande jette les bases d'un développement économique solide dans un contexte politique stable, le Laos de l'après protectorat est divisé en deux et subit les répercussions de la guerre du Vietnam.

Si la Thaïlande se modernise dès le règne du roi Chulalongkorn (1868-1910), elle présente encore, dans les années 50, un profil de pays en voie de développement au regard de plusieurs éléments : une large population rurale, un manque d'infrastructures de transport et de communication, des activités peu diversifiées et un faible potentiel industriel. Le pays est néanmoins pacifique et prospère, n'ayant ni passif colonial à régler ni implication dans les conflits qui déstabilisent la région. En outre, la Thaïlande bénéficie de sérieux atouts pour le démarrage de son développement économique parmi lesquels des ressources naturelles abondantes et une bourgeoisie sino-thaïe dynamique [Simon 2001].

Le changement s'opère avec la mise en place du gouvernement du maréchal Sarit Thanarat (1959-1963) qui affiche une volonté énergique de progrès économique et valorise l'initiative

privée : « *Thaïlandais, enrichissez vous !* » est une formule célèbre de cette époque. L'état s'engage dans des dépenses stratégiques afin d'améliorer les infrastructures routières, ferroviaires et portuaires, soutenir des programmes agricoles, généraliser l'instruction primaire et augmenter le nombre d'universités. Les Etats-Unis, devenus l'allié de la Thaïlande, apportent alors une aide financière très importante, estimée à près de 2 milliards de dollars entre 1951 et 1975 [Formoso 2000]. Le pays prend dès lors une nette avance sur ses voisins et s'impose comme une puissance agro-industrielle émergente. A partir du début des années 60 jusqu'au milieu des années 80, la croissance du pays est soutenue, en moyenne de l'ordre de 6 % par an, et en 1988 elle atteint le taux record de 13,3%. Des capitaux étrangers, plus particulièrement en provenance du Japon, arrivent alors massivement en Thaïlande, accélérant le processus d'industrialisation du pays. En outre, le tourisme devient, dès le milieu des années 1980, un secteur clef du développement économique. L'agriculture reste cependant toujours le principal secteur économique de la Thaïlande employant 59% de la population active : la modernisation du secteur a permis d'augmenter intensément les rendements expliquant la place de leader du pays dans les exportations de riz. En 2003, le produit intérieur brut de la Thaïlande (143 milliards de dollars) est équivalent à celui de l'ensemble de ses voisins de la péninsule [Taillard 2005].

En quatre décennies, la répartition sectorielle des activités s'est modifiée au sein du royaume thaïlandais avec des répercussions pour la population. Le produit intérieur brut par habitant est ainsi passé de 90 US$ par habitant en 1960 à 3830 US$ en 2007[38]. Cela s'est aussi traduit par l'augmentation de la part de la population citadine dans la population totale, principalement au profit de Bangkok et de sa périphérie : d'un million d'habitants en 1950, la capitale thaïlandaise est passée à plus de 6 millions d'habitants, rien qu'en son centre, aujourd'hui. Elle regroupe ainsi 55% de la population urbaine thaïlandaise et une très large part des activités économiques du pays, ce qui en fait une capitale hypertrophiée.

De l'autre côté du Mékong, le développement économique du Laos n'a aucun trait commun avec le miracle thaïlandais décrit ci-dessus. Sous le protectorat, les Français considèrent le Laos avant tout comme une extension du Viêt Nam au centre du dispositif colonial. Dans ces conditions, bien que la France contribue à l'élaboration d'une administration centralisée tenue en grande partie par des fonctionnaires vietnamiens placés aux postes clefs et qu'elle réalise certains aménagements dans le pays, les conditions du développement du Laos n'ont pas été réunies au cours de cette époque. La période qui suivit l'indépendance, entre guerre et division territoriale, ne fut guère propice non plus à de tels accomplissements. L'année 1975, l'unité du pays rétablie et la stabilité politique retrouvée, marque un tournant dans l'histoire du pays et porte l'espoir du développement. Après l'échec de la collectivisation des premières années, l'ouverture politique et économique au milieu des années 80 place enfin le pays sur cette voie.

B/ Le Laos entre développement et dépendance

Malgré l'augmentation des échanges avec la Thaïlande et une croissance rapide, 5,9% par an entre 1985 et 2006 (Banque Mondiale), l'économie laotienne reste encore fragile du fait de la combinaison de plusieurs handicaps : un marché intérieur modeste, des infrastructures de transport et de communication en mauvais état, des productions insuffisantes et une pénurie de personnel qualifié. L'ensemble de ces éléments place le Laos dans une situation de dépendance économique vis-à-vis de ses voisins (la Thaïlande au premier plan) et des organisations internationales. La balance commerciale du Laos reste fortement déficitaire : en 2004 par exemple, le Laos a importé pour plus de 712 millions de dollars de marchandises, tandis que les exportations représentaient 365 millions de dollars, soit un taux de couverture de 51%. Les importations sont pour l'essentiel des biens de consommation courante provenant

[38] Informations obtenues sur le site internet du National Economic and Social Development Board (NESDB) de Thaïlande : http://www.nesdb.go.th/

majoritairement de Thaïlande. Les exportations, quant à elles, reposent sur l'électricité (32% en 2003), la confection (30%) et le bois (30%) [Doligez 2005, p.60].

Le Laos a le plus grand potentiel hydroélectrique de la péninsule et les investisseurs privés, experts étrangers et bailleurs internationaux voient dans l'or bleu la possibilité pour le Laos de sortir de sa situation de pays sous-développé. Le barrage Nam Theun 2, mis en service en juin 2009, est à ce jour le plus important projet réalisé en Asie du Sud-Est : soutenu par la Banque Mondiale, il est dirigé par un consortium, la Nam Theun 2 Power Company (NTPC), dans lequel Electricité de France (EDF) détient 35% des parts, l'entreprise publique Electricité du Laos 25% à égalité avec l'entreprise thaïlandaise Electricity Generating Public Company Limited et enfin la compagnie Italian-Thai Development Public Company Limited avec 15% des parts. Un contrat d'achat d'électricité au Laos par la Thaïlande a été signé pour une valeur de 5 milliards de dollars sur 25 ans. Au-delà de l'apport de devises pour le Laos, le projet a suscité une grande controverse en termes d'impacts sur les populations locales et l'environnement. En plus de Nam Theun 2, neuf autres sites sont exploités et 75 ont été repérés pour de futurs projets d'hydroélectricité. Un article du Rénovateur[39], datant du 17 août 2009, rapporte que « *la société thaïlandaise d'hydroélectricité, Ratchabori Electricity Generating Holding Public Company Ltd vient d'ouvrir une filiale au Laos, Rath-Lao Services Company Limited. Cette création a pour but de faciliter le suivi des travaux du barrage de Namngum 2, qu'elle finance intégralement. La société a obtenu du gouvernement lao un droit de concession de 27 ans, ce qui porte son exploitation du barrage jusqu'à 2038. La totalité de la production sera exportée vers la Thaïlande* ». La Thaïlande semble donc investir de plus en plus visiblement le secteur énergétique laotien ; il sera intéressant d'observer s'il en est de même dans d'autres secteurs et plus particulièrement dans celui de la santé.

Le déficit de la balance commerciale est en outre comblé par l'aide internationale, qui assure « *en moyenne, 45% du budget de l'Etat et plus de 70% de son budget d'investissement. Le Laos est l'un des pays où le montant de l'aide internationale par habitant est le plus élevé* » [Doligez 2005, p.64]. Ainsi depuis 1990, l'aide financière issue de l'aide bilatérale ou multilatérale a atteint plus de 250 millions de US$ par an [Pholsena 2007, p.65]. Les organisations non gouvernementales (ONG) contribuent aussi au développement du Laos, surtout à travers une aide technique directe : plus de 120 projets ont été recensés en 2003[40], représentant néanmoins moins de 4% de l'aide internationale apportée au Laos [Doligez 2005]. Le Laos se trouve ainsi une situation de dépendance économique non seulement vis-à-vis de la Thaïlande mais aussi de l'aide internationale ; sur cette question, l'étude de François Guegan [2005] apporte un éclairage intéressant et détaillé.

- **La crise asiatique : un moment révélateur et un tournant**

La crise économique asiatique débute en juillet 1997 sous la forme d'une crise monétaire sur la place financière de Bangkok et se propage rapidement dans la région. L'économie thaïlandaise est profondément touchée avec une récession qui s'élève à 10,8% en 1998, les fermetures d'entreprises se multiplient, le chômage atteint des niveaux record et les inégalités sociales s'accroissent. L'année où le Laos intègre l'ASEAN, il est aussi durement touché par la crise et voit son taux d'inflation décoller par suite de l'augmentation des prix des produits importés de Thaïlande. Une autre répercussion est l'inévitable ralentissement de la politique d'investissement de la Thaïlande au Laos.

La crise révèle donc tant les déséquilibres structurels de la Thaïlande que la dépendance économique du Laos envers cette dernière. "*When the Thai cough, the Lao catch pneumonia*[41]"

[39] « Hydroélectricité : des Thaïlandais investissent au Laos », le Rénovateur, 17 août 2009.

[40] Un annuaire a été crée depuis 2004 afin de répertorier toutes les ONG travaillant au Laos. La longue liste des programmes est disponible sur le site internet (http://www.directoryofngos.org) et permet de prendre la mesure de la profusion de projets mis en œuvre dans les domaines agricoles, éducatifs, sanitaires, etc.

[41] « Quand la Thaïlande tousse, le Laos attrape une pneumonie »

[Lintner 1997 cité dans Jerndal & Rigg 1998, p.826] illustre bien, nous semble-t-il, cette interdépendance.

La crise constitue un tournant pour les dirigeants laotiens qui prennent conscience de la nécessité de compenser la relation à sens unique tissée avec la Thaïlande. Le Laos fait dès lors valoir sa position stratégique au cœur de la péninsule et affiche une volonté de diversifier les partenaires étrangers pour garantir son indépendance.

La réorientation de la stratégie économique du Laos après la crise de 1997 va jouer en faveur d'un rapprochement avec la Chine dans le but de s'assurer une protection contre l'instabilité économique régionale. N'ayant jamais annexé ni dominé le Laos, la Chine bénéficie d'un *capital sympathie* auprès surtout des plus jeunes dirigeants laotiens [Vorapheth 2007, p.174]. Ce nouveau partenaire représente une source d'investissements et d'aides très importante : parmi les plus grands projets de construction financés par la Chine, on peut citer le centre culturel chinois à Vientiane ainsi que le stade qui accueillera les Jeux Sud-Est Asiatiques en décembre 2009 ; en échange, le Laos accorde un bail de 50 ans sur une concession foncière de 1640 hectares au nord de Vientiane ; les Chinois projettent d'y construire un complexe touristique destiné à une clientèle chinoise ce qui a suscité un mécontentement populaire au Laos à l'annonce du projet. La force de la Chine réside en outre dans sa capacité à acheter la production du Laos, notamment agroalimentaire, forestière et minière afin de couvrir ses énormes besoins en alimentation et en matières premières. Le commerce frontalier avec le Yunnan a augmenté de plus de 180% entre 2003 et 2006 [Ibid, p.175].

On a vu que le Viêt Nam était depuis l'instauration de la République Démocratique Populaire lao son plus grand allié politique ; elle s'est tournée à nouveau vers lui après 1997. Les fonctionnaires du Parti se rendent ainsi toujours de manière régulière à l'Institut national des Sciences Politiques Hô Chi Minh à Hanoi pour y suivre des formations sur les théories marxistes-léninistes et apprendre les grandes lignes et directives du Parti et de l'Etat vietnamien[42]. De plus, environ 1 300 étudiants sont reçus chaque année dans les universités vietnamiennes pour parfaire leur formation dans le cadre d'un accord bilatéral de 5 ans signé entre les deux pays en 2001 [Pholsena & Banomyong 2004, p.62]. Le signe visible de cette relation privilégiée est la fréquence des échanges de délégations officielles : entre 2000 et 2001, plus de 200 visites auraient ainsi été effectuées, incluant celles de très hauts dignitaires vietnamiens et laotiens [Ibid, p.61].

Enfin, avec son adhésion à l'ASEAN, le Laos développe des relations avec d'autres pays de la région, en particulier Singapour et la Malaisie. Le *Dong Chan palace*, le plus grand hôtel de Vientiane situé sur les rives du Mékong et qui reçut les délégations du sommet de l'ASEAN tenu dans la capitale laotienne en novembre 2004, fut construit par des hommes d'affaire malaisiens. En outre, en septembre 2009, une compagnie malaisienne s'est vue accorder un bail de 50 ans sur une concession située à proximité de la gare d'arrivée des trains de Thaïlande où il est question de développer une zone économique spéciale.

- **Des migrations à sens unique**

Même si le Laos a réorienté sa politique stratégique et économique depuis une dizaine d'années, un indicateur permet néanmoins de constater que la relation inégale avec la Thaïlande persiste ; il s'agit des migrations de travail, le nombre de travailleurs laotiens en Thaïlande légaux et illégaux étant estimé entre 100 000 et 300 000 en 2006 [Family Health International 2006].

Une étude réalisée en 2000 [Phetsiriseng 2003] dans trois provinces laotiennes frontalières (Khammuane, Savannakhet, Pakse) a estimé que 6,9% de la population enquêtée (n=6000) était investie dans des migrations de travail, dont 81% en direction de la Thaïlande. Si l'étude rend

[42] Article du Vovnews, 18 août 2009.

bien compte des facteurs tant répulsifs qu'attractifs de ces migrations, elle met aussi en évidence un autre aspect essentiel : les liens entretenus entre certaines communautés laotiennes et des employeurs ou industries basés en Thaïlande s'apparentent à des réseaux hautement organisés au cœur desquels des trafiquants jouent le rôle d'intermédiaires : *« In the villages visited, the communities reported that there was an organized cross-border trafficking network. Each village had two mobile phones provided by the traffickers in Thailand, for villagers to make appointments and arrangements with them. Anyone wanting to cross into Thailand could call the traffickers who would tell them where to cross the border so they can be picked up on the Thai side and sent directly to a destination pre-arranged by the traffickers. The traffickers demanded in return up to 50% of the salary of the migrant workers. The employers dealt directly with the traffickers.'*[43] [Phetsiriseng 2003, p.25]. A l'image de ces réseaux occultes infiltrant les migrations de travail, il sera intéressant d'envisager si les recours aux soins transfrontaliers s'organisent de manière similaire avec l'émergence d'itinéraires planifiés du domicile jusqu'à la structure de soins thaïlandaise, la différence notable résidant néanmoins dans le fait que les mobilités de santé s'inscrivent dans un cadre légal.

La question des migrations apparaît aussi comme un élément de contexte important dans le sens où celles-ci contribueraient à stigmatiser les Laotiens en Thaïlande et par là même les patients laotiens qui se soignent en Thaïlande, à l'image de la citation suivante : « *Migrants are conceptualized as strangers. Strangers are not trusted and are perceived as dangerous, bringing in disease, criminality, and other antisocial influences* »[44] [Horstmann & Wadley 2006, p.15]. Nous chercherons donc à définir si les migrations de travailleurs laotiens interfèrent de manière générale sur les mobilités transfrontalières et plus particulièrement celles liées aux soins.

- **Commerce informel et corruption**

Une caractéristique des échanges économiques lao-thaïlandais est la part importante du commerce informel lié à des tarifs de douane élevés. Une étude réalisée en 2005 a estimé qu'environ 80% des exportations de produits agricoles et de produits de la forêt en direction de la Thaïlande sont informelles. Il apparaît aussi que 8% du matériel de construction entre au Laos de manière non officielle et qu'en règle générale 20% des importations empruntent les filières de contrebande [Development Analysis Network 2005]. En 2002, la Banque Mondiale a estimé que le secteur informel représentait au moins la moitié du produit intérieur brut du Laos.

De manière concrète, les commerçants laotiens et thaïlandais déclarent souvent moins que la quantité transportée afin de payer un minimum de taxes. Certaines zones sur le Mékong, peu surveillées, constituent des points de passage privilégiés pour l'acheminement par bateau d'importantes quantités de produits illégaux. Enfin les réseaux familiaux constitués de part et d'autre de la frontière permettent de contourner plus facilement les règles d'un côté comme de l'autre : « *les va-et-vient des villageois laotiens et thaïlandais entre les deux rives du Mékong, s'ils ne trompent personne, échappent malgré tout aux régulations douanière et aux autres politiques de taxation, pour peu que l'activité demeure discrète* » [Pholsena & Banomyong 2004, p.82].

L'une des difficultés que pose le commerce d'importation informel est la faible part des revenus tiré par les gouvernements. Ainsi au cours du premier semestre de l'année 2004, le poste frontière de Houayxay au Laos (carte*/B2) a vu son revenu passer de 30 millions de kips par

[43] « Dans les villages visités, les communautés rapportent l'existence d'un réseau organisé de trafic transfrontalier. Chaque village est équipé de deux téléphones portables fournis par les trafiquants thaïlandais, qui permettent aux habitants de prendre des rendez-vous et de s'arranger avec eux. Toute personne souhaitant se rendre en Thaïlande peut appeler les trafiquants. Ils lui indiquent où traverser la frontière, quelqu'un vient la chercher côté thaïlandais, puis l'envoie directement vers une destination pré-arrangée par les trafiquants. Ceux-ci exigent en retour jusqu'à 50 % du salaire des travailleurs migrants. Les employeurs négocient directement avec les trafiquants. »

[44] « Les migrants sont considérés comme des étrangers. On ne fait pas confiance aux étrangers, on les perçoit comme des personnes dangereuses, susceptibles d'introduire des maladies, de la criminalité et d'avoir d'autres influences antisociales. »

jour à 3 millions (de 3 000 euros à 300 euros) faisant apparaître l'importance du manque à gagner [Ibid].

Le commerce informel soulève en outre la question de la corruption, surtout au Laos où les faibles rémunérations des fonctionnaires constituent un terrain propice au développement de cette pratique. En 2008, selon l'organisme *Transparency International*[45] qui calcule un indice de corruption, le Laos se classe en effet au 151ème rang des 180 pays étudiés ; la Thaïlande apparaît au 80ème rang. Les activités de contrebande incluent parfois les autorités locales laotiennes et certains officiels qui sont payés pour laisser passer des marchandises ou sont eux-mêmes impliqués dans ces réseaux [Stuart-Fox 2006]. Un haut fonctionnaire laotien a récemment déclaré que son gouvernement perdait chaque année environ 100 milliards de kips de revenus en raison de la corruption présente à tous les échelons administratifs du pays[46].

Eu égard à cette situation, il apparaîtra important de relever d'éventuels phénomènes de corruption dans le domaine de la santé : les recours aux soins transfrontaliers créent-ils par exemple des situations d'échanges informels et de corruption entre praticiens situés de part et d'autre de la frontière ?

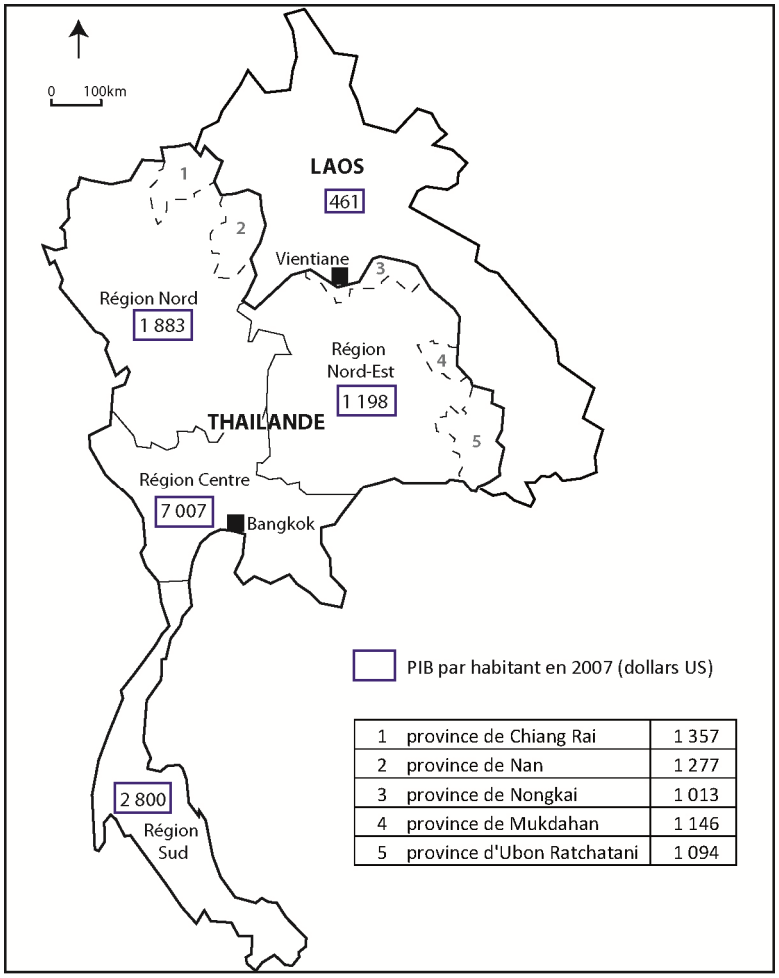
La discontinuité géographique entre le Laos et la Thaïlande se double ainsi d'une discontinuité économique qui crée les conditions d'échanges inégaux et illégaux. Si les indicateurs synthétiques (type IDH, PIB) démontrent le différentiel de développement existant entre les deux pays, il convient de nuancer l'amplitude de cet écart entre les provinces frontalières elles-mêmes. L'hypertrophie de Bangkok au détriment des régions périphériques côté thaïlandais et le développement confiné des activités économiques et commerciales le long du Mékong côté laotien, contribue en effet à réduire l'écart mis en évidence à l'échelle nationale.

Nous ne disposons pas de données économiques (PIB/habitant) à l'échelle provinciale pour le Laos, mais celles disponibles pour la Thaïlande montrent la forte concentration des richesses dans la région de Bangkok (Figure 1).

[45] http://www.transparency.org

[46] Article paru le 16 août 2008 dans Voice of America (http://www.voanews.com) : «Laos: Over 100 Billion Kips in Revenues Lost Due to Corruption».

Figure 1 - PIB par habitant au Laos et en Thaïlande (par région et par province) en 2007



Source : National Economic and Social Development Board (NESDB - Thaïlande), Banque Mondiale Laos.

Les régions périphériques du Nord et du Nord-Est et plus encore les provinces thaïlandaises limitrophes du Laos présentent donc des niveaux de revenus moins élevés et par conséquent plus proches des revenus des Laotiens.

II - Des situations sanitaires contrastées

Si le contraste frontalier se manifeste dans le champ de l'économie, qu'en est-il du secteur de la santé ? La comparaison d'indicateurs socio-sanitaires entre le Laos et la Thaïlande montre une dissymétrie de part et d'autre de l'axe frontalier (tableau 1) : en 2006, l'espérance de vie en Thaïlande est estimée à 72 ans tandis qu'elle est évaluée à 61 ans au Laos. Les indices de mortalité permettent également de rendre compte du décalage de manière synthétique : en 2005, la mortalité maternelle pour 100 000 naissances est 6 fois plus importante au Laos qu'en Thaïlande et concernant le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, le rapport est de l'ordre de 1 à 8.

Tableau 1 – Indicateurs socio-sanitaires du Laos et de la Thaïlande, 2005-2006

INDICATEUR	LAOS	THAILANDE
Espérance de vie à la naissance (2006)	61	72
Taux de mortalité adulte pour 1 000 personnes (2006)	308	210
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances (2005)	660	110
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (2006)	59	7

Source : Statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé 2008

Il est permis de penser que ces situations sanitaires contrastées révèlent des expositions aux risques pathologiques différenciées, couplées à une plus ou moins grande efficacité de la prise en charge par les systèmes de santé respectifs. Les caractéristiques de l'offre de soins présente dans chacun des deux pays seront tour à tour examinées pour aborder ensuite la question des collaborations bilatérales en matière de santé.

A/ Caractéristiques de l'offre de soins

Tout comme l'écart de développement observé entre les deux pays découle de trajectoires économiques singulières, les caractéristiques de l'offre de soins d'un côté et de l'autre de la frontière lao-thaïlandaise sont le reflet de politiques de santé mises en œuvre à des moments différents de l'histoire avec des dynamiques propres.

• En Thaïlande, un système de santé performant

Même s'il rencontre actuellement certaines difficultés, le système de santé thaïlandais peut être néanmoins qualifié de performant : initialement introduit par les membres de la famille royale à la fin du XIXe siècle, le système de soins thaïlandais va ensuite pleinement profiter de la croissance économique du pays pour être développé, modernisé et étendu à l'ensemble de la population.

- *Le rôle prépondérant de la monarchie*

En 1888, le roi Chulalongkorn, grand modernisateur du royaume Siam, fait construire le premier hôpital moderne de Thaïlande, l'hôpital Siriraj à Bangkok. Mais les fondements du système de soins actuel sont véritablement jetés avec le prince Mahidol communément appelé « *père de la médecine moderne et de la santé publique de Thaïlande* » [Ellis 1936]. Né en 1892, le prince étudie la santé publique et la médecine à l'université d'Harvard aux Etats-Unis où durant son long séjour, il passe un accord avec la fondation Rockefeller qui s'engage à aider la Thaïlande dans la formation de ses médecins et ses personnels soignants en général. Son engagement va en outre largement contribuer au développement des techniques de laboratoire jusque là peu pratiquées en Thaïlande. La figure du prince Mahidol est aujourd'hui encore largement associée aux progrès de la médecine thaïlandaise, qui fait par ailleurs la fierté d'un grand nombre de Thaïlandais : la presse nationale édite ainsi régulièrement des publications spéciales à la mémoire du prince, celles-ci relatant l'ensemble des avancées médicales rendues possibles grâce à ce dernier [Prince Mahidol Award Foundation 2002 & 2007]. Certains hôpitaux privés de Bangkok utilisent aussi l'image de l'ancien souverain dans le cadre de campagne publicitaire afin d'inscrire leur action dans la continuité de la famille royale : « *In memory of our beloved Prince Mahidol… May the medical field continue in his footsteps* »[47] est le titre d'une publicité du Bangkok Hospital.

Aujourd'hui la famille royale conduite par le roi Bhumibol Adulyadej, continue d'initier de nombreux projets en matière de santé publique [Chamnan 1991]. Dès 1967, le monarque lança sur ses fonds propres la création d'unités mobiles médicales (appelées aussi Unités Médicales Royales) qui l'accompagnent au cours de ses voyages officiels dans les provinces reculées du territoire thaïlandais. Les populations visitées sont directement soignées dans leur village ou transférées dans des hôpitaux si besoin. D'autres projets sont conduits sous l'égide du roi actuel, parmi lesquels la prévention et le contrôle des parasitoses dans des régions rurales isolées, le développement d'un centre d'études sur la santé et le contrôle des maladies transmissibles dans la province de Narathiwat, etc.

La princesse Maha Chakri Sirindhorn est également très active au sein de fondations de charité et de soutien aux malades. Parmi les projets initiés par cette dernière, on compte le contrôle du paludisme dans des régions isolées, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, des programmes de nutrition ainsi que des programmes agricoles pour fournir les aliments aux cantines scolaires.

La médecine moderne thaïlandaise et la monarchie entretiennent donc des liens solides qui leur apportent une légitimité réciproque. Dans ce contexte, on comprend mieux la présence fréquente de statues à l'effigie des rois (passés ou actuel) en bordure des entrées des hôpitaux publics et privés thaïlandais ainsi que l'iconographie royale dans les établissements, dans les brochures d'information, etc (photo 4).

[47] « À la mémoire de notre bien-aimé Prince Mahidol… Que le domaine médical continue à marcher sur ses traces. »

Photo 4 - Présence royale au sein de la sphère médicale thaïlandaise

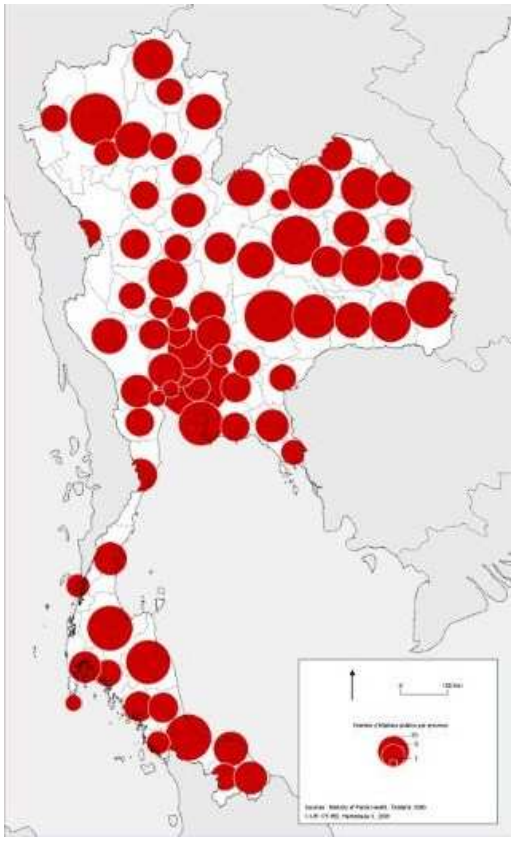
Source : Audrey Bochaton.

A gauche : statue du prince Mahidol et de sa femme à l'entrée de l'hôpital universitaire de Khon Kaen ; en haut à droite : photographie de la reine actuelle Sikirit à l'hôpital privé Aek Udon à Udon Thani ; en bas à droite : carte de vœux de l'hôpital universitaire de Khon Kaen représentant des patients en train de se recueillir devant la statue du prince Mahidol et de sa femme.

- *Développement économique et développement sanitaire*

En plus du rôle important des membres de la famille royale dans les affaires sanitaires du pays, la croissance économique et la stabilité politique du pays ont largement contribué aux progrès de la médecine thaïlandaise ainsi qu'au développement de l'offre de soins. Le département de santé publique est crée en 1918 et le Ministère de la Santé en 1942. De la même manière que pour le développement général du pays, le déploiement de l'offre sanitaire suit à partir de 1961 des plans quinquennaux. L'objectif des premiers plans fut le renforcement de la couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire thaïlandais avec la construction de dispensaires, d'hôpitaux de district ou encore d'hôpitaux provinciaux. La Thaïlande compte aujourd'hui 104 hôpitaux généraux (150 à 500 lits) et régionaux (+500 lits), 70 hôpitaux provinciaux, 730 hôpitaux de districts et 9 762 centres de santé. La figure 2 montre une répartition relativement homogène des structures publiques sur l'ensemble du territoire. Cependant, en rapportant le nombre de médecins à l'ensemble de la population par région, des inégalités apparaissent : en 2005, tandis qu'un médecin exerce pour 867 citadins à Bangkok, le ratio tombe à 1 pour 3 724 dans la région Nord et à 1 pour 7 015 dans la région du Nord-Est. La tendance est identique pour les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers et le personnel soignant en général [Ministère de Santé publique, Thaïlande, 2008].

Figure 2 – Nombre d'hôpitaux publics par province en Thaïlande, 1999



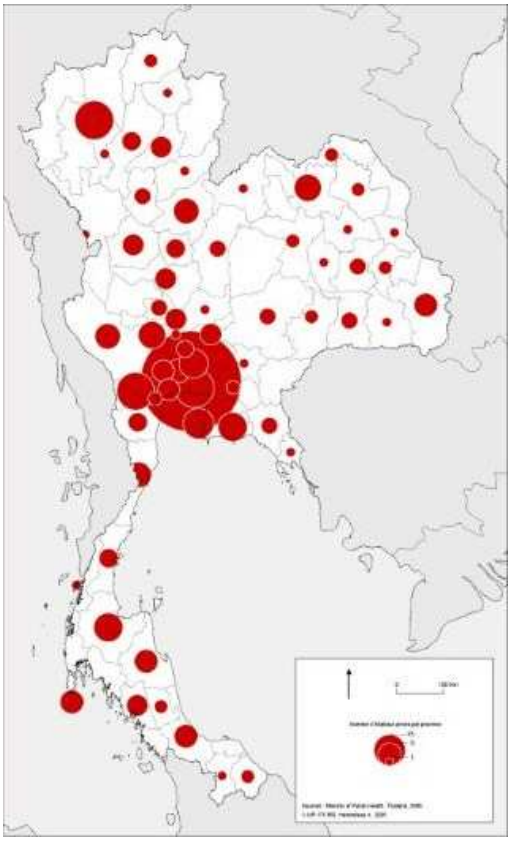
Source : Vincent Herbreteau 2007

Les plans quinquennaux qui suivirent, mirent ensuite l'accent sur l'aménagement en équipements médicaux des structures de soins. Enfin le dernier grand projet du Ministère de la Santé fut la mise en place d'une couverture universelle de santé à partir de 2001, dont l'objectif annoncé et inscrit dans la constitution est de « *garantir à chaque citoyen un égal accès à des services de soin de qualité* ». Avec un forfait de 30 bahts (moins d'un euro), toute personne bénéficiaire de la couverture universelle (soit 74,2% de la population thaïlandaise) peut recevoir des soins et un traitement associé.

Les dépenses nationales de santé ont donc suivi les tendances de l'économie et sont passées de 2,7% du budget national en 1969 à 8,3% en 2007, soit approximativement de 0,4 à 1,4% du PNB [Ibid]. En 2007, 52,5% du budget servait à financer l'assurance santé.

En outre, avec la croissance économique à partir du début des années 70, le secteur privé s'est considérablement développé, dans un premier temps à Bangkok puis dans les zones provinciales au cours des années 90. Entre 1991 et 2006, le nombre de cliniques privées en province est passé de 8 658 à 16 800, en revanche leur nombre a diminué au cours de la même période à Bangkok passant de 5 625 à 3 081. Concernant les hôpitaux privés, leur nombre est passé de 23 entre 1970 à 344 en 2006, dont 70% situé en province et 30% à Bangkok. Malgré tout, comme l'indique la figure 3, l'offre privée reste fortement déséquilibrée entre la capitale thaïlandaise et le reste du pays. La comparaison des figures 2 et 3 montre des logiques d'implantation distinctes entre les hôpitaux publics et privés: une couverture homogène du pays par les structures publiques contre une installation des structures privées dans des espaces de fortes densités, où la clientèle potentielle est importante.

Figure 3 - Nombre d'hôpitaux privés par province en Thaïlande, 1999



Source : Vincent Herbreteau 2007

Puisque le développement sanitaire suit en quelques sorte le développement économique de la Thaïlande, on peut s'interroger sur les répercussions de la crise asiatique de 1997 sur le système de soins du pays.

- *La crise asiatique et l'essor du tourisme médical*

Si le lien entre la crise économique et l'essor du tourisme médical n'est pas évident a priori, il existe cependant. Au cours des années 90, tandis que l'offre de soins privée augmente au rythme soutenu de la croissance, les Thaïlandais issus des classes aisées et moyennes supérieures se détournent peu à peu des structures publiques au profit des cliniques et hôpitaux privés. Cependant, avec la crise économique, une grande partie de cette patientèle prospère délaisse les consultations privées et regagne les hôpitaux d'état.

De nombreux hôpitaux de la capitale thaïlandaise sombrent alors avec la crise, les autres maintiennent leur activité en élaborant de nouvelles stratégies. Les responsables de certaines structures cherchent en effet à attirer de nouveaux patients situés en dehors des frontières nationales : ils lancent ainsi des opérations marketing vers les classes aisées des pays limitrophes ainsi qu'en direction des expatriés vivant dans ces pays. Une fois la cible régionale atteinte, certains dirigeants des plus grands hôpitaux de Bangkok déploient leur stratégie à l'échelle mondiale pour donner naissance au phénomène de tourisme médical. L'expression qui juxtapose deux registres a priori antagonistes, désigne les mobilités motivées par la recherche de soins conciliée avec des activités touristiques. Les touristes médicaux sont le plus souvent issus des pays du Nord (Etats-Unis, Canada, Europe, Japon) qui, pour des raisons financières, de temps d'attente ou encore de confort, choisissent de se faire soigner à l'étranger. Sans entrer dans les détails du phénomène qui illustre la mondialisation des soins [pour plus d'information sur la question, lire Connell 2006 ; Bochaton & Lefebvre 2008], la Thaïlande est aujourd'hui un leader

du tourisme médical aux côtés de l'Inde : en 2005, les hôpitaux privés thaïlandais ont reçu plus d'un million et demi de patients étrangers.

- *Vers une médecine à deux vitesses ?*

Si la pratique transnationale des soins a permis à un certain nombre d'hôpitaux privés de sortir de la crise au tournant des années 2000 et représente aujourd'hui un secteur dynamique grand pourvoyeur de devises, les répercussions sur le système de soins thaïlandais ne sont néanmoins pas uniquement positives. On peut craindre en effet l'émergence d'une forme de ségrégation entre patients internationaux et patients nationaux à l'instar de l'aménagement d'un grand hôpital privé de Bangkok où deux bâtiments distincts reçoivent séparément chacune des patientèles.

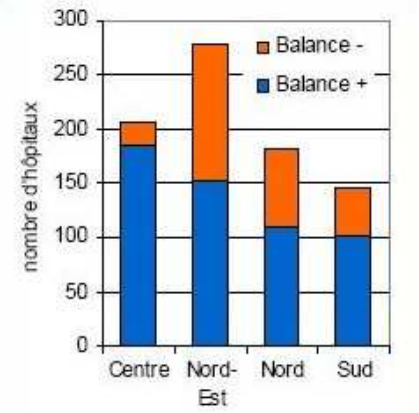
Les effets du tourisme médical gagnent les structures publiques du système de soins thaïlandais. Amorcé avec la croissance du secteur privé au cours des années 90, le phénomène de fuite des médecins thaïlandais du secteur public vers le secteur privé risque en effet de s'accentuer avec le succès du tourisme médical et la promesse de bons salaires. Le retour de la croissance économique en Thaïlande favorise aussi des changements en matière de comportements thérapeutiques de la part des classes aisées thaïlandaises. Des données du Ministère de la Santé révèlent que si le système de soins public s'est renforcé en 2006 de 1 188 nouveaux diplômés de médecine, il a en revanche perdu 777 médecins démissionnaires [Ministère de Santé publique, Thaïlande, 2008]. Cette situation explique que certaines structures de petite taille (type dispensaire) soient ainsi désertées par les médecins.

Pour éviter le détournement trop massif du personnel médical vers les structures privées, le Ministère thaïlandais autorise les médecins du public à exercer à temps partiel dans des hôpitaux privés ou au sein de leur propre clinique. En 2003, une enquête révèle que 2/3 des médecins du public avaient une seconde activité privée, leur permettant de multiplier en moyenne par 2,2 leur salaire, le tout au détriment de la qualité du service public [Herbreteau 2007, p.60].

Outre le fait que le secteur privé, dynamisé entre autre par le tourisme médical, détourne une partie des médecins thaïlandais des hôpitaux d'Etat, le secteur public traverse en interne d'importantes difficultés structurelles. La couverture universelle mise en place en 2001 se révèle être un gouffre financier pour beaucoup d'hôpitaux publics. La raison du problème réside dans l'inadéquation entre les budgets alloués par patient aux hôpitaux et le poids financier que représente une prise en charge dont le montant s'élève à 30 bahts[48] quelque soit l'acte médical pratiqué. En 2004, les dettes contractées par les hôpitaux de district s'élevaient à 1 089 milliards de bahts et à 298 millions de bahts pour les hôpitaux provinciaux. D'un point de vue régional, le graphique ci-dessous met en évidence que le Nord et le Nord-Est de la Thaïlande, toutes deux zones limitrophes du Laos, sont les plus endettées avec respectivement 40% et 45% des hôpitaux publics présentant une balance financière négative. Cette situation de fragilité budgétaire des hôpitaux en bordure frontalière a-t-elle un impact sur la prise en charge des patients en provenance du Laos et plus globalement sur la perception de ces « étrangers » au sein de ces structures ? Cette question sera abordée dans le développement de notre analyse.

[48] D'où le nom de cette mesure : la politique des 30 bahts.

Graphique 1 – Balances financières des hôpitaux publics thaïlandais en 2004



Source : Vincent Herbreteau 2007

Promu à l'origine par les membres de la famille royale puis soutenu par la forte croissance économique du pays, le système de soins thaïlandais est performant et se révèle être hautement attractif pour des patientèles régionales et mondiales. Pourtant le système montre actuellement des limites liées aux déséquilibres croissants entre le secteur public et le secteur privé ce qui nous amène à parler d'une médecine à deux vitesses. C'est dans ce contexte de disparité que les Laotiens se soignent en Thaïlande et il conviendra au cours de notre analyse d'établir dans quelle mesure les recours aux soins transfrontaliers ont des répercussions sur les structures d'accueil et si celles-ci vont dans le sens d'une accentuation ou non des inégalités entre les deux pôles du système.

- **Au Laos, un système de soins en difficulté**

Si côté thaïlandais le contexte sanitaire est attractif, le Laos peine quant à lui à développer une offre de soins primaire de qualité et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire national. Entre absence et dysfonctionnement, la nature « répulsive » du système de soins laotien est au cœur de la formation des recours transfrontaliers.

- *1975 : la santé publique comme secteur stratégique*

L'avènement de la République Démocratique Populaire marque véritablement le début de la santé publique au Laos. Avant 1975, aucun dispositif sanitaire de type moderne et organisé n'existe ; la médecine traditionnelle des rituels et des remèdes (plantes médicinales et produits d'origine animale) constituant l'essentiel du savoir médical et des remèdes.

Si le protectorat français jette les bases d'une santé publique au Laos, c'est avant tout dans une optique de « *mission civilisatrice* » pour reprendre l'expression employée par Fabrice Mignot : d'après le rapport du gouverneur général de l'Indochine en 1935, « *l'assistance médicale au profit des indigènes est une aide puissante pour notre action politique ; elle contribue efficacement à l'approvisionnement des populations, au développement de notre influence, en un mot à l'établissement de notre autorité* » [Gouvernement général de l'Indochine, 1937, cité dans Mignot 2003, p.65]. Finalement l'intervention des Français dans le champ de la santé au Laos est très analogue à leur action en général dans cette partie de l'Indochine comme nous l'avons développé précédemment. Au total, 37 dispensaires ont été construits au cours du protectorat, principalement dans les zones de plaines, privilégiant les populations lao vivant le long du Mékong.

Après l'indépendance et jusqu'en 1975, de la même manière que la division du Laos en deux zones conflictuelles affecta le développement économique du pays, l'organisation sanitaire se segmenta. Les Etats-Unis tentèrent de renforcer le système de soins aux côtés du gouvernement Royal lao avec l'équipement de 250 dispensaires dans les zones de tension ; toutefois ces structures furent provisoires le temps de pallier à la situation d'urgence. Par ailleurs, des médecins philippins établis par les Américains à l'hôpital de Houay Xay dans le nord du Laos (carte*/B2) assurèrent un service médical jusqu'à l'arrivée des communistes au pouvoir.

En 1975, le système de soins laotien se caractérise donc par une grande désorganisation, la densité médicale est insignifiante (1 médecin pour 35 000 habitants) et la médecine traditionnelle constitue le système de référence en matière de soins. La situation sanitaire est alarmante puisqu'en 1976, l'espérance de vie est de moins de 45 ans, soit l'une des plus faibles de la région. Le changement de pouvoir et la réunification du pays marquent l'entrée dans une nouvelle phase puisque « *d'emblée, le projet politique érige la santé publique en secteur stratégique* » [Hours & Selim 1997, p.105]. Dès 1975, le dispensaire devient l'élément clef de cette politique de santé visant à offrir à chacun un accès à des soins modernes ; la localisation des centres de santé a suivi la répartition du système de coopératives jusqu'au début des années 80 puis s'est poursuivie jusqu'à nos jours aux différents niveaux administratifs (village, district, province, niveau central). Cette organisation pyramidale rend possible le contrôle territorial sur l'ensemble du pays et s'inscrit dans la logique de développement mondial des soins de santé primaires prônée dans la déclaration d'Alma Ata de l'OMS (1978) et dont le Laos est signataire [Mobillion 2006]. Comme l'indique le tableau 2, le nombre de structures publiques de niveau central, provincial et de district a naturellement augmenté à partir de 1976 jusqu'à aujourd'hui ; concernant les dispensaires, bien que leur nombre ait aussi augmenté durant l'ensemble de la période, on peut néanmoins observer une baisse importante entre 1985 et 1995 en lien avec le dysfonctionnement du système des coopératives et leur fermeture.

Tableau 2 - Evolution du nombre de structures publiques de 1976 à 2005, Laos

	1976	**1985**	**1995**	**2005**
Hôpitaux centraux	4	4	8	8
Hôpitaux provinciaux	12	18	18	18
Hôpitaux de districts	96	107	122	127
Dispensaires	294	994	521	750
Total	406	1123	669	903

Source : Jica, 2002, Ministère de la Santé 2007

- *Vers un désengagement progressif de l'état*

Malgré le renforcement du maillage sanitaire sur le territoire, deux évolutions nous permettent de parler d'un désengagement progressif de l'Etat laotien du secteur de la santé : le développement rapide du secteur privé et la part croissante de l'aide internationale.

Au milieu des années 80, au moment où le pays s'ouvre économiquement, le gouvernement lao commence à tolérer le développement d'un système privé pour pallier aux difficultés rencontrées dans les structures publiques. Celles-ci sont nombreuses ; elles rencontrent des problèmes liés à l'insuffisance des équipements et au manque de médicaments. Dans les hôpitaux où il existe tout de même des approvisionnements, le système de gratuité conduit peu à

peu à l'appauvrissement de ces structures. Dans le même temps, l'assistance de l'URSS diminue notablement. Dans un tel contexte, l'état se devait de prendre des mesures pour éviter que les dysfonctionnements ne fassent des mécontentements et ne se répercutent sur l'ensemble du système. Un mouvement de décentralisation est alors amorcé vers le niveau provincial mais l'augmentation des inégalités entre les services de santé des provinces riches et ceux des provinces pauvres conduit à un mouvement de recentralisation dès 1992 [Phommasack et al. 2005].

Le véritable changement coïncide avec l'ouverture du Laos à l'économie de marché, ce qui permet le développement de l'initiative privée dans le secteur de la santé, concrétisée par l'apparition de pharmacies et de cabinets médicaux (appelés aussi cliniques) proposant des services ambulatoires. Le développement de l'offre privée répond à un double enjeu : élargir les rémunérations du personnel soignant et donner plus de choix aux patients laotiens. De 130 en 1995, le nombre des cliniques enregistrées au Ministère de la Santé est ainsi passé à 406 en 2001 [JICA 2002]. L'augmentation des pharmacies est encore plus spectaculaire puisque de 75 en 1985, leur nombre était estimé à 2 132 en 2001 [Ibid]. Cette tendance à la privatisation des soins, déjà bien engagée, est amenée à se renforcer avec le projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane qui prendrait en charge les hospitalisations et les urgences. Les responsables de la santé laotiens cherchent actuellement des investisseurs étrangers pour la réalisation du projet et nous verrons comment l'existence des recours transfrontaliers contribue indirectement à cette dynamique de privatisation.

Depuis le milieu des années 90, tout comme un grand nombre de secteur clef au Laos, le développement sanitaire est soutenu par des institutions internationales, des programmes d'ONG et des coopérations bilatérales. La Banque Mondiale, le Fonds Mondial, la Banque Asiatique de Développement, la coopération japonaise (JICA) et l'Union Européenne sont les principaux sponsors de cette aide au développement. Conséquence de ce soutien international, on observe la diminution de la contribution du gouvernement dans le budget consacré à la santé tandis que la participation internationale et celle des utilisateurs augmente considérablement (tableau 3). En 1999-2000, l'état participait ainsi à hauteur de 9% des dépenses totales de santé, l'aide internationale à hauteur de 35% et enfin les ménages à hauteur de 55%.

Tableau 3 – Dépenses consacrées à la santé par source de 1992 à 2000 (millions de dollars)

Source	1992-93	%	1994-95	%	1997-98	%	1999-00	%
Gouvernement	8,40	22,1	16,30	31,6	8,31	11,5	5,55	9,0
Fonds internationaux	8,61	22,6	8,43	16,6	22,05	30,4	21,69	35,2
Ménages	20,68	54,2	26,21	51,7	42,09	58,1	34,30	55,6
Total (National)	38,18	100	50,68	100	72,45	100	61,63	100
Dépense par habitant	8,54 $	-	11,26 $	-	14,94 $	-	11,81 $	-

Source: JICA 2002

Outre que l'aide au développement favorise le désengagement financier du gouvernement laotien, elle apparaît aussi comme un élément perturbateur dans l'organisation de l'administration. La profusion de projets avec des procédures différentes en fonction des bailleurs de fonds, des exigences particulières en matière de sites et de thèmes d'intervention rend difficile la capacité du Ministère de la Santé à absorber et à gérer cette aide extérieure.

Beaucoup de médecins exerçant dans les hôpitaux centraux de la capitale délaissent ainsi leur fonction auprès des malades pour coordonner des projets à gros budget. Et malgré l'ampleur de l'aide allouée au Laos, la réalisation relativement cloisonnée des projets ne crée pas une dynamique de développement du système de santé et la situation des établissements sanitaires reste aujourd'hui critique [Bousquet 2005].

- *Dysfonctionnements et inégalités territoriales*

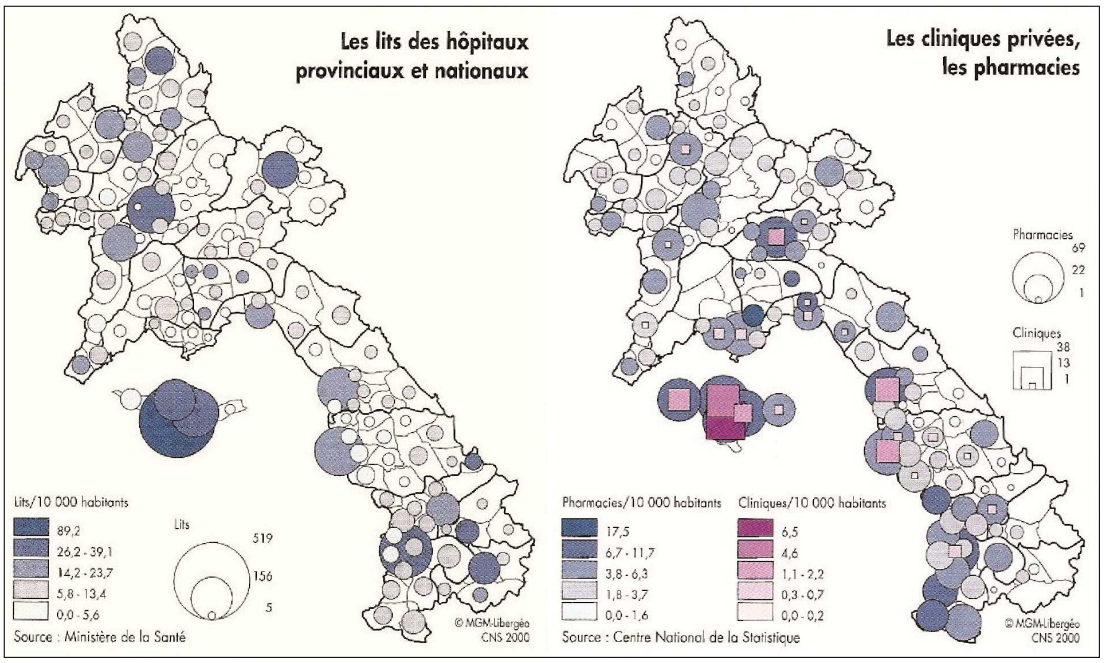
Le système de soins laotien connaît une combinaison de dysfonctionnements qui expliquent sa dérive. Le niveau de formation des médecins relativement peu élevé entraîne une qualité du diagnostic souvent imparfaite. Une étude réalisée par l'Institut national de santé publique de Vientiane montre que les prescriptions de médicaments sont souvent inappropriées par rapport aux besoins réels des patients [Keohavong et al. 2006]. Enfin les très faibles salaires des médecins (entre 30 et 50 US$/mois) et des personnels soignants les conduisent souvent à exercer des activités parallèles, en dehors de l'hôpital, ce qui réduit leur temps de présence dans les structures publiques. Cela augmente en outre le risque de corruption au sein de la structure en encourageant des rémunérations occultes versées par le patient au personnel hospitalier : « *Health workers charge for 'free' medicines*[49] » [Stuart-Fox 2006, p.63] constitue un des aspects de ces échanges informels.

Tous ces éléments concourent à une crise de confiance des Laotiens vis-à-vis de leur système de soins public, réalité qui a par ailleurs été relevée par de nombreux auteurs ayant travaillé sur le Laos [Hours & Selim 1997 ; Pottier 2004].

Concernant la distribution des structures sur le territoire, les cartes tirées de l'Atlas du Laos de Bountavy Sisouphanthong et Christian Taillard (figure 4) mettent en évidence un fort contraste dans la répartition des lits d'hôpitaux (11 pour 10 000 habitants en moyenne) et des cliniques privées (0,3 pour 10 000 habitants). Ils apparaissent en effet surtout concentrés dans la capitale Vientiane ainsi que dans les principales villes de la vallée du Mékong. Les pharmacies (4 pour 10 000 habitants) sont en revanche réparties de manière plus homogène mais celles situées en province sont quasiment toutes de catégorie 3 (le niveau le plus bas) ne garantissant pas un service et des médicaments de qualité.

[49] « Les personnels de santé font payer des médicaments 'gratuits' »

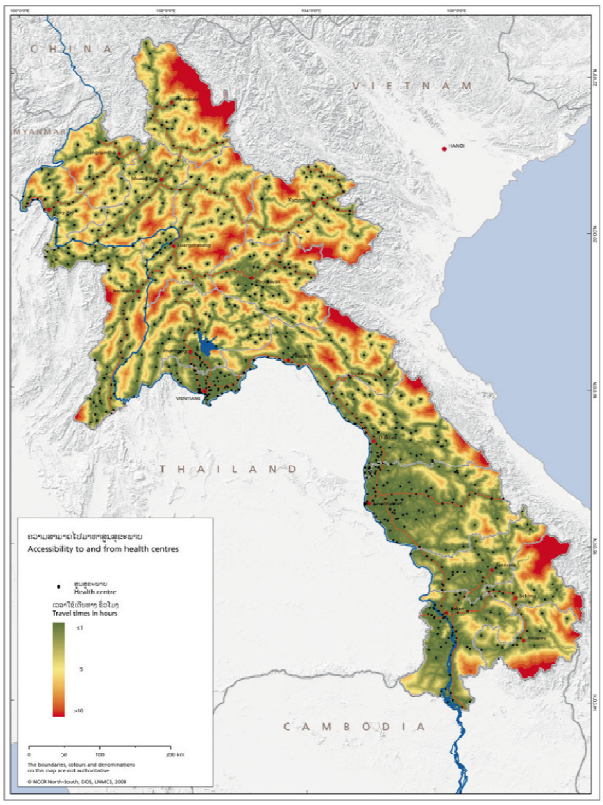
Figure 4 – Répartition de l'offre de soins publique et privée au Laos



Source : Sisouphanthong B. & Taillard C. 2000

En outre, la figure 5 montre une partition en deux du Laos concernant les temps d'accès aux dispensaires : tandis qu'ils sont relativement courts (moins d'une heure) le long de la frontière avec la Thaïlande, ils sont au contraire plus élevés le long de la frontière avec le Vietnam, certains villages pouvant être situés parfois à plus de 10 heures d'un centre de santé. Sur 10 552 villages que compte le Laos, seulement 791 possèdent un dispensaire soit 7,5% du total.

Figure 5 – Localisation des dispensaires et accessibilité en temps de parcours, Laos.



Source : Messerli P. et al. 2008

Malgré la politique volontariste du régime, des inégalités territoriales en matière d'offre de soins persistent. La partie limitrophe de la Thaïlande apparaît mieux pourvue en infrastructures que le reste du pays ; elle est pourtant émettrice de la grande majorité des patients transfrontaliers. L'accessibilité n'est donc pas le facteur déterminant des recours aux soins des Laotiens en Thaïlande mais participe à un ensemble de facteurs interdépendants, dans lesquels la qualité du diagnostic et des soins tient une place prépondérante[50].

La discontinuité lao-thaïlandaise s'accompagne donc d'une discontinuité sanitaire en termes d'offre de soins disponibles. Les éléments déceptifs des structures laotiennes et les éléments attractifs des hôpitaux thaïlandais jouent à la manière de deux forces opposées qui constituent le contexte des recours aux soins transfrontaliers. Au cours de notre analyse, il sera intéressant d'évaluer la part jouée par le « pôle négatif » et celle joué par le « pôle positif » dans l'émergence et la conduite des flux et de mesurer si l'équilibre des forces est similaire dans les différents lieux d'étude le long de la frontière.

[50] Pour une approche plus détaillée du système de soins laotien, voir la thèse de Virginie Mobillion [2010].

B/ Collaborations bilatérales

Le contexte de différentiel sanitaire observé tant du point de vue des états de santé que des caractéristiques de l'offre de soins pose la question de la collaboration des deux pays.

Il apparaît que celle-ci se concentre principalement sur le contrôle et la gestion des maladies transmissibles – paludisme, dengue, VIH, grippe aviaire - de part et d'autre de la frontière : l'objectif est d'établir un réseau de surveillance et de partage de l'information épidémiologique le long de l'axe frontalier afin de prévenir les risques de contagion transfrontalière, liés aux mobilités des personnes. Ces actions sont menées dans le cadre du « *Mekong Basin Disease Suveillance Network*[51] (MBDS) » crée en 1999 par l'OMS et la fondation Rockefeller. En 2001, un protocole d'accord a été signé par les Ministres de la santé des 6 pays du bassin du Mékong (Chine province du Yunnan, Myanmar, Laos, Thaïlande, Viêt Nam et Cambodge).

Au cœur de ce dispositif, la question des migrations transfrontalières et du VIH/Sida apparaît sous haute surveillance comme l'illustre le nombre de recherches initiées sur le thème [Paul et al. 2002 ; Lyttleton & Amornthip 2002 ; The Asian Research Center for Migration et al. 2004 ; Family Health International et al. 2006 ; Jönsson 2006 ; Chantavanich 2007]. De manière générale, les frontières sont représentées comme des zones vulnérables face à la diffusion des maladies sexuellement transmissibles du fait des migrations, des trafics qui peuvent s'y déployer et des difficultés liées à la langue. En 2007, la prévalence de sida est estimée à 1,4% en Thaïlande et 0,2% au Laos (Avert[52]), soit une différence significative. D'un côté, la Thaïlande touchée par le virus au début des années 90, a rapidement mis en place des campagnes de prévention à l'échelle nationale et des traitements, obtenant de très bons résultats quant à la baisse de la transmission de la maladie. La Thaïlande est ainsi fréquemment citée comme l'exemple d'une stratégie de prévention réussie [Ainsworth et al. 2003] ; néanmoins le sida reste depuis 1998 la première cause de mortalité en Thaïlande. De l'autre côté, le Laos étant peu touché par la maladie, il n'existe pas (ou peu) de campagnes de prévention. Ce décalage de prévalence et d'informations soulève le problème de la transmission du virus par les migrants laotiens, d'autant que, parmi les personnes atteintes du virus au Laos, 50% sont impliqués dans des migrations de travail [Phimphachanh et al. 2006]. Les migrants laotiens développeraient des comportements à risque qui les exposeraient plus à la transmission du virus en Thaïlande et créeraient par là même un foyer de diffusion au Laos au moment de leur retour. Dans ce contexte de migrations et d'épidémie de sida, le partage de l'information transfrontalière apparaît essentiel et explique le rapprochement des deux pays sur cette question.

A l'inverse, il n'existe pas de collaboration formelle concernant l'accueil et la prise en charge de patients laotiens atteints de pathologies précises, requérant des équipements ou des traitements spécifiques n'existant pas au Laos. Le bureau stratégique du Ministère de la Santé publique thaïlandais a pourtant crée une directive (Thailand's Border Health Master Plan for 2005-2008), visant la prise en charge des patients n'ayant pas la nationalité thaïlandaise dans les hôpitaux publics des provinces frontalières au nom des droits de l'homme et plus particulièrement du droit de chaque individu d'avoir accès à une structure de soins de qualité. Cette directive vise en particulier les réfugiés birmans en exil dans le Nord-Ouest thaïlandais et répartis dans différents camps le long de la frontière. Ce contexte de camp favorisant le développement et la diffusion de maladies transmissibles, la prise en charge des nouveaux arrivants est avant tout un moyen de prévenir les risques de transmission de maladies à l'intérieur du territoire thaïlandais. La directive s'applique aussi aux patients originaires du Laos mais est largement méconnue des acteurs de la santé au Laos. Il n'existe donc pas de système de transfert institutionnalisé entre les hôpitaux qui se font face d'une rive à l'autre. Les patients laotiens qui désirent aller se soigner en Thaïlande aujourd'hui, le font donc par leur propre moyen et de manière informelle.

[51] « Réseau de surveillance des maladies dans le bassin du Mékong »

[52] Statistiques disponibles sur http://www.avert.org/aidssoutheastasia.htm

Politique, économique et sanitaire, l'écart entre le Laos et la Thaïlande produit une relation inégale. Cette situation se répercute sur le sens des échanges et des mobilités : si les Laotiens vont en Thaïlande pour étudier, trouver un travail ou faire leur courses, les Thaïlandais passent la frontière en quête de tradition ou pour ouvrir faire du commerce. Les recours aux soins transfrontaliers s'inscrivent dans cette logique et procèdent en quelque sorte à un rééquilibrage de l'inégalité initiale entre les deux pays. Si l'objectif de la première partie était de décrire les rapports de force globaux entre le Laos et la Thaïlande afin de comprendre l'origine des flux de recours, nous aborderons en conclusion la question de la frontière à travers le jeu des dynamiques locales dans le but d'affiner la notion globale de discontinuité.

CONCLUSION : UNE FRONTIERE A GEOMETRIE VARIABLE

La frontière lao-thaïlandaise a été abordée jusqu'à présent comme homogène, ligne de partage entre les deux Etats souverains et une relation dominant/dominé en faveur de la Thaïlande. Il apparaît néanmoins nécessaire pour conclure cette partie de focaliser sur l'échelle locale et de faire émerger les différentes configurations frontalières possibles. Nous proposons d'utiliser l'expression « couple frontalier » pour rendre compte des réalités propres à chaque point de passage le long de la frontière.

En partant de l'idée selon laquelle le territoire traduit les interactions des différents acteurs en présence et en reprenant la proposition de la géographe Doreen Massey [1993] qui parle de « *power-geometries of relations* », nous dirons que les territoires frontaliers résultent des relations tissées au sein de l'espace limitrophe entre les acteurs locaux et les acteurs du pays voisin : leurs interactions sont plus ou moins intenses selon le dynamisme des espaces frontaliers respectifs, leur position centrale ou marginale au sein des territoires nationaux, le type d'infrastructures de liaison existantes, les liens économiques tissés ainsi que la proximité culturelle/familiale des populations frontalières. En fonction de ses différents déterminants et de leur combinaison, les couples frontaliers se singularisent les uns des autres, présentant chacun un équilibre des forces spécifique.

Pour illustrer notre propos, nous empruntons à Michel Bruneau (2001) la notion de « *frontière à géométrie variable* » à laquelle on peut associer celle « *d'isobare politique* » de Jacques Ancel (1938). De la même manière qu'une isobare est une ligne qui joint les points d'égale pression atmosphérique, la frontière est une zone de tension limite entre deux Etats souverains. En se référant à ces deux notions, la frontière n'apparaît plus comme une ligne figée mais se révèle plutôt comme un objet mobile qui fluctue et s'adapte aux équilibres en présence.

Le Laos et la Thaïlande se différencient sur de nombreux points parmi lesquels le mode d'organisation territoriale. « *Il y a, d'un côté, des Etats forts qui ont réussi à établir et faire respecter, à quelques exceptions près, leur souveraineté territoriale à leurs frontières : la Chine, le Vietnam et la Thaïlande. D'un autre côté, des Etats faibles – Myanmar, Cambodge, Laos – n'ont pas réussi à établir un contrôle strict sur leurs zones frontalières et ne se sont pas encore assuré la maîtrise de leur auréole externe* » [Bruneau 2001, p.46]. Michel Bruneau parle même d'un polycentrisme laotien pour décrire la manière dont s'organise le pays. En 1989, Christian Taillard faisait déjà le constat suivant : « *[l]es difficultés de circulation, cumulées avec l'étirement du pays en longueur et l'attraction concurrente de ses deux principaux voisins, font que les provinces se différencient assez nettement en fonction de leur éloignement par rapport à Vientiane* » [p.63]. Si les zones de confins ne sont pas totalement sous contrôle laotien et sachant que la Thaïlande exerce une influence importante sur son voisin, on peut dès lors s'interroger sur les recompositions territoriales opérées dans certaines provinces laotiennes en position frontalière. Aussi, comme l'ont souligné plusieurs auteurs travaillant sur le Laos [De Vienne 1993 ; Jerndal & Rigg 1999 ; Stuart-Fox 2005], l'autonomie économique et organisationnelle des provinces est relativement importante. A ce propos, Martin Stuart-Fox [1996] écrit : « *[w]hat was remarkable in a socialist state was the extent to which regional autonomy was given official recognition and even encouragement* »[53] [p.173]. Ces observations sur l'organisation territoriale du Laos conduisent aux interrogations suivantes : les relations transfrontalières prennent-elles le pas sur les échanges internes au pays ? Au classique fonctionnement centre/périphérie voit-on se substituer un fonctionnement en archipel où les couples frontaliers évolueraient de manière isolée ?

[53] « Ce qui est remarquable dans un Etat socialiste est l'importance de l'autonomie régionale officiellement reconnue et même encouragée ».

Ces questionnements apparaissent légitimes au regard des évolutions contrastées que traversent le Laos contemporain et sa société [Rehbein 2005 & 2007]. « *Tandis que le système politique demeure marqué par la monopolisation du pouvoir aux mains d'une minorité et par la censure et la répression de toute velléité critique, l'économie et la diplomatie du pays sont à l'inverse entrées dans une nouvelle ère à l'échelle régionale* » [Evrard & Pholsena 2005, p.36]. Le politique et l'économique semblent donc être pris dans des temporalités décalées, le premier figé dans le passé, le second tourné vers l'avenir. Prolongeant cette réflexion sur l'antagonisme croissant des forces politiques et économiques, Randi Jerndal et Jonathan Rigg [1998] lui adjoignent une dimension spatiale : leur formule-titre « *constructing national space, deconstructing economic space* »[54] [p.821] éclaire bien les effets territoriaux contraires des deux sphères. D'un côté, la dimension politique mobilise une force centripète qui tend à resserrer le pouvoir autour d'un centre fort et utilise le nationalisme comme outil de cohésion. De l'autre côté, la dimension économique est animée par une force centrifuge qui accentue les liens transfrontaliers, favorise l'autonomie des provinces et fait émerger des couples frontaliers de plus en plus indépendants.

Dans ce contexte évolutif, comment les recours transfrontaliers traduisent-il dans le champ de la santé les transformations du Laos contemporain ? Le phénomène illustre-t-il la transition du politique vers l'économique, du droit à la santé au bien marchand ? Ces questions constituent le fil de notre développement au terme duquel il conviendra d'analyser les répercussions des flux de recours tant sur le plan politique que territorial.

[54] « Construction de l'espace national, déconstruction de l'espace économique ».

Partie 2

Les flux : la réalité des recours aux soins transfrontaliers

PARTIE 2
LES FLUX : LA REALITE DES RECOURS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS 71

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE 77

I - Choisir des lieux d'étude : regard croisé sur une diversité de situations frontalières 77

A/ Vientiane et le Nord-Est thaïlandais : le cas singulier d'une capitale en position frontalière

B/ Bokéo – Chiang Rai : deux provinces isolées
- Mouangkhousinh : un village commerçant
- Kokluang : un village rural reculé

C/ Bolikhamsai – Nongkhai : à proximité de la capitale laotienne
- Pakkading Neua : un bourg rural dynamique

D/ Savannakhet – Mukdahan : un corridor stratégique
- Sounantha, village urbain au cœur de Savannakhet

E/ Champassak – Ubon Ratchatani : loin des centres
- Pabath, village urbain au centre de Pakse
- Dongchik, village rural pauvre

II - Collecter des données sur les recours aux soins transfrontaliers 108

A/ Une approche quantitative
- Les registres hospitaliers en Thaïlande
- Les enquêtes au Laos
  - Enquête domiciliaire de santé à Vientiane : enquête modèle
  - Les enquêtes villageoises en province

B/ Et une approche qualitative
- En Thaïlande
- Au Laos
  - Les entretiens avec les patients itinérants
  - Des groupes de discussion
  - Entretiens avec des responsables de la santé au Laos
  - Le traitement d'articles de presse

CHAPITRE 4 : L'IMPORTANCE DES FLUX : VOLUMES ET INTENSITE 119

I - Situation actuelle 119

A/ Attraction/Emission : approches chiffrées
- Lieux d'accueil : les hôpitaux thaïlandais
- Lieux de départ : les villages laotiens

B/ Le cas de Vientiane : imbrication de facteurs socio-territoriaux
- Hétérogénéité des recours dans la ville

- Le poids des facteurs locaux
  - Le poids du commerce dans les mobilités de recours
  - Le pont de l'Amitié et les recours en Thaïlande : un facteur secondaire

II - Inscription historique des recours transfrontaliers 131

A/ Un phénomène ancré dans le passé ?

B/ Tendances récentes

CHAPITRE 5 : LES MODES DE RECOURS 135

I - Les structures fréquentées 135

A/ L'orientation des patients dans le système de soins thaïlandais

- Une orientation privilégiée vers le secteur privé
- Des différences selon l'origine rurale ou urbaine des patients

B/ Les raisons d'une prédilection pour le secteur privé

- Le poids de l'offre privée
- Le sens attaché aux recours dans le privé
  - La perception négative du secteur public
  - Aller dans le privé ou l'émergence d'une norme de classe ?

II - Les formes de consultation 1142

A/ Consultation ou hospitalisation ?

B/ Fréquence des recours

C/ Périodicité de la pratique

CHAPITRE 6 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET GEOGRAPHIQUES 151

I - Chroniques thérapeutiques 151

A/ L'épuisement de l'itinéraire au Laos : la durée

B/ Un voyage dans le temps médical

II - Déploiement spatial des recours transfrontaliers 155

A/ Distance et frontière

B/ Aire de recrutement des hôpitaux thaïlandais au Laos

C/ Les lieux de consultation en Thaïlande

D/ Les facteurs du choix du lieu d'accueil.

- La maladie
- Le jeu des transferts médicaux
- Des raisons psychologiques

E/ Entre itinéraire et errance thérapeutique : l'itinérance des patients

SYNTHESE : ESSAI D'UNE TYPOLOGIE DES COUPLES FRONTALIERS 177

INTRODUCTION

Les recours aux soins transfrontaliers désignent les déplacements de patients en recherche de soins vers des structures situées au-delà de la frontière de leur Etat. Outre que leur point commun réside dans le mouvement, la traversée, le franchissement des limites nationales, ces pratiques recouvrent une variété de comportements, aussi divers que le nombre de patients concernés. Aussi nous nous attacherons dans cette seconde partie à décrire, au-delà du dénominateur commun des recours transfrontaliers qu'est le passage de la frontière, la diversité et la complexité des pratiques.

Denise Pumain et Thérèse Saint-Julien [2001] appréhendent la mobilité au moyen de la notion de flux : « *La mobilité des biens, des personnes et des informations traduit le déroulement des interactions dans l'espace. Elle est difficile à saisir, car il s'agit d'un attribut relatif à au moins un couple de lieux et non plus à une seule localisation, et surtout parce qu'elle dépend du temps, c'est-à-dire du moment et de la durée considérés. Cependant, quand on l'observe à l'échelle d'unités géographique assez vastes et au bout de durées assez longues, elle se traduit par des flux, mesures agrégées des déplacements, qui présentent de remarquables régularités* ». Nous utiliserons nous-mêmes la notion de flux pour approcher et déterminer les recours transfrontaliers.

L'hypothèse générale de cette partie est que les flux de patients transfrontaliers révèlent simultanément l'écart de développement sanitaire entre le Laos et la Thaïlande et les inégalités socio-territoriales au sein de l'espace national laotien.

Pour vérifier le bien fondé de cette hypothèse, nous analysons en trois volets l'importance quantitative des flux (chapitre 4), la variété des modes de recours (chapitre 5) et enfin l'itinéraire géographique des patients (chapitre 6).

L'ensemble de l'interprétation repose sur une méthodologie élaborée par nos soins qu'il convient par conséquent d'exposer dans un chapitre liminaire (chapitre 3) afin d'en souligner les atouts comme les faiblesses et dans le but de ne pas alourdir de rappels techniques l'analyse qui suivra.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

De la pratique chiffrée à l'expérience sensible, des calculs de flux à la reconstitution d'itinéraires individuels, l'étude des recours transfrontaliers repose sur l'exploitation de données issues de sources multiples (II). Compte tenu de la diversité des situations frontalières évoquées précédemment, il convient de présenter de façon précise et aussi exhaustive que possible les lieux d'étude (I).

I - Choisir des lieux d'étude : regard croisé sur une diversité de situations frontalières

Le recours aux soins transfrontalier en tant qu'il implique un lieu de départ dans un pays et un lieu d'arrivée dans un autre pays nécessite de s'intéresser simultanément à ces deux sites, d'où le principe d'adopter un regard croisé. En outre, les situations géographiques étant variées, il convient pour approcher au mieux l'ensemble du phénomène, dans ses éléments constants et ses variantes, de choisir des couples frontaliers pertinents.

Nous avons fait le choix de concentrer l'étude sur l'interface frontalière lao-thaïlandaise. Ainsi nous n'avons pas réalisé d'enquêtes concernant les recours transfrontaliers dans des villages de l'intérieur du territoire laotien, ce qui aurait permis de déterminer jusqu'où l'offre de soins thaïlandaise exerce une influence. Une telle approche aurait certainement été intéressante mais l'objectif de notre recherche est avant tout d'envisager les recompositions socio-territoriales le long de l'axe frontalier et d'identifier les évolutions dans les espaces en bordure uniquement.

La sélection des lieux enquêtés a été réalisée en appliquant les critères suivants.

Tout d'abord, la frontière abrite une variété de situations transfrontalières du point de vue du type d'espaces mis en relation et des populations résidentes : espaces urbains, espaces ruraux ou espaces mixtes (mêlant des éléments de l'urbain et des caractéristiques rurales) se font face et interagissent dans des agencements originaux. Leur combinaison offre donc une large palette de situations transfrontalières, que nous avons tâché de conserver au moment du choix des espaces étudiés.

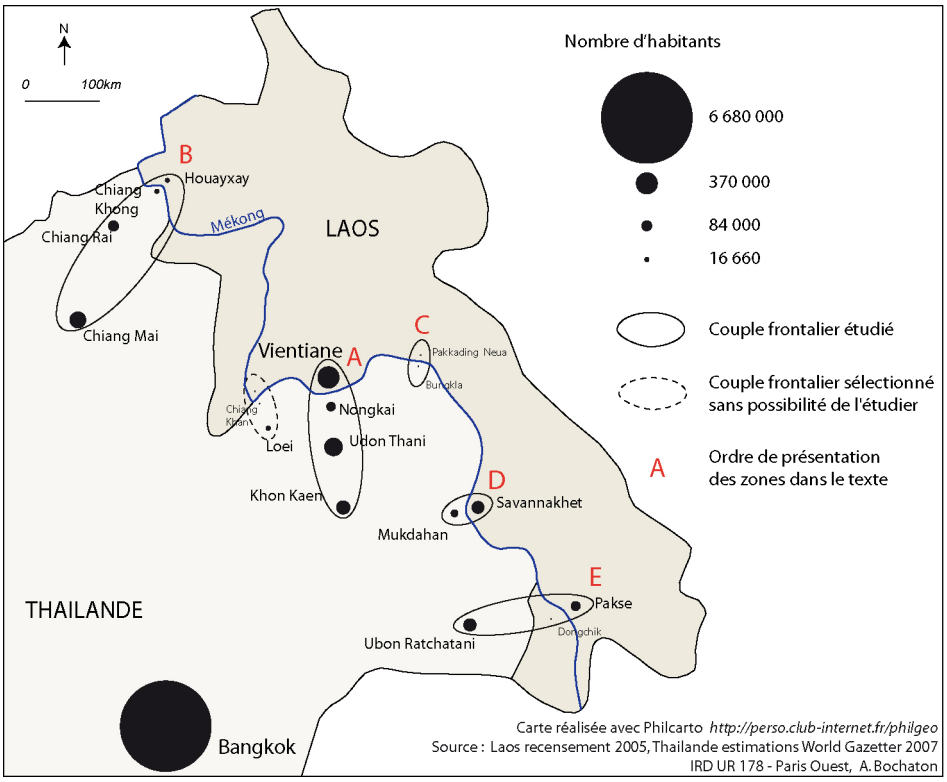
Ensuite, le tracé de la frontière présente des modifications de forme dont nous avons voulu tenir compte. Délimitée par le Mékong sur plus des 2/3 de sa longueur, la frontière devient terrestre le long de la province de Sayabouri (carte*/B3) et au sud du Laos au niveau de la province de Champassak (carte*/D5). Nous nous interrogerons sur le point de savoir si la différence de marquage de la frontière peut avoir des répercussions sur les mobilités et plus précisément si le fleuve constitue une barrière physique, psychologique plus forte qu'une simple ligne au sol.

Enfin en lien avec la nature du tracé de la frontière et en fonction des infrastructures de liaison présentes, le choix des espaces étudiés doit être représentatif des différents moyens de transport à disposition des populations riveraines pour traverser la frontière : traversée en voiture privée ou en bus quand la frontière est terrestre ou quand un pont relie les deux rives du Mékong ; en

bateau personnel ou par un service de navettes fluviales quand le fleuve marque la limite nationale.

En tenant compte de ces critères, nous avons finalement retenu à l'étude cinq zones transfrontalières distinctes représentées sur la carte ci-dessous.

Figure 6 – Les recours aux soins transfrontaliers : les espaces étudiés



A/ Vientiane et le Nord-Est thaïlandais : le cas singulier d'une capitale en position frontalière

L'espace transfrontalier formé par Vientiane et les villes provinciales du Nord-Est thaïlandais - Nong Khai, Udon Thani et Khon Kaen - s'est imposé car il met en contact des villes de rang bien distinct dans la hiérarchie urbaine : une capitale d'Etat et des capitales de rang provincial.

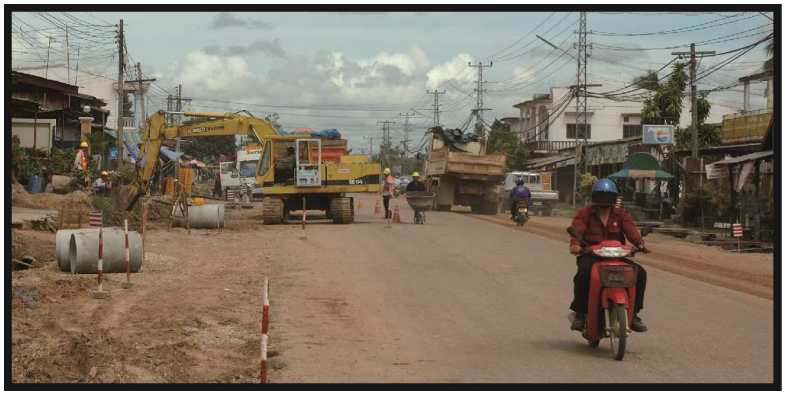
Alors que les capitales politiques ont toujours une position plus ou moins centrale au sein du territoire national qu'elles administrent, Vientiane se singularise par sa position frontalière avec la Thaïlande. Au regard de cette situation particulière crée au fil de l'histoire, le différentiel structurel qui sépare les deux pays, n'est-il pas ici compensé par le poids de la capitale laotienne ? Pour reprendre l'idée de l'isobare décrite précédemment, l'espace transfrontalier comprenant Vientiane et les villes du Nord-Est thaïlandais se caractériserait par un rééquilibrage des forces en présence de part et d'autre et ainsi l'atténuation du différentiel de développement. Dans cette optique, comment se caractérisent les recours transfrontaliers au départ de Vientiane et quelles sont leurs spécificités en fonction de cet agencement territorial particulier ?

En outre, ce segment frontalier a bénéficié du premier pont construit sur le Mékong en 1994, permettant de relier aisément Vientiane à Nong Khai. Les flux de personnes et de marchandises se sont largement développés autour de cette nouvelle connexion et il apparaît intéressant de vérifier si le pont joue un rôle d'accélérateur des mobilités liées aux soins par rapport aux zones frontalières où la traversée vers la Thaïlande s'effectue toujours en bateau. Une vingtaine de kilomètres sépare le centre ville de Vientiane au pont de l'Amitié par la route de Tha Deua : étroite et dangereuse jusqu'en 2006, elle a été élargie et goudronnée grâce à la coopération bilatérale japonaise JICA. En comptant les formalités d'immigration au poste frontière laotien puis thaïlandais ainsi que la traversée du pont, la durée de trajet entre le centre de Vientiane et Nong Khai varie entre 40 minutes en voiture personnelle à une heure en navette ou touk-touk. La présence du pont confère-t-elle aux recours transfrontaliers des caractéristiques spécifiques ? Les mobilités de patients sont-elles canalisées par la présence de cette infrastructure ?

Photo 5 - L'Amitié, premier pont sur le Mékong entre Vientiane et Nong Khai

Source : V. Mobillion, mars 2008, photo prise côté laotien, le grand bâtiment en arrière-plan est le *Royal Hôtel*.

Photo 6 - Travaux de rénovation et d'élargissement de la route de Tha Deua en direction du pont de l'Amitié, village de Somvang Neua

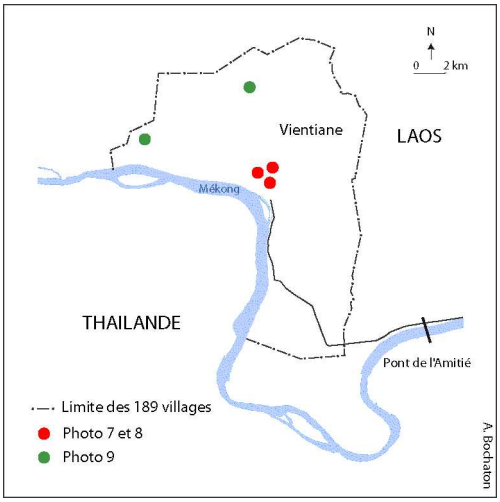


Source : J. Crégut, juin 2006

Vientiane et sa périphérie[55] se caractérisent en outre par l'imbrication ou la très grande proximité d'espaces urbanisés et d'espaces restés ruraux : quelques kilomètres seulement séparent le centre historique de Vientiane des premières rizières. Naturellement, les populations résidentes sont très diversifiées entre les zones centrales urbanisées où l'activité commerciale est intense et les zones périphériques où les infrastructures urbaines se mêlent à des activités et des modes de vie similaires aux populations rurales.

La figure 7 situe dans la capitale les lieux d'où proviennent les photographies de la page suivante.

Figure 7 – Localisation des sources photographiques dans la ville de Vientiane



[55] On se réfère ici au périmètre dit des « 189 villages » défini en 2002 par le gouvernement. Il couvre 4 districts urbains et 3 districts périurbains et correspond aux limites de la municipalité de Vientiane.

Photo 7 - Vientiane vue du ciel : une mixité urbaine et végétale

Source : J. Crégut, juin 2006.
Villages d'Hatsadi Neua (1) et Sisavat Neua (2,3)

Photo 8 – Le centre urbain de Vientiane à l'heure de la mondialisation…

Source : J. Crégut, juin 2006.
Villages d'Hatsadi Neua (1,3), Anou (2) et Thong Khan Kham Tai (4)

Photo 9 - … et une nature à deux pas du centre ville

Source : J. Crégut, juin 2006.
Villages de Tongpong (gauche), Bonanoua (milieu haut), Nongtha Tai (milieu bas), Nalao (droite)

Un autre aspect remarquable de Vientiane est qu'elle subit les répercussions du rayonnement culturel grandissant de la Thaïlande, que l'on peut observer dans les médias laotiens (programmes télévisés et radiophoniques), dans l'évolution de la langue Lao sous l'influence linguistique du thai [Enfield 1999], ainsi que dans l'architecture. On relève ainsi à Vientiane l'édification de maisons au style architectural de type 'nouveaux-riches', répandus de l'autre côté de la frontière (photo 10). A cet égard, Grant Evans [1998, p.88] pense même qu'il est possible de parler d'une « *thaïsation des classes moyennes dans l'espace social Lao*[56]».

Photo 10 – Loin de l'image de la maison traditionnelle laotienne : une esthétique sous influence

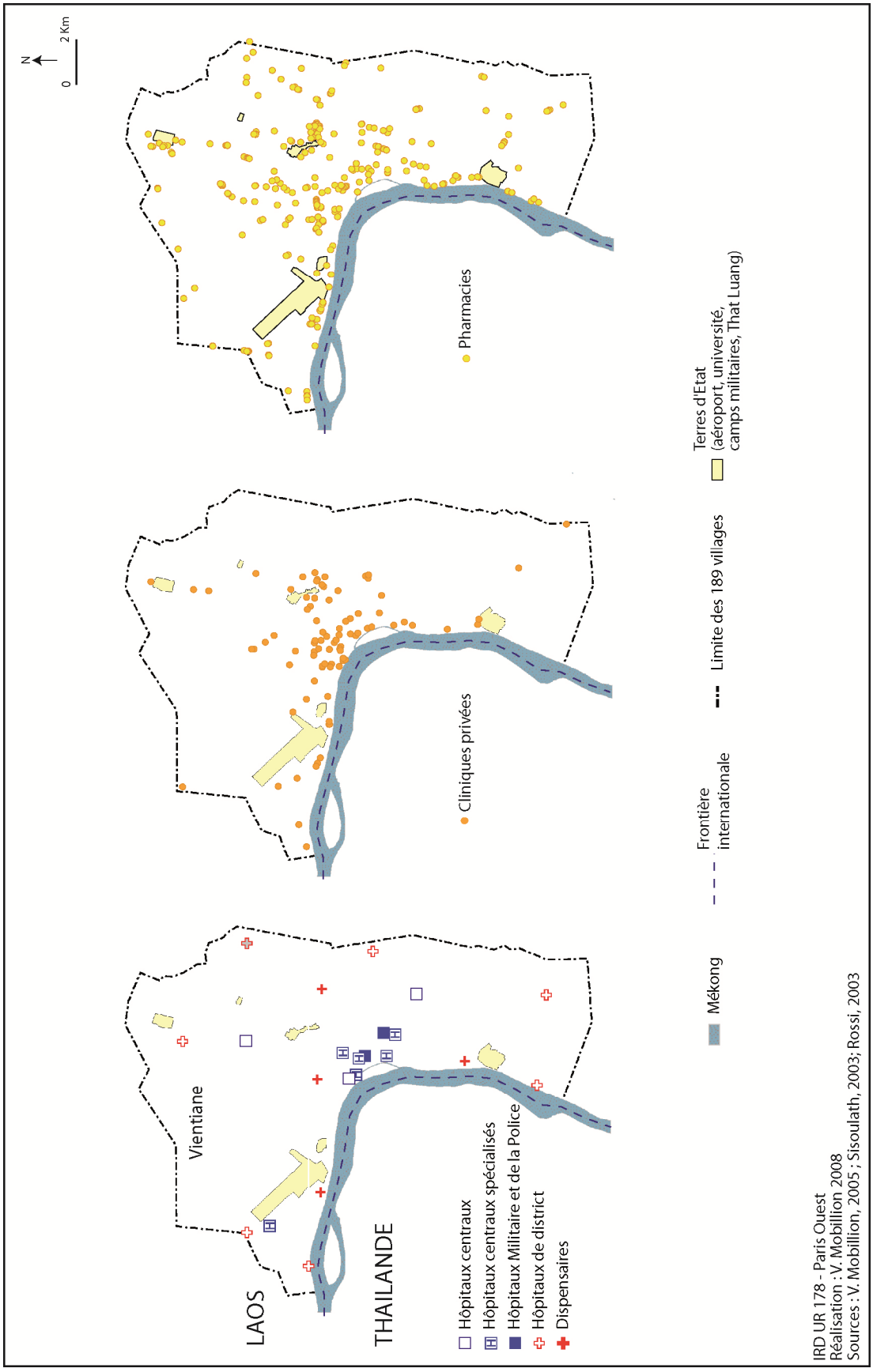
Source : J. Crégut juin 2006 Laos, source internet Thaïlande.

Gauche : une maison en construction dans le village de Nongtha Neua, Laos ; droite : maison dans la province de Hua Hin, Thaïlande

Lieu du pouvoir politique et centre névralgique des activités économiques, Vientiane offre également l'essentiel des structures de soins nationales, les hôpitaux publics les plus performants et une large part des cliniques privées. Cette concentration des structures de soins est visible dans les cartes présentées ci-dessous.

[56] '*Middle-class Thai-ization of Lao social space*', p.88.

Figure 8 - L'offre de soins publique et privée à Vientiane en 2005



Vingt structures de soins publiques dépendant du Ministère de la Santé existent à Vientiane (limite des 189 villages). Elles se répartissent en 2 hôpitaux centraux généraux, 6 hôpitaux centraux spécialisés, 1 hôpital régional, 4 hôpitaux de district et 7 dispensaires. S'y ajoutent 2 autres hôpitaux, l'un de la police et l'autre militaire, placés sous l'autorité respective des Ministères de l'Intérieur et de la Défense. Le secteur privé, quant à lui, regroupe des cabinets médicaux (88 en 2001 soit près de 30 % de l'offre nationale) et des pharmacies (299 en 2005 soit 14% des pharmacies nationales) [Mobillion 2006]. La capitale n'accueillant que 6% de la population laotienne, cette concentration de structures apparaît tout à fait disproportionnée.

Photo 11 - Hôpitaux centraux de la capitale laotienne

Source : T. Bochaton, juillet 2006 (gauche), V. Mobillion, mars 2008 (milieu, droite)
Hôpital Mahosot (gauche), hôpital Setthathirath (milieu), hôpital de l'Amitié (droite)

Photo 12 – Bâtiments et salles d'attente des hôpitaux de district de Sikhottabong (gauche) et de Chantabouly (droite), Vientiane

Source : V. Mobillion, mars 2008

~

De l'autre côté de la frontière, les structures de soins sont plus performantes. S'agissant des hôpitaux publics, Nong Khai et Udon Thani disposent d'établissements de niveau provincial et la ville de Khon Kaen abrite un hôpital universitaire réputé dans l'ensemble de la région *Isan*. S'agissant des hôpitaux privés, ils sont nombreux, de taille significative et disposent d'un équipement de bonne qualité de sorte qu'ils permettent une prise en charge d'urgence et en hospitalisation des patients sans équivalent avec ce que permettent les petites cliniques laotiennes qui fonctionnent uniquement en consultations externes. En outre, ils se caractérisent par une architecture et un agencement intérieur très attractif pour la clientèle.

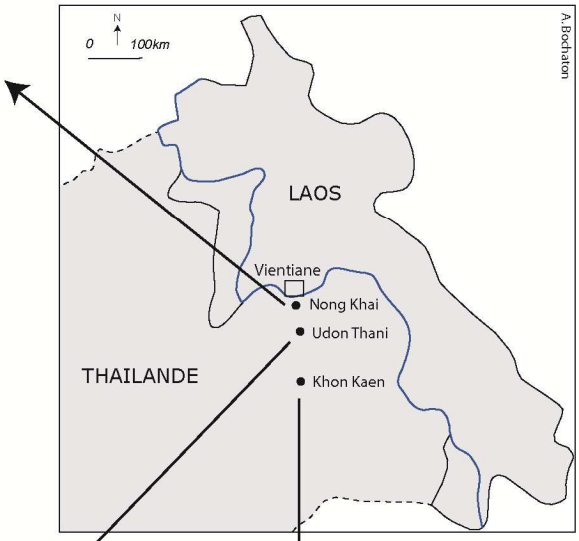
Les villes thaïlandaises abondent aussi en petites structures privées, des cliniques, tenues par un ou plusieurs médecins (une trentaine en 2005 pour la seule ville de Nong Khai).

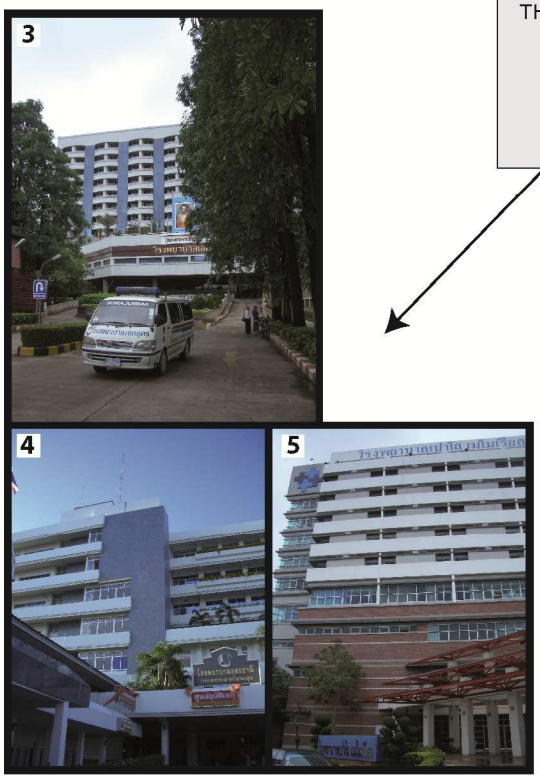
Figure 9 - Structures de soins publiques et privées de grande capacité dans les trois principales villes du Nord-Est thaïlandais

Ville en Thaïlande	*Nom de la structure*	*Type*	*Nombre de lits*	*Photo*
Nong Khai	Hôpital provincial de Nong Khai	Public	350	1
	Hôpital Wattana	Privé	≅100	2
	Hôpital Ruampet	Privé	≅70	
Udon Thani	Hôpital provincial d'Udon Thani	Public	≅1 000	4
	Hôpital Wattana	Privé	≅300	
	Hôpital Aek Udon	Privé	≅350	3
	Hôpital Paolo	Privé	≅100	5
Khon Kaen	Hôpital universitaire de Sinagrind	Public	800	7
	Hôpital provincial de Khon Kaen	Public	700	6
	Khon Kaen Ram	Privé	200	

Source : entretien au sein des structures 2005-2006

Source : Internet





Source : A. Bochaton 2005

Source : A. Bochaton 2005

La configuration frontalière particulière du couple *Vientiane - les villes du Nord-est thaïlandais* génère plusieurs interrogations :

- ✓ Quels sont les facteurs, répulsifs côté laotien et attractifs côté thaïlandais, expliquant les recours transfrontaliers ? Si la question vaut pour l'ensemble des couples frontaliers étudiés, elle se pose néanmoins ici dans des termes particuliers. On a vu en effet que la densité et la qualité de l'offre sanitaire à Vientiane sont supérieures au niveau national ce qui pourrait expliquer que la population de la capitale soit moins encline à recourir à des soins en Thaïlande. Côté thaïlandais, l'offre sanitaire est également très développée, dans des formes plus sophistiquées qu'au Laos, la force d'attraction se situant donc dans la différence et la nouveauté. L'étude de ce couple frontalier nous permettra à terme de déterminer dans quelle mesure l'offre peut modifier la demande de soins et avoir un impact sur la consommation de soins, qui elle-même peut se répercuter sur les états de santé de la population concernée.
- ✓ La fréquence et les modalités de recours sont-elles fonction du niveau socio-économique varié des populations vivant dans la capitale ?
- ✓ Enfin quelle est l'empreinte des pratiques médicales thaïlandaises sur les façons des soignants laotiens d'accueillir et de prendre en charge les patients qui restent ?

B/ Bokéo – Chiang Rai : deux provinces isolées

Les provinces de Bokéo et de Chiang Rai[57] (carte*/B2) dans la partie la plus septentrionale constitue un espace d'étude intéressant à plus d'un titre : il s'agit aussi bien pour le Laos que pour la Thaïlande d'une zone de confins, éloignée des centres de décision et de pouvoir : de Vientiane à Houayxay, la capitale provinciale de Bokéo, deux jours de trajet en autobus sont nécessaires, tandis que Chiang Khong, ville située sur la rive thaïlandaise, est à environ deux heures de bus de Chiang Rai, première ville d'importance.

En étudiant cette zone transfrontalière, nous souhaitons vérifier l'hypothèse selon laquelle l'éloignement de la capitale et des hôpitaux centraux favorise les recours transfrontaliers des patients laotiens surtout dans le cas d'une urgence sanitaire.

Cette zone présente en outre la particularité de mettre en vis-à-vis des populations qui, du fait justement de l'éloignement des centres de pouvoir, ont gardé un lien durable en dépit des changements de régime occasionnant parfois la fermeture de la frontière, comme après 1975 [Walker 1999]. A partir de 1988, date de la réouverture officielle de la frontière, le commerce transfrontalier s'est largement développé puisqu'entre 1988 et 1995 le coût des importations au Laos a été multiplié par 5 (de 30 millions à 154 millions de baht) et le coût des exportations par 13 (de 6 millions de baht à 86 millions) [Ibid, p.71]. Il conviendra dès lors de vérifier si l'histoire partagée des populations et le rapport commercial qu'elles entretiennent, influencent les pratiques transfrontalières en matière de santé.

Nous avons choisi d'étudier plus particulièrement les deux villages de Mouangkhousinh et de Kokluang dans la province de Bokéo.

[57] Le mot *Chiang* composant le nom des villes de Chiang Rai, Chiang Mai et Chiang Khong signifie *nord*.

- **Mouangkhousinh : un village commerçant**

Ce village de 991 habitants (en 2005), est situé au bord du Mékong, de part et d'autre de la route principale de Houayxay, capitale provinciale, le long de laquelle se trouvent de nombreux petits commerces, auberges et restaurants, qui tirent profit d'une activité touristique croissante ; l'ouverture d'un bureau d'immigration international permet en effet la traversée des étrangers entre le Laos et la Thaïlande. Ce point de passage est ainsi de plus en plus fréquenté par les touristes qui souhaitent visiter le triangle d'Or ou se rendre à Luang Prabang en bateau. Mouangkhousinh est composé de commerçants établis le long de cette route, de fonctionnaires et d'ouvriers. Cette population est relativement aisée comparé à celle des villages adjacents à Houayxay.

Photo 13- Route principale de Houayxay (Laos) : des commerces tournés vers le tourisme

Source : A. Bochaton, novembre 2006.

La rue principale, bordée d'immeubles de taille relativement élevée, est animée dès le début de la journée par un ballet de voitures pick-up. Les encadrés rouges soulignent l'importance d'objets destinés tout spécialement aux touristes de passage : cartes postales, chips, fast-food et tirages photos.

Du point de vue de l'offre sanitaire, Houayxay dispose d'un hôpital de rang provincial ainsi qu'un hôpital militaire ouvert à tous. L'hôpital provincial compte une vingtaine de lits et une partie du bâtiment a été rénovée récemment grâce à un financement de la Banque Asiatique de Développement (BAD). Malgré des locaux neufs et propres, nous avons pu constater le très faible nombre de malades hospitalisés. Le fonctionnaire du bureau provincial de la santé, en charge de nous faire visiter les locaux, en fut lui-même surpris et ce d'autant plus que la visite s'est déroulée un lundi, jour supposé être le plus chargé de la semaine en raison de l'accueil des malades du week-end.

L'hôpital militaire est constitué de plusieurs petites bâtisses qui regroupent les salles de consultation et une vingtaine de lits.

Enfin, comme partout ailleurs au Laos, les médecins qui exercent dans ces hôpitaux, donnent aussi des consultations privées chez eux en dehors des heures de travail : il y a 6 cliniques à domicile à Houayxay.

~

Côté thaïlandais, il y a à Chiang Khong un hôpital de district de 90 lits et trois cliniques privées fonctionnant uniquement en consultation externe. Installées le long de la route principale, elles sont ouvertes toute la journée (8h-20h), 6 jours par semaine.

Figure 10 - Houayxay / Chiang Khong : proximité géographique et lieu de passage fréquenté

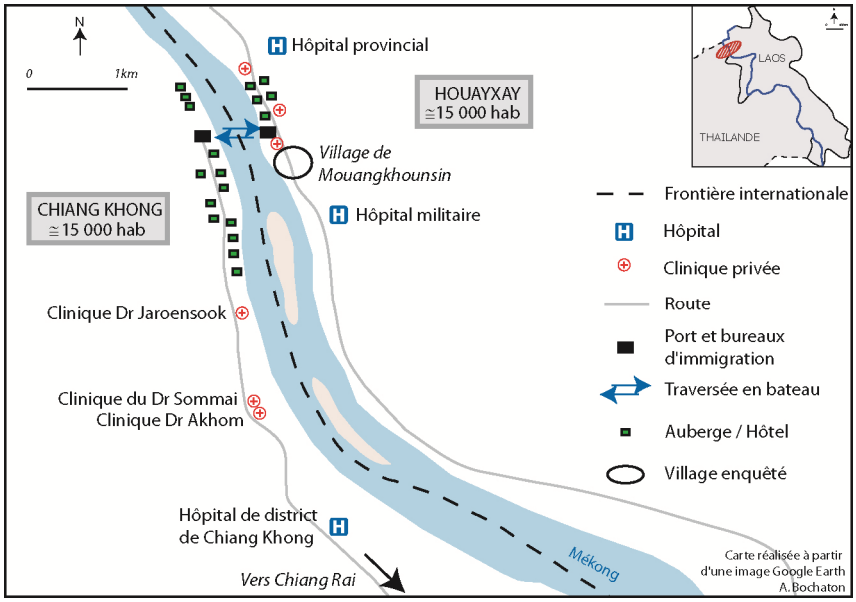


Photo 14 - Hôpital provincial de Houayxay (Laos) : contraste entre des locaux récemment construits et des chambres d'hospitalisation désertées

Source : A. Bochaton, novembre 2006

Photo 15 - Les structures de soins à Chiang Khong, Thaïlande

Source : A. Bochaton, février 2008.

Hôpital public de district (gauche), deux cliniques privées côte à côte : celle Dr Sommai et celle du Dr Akhom (droite)

La ville de Chiang Rai, capitale de la province du même nom et située à 115 km au sud de Chiang Khong, accueille également des patients originaires de Houayxay et plus généralement de la province de Bokéo. Elle compte trois hôpitaux de grande capacité au nombre desquels l'hôpital public régional de 750 lits, qui reçoit quotidiennement 2 000 patients en consultations externes et où 70 médecins et près de 2 000 travailleurs (personnels soignants et chargés administratifs) exercent. Deux structures privées sont installées dans la ville : l'hôpital Sribourin (120 lits) et l'hôpital Overbrook (200 lits) du nom du missionnaire protestant qui l'a crée il y a plus de 100 ans. Ce dernier, bien que privé, est à but non lucratif et les tarifs pratiqués sont intermédiaires entre les prix du public et ceux du privé. Il est ouvert à tous, chrétiens (20% des patients) comme bouddhistes (80%).

Photo 16 – Des hôpitaux de grande capacité à Chiang Rai, Thaïlande

Source : A. Bochaton, février 2008

Hôpital privé de Sribourin (gauche) et hôpital Overbrook de statut mixte (droite)

D'après le contexte géographique décrit entre la province de Bokéo et celle de Chiang Rai, les interrogations soulevées sont les suivantes :

- ✓ Les liens historiques entretenus par les populations riveraines de cette partie septentrionale de la frontière occasionnent-ils des recours transfrontaliers spécifiques ?
- ✓ En quoi les faibles capacités de l'hôpital provincial de Houayxay couplé à l'éloignement des hôpitaux centraux de Vientiane constituent les conditions optimales de l'émergence des recours transfrontaliers ?

• Kokluang : un village rural reculé

Le village de Kokluang, à une trentaine de kilomètres au sud de Houayxay, comptait 344 habitants en 2006. Situé sur les berges du Mékong, au cœur d'un relief accidenté, le village est d'un point de vue géographique relativement isolé à l'intérieur de la province de Bokéo et au sein du Laos en général. Il s'agit de la zone frontière où le fleuve est le plus étroit, la distance d'une rive à l'autre ne dépassant pas 70 mètres en saison sèche.

Photo 17 – Le site de Kokluang : isolé au Laos et ouvert sur la Thaïlande

Source : A. Bochaton, novembre 2006, photos prises côté laotien (orientée vers l'aval du Mékong pour celle de gauche)

Gauche : côté Laos, on observe des montagnes qui isolent la vallée du Mékong de l'arrière-pays. L'accès à la rive thaïlandaise apparaît dans ce contexte comme le trajet le plus facile à réaliser (droite).

Cette configuration topographique qui facilite le franchissement du fleuve, explique sans doute que le village de Kokluang soit largement tourné vers son voisin thaïlandais d'un point de vue économique. Les travaux agricoles constituent l'activité principale de la population de Kokluang et les villageois qui pratiquent la riziculture, vendent en effet une partie de leur production sur le marché thaïlandais : le transport des sacs de riz s'effectue sur de petites embarcations d'un rivage à l'autre du fleuve (photo 18). En outre, depuis quelques années, sous l'impulsion d'hommes d'affaires thaïlandais, des cultures de maïs (dès 1995) et des orangeraies (à partir de 2000) ont vu le jour. En échange des premières semences données par ces intermédiaires thaïlandais, certains agriculteurs de Kokluang se sont engagés à vendre l'intégralité de leur production de maïs à la Thaïlande. Les oranges produites par une vingtaine de familles du village sont vendues aussi bien à des commerçants thaïlandais que sur le marché de Houayxay.

A ce point de passage, les échanges et les traversées en direction de la Thaïlande se font de manière illégale ; un militaire, basé dans le village laotien, est censé réguler les flux d'entrées et de sorties mais en réalité il semble que les circulations soient relativement libres de contrainte formelle.

Photo 18 – Transport et chargement de sacs de riz en vue de les vendre à des acheteurs situés de l'autre côté du Mékong

Source : A. Bochaton, novembre 2006

Ces transactions se font de manière illégale entre le producteur d'un côté et l'acheteur de l'autre côté du Mékong. Le prix d'achat du riz en Thaïlande n'étant pas significativement différent du Laos, il semblerait que la logistique et le faible temps de transport soient les principaux motifs de ces échanges.

Photo 19 – Nouvelles cultures importées de Thaïlande dans la province de Bokéo

Source : A. Bochaton, novembre 2006

Champs de maïs sur la route entre Houayxay et Kokluang(1), orangeraie et récolte (2,3)

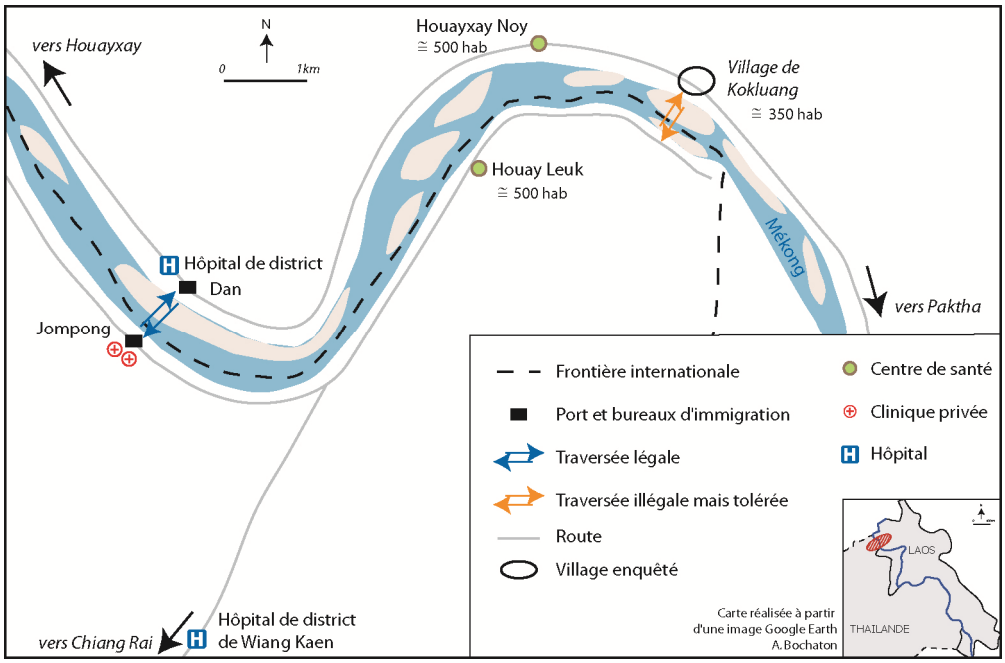
Si le niveau de vie de la population est en général faible, il diffère cependant d'un groupe ethnique à l'autre. Il existe en effet une très nette partition du territoire villageois en deux sous-ensembles, l'un regroupant les représentants de l'ethnie majoritaire lao et l'autre composé de familles très pauvres appartenant à l'ethnie Kamou. Tandis que les Lao habitent des maisons traditionnelles en bois au centre du village, les Kamou sont isolés, leurs modestes maisons en bambous sont reléguées aux confins du village après un virage en épingle à cheveux qui les écarte du reste de la communauté.

Il n'existe pas de dispensaire à Kokluang, néanmoins un fond de roulement de médicaments ('Drug Revolving Fund' Project) a été mis en place, comme dans une cinquantaine d'autres villages du district de Houayxay, par la Banque Asiatique de Développement. L'objectif est de mettre à la disposition des populations reculées un stock de médicaments de première nécessité à bas coût, dont le nombre s'élève à 27 suivant la liste établie par cette organisation pour le Laos. Ce dispositif est porté par deux volontaires de santé choisis parmi les villageois, qui reçoivent à cette fin une formation d'une dizaine de jours. Celle-ci doit leur permettre de faire des

diagnostics simples, de gérer l'approvisionnement des médicaments (maintenir les quantités, vérifier les dates de péremption) ainsi que de s'assurer de l'équilibre du budget. Les difficultés et les limites du projet à Kokluang nous ont été dévoilées par l'une des volontaires lors d'un entretien. Cette dernière déplore en effet que les habitants perçoivent l'initiative davantage comme la simple fourniture de médicaments que comme un premier contact avec le système de soins et le respect des conseils de santé prodigués. En outre, le fond de roulement présente des dysfonctionnements budgétaires, ce qui conduit à penser que le projet n'est pas tout à fait abouti.

A quelques kilomètres de Kokluang, les habitants peuvent se rendre au dispensaire de Houayxay Noy ou à l'hôpital de district de Ban Dan. Mais en raison de l'indigence de l'équipement et de formation du personnel soignant, les patients rencontrés à Kokluang préfèrent se rendre à l'hôpital provincial de Houayxay. Or il faut compter environ 3 heures pour parcourir les 40 kilomètres, qui séparent Kokluang à Houayxay à bord d'un « toc toc », sorte de motoculteur auquel est attelée une charrette, véhicule ordinairement utilisé dans le village (cf. photo 18).

Figure 11 - Kokluang / Houayleuk : une situation d'isolement dans les territoires nationaux respectifs



~

De l'autre côté du Mékong, à 3 kilomètres du débarcadère informel, se situe le village de Houay Leuk doté d'un petit dispensaire offrant des soins de bonne qualité selon les habitants de Kokluang. A moins d'une dizaine de kilomètres de là se trouve l'hôpital de district de Wiang Kaen qui offre une centaine de lits.

Le contexte géographique, économique et ethnique particulier de la zone *Kokluang- Houayleuk* soulèvent des interrogations divergentes :

- ✓ En plus du différentiel de qualité des soins, comment l'isolement relatif des Laotiens par rapport à leur système de soins national d'un côté et leur proximité physique et économique avec le voisin thaïlandais de l'autre encourage vivement les recours transfrontaliers ?
- ✓ A l'inverse, le faible niveau de vie des villageois constitue-t-il un frein au franchissement du fleuve pour les questions de santé ?
- ✓ Enfin l'appartenance au groupe ethnique majoritaire lao joue-t-elle un rôle dans la pratique des recours en Thaïlande et si oui lequel ?

C/ Bolikhamsai – Nongkhai : à proximité de la capitale laotienne

Dans la province de Bolikhamsai au Laos, notre choix s'est porté sur le bourg de Pakkading Neua et le village de Bung Khla dans la province de Nong Khai en Thaïlande. Ce couple est étudié à défaut de la zone transfrontalière à la jonction de la partie méridionale de la province de Sayabouri au Laos et la partie septentrionale de la province Loei en Thaïlande (carte*/B3) qui avait notre préférence mais n'a pas pu être étudiée compte tenu des difficultés rencontrées.

Cette zone frontalière nous paraissait intéressante à plus d'un titre. Tout d'abord, bien que la distance kilométrique entre cette zone d'étude et Vientiane soit relativement réduite, la distance temps pour relier ces deux points est particulièrement grande à cause de l'état désastreux des routes. Cet environnement fait de cette région si proche de la capitale une zone isolée. L'accessibilité aux hôpitaux centraux depuis le sud de Sayabouri est par conséquent fortement réduite.

De plus, d'après la littérature existant sur la province et certaines discussions avec des personnes impliquées dans cette région du Laos, il semble que Sayabouri, de part son isolement au sein du territoire national, est une province tournée vers la Thaïlande notamment pour les questions de débouchés de produits agricoles. Il nous apparaissait ainsi intéressant de vérifier si ce rapprochement commercial et agricole des deux provinces voisines se répercutait sur les pratiques transfrontalières des populations en matière de recours aux soins.

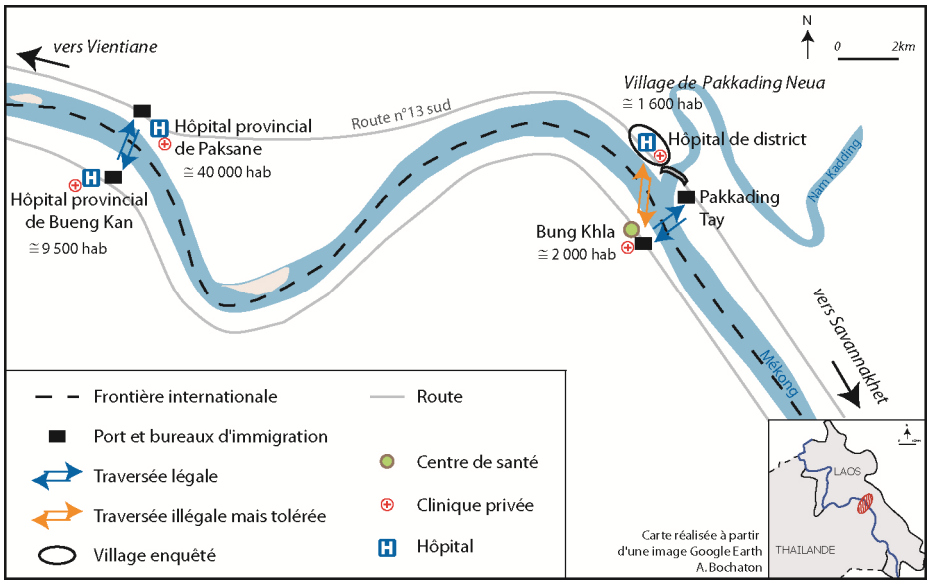
Enfin, un programme de santé primaire est conduit depuis 1991 dans la province de Sayabouri par l'ONG *Save the Children – Australie* : l'utilisation des établissements de soins laotiens aurait apparemment triplé au cours de la période ce qui aurait provoqué une forte baisse des recours transfrontaliers alors que la province est supposée être forte émettrice de patients dans les hôpitaux voisins [Perks & al. 2006]. Dans ce contexte, il nous apparaissait intéressant de confronter les observations faites par les initiateurs du projet à la réalité du terrain.

Si l'étude côté thaïlandais dans les hôpitaux de Chiang Khan et de Loei s'est déroulée sans encombre, un problème d'autorisation au Laos nous a empêché de mener les enquêtes au sud de Sayabouri pour des questions de sécurité. En raison du mauvais état des routes, les responsables de l'Institut National de Santé Publique (INSP) ont jugé préférable que nous ne nous rendions pas dans cette zone en voiture afin d'éviter tout accident. Il s'agit de la version officielle, celle qui nous a été communiquée de manière indirecte la veille de notre départ et qui est, nous semble-t-il, peu convaincante. Il est possible que la province de Sayabouri présente des particularités quant à sa relation avec la Thaïlande, peut-être une proximité trop visible ? Nous n'en saurons rien et c'est la raison pour laquelle notre choix s'est finalement porté sur la zone Pakkading Neua – Bung Khla.

- **Pakkading Neua : un bourg rural dynamique**

Pakkading Neua est situé sur les rives du Mékong à environ 180 km au sud de Vientiane et à une vingtaine de kilomètres au sud de Paksane, capitale provinciale de Bolikhamsai.

Figure 12 - Pakkading Neua / Bung Khla : localisation et répartition de l'offre de soins



Pakkading Neua est un gros bourg, qui comptait 1 647 habitants en 2005, mêle des caractéristiques urbaines et rurales. Il est traversé par la route nationale 13 et se situe à l'embouchure de la rivière Kadding, dont l'esprit est vénéré depuis des générations par les habitants de la région ainsi que par les voyageurs qui, lorsqu'ils empruntent le pont, jettent des bougies en signe de respect et afin de continuer sereinement leur trajet. Il s'est dès lors imposé comme un arrêt incontournable sur l'itinéraire entre Vientiane et le sud du pays. L'activité commerciale y est florissante : de nombreux commerces et restaurants bordent la route et des marchands mobiles s'installent dans les espaces vacants pour vendre des brochettes de poulet, de la viande et des bananes séchées ou encore des chips et boissons gazeuses (photo 20).

Photo 20 – Pakkading Neua : halte des voyageurs de la route 13, opportunité pour les vendeurs de nourriture traditionnelle ou d'aliments 'fast food'

Source : A. Bochaton, décembre 2006

42 familles, possédant des bateaux, effectuent quotidiennement les allers-retours entre les rives laotiennes et thaïlandaises pour assurer le transport de passagers entre les deux pays (il s'agit essentiellement de voyageurs laotiens) ainsi que l'acheminement de marchandises achetées en Thaïlande et alimentant les restaurants et les commerces le long de la route.

Le port d'embarcation légal pour se rendre en Thaïlande a été déplacé en 2005 de Pakkading Neua à Pakkading Tay, de l'autre côté de la rivière Kadding : la traversée en bateau à partir de ce village est plus directe et apparemment moins dangereuse en saison de crues du Mékong. Les villageois sont ainsi obligés d'emprunter un « touk touk » pour rejoindre le port situé à 4 kilomètres et le chef de village dit avoir observé depuis ce déménagement une diminution des déplacements vers la Thaïlande. Du temps où l'embarcadère était encore à Pakkading Neua, les habitants faisaient souvent leurs courses en Thaïlande, maintenant ils se rendent plus volontiers à Paksane. La traversée directe entre Pakkading Neua et Bung Khla est toujours autorisée et pratiquée dans le cadre d'une urgence médicale, les villageois semblent néanmoins respecter le nouvel itinéraire de traversée décidé par les autorités pour le reste de leurs activités en Thaïlande.

Si une partie de la population vit des activités commerciales liées aux haltes des voyageurs en route vers le Sud du Laos et à la proximité du marché thaïlandais, de nombreux villageois vivent encore de l'agriculture et de la pêche (photo 21).

Photo 21 – Mise en culture sur les berges fertiles du Mékong et bateaux qui servent à la pêche ou au transport de marchandises vers la rive opposée, Pakkading Neua, Laos

Source : A. Bochaton (gauche) et V. Sayaseng (droite), décembre 2006.

Concernant l'offre de soins, le village compte un hôpital de district et trois cabinets privés dont un ouvert seulement le week-end car tenu par un médecin exerçant à l'hôpital provincial de Paksane.

L'hôpital a bénéficié durant plus de 10 ans d'une aide financière et logistique du Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement (CCFD) et du Comité de Coopération avec le Laos (CCL). En poste à l'hôpital de 1986 à 1992, le docteur B. a conduit la réalisation du projet au côté du médecin français Dr Alain Noël. Aujourd'hui responsable du cabinet de coopération étrangère au Ministère de la Santé à Vientiane, le médecin laotien, ironique ou tout simplement déçu et désabusé, nous a livré au cours d'un entretien :

– « *Le bel exemple de l'aide !* »

Quel enseignement tirer d'une telle formule ? Notre interlocuteur veut-il uniquement mettre l'accent sur le problème de la non-pérennité des projets de l'aide internationale ou plus indirectement souligner l'incapacité des autorités laotiennes à prendre le relais ? On ne saurait donner une réponse trop tranchée mais la formule résume bien la critique généralement adressée aux projets de développement et leur appropriation par les autorités.

Il poursuit :

– *« Je suis arrivé là-bas, il n'y avait rien. Juste une ancienne maison qui pouvait accueillir 10 lits. On a tout fait, tout organisé et on est arrivé au point de pouvoir prendre en charge des hystérectomies et des césariennes. Il s'agissait alors du seul hôpital de district au Laos à pouvoir assurer de tels actes chirurgicaux. Quand je suis parti, le fonctionnement de l'hôpital est resté tel quel pendant quelque temps, puis tout a chuté et aujourd'hui c'est en ruine ».*

Nous avons nous-mêmes pu observer l'état d'abandon des locaux ; il est difficile d'imaginer le dynamisme et la forte activité de la structure, 20 ans plus tôt. Tous les villageois s'accordent sur le regret de l'époque où le docteur Bansa et le docteur de France animaient les lieux. Cet exemple met en évidence le problème de la pérennité et de la durabilité des projets de développement en matière de santé au Laos.

Photo 22 - Hôpital de district de Pakkading Neua : un lieu vide de patients et de personnels

Source : A. Bochaton, décembre 2006

S'ils ne se rendent plus dans l'hôpital du village, les habitants de Pakkading Neua vont volontiers à l'hôpital provincial de Paksane. Et lorsque leur pathologie est grave, ils peuvent alors se rendre dans les hôpitaux centraux de la capitale.

~

En Thaïlande, se trouvent un dispensaire et quelques cliniques dans le petit bourg tranquille de Bung Khla ainsi qu'un hôpital provincial à Bueng Kan, en face de Paksane.

Dans cet espace transfrontalier se pose principalement la question suivante :

- ✓ en raison de la relative proximité des hôpitaux centraux de Vientiane, l'offre thaïlandaise, de surcroit modeste, constitue-t-elle une force d'attraction suffisante pour susciter des recours transfrontaliers de la part des Laotiens ?

D/ Savannakhet – Mukdahan : un corridor stratégique

L'espace frontalier *Savannakhet/Mukdahan* constitue une zone stratégique car elle est traversée par l'un des couloirs régionaux instaurés par la Banque Asiatique de Développement dans le cadre de la Grande Région du Mékong (cf. partie 1). Un nouveau pont sur le Mékong a été inauguré en décembre 2006 grâce à un soutien financier japonais (photo 23) avec la mise en place de navettes transfrontalières. L'avenir de cet espace transfrontalier lao-thai semble prometteur puisqu'il deviendra le lieu de passage privilégié des flux commerciaux entre les deux puissants voisins du Laos, la Thaïlande et le Vietnam.

Photo 23 - Le pont qui relie Savannakhet à Mukdahan

Source : A. Bochaton, février 2007

Notre étude ayant été réalisée en février 2007, soit quelques semaines après l'ouverture du pont sur le Mékong, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer précisément les effets de cette infrastructure sur l'accélération et la densification des flux entre le Laos et la Thaïlande. Mais les premières informations recueillies auprès des habitants de Sounantha, le village sélectionné pour les enquêtes, laissent à penser qu'il y a une incidence favorable du pont sur les échanges transfrontaliers.

• Sounantha, village urbain au cœur de Savannakhet

Savannakhet est la seconde ville du Laos en termes de population (124 000 habitants, 2005), d'activités économiques et de richesses produites. Le commerce occupe une place prépondérante dans l'activité de la ville. Sounantha est situé dans le centre ville et sa population se compose de commerçants, de fonctionnaires et d'ouvriers.

Concernant l'offre de soins, la ville dispose d'un hôpital provincial construit en 1923 sous le protectorat français puis rénové et agrandi en 1994 grâce à un financement de la Banque Mondiale. Au début de l'année 2006, l'hôpital comptait 160 lits, 13 médecins et 34 infirmières. Des cliniques sont également présentes dans le centre ville.

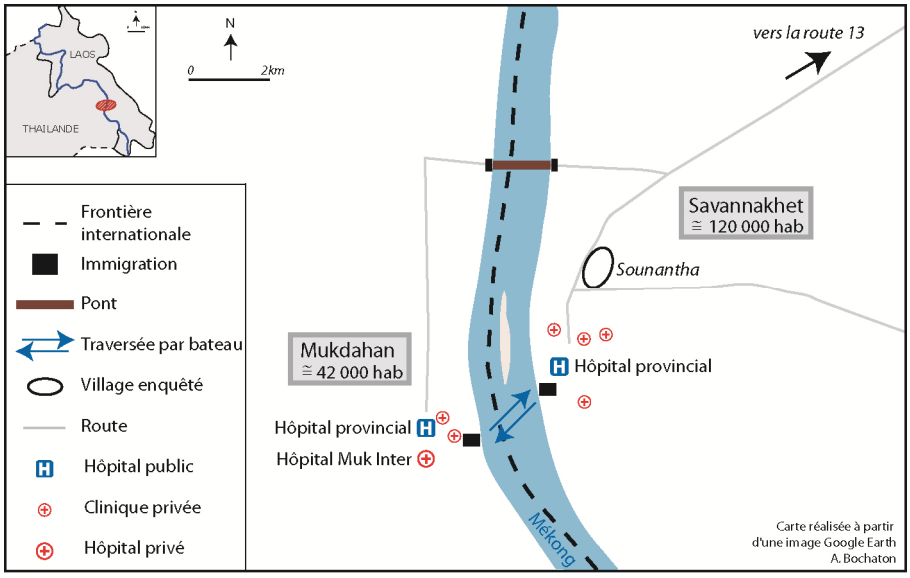
Photo 24 - Bâtiments rénovés de l'hôpital provincial de Savannakhet

Source : A. Bochaton, février 2007

~

Côté thaïlandais, l'offre sanitaire à Mukdahan, capitale de la province du même nom se compose essentiellement d'un hôpital provincial, d'un grand hôpital privé du nom de MukInter et de cliniques.

Figure 13 - Savannakhet / Mukdahan : contexte urbain et corridor régional



Bien que la ville de Savannakhet se situe au deuxième rang dans la hiérarchie urbaine du Laos et que Mukdahan soit une petite ville provinciale thaïlandaise, le différentiel entre les deux villes est pourtant visible : « *Mukdahan is flashy, concrete, and glass. Savannakhet dusty and as yet unreconstructed* » [Lyttleton & Amarapibal 2002, p.513].

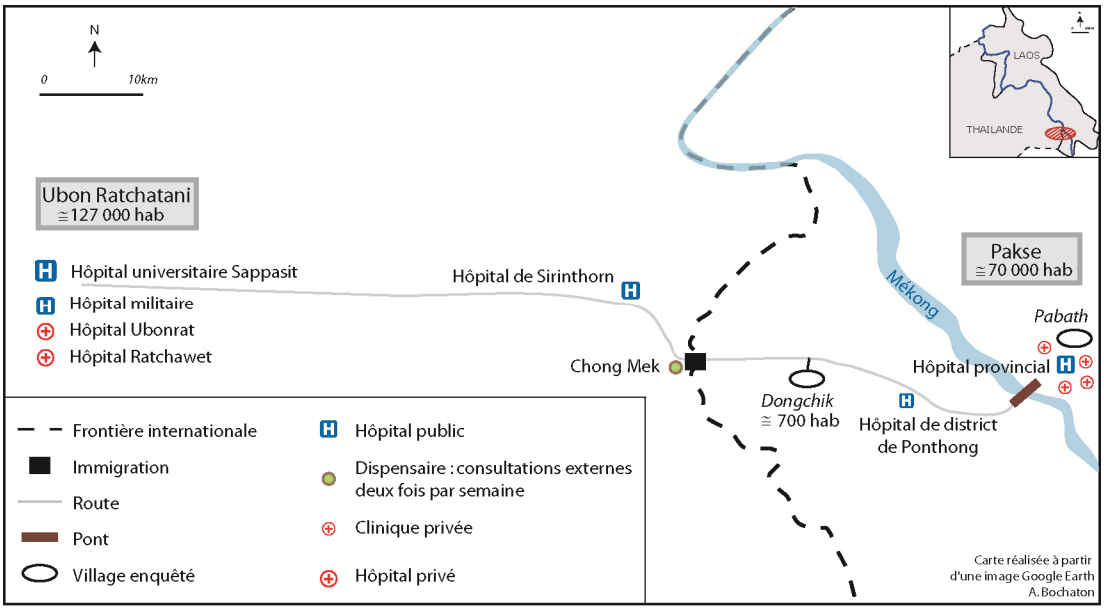
Les spécificités de ce couple frontalier conduisent aux questionnements suivants :

- ✓ L'appartenance de Savannakhet et de Mukdahan à l'un des corridors de développement promu à l'échelle régionale a-t-elle des retombées sur les pratiques des populations locales, à savoir l'intensification des relations et des échanges d'une rive à l'autre, d'un point de vue général et plus particulièrement dans le domaine des soins?
- ✓ Compte tenu du caractère urbain de la population de Savannakhet, les recours transfrontaliers ont-ils des points communs avec les pratiques thérapeutiques des habitants de Vientiane ? Si tel est le cas, nous serons donc en mesure de tirer des conclusions globales concernant le recours des citadins laotiens.

E/ Champassak – Ubon Ratchatani : loin des centres

Nous nous sommes enfin intéressés à l'espace transfrontalier le plus en aval du Mékong, comprenant la province de Champassak au Laos et celle d'Ubon Ratchatani en Thaïlande. Deux villages ont été sélectionnés côté laotien : Pabath, un village urbain situé dans la ville de Pakse et Dongchik, un village rural en bordure de la frontière.

Figure 14 - Pakse / Ubon Ratchatani : la proximité de la frontière toute relative



• Pabath, village urbain au centre de Pakse

Pakse, capitale provinciale de Champassak est une ville qui se développe sous l'influence conjuguée de la Thaïlande et du Vietnam. Le Mékong qui borde la ville, ne marque plus la frontière, cette dernière étant située dans les terres à environ 45 kilomètres à l'ouest de la ville. Un pont a été construit avec la coopération japonaise (coût de 51,2 millions de dollars US) en 2000 et permet de relier facilement les rives du Mékong, toutes deux en territoire laotien.

Photo 25 - Le pont construit avec la coopération japonaise à Pakse, Laos

Source : A. Bochaton, janvier 2007

Pabath est situé sur la rive gauche du fleuve au cœur du centre ville ancien de Pakse. La majorité des 228 familles (1156 habitants) ont un petit commerce dont l'activité est tournée aussi bien vers les besoins de la population locale que vers les touristes de passage dans la ville. On a par exemple pu remarquer l'implantation de cafés internet et d'agences de voyage proposant des circuits parmi les sites réputés de la province de Champassak, comme le temple de style angkorien Vat Phu situé à environ 40 kilomètres au sud de Pakse. Le reste des habitants travaille dans l'administration ou exerce des activités commerciales et artisanales en tant qu'employés ou ouvriers (maçons, menuisiers). Le statut socio-économique des villageois de Pabath est, d'après le chef du village, plutôt satisfaisant excepté quelques familles en difficulté.

Photo 26 - L'activité touristique est présente à Pakse, Laos

Source : A. Bochaton, janvier 2007

Du point de vue de l'offre de soins, Pakse compte un hôpital provincial refait à neuf grâce à un financement de la Banque Mondiale, inauguré à la fin de l'année 2005 : le Ministère de la Santé à Vientiane projette de transformer le statut de l'hôpital actuellement provincial en hôpital régional. En janvier 2006, l'hôpital compte 250 lits. Une cinquantaine de médecins et environ 250 infirmières travaillent au sein de la structure. Le chef du village nous a indiqué que les habitants de Pakse avaient été très contents lors de l'ouverture des nouveaux bâtiments, propres comme en Thaïlande. Il ajoute cependant que le service et le comportement des médecins vis-à-

vis des patients restant inchangés, les habitants sont finalement très déçus par cet hôpital moderne qui semble n'avoir de neuf que les locaux.

En outre, il existe de nombreuses cliniques dans le centre de Pakse, deux pour le seul village de Pabath.

Photo 27 - L'hôpital provincial de Champassak construit grâce à des fonds de la Banque Mondiale, Laos

Source : A. Bochaton, janvier 2007

~

Côté thaïlandais, les structures de soins publiques se succèdent de Chong Mek à Ubon Ratchatani dont la qualité et la capacité d'accueil augmentent au fur et à mesure de l'éloignement à la frontière.

La ville frontalière de Chong Mek abrite un dispensaire où des consultations publiques sont données certains jours de la semaine par des médecins travaillant dans l'hôpital Sirindhorn, du nom de la princesse qui parraine l'hôpital (cf. partie 1). Son directeur nous a informés qu'une clinique privée existait dans le passé à Chong Mek mais a fermé en avril 2005, probablement par manque d'activité.

L'hôpital Sirindhorn se situe sur la route principale qui mène à Ubon Ratchatani, à une quinzaine de kilomètres du poste frontière. Ouvert en 1995 avec une dizaine de lits, il en compte aujourd'hui une trentaine.

Enfin à Ubon Ratchatani, les structures publiques sont principalement l'hôpital universitaire de Sappasit et un hôpital militaire plus petit, ouvert à tous. Comme à Khon Kaen et Chiang Rai, l'hôpital de Sappasit a une très grande capacité d'accueil (environ 1 000 lits) et offre une gamme importante de spécialités médicales. La ville d'Ubon comprend aussi des cliniques et des hôpitaux privés dont les deux plus importants sont l'hôpital Ubonrat et l'hôpital Ratchawet (100 lits chacun).

Photo 28 - Infrastructures de soins dans la province d'Ubon Ratchatani, Thaïlande

Source : A. Bochaton, septembre 2005

Hôpital universitaire d'Ubon Ratchatani (gauche), hôpital privé Ubon Rat (droite haut), hôpital de district Sirindhorn (droite bas)

Le cas de Pabath soulève plusieurs questions :

- ✓ L'éloignement de la frontière thaïlandaise a-t-il un impact sur l'importance des recours ?
- ✓ Les villageois adoptent-ils des comportements de recours similaires aux citadins de Vientiane ou encore de Savannakhet ?

- **Dongchik, village rural pauvre**

Le village de Dongchik, situé sur la rive gauche du Mékong, est à 30 kilomètres de Pakse au Laos et 14 kilomètres de Chong Mek en Thaïlande. Il se compose de 123 familles, soit 692 personnes en 2007. Tous les habitants sont riziculteurs et ont un niveau socio-économique faible, voire très faible pour une dizaine de familles.

Photo 29 - Dongchik : un village rural

Source : A. Bochaton, janvier 2007

Le village de Dongchik est tourné essentiellement vers des activités agricoles (riziculture, maraîchage, élevage) ainsi que des activités de cueillette.

La proximité de la frontière confère à Dongchik une position originale et explique que les activités villageoises soient en grande partie tournées vers la Thaïlande plutôt que vers Pakse. Le chef du village nous indique que presque tous les foyers se ravitaillent à Chong Mek, plus près que Pakse et où ils trouvent davantage de produits et moins cher : ils y achètent des fruits, des légumes, de la viande, des assaisonnements, de la lessive, des cosmétiques et des vêtements. Il y a encore quelques années, les villageois écoulaient l'essentiel de leur production de riz en Thaïlande mais des régulations douanières thaïlandaises ont depuis interdit ces ventes. Ils continuent néanmoins de vendre régulièrement sur le marché de Vangtao - lieudit situé à la frontière du côté laotien - des produits issus de la cueillette ou de l'artisanat local dont les Thaïlandais sont très friands : tamarins séchés, fruits de la forêt, orchidées sauvages, corbeille en osier pour mettre le riz gluant, résines d'arbres pour réparer les bateaux, etc. Avec l'argent collecté, les villageois vont acheter des produits de l'autre côté de la frontière et certains en profitent aussi pour se soigner.

Le marché de Vangtao/Chong Mek résume finalement assez bien la relation tissée entre les Laotiens et les Thaïlandais. Si les premiers repartent du marché de Chong Mek avec des sacs remplis de denrées alimentaires et de produits de consommation courante, les seconds reviennent du Laos avec des souvenirs, des objets traditionnels ou des denrées qui ne sont plus disponibles en Thaïlande, en raison de la déperdition du savoir-faire consécutive à l'évolution rapide de la société thaïe et de la modification de l'environnement lié à la mise en culture intensive des terres. Si les uns viennent chercher les produits de la mondialisation (en Thaïlande), les autres s'efforcent de retrouver (au Laos) les vestiges d'un passé qui fut le leur il y a encore peu. Ce chassé-croisé des frontaliers nuance l'image de la relation de dépendance à sens unique du Laos vis-à-vis de son puissant voisin thaïlandais. On retrouve ici l'idée d'une frontière miroir, où s'élaborent les représentations de l'Autre et les pratiques mimétiques associées.

Photo 30 – Bâtiment des douanes en construction, Chong Mek, Thaïlande

Source : A. Bochaton, septembre 2005

Photo 31 - Etals de fruits et de poissons à Chong Mek, Thaïlande

Source : A. Bochaton, septembre 2005

Sur ce marché, les acheteurs sont essentiellement laotiens du fait des prix sensiblement moins chers qu'au Laos et du type de produits vendus : par exemple les produits de la mer (droite) sont réputés être plus frais et moins chers que sur les marchés de Pakse.

Un autre fait intéressant relevé à Dongchik concerne le vocabulaire employé par les habitants pour désigner la frontière et son espace environnant immédiat. Ils utilisent en effet l'expression *'Tor Kad'* qui signifie *'espace connecté'* ou *'espace du milieu'* en lieu et place des noms des deux villages Vangtao/Chong Mek qui bordent la frontière comme cela se fait habituellement dans les autres espaces frontaliers étudiés. La frontière, ici terrestre, ne semble pas être perçue comme une barrière ; elle est intégrée aux pratiques quotidiennes des habitants de Dongchik.

Concernant l'offre de soins accessible depuis Dongchik, la structure la plus proche se situe sur la route en direction de Pakse à environ 10 kilomètres du village. Il s'agit de l'hôpital de district de Phonthong, l'un des 9 hôpitaux de district de la province de Champassak. Cinq patients tout au plus peuvent être hospitalisés simultanément dans cette structure et les équipements nous sont apparus très sommaires. Le jour de notre visite, les sanitaires de l'hôpital ne fonctionnaient pas

et une grande flaque d'eau due à une fuite jonchait le sol au mépris des normes les plus élémentaires d'hygiène.

Les habitants de Dongchik peuvent aussi se rendre à l'hôpital provincial de Pakse, à 45 minutes en moto ou « touk touk », ainsi que dans les cliniques de la ville.

Photo 32 - Hôpital de district de Phonthong, Laos

Source : A. Bochaton, janvier 2007

Les structures de soins thaïlandaises susceptibles d'accueillir les habitants de Dongchik sont les mêmes que celles décrites ci-dessus dans la partie concernant le village de Pabath : le dispensaire de Chong Mek, l'hôpital de Sirindhorn et les hôpitaux universitaires et privés à Ubon Ratchatani.

Le village de Dongchik, de par ses caractéristiques socio-économiques et sa position géographique, soulève les interrogations suivantes quant à l'exercice des recours :

- ✓ Quelle est l'incidence de la nature terrestre de la frontière ?
- ✓ Quelle est l'influence du caractère rural et du niveau de vie modeste de la population ?

Les deux villages étudiés dans la province de Champassak soulèvent en outre une question commune :

- ✓ L'éloignement de Vientiane et des grands hôpitaux nationaux, même s'il est ici plus relatif en raison de la bonne qualité de la route nationale 13, constitue-t-il un élément explicatif des recours transfrontaliers ?

Pour conclure la présentation des lieux d'étude, la diversité des cinq couples frontaliers sélectionnés doit donc nous permettre de dégager tant le caractère général que les spécificités locales du phénomène de recours transfrontalier. La figure 15 récapitule les différents cas de figure et les questions spécifiques qui leur sont liées. Concernant les questions d'ordre plus général, deux points méritent d'être exposés.

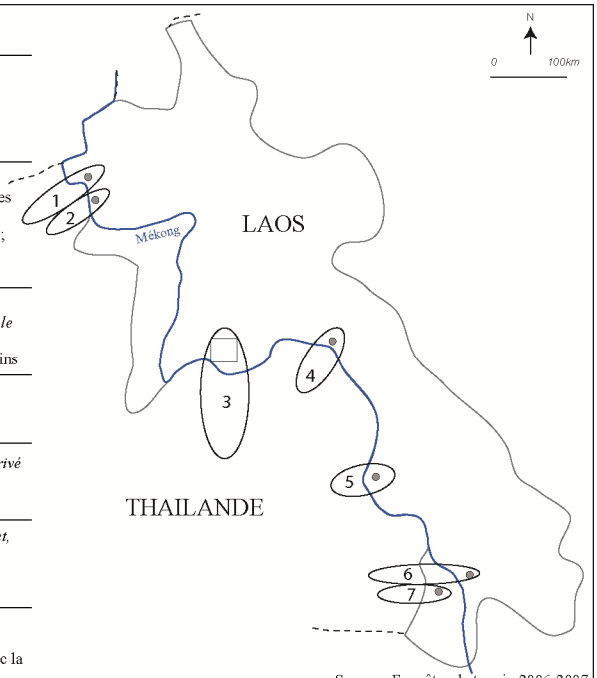
Tout d'abord, tel que cela apparaît sur les cartes de présentation, les échelles entre les différentes zones frontalières varient : si les distances de parcours entre le domicile des patients et les hôpitaux thaïlandais sont relativement importantes au départ de Vientiane (minimum 25 kilomètres) et de Pabath à Pakse (minimum 50 kilomètres), elles sont en revanche plus faibles dans les autres configurations frontalières (moins de 10 kilomètres). Cela nous amène à poser la question de l'impact de la distance sur la fréquence et les modalités des recours transfrontaliers. On peut a priori penser qu'une distance élevée constitue un frein aux mobilités (qui plus est,

quand elles sont quotidiennes comme dans notre cas d'étude) tandis qu'une proximité géographique est un accélérateur de flux. Les recours transfrontaliers s'inscrivent-ils dans cette logique ou au contraire peut-on voir émerger des formes d'interaction particulière mobilité/distance ? Cette question de la distance a directement guidé nos choix méthodologiques et plus particulièrement la sélection des patients transfrontaliers avec lesquels nous avons réalisé des entretiens (cf. p. 116).

En second lieu et directement lié au premier point, la question de l'offre et de la demande de soins apparaît au cœur de notre question de recherche. Nous tenterons ainsi d'évaluer dans quelle mesure l'offre de soins disponible côté thaïlandais peut modifier la demande et les comportements des patients laotiens : des hôpitaux thaïlandais de haut niveau et/ou offrant un bon service parviennent-ils à drainer des Laotiens hors des limites nationales bien que ces derniers aient la possibilité d'être pris en charge dans des structures à domicile ? Enfin, en lien avec le premier point, le pouvoir d'attraction de ces hôpitaux a-t-il un impact sur les distances de parcours, à savoir leur allongement ?

Figure 15 – Récapitulatif des couples frontaliers étudiés et leurs particularités

	Zone d'étude	*Offre de soins Laos/Thaïlande* Questions spécifiques
1	Mouangkhousinh / Chiang Khong, Chiang Rai	*Hôpital provincial / hôpital de district, cliniques privées* Eloignement des centres de pouvoir ; Liens historiques entre les populations des deux rives
2	Kokluang / Houay Leuk	*Volontaire de santé /dispensaire* Situation d'isolement au Laos et liens économiques avec la Thaïlande ; Faible niveau socio-économique de la population ; Question de l'appartenance à un groupe ethnique particulier
3	Vientiane / villes du Nord-Est thaïlandais	*Centre de pouvoir et lieu de concentration des structures / une offre privée très développée dans le NE thaïlandais ;* Diversité des profils socio-économiques des citadins
4	Pakkading Neua / Bung Khla	*Hôpital district /dispensaire* Proximité des hôpitaux de la capitale ; Diversité des profils socio-économiques
5	Sounantha / Mukdahan	*Hôpital provincial/hôpital provincial et hôpital privé* Appartenance à un corridor de développement régional ;
6	Pabath /Chong Mek, Ubon Ratchatani	*Hôpital provincial et cliniques/hôpitaux de district, universitaire et privé* Eloignement des centres de pouvoir ; Distance à la frontière élevée
7	Dongchik /Chong Mek, Ubon Ratchatani	*Volontaire de santé/hôpitaux de district, universitaire et privé* Proximité géographique et liens économiques avec la Thaïlande ; Faible niveau socio-économique de la population



Pour parvenir à répondre à l'ensemble de questions soulevées, il nous a fallu recueillir les informations adéquates suivant une méthode qui fait l'objet de la sous-partie qui suit, consacrée à la collecte des données.

II - Collecter des données sur les recours aux soins transfrontaliers

Nous envisagerons successivement les données de nature quantitative et qualitative que nous avons recueillies tant au Laos qu'en Thaïlande.

A/ Une approche quantitative

Le projet de recherche a été élaboré alors qu'aucune information précise ni donnée statistique n'existent sur les recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. Un article [Paphassarang et al. 2002] mentionne l'existence de recours transfrontaliers dans la population aisée de Vientiane et de Pakse sans plus de précisions. L'anthropologue Bernard Hours [1997] relève également la pratique lors de son étude sur le fonctionnement du district sanitaire de Pakkading (carte*/C3).

Dans ces conditions, après avoir identifié l'offre de soins disponible de part et d'autre de la frontière, le premier objet de l'étude a été de dénombrer les patients transfrontaliers.

Pour ce faire, nous nous sommes attachées à collecter dans un premier temps les registres des patients laotiens dans quelques hôpitaux frontaliers thaïlandais pour vérifier la pertinence de la recherche. Dans un deuxième temps, nous avons procédé à des enquêtes villageoises au Laos.

Du point de vue de l'organisation de la collecte des données, il a été nécessaire de solliciter des autorisations de recherche auprès des administrations de chacun des deux pays.

En Thaïlande, les autorisations de recherche ont été obtenues via deux centres de recherche universitaire :

- l'Asian Research Center for Migration (ARCM) de l'Université de Chulalongkorn à Bangkok
- la Faculté de santé publique de l'Université de Khon Kaen

Au Laos, le projet de recherche a été habilité puis contrôlé par l'Institut National de Santé Publique (INSP) et la faculté des Sciences Médicales à Vientiane.

• Les registres hospitaliers en Thaïlande

Dans chaque ville thaïlandaise, nous avons choisi de visiter les structures publiques et privées les plus importantes en taille et en activité. Ainsi, bien que de nombreux cabinets privés de petite dimension existent dans chacune de ces villes, nous avons pris le parti de ne pas tous les visiter afin de pouvoir explorer l'ensemble des zones sélectionnées le long de l'axe frontalier.

Les registres nous ont permis de prendre connaissance des consultations externes et des hospitalisations des patients laotiens dans les cliniques et hôpitaux thaïlandais le long de la frontière, et plus précisément de connaître l'ampleur des recours et leur localisation.

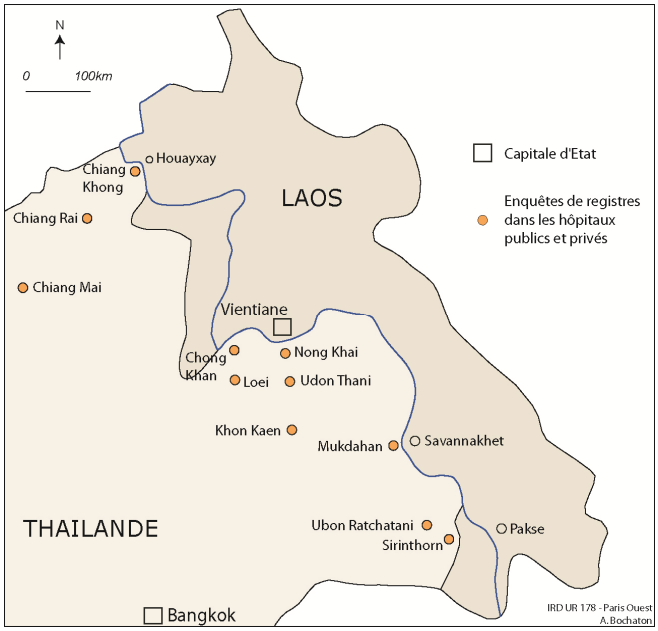
Chaque hôpital public (de l'hôpital de district aux structures de rang universitaire) est doté d'un bureau des registres qui traite informatiquement les renseignements concernant les patients pris en charge dans les services externes et en hospitalisation. Ceux-ci sont compilés par année sous forme de table *Access* ou *Excel* et contiennent généralement les informations suivantes pour chaque patient : identifiant, date de naissance, adresse, sexe, profession, date de la consultation, diagnostic du médecin (plus ou moins détaillé) et coût total des soins. L'information 'diagnostic' est codée en fonction de la 10ème Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

Le travail de terrain a débuté en février 2005 à Nong Khai et s'est achevé en mars 2008 dans la région de Chiang Mai / Chiang Rai au Nord-Ouest de la Thaïlande. Nous avons tout d'abord testé notre méthodologie de recueil des données à l'hôpital provincial de Nong Khai du fait de la proximité avec Vientiane, où nous étions basés. Puis progressivement, nous nous sommes rendus à Udon Thani, Khon Kaen, missions toujours entrecoupées de retour au Laos. Quand notre méthodologie fut enfin affinée et notre connaissance du fonctionnement des hôpitaux thaïlandais mieux maîtrisée, nous avons procédé au reste du terrain dans le Sud-Est de la Thaïlande (septembre 2005) puis le Nord-Ouest (février-mars 2008)[58]. L'intervalle de temps pour l'étude de cette dernière zone s'explique par des problèmes d'autorisations.

Trois assistants de recherche différents nous ont aidés à collecter les registres dans les différents hôpitaux thaïlandais. Même si certains personnels hospitaliers parlent anglais, la plupart des agents assignés aux bureaux des registres ne parlait que le thaïlandais, une traduction était donc souvent nécessaire.

Nous avons visité les hôpitaux et cliniques de 11 villes thaïlandaises plus ou moins proches de la frontière, comme l'indique la carte ci-dessous.

Figure 16 - Villes thaïlandaises enquêtées



[58] Nous avons fait le choix de ne pas consulter les registres des hôpitaux de Bangkok pour deux raisons principalement : le nombre d'hôpitaux publics et privés dans la capitale thaïlandaise est très élevé ce qui aurait nécessité un long travail de collecte. De plus, les Laotiens qui se rendent à Bangkok, peu nombreux en comparaison de ceux qui se rendent dans les structures frontalières, sont souvent issus des classes aisées de Vientiane et consultent par conséquent essentiellement dans les grandes structures privées. Or, par expérience (nous avons mené des enquêtes dans certains de ces hôpitaux dans le cadre d'une recherche sur le tourisme médical), nous savions qu'il était très difficile d'obtenir des informations dans ces structures.

L'échelonnement dans le temps de la collecte des données se traduit par un défaut de synchronisation : pour certains hôpitaux, l'analyse des données est conduite seulement pour les années 2003-2004 alors que pour d'autres les analyses sont possibles jusqu'à l'année 2007. En outre, le contenu des registres collectés s'est révélé hétérogène d'une structure à l'autre, les données sur les adresses sont, excepté pour l'hôpital provincial de Nong Khai, très imprécises et par conséquent inexploitables. Ce point constitue sans aucun doute un défaut de notre recherche, nous aurions souhaité travailler plus précisément sur les lieux de provenance des patients.

Concernant les structures privées, bien que nous ayons recueilli l'information sur les effectifs de patients transfrontaliers pour une ou plusieurs années consécutives, les données complémentaires (adresse, sexe, date de naissance, diagnostic, etc.) sur les caractéristiques de ces patients se sont révélées impossibles à obtenir. Malgré la détention d'autorisations de recherche obtenues via les universités thaïlandaises, nous ne sommes jamais parvenus à débloquer cette situation de barrage, identique d'une structure privée à l'autre. L'argument de discrétion médicale vis-à-vis des patients était avancé pour justifier la rétention d'informations.

Malgré les difficultés rencontrées avec les interlocuteurs du privé, il convient néanmoins de préciser que le déroulement de cette partie du terrain côté thaïlandais a été relativement aisé du fait de l'accueil qui nous a été réservé dans chacune des structures visitées, de la rapidité d'obtention des informations et enfin du fait que les données de registres nous ont été transmises par support numérique, prêtes à l'emploi et nous économisant ainsi une longue et fastidieuse phase de saisie des données.

- **Les enquêtes au Laos**

A défaut de toute donnée statistique existant au Laos, il nous a fallu rechercher les informations concernant les recours aux soins des Laotiens en Thaïlande en fonction de nos objectifs énoncés précédemment.

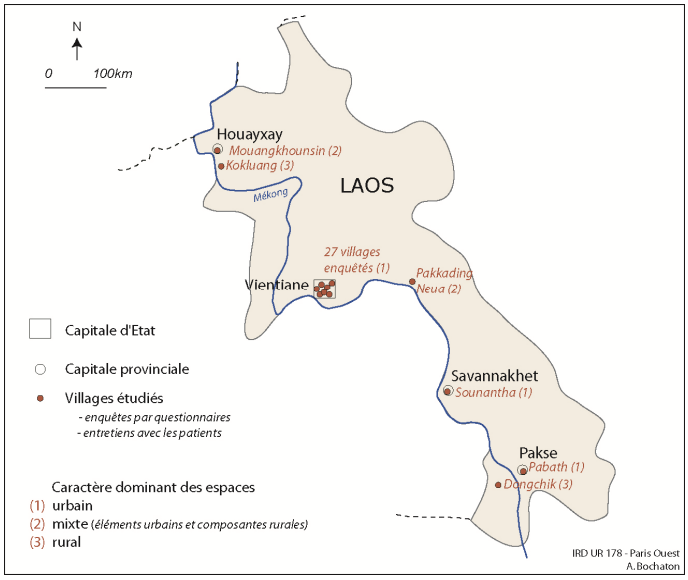
Nous avons pour cela procédé à des enquêtes par questionnaire auprès des ménages vivant dans les couples frontaliers exposés précédemment : 27 villages ont été sélectionnés à Vientiane et 6 en province.

Le village, unité administrative de base au Laos, est doté d'une existence juridique et est représenté par un chef de village. Cet échelon fait sens aussi bien dans les espaces ruraux que dans les zones urbaines ; c'est la raison pour laquelle nous avons choisi le village comme l'unité spatiale de référence de notre recherche.

La première enquête a été menée à Vientiane au début de l'année 2006 et sur ce modèle, nous avons ensuite poursuivi les enquêtes provinciales de novembre 2006 à février 2007.

La carte ci-dessous rend compte des villages enquêtés.

Figure 17 - Localisation des enquêtes villageoises au Laos



- *Enquête domiciliaire de santé à Vientiane : enquête modèle*

L'enquête conduite en février-mars 2006 à Vientiane a été réalisée dans le cadre du programme *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* issue d'une collaboration entre l'Institut de Recherche pour le Développement[59] (IRD) et le laboratoire Espace, Santé et Territoire (LEST) de l'Université Paris Ouest Nanterre. Ce projet sur le thème « ville et santé » prolonge une recherche réalisée à Ouagadougou au Burkina Faso qui a servi de référence à l'enquête de Vientiane.

Plusieurs recherches de géographie de la santé ont été développées dans le cadre de ce programme parallèlement à l'étude sur les recours transfrontaliers :

- une recherche sur les états de santé de la population de Vientiane en lien avec le niveau d'urbanisation menée par Julie Vallée[60]
- une étude sur l'offre de soins et les recours aux soins associés dans la capitale laotienne par Virginie Mobillion[61]

L'approche commune des trois recherches réside dans l'étude de l'organisation de l'espace urbain comme source d'inégalités sanitaires : en quoi l'état de santé de la population de Vientiane et les recours aux soins reflètent des disparités socio-territoriales au sein de la ville ?

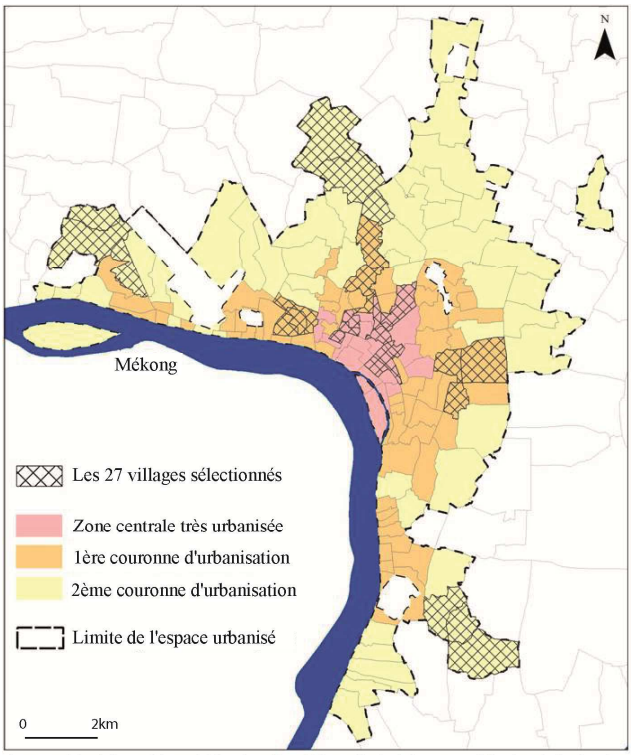
La localisation des enquêtes s'est conformée au découpage établi par l'ensemble des membres de l'équipe[62] : 27 villages de la capitale laotienne répartis en trois strates d'urbanisation ont ainsi été sélectionnés et étudiés comme l'indique la carte ci-dessous.

[59] unité de recherche 178 « Conditions et Territoires d'Emergence des Maladies »

[60] Julie Vallée, 2008. Urbanisation et santé à Vientiane (Laos) : les processus à l'origine des disparités spatiales de santé dans la ville.

[61] Virginie Mobillion, 2010. Une géographie du laisser-faire : la gouvernance des soins à Vientiane (titre provisoire).

Figure 18 - Localisation des 27 villages enquêtés à Vientiane



Sources : Atlas infographique de Vientiane (Rossi, Tissandier, Intiphone, 2003), Institut de Recherche en Urbanisme et Centre National de Statistiques. IRD UR 178 - Paris Ouest, J. Vallée

Trois types de questionnaires ont été établis (annexe 5 à 7). Le questionnaire 'ménage[63]' auquel répond le chef de famille à son domicile permet d'évaluer le niveau socio-économique et culturel du foyer et de cerner d'un point de vue général les pratiques en matière d'hygiène et de soins. A l'issue de cette première étape, un adulte de plus de 35 ans et/ou un enfant âgé de 6 mois à 6 ans sont choisis au hasard pour la poursuite de l'enquête. Ils se déplacent alors vers un centre de santé mobile crée par l'équipe de recherche pour répondre respectivement à un questionnaire individuel 'adulte' ou 'enfant', tous deux très similaires du point de vue du contenu des questions.

Différentes sections ont été créées au sein des questionnaires pour chacun des trois axes de la recherche énumérés ci-dessus. Il convient de préciser que le volet 'recours aux soins' repose

[62] Comme les différents périmètres administratifs et de planifications urbaines de Vientiane (« 100 villages », « 189 villages », « Capitale de Vientiane ») étaient peu pertinents en termes de niveau d'urbanisation, l'équipe de recherche a établi des critères d'urbanisation visant à définir la zone d'étude. Un traitement statistique par Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) portant sur treize variables d'urbanisation a permis de différencier les villages urbains des villages ruraux et constituer ainsi le périmètre « urbanisé » de la ville. Ce périmètre comprend 148 villages, dans lesquels nous avons choisi 27 villages à enquêter répartis en 3 couronnes d'urbanisation : une couronne très urbaine, une couronne intermédiaire et une couronne moins urbanisée. La méthode de la stratification et du choix des villages est détaillée dans le travail de thèse de Julie Vallée ainsi que dans un article rédigé par les membres de l'équipe [Vallée et al. 2007]. La méthode pose néanmoins certains problèmes quant au choix des variables pour définir les strates d'urbanisation. En outre, nous verrons au cours de l'analyse que le facteur urbain est un facteur moins discriminant que d'autres déterminants pour l'étude des recours transfrontaliers.

[63] Dans le cadre de l'enquête, l'expression ménage désigne un groupe de personnes qui habite sur un même terrain (une ou plusieurs maisons) ou à l'intérieur d'un immeuble (appartement) et qui partage les repas ensemble. Le ménage au Laos dépasse très fréquemment la famille nucléaire, plusieurs générations vivant sous le même toit auxquelles il faut parfois ajouter des membres de la famille élargie : neveu, nièce, cousin, cousine, etc.

exclusivement sur les déclarations des patients relatives à leurs pratiques thérapeutiques, tandis que le volet qui traite des états de santé, combine les déclarations des enquêtés sur leurs modes de vie (alimentation, consommation d'alcool, cigarettes, etc.), leur perception en matière de santé ainsi que les examens médicaux et dentaires dont ils ont été l'objet.

Le volet « recours aux soins en Thaïlande » comporte 19 questions (annexe 6) :

- ✓ la première (Q.206) permet de distinguer parmi les adultes enquêtés ceux qui sont déjà allés en Thaïlande pour des problèmes de santé de ceux qui n'y sont jamais allés. C'est à partir de cette information que nous serons en mesure de calculer les taux de recours transfrontaliers des habitants de Vientiane.
- ✓ Les deux questions suivantes (Q.207 ; Q.208) tendent à déterminer si les individus qui ne sont jamais allés en Thaïlande pour se soigner, envisagent de le faire à l'avenir.
- ✓ Les questions qui suivent (à partir de Q.209), permettent d'avoir une vision plus fine des mobilités. Les informations collectées concernent dans l'hypothèse d'une pluralité de recours, le dernier et portent sur :
    - la fréquence des recours transfrontaliers
    - la/les pathologies de recours
    - le type de structures visitées en Thaïlande
    - les personnes ayant donné des conseils sur les structures en Thaïlande
    - les moyens de transports utilisés
    - la satisfaction des intéressés

- ✓ D'autres questions (Q.214 et 215) ont pour objet le nombre de consultations effectuées au Laos ayant précédé la décision d'aller se soigner en Thaïlande. A partir des réponses obtenues, nous pourrons replacer le recours en Thaïlande dans un contexte plus large, celui de l'itinéraire thérapeutique dans son ensemble depuis le début des symptômes jusqu'à la guérison éventuelle.

Ce panel de questions permet donc d'avoir une information détaillée et synthétique sur les recours transfrontaliers au départ de Vientiane et d'enrichir les connaissances sur ce comportement thérapeutique.

D'une façon plus générale, les questionnaires ont permis de collecter des informations qui, répondant à nos hypothèses de recherche, constituent les facteurs déterminants des recours transfrontaliers :

- ✓ l'âge, le sexe, la profession, l'ethnie, le revenu des personnes enquêtées
- ✓ les habitudes des individus enquêtés en matière de pratiques transfrontalières pour des activités diverses telles que du commerce, des achats, du tourisme,...
- ✓ la présence de membres de la famille en Thaïlande
- ✓ le contexte familial dans lequel évolue la personne enquêtée, le niveau de vie général du ménage et son réseau social.

La traduction des questionnaires en laotien s'est révélée être une tâche difficile : il a fallu en effet combiner nos objectifs de recherche avec des intitulés de questions faciles d'accès qui plus est dans une langue où le vocabulaire technique est relativement restreint. Un test préalable a été réalisé auprès d'une dizaine de ménages afin de vérifier la pertinence et la clarté des questions, la manière dont elles étaient reçues et perçues par les répondants, etc.

Malgré les précautions prises par l'équipe au cours de la conception de l'enquête, celle-ci présente néanmoins des biais, relatifs par exemple aux refus de certains ménages de participer à l'enquête[64]. En outre, il est probable que certaines questions aient été mal interprétées par les enquêtés donnant lieu par conséquent à des réponses approximatives.

Durant les deux mois de l'enquête conduite à Vientiane, 2950 ménages ont été visités et interrogés à leur domicile dans les 27 villages sélectionnés ; suite à cette première étape, 2042 adultes et 1650 enfants se sont rendus aux centres mobiles de santé pour répondre aux questionnaires individuels et faire l'objet d'un examen de santé.

- *Les enquêtes villageoises en province*

Les enquêtes provinciales concernent, elles, uniquement le volet relatif aux recours transfrontaliers. Elles sont conduites sur le modèle utilisé à Vientiane dans une forme toutefois simplifiée (annexe 8).

Nous avons en effet gardé un seul questionnaire, dont le contenu a été intégralement repris afin de pouvoir comparer le poids de chacun des déterminants au sein des différents espaces transfrontaliers étudiés. Il a été complété avec le chef de ménage à son domicile et dans lequel la question des recours transfrontaliers est abordée à l'échelle familiale : lorsqu'un membre du ménage a été soigné en Thaïlande dans le passé, le tableau situé à la dernière page du questionnaire est complété en ligne. L'opération est répétée pour chacun des individus composant le ménage ayant déjà reçu des soins en Thaïlande. Dans les 6 villages sélectionnés en province, l'ensemble des ménages a été enquêté (soit entre 63 et 123 ménages).

Tableau 4 - Tableau à compléter par les personnes ayant déjà eu recours en Thaïlande.

N°	*Nom*	*Relation au chef de ménage*	*Sexe*	*Age*	*Combien de fois?*	*Date/année du dernier recours*	*Où le patient est-il allé se soigner? Ville, type et nom de la structure*	*Pour quelle raison de santé ? symptômes, diagnostic*
1								
2								
3								

Le nombre de villages enquêtés en province est relativement plus faible qu'à Vientiane. Nous sommes conscients que l'échantillonnage choisi présente de ce fait certaines limites alors qu'il aurait été intéressant d'élargir l'étude à plusieurs autres villages. Les raisons de ces restrictions tiennent d'une part des moyens matériels limités dont nous disposions et d'autre part au régime des autorisations.

En ce qui concerne les autorisations, les enquêtes au Laos requièrent l'approbation de l'administration centrale, en l'espèce l'Institut National de Santé Publique à Vientiane, suivie de l'accord des autorités provinciales puis des autorités du district et enfin des chefs de villages concernés. Ce protocole doit être scrupuleusement respecté afin de pouvoir réaliser le travail de collecte de données. Or ces formalités sont fastidieuses et consommatrices de temps, c'est la raison pour laquelle nous avons choisi de limiter nos études à un ou deux villages par province

[64] Bien que le nombre de refus ait été relativement faible (moins de 9% des adultes et des enfants sélectionnés et 3% des ménages), ils constituent néanmoins un biais dans la représentativité de l'échantillon. On a observé que les hommes, les jeunes et les personnes provenant d'un ménage aisé avaient eu plus tendance à refuser une participation à l'enquête [Vallée 2008].

afin de ne pas perdre trop de temps dans des procédures administratives et mettre ce temps à profit pour les enquêtes à proprement parler.

Enfin, la question des enquêteurs recrutés localement a contribué à ce choix : travailler avec plusieurs administrations de district nécessite de recruter des enquêteurs dans chaque bureau afin de ne pas froisser les sensibilités locales. Or former des enquêteurs en peu de temps est un véritable défi : il convient en effet de présenter les objectifs globaux de la recherche, de présenter les questionnaires, d'exposer la manière dont les questions doivent être posées, etc. Il nous a donc semblé préférable de concentrer nos efforts avec une équipe réduite pour un suivi plus efficace. En province, nous avons obtenu la participation de trois fonctionnaires du Ministère de la Santé laotien : Dr Vilavanh Sayaseng, assistante de recherche de l'INSP, a supervisé l'ensemble des terrains en province ; deux enquêteurs, recrutés sur place au sein du bureau provincial ou de district de santé, étaient formés quelques jours avant le début des enquêtes.

L'approche chiffrée des mobilités de santé a constitué le premier volet de notre terrain au Laos et l'apport des enquêtes réalisées en plusieurs points frontaliers réside dans la quantification du phénomène transfrontalier, jusque là connu qu'au travers des récits de patients. Cette approche fournit en outre les éléments numériques pour établir des points de comparaison entre les différents points de passage sélectionnés.

Toutefois l'emploi des questionnaires présente des biais et ne permet guère d'outrepasser le stade descriptif du phénomène ; pour parvenir à saisir les processus au cœur de la pratique transfrontalière, il nous semble nécessaire de compléter par une approche qualitative.

B/ Et une approche qualitative

Après avoir appréhendé de manière synthétique et abstraite les flux, il convient de s'interroger concrètement sur le cheminement individuel du patient, son itinéraire thérapeutique et son parcours géographique : tout d'abord, la recherche d'un hôpital où il est susceptible de recevoir des soins, la décision de s'y rendre, la recherche du moyen de transports adéquat et l'organisation de son séjour suppose des moyens intellectuels et matériels et de nombreuses démarches, qui plus est lorsqu'il s'agit d'un recours à l'étranger. Ensuite, dans son expérience, le patient va s'enrichir humainement de la rencontre d'une multitude d'acteurs (personnel médical, chauffeurs de taxi ou de touk touk, agent des douanes, etc.).

C'est pourquoi, nous avons choisi de donner à l'approche qualitative une place importante.

• En Thaïlande

En Thaïlande, nous nous sommes entretenus avec les personnels administratifs et soignants des hôpitaux visités afin de connaître la façon dont ils percevaient le recours des Laotiens de leur point de vue personnel et du point de vue du fonctionnement de la structure.

Nous avons ainsi mené une quarantaine d'entretiens avec des personnes représentant un large panel de fonctions. Si certaines discussions ont pu être conduites en anglais, la majorité s'est néanmoins déroulée en thaïlandais par l'intermédiaire de nos assistants de recherche.

Nous avons rencontré les directeurs de neuf structures de soins, quatre publiques et cinq privées. Des discussions plus ou moins formelles ont eu lieu avec des médecins et des infirmières, en fonction de leur disponibilité au moment de notre visite. Au sein des hôpitaux publics, nous nous sommes parfois entretenus avec des travailleurs sociaux qui pouvaient nous

renseigner sur l'impact des recours et sur la politique sociale et budgétaire des structures concernées. Dans les cliniques et hôpitaux privés, nos interlocuteurs appartenaient très souvent au service marketing de l'établissement, parfois spécialement chargés de la gestion de la patientèle laotienne.

Nous avons ainsi pu constater que les enjeux des recours étaient perçus différemment selon que nos interlocuteurs appartenaient à une structure publique ou une structure privée et ce point fera l'objet d'un développement particulier dans la 4ème partie.

- **Au Laos**

Nous avons prolongé les enquêtes villageoises par des entretiens et des groupes de discussion avec les patients ainsi qu'avec des agents des autorités sanitaires du pays. La presse, sous contrôle politique, constitue aussi un point de vue intéressant pour cerner la perception des mobilités de santé par les membres du Parti au pouvoir.

- *Les entretiens avec les patients itinérants*

Parmi les personnes identifiées comme ayant eu recours en Thaïlande, nous en avons sélectionné un petit nombre avec lesquelles nous nous sommes appliqués à reconstituer pas à pas leur(s) itinéraire(s). Cette démarche a été reproduite dans tous les lieux d'étude au Laos.

Bien qu'ayant élaboré une grille thématique pour conduire les entretiens (annexe 9), nous nous sommes efforcés de donner libre cours à la parole des patients. Les questions fermées des enquêtes par questionnaire ont l'avantage mais aussi le défaut de « canaliser » l'objet d'étude et empêchent parfois de saisir des éléments véritablement importants dans les mécanismes des mobilités.

La grille d'entretien a, en définitive, eu pour fonction de faciliter la relation avec nos interlocuteurs les moins bavards, pour lesquels la conversation devait être scrupuleusement guidée.

Pour sélectionner les patients transfrontaliers avec lesquels nous nous sommes entretenus en entretien, nous avons préféré le critère géographique aux critères socio-économiques. Comme nous l'avons déjà développé précédemment, la question de la distance à la frontière apparaît en effet cruciale. Nous avons donc déterminé notre panel en fonction des villes de consultation en Thaïlande afin de prendre en considération un grand nombre de configurations spatiales et de distances parcourues. En tant que géographe, outre la question de savoir pourquoi certains Laotiens traversent la frontière pour se soigner, la question se pose du choix de telle ville plutôt qu'une autre : qu'est ce qui pousse les uns à recourir dans le dispensaire situé en face de chez eux et les autres à se rendre dans des hôpitaux éloignés ?

Nous avons réalisé au total plus d'une cinquantaine d'entretiens dans l'ensemble des zones frontalières étudiées dont une vingtaine à Vientiane.

- *Des groupes de discussion*

Des groupes de discussion, regroupant de 5 à 10 personnes, ont été réunis à quatre reprises, deux fois à Vientiane, une fois à Mouangkhousinh dans la province de Bokéo et une fois à Pakkading Neua.

L'idée de ces réunions est née à la suite des premiers entretiens individuels au cours desquels nous avons relevé certaines réticences des patients à s'exprimer. Bien que la pratique des recours transfrontaliers soit libre de toute contrainte administrative et légale, le fait pour un patient d'exprimer son choix de délaisser son système de soins national, semble néanmoins difficile. Le traitement particulier des recours transfrontaliers par les institutions laotiennes comme phénomène de mode voire acte antipatriotique (ce point est détaillé dans la 4ème partie) produit en effet chez certains patients la peur des conséquences politiques de leur expérience transfrontalière. Ce contexte nous a donc conduits à expliciter l'objet de notre recherche en introduction de l'entretien et de les rassurer sur l'anonymat des témoignages reçus.

Aussi, malgré ce travail de mise en confiance, nous avons voulu confronter le contenu des propos recueillis sur le mode individuel avec une parole collective, recueillie au sein d'un groupe de patients par exemple.

En réunissant pour un temps donné et dans un espace neutre (le plus souvent à la pagode) des individus ayant tous été soignés au moins une fois dans les structures de soins thaïlandaises, l'idée était de créer une connivence entre les différents membres du groupe dans le but de produire une dynamique qui les ferait sortir de leur réserve initiale et délierait ainsi les langues.

Photo 33 – Conduite de groupes de discussion avec les patients transfrontaliers

Source : A. Bochaton, août et décembre 2006.

A Vientiane, réunion de jeunes femmes ayant toutes accouché en Thaïlande (gauche), à Pakkading Neua pour tout type de recours confondus (droite)

Le résultat de ces séances s'est révélé positif tant du point de vue de leur déroulement que celui des sujets débattus. S'agissant du déroulement de la séance, il nous a semblé que les participants ont pris du plaisir à partager leur expérience avec leur voisin et avec leur chef du village parfois présent, liberté dont nous avons bénéficié. Le naturel de la conversation entrecoupée de rire et d'anecdotes cocasses a pris le pas sur l'aspect formel de la recherche. S'agissant du contenu, les thèmes spontanément abordés au cours de ces rencontres ne se sont pas révélés être très différents de ceux évoqués en entretien, mis à part des critiques plus couramment formulées à l'égard des structures de soins nationales ; cela a été particulièrement vrai au cours d'une réunion organisée en province, à laquelle le chef de village a pris part, son fils ayant eu recours en Thaïlande suite à une mauvaise prise en charge et un diagnostic erroné de médecins laotiens. Cette intervention chargée d'émotion de la part d'un représentant de l'Etat a eu pour effet de dissiper toute gêne des participants à livrer leur expérience, même la communauté masculine

habituellement plus réservée, les villageois présents mettant à profit ce temps de parole pour dénoncer ouvertement les dysfonctionnements du système de soins laotien.

Les propos collectés en entretien et ceux réunis au cours des groupes de discussion se sont révélés semblables, cette concordance permettant ainsi de vérifier la pertinence de nos deux sources d'information.

- *Entretiens avec des responsables de la santé au Laos*

Pour comprendre la manière dont les recours transfrontaliers sont vus par les institutions laotiennes, nous avons réalisé une trentaine d'entretiens avec des chefs de village et des acteurs de la santé au Laos à différents échelons de l'administration : chefs des bureaux provinciaux de la santé, des médecins et enfin avec hauts-fonctionnaires du Ministère de la Santé.

- *Le traitement d'articles de presse*

Les médias au Laos, prolongement du Parti dans la sphère publique, maintiennent l'hégémonie idéologique du régime sur la population et reflètent bien le point de vue du gouvernement sur les sujets d'actualité et de société. Dans cette optique, il nous a paru intéressant d'examiner comment la santé était donnée à voir aux Laotiens et si les recours transfrontaliers faisaient l'objet d'un traitement particulier.

Le long développement consacré au choix des lieux d'étude et à la méthodologie de collecte des données était nécessaire puisqu'il a permis de poser simplement les bases de l'analyse qui suit. Celle-ci s'avère en effet complexe au vu du nombre d'espaces sollicités, de la variété des sources d'information recueillies et du nécessaire va-et-vient entre la rive laotienne et la rive thaïlandaise.

CHAPITRE 4 : L'IMPORTANCE DES FLUX : VOLUMES ET INTENSITE

Décrire les recours transfrontaliers consiste dans un premier temps à faire le point sur l'intensité du phénomène. S'agit-il d'une pratique thérapeutique mobilisée par un large nombre de patients laotiens ou est-elle négligeable en comparaison des recours réalisés dans les structures nationales ?

Dans ce chapitre, nous nous interrogeons sur la proportion de patients laotiens qui, en bordure frontalière, ont recours aux soins en Thaïlande. Nous envisagerons tout d'abord la situation actuelle (I) puis replaçons le phénomène transfrontalier dans une perspective historique (II).

I - Situation actuelle

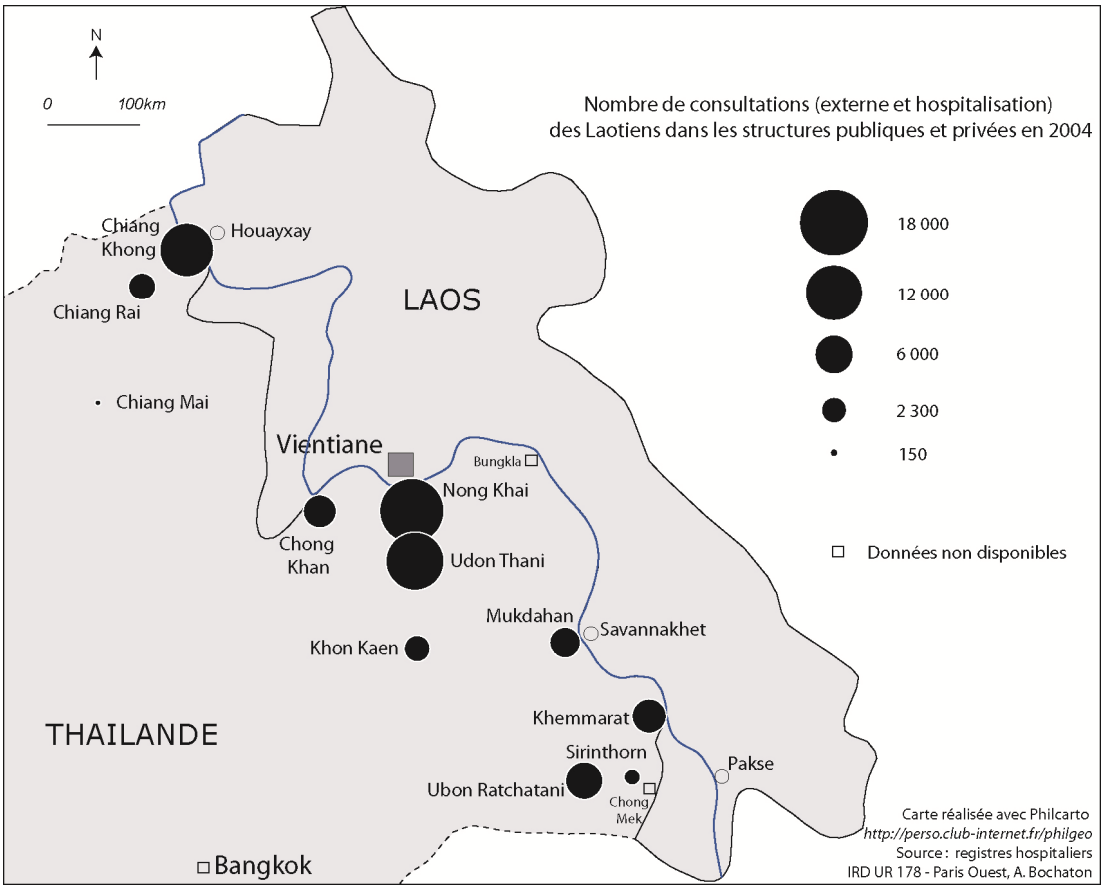
Pour donner un ordre de grandeur du nombre de patients transfrontaliers, un regard croisé est nécessaire : l'éclairage sera porté dans un premier temps en Thaïlande et dans un second temps au Laos. La spécificité de la situation de Vientiane justifiera un développement particulier.

A/ Attraction/Emission : approches chiffrées

- **Lieux d'accueil : les hôpitaux thaïlandais**

Etablie à partir des données de registres collectés en Thaïlande, la figure 19 rend compte du volume de patients laotiens reçus en 2004 dans les établissements de soins thaïlandais ville par ville. Il apparaît que la prise en charge de ces derniers est répartie dans l'ensemble des villes thaïlandaises que nous avons enquêtées. En d'autres termes, les mobilités de santé ne sont pas circonscrites à un espace transfrontalier spécifique mais sont présentes tout le long de l'axe frontalier lao-thaïlandais.

Figure 19 - Principales villes d'accueil des patients laotiens dans des structures hospitalières thaïlandaises, 2004



Si toutes les villes thaïlandaises adjacentes à la frontière accueillent des patients laotiens dans leurs structures de soins, l'importance de la prise en charge est néanmoins hétérogène d'un point à l'autre du territoire thaïlandais. De même, le poids des patients laotiens dans la patientèle totale est variable d'une structure à l'autre : de très faible (de l'ordre de 1 à 2%) dans la majorité des structures publiques, il peut atteindre près de 50% dans certaines structures privées, dont une en particulier à Nong Khai.

En 2004, le nombre de consultations était de 150 à Chiang Mai tandis qu'elle était de 18 000 à Nong Khai. Comme cette dernière, Chiang Khong et Udon Thani se dégagent nettement des autres villes frontalières avec chacune plus de 10 000 consultations annuelles. Le reste des villes enquêtées a reçu pour la même période entre 2 000 et 6 000 patients. Les effectifs de patients laotiens consultant en Thaïlande diffèrent donc d'une ville frontalière à l'autre.

Le facteur démographique pourrait éclairer ce constat, sachant que les effectifs de population qui vivent à proximité de la frontière ne sont pas identiques.

Le cas de Vientiane confirme cette hypothèse : le centre de la capitale abrite en effet plus de 300 000 habitants et l'ensemble de la province comptait en 2005 près de 700 000 habitants [Recensement national, Laos, 2005]. Cela pourrait expliquer que les structures de soins en face de Vientiane reçoivent un nombre important de patients transfrontaliers : les hôpitaux de Nong Khai et d'Udon Thani ont en effet accueilli en 2004 plus de 32 000 patients laotiens.

Toutefois deux situations frontalières l'infirment. On remarque que les structures de soins à Chiang Khong ont pris en charge en 2004 plus de 12 000 patients laotiens alors même que la

province limitrophe de Bokéo fait partie des provinces les moins peuplées du Laos : d'après le recensement de 2005, elle compte en effet 145 000 habitants en 2005. D'après la même source, la province de Savannakhet en aval sur le Mékong est la première du pays en termes de population puisqu'elle est composée de 825 000 habitants. Pourtant les effectifs de patients relevés dans les hôpitaux de Mukdahan s'élèvent en 2004 à seulement 4 000 patients.

On peut conclure que le nombre de patients laotiens recensés dans les structures de soins thaïlandaises ne dépend donc pas uniquement du poids démographique des provinces limitrophes dont ils sont originaires. D'autres facteurs, d'ordre structurel et relevant des caractéristiques des populations, concourent aux variations numériques des mobilités transfrontalières de santé et seront développés ci-après avec les données collectées au Laos.

- **Lieux de départ : les villages laotiens**

Au Laos, dans tous les lieux étudiés, nous avons rencontré des personnes ayant eu recours au moins une fois dans une structure de soins thaïlandaise dans le passé.

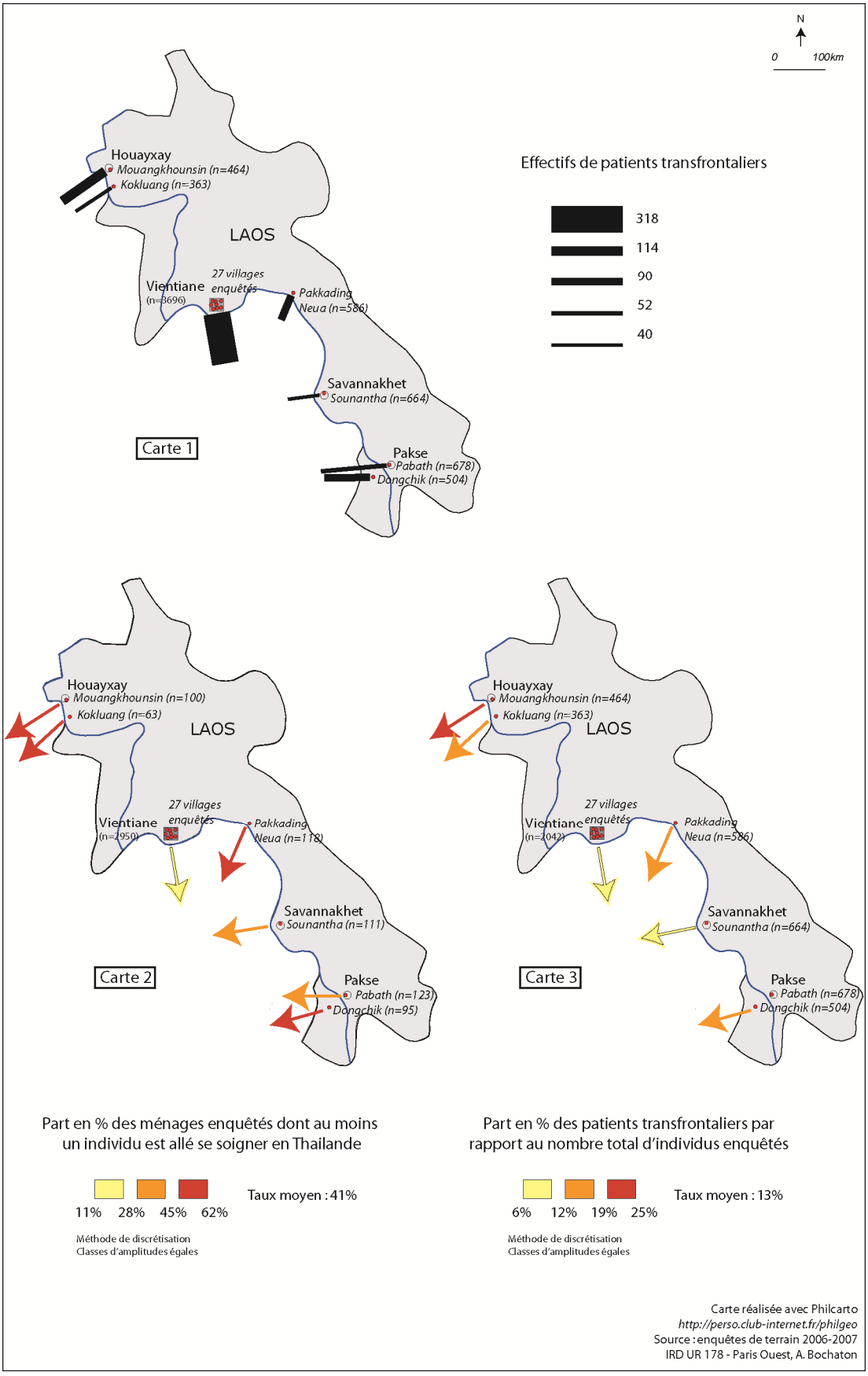
La carte présentée ci-dessous (figure 20) est le fruit des enquêtes menées dans les différents espaces frontaliers côté laotien entre 2006 et 2007 et rend compte des effectifs et des taux de recours transfrontaliers.

Une lecture par effectifs (carte 1) montre la prédominance du phénomène transfrontalier au départ de Vientiane, où 318 adultes et enfants des 27 villages sélectionnés ont répondu avoir eu recours en Thaïlande. En seconde position arrive le village de Mouangkhousinh à Houayxay dans la province de Bokéo (114 déclarations) suivi par le village de Dongchik dans la province de Champassak au sud du Laos (90 déclarations).

Néanmoins les écarts de taille des échantillons des sujets enquêtés entre les différents espaces frontaliers ne permettent pas une description pertinente des mobilités par effectifs. Pour obtenir une vision plus satisfaisante des flux, nous avons rapporté le nombre de ménages[65] dont l'un des membres au moins est allé se soigner en Thaïlande au nombre total de ménages enquêtés (par la suite dénommé taux de recours ménage, voir carte 2) puis au nombre total d'individus enquêtés (par la suite dénommé taux de recours individuels, voir carte 3) dans chacune des zones frontalières.

[65] Pour un rappel de la définition du ménage, voir p. 112

Figure 20 – Effectifs et taux de recours transfrontaliers en 2006-2007



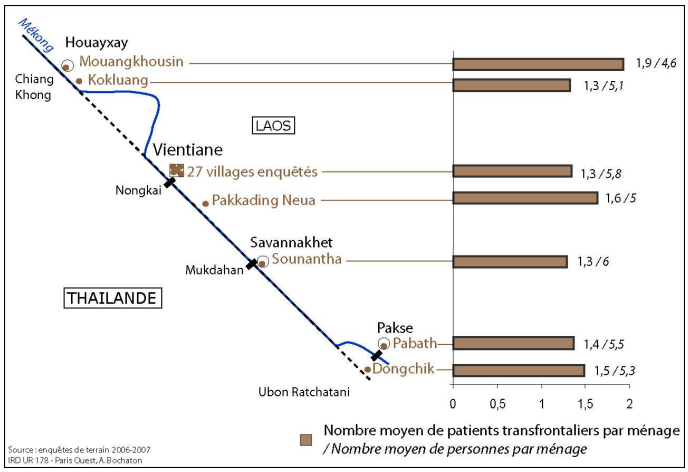
Les taux de recours ménage vont de 11% à Vientiane à 62% à Dongchik, soit une forte variation. Sur les sept zones frontalières étudiées, quatre présentent des taux proches de 50%, il s'agit des deux villages de la province de Bokéo, du village de Pakkading Neua et Dongchik dans la province de Champassak dans lesquels la moitié des chefs de ménages enquêtés a déclaré qu'au moins un de ses membres a eu recours dans le passé dans une structure de soins thaïlandaise. L'importance du phénomène transfrontalier à l'échelle familiale apparaît ainsi majeure dans ces villages.

Il n'en va pas de même en ce qui concerne les villages urbains de Sounantha (Savannakhet) et Pabath (Pakse) qui présentent des taux autour de 30% ainsi que les 27 villages de la capitale pour lesquels le taux est de 11%, soit une proportion relativement faible.

Les taux de recours individuels oscillent de 6% à Sounantha à 25% à Mouangkhousinh. Les proportions sont plus faibles et l'écart entre le taux minimal et le taux maximal est réduit.

Il apparaît ainsi que si le phénomène de recours touche un nombre important de ménages, cette pratique se limite cependant dans chaque ménage à un nombre d'individus restreint ; ce qui explique la dilution du taux de recours rapporté à la population totale enquêtée. Dans l'ensemble des zones étudiées, le nombre moyen de patients transfrontaliers dans chaque ménage s'élève à 1,5 (figure 21).

Figure 21 – Nombre moyen de patients transfrontaliers par ménage enquêté



Se soigner en Thaïlande n'est donc pas un comportement thérapeutique adopté par l'ensemble des individus d'un ménage mais plutôt par un ou deux de ses membres, soit une proportion relativement faible.

Les taux de recours individuels (carte 3 de la figure 20) varient selon les lieux, qui peuvent être classés en trois groupes :

- un premier groupe, dans lequel les recours transfrontaliers concernent moins de 12% du nombre total d'individus enquêtés (représenté par les flèches jaunes) : les 27 villages de la capitale Vientiane - Sounantha - Pabath.
- un deuxième groupe, dans lequel les recours transfrontaliers sont compris entre 12 et 20% du nombre total d'individus enquêtés : Kokluang, Pakkading Neua et Dongchik.
- un troisième groupe, dans lequel les recours transfrontaliers concernent 25% des individus enquêtés : le village de Mouangkhousinh à Houayxay.

S'agissant de l'importance des recours transfrontaliers et compte tenu des caractéristiques socio-économiques des différents lieux, précédemment exposés, il se dégage une différence notable entre les espaces frontaliers de type urbain et les espaces frontaliers ruraux. Les villages les moins enclins aux mobilités de santé appartiennent en effet aux trois plus grandes villes du Laos : Vientiane, Savannakhet et Pakse. En revanche, les quatre autres villages frontaliers dont le taux de recours est supérieur à 50% en proportion des ménages enquêtés, ont au contraire tous une composante rurale.

La présence de structures de soins de niveau provincial ou central à proximité du domicile des citadins d'une part, les dysfonctionnements de l'offre de soins à proximité des villages ruraux d'autre part, expliquent probablement la disparité des taux de recours.

La frontière lao-thaïlandaise, qu'elle soit marquée par le Mékong, traversée par un pont ou terrestre, est partout franchie par des patients laotiens en recherche de soins et s'orientant vers les structures de soins thaïlandaises. On aurait pu penser a priori que le pont entre Vientiane et Nong Khai jouait le rôle d'accélérateur de flux d'une rive à l'autre, pourtant c'est à Houayxay dans la province de Bokéo que le plus fort taux de recours individuel a été relevé. Les modalités de transport et de traversée semblent finalement moins importer que les motifs pour lesquels les patients recourent.

B/ Le cas de Vientiane : imbrication de facteurs socio-territoriaux

Le cas de Vientiane est étudié plus en détails pour deux raisons conjointes. Tout d'abord, avec son statut de capitale d'Etat et en tant que vitrine politique du Laos, Vientiane constitue un lieu d'observation particulier le long de la frontière lao-thaïlandaise : l'offre de soins y est plus dense et variée que dans le reste du pays (cf. p. 84) et les comportements thérapeutiques des habitants semblent évoluer plus rapidement qu'ailleurs. En outre, les enquêtes menées à Vientiane portent sur un large échantillon de personnes et nous permettent de ce fait de consolider nos affirmations.

A l'issue de cette sous-partie consacrée à l'étude des recours transfrontaliers au départ de Vientiane, nous serons ainsi en mesure de confirmer et/ou de nuancer les conclusions tirées des analyses sur l'ensemble des espaces frontaliers.

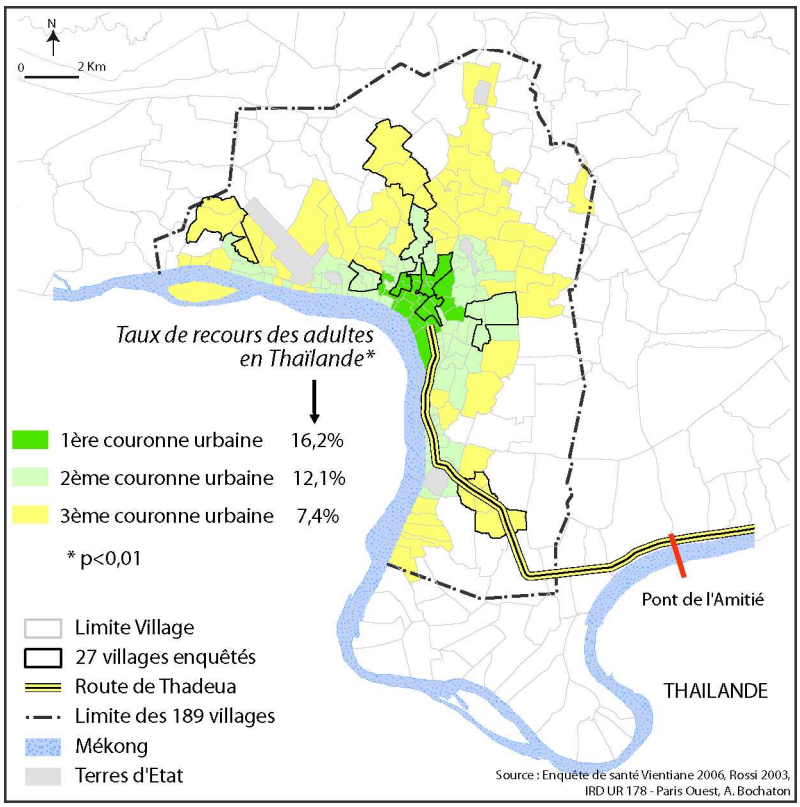
• Hétérogénéité des recours dans la ville

Les données collectées au cours de l'enquête de santé dans les 27 villages de la capitale permettent d'entrer plus précisément dans Vientiane et d'observer les pratiques de recours en fonction des strates d'urbanisation définies à l'intérieur de la ville. Comme nous l'avons développé précédemment (cf. sous-partie méthodologique p. 112), Vientiane a été divisée en trois couronnes présentant des niveaux d'urbanisation différents et nous avons voulu vérifier s'il

existait un lien entre le lieu de provenance de la population à l'intérieur de la capitale et ses pratiques de recours transfrontaliers.

Si, à l'échelle des 27 villages enquêtés dans l'ensemble du périmètre urbain, 11,3% des individus adultes ont eu recours au moins une fois en Thaïlande dans le passé, les proportions varient toutefois de manière significative quand elles sont agrégées à l'échelle des strates urbaines (figure 22). On remarque un gradient décroissant des taux de recours du centre de Vientiane vers les périphéries de la ville : alors que la pratique concerne 16,2% des adultes vivant dans la première couronne urbaine de Vientiane, elle ne touche plus que 12,1% des habitants de la seconde et enfin seulement 7,4% des adultes vivant en périphérie de la capitale.

Figure 22 - Des mobilités de santé fluctuantes avec le niveau d'urbanisation à Vientiane



Les structures de soins situées de l'autre côté du pont sont donc essentiellement visitées par les Vientiannais du centre, là où paradoxalement la densité et la qualité de l'offre sanitaire sont les plus satisfaisants à l'échelle de la ville et même du pays. Cette observation s'oppose précisément à celles faites précédemment à partir des taux de recours au départ des différentes zones frontalières : tandis qu'à l'échelle de l'ensemble de l'axe frontalier, les plus forts taux de recours coïncident avec la pénurie et/ou la faible qualité de l'offre disponible à proximité du lieu de résidence des patients concernés, le zoom réalisé sur Vientiane fait apparaître une réalité toute différente. Les résidents qui bénéficient d'une offre de soins optimale sont en effet ceux qui paradoxalement utilisent le plus les établissements thaïlandais.

Il semblerait donc que les recours au départ de la capitale soient moins motivés par des dysfonctionnements internes aux structures laotiennes (*push factor*) que par le caractère attractif des structures situées de l'autre côté du Mékong (*pull factor*). En effet bien qu'elle soit relative, la qualité des soins fournie dans les hôpitaux centraux de la capitale permet néanmoins de prendre en charge un large éventail de maladies en comparaison des hôpitaux provinciaux ou de district, où les compétences médicales sont moindres. De plus, les médecins exerçant à Vientiane ont souvent une plus grande expérience que les médecins basés en province et parmi eux, beaucoup

ont complété leur formation à l'étranger au cours de stages professionnels ou dans le cadre d'échanges durant leurs études de médecine[66]. Or on a vu que l'offre de soins disponible à Nong Khai et Udon Thani était aussi très développée, particulièrement le secteur privé comme en atteste la présence de plusieurs hôpitaux de standing. Si nous ne sommes pas en mesure de juger des différences en termes de qualité réelle des soins donnés de part et d'autre de la frontière, on peut néanmoins affirmer avec certitude que la qualité perçue joue grandement en faveur des structures thaïlandaises où l'effort fait en matière d'accueil des patients, de propreté des locaux constitue un élément clef de la construction de la perception des patients. Ceci fait écho à l'hypothèse posée antérieurement concernant la relation offre et demande de soins et la manière dont la première, par son pouvoir attractif réel ou perçu, peut modifier les demandes de soins des patients. Les recours transfrontaliers des habitants de Vientiane semblent s'inscrire, au moins en partie, dans ce schéma.

L'étude des flux transfrontaliers à l'échelle de la capitale laotienne permet donc de rendre compte d'un gradient décroissant de la pratique transfrontalière du centre vers les limites de Vientiane. Mais la diminution des taux de recours transfrontaliers selon un gradient d'urbanisation décroissant suffit-t-elle cependant à prouver la pertinence du critère urbain pour expliquer le phénomène et ses variations ? Il nous semble qu'il convient plutôt d'envisager ce facteur comme le révélateur de réalités socio-économiques différentes selon les espaces considérés et le poids des facteurs locaux apparaît dans ce sens important à prendre en compte.

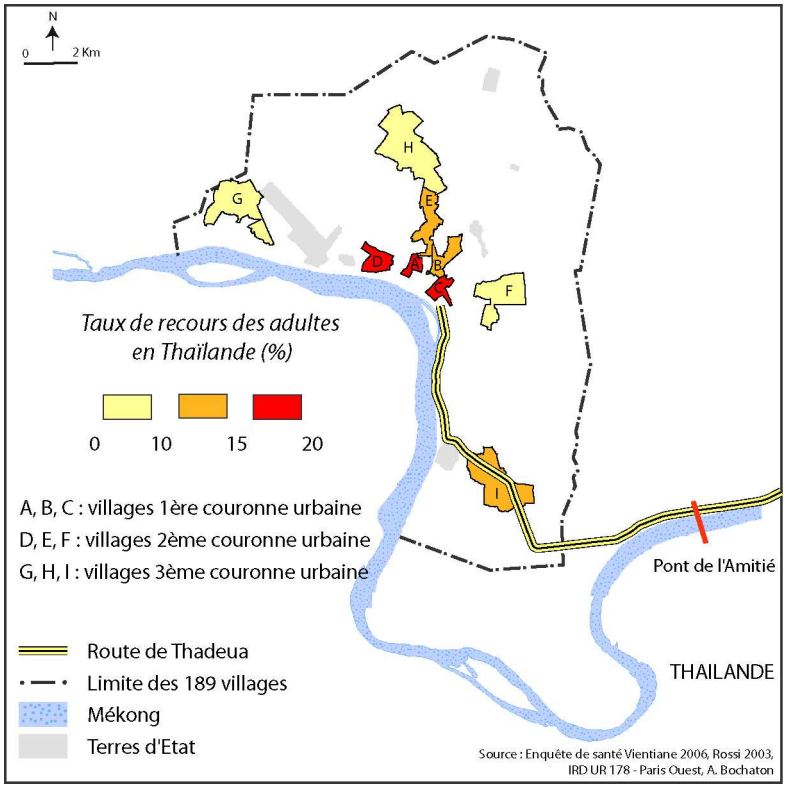
- **Le poids des facteurs locaux**

Afin de procéder à une analyse plus fine des mobilités de santé au départ de Vientiane, nous avons calculé les taux de recours par entité composée de trois villages adjacents. Par cette méthode, on cherche à vérifier si les proportions de patients transfrontaliers sont similaires ou non entre des groupes de villages situés dans la même couronne urbaine, ce qui nous permettra de conclure sur la pertinence ou non du critère urbain.

Les résultats agrégés par trios villageois sont présentés dans la figure 23 avec un rappel du découpage par couronne urbaine, indiqué à l'aide de lettres : les groupes de villages de la première couronne urbaine sont ainsi marqués des lettres A, B, C, et ainsi de suite pour les villages de la seconde et troisième couronne.

[66] A la fin du protectorat, la France a poursuivi son soutien en matière de formation auprès des Laotiens et ainsi un bon nombre de médecins ont séjourné de une à plusieurs années en France pour compléter leur formation médicale. Ces médecins sont aujourd'hui relativement âgés et occupent surtout des postes à responsabilité au Ministère de la Santé. A l'heure actuelle, les formations des médecins sont orientées principalement vers la Thaïlande.

Figure 23 - Taux de recours en Thaïlande par groupe de trois villages



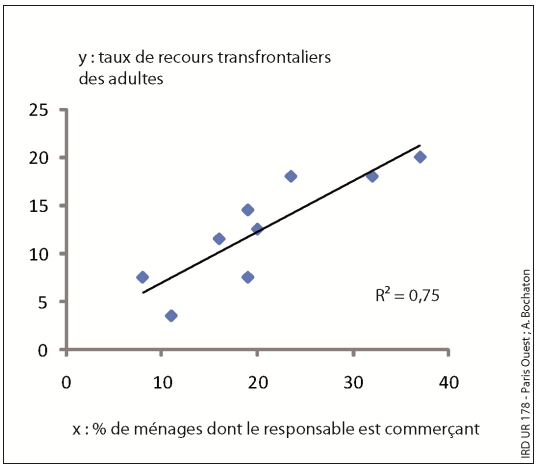
Dans chacune des strates, on observe que les taux de recours en Thaïlande varient significativement entre les différents ensembles villageois : ainsi, dans le centre de Vientiane, on passe d'un taux de recours de 12,5% (B) à un taux de 19,5% (C) entre deux groupes de villages pourtant voisins. De même, dans la seconde couronne urbaine, les proportions de mobilités de santé passent du simple au double entre les villages situé à l'est de la ville (F) et les villages situés dans le quartier chinois de la capitale (D). Enfin dans la zone la plus périphérique de Vientiane, les proportions sont multipliées par plus de trois entre les villages localisés au nord de la ville (H avec 3,5%) et ceux situés au sud-est (I avec 11,5%).

Le constat d'une grande variabilité intervillageoise en matière de pratique transfrontalière est valable pour les trois couronnes urbaines et amène par conséquent à nous interroger sur les facteurs locaux qui conduisent à de telles disparités.

- *Le poids du commerce dans les mobilités de recours*

Parmi les facteurs qui peuvent concourir aux fortes proportions de recours transfrontaliers dans certains groupes de villages, la présence de commerçants parmi la population apparaît comme déterminante. A l'échelle des groupes de trois villages, on repère en effet une forte tendance à la corrélation linéaire positive entre la proportion de commerçants et le taux de recours en Thaïlande des adultes (R^2 = 75%).

Figure 24 – Graphique de corrélation entre la part de commerçants dans la population et le taux d'adultes se soignant en Thaïlande



Ainsi les villages de Banfai, Nongchan et de Kaoniot (groupe C, figure 23) se caractérisent aussi bien par la plus forte proportion de commerçants parmi les ménages enquêtés dans la capitale (37%) que par le taux de recours transfrontalier le plus élevé parmi les adultes (19,5%). Ces trois villages centraux, situés à proximité du marché du matin, abritent de nombreux commerces ainsi que des restaurants et forment le centre dynamique de la capitale (photos 34).

Photo 34 - Rues commerçantes du centre de Vientiane

Source : J. Crégut, juin 2006

A gauche : village de Nongchan à proximité du marché du Matin (*talat sao*), le marché central de Vientiane ; à droite : rue très commerçante du village de Banfai.

Les villages de Nongduang Neua, Nongduang Tay et Khountatong (groupe D, figure 23) se distinguent par une proportion d'adultes soignés en Thaïlande plus forte que le pourcentage moyen calculé pour la seconde couronne urbaine à laquelle ils appartiennent (18% contre 14,5%). Ces trois villages abritent une large communauté de commerçants d'origine chinoise et près d'un quart des chefs de ménage enquêtés y exercent une activité commerciale, le plus souvent liée à l'importation de biens de consommation courante (photo 35).

Photo 35 – Quartiers marchands et quartier chinois, seconde couronne de Vientiane (groupe D)

Source : J. Crégut, juin 2006

A gauche : route de l'aéroport, village de Khountatong ; droite : commerce d'import-export dans le quartier chinois, village de Nongduang Tay.

Les villages marchands de la capitale laotienne apparaissent donc comme étant les plus pourvoyeurs de patients vers les établissements de soins thaïlandais. Les commerçants ont bénéficié les premiers des retombées de l'ouverture du pays à l'économie de marché et l'enrichissement rapide qui en a résulté, explique très certainement l'essor de pratiques de soins originales et innovantes, dont font partie les recours transfrontaliers.

Dans la partie sur les déterminants (cf. p. 206), nous reviendrons plus en détail sur les raisons de cette spécificité « commerçante » des recours en Thaïlande et étudierons si cette particularité s'applique aussi aux bordures frontalières situées en province.

- *Le pont de l'Amitié et les recours en Thaïlande : un facteur secondaire*

En plus des caractéristiques de la population résidente, la géographie des villages, comme par exemple leur localisation dans la ville et leur position par rapport à la frontière, peut-elle expliquer la plus ou moins grande propension des habitants à se soigner en Thaïlande ?

Au début de ce travail de recherche, nous avions formulé l'hypothèse selon laquelle la proximité au pont permettant l'accès en Thaïlande, pouvait être un élément déterminant des itinéraires transfrontaliers. Pourtant les données issues de l'enquête sanitaire à Vientiane ne mettent pas en évidence un tel lien mais soulignent au contraire la prédominance des habitants du centre parmi les patients transfrontaliers, ces derniers ne vivant pourtant pas au voisinage immédiat des bureaux de l'immigration.

Bien que la distance à parcourir depuis les villages de Somvang Neua, Somvang Tay et Somsanouk (groupe I) situés sur la route de Tha Deua (photo 36), soit la plus courte parmi notre panel enquêté pour rejoindre le pont de l'Amitié et ainsi la Thaïlande (environ 10 kilomètres), le taux de recours en Thaïlande s'élève seulement à 11,5% des adultes, soit l'équivalent du pourcentage moyen pour l'ensemble des 27 villages. La mitoyenneté au poste frontière n'est donc pas décisive dans la mise en œuvre des itinéraires en Thaïlande mais apparaît plutôt comme un facteur secondaire.

Photo 36 –La route de Tha Deua mène au pont de l'Amitié

Source : J. Crégut, juin 2006

Le voisinage du pont semble pourtant accentuer les différences en matière de mobilités de santé au départ des villages de la troisième couronne de Vientiane, c'est-à-dire à statut équivalent en termes de caractéristiques urbaines. Comment en effet expliquer que les taux de recours en Thaïlande fluctuent de 3,5 % des adultes enquêtés au nord de Vientiane (groupe H) à 11,5% au sud est de la capitale (groupe I) alors que les villages sont semblables en termes d'activité et de population ? Le trajet plus direct et plus rapide pour atteindre le pont constitue une facilité de traversée pour les villageois concernés et explique sans aucun doute les variations observées.

L'étude menée dans la capitale laotienne montre que les recours transfrontaliers résultent d'une combinaison de déterminants propres à chaque lieu. Si le facteur urbain a permis de mettre en évidence des structurations centre/périphérie dans l'utilisation des hôpitaux thaïlandais, il ne rend pas compte d'autres facteurs pourtant essentiels. La relation entre l'offre et la demande de soins est en effet un élément incontournable pour comprendre les recours des Vientiannais à tel point que la distance à la frontière apparaît finalement en second plan : l'éloignement à la frontière n'empêche pas certains habitants de la capitale, en particulier ceux du centre, de recourir en Thaïlande et corrélativement les populations vivant à proximité de cette dernière ne sont pas plus disposées à se rendre de l'autre côté du pont. Enfin il semblerait que des facteurs d'ordre socio-économique jouent un rôle décisif dans la production des recours transfrontaliers, ce qui fera l'objet de notre troisième partie.

En définitive, les recours transfrontaliers, en tant que processus, révèlent les constructions socio-territoriales de la santé dans les bordures frontalières lao-thaïlandaises.

II - Inscription historique des recours transfrontaliers

A/ Un phénomène ancré dans le passé ?

Si les chiffres présentés ci-dessus mettent en évidence la réalité des recours transfrontaliers du Laos vers la Thaïlande, il nous a semblé indispensable d'ancrer cette réalité dans un temps plus long afin de cerner les évolutions du phénomène. Il s'agit de répondre à deux interrogations : la pratique transfrontalière est-elle nouvelle pour les Laotiens ? Et en tendance, les recours transfrontaliers augmentent-ils au fur et à mesure des années ou au contraire diminuent-ils comme le soutiennent les autorités sanitaires au Laos leur permettant ainsi de souligner les efforts des politiques de santé et leurs résultats positifs sur le système de soins national ?

L'ethnologue Richard Pottier [2004] rapportait déjà l'existence de mobilités de santé vers la Thaïlande dans les années 1970. L'étude se situe dans la zone de Tha Düa, à environ une trentaine de kilomètres en aval de Vientiane, sur le Mékong[67]. Parti du constat qu'il existait une réelle désaffection des Laotiens envers leurs centres de santé, l'auteur a cherché à en connaître les raisons. Ainsi a-t-il été amené au constat de l'accessibilité des hôpitaux thaïlandais, situés en face de la zone d'étude : « *Deux hôpitaux thaïlandais étaient facilement accessibles pour la population du müang Tha Düa. C'étaient celui du ban Nongkhay, situé immédiatement en face du ban Tha Düa sur la rive thaïlandaise du Mékong et celui du ampö Phon Phisay situé approximativement en face du tasèng Ban Dôn* » [Pottier 2004, p.169].

Et il a pu vérifier que les Laotiens de la zone d'étude utilisaient ces structures :

- parmi les femmes du district qui accouchent dans une structure de santé, plus de 9% d'entre elles sont allées en Thaïlande [p.180].
- les trois-quarts des médicaments vendus par les revendeurs villageois et le tiers de ceux vendus par les « pseudo-infirmiers » sont des produits thaïlandais [p.273].

L'auteur arrive à la conclusion que l'offre de soins thaïlandaise joue un rôle important dans les pratiques thérapeutiques des patients de la zone de santé de Tha Düa et il parle même d'un état de dépendance extrême par rapport à la Thaïlande concernant les districts de Dông Kalüm et de Ban Dôn. Pour expliquer une telle situation, l'auteur met en avant l'existence d'un commerce inter-villageois actif et des liens anciens entre les deux rives du Mékong.

Hormis cette étude, nous n'avons pas trouvé d'autres données nous renseignant sur les recours transfrontaliers dans la période passée, à l'exception de quelques entretiens avec des personnes âgées qui corroborent le fait qu'il existait des recours en Thaïlande avant 1975.

Au contraire, certains fonctionnaires du Ministère de la Santé laotien rapportent que les Thaïlandais de la région *Isan* venaient se faire soigner dans les hôpitaux de Vientiane pendant la période du protectorat français et même après car selon eux, les structures de soins du Nord-est

[67] La zone en question s'étire le long du Mékong à proximité de l'actuel pont de l'Amitié qui n'existait néanmoins pas au moment de l'étude de Richard Pottier.

thaïlandais étaient en ce temps bien moins développées que celles de Vientiane. Le différentiel entre les deux pays et donc le rapport d'attraction était à cette période inversé en comparaison de la situation actuelle.

Nous ne sommes donc pas en mesure de replacer les recours transfrontaliers actuels dans une perspective historique longue. On peut néanmoins retenir que l'année 1975 a marqué un arrêt net dans les échanges et les mobilités entre les deux pays, mis à part l'exode des réfugiés laotiens en Thaïlande. Les recours transfrontaliers n'ont pas échappé à cette situation de repli national d'un côté et de l'autre du Mékong. Les nombreux propos relevés auprès des patients laotiens et des personnels des structures thaïlandaises s'accordent à fixer la reprise des recours transfrontaliers vers le milieu des années 90. Cela coïncide avec la croissance économique que connaît le Laos depuis la réouverture de ses frontières et son adhésion à l'économie de marché.

B/ Tendances récentes

Pour faire une analyse diachronique du phénomène transfrontalier dans la période récente, nous traitons les données des registres des patients laotiens des hôpitaux frontaliers thaïlandais sur plusieurs années (de 1995 à 2007 selon les structures visitées). La figure 25 résume l'ensemble de l'information collectée et les graphiques présentent l'évolution du nombre de patients laotiens soignés par année : en bleu sont représentées les structures publiques, en orange les structures privées. Pour les hôpitaux de Mukdahan et Ubon Ratchatani (les deux graphiques de la partie inférieure), l'évolution a été calculée à partir de deux années seulement. Pour Chiang Khong, Chiang Rai, Nong Khai, Udon Thani et Khon Kaen (les quatre graphiques dans la partie supérieure), l'information collectée couvre plusieurs années consécutives. Bien que les périodes étudiées ne coïncident pas tout à fait, les données présentées donnent toutefois un bon aperçu des récentes évolutions des recours.

Le premier élément qui se dégage de l'ensemble des graphiques ci-dessous est une augmentation générale du nombre de patients laotiens dans les structures thaïlandaises.

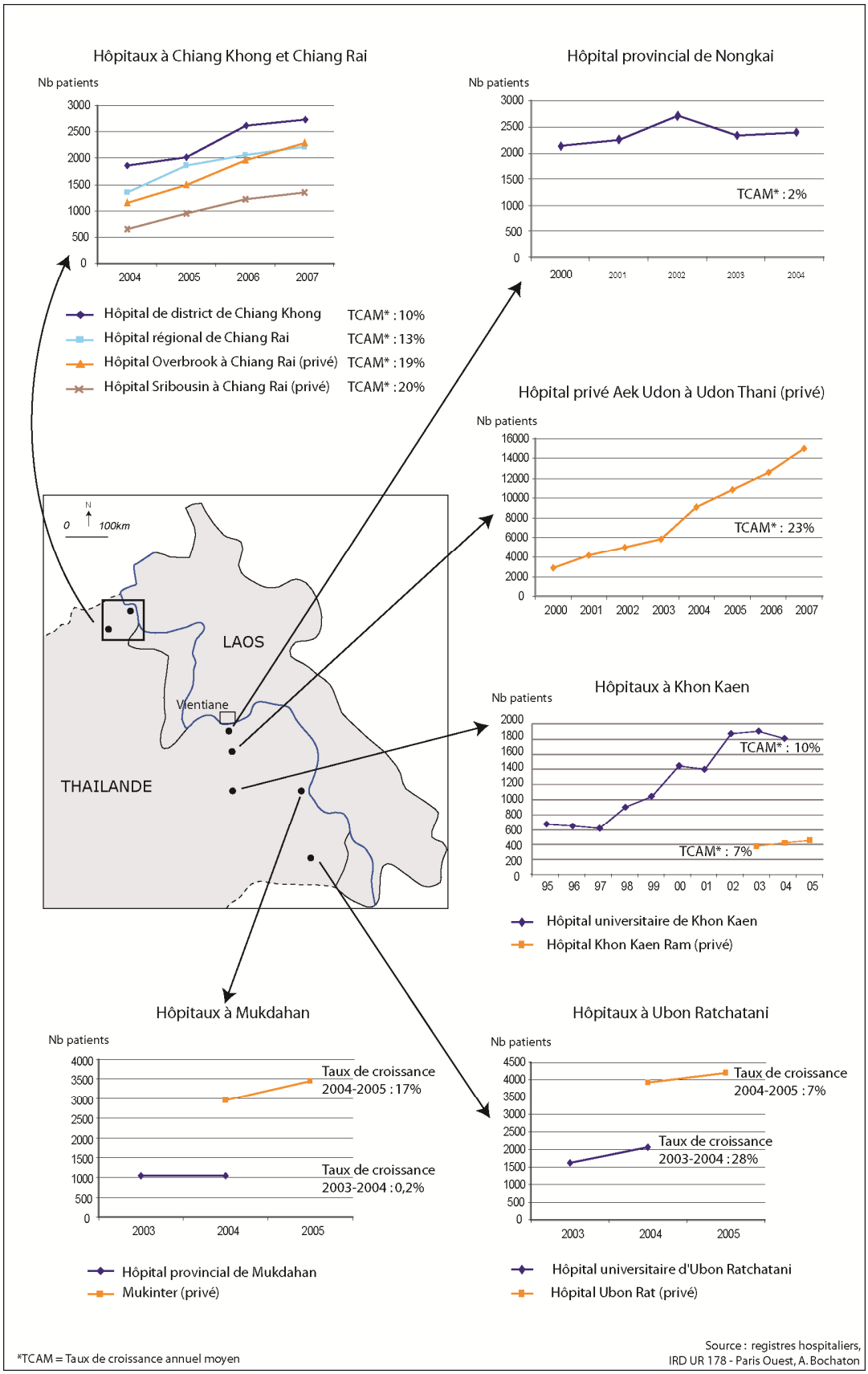
Parmi eux, l'hôpital Aek Udon à Udon Thani présente le taux de croissance annuel moyen (TCAM) le plus élevé : en effet, les effectifs de patients laotiens consultant dans l'hôpital ont augmenté en moyenne de 23% par an au cours des huit dernières années. Les hôpitaux Overbrook et Sribourin à Chiang Rai suivent de près puisque leur TCAM respectif est de 19% et 20% entre 2004 et 2007. Ces trois hôpitaux sont des structures privées de grande envergure.

Les structures publiques présentent, quant à elles, une évolution similaire avec toutefois des taux de croissance annuels moyens moins élevés compris entre 2% (hôpital provincial de Nong Khai, 2000-2004) et 13% (hôpital régional de Chiang Rai, 2004-2007).

L'étude diachronique des registres montre donc une croissance générale du phénomène transfrontalier, ce qui traduit très certainement une accentuation du différentiel sanitaire entre les deux pays.

Si l'aggravation est générale pour l'ensemble de l'axe frontalier, le Nord-Ouest thaïlandais se dégage néanmoins avec des taux de croissance annuels moyens élevés (>10%) pour l'ensemble des structures publiques et privées étudiées ; plus qu'un dynamisme des structures thaïlandaises, cela illustre de notre point de vue surtout les difficultés sanitaires rencontrées par la province de Bokéo qui, si elles sont partiellement réduites par la construction de bâtiments ou l'envoi de matériel, sont persistantes en termes de ressources humaines.

Figure 25 – Evolution du nombre de patients laotiens dans les structures de soins thaïlandaises



*TCAM = Taux de croissance annuel moyen

Source : registres hospitaliers, IRD UR 178 - Paris Ouest, A. Bochaton

Concernant l'augmentation importante et prolongée du nombre de patients au sein de l'hôpital privé Aek Udon, il nous semble qu'elle révèle dans ce cas précis l'attraction croissante de la structure thaïlandaise au sein du territoire laotien. On a vu en effet que Vientiane était dotée d'une offre sanitaire dense et de relativement bonne qualité, qui de surcroit est régulièrement équipée et rénovée dans un souci de maintenir la vitrine sanitaire du pays mais aussi, comme nous le verrons dans la dernière partie, dans l'optique de faire écran à la progression thaïlandaise. En outre, il est certain que la structure en question bénéficie de l'écho favorable des utilisateurs laotiens auprès de leurs proches, créant un effet « boule de neige ».

Derrière la même évolution du phénomène transfrontalier se cachent donc des réalités sanitaires distinctes et des équilibres Laos/Thaïlande, attraction/répulsion spécifiques à chaque couple frontalier. Si les recours transfrontaliers sont à certains points de passage plutôt motivés par l'augmentation ou tout du moins la persistance des dysfonctionnements de l'offre de soins laotienne, l'attraction croissante des structures thaïlandaises constitue dans d'autres lieux de traversée l'origine des mobilités. Il convient toutefois de garder à l'esprit que partout le long de la frontière les deux paramètres attraction/répulsion se combinent, avec un poids de l'un ou de l'autre plus ou moins marqué en fonction des couples frontaliers.

Enfin si le nombre de patients transfrontaliers augmente globalement régulièrement chaque année, le rythme de l'accroissement n'est cependant pas homogène entre les hôpitaux privés et publics thaïlandais, le nombre de patients laotiens augmentant plus vite dans les premiers que dans les seconds.

Quels sont les motifs d'une telle évolution ? L'offre privée thaïlandaise répond-elle mieux aux attentes et aux besoins des patients en provenance du Laos ? Ce point est développé ci-dessous en lien avec les modes de recours mobilisés par les patients et les choix faits en matière de structures de soins en fonction des localités de départ.

CHAPITRE 5 : LES MODES DE RECOURS

Les modes de recours sont variés tant par le choix des structures (I) que par les prestations recherchées et fournies (II).

Avant d'envisager ces deux points, il convient de préciser que les patients transfrontaliers sollicitent une médecine moderne et non une médecine traditionnelle, qu'ils utilisent essentiellement à l'intérieur des frontières nationales. S'il est aujourd'hui encore largement fait appel à la médecine traditionnelle, c'est en complément d'un recours dans une structure de soins moderne et en accompagnement de celui-ci.

I - Les structures fréquentées

Les choix des patients en matière de structures varient en fonction des couples frontaliers considérés (cf. chapitre 3 méthodologie) : dispensaire, hôpital de district, hôpital provincial, clinique privée, hôpital privé, le panel des possibilités en Thaïlande va du très réduit au très étendu. Dans ce contexte, comment les critères de sélection des structures par les patients évoluent-ils d'un point à l'autre de la frontière ?

A/ L'orientation des patients dans le système de soins thaïlandais

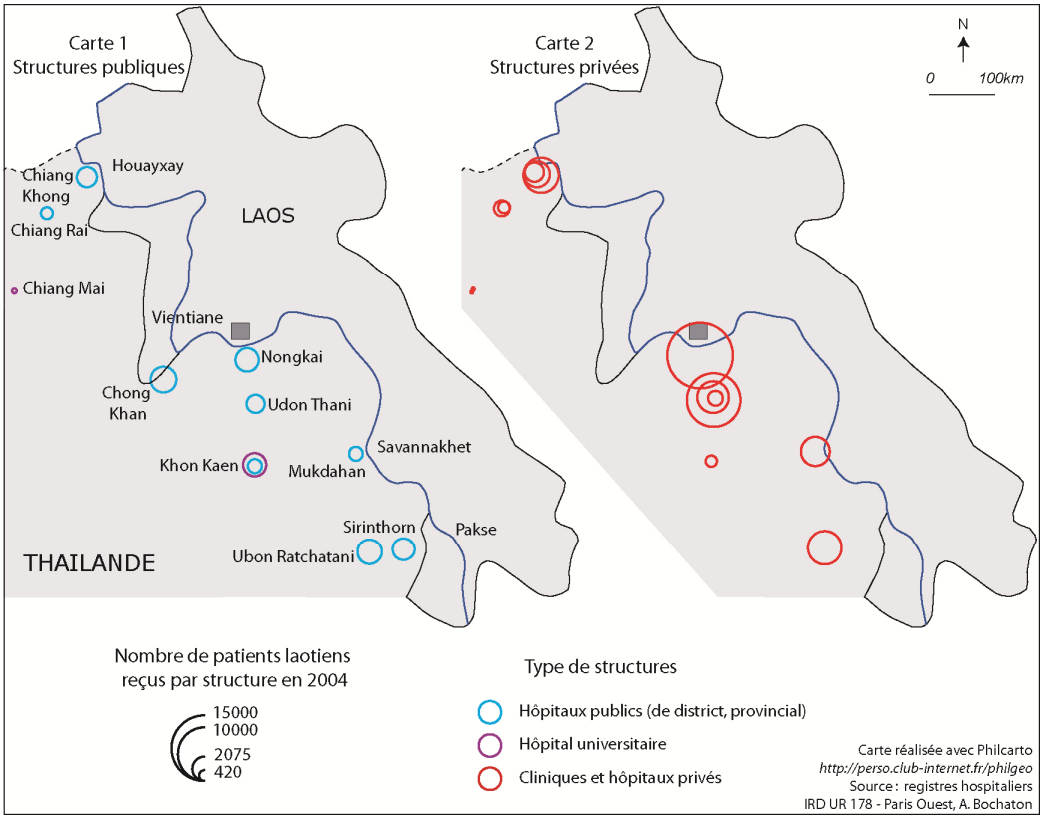
- **Une orientation privilégiée vers le secteur privé**

La figure 26 synthétise l'information disponible côté thaïlandais concernant la fréquentation des structures de soins en fonction de leur statut public ou privé en 2004.

Les structures de soins thaïlandaises qui profitent pleinement des recours aux soins des Laotiens sont des structures privées, cliniques et hôpitaux (carte 2 de la figure 26).

A l'exception de Khon Kaen où les structures publiques (composées de l'hôpital provincial et de l'hôpital universitaire) accueillent près de 85% des patients laotiens, les villes thaïlandaises accueillent ces derniers essentiellement dans les structures privées : à Udon Thani, les trois principaux hôpitaux privés attirent 93% des patients laotiens soignés dans la ville et seulement 7% d'entre eux se rendent à l'hôpital provincial. Cette inégale répartition au profit du privé existe dans des proportions très similaires à Nong Khai et à Chiang Khong.

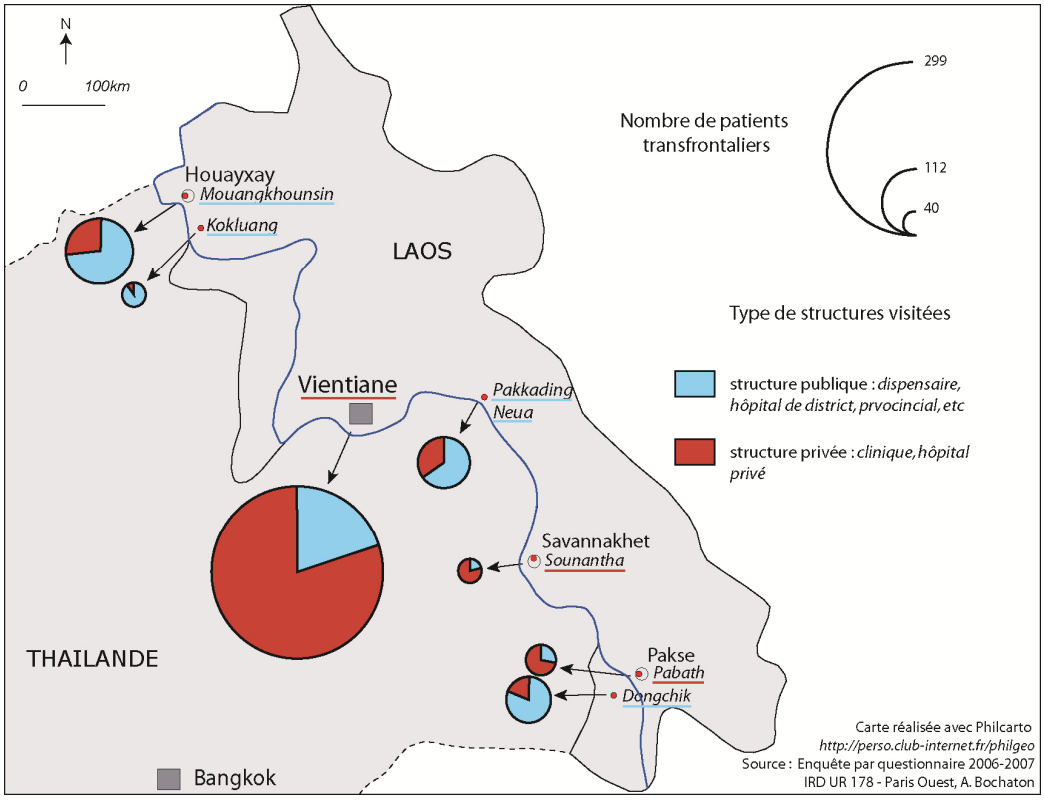
Figure 26 - Public ou privé ? Une attraction sanitaire déséquilibrée au profit du privé



- **Des différences selon l'origine rurale ou urbaine des patients**

Si le secteur privé apparait comme le premier bénéficiaire des recours transfrontaliers, il convient aussi d'envisager la question du point de vue des patients. Les résultats des enquêtes menées au Laos entre 2006 et 2007 sont présentés ci-dessous sous forme de graphiques en secteurs. La proportion d'enquêtés ayant déclaré avoir eu recours dans une structure publique est représentée en bleue ; les secteurs rouges illustrent la part de patients transfrontaliers soignés dans une structure privée.

Figure 27 - Distribution des recours transfrontaliers en fonction du type de structure visitée



La carte met en évidence un clivage ville/campagne quant aux orientations dans les structures de soins thaïlandaises. On observe en effet que :

- les mobilités de santé initiées au départ de Vientiane, Savannakhet et Pakse se dirigent massivement vers des structures de soins privées situées de l'autre côté de la frontière : en moyenne 77% des patients transfrontaliers identifiés au sein de ces trois villes ont eu recours dans le privé.
- les villages en zone rurale se caractérisent au contraire par des recours majoritairement orientés vers l'offre publique disponible côté thaïlandais : 65% des patients transfrontaliers identifiés dans le village de Mouangkhousinh à Houayxay s'orientent de cette façon. La proportion s'élève jusqu'à 92% des patients mobiles dans le village de Kokluang.

Ces divergences sont-elles le reflet d'un clivage d'offre le long de la rive thaïlandaise ou peut-on voir aussi un clivage de recours entre le milieu rural et le milieu urbain laotien ? En s'appuyant sur l'exemple des patients originaires de Pabath et de Dongchik au sud de l'axe frontalier, on observe qu'à offre équivalente les ruraux et les urbains utilisent différemment les structures à disposition, ce qui nous amène à penser qu'il existe une spécificité des recours en fonction de l'origine des patients.

En ce sens, le cas de Vientiane est aussi instructif. Si les habitants de la capitale se rendent en règle générale dans des établissements privés (en moyenne à hauteur de 77% des recours conduits en Thaïlande), on observe d'après le tableau 5 une différence entre les choix des patients issus des villages à composante majoritairement urbaine (première et seconde couronne) et les choix des patients originaires des villages en bordure de la ville présentant une mixité urbaine et rurale. Si 80% des patients transfrontaliers appartenant aux premiers se rendent en

effet dans des structures privées, la proportion s'élève à moins de 60% pour les patients issus des villages périphériques.

La différence d'orientation des recours, en fonction du caractère urbain et rural des populations, observées à l'échelle de l'espace frontalier, se retrouve, bien que de manière nuancée, à Vientiane. Les villages situés aux limites de la capitale présentent donc une position intermédiaire entre l'utilisation univoque du privé thaïlandais par les citadins et au contraire les recours préférentiellement orientés vers les structures publiques tels que les pratiquent les ruraux.

Tableau 5 - Distribution des choix concernant le type de structure visitée par strate urbaine, Vientiane

	Recours dans le privé thaïlandais	*Recours dans le public thaïlandais*
1ère couronne urbaine (n=113)	80%	20%
2ème couronne urbaine (n=98)	82%	18%
3ème couronne urbaine (n=55)	58%	42%
Moyenne générale (n=266)	*77%*	*23%*

Source : Enquête de santé 2006, Atlas Infographique de Vientiane

Les ressources et le capital des populations apparaissent à l'évidence comme un élément clef de l'orientation des patients vers le public ou vers le privé. Le coût des soins dans les cliniques privées dépasse en effet de loin les sommes à payer dans les hôpitaux publics. Or les villes laotiennes sont les premières bénéficiaires des retombées financières de l'ouverture du pays à l'économie de marché et des activités commerciales qui en découlent. Les productions agricoles ou les activités de commerce des zones rurales ont certes aussi évolué à travers cette réorientation économique mais dans une moindre mesure. Les populations citadines laotiennes ont par conséquent un niveau de vie supérieur aux populations rurales et cette disparité économique se répercute dans les formes de soins adoptés par les patients transfrontaliers.

En plus des aspects liés au niveau socio-économique des patients, il nous semble que d'autres éléments peuvent intervenir dans le processus décisionnel et on s'attachera plus particulièrement aux éléments qui attirent les Laotiens vers le secteur privé thaïlandais.

B/ Les raisons d'une prédilection pour le secteur privé

Les raisons de la préférence accordée au secteur privé sont plurielles, tant objectives que subjectives.

- **Le poids de l'offre privée**

Dans la plupart des villes thaïlandaises frontalières visitées, nous avons pu constater une présence et une visibilité des structures privées plus forte que les structures publiques.

A Udon Thani, on compte en effet un hôpital public de niveau provincial pour trois grands hôpitaux privés. En outre, deux des trois hôpitaux privés se situent dans le centre-ville à proximité de grands centres commerciaux alors que l'hôpital provincial est en périphérie de la ville. Depuis la gare routière, cinq minutes à pied suffisent pour se rendre dans l'un de ces deux établissements, cette proximité influençant grandement le choix des patients et pouvant parfois favoriser une décision de dernière minute.

De même à Chiang Khong, l'hôpital de district est « précédé » de trois cliniques privées ; celles-ci bordent en effet la route partant des bureaux de l'immigration et en direction de l'hôpital de district (cf. carte p. 89). Cette localisation stratégique permet ainsi de capter une partie des malades en provenance du Laos, encore indécis quant au choix de la structure de soins une fois la frontière traversée. Une Laotienne rencontrée à Houayxay nous a ainsi rapporté que son choix s'était finalement porté sur l'une de ces cliniques lors du trajet en « touk touk » qui la conduisait pourtant au départ à l'hôpital de district.

Les stratégies d'implantation des structures de soins privées thaïlandaises découlent de logiques commerciales et conduisent par conséquent à des déséquilibres en matière de répartition de l'offre. Puisque les patients laotiens sont étrangers au système de soins thaïlandais et qu'ils ne connaissent pas ou peu les rouages de son fonctionnement, ils sont d'autant plus perméables à ce facteur de localisation parmi d'autres éléments intervenant dans leur choix comme la réputation d'un établissement par delà la frontière.

La singularité de la situation de Khon Kaen où l'attraction public/privé est inversée, s'explique par le niveau de l'offre publique disponible dans la ville : il existe en effet un hôpital universitaire (l'hôpital Sinagrind) qui offre des spécialités médicales de pointe et des équipements médicaux sophistiqués. Aussi l'hôpital est situé dans l'enceinte du campus universitaire de Khon Kaen, lui-même situé au nord de la ville en bordure de la route nationale qui arrive de Nong Khai et donc du Laos. Dans ce contexte, l'hôpital privé de Khon Kaen Ram, situé au sud de la ville, a un pouvoir attractif amoindri.

- **Le sens attaché aux recours dans le privé**

En marge des éléments objectifs développés ci-dessus, recourir dans les structures de soins privées se charge aussi de significations plus subjectives.

- *La perception négative du secteur public*

Le recours en Thaïlande intervient généralement suite à plusieurs échecs thérapeutiques et au moment où les démarches de soins initiées au Laos sont épuisées. En désespoir de cause, les patients se rendent en Thaïlande et compte tenu des difficultés matérielles et logistiques qu'ils rencontrent pour effectuer ce déplacement, ils recherchent des prestations, qui leur paraissent vraiment différentes, en d'autres termes, que le voyage en Thaïlande vaille vraiment la peine d'être entrepris. Les patients transfrontaliers ont généralement cherché à se soigner dans plusieurs structures de la capitale, publiques comme privées. S'il n'existe guère de différence en termes de qualité de diagnostic entre les deux types de structures, il semble néanmoins que les insuffisances du secteur public (état des locaux, long temps d'attente, court temps de consultation) soient plus fortement subies. Les patients laotiens ont donc tendance à transposer cette perception négative du secteur public du Laos à la Thaïlande, expliquant ainsi leur choix préférentiel du privé une fois la frontière traversée.

– Un commerçant habitant à Houayxay (province de Bokéo) raconte un recours conduit en Thaïlande pour un problème dentaire : il nous explique qu'il s'est rendu dans un premier temps à l'hôpital provincial de Houayxay où il a attendu deux heures sans voir un seul médecin. Il a alors décidé d'aller le jour même en Thaïlande, à la clinique dentaire du Dr Sommai à Chiang Khong : « *Je ne suis pas allé à l'hôpital public de Chiang Khong car je sais que c'est très similaire au Laos. A la clinique j'ai attendu 20 minutes seulement* ».

– Une patiente rencontrée à Vientiane revient sur ses différents itinéraires de soins en Thaïlande tant dans des structures publiques (dont l'hôpital du cancer à Udon Thani) que privées (l'hôpital Wattana) : *« Les hôpitaux publics thaïlandais sont très similaires au Laos, ils accueillent beaucoup de patients et je ne peux pas parler longtemps au médecin. Le Wattana est très différent, le service y est meilleur qu'au Laos ».*

Cette vision des choses nous paraît exagérée. Bien que les salles d'attente au sein des hôpitaux publics thaïlandais soient en effet souvent surchargées et puissent par certains aspects ressembler à celles des hôpitaux laotiens, nos observations menées de part et d'autre du Mékong nous permettent cependant de juger le rapprochement exagéré du point de vue de la qualité et de la rapidité des soins pourvus.

Il n'en demeure pas moins que dans l'esprit des patients laotiens, l'offre publique thaïlandaise pâtit des mêmes dysfonctionnements que l'offre publique laotienne, ce qui souligne la force des représentations mentales.

Cette perception de l'offre publique thaïlandaise à travers le désordre laotien apparaît plus forte à Vientiane que dans le reste du pays et peut, outre les autres caractéristiques socio-économiques des habitants de la capitale, expliquer leur choix préférentiellement tourné vers les hôpitaux privés. Vientiane accueille en effet les structures hospitalières censées être les plus performantes du pays, or les dysfonctionnements restent monnaie courante. Ce décalage entre l'étiquette et la

réalité du fonctionnement contribue grandement à faire douter du système public dans son ensemble et même par-delà les frontières. Les populations rurales quant à elles ont certes une vision dégradée des structures publiques qui les encadrent mais accordent tout de même un certain crédit aux hôpitaux centraux de Vientiane bien que, pour la plupart, ils ne les aient jamais testés. L'imaginaire construit autour des hôpitaux de la capitale en lien avec la propagande du Parti cristallise l'espoir d'un accomplissement sanitaire et technologique bien au-delà des limites de la ville mais à l'échelle de la nation toute entière. Faute de pouvoir se confronter à la réalité de l'offre en présence, les Laotiens des zones rurales s'en tiennent à une image et cela pourrait en partie expliquer la confiance que font ces derniers envers les hôpitaux publics du voisin thaïlandais.

Les recours des patients laotiens dans le privé thaïlandais semblent donc porter une double signification : ils manifestent tout d'abord leur méfiance à l'égard du système de soins laotien et plus généralement leur défiance à l'égard du secteur public. En franchissant le Mékong, les patients transfrontaliers s'affranchissent certes des structures nationales mais en faisant le choix du privé, ils inscrivent nettement leur itinéraire dans la recherche d'une différence.

- *Aller dans le privé ou l'émergence d'une norme de classe ?*

Avec l'enrichissement récent de la population laotienne et en particulier des commerçants en milieu urbain, se soigner dans des structures privées thaïlandaises devient un signe distinctif d'appartenance à la classe des gens aisés au même titre que la possession d'une voiture haut de gamme ou le fait de fréquenter des restaurants de standing.

La recherche de soins de qualité n'est plus seulement le moteur des mobilités, les patients transfrontaliers les plus riches cherchent à obtenir du personnel soignant un service irréprochable, une prise en charge extrêmement confortable.

Un médecin, chef de service à Mahosot, rapporte le décalage existant entre les possibilités offertes en matière de service au sein de l'hôpital et les exigences d'une catégorie de nouveaux riches de la capitale :

– « *Ici au Laos même si on a de l'argent pour payer, il n'est pas possible d'avoir une infirmière à l'entière disposition du patient 24 heures sur 24. Les familles doivent aider les personnels et les médecins à s'occuper du malade. […] Mais les riches ils ne veulent pas aider, ils n'ont pas le temps, ils font du business. Ils ne veulent pas faire les soins à leur proche car ils travaillent beaucoup. Ils disent qu'il faut que les médecins cherchent des infirmières pour qu'elles s'occupent à plein temps du malade sinon ils partent en Thaïlande. Là bas c'est facile, si on a de l'argent et que l'on peut payer alors c'est très facile.* »

Ce propos souligne les difficultés d'adaptation des structures du Laos aux nouveaux besoins d'une partie de la société.

En outre, il arrive que le recours en Thaïlande ne réponde pas à une nécessité médicale mais s'inscrit dans une perspective de consommation distractive. Ainsi T., jeune laotienne francophone issue d'une famille aisée de Vientiane et mariée à un expatrié, relate au cours d'une rencontre en dehors du cadre de la recherche, que sa famille et elle-même consultent régulièrement dans un hôpital privé d'Udon Thani :

– Elle va chez le médecin en Thaïlande, car dit-elle *: « ça me change, ça me sort. Parfois c'est mon père qui doit aller chez le médecin, alors ma mère en profite pour faire un bilan de santé et ma sœur pour faire un contrôle dentaire* ».

Le soin s'achète comme un bien de consommation courante, le recours est l'occasion d'une sortie pour une certaine classe laotienne. On peut entrevoir ce lien soin/bien de consommation

dans l'augmentation sensible du nombre de Laotiens consultant le samedi dans les structures privées d'Udon Thani, jour où par ailleurs de nombreux habitants de Vientiane franchissent la frontière pour faire du shopping. Il semblerait donc que les deux activités se combinent pour certains, rendant plus flou la frontière entre le soin et l'acte de consommer. Aussi, dans leurs formes architecturales et leur fonctionnement, les hôpitaux privés semblent s'extraire de l'univers médical classique pour s'apparenter plutôt à des formes hybrides entre l'hôtel et le centre commercial.

On peut imaginer que le recours transfrontalier dans le privé est en passe de devenir une norme de classe pour une catégorie aisée de la population citadine, en d'autres termes une règle qu'il convient de respecter pour appartenir à un certain milieu. On semble ici très loin de la conception d'une société sans classe au cœur de l'idéologie socialiste des débuts de la République Démocratique Populaire Lao et à ce titre les pratiques thérapeutiques apparaissent comme un bon révélateur de ces changements.

Les patients transfrontaliers s'orientent donc majoritairement vers les structures privées thaïlandaises à tel point que, pour bon nombre de Laotiens, recourir en Thaïlande sous-entend naturellement recourir dans ce type d'établissements. Les structures privées bénéficient ainsi largement des mobilités de santé et de l'apport de devises qui leur est lié. Elles apparaissent comme les grandes gagnantes du phénomène transfrontalier au risque d'ailleurs d'entrer dans une situation de dépendance financière (cf. partie 4).

II - Les formes de consultation

On entend par les formes de consultation des recours transfrontaliers, les modalités de recours, leur fréquence ainsi que leur caractère saisonnier.

Pour quel motif médical un malade organise-t-il un trajet et une consultation de l'autre côté de la frontière ? S'agit-il d'une pratique thérapeutique mobilisée à titre exceptionnel, dans le cadre d'un besoin de soins urgent ou très spécifique, ou les mobilités de santé sont-elles amenées à devenir routinières une fois la frontière passée ?

Nous avons demandé aux patients transfrontaliers enquêtés à Vientiane la manière dont ils utilisent les structures thaïlandaises (tableau 6). 63% des 258 répondants disent aller en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves ou d'opérations, 24% s'y rendent au contraire presque à chaque fois qu'ils sont malades.

Tableau 6 - Usage des recours transfrontaliers à Vientiane

En général, à quelle occasion allez-vous consulter en Thaïlande[68] ? (n=258)	
Vous allez en Thaïlande à chaque fois (ou presque) que vous êtes malade	24%
Vous allez en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves/opérations	63%
NSP	13%

Source : enquête domiciliaire, Vientiane, 2006

[68] Avec le recul, nous regrettons de ne pas avoir formulé la question d'une autre manière afin d'obtenir des informations sur le caractère préventif des recours transfrontaliers et pas uniquement sur leur aspect curatif tel que nous l'avons fait.

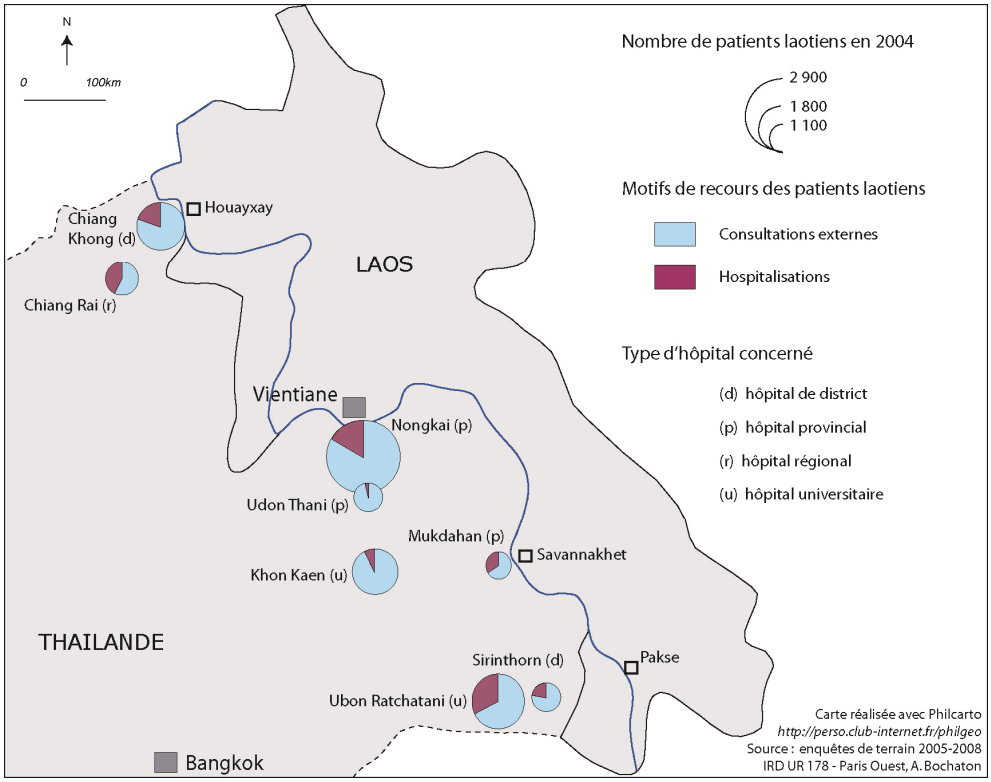
Excepté les classes aisées laotiennes, les mobilités de santé telles qu'elles sont pratiquées en général, sont occasionnelles et s'imposent aux malades quand l'offre disponible au Laos fait défaut en raison de la gravité ou de l'urgence de la situation médicale. Peu de Vientiannais considèrent les structures thaïlandaises comme des structures de référence pour guérir l'ensemble des maux qui les affectent. Bien que nous ne disposions pas d'une information synthétique pour la province, l'utilisation des établissements thaïlandais nous est apparue très similaire au cas de Vientiane.

A/ Consultation ou hospitalisation ?

Les recours transfrontaliers prennent différentes formes : consultation ou hospitalisation.

Les données présentées sous forme de diagrammes circulaires dans la figure ci-dessous représentent la répartition des recours dans les structures publiques uniquement. Nous regrettons que l'obtention de données équivalentes auprès des responsables des structures privées ait été impossible. Il convient d'ailleurs de s'interroger sur les raisons pour lesquelles ils ont refusé de nous livrer l'information concernant la répartition entre les consultations et les hospitalisations alors qu'ils ont accepté de donner les informations sur le nombre de patients.

Figure 28 – Consultations externes et hospitalisations des patients laotiens dans les structures publiques thaïlandaises, 2004



Il ressort que les recours transfrontaliers initiés par les patients laotiens dans les structures publiques thaïlandaises se caractérisent par un nombre de consultations externes plus important que le nombre d'hospitalisations. Cette observation vaut pour l'ensemble des villes thaïlandaises frontalières visitées avec toutefois des variations entre ces dernières : si les hôpitaux des trois

villes faisant face à Vientiane présentent des taux d'hospitalisation inférieurs à 20% (voire même inférieurs à 10% pour l'hôpital provincial d'Udon Thani et l'hôpital universitaire de Khon Kaen), les hôpitaux publics des autre marges frontalières ont une proportion d'hospitalisation supérieure à 20% qui atteint même 42% à l'hôpital régional de Chiang Rai.

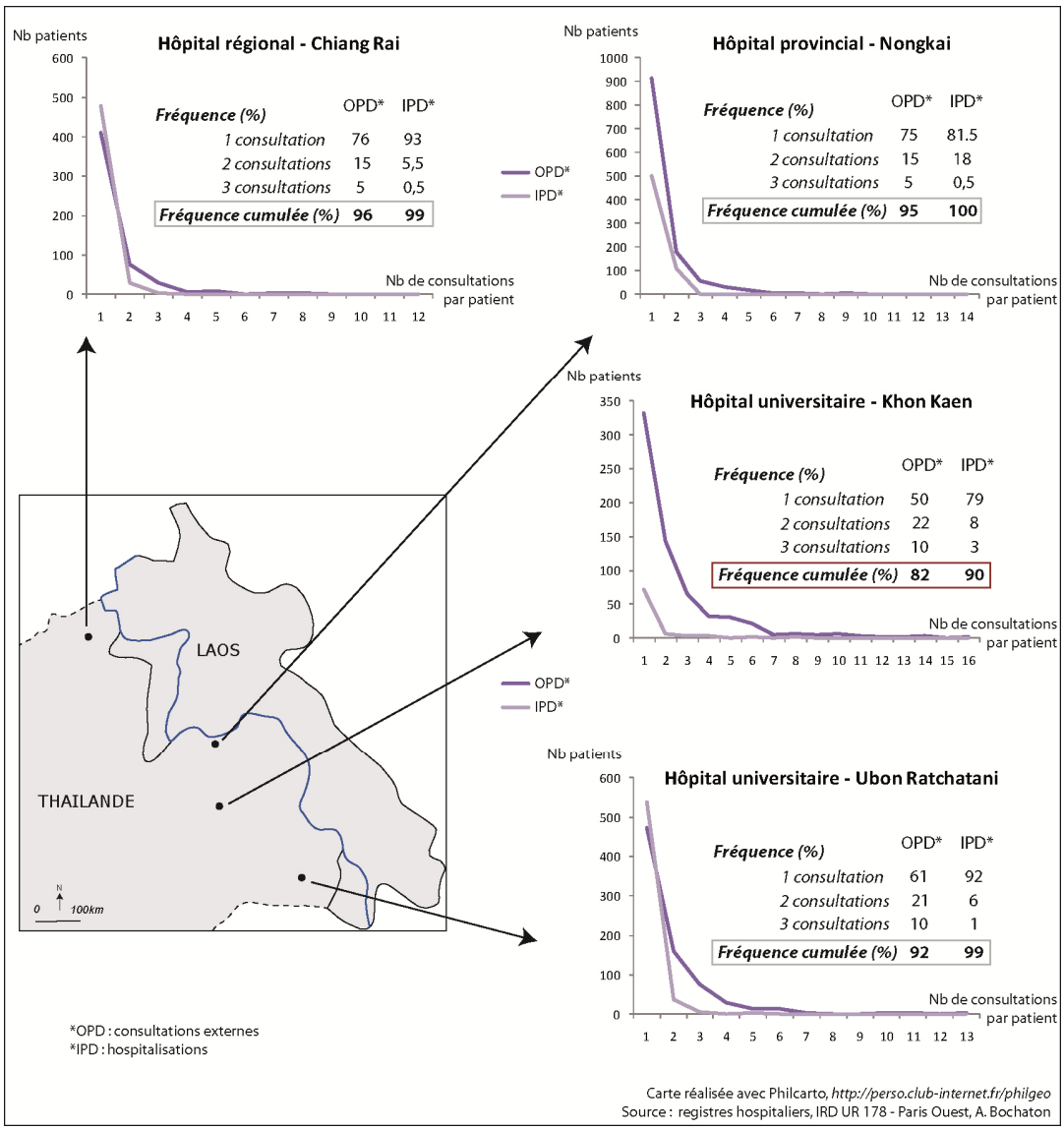
L'interprétation des écarts entre les taux d'hospitalisation n'est pas aisée d'autant que nous ne disposons pas de données concernant les structures privées. Doit-on voir une différence de comportement thérapeutique et/ou des besoins de santé contrastés d'un point à un autre de la frontière ? Physiologique et psychologique, la notion de besoin de santé est ambigüe et difficilement mesurable. Entre des carences effectives et la perception d'un malaise, le panel des besoins est large et la question demanderait à être approfondie. Néanmoins il apparait peu vraisemblable que les patients en provenance de Vientiane aient des besoins de santé moins importants et nécessitant une plus faible prise en charge hospitalière que le reste des Laotiens vivant le long du Mékong. Il est donc possible que l'explication se situe dans la forte attraction des structures privées précisément à l'endroit de ce couple frontalier. Et grâce aux entretiens réalisés avec des patients vivant à Vientiane, notre sentiment est qu'avec l'aggravation de l'état pathologique du malade, ce dernier et ses proches ont tendance à privilégier les établissements privés où ils sont assurés d'une prise en charge rapide.

Si le recours aux soins se construit en fonction de l'offre de soins à disposition, il est aussi le fruit d'une production sociale qui, en fonction des croyances et des expériences de chacun, influence la manière de se soigner et guide le patient vers tel ou tel lieu de soin.

B/ Fréquence des recours

La figure 29 est construite à partir des informations de registres issus de quatre structures publiques thaïlandaises. Les graphiques en courbes présentent la distribution des recours transfrontaliers en fonction du nombre de consultations réalisées par les patients laotiens au cours de l'année 2004.

Figure 29 – Recours unique ou répété ? Répartition du nombre de consultations dans 4 structures thaïlandaises au cours de l'année 2004



Une lecture rapide des diagrammes met en évidence une forte concentration des visites médicales et des hospitalisations autour de la valeur minimale *« 1 »*. Dans les quatre structures étudiées, 79 à 93% des patients hospitalisés n'ont effectué qu'un seul séjour à l'hôpital en 2004. Concernant les consultations externes, 50 à 76% d'entre elles ont fait l'objet d'une visite uniquement. Ce constat confirme le caractère exceptionnel des mobilités de santé, qui répondent ainsi avant tout à une demande de soins précise à un moment donné *t*.

On observe ensuite une forte diminution du nombre de patients qui consultent plus d'une fois au sein de la même structure au cours de la même année. En moyenne dans les quatre structures, 18% des patients laotiens ont sollicité deux visites médicales en 2004 et 7,5% en ont réalisé trois. Ces visites sont souvent nécessaires dans le cadre d'un suivi médical recommandé par le médecin thaïlandais et pour le renouvellement d'un traitement.

Les recours réitérés au-delà de trois fois sont pratiquement inexistants pour les hospitalisations (la fréquence cumulée pour une, deux et trois consultations varie entre 90% et 100%) et relativement rares pour les consultations externes (la fréquence cumulée se situe entre 82 à 96%).

Si ces observations valent de manière générale pour les quatre structures étudiées, on relève néanmoins une légère différence entre l'hôpital universitaire de Khon Kaen et les trois autres structures de soins du point de vue de la distribution des consultations. Khon Kaen se distingue en effet par une fréquence plus forte des recours des Laotiens aussi bien pour les visites externes que les hospitalisations.

Ainsi 50% des Laotiens qui ont consulté à Khon Kaen en 2004 et 31% des hospitalisés l'ont fait plus d'une fois. Ces proportions plus élevées que dans les trois autres structures s'expliquent par les spécialités médicales et des soins proposés par l'hôpital universitaire. Ce point sera corroboré avec l'analyse des pathologies pour lesquelles les Laotiens recourent dans les différentes structures frontalières thaïlandaises.

En lien avec la distance de parcours, il est donc intéressant d'observer que la proximité des structures à la frontière ne crée pas un effet multiplicateur des consultations des Laotiens et au contraire, la longue distance qui sépare Vientiane de Khon Kaen n'empêche pas les patients de réitérer plusieurs fois leurs recours. Arrivé à un certain seuil, le niveau de l'offre disponible fait donc passer la question de la distance à un second plan, celle-ci n'apparaissant plus comme un frein aux mobilités.

Ces résultats sont confirmés par l'information obtenue à travers les déclarations des habitants de Vientiane. Le tableau ci-dessous met en évidence une distribution sensiblement différente à celle observée à travers les registres.

Tableau 7 – Fréquence des recours transfrontaliers

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé(e) consulter en Thaïlande ? (n=121[69])	
Une fois	54%
Deux fois	14%
3	12%
4	3,5%
5	5%
6	3%
7	2,5%
8	2,5%
10	2,5%
20	1%

Source : enquête domiciliaire, Vientiane, 2006

Sur les 121 individus ayant consulté en Thaïlande au cours de l'année précédant l'enquête, la moitié d'entre eux a eu un seul recours et les autres s'y sont rendus à plusieurs reprises (de 2 à 20 fois selon les cas).

On constate donc qu'il y a plus de recours multiples déclarés que ceux comptabilisés en réalité dans les hôpitaux thaïlandais. On peut attribuer cette différence au fait que certains patients laotiens consultent en effet plusieurs fois en Thaïlande mais dans des structures distinctes, de sorte que la répétition des visites échappe à notre approche statistique, les identifiants patients

[69] L'enquête de santé à Vientiane a relevé 269 patients transfrontaliers parmi les adultes enquêtés. Parmi eux, 148 ont déclaré avoir eu recours en Thaïlande plus d'une année avant l'enquête. L'effectif 121 se rapporte donc aux patients ayant consulté de l'autre côté de la frontière durant les 12 mois précédant l'enquête.

changeant d'une structure à l'autre. Les référencements médicaux entre les hôpitaux thaïlandais peuvent aussi expliquer la répétition des recours dans des établissements différents.

C/ Périodicité de la pratique

Certaines maladies étant saisonnières, nous nous sommes interrogés si cette périodicité transparaissait dans les recours transfrontaliers.

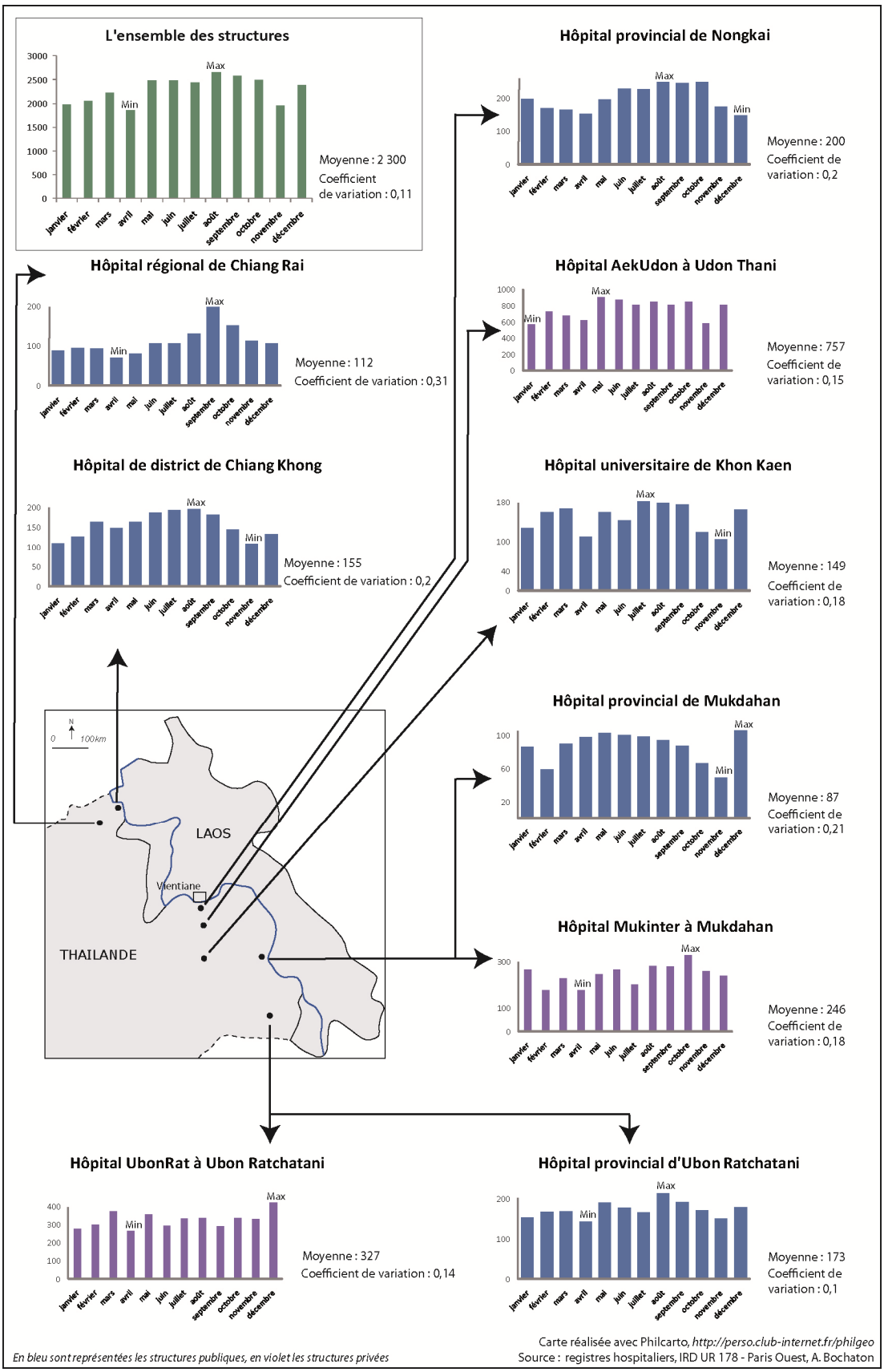
La figure 30 se compose d'histogrammes représentant le nombre mensuel de patients laotiens dans 9 hôpitaux frontaliers thaïlandais au cours de l'année 2004. Les données des hôpitaux publics sont représentées en bleu, celles des hôpitaux privés en violet, enfin l'histogramme en vert résume l'information pour l'ensemble des structures.

Il ressort des graphiques ci-dessous que les recours transfrontaliers sont pratiqués tout au long de l'année dans l'ensemble des hôpitaux étudiés avec des variations mensuelles plus ou moins marquées selon les lieux de soins.

Nous avons résumé les fluctuations d'effectifs observées d'un mois à l'autre en calculant le coefficient de variation pour chaque structure concernée. Ce dernier est égal, en moyenne et pour l'ensemble des hôpitaux, à 0,11, ce qui signifie que l'écart-type varie de 11% autour de la moyenne. La distribution mensuelle des effectifs de patients se caractérise donc de manière générale par une dispersion faible soit une répartition relativement homogène tout au long de l'année.

Dans l'ensemble, on relève les plus faibles effectifs de patients laotiens au cours du mois d'avril, période qui coïncide avec le nouvel an Lao (*Pi mai*). Cette fête nationale se déroule sur trois jours (généralement du 13 au 16 avril) mais ses effets s'étendent bien au-delà de cette période ; on a en effet pu relever une baisse sensible d'activité dans les administrations au cours des semaines précédant et suivant la fête. Aussi de nombreux Laotiens profitent de l'occasion pour se rendre en province chez des proches, le voyage occasionnant des dépenses supplémentaires. Avril est donc en quelque sorte un mois à part au Laos et les recours transfrontaliers reflètent bien l'impact social et économique de la fête.

Figure 30 - Recours et saisonnalité : répartition mensuelle des consultations (externe et hospitalisation) des Laotiens dans 9 structures thaïlandaises (2004).



En bleu sont représentées les structures publiques, en violet les structures privées

Carte réalisée avec Philcarto, *http://perso.club-internet.fr/philgeo*
Source : registres hospitaliers, IRD UR 178 - Paris Ouest, A. Bochaton

A l'inverse on relève les plus forts effectifs de patients transfrontaliers au mois d'août, en pleine saison des pluies. La transmission de maladies parasitaires et à vecteur (dengue, paludisme) est accélérée en période de mousson ce qui explique très certainement la hausse des effectifs de patients.

Si on n'observe pas de différences majeures entre les différents couples frontaliers étudiés, on remarque néanmoins que les coefficients de variation des hôpitaux privés sont moins élevés que ceux des hôpitaux publics. Le recours dans le secteur privé serait donc moins soumis aux aléas saisonniers que le recours dans le public dans des zones géographiques pourtant similaires. Ce constat est probablement à mettre en lien avec le type de populations consultantes et leurs activités. Les populations agricoles laotiennes qui consultent majoritairement dans les hôpitaux publics, dépendent en effet des saisons pour les plantations et les récoltes. Les commerçants, qui consultent quant à eux plutôt dans les structures privées, sont moins soumis à ces contraintes saisonnières.

Dans l'ensemble des zones étudiées, les recours transfrontaliers sont donc pratiqués tout au long de l'année sans variation spectaculaire d'un mois sur l'autre. Et si des différences minimes ont été relevées d'une structure à l'autre, celles-ci sont le reflet des activités des patients consultant.

CHAPITRE 6 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET GEOGRAPHIQUES

« *En introduisant la notion d'« itinéraires thérapeutiques », on restitue donc à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successifs à des systèmes médicaux différents) et on lui redonne sa signification de quête (étape successives permettant d'accéder à la guérison)* » [Fassin 1992, p.114].

Par itinéraire thérapeutique transfrontalier, nous faisons donc référence à l'ensemble des recours aux soins sollicités entre le début du symptôme jusqu'à la guérison du malade et dont l'un ou plusieurs a/ont été réalisé(s) en Thaïlande. Cette expression ne couvre pas uniquement les recours en Thaïlande mais englobe également les recours au Laos (qui l'ont précédé et/ou qui l'ont suivi) ce qui permet de restituer le recours transfrontalier dans l'intégralité de la démarche de soins et révèle « *l'ensemble des processus impliqués, avec leurs détours et sinuosités* » [Sindzingre 1985].

Nous allons voir comment l'itinéraire thérapeutique transfrontalier s'inscrit simultanément dans le temps (I) et dans l'espace (II).

I - Chroniques thérapeutiques

La notion de temps englobe une multitude d'appréciation et de registres selon les points de vue considérés : flux continu d'événements, durée mesurée ou au contraire discontinuité des phénomènes et temps borné.

Les recours transfrontaliers seront abordés respectivement à travers ce double point de vue. Le temps linéaire constituera le premier point de nos chroniques thérapeutiques, le recours en Thaïlande étant resitué dans la durée totale de l'itinéraire. Le recours transfrontalier, outre qu'il se manifeste par un déplacement physique du patient, constitue aussi un voyage dans le temps : la frontière, en tant que discontinuité, crée en effet une perturbation dans le temps technologique et l'avancée des progrès médicaux ; ce point sera abordé dans un second temps.

A/ L'épuisement de l'itinéraire au Laos : la durée

Les recours transfrontaliers se situent en règle générale au moment où les démarches de recherche de soins au Laos semblent épuisées. Sauf dans le cas d'urgences graves et qui nécessitent une prise en charge très rapide, l'offre de soins laotienne est ordinairement sollicitée au préalable.

Les données des tableaux 8et 9, issues de l'enquête de santé à Vientiane, illustrent cette réalité. Sur les 269 patients transfrontaliers identifiés dans la capitale, 175 soit 65% d'entre eux, se sont dans un premier temps soignés dans les structures de soins nationales.

Par ailleurs, si le nombre de structures visitées au Laos varie de 1 à 15, une grande majorité des malades (62%) ont limité leur recherche de soins à une seule structure. Cette information ne prend toutefois pas en compte le cas fréquent de la multiplication des consultations au sein de la même structure et auprès du même médecin.

Tableau 8 – Le recours transfrontalier en fin d'itinéraire thérapeutique

« Concernant votre dernier problème de santé et avant d'avoir eu recours en Thaïlande, êtes-vous allé dans une structure de soins au Laos ? » (n=269)		
Oui	175	65%
Non	94	35%

Source : enquête domiciliaire, Vientiane, 2006

Tableau 9 - Nombre de structures visitées au Laos précédant le recours en Thaïlande

« Pour ce problème de santé, combien d'endroits différents (hôpital, clinique, guérisseur) avez-vous visité ? » (n=175)	
1	62%
2	22%
3	11%
4	1%
5	1%
6	1%
10	1%
15	1%

Source : enquête domiciliaire, Vientiane, 2006

Le traitement est dans un premier temps recherché dans un rayon proche du patient puis celui-ci élargit sa recherche ce qui le conduit alors au-delà de la frontière. Il peut s'écouler plusieurs semaines voire plusieurs mois avant que le patient décide de recourir dans une structure thaïlandaise.

Par exemple, une responsable d'un service du Ministère de la Santé à Vientiane a attendu plus d'un an avec une arête coincée dans la gorge avant d'aller à l'hôpital de Khon Kaen, où elle a pu être retirée. Dans la période précédant la traversée pour se rendre en Thaïlande, elle a multiplié les recours dans différents hôpitaux de la capitale sans amélioration. Un médecin laotien l'a finalement convaincue de se rendre dans une structure thaïlandaise.

Il est permis de s'interroger sur les raisons pour lesquelles le délai fut si long d'autant que cette dernière connaissait bien l'hôpital universitaire de Khon Kaen où elle avait séjourné quelques années auparavant dans le cadre d'une formation professionnelle. On serait tenté de penser que l'épuisement de toute possibilité de soins côté laotien est ici une manière de justifier le recours en Thaïlande. Sa position d'agent de l'Etat avec de hautes responsabilités au sein des instances sanitaires semble en effet lui assigner un rôle de « patiente modèle » qui bornerait son recours aux établissements de soins nationaux. Si elle a pu finalement franchir la frontière, c'est « grâce » aux échecs thérapeutiques successifs qui ont eu raison de sa réserve initiale. Le temps consacré à la quête de soins à l'intérieur des limites nationales semble avoir eu pour rôle, d'un point de vue social, de légitimer le recours transfrontalier.

Ce cas de figure est certes particulier mais de manière générale le temps consacré à essayer de se soigner au Laos est un aspect essentiel de la mobilité géographique. Cette période va susciter un sentiment de lassitude chez le malade épuisé de chercher en vain un traitement adéquat ou même d'obtenir un diagnostic. L'expression *mouay* qui signifie fatigué en laotien, a été employée à plusieurs reprises au cours des discussions avec les patients.

– *« J'étais fatiguée de me faire soigner au Laos car j'avais déjà dépensé des millions de kips mais je n'allais toujours pas mieux »* (une habitante de Vientiane atteinte d'une toux régulière)

– *« J'ai vu le même médecin* [à l'hôpital Mahosot] *pendant un certain temps mais j'étais fatiguée de faire les allers-retours et de donner de l'argent pour rien »* (une habitante de Vientiane souffrant de leucorrhée)

La fatigue tant du point de vue physique que psychologique, l'argent dépensé sans résultats, concourent à pousser les patients dans leurs derniers retranchements et font tomber une à une leurs résistances à recourir en Thaïlande.

Parmi les freins aux recours, on compte une forme de pression sociale qui, si elle conduit certains Laotiens à recourir en Thaïlande dans une recherche de distinction sociale (cf. p. 141), peut aussi parfois retenir le malade dans les frontières nationales : l'argument patriotique constitue l'un de ces obstacles et nous verrons dans la dernière partie comment l'instrumentalisation des recours transfrontaliers par le Parti est au cœur de la production de cette pression. L'autre obstacle aux recours se situe sur la rive opposée du Mékong et dans les représentations réelles ou fantasmées de l'Autre. Les histoires concernant les travailleurs migrants illégaux qui sont arrêtés par la police thaïlandaise et renvoyés au Laos, viennent ainsi nourrir les craintes de certains Laotiens[70] de se rendre en Thaïlande.

Nous avons rencontré à Vientiane une femme d'une soixantaine d'années qui souffrait depuis plusieurs mois de paralysie faciale. Au moment de l'entretien, les signes de la maladie ont complètement disparu grâce à une médication prescrite en Thaïlande. Elle nous explique qu'elle a été dans un premier temps très réticente à l'idée de se rendre dans un hôpital thaïlandais : la peur d'aller à l'étranger et le fait de ne pas savoir lire l'écriture thaïe pour pouvoir se déplacer facilement sur les routes et dans les villes étaient les deux principaux motifs de cette indécision malgré les multiples recommandations de la famille. Ses hésitations ont finalement cédé face à l'attitude défaitiste du médecin laotien qui la soignait jusqu'alors : celui-ci lui a concédé qu'il ne savait pas par quels moyens la soigner et même qu'il croyait très peu en ses chances de guérison. Il lui conseilla plutôt d'accepter la maladie. La posture du médecin semble aller dans le sens d'un fatalisme, par ailleurs souvent décrit comme un trait caractéristique de la culture laotienne [Halpern 1964], mais auquel notre interlocutrice ne semble pas du tout adhérer. Les paroles du praticien, en mettant fin à toute perspective de rétablissement, constituent au contraire un véritable bouleversement dans la poursuite de l'itinéraire thérapeutique. Le découragement occasionné par le pessimisme du médecin est ainsi devenu le moteur de la mobilité en sus des conseils des proches.

La lassitude du patient, qui a longtemps et en vain attendu une amélioration de son état, le conduit à accepter le déplacement géographique rebutant par nature. Il va alors poursuivre son itinéraire thérapeutique en Thaïlande, qui, outre le déplacement physique, est un voyage dans le temps.

[70] Cela est surtout vrai pour les frontaliers des zones provinciales où les départs de migrants illégaux en direction de la Thaïlande sont les plus importants.

B/ Un voyage dans le temps médical

« *Dans la mesure où les structures mentales, démographiques, politiques et économiques sont différentes de chaque côté de la frontière, l'écoulement de la durée n'est pas le même et la limite apparaît dès lors chargée de cette dimension supplémentaire qu'est le temps* » [Guichomet & Raffestin 1974, p.27].

En tant que discontinuité sanitaire, la frontière lao-thaïlandaise marque ainsi la limite entre deux systèmes de santé organisés de manière distincte et dont les développements technologiques sont décalés dans le temps. Si les progrès de la médecine au Laos et l'acquisition d'équipements sanitaires modernes suivent un rythme modéré (et dépendant largement des financements de l'aide internationale), les pratiques médicales en Thaïlande progressent en revanche beaucoup plus rapidement.

En ralliant la rive opposée du Mékong, les patients transfrontaliers font ainsi un bond dans le temps technologique et intègrent des protocoles thérapeutiques qui leur sont totalement nouveaux.

L'expérience rapportée par une villageoise de Pakkading Neua et la tournure prise par l'entretien illustrent cette réalité. La jeune femme a commencé à se rendre en Thaïlande, cinq ans auparavant, pour un suivi gynécologique ; elle a entendu dire par trois voisines qu'une nouvelle méthode contraceptive était utilisée par les médecins de l'hôpital de Bung Khla situé juste en face. Il s'agit en effet d'un implant contraceptif inséré sous la peau et qui diffuse des hormones progestatives pour une durée de cinq ans (la méthode de contraception la plus répandue au Laos est l'injection pour une durée de trois mois). Au moment de l'entretien, notre interlocutrice débutait un second cycle avec cet implant et se disait très satisfaite. Outre la surprise créée par le décalage entre la relative modernité de la méthode et le décor traditionnel de ce village rural du Laos (cette technique est commercialisée en France depuis 2001 seulement), le plus étonnant a été la réaction de notre traductrice à ces paroles. Celle-ci, médecin diplômé de la faculté de Vientiane, n'a tout d'abord pas compris les propos de la jeune femme, ce qui l'a conduit à les interpréter comme le résultat d'une apparente incohérence de notre interlocutrice. C'est en décortiquant les paroles de la jeune femme, que nous sommes finalement parvenus à identifier le procédé. L'inversion des rôles, moi expliquant la technique à mon assistante de recherche et la curiosité de celle-ci vis-à-vis de cette nouveauté, met en évidence le décalage des pratiques qu'introduisent les recours transfrontaliers au sein de la communauté laotienne au point que même le corps médical laotien semble dépasser par la percée technologique et sanitaire provenant des hôpitaux thaïlandais.

Si cet exemple nous semble le mieux caractériser la discordance des rythmes médicaux de part et d'autre de la frontière, d'autres témoignages de patients sont venus corroborer ce sentiment d'être projeté dans une dimension nouvelle, comme si la traversée frontalière équivalait symboliquement à faire un saut dans le temps.

Outre qu'ils s'inscrivent dans un temps à la fois linéaire et contracté, les recours transfrontaliers revêtent aussi des formes spatiales particulières qu'il convient d'étudier.

II - Déploiement spatial des recours transfrontaliers

Une frontière est une construction territoriale qui « *met de la distance dans la proximité* » [Arbaret-Schulz 2002]. Etudier la frontière et les mobilités qui la traversent nécessite un travail sur les distances objectives et subjectives des parcours.

Dans le cadre de notre étude, il nous semble que le thème de la distance parcourue par les patients itinérants doit être abordé en miroir : la distance parcourue entre le domicile du patient et la frontière et la distance parcourue entre la frontière et la structure de soins choisie en Thaïlande. Dans cette optique, un double questionnement est soulevé, celui de savoir jusqu'où les hôpitaux thaïlandais recrutent les patients laotiens à l'intérieur du territoire laotien et celui de savoir si les patients engagés dans les mobilités de santé se dirigent préférentiellement dans des structures de soins situées juste de l'autre côté de la frontière ou plus avant à l'intérieur du territoire thaïlandais.

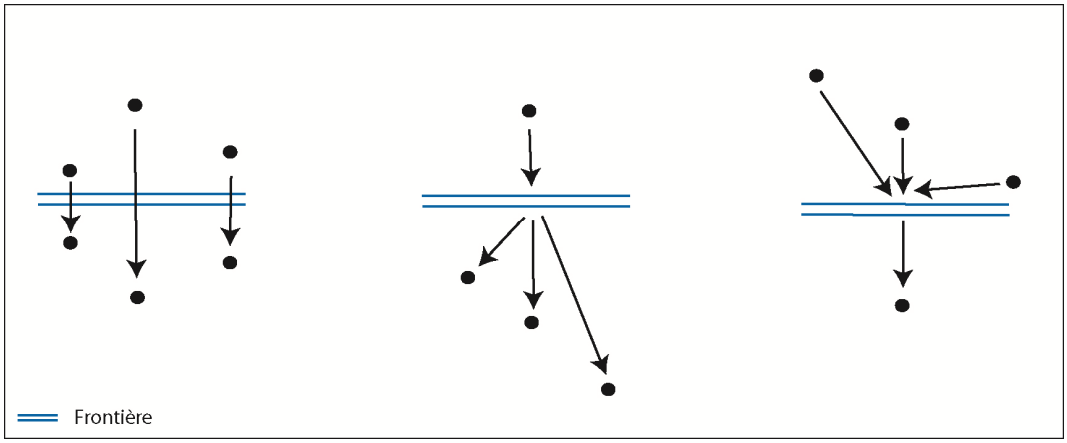
Une analyse détaillée des trajectoires des patients transfrontaliers nécessite tout d'abord de prendre en compte séparément ces deux versants : du lieu de résidence à la frontière puis de la frontière à la structure de soins en apportant pour chacun des deux versants des éléments explicatifs.

Enfin nous tâcherons de synthétiser les observations faites d'un côté et de l'autre de la frontière dans l'optique de rendre compte au mieux de l'étendue spatiale des recours transfrontaliers. En définitive il s'agira de savoir si l'itinéraire emprunté par les patients transfrontaliers est court ou long, marqué de tournants ou réalisé en ligne droite.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous semble nécessaire de faire un point sur la notion de distance et ses déclinaisons dans un contexte frontalier.

A/ Distance et frontière

Figure 31 – Structurations transfrontalières : polarisation et distance parcourue



La frontière exerce des effets réels sur les distances : « *[…] entre deux localités situées de chaque côté d'une frontière, la distance physique est comme augmentée relativement […] puisque l'on constate que le volume des relations est inférieur à ce qu'il pourrait être en l'absence d'une limite politique* » [Guichomet, Raffestin 1974, p.46]. Outre la distance kilométrique qui sépare le domicile des Laotiens aux structures de

soins thaïlandaises, le déploiement spatial des recours transfrontaliers peut être abordé à travers d'autres notions de la distance, telle que la distance-temps, la distance-coût ou encore la distance mentale et/ou affective.

Rejoindre une localité située de l'autre côté de la frontière, même si elle est proche, nécessite dans un premier temps de se rendre à un poste frontière, ce dernier n'étant pas toujours situé sur l'axe de la trajectoire et exigeant ainsi de faire un détour. Une fois au poste d'immigration, le voyageur est amené à remplir des formalités administratives. Chaque étape représente des minutes écoulées et rallonge par conséquent le trajet, qui, à distance égale et sans la présence de la frontière aurait pris moins de temps. Cette configuration (sinueuse) est vraie pour les lieux de passage fréquentés et où l'infrastructure n'est pas contournable. Néanmoins dans certaines zones le long de la frontière comme par exemple à Kokluang, le passage s'effectue directement en face du domicile sans passer par des bureaux d'immigration légaux. La traversée se fait avec l'accord du chef de village et des militaires en poste dans le village et pas de contrainte de temps. Il est donc important de tenir compte de cette distance-temps dans le cadre des recours transfrontaliers.

Figure 32 – Aller de l'autre côté : une succession de transports et de formalités

Source : A. Bochaton

De la même manière, se rendre dans une ville frontalière voisine représente un coût supérieur que de faire le voyage, à distance égale, dans une ville située à l'intérieur du pays. Les Laotiens qui vont en Thaïlande, doivent en effet acheter soit un laissez passer pour les courts trajets (60 000 kips, soit environ 6 euros), soit un passeport pour les longues distances (de 45 à 75 US$ selon le temps de délivrance, soit entre 30 et 50 euros) comme par exemple pour se rendre à Khon Kaen, Chiang Mai ou Bangkok. En outre, à chaque passage une petite somme d'argent doit être remise au bureau de l'immigration côté laotien (12 500 kips sur présentation du laissez passer, soit 1,2 euros). Du point du vue du coût des transports, la mise en place de navettes directes entre le Laos et la Thaïlande (Vientiane-Nong Khai, Vientiane-Udon Thani, Vientiane-Khon Kaen, Savannakhet-Mukdahan, Pakse-Ubon Ratchatani), outre le fait que le temps de parcours s'en trouve diminué, contribue aussi à faire baisser le prix du voyage puisque limitant la multiplication des changements de véhicules. Le coût conditionne ainsi la plus ou moins longue distance de parcours des patients en quête de soins.

Enfin, en sus des éléments objectifs énoncés ci-dessus, la distance peut être appréhendée de manière plus subjective à travers les notions de distance mentale et de distance affective.

« *La forme d'un parcours, ou plus précisément la présence sur ce dernier d'un grand nombre de tournants ou d'angles, influence elle aussi l'appréciation subjective de la distance. En effet, chaque tournant nécessite l'identification d'un repère pour être exécuté ; le processus de segmentation agissant, plus il y a de tournants (ou de changements de direction), plus la distance est conçue mentalement comme une succession de petites liaisons entre ces repères, et par addition, est surestimée* » [Derognat 1990, p. 241]. La frontière, comme rupture entre deux systèmes spatiaux, contribue au processus de segmentation dont parle l'auteur et agit de ce fait comme un filtre sur la perception des frontaliers. Cela amène de nombreux Laotiens, au moins lors de leur premier passage de la frontière, à surestimer l'éloignement des structures de soins thaïlandaises ainsi que les temps de parcours pour les atteindre. Cette évaluation altérée de la distance se modère ensuite avec le repérage des lieux et au fur et à mesure de la répétition des recours transfrontaliers. La forme du parcours emprunté par les Laotiens en fonction des zones de passage le long de la frontière agit aussi sur le processus de déformation des distances : ainsi quand un parcours sinueux et impliquant l'usage de différents moyens de transports contribue à allonger mentalement les distances, la traversée linéaire du Mékong à bord d'un bateau simplifie grandement la perception du voyage.

Enfin « *la distance affective […] fait intervenir entre un homme et un lieu, ou entre des hommes et des lieux, outre la longueur mesurée et le temps de parcours, une charge d'affectivité tenant à divers facteurs (de la simple habitude jusqu'au mythe, à la religion) qui a pour effet de rapprocher ou, au contraire, d'éloigner* » [Frémont 1982, p.26]. En fonction de la manière dont les Laotiens se représentent la Thaïlande, interagissent avec ses habitants et assimilent ses modes de vie, la représentation de la distance sera ainsi plus ou moins transformée. Les générations adultes, et plus particulièrement les personnes âgées, ont vécu la fermeture de la frontière entre les deux pays pendant une dizaine d'années et la période de tensions liée et gardent ainsi une certaine appréhension à aller en Thaïlande. Celles-ci sont en outre très perméables au contenu, parfois violent, des téléfilms thaïlandais ainsi qu'aux faits divers des journaux télévisés diffusés au Laos, les éléments de fiction s'entremêlant au principe de réalité et ayant tendance à mettre à distance les thaïlandais et leur société. Inversement, l'influence de la mode et des produits culturels thaïlandais sur les jeunes laotiens, contribuent, nous semble-t-il, à créer du lien et à faire émerger un sentiment de proximité.

Les distances mentales sont intrinsèquement liées à l'individualité des personnes et si nous les abordons en lien avec les autres distances dans ce chapitre, elles seront plus finement développées dans partie suivante consacrée aux patients et aux déterminants individuels et sociaux des recours transfrontaliers (cf. p. 227).

En fonction des lieux, des individus, des époques considérées, les différentes déclinaisons de la distance se combinent dans des agencements particuliers, reste néanmoins une constante

hiérarchie entre les éléments objectifs et subjectifs, comme l'illustre la citation suivante : « *la distance physique, exprimée en kilomètres ou, mieux encore, en temps de trajet, demeure la condition principale de l'accessibilité et d'une bonne desserte. Les distances mentales n'interviennent que comme pondération et elles n'en déterminent que la plus ou moins grande importance* » [Vigneron 2001, p.45]. Nous tiendrons compte de cet ordre pour structurer les déterminants des distances parcourues en fonction de leur importance principale ou secondaire.

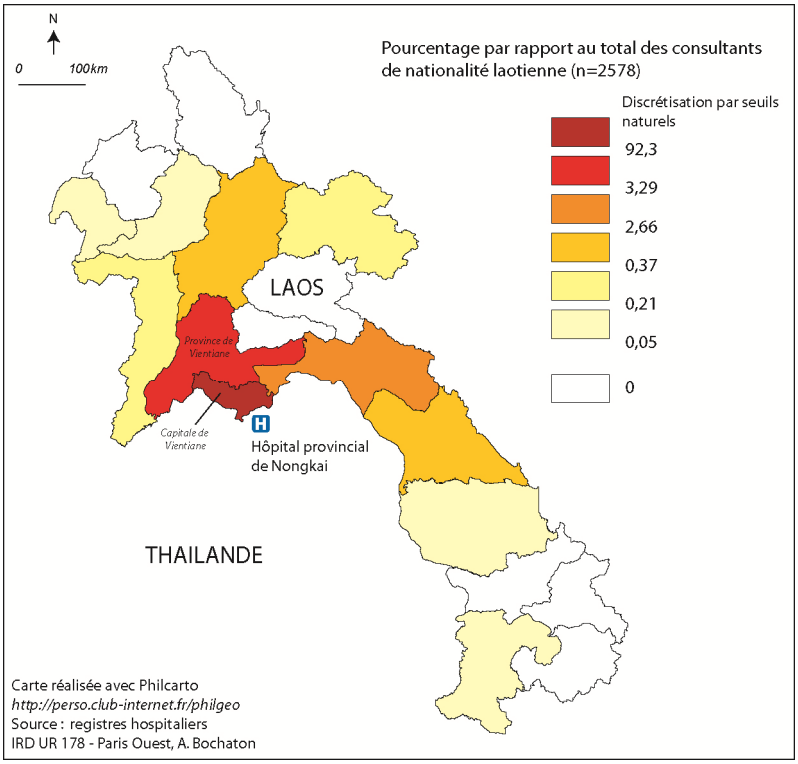
B/ Aire de recrutement des hôpitaux thaïlandais au Laos

Pour connaître le pouvoir d'attraction des structures thaïlandaises à l'intérieur du territoire laotien, nous avons cherché à nous procurer les adresses des patients transfrontaliers dans les registres des hôpitaux frontaliers. Mais cette information s'est révélée difficile à obtenir pour plusieurs raisons conjuguées. Certains registres n'ont pas le renseignement, d'autres ont une information partielle, enfin certains responsables administratifs n'ont pas souhaité nous remettre l'information pour des raisons de confidentialité.

Malgré ces difficultés, nous avons réussi à obtenir les adresses des patients laotiens soignés à l'hôpital provincial de Nong Khai. La proximité entre l'hôpital et Vientiane nous a en effet permis de faire de fréquents allers-retours et de gagner ainsi la confiance de la responsable informatique du bureau des registres.

Pour les années 2003-2004, nous disposions en tout de 2578 adresses de patients, dont 695 se sont révélées inexploitables du fait de l'imprécision de l'information. Les données utiles nous ont permis de réaliser deux cartes d'attraction de l'hôpital de Nong Khai, la première à l'échelle des provinces laotiennes (figure 33) et la seconde à l'échelle des villages de la capitale Vientiane (figure 34).

Figure 33 - Répartition par province de provenance des patients laotiens consultant à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2003-2004

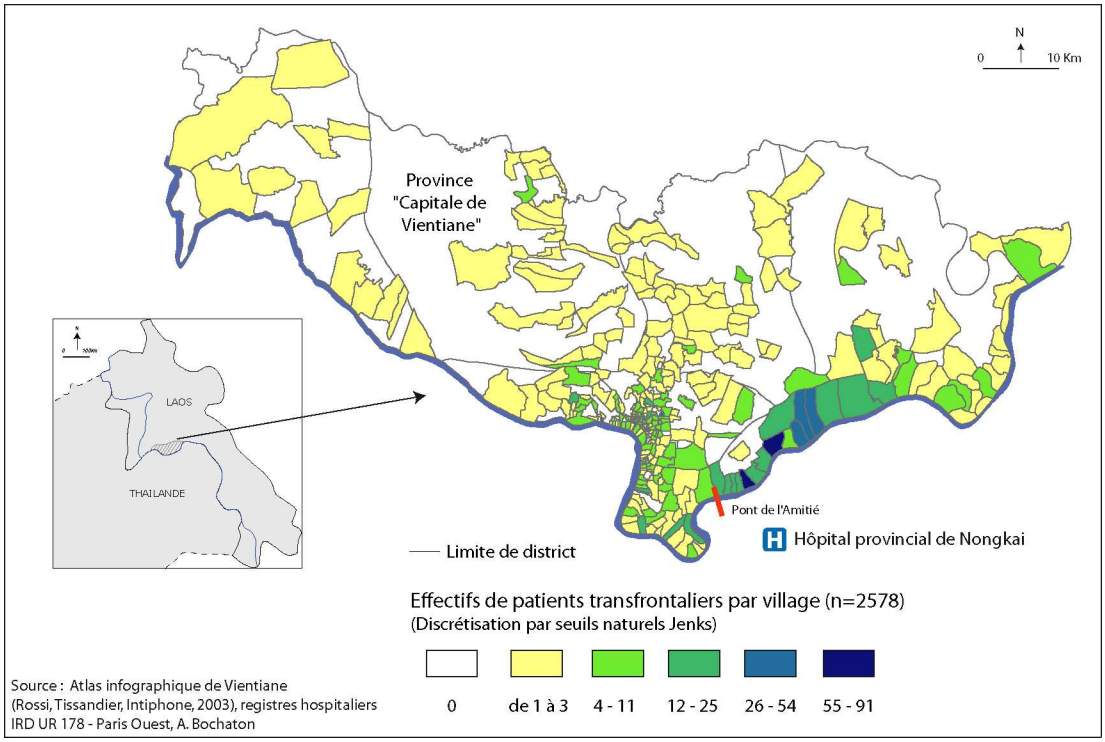


Il apparaît que l'hôpital provincial de Nong Khai recrute l'essentiel de ses patients laotiens (92,3%) au sein de la province *Capitale de Vientiane*, située le long de la frontière. Très loin derrière, la *province de Vientiane*[71] est la seconde émettrice de patients vers Nong Khai avec 3,3% des patients soignés à l'hôpital provincial en 2003 et 2004, puis en troisième position vient la province frontalière de Bolikhamsai dont sont originaires 2,7% des patients.

Les patients provenant d'autres provinces au Laos sont des cas isolés : il peut s'agir soit de personnes en visite familiale à Vientiane et qui, sur les conseils de leurs proches, en profitent pour aller se soigner en Thaïlande. Certains ont pu choisir de venir spécifiquement se soigner à Nong Khai par le bouche à oreille mais dans les deux cas de figure, il s'agit de circonstances particulières.

A l'intérieur de la *Capitale de Vientiane*, nous avons cartographié les villages de résidence en fonction du nombre de patients recourant à l'hôpital de Nong Khai.

Figure 34 - Provenance par province des patients laotiens consultant à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2003-2004



La carte fait apparaître un phénomène de concentration des patients transfrontaliers dans les villages bordant immédiatement le Mékong puis un phénomène de dilution en avançant dans les terres laotiennes. Ainsi les 5 villages qui comptent le plus de patients soignés à l'hôpital provincial de Nong Khai, appartiennent tous au district de Hadxaifong situé le long de la frontière. 91 villageois de Thadeua sont allés se soigner à l'hôpital provincial de Nong Khai en 2003 et 2004, représentant ainsi 6% de l'effectif total de patients laotiens ayant consulté dans la structure et 5% de la population totale du village (recensement 2005).

[71] La province *Capitale de Vientiane* désigne la province à laquelle appartient la zone urbaine de Vientiane ainsi que les espaces périphériques. Voisine de celle-ci, la *province de Vientiane* se situe au nord de la première.

Une grande part des Laotiens soignés à l'hôpital provincial de Nong Khai se concentre ainsi dans un périmètre compris entre la ligne frontière et une ligne délimitée un à deux kilomètres plus à l'intérieur du Laos. Cette bande territoriale se localise en face de la ville frontalière de Nong Khai et confirme ainsi l'importance du rôle de la proximité à la frontière dans la mise en œuvre des recours transfrontaliers.

A travers cet exemple d'une structure publique, l'attraction thaïlandaise semble donc s'appliquer surtout à l'interface frontalière immédiate. Sans chercher à généraliser de manière excessive et à l'ensemble de l'axe frontalier ces observations, cette réalité fait néanmoins écho aux propos généralement tenus par les directeurs des hôpitaux de district et provinciaux des confins thaïlandais. Beaucoup d'entre eux ont en effet souligné la contigüité du lieu de résidence des patients laotiens soignés dans leur structure : à Chiang Khong, l'hôpital de district prend en effet en charge des malades venant essentiellement de Houayxay. Quelques patients viennent des campagnes alentour et certains sont même originaires des provinces de Luang Namtha ou d'Oudomxay, mais cela reste relativement exceptionnel. De même, selon le directeur de l'hôpital provincial de Mukdahan, la majorité des patients laotiens soignés dans la structure est originaire de Savannakhet.

Le fait que les recours transfrontaliers soient pratiqués dans une large mesure par les populations laotiennes vivant à proximité de la frontière nous conforte au regard de la méthode de collecte des données choisie : celle portée sur plusieurs points de passage le long de l'axe frontalier plutôt qu'une méthode de type « transect » qui, à partir de la frontière, serait remontée dans l'intérieur du pays afin d'évaluer le phénomène transfrontalier en fonction de la distance à la frontière.

Si la proximité à la frontière est de manière générale une condition des recours, il semblerait néanmoins que, dans certains cas, la percée de l'influence thaïlandaise entre plus profondément et plus intensément dans les territoires laotiens. Pour reprendre l'image de l'isobare, le pouvoir d'attraction des structures thaïlandaises fluctue en effet en fonction de la particularité des configurations frontalières, tant d'un point de vue géographique qu'en matière de population résidente, ainsi qu'en fonction du type de structures de soins disponibles d'un côté et de l'autre.

D'après nos enquêtes, on a pu constater que certains habitants de Pakse (carte*/D5) allaient se soigner en Thaïlande, exclusivement dans des structures de soins privées, et ce malgré l'éloignement de leur lieu de résidence par rapport à la frontière (plus de 40 kilomètres). Dans ce cas précis, l'influence des structures de soins privées de la province thaïlandaise limitrophe s'insinue loin à l'intérieur du territoire laotien et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la route qui relie Pakse à la frontière thaïlandaise est de bonne qualité et permet de se rendre en Thaïlande rapidement ; l'éloignement à la frontière devient donc relatif. Concernant l'offre de soins, celle disponible à Pakse comprend un hôpital provincial, qui, malgré la complète rénovation des bâtiments, reste de médiocre qualité ainsi que des petites cliniques privées. La province d'Ubon Ratchatani compte en revanche une offre publique variée (de l'hôpital de district Sirindhorn à l'hôpital universitaire Sappasit) et des hôpitaux privés de grande taille et réputés : la discontinuité sanitaire entre les deux provinces est donc forte. Enfin et surtout les habitants de Pakse sont des citadins vivant majoritairement d'activités commerciales dont ils tirent des revenus confortables, leur permettant ainsi de recourir en Thaïlande et plus particulièrement dans des structures de soins privées.

L'exemple du couple frontalier Pakse-Ubon Ratchatani prend donc le contrepied du principe de proximité énoncé plus haut. La longue percée de l'influence sanitaire thaïlandaise dans cette partie du territoire laotien est le résultat d'une combinaison de facteurs géographiques, humains et sanitaires favorables et ce malgré un relatif éloignement des patients par rapport à la frontière. Cet équilibre des déterminants fait figure d'exception dans le fonctionnement général de l'espace transfrontalier lao-thaïlandais et ne remet par conséquent pas en question le principe de proximité dans le reste des espaces étudiés.

En lien avec l'exemple développé ci-dessus, il nous semble qu'il aurait été intéressant d'étudier plus précisément et dans plusieurs interfaces frontalières l'attractivité des hôpitaux privés thaïlandais en comparaison des hôpitaux publics. L'objectif est de savoir si, de manière générale, leur infiltration au sein de l'espace laotien est similaire ou non. On aurait tendance à penser a priori que le rayonnement des structures privées est plus grand que celui des hôpitaux publics, le service proposé par les premiers n'étant pas disponible au Laos et constituant ainsi un service rare. Il est vrai toutefois que les populations de l'intérieur du pays vivent plus de l'agriculture que du commerce et ont donc moins de revenus conséquents. En l'absence de données, on ne peut donc qu'émettre des hypothèses, reste que certains agents marketing d'hôpitaux privés de Nong Khai et d'Udon Thani nous ont rapporté que des riches commerçants de Luang Prabang (carte*/B2) faisaient aussi partie de leur patientèle laotienne. Au-delà d'un certain seuil socio-économique des personnes et du niveau de rareté du service offert - ici un service de santé privé et haut de gamme -, la proximité n'est plus un facteur déterminant.

Un kilomètre ici, quarante kilomètres là, les structures de soins thaïlandaises ont un pouvoir d'attraction qui gagne plus ou moins profondément l'intérieur du Laos. Cette influence discontinue des hôpitaux thaïlandais au sein du territoire laotien illustre bien la diversité et la complexité des configurations frontalières lao-thaïlandaises et renforce l'idée que les recours transfrontaliers ne peuvent pas être abordés comme un tout. Les nuances propres à chaque espace et population frontalière doivent nécessairement être intégrées à l'analyse pour comprendre pleinement la pratique des mobilités de santé.

C/ Les lieux de consultation en Thaïlande

L'autre versant du déploiement spatial des recours transfrontaliers concerne les distances parcourues par les patients laotiens, une fois que ces derniers ont traversé la frontière, l'objectif étant de savoir si les recours s'exercent uniquement dans un périmètre proche de la frontière, immédiatement de « l'autre côté » ou se déploient à l'intérieur du territoire thaïlandais.

La carte des principales villes d'accueil des patients laotiens à l'échelle de l'espace frontalier thaïlandais (figure 19 présentée p.120) montre la forte concentration des patients laotiens dans les structures de soins à proximité immédiate de la frontière puis une diminution du nombre de ces derniers au fur et à mesure de la progression à l'intérieur du territoire thaïlandais. Un gradient décroissant en fonction de la distance à la frontière se dessine et plusieurs couloirs de mobilité apparaissent le long des grands axes de communication. Deux axes sont particulièrement évidents : celui de Nong Khai – Udon Thani – Khon Kaen ainsi que celui de Chiang Khong – Chiang Rai – Chiang Mai. Ces deux couloires s'organisent autour de trois villes thaïlandaises, dont le nombre de patients transfrontaliers reçus est inversement proportionnelle à l'importance de la ville.

Les hôpitaux de Nong Khai et de Chiang Khong, en première ligne après la frontière, reçoivent les volumes de patients transfrontaliers les plus importants ; les effectifs décroissent ensuite progressivement. On remarque toutefois que l'écart d'effectifs entre Udon Thani et Nong Khai (un rapport de 1 à 1,2) est moins marqué qu'entre Chiang Rai et Chiang Khong (un rapport de 1 à 4), ce qui illustre une distribution plus équilibrée dans le premier cas que dans le second. Udon Thani est à 50 kilomètres de la frontière et à seulement 40 minutes de transport grâce à l'aménagement d'une double voie rapide. Les Laotiens, qui traversent le pont de l'Amitié en voiture personnelle ou par navette, voient finalement peu de différence en terme de temps de parcours entre le fait de s'arrêter à Nong Khai ou prolonger le trajet jusqu'à Udon Thani, qui est

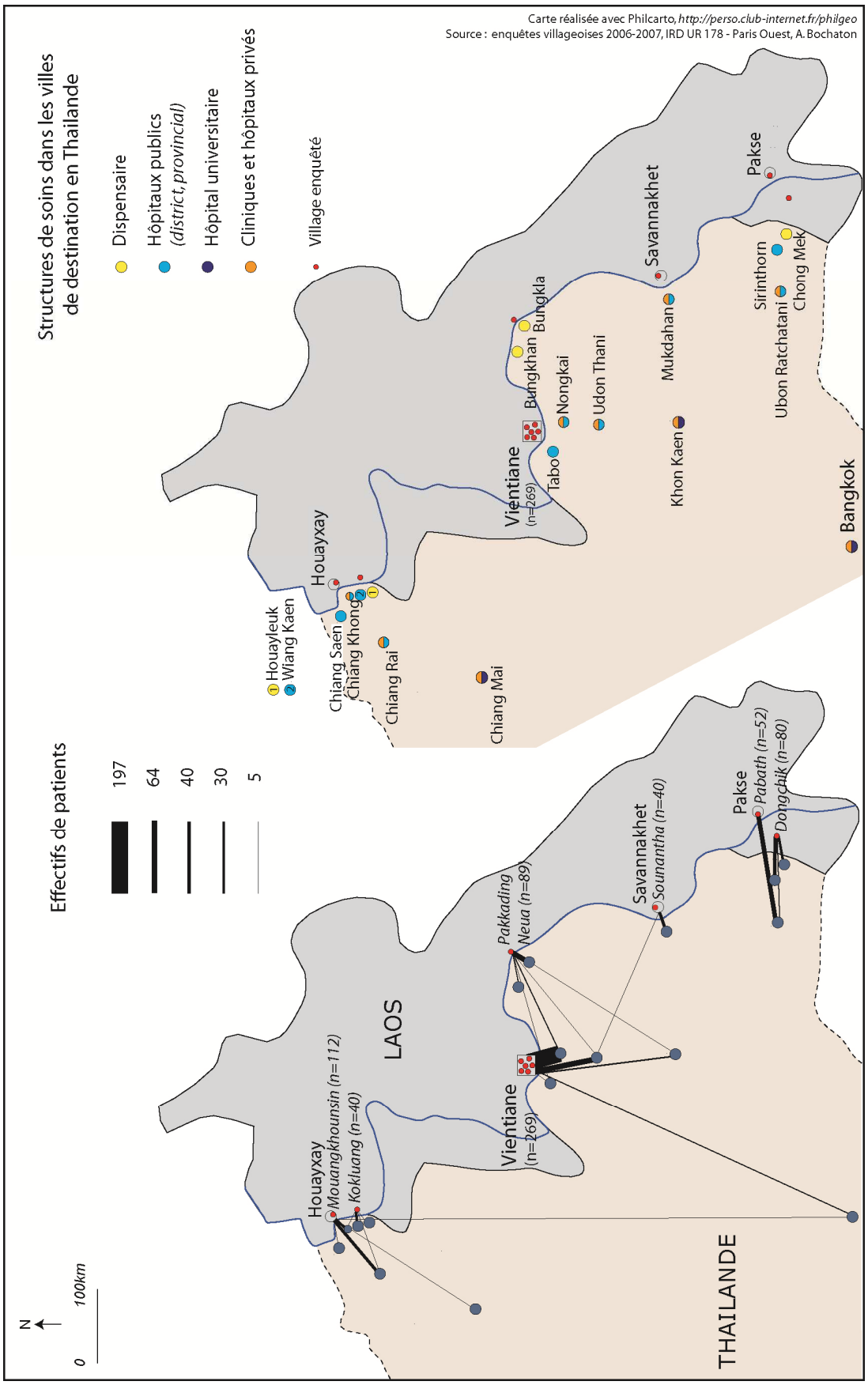
une plus grande ville et où les hôpitaux sont supérieurs en taille et plus réputés. En revanche, la route qui relie Chiang Khong et Chiang Rai est plus tortueuse et le parcours de 70 kilomètres prend au minimum deux heures de bus. Ce contraste en matière d'aménagement et donc en termes de distance-temps (et en facteur secondaire en termes de confort de trajet) peut expliquer qu'à une distance kilométrique presque équivalente, les hôpitaux d'Udon Thani reçoivent plus de patients que ceux de Chiang Rai, le niveau de compétence et la qualité du service étant très similaire entre les structures des soins des deux villes. En outre, de même que les habitants de Vientiane se rendent majoritairement dans des structures privées et les habitants de Houayxay dans des structures publiques, il apparaît dès lors cohérent que les premiers n'hésitent pas à parcourir plus de kilomètres que les seconds dans le but d'être assuré d'un service à la hauteur de leur attente. La distinction ville-campagne mise en évidence antérieurement se prolonge donc aussi au regard de la longueur des distances parcourues en Thaïlande.

Les enquêtes menées côté laotien corroborent les observations faites à partir des registres des hôpitaux thaïlandais. La figure 35, réalisée à partir des déclarations des Laotiens concernés par les recours transfrontaliers, est une cartographie des lieux de consultations en Thaïlande. Les flux de recours au départ des villages enquêtés au Laos se répartissent entre plusieurs villes de consultation avec néanmoins une destination préférentielle pour chaque configuration frontalière. Il se confirme en effet que les patients laotiens s'arrêtent en très grande majorité dans les structures de soins qui se situent juste en face de leur lieu de vie :

- à Nong Khai pour les habitants de Vientiane (66% des recours transfrontaliers)
- à Chiang Khong pour les habitants de Mouangkhousinh (63%)
- à Wiang Kaen pour les habitants de Kokluang (75%)
- à Mukdahan pour les habitants de Sounantha à Savannakhet (95%), etc.

Ce que notre regard de géographe interprète comme une pratique de proximité impliquant de faibles distances de parcours de part et d'autre de la frontière, les patients la vivent surtout du point de vue de la distance-temps : la possibilité de réaliser l'aller-retour dans la journée apparait en effet comme un élément central des recours transfrontaliers et, sauf hospitalisations ou consultation dans une structure de soins lointaine, la quasi-totalité des patients transfrontaliers part le matin et rentre le soir. Outre les considérations d'ordre pratique - éviter de payer une chambre d'hôtel en Thaïlande – il semblerait aussi que pouvoir revenir chez soi le soir même de la consultation soulage bon nombre de patients.

Figure 35 - Principales villes de destination des patients laotiens transfrontaliers



On observe ensuite une dilution des effectifs de patients avec l'accroissement de la distance à partir de la frontière en suivant les parcours des patients au départ de Vientiane et de Mouangkhousinh : sur les 269 patients identifiés au départ de la capitale, 16 seulement se sont rendus à Khon Kaen (160km) et 14 à Bangkok (580km). Au départ de Mouangkhousinh à Houayxay, sur les 112 villageois ayant consulté en Thaïlande, 35 se sont rendus à Chiang Rai, 4 à Chiang Mai et seulement un villageois à Bangkok.

Les recours se raréfient donc au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la frontière et que l'on avance dans le territoire thaïlandais.

Les patients originaires de Pabath à Pakse se démarquent déjà par le fait qu'ils ne sont pas à proprement parler des frontaliers, puisqu'ils résident à une quarantaine de kilomètres de la ligne de séparation. Ils s'illustrent également par la particularité de la ville de consultation en Thaïlande. Les recours initiés au départ de ce village ne suivent en effet pas la règle de proximité observée dans les autres points frontaliers mais au contraire se caractérisent par un prolongement du trajet jusqu'à Ubon Ratchatani, soit à plus de 65 kilomètres une fois la douane passée. Ainsi l'intégralité des villageois enquêtés dans le village de Pabath ont parcouru une centaine de kilomètres pour atteindre les structures d'Ubon Ratchatani. Le dispensaire de Chong Mek et l'hôpital de Sirindhorn, bien que tous deux situés sur la route qui mène à Ubon Ratchatani, ne parviennent pas à capter une partie de ces patients en provenance de Pabath et de ce fait on pourrait qualifier d'effet tunnel la structuration des flux transfrontaliers partant de ce village ; l'évitement de ces deux localités s'explique le fait qu'elle abritent uniquement des établissements publics de petite capacité, les habitants de Pakse cherchant au contraire à se soigner dans de grands hôpitaux privés. L'attraction des lieux de soins Chong Mek - Sirindhorn – Ubon Ratchatani s'articule ainsi de manière inversée par rapport à la frontière, à l'opposé des mobilités de santé développées dans les couloirs Nong Khai - Khon Kaen ou Chiang Khong - Chiang Mai, où les effectifs de patients transfrontaliers décroissent proportionnellement avec l'augmentation de la distance à la frontière. Comme nous l'avons déjà formulé précédemment, la spécificité des formes prises par les recours transfrontaliers à ce point précis de la frontière découle d'une combinaison de facteurs, qui, de nature géographique et concernant la population résidente, sont très spécifiques au couple frontalier Pakse-Ubon Ratchatani.

De manière générale, les structures de soins choisies par les Laotiens sont localisées au voisinage immédiat de la frontière, profitant de l'accès facile depuis leur domicile ; les structures situées plus à l'intérieur du territoire thaïlandais sont également fréquentées mais dans une moindre mesure. Il nous appartient de comprendre les raisons du choix de proximité et de ses exceptions.

D/ Les facteurs du choix du lieu d'accueil.

Le choix du lieu d'accueil en Thaïlande dépend de facteurs variés et combinés. Trois d'entre eux sont abordés dans le développement qui suit : la nature de la pathologie qui affecte le patient (1), les transferts médicaux (2) et le choix personnel du patient (3).

- **La maladie**

On suppose que la pathologie de recours, sa nature, sa gravité et son urgence, constitue un facteur essentiel de désignation de la structure d'accueil.

Ainsi dans le cas de pathologies aigües et/ou à caractère urgent, l'orientation des patients transfrontaliers se porterait de préférence vers une offre de soins en bordure de la frontière, là où l'accessibilité est la plus aisée et la plus rapide. A l'inverse, la recherche d'un traitement spécifique ou d'équipements médicaux sophistiqués pour soigner des pathologies sévères, chroniques ou rares conduirait les patients laotiens concernés vers des hôpitaux hautement spécialisés. Or ces centres de soins se situent en règle générale plutôt dans des villes de grande taille telles que Khon Kaen, Chiang Rai, Chiang Mai ou Ubon Ratchatani, toutes situées loin de la frontière.

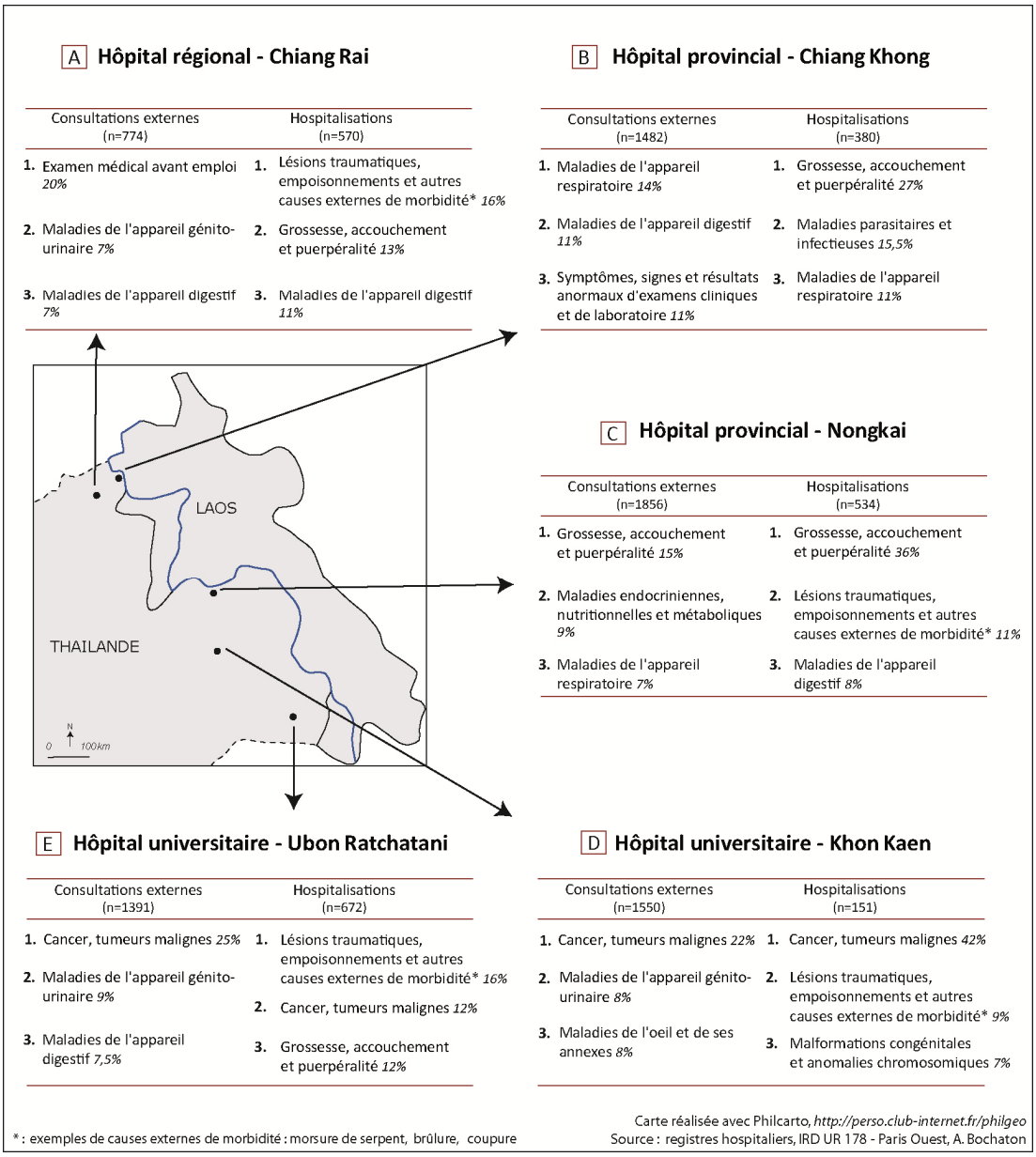
La consultation des registres des structures publiques thaïlandaises, et qui mentionnent les diagnostics relevés par les médecins, nous permettent de vérifier cette hypothèse. Les registres de cinq structures de soins réparties dans trois zones frontalières distinctes ont été sélectionnés: Chiang Khong, Chiang Rai, Nong Khai, Khon Kaen et Ubon Ratchatani.

En ce qui concerne la méthode, il convient de préciser qu'après un examen général des pathologies de recours dans chacune de ces structures pour l'année 2004, nous avons conduit une double analyse comparative entre les hôpitaux de Nong Khai et de Khon Kaen, et de Chiang Khong et Chiang Rai, dans le but de vérifier l'existence d'une association entre les pathologies traitées et la distance des structures à la frontière.

Concernant l'exploitation des informations, à partir des diagnostics suffisamment précis, nous avons établi des regroupements par grandes familles de pathologies sur le modèle de la 10ème Classification Internationale des Maladies.

La figure présentée ci-dessous synthétise pour chacune des cinq structures publiques étudiées, les trois premiers motifs de recours en consultation externe et sous le régime de l'hospitalisation. Des tableaux détaillés englobant l'ensemble des causes de recours échelonnés sur plusieurs années sont présentés en annexe 10.

Figure 36 – Les principaux motifs de recours des Laotiens en Thaïlande en 2004 : une hétérogénéité de profils pathologiques en fonction des structures de soins visitées



De manière générale, on observe une grande variété de causes de recours d'une structure frontalière à l'autre avec néanmoins l'émergence de quelques traits communs.

Les recours liés aux accidents domestiques et aux accidents de la route (lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes de morbidité) représentent une large part du total des hospitalisations dans l'ensemble des hôpitaux (de 9 à 16%). Ainsi, malgré la distance qui sépare les Laotiens des premières structures de soins thaïlandaises, obstacle évident au moment d'une urgence sanitaire, certains accidentés (ou leurs proches) optent toutefois pour les hôpitaux voisins quitte à risquer leur vie durant le temps de parcours, signe fort de la désaffection de ces derniers pour leur système de soins national.

Les recours liés à la grossesse et à l'accouchement apparaissent en première position des séjours hospitaliers dans les hôpitaux frontaliers de Chiang Khong (27%) et de Nong Khai (36%), ils sont relativement moins fréquents dans les hôpitaux d'Ubon Ratchatani et de Chiang Rai (12%

et 13% des hospitalisations). Il convient de préciser que les accouchements ne sont pas motivés par l'obtention de la nationalité thaïlandaise, le droit du sang étant en vigueur en Thaïlande. Les Laotiennes qui partent accoucher dans le pays voisin, le font donc uniquement en vue d'une bonne prise en charge pour elles-mêmes et leur enfant.

Concernant les consultations externes, on remarque que les demandes de soins liées à l'appareil digestif, l'appareil respiratoire et l'appareil génito-urinaire (toutes hors cancer) sont fréquents dans l'ensemble des hôpitaux étudiés.

En sus de ces motifs de recours communs aux différentes structures, des spécificités locales apparaissent, en fonction des caractéristiques propres aux populations laotiennes vivant dans tel ou tel couple frontalier.

A Chiang Khong [B], 15,5% des hospitalisations sont motivées par des maladies parasitaires et infectieuses, dont près de 40% concernent des diarrhées et des gastroentérites d'origine infectieuse. Les autres sources d'infection sont la dengue hémorragique, la fièvre typhoïde et la tuberculose. On en déduit la persistance de maladies parasitaires et infectieuses dans les territoires ruraux laotiens en marge des villes et c'est précisément cet aspect des recours transfrontaliers qui inquiète ponctuellement les autorités sanitaires thaïlandaises. Celles-ci craignent en effet la diffusion rapide de ces maladies transportées par des patients transfrontaliers, car bien qu'elles existent toujours sur le sol thaïlandais, elles sont néanmoins relativement bien maîtrisées à travers des campagnes de prévention comme dans le cas de la dengue par exemple. Leur réintroduction via les mobilités des populations limitrophes donne l'image d'une frontière qui n'agit non pas comme une protection mais devient au contraire une menace propre à mettre en péril les efforts de la nation thaïlandaise. La discontinuité sanitaire, entendue ici comme la capacité différenciée des états à organiser la prévention des risques sanitaires, est forte et, avec la perméabilité de la frontière, peut apparaître comme un danger.

La question du VIH/sida s'inscrit directement dans cette problématique et on a vu que la littérature sur ce sujet le long de la frontière lao-thaïlandaise était considérable (cf. partie 1). Toutefois à Chiang Khong comme dans l'ensemble des structures visitées, aucune information sur le nombre de patients laotiens atteints du virus et soignés en Thaïlande n'a été obtenue. Cette question sensible aurait nécessité, pour pouvoir être approfondie, une démarche spécifique auprès de nos interlocuteurs dans les hôpitaux ainsi que d'obtenir des autorisations particulières auprès du Ministère de la Santé thaïlandais. Sans statistique à l'appui, on peut néanmoins affirmer que des Laotiens recourent à des traitements (de type trithérapie) en Thaïlande et une intervenante d'un programme de prévention de l'ONG Siam Care à Mukdahan nous a révélé que l'hôpital provincial traitait à leur propre frais des habitants de Savannakhet où un programme de Médecins Sans Frontière (aujourd'hui fermé) pouvait pourtant les prendre en charge gratuitement ; dans le cas de ces patients, le recours transfrontalier est choisi précisément dans le but de garder le secret de la maladie et réduire par là les risques de stigmatisation au sein de leur environnement proche.

A Chiang Rai [A], une consultation externe sur cinq concerne des migrants laotiens qui viennent passer un examen médical à l'hôpital régional en vue d'obtenir un certificat de travail et accéder à un emploi en Thaïlande[72]. Cette information sanitaire met l'accent sur l'importance des migrations de travail de la province de Houayxay au Laos vers la province de Chiang Rai en Thaïlande. Les deux provinces entretiennent historiquement des liens forts et ont aujourd'hui des intérêts économiques partagés : d'un côté, le besoin de main d'œuvre peu qualifiée et de

[72] Les hommes travaillent dans l'industrie lourde et la construction. Certains travaillent aussi sur des bateaux de pêche ou dans des plantations. Concernant les femmes, celles-ci trouvent des emplois dans des usines ou dans les services comme la restauration, l'hôtellerie, les bars ; beaucoup d'entre elles travaillent aussi comme employé de maison. [Bertrand 2007]

l'autre côté, le besoin pour les populations tournées exclusivement vers les travaux agricoles de trouver un emploi rémunérateur au moment de la saison creuse.

A Nong Khai [C], 15% des consultations externes et 36% des séjours passés à l'hôpital provincial concernent les grossesses et les accouchements : sous cette appellation sont compris les tests de grossesse, les suivis prénataux, les accouchements avec ou sans hospitalisation, les examens post-partum et autres complications. Ces fortes proportions mettent l'accent sur la transformation des comportements autour de l'enfantement au sein de la jeune génération de femmes vivant à Vientiane. Un groupe de discussion organisé avec des jeunes femmes de la capitale confirme cette tendance, liée tant à la recherche d'un service confortable que d'un environnement thérapeutique sécurisant. Nous développerons les changements de mentalité et de pratiques en lien avec la grossesse et l'accouchement ultérieurement. Les questions des méthodes de contraception, de stérilisation ne peuvent pas être abordées faute d'information précise dans les registres mais il est très vraisemblable que certains recours transfrontaliers soient réalisés dans ce cadre ; il serait intéressant d'approfondir ce sujet en lien avec l'influence culturelle thaïlandaise grandissante et qui modèle peu à peu les jeunes Laotiennes dans leurs tenues vestimentaires et certains comportements sociaux : ce mimétisme trouve-t-il un prolongement dans le champ de la santé ? Enfin concernant les avortements[73], leur caractère illégal tant au Laos qu'en Thaïlande guide les patientes vers des structures cachées ce qui a rendu la collecte d'information sur la question très difficile.

Les lésions traumatiques représentent la deuxième cause d'hospitalisation des Laotiens à Nong Khai, ce qui met directement l'accent sur l'importance des accidents de la route à Vientiane. L'étude menée par Jérémy Ferrand montre en effet qu'ils sont étonnamment élevés dans la capitale, si petite soit-elle : « *entre 1990 et 2004, dans la Préfecture de Vientiane*[74]*, le nombre de véhicules*[75] *a été multiplié par 4, le nombre d'accident par 5, le nombre de décès par 3,8. En moyenne depuis 1990, le nombre d'accidents a augmenté de 14% par an, le nombre de blessés de 13% par an et le nombre de décès de 12% par an.* » [Ferrand 2005, p.31]. Dans ce contexte et sachant que les services d'urgence de Vientiane ont des limites en matière d'équipement, de compétence humaines et ferment parfois la nuit ou durant les week-ends, il n'est pas étonnant que certains patients (ou leur proches quand celui-ci est inconscient) décident d'aller directement en Thaïlande en cas d'accident. Cette question des accidents de la route est intéressante puisqu'elle illustre le décalage entre d'un côté les bouleversements que traverse la société urbaine laotienne et de l'autre l'incapacité du système de soins à prendre en charge ces nouveaux maux qui trouvent finalement une réponse en Thaïlande.

Enfin concernant les consultations externes à Nong Khai, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques apparaissent en seconde position (9%). Elles se partagent à égalité entre des problèmes liés au diabète (48%) et des problèmes liés à la thyroïde (47%). Initialement maladie des pays riches, le diabète (de type 2) touche aujourd'hui les citadins laotiens et en premier lieu les habitants de la capitale. D'après l'enquête de santé menée dans les 27 villages de Vientiane, la prévalence brute de diabète calculée auprès des adultes âgés de plus de 35 ans est de 9,3% [Vallée 2008, p.175]. Cette prévalence élevée explique donc l'importance des consultations liées aux maladies nutritionnelles et métaboliques au sein de l'hôpital provincial de Nong Khai.

L'hôpital universitaire de Khon Kaen [D] se distingue très nettement des autres structures de soins s'agissant des causes de recours des patients laotiens. En effet, pour les consultations externes comme pour les hospitalisations, les recours liés aux cancers et aux tumeurs malignes arrivent largement dans les premiers motifs de recours (respectivement 22% et 42%). Maladie

[73] L'avortement est une pratique illégale au Laos comme en Thaïlande.

[74] Ancien nom pour désigner la province Capitale de Vientiane

[75] Sont compris les voitures et les deux roues.

grave et qui engage le pronostic vital, le cancer[76] nécessite à la fois une compétence et des moyens qu'un hôpital de district ou même de rang provincial n'a pas. Cela explique la concentration des recours concernant le cancer au sein du plus grand hôpital universitaire de la région Isan. On observe aussi que des recours liés aux maladies de l'œil (8% des consultations externes) ainsi qu'à des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (7% des hospitalisations) apparaissent parmi les trois premières causes de recours à Khon Kaen. L'hôpital universitaire se caractérise donc par la particularité des pathologies traitées en lien avec les spécialités médicales disponibles sur place ; il est vraisemblable aussi que l'hôpital soit connu pour ces prises en charge spécifique, le bouche à oreille guidant ainsi les malades vers l'établissement en question.

Enfin l'hôpital universitaire Sappasit à Ubon Ratchatani [E] apparaît comme une structure mixte puisqu'elle accueille aussi bien des patients atteints de problèmes aigus et à traiter dans l'urgence (accidents domestiques ou de la route et accouchements) que des patients atteints de cancer. Bien que nous ne disposions pas des données diagnostics de l'hôpital Sirindhorn situé plus à proximité de la frontière, il semblerait que ce dernier soit doté d'équipements insuffisants pour prendre en charge des pathologies très graves. Cela expliquerait ainsi la diversité des pathologies dont souffrent les patients laotiens soignés à l'hôpital Sappasit.

Les motifs de recours reflètent donc les différents contextes urbains et ruraux dans lesquels vivent les populations frontalières. Tandis que les Laotiens soignés à Chiang Khong présentent des maladies parasitaires et infectieuses, les Vientiannais consultent eux pour l'hypertension et le diabète, maladies dites de pays développés. Le profil pathologique des consultants constitue donc un bon révélateur des inégalités présentes au sein du territoire laotien.

L'influence de la proximité et de la capacité de l'hôpital à soigner telle ou telle pathologie est vérifiée par le test d'indépendance, dont les résultats apparaissent dans les deux tableaux ci-dessous

Tableau 10 – Comparaison de la distribution des motifs de recours entre l'hôpital provincial de Nong Khai et l'hôpital universitaire de Khon Kaen ainsi qu'entre l'hôpital de district de Chiang Khong et l'hôpital régional de Chiang Rai (2004)

	Familles de pathologies	Nongkai	Khon Kaen	Test du Khi²
		(n=1856)	*(n=1550)*	
Consultations Externes	Grossesse, accouchement et post-partum	15%	2%	P*
	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9%	3%	P*
	Maladies de l'appareil respiratoire	7%	4,5%	P*
	Cancer, tumeurs maligne	3%	22%	P*
	Maladies de l'appareil génito-urinaire	6,5%	8%	pas significatif
	Maladies de l'œil et de ses annexes	1%	7,5%	P*
		(n=534)	*(n=151)*	
Hospitalisations	Grossesse, accouchement et post-partum	36%	1,5%	P*
	Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes de morbidité	11%	9%	pas significatif
	Maladies de l'appareil digestif	8%	6%	pas significatif
	Cancer, tumeurs malignes	6,5%	42%	P*
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,5%	7%	P*

[76] L'appellation cancer comporte en réalité plusieurs types de maladies elles-mêmes déterminées par des facteurs de risque d'origine variée : infectieux (cancer du col de l'utérus, cancer du foie, leucémie), lié aux modes de vie (cancer des poumons) ou encore d'origine indéterminée (cancer du sein).

	Familles de pathologies	Chiang Khong	Chiang Rai	Test du Khi²
		(n=1482)	*(n=774)*	
Consultations Externes	Maladies de l'appareil respiratoire	14%	6%	pas significatif
	Maladies de l'appareil digestif	11%	6%	P*
	Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes de morbidité	8%	5%	P*
	Examen avant emploi	3,5%	20%	P*
	Maladies de l'appareil génito-urinaire	5%	7%	P*
		(n=380)	*(n=570)*	
Hospitalisations	Grossesse, accouchement et post-partum	27%	13%	P*
	Maladies parasitaires et infectieuses	15,5%	8%	P*
	Maladies de l'appareil respiratoire	11%	9%	pas significatif
	Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes de morbidité	9%	16%	P*
	Maladies de l'appareil digestif	10%	11%	pas significatif

Source : registres hospitaliers, Thaïlande

Ainsi les hôpitaux limitrophes du Laos (ici Nong Khai et Chiang Khong) prennent en charge des patients atteints de pathologies relativement courantes et/ou faciles à traiter ainsi que ceux atteints de problèmes à caractère urgent et pour lesquels la question du temps apparaît comme vitale. Les hôpitaux situés en dehors des confins du territoire thaïlandais prennent en charge des malades atteints de troubles plus rares et/ou plus complexes à soigner. Dans ce cas, la question de la distance-temps n'est plus capitale, c'est plutôt la recherche du traitement adapté qui est essentielle.

La maladie dont souffrent les patients transfrontaliers, constitue donc un facteur déterminant des distances parcourues en Thaïlande. Celles-ci sont aussi fonction de la structuration territoriale de la Thaïlande, de la position périphérique des capitales provinciales et au contraire de la position plus intérieure des capitales régionales qui abritent les grands établissements de soins.

Néanmoins d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer les variations observées entre proximité et éloignement.

- **Le jeu des transferts médicaux**

Si certains Laotiens, de part leur bonne connaissance du système de soins thaïlandais, se rendent directement dans les structures d'accueil adaptées à leur pathologie, d'autres moins renseignés y parviennent suite à un ou plusieurs transferts médicaux effectués entre les hôpitaux thaïlandais, qu'ils soient publics ou privés.

– *Une jeune femme du village de Kokluang* : le jour de son accouchement, elle a fait venir à son domicile la sage-femme traditionnelle qui est aussi la volontaire de santé du village. Celle-ci remarque que l'enfant n'est pas dans une position normale et lui conseille d'aller accoucher en Thaïlande, plus précisément à Wiang Kaen. Elle traverse alors le Mékong avec son mari et sa mère. Une fois arrivée à l'hôpital, le médecin thaïlandais fait une échographie et constate la position anormale de l'enfant. Il lui explique que l'hôpital n'a pas le matériel adapté pour qu'elle puisse accoucher en toute sécurité sur place et lui

remet une lettre par laquelle il l'adresse aux médecins de l'hôpital régional de Chiang Rai. Elle s'y rend en ambulance accompagnée de son mari où elle accouche enfin.

- *Un villageois de Dongchik* : en décembre 2006, cet homme d'une soixantaine d'années a été pris d'une toux chronique, source de grande fatigue et d'insomnies nocturnes. Après un mois de démarches au Laos et plusieurs recours inutiles à l'hôpital de district, l'hôpital provincial et une clinique de Pakse, sa fille décide de le conduire à l'hôpital de Sirindhorn où les médecins thaïlandais diagnostiquent une bronchite à un stade critique. Au bout de deux jours, son état préoccupant ne s'améliorant pas, le médecin suggère de le véhiculer à l'hôpital provincial d'Ubon Ratchatani. Il est transféré le jour-même par ambulance.

La reconstitution des itinéraires des patients a ainsi révélé que l'allongement des parcours peut souvent être attribué à des transferts inter-hospitaliers dans le cadre d'une organisation pyramidale des soins. Une fois la frontière traversée, les Laotiens intègrent l'organisation des structures thaïlandaises au même titre que les patients nationaux et bénéficient de ces transferts quand leur état de santé l'impose. Une assistante sociale de l'hôpital régional de Chiang Rai souligne ainsi le rôle joué par l'hôpital de district de Chiang Khong :

- « *c'est un bon système hospitalier, il nous aide à filtrer les patients laotiens* ».

Beaucoup des patients n'avaient ainsi pas prévu de suivre un itinéraire les éloignant autant de leur domicile car ces transferts n'existent pas au Laos. Lorsqu'un médecin laotien recommande de recourir dans telle ou telle structure, son implication s'arrête souvent à la formulation du conseil. Le patient décide ensuite lui-même de suivre ou non la suggestion du médecin. Les patients transfrontaliers, surpris de leur transfert, sont satisfaits de l'efficacité de la prise en charge. De manière pratique, le fait d'être en possession d'un document médical l'introduisant auprès d'un autre médecin, rassure le patient dans la mesure où il n'a pas à expliquer à nouveau ses symptômes et où il partage la responsabilité du recours.

- « *c'est bien quand le premier médecin fait une lettre pour le second comme çà, tout est écrit, on n'a pas besoin de répéter* » (jeune femme de Kokluang ayant accouché à Chiang Rai, citée plus haut)

Finalement le principe de proximité reste d'usage et c'est le jeu des transferts qui conduit les patients à recourir dans des structures lointaines.

Les structures de soins situées près de la frontière captent ainsi l'essentiel des recours initiés au Laos et si elles constituent un point de chute pour la majorité des patients transfrontaliers, elles jouent aussi le rôle de relais vers des structures plus éloignées.

• Des raisons psychologiques

Parmi les patients qui se rendent spontanément dans une structure thaïlandaise éloignée de la frontière, certains sont animés par une recherche de distinction sociale. Ils affichent leur appartenance à une classe favorisée qui a une connaissance fine de l'offre de soins thaïlandaise et qui n'est pas arrêtée par le coût d'un déplacement éloigné. Tandis que près des deux-tiers des Vientiannais traités en Thaïlande consultent dans un hôpital ou une clinique de Nong Khai, certains émettent le besoin de se démarquer. Prolonger le recours plus loin, là où peu de Laotiens s'aventurent, constitue finalement une manière de se différencier du flot de patients transfrontaliers.

Cet aspect est illustré par le cas de Monsieur J., qui est un commerçant laotien d'origine vietnamienne, dont le magasin se situe à proximité du *Talat Sao*[77], centre d'échanges de Vientiane. Ce dernier se rend quatre fois par an à l'hôpital privé de Khon Kaen Ram pour contrôler son hypertension et son cholestérol. S'il se comprend qu'une personne parcourt de longues distances à la recherche de soins spécialisés ou d'un médecin de renom, il est surprenant qu'elle fasse un long trajet pour un motif médical relativement courant et facile à traiter, comme l'hypertension de Monsieur J.

– « *Les Laotiens pensent que c'est le meilleur hôpital, car il est très grand […]. J'ai entendu dire par mes voisins* (des commerçants situés à proximité de son magasin) *qu'il y a trois hôpitaux de bonne qualité à Udon Thani. A Nong Khai par contre, il n'y a pas de bons hôpitaux.* » (Monsieur J., Vientiane)

Les propos mettent en évidence l'existence plus fantasmée qu'objective d'une meilleure qualité des structures éloignées de la frontière. Dans un tel cas, cette démarche se fonde sur une représentation imaginaire de l'offre de soins thaïlandaise. C'est comme si la proximité du Laos entachait la réputation des structures de la rive opposée et comme si les défaillances de l'offre laotienne déteignaient sur les structures situées dans les marges du territoire thaïlandais. En revanche les structures situées en dehors de ces confins territoriaux seraient hors de portée de l'influence laotienne et gagneraient en crédibilité.

Un échange similaire avec une commerçante de Vientiane renforce l'idée d'une différenciation faite entre les structures proches de la frontière et celles plus éloignées. Elle pense en effet que les médecins thaïlandais sont meilleurs qu'au Laos mais cette affirmation vaut selon elle seulement pour les professionnels exerçant à Bangkok :

– « *A Nong Khai, Udon et Khon Kaen c'est pareil, ils traitent les patients laotiens lentement et comme cela on doit revenir plusieurs fois dans la même structure. Je préfère aller à Bangkok car en plus les équipements y sont plus modernes que dans le reste du pays* ». (Mme S., Vientiane)

Cette assertion, qui peut dans une certaine mesure se justifier par la qualité des hôpitaux de la capitale thaïlandaise, est excessive et réductrice quant au fonctionnement global du système de soins thaïlandais. En effet l'idée du sérieux exclusif des médecins de Bangkok et au contraire la négligence de ceux exerçant dans les villes thaïlandaises secondaires est sans fondement.

Mais il se peut que ce raisonnement soit le résultat d'une transposition en Thaïlande du fonctionnement (ou plutôt dysfonctionnement) du dispositif sanitaire laotien. Chaque échelle administrative au Laos possède en effet un type de structures de soins appropriées allant des dispensaires dans les villages aux hôpitaux centraux à Vientiane : or ces deniers ont la réputation d'être, et de loin, les meilleurs du pays alors que la qualité des structures de niveau inférieur est plus qu'aléatoire. L'important décalage existant entre les soins pourvus dans la capitale laotienne et les soins pourvus en province semble de ce fait calqué sur la perception qu'ont les Laotiens, de l'organisation de l'offre thaïlandaise.

Le choix de la ville de traitement et des structures d'accueil en Thaïlande résulte donc d'une combinaison de facteurs allant du plus évident au moins attendu. La maladie s'impose comme un déterminant capital de ce choix puisqu'elle dicte l'orientation des patients vers la structure de soins la plus appropriée : proche de la frontière s'il s'agit d'une urgence ou d'un mal courant, loin de celle-ci si le traitement nécessaire à la guérison est très spécifique. Mais au-delà de ces raisons objectives, des éléments appartenant plus au registre des représentations sociales interviennent aussi dans le processus décisionnel de certains patients pour lesquels l'allongement

[77] Se traduit par le marché du matin.

de la distance à la frontière participe du crédit des hôpitaux d'accueil et devient l'unique gage de confiance.

D'un couple frontalier à l'autre, le déploiement des mobilités de santé entre le domicile des patients et la structure de soins en Thaïlande présente des formes différentes et dont l'étendue varie dans d'importantes proportions : du villageois qui se rend au dispensaire situé en face de chez lui au patient qui parcourt des centaines de kilomètres, l'ampleur du voyage est en effet toute autre. Mais au-delà de la variété des itinéraires, il ressort de manière générale de l'ensemble des observations menées tant au Laos qu'en Thaïlande que le principe de proximité guide largement la conduite des recours : proximité du lieu de résidence des Laotiens à la frontière et proximité des structures d'accueil fréquentées à cette dernière. L'étendue ne dépasse ainsi généralement pas une dizaine de kilomètres et le recours, bien que transfrontalier, reste confiné à une aire relativement petite. Toutefois, au gré des facteurs locaux, des besoins de santé (ou de service de santé) de la population limitrophe et aussi en lien avec des raisons plus psychologiques, les mobilités de santé peuvent aussi impliquer des habitants de l'intérieur du Laos et/ou les conduire vers des structures thaïlandaises loin des marges frontalières.

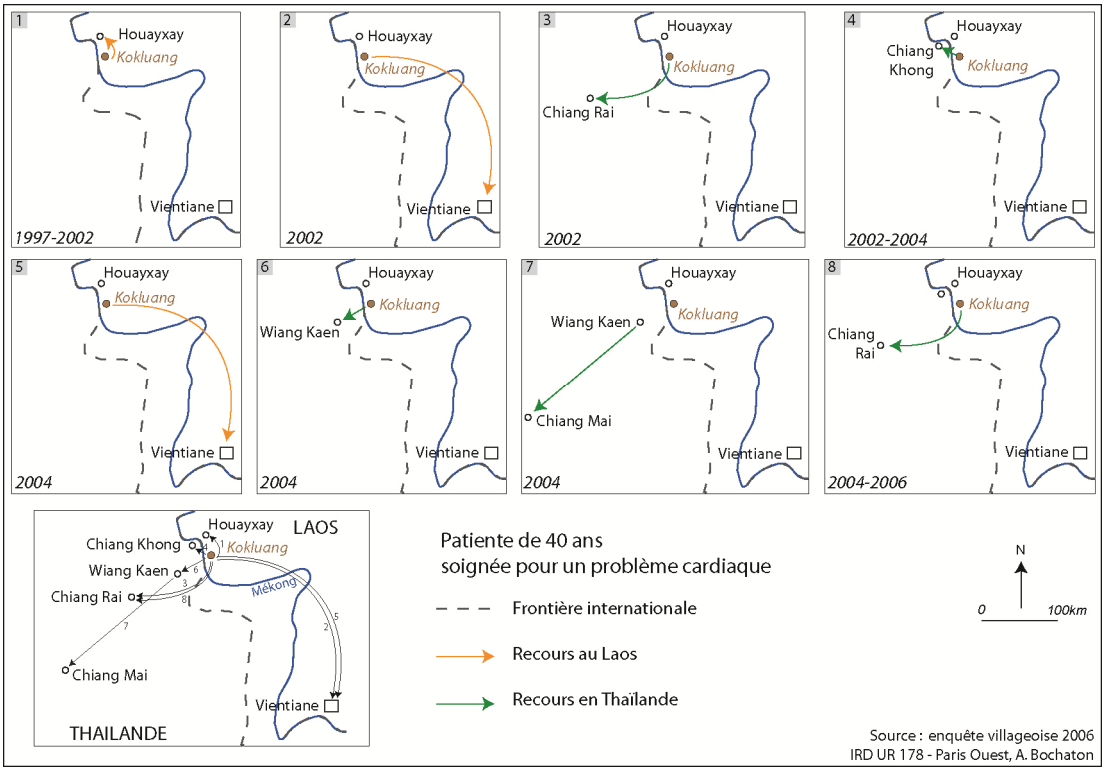
E/ Entre itinéraire et errance thérapeutique : l'itinérance des patients

Pour prolonger cette réflexion sur la complexité spatio-temporelle des recours transfrontaliers, il parait intéressant d'aborder en dernier point la question de l'errance thérapeutique.

En multipliant les recours au Laos puis les recours en Thaïlande, les patients transfrontaliers suivent des itinéraires complexes et perturbants, qui les font tomber dans un état d'égarement, que l'on peut même qualifier d'errance thérapeutique : « *Pour peu que la maladie dure, que le malheur se renouvelle, et que le sujet fasse ainsi l'expérience de l'inefficacité des recours habituels, l'itinéraire thérapeutique se transforme en errance au cours de laquelle le malade s'accroche à tout nouvel espoir et n'hésite pas, pour obtenir le soulagement de son mal, à y sacrifier tout ce qui est en sa possession* » [Fassin 1992, 122].

L'exemple d'une habitante du village de Kokluang souffrant d'une insuffisance cardiaque illustre cet état. La figure 37 est la reconstitution chronologique de l'itinéraire thérapeutique, chaque flèche indiquant un déplacement, signalé par un numéro selon l'ordre dans lequel il advient.

Figure 37 - Itinéraire complexe ou errance thérapeutique?



1997-2002 : un traitement à base de vitamines et un recours exclusivement laotien. Notre interlocutrice ressent des symptômes d'extrême fatigue, des vertiges et ne peut plus marcher plus de 100 mètres. Elle commence par prendre des vitamines en automédication puis au bout de deux mois, elle va consulter à l'hôpital provincial de Houayxay. Le médecin lui dit qu'il s'agit d'un problème d'anémie et lui donne un traitement à base de vitamines. Pendant 5 années, elle effectue ainsi des allers-retours réguliers entre son village et Houayxay à la recherche d'un traitement efficace aussi bien à l'hôpital que dans les cliniques alentour [1].

2002 : Vientiane, diagnostic d'une maladie cardiaque. Sur les conseils de son frère militaire, elle décide d'aller à l'hôpital 103 (hôpital militaire) à Vientiane où le médecin diagnostique un problème cardiaque [2]. Le traitement qu'on lui prescrit n'est toutefois pas efficace et elle décide d'aller en Thaïlande.

2002 : début des recours en Thaïlande. A Chiang Rai [3] puis à Chiang Khong [4], les médecins confirment le diagnostic fait à Vientiane et trouvent un remède efficace pendant deux années.

2004 : bref retour à Vientiane avant l'opération en Thaïlande. En 2004, les médecins thaïlandais lui recommandent vivement de se faire opérer à Chiang Mai et, à ces mots, la patiente décide de retourner à Vientiane [5] pour avoir le point de vue d'un médecin laotien et tenter d'éviter une opération onéreuse. Le traitement prescrit à Vientiane couplé à des remèdes traditionnels ne donnent guère de résultats et la patiente retourne alors au bout de cinq mois en Thaïlande : elle se rend tout d'abord à Wiang Kean [6], où elle obtient un certificat de référencement pour être conduite et opérée à Chiang Mai [7]. Au moment de l'entretien en février 2007, notre interlocutrice continuait à se rendre régulièrement à l'hôpital régional de Chiang Rai pour faire des bilans [8].

Nous avons souhaité présenter cet itinéraire particulièrement complexe pour mettre en lumière la relation ambivalente qu'entretient la patiente avec les structures de soins thaïlandaises.

L'itinéraire géographique de celle-ci ne suit ni une logique médicale ni une logique de proximité ; il fait apparaître le rôle déstabilisant de la frontière dans les esprits. La patiente est tiraillée entre le recours aux soins au Laos son pays d'origine et l'espoir que représente le recours dans les structures thaïlandaises au point qu'après avoir franchi la frontière une première fois et s'être familiarisée avec les structures thaïlandaises, elle revient au Laos avant un nouveau départ vers la Thaïlande.

Malgré la proximité des structures thaïlandaises, la frontière - au sens politique du terme - conserve un rôle de barrière qui influe fortement sur les pratiques thérapeutiques des patients, même de ceux qui s'inscrivent dans une ligne transfrontalière. La peur de l'ailleurs constitue en outre un puissant frein au franchissement totalement libéré de la limite nationale. Enfin l'anesthésie, le corps de la patiente livré au chirurgien tout puissant et qui plus est étranger, sont autant d'éléments qui construisent une relation inégale et créent une violence symbolique. Dans ce contexte, on comprend mieux les stratégies de contournement de la patiente pour retarder au plus tard le moment de la confrontation.

Paradoxalement cette errance diffère le moment du rétablissement et pourrait même compromettre la guérison du patient.

Pour conclure ce chapitre sur le développement spatio-temporel des recours transfrontaliers, il semble important de relativiser l'essai de systématisation des itinéraires thérapeutiques bien que nécessaire pour appuyer notre précédente démonstration. Les difficultés rencontrées parfois en entretien pour reconstituer les étapes des recours réalisés ici et là-bas ou évaluer les intervalles de temps entre les différentes phases de soins, ont conduit à prendre de la distance avec notre méthode, dont les limites ont par ailleurs été relevées par les anthropologues de la santé : « *tout essai de systématiser les itinéraires thérapeutiques nous place devant l'évidence que si les comportements ont une certaine régularité lors des débuts d'une maladie bénigne, ils la suivent d'autant moins que l'état morbide est grave aux yeux du malade ou de son entourage familial immédiat. Lorsque, à la suite des premiers soins, la maladie persiste, qu'elle s'aggrave ou non, l'éventail des comportements s'ouvre de telle façon que la possibilité de systématiser des itinéraires devient tout à fait illusoire* » [Sturzenegger 1992, p.172 cité dans Benoist, 1997]. Nous avons pris la mesure de cette complexification de fin d'itinéraire à travers l'exemple de la patiente atteinte d'une maladie cardiaque décrit ci-dessus. Toute notre démarche a donc été de construire une démonstration qui concilie les apports de l'approche systématique et ses limites. Nous avons en outre veillé à ne pas surimposer un sens factice aux recours transfrontaliers en écho à la réflexion faite par Pierre Bourdieu et reprise par Didier Fassin dans le cadre des logiques de soins : *« il faut reconnaître à la pratique une logique qui n'est pas celle de la logique pour éviter de lui demander plus de logique qu'elle ne peut en donner et se condamner ainsi soit à lui extorquer des incohérences, soit à lui imposer une cohérence forcée* » [Bourdieu 1980 cité dans Fassin 1992 p.116].

Conscient des limites qu'impose la méthode, le scientifique poursuit donc un itinéraire de recherche qui peut aussi évoquer parfois l'itinérance.

CHAPITRE DE SYNTHESE : ESSAI D'UNE TYPOLOGIE DES COUPLES FRONTALIERS

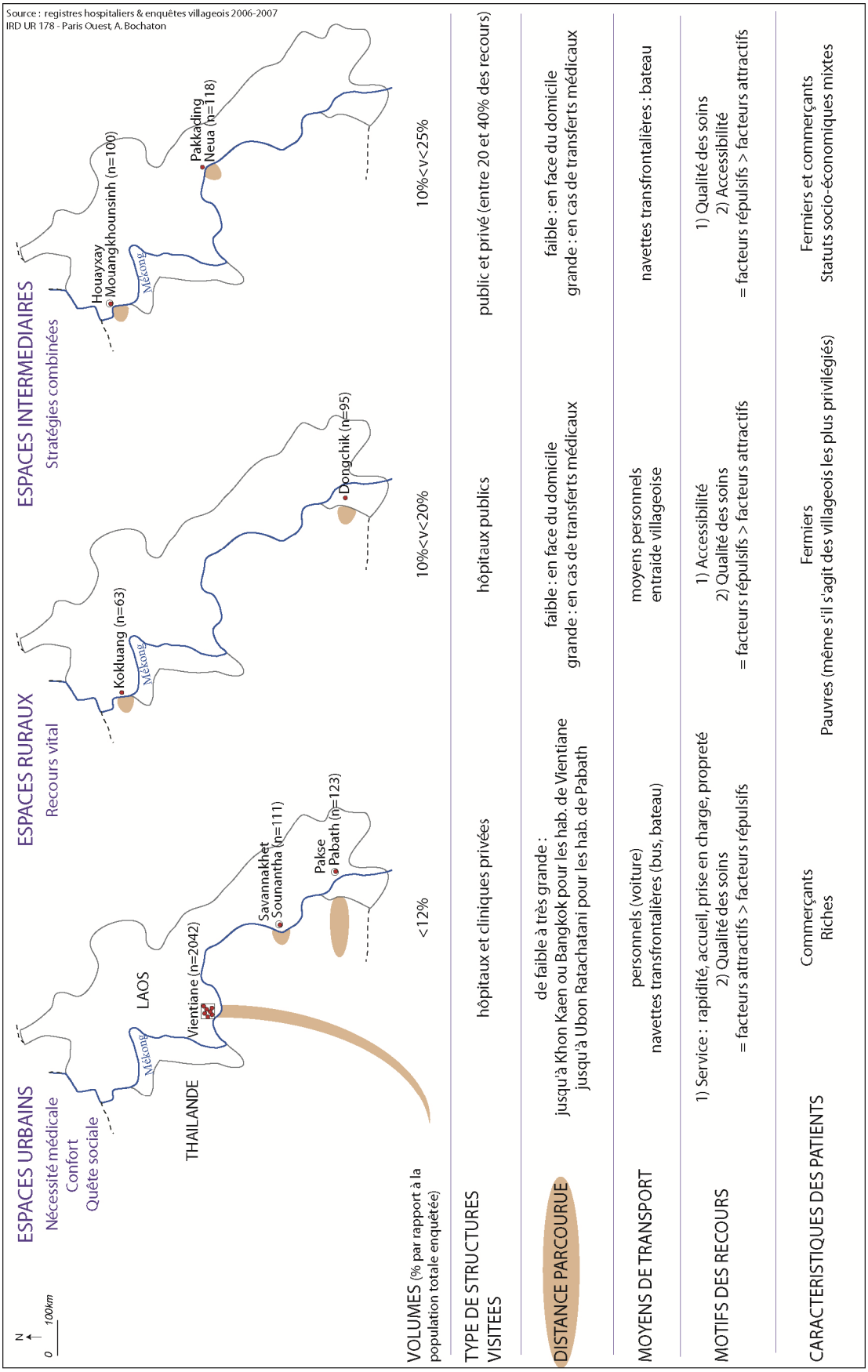
Si l'expression recours transfrontaliers englobe sans distinction l'ensemble des mobilités sanitaires partant des territoires laotiens vers les structures de soins thaïlandaises, les observations détaillées de ces pratiques font néanmoins apparaître une grande variété dans les volumes, les formes et les modalités de recours au sein des différents espaces d'émission.

Les configurations territoriales de santé en bordure frontalière sont à l'origine de ces disparités : les besoins de soins ne sont pas identiques de Kokluang à Vientiane, le niveau des structures d'accueil laotiennes et thaïlandaises diffère selon les territoires considérés et par conséquent les caractéristiques des recours transfrontaliers varient en fonction des couples frontaliers connectés de part et d'autre du Mékong.

C'est pourquoi nous proposons ici une typologie construite à la fois à partir des résultats de nos analyses ainsi que de manière intuitive à partir des entretiens réalisés avec les patients afin de donner un aperçu global de la pratique transfrontalière dans chaque espace frontalier étudié.

Puisque nous avons constaté que les recours en Thaïlande différaient de manière répétée selon l'origine rurale ou urbaine des patients transfrontaliers, la typologie proposée s'élabore à partir des caractéristiques des lieux de départ de ces derniers.

Figure 38 - Typologie des espaces frontaliers au regard des mobilités de santé



La classification s'élabore donc en fonction des caractéristiques des espaces d'émission des patients. Trois types d'espaces frontaliers se dégagent : les villes laotiennes en bordure frontalière, les espaces ruraux et les espaces intermédiaires (gros bourg rural ou petite ville provinciale).

Les recours transfrontaliers des citadins et ceux des ruraux s'opposent sur de nombreux points. Si les flux au départ des villes sont relativement faibles en matière de volume de patients (inférieur à 10% des personnes enquêtés), les proportions au départ des campagnes frontalières sont sensiblement plus élevées (de 10 à 20% dans les villages ruraux isolés et de 15 à 25% dans les espaces intermédiaires).

Outre l'intensité, on a aussi pu observer que les citadins optent préférentiellement pour des structures privées alors que les ruraux se soignent dans une très large mesure dans les hôpitaux publics. Les habitants des espaces intermédiaires se caractérisent par un partage entre les deux types de structures, mettant par là l'accent sur la mixité de la population résidente et la diversité de ses pratiques.

Enfin tandis que les mobilités des ruraux se déploient dans un périmètre très proche de leur domicile (sauf dans les cas de transferts médicaux), certains urbains parcourent parfois de très longues distances afin de consulter dans des hôpitaux spécialisés situés à l'intérieur du territoire thaïlandais.

Toutes ces divergences entre les patients des villes et ceux des campagnes sont à comprendre par rapport à l'offre de soins disponible ici et là ainsi qu'en fonction des caractéristiques de la population, deux éléments qui conditionnent les motifs des recours et expliquent les disparités.

En zone rurale, les problèmes d'accessibilité et les défaillances des structures de soins sont les principaux moteurs des recours transfrontaliers. Les facteurs des mobilités sont dans ce contexte liés précisément au caractère répulsif de l'offre de soins existante. Or comme les populations vivent essentiellement de l'agriculture, leur niveau de ressources les contraint à recourir dans des structures thaïlandaises proches, engageant peu de frais de transports, et publiques où les soins sont peu chers. Les populations des zones rurales semblent de ce fait cumuler un double fardeau : celui d'habiter des espaces où les structures de soins sont soit absentes, soit de mauvaise qualité et celui d'être pauvre. Ce double cumul de désavantages fait des recours transfrontaliers dans les structures publiques thaïlandaises l'unique possibilité de sortir de l'impasse médicale à laquelle se heurtent les Laotiens des marges rurales. Les recours en Thaïlande des ruraux doivent donc s'interpréter avant tout comme une nécessité médicale, garante ou non de leur sécurité sanitaire. Mais se pose la question de savoir si tous ont les moyens de recourir de l'autre côté, ne serait-ce que pour pouvoir payer le transport les conduisant à la frontière. Nous aborderons ce point dans la partie suivante.

En zone urbaine, où les hôpitaux sont plus facilement accessibles par les populations résidentes et de qualité supérieure (quoique aussi défaillante), il nous semble que le caractère attractif des structures de soins thaïlandaises est à l'origine d'une large part des déplacements des citadins. Au contraire des populations rurales, ceux-ci semblent bénéficier d'un double avantage : celui d'habiter un espace où l'offre de soins est bien développée et le fait d'avoir des revenus plus importants que les ruraux. Dans ce contexte sanitaire, la traversée vers la Thaïlande ne s'impose pas dans les mêmes termes qu'au départ des campagnes laotiennes. Bien qu'elles soient aussi motivées par une nécessité médicale, les mobilités des citadins sont en outre guidées par la recherche d'un service thérapeutique rapide et confortable, qu'ils trouvent dans les hôpitaux et cliniques privés. La question du choix est au cœur des recours initiés par les Laotiens des villes frontalières.

Dans les zones intermédiaires, on retrouve une mixité des deux facteurs de mobilité, entre attraction et répulsion, en fonction des personnes concernées et/ou du problème de santé

rencontré. Ainsi quand certains commerçants de Mouangkhousinh choisissent de recourir dans le privé pour le service et la rapidité de prise en charge, des habitants du même village se soignent eux dans les structures publiques voisines du fait de leurs faibles ressources. Ces territoires de l'entre-deux, ni complètement urbains ni totalement ruraux, résument bien les décalages de la société laotienne. Et la proximité de la Thaïlande apparaît finalement comme un facteur d'accentuation des inégalités sociales au Laos.

Cet exercice de synthèse nous permet de mieux rendre compte du phénomène transfrontalier en fonction des espaces de départ mais ne fait cependant pas de la classification une fin en soi. Chaque couple frontalier est en effet marqué par des nuances et comporte des exceptions vis-à-vis des catégories énoncées plus haut.

Pour conclure, les territoires frontaliers laotiens semblent être ancrés dans des temporalités différenciées. Avant 1975, Richard Pottier rapportait déjà les traversées des habitants de Tha Deua en direction des dispensaires thaïlandais et leur désaffection, selon ses termes, vis-à-vis des structures nationales. Aujourd'hui les campagnes laotiennes fonctionnent sur un schéma relativement similaire et ne semblent avoir bénéficié ni des retombées du développement sanitaire ni de l'ouverture économique. A l'inverse, les recours des citadins reflètent une évolution nouvelle de la société laotienne, liée au développement des échanges avec les pays limitrophes, à la croissance d'une classe commerçante active et plus largement à l'enrichissement de la population des villes. Dans ce contexte de changements socio-économiques rapides, de nouveaux besoins de soins apparaissent (liés aux accidents de la route, maladie endocriniennes et nutritionnelles) et la demande sociale évolue (rapidité des soins, confort, chambres privatives) ce qui met l'accent sur l'inadaptation du système de soins laotien. Le retard du Laos sur le terrain de la santé se trouve finalement accentué par la capacité de la Thaïlande à traiter de ces questions à sa place.

Provoquées par l'écart de développement existant entre le Laos et la Thaïlande, les mobilités de santé reflètent aussi les variations de développement à l'intérieur du territoire laotien et met en lumière l'existence d'inégalités socio-territoriales transposées aux pratiques thérapeutiques. En ce sens, le recours transfrontalier est une construction socio-territoriale de santé qui surpasse l'approche binaire par la discontinuité.

L'objectif de cette seconde partie a donc été de cerner le phénomène transfrontalier à travers une approche par les flux. Cela nous a permis de mettre en évidence des structurations territoriales différentes entre le Laos et la Thaïlande ainsi qu'entre les espaces frontaliers laotiens. Il conviendra dans une troisième partie de faire une analyse plus centrée sur l'individu, plus exactement sur les caractéristiques des patients transfrontaliers afin d'identifier si les déterminants individuels et sociaux des recours sont divergents d'un espace à l'autre ou au contraire si leurs points communs transcendent les différences observées entre les territoires frontaliers.

Partie 3

Les patients : démarches individuelles et logiques sociales des recours transfrontaliers

PARTIE 3
LES PATIENTS : DEMARCHES INDIVIDUELLES ET LOGIQUES SOCIALES DES RECOURS TRANSFRONTALIERS 183

CHAPITRE 7 : LES RECOURS TRANSFRONTALIERS, LES FACTEURS INDIVIDUELS ET FAMILIAUX 183

I - Des facteurs démographiques prédisposants ? 191

A/ Les recours transfrontaliers et l'âge des patients
- Enfants/Adultes : des recours distincts
- Aux différents stades de la vie d'adultes

B/ Sexe

II - Le capital culturel : savoir, pouvoir et pratiques thérapeutiques 201

A/ Incidence du niveau d'éducation

B/ Incidence de la profession du chef de ménage
- Des commerçants itinérants
- Les fonctionnaires : une position ambivalente
- Les agriculteurs, acteurs aussi des recours transfrontaliers

C/ L'incidence de l'origine culturelle des patients
- Des patients transfrontaliers d'origine étrangère : le cas de Vientiane
- Recours et statut ethnique : le cas de Kokluang

III - Le capital économique : passeport des mobilités ? 219

A/ Une approche par le revenu

B/ Indice de niveau d'équipements : une approche synthétique
- Construction d'une typologie des ménages en fonction du niveau d'équipements
- Analyse du lien entre le niveau d'équipements des ménages et le recours aux soins en Thaïlande.

IV - Le capital spatial : maîtrise de l'espace transfrontalier..... 227

A/ Entre 'patrimoine' et 'compétence', fluctuations générationnelles

B/ L'ouverture sur l'extérieur
- Fréquence des traversées
- Habiter à l'étranger

C/ Le rôle des moyens de transport
- Voiture et/ou moto
- Bateau

D/ Des limites du capital spatial

CHAPITRE 8 : DES LOGIQUES SOCIALES A L'ŒUVRE : RECOURS TRANSFRONTALIERS ET RESEAUX SOCIAUX..... 241

I - Utilité de l'approche par les réseaux sociaux : transversalité socio-géographique..... 241

A/ Réseau social et capital social

B/ Réseau social et territoire

II - Appui matériel, soutien moral 243

A/ Faire circuler l'information : la force du bouche à oreille

B/ Rendre le recours financièrement possible

C/ Accompagner le patient

D/ Le soutien moral ou comment légitimer le recours

III - Acteurs des réseaux, des réseaux d'acteurs 249

A/ Protagonistes de la diffusion au Laos

- Le statut des informateurs
  - Des influences dominantes
  - Le rôle des commerçants : pouvoir économique et position centrale dans les échanges
- Le rôle de la jeunesse laotienne
- Les *farangs,* les *étrangers*

B/ Protagonistes de la diffusion en Thaïlande

- Un réseau de relations par-delà la frontière
- Des réseaux de l'instantané
- La publicité : un impact relatif ?

C/ Protagonistes transnationaux

CHAPITRE DE SYNTHESE 265

I - Apport de l'analyse multivariée 265

II - Solidarités réticulaires : conclusions socio-géographiques..... 270

- L'insertion sociale comme modérateur des inégalités de santé
- Les territoires de l'institutionnel / les réseaux du fonctionnel

INTRODUCTION

L'étude des flux et de l'offre de soins dans différents couples frontaliers a mis en évidence la construction socio-territoriale des recours aux soins en Thaïlande. Mais en dépit de la grande hétérogénéité des zones frontalières étudiées, il est apparu que le facteur géographique, au sens classique, n'expliquait finalement que partiellement le phénomène.

L'analyse se tourne ainsi naturellement vers une approche plus sociale qui examine le rôle déterminant des facteurs culturels et socio-économiques dans la production des recours transfrontaliers. L'objet de cette troisième partie, dont l'analyse repose sur les données des enquêtes villageoises au Laos, est d'identifier les caractéristiques des patients transfrontaliers. Au-delà de la variété des situations socio-territoriales influant sur les formes et les volumes des recours en Thaïlande, existe-t-il des déterminants individuels et sociaux qui sont communs à l'ensemble des patients itinérants ? Il s'agit donc de nous affranchir des effets de contexte pour concentrer l'analyse sur les facteurs individuels et sociaux des recours.

Le développement s'organise en deux chapitres. Dans un premier temps, les déterminants individuels des patients transfrontaliers seront étudiés, comprenant aussi bien des caractéristiques propres à la personne (âge, sexe) que des éléments pris à l'échelle du ménage (revenus, profession du chef de ménage, etc.). Dans un second temps, nous aborderons les déterminants sociaux des recours transfrontaliers et plus particulièrement la question des réseaux sociaux et de leur implication dans la mise en œuvre des mobilités transfrontalières.

Cependant avant d'entrer dans le cœur du développement, il nous paraît important d'introduire la notion de *capital*. Celle-ci guide en effet l'ensemble de notre réflexion sur les déterminants des recours et il convient d'expliquer les raisons qui ont conduit à ce choix. Nous présenterons ensuite brièvement la méthode qui a été adoptée pour mener les analyses.

• Recours aux soins et inégalités : une approche par le capital

Si l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le niveau d'éducation, la profession, la connaissance du système de soins constituent les déterminants du recours aux soins les plus classiquement étudiés, nous nous sommes interrogés sur la meilleure hiérarchisation possible de ces différents éléments, afin d'éviter l'effet catalogue de données.

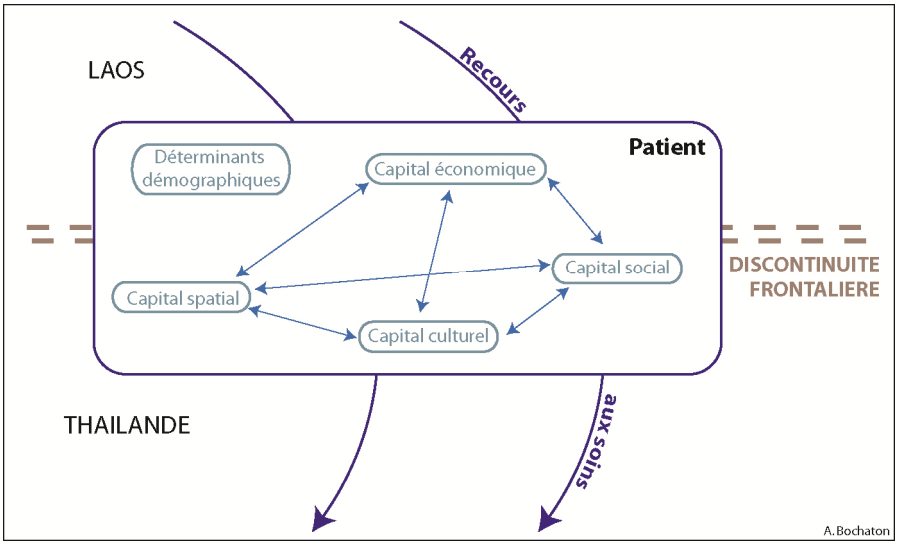
Les recours transfrontaliers constituent une réponse aux insuffisances du système de soins laotien, cependant tous les habitants des bordures frontalières n'ont pas les moyens (financiers, culturels, etc.) de se soigner en Thaïlande et d'atteindre par là un meilleur état de santé. La question des inégalités sociales de santé, « *la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique* » [Fassin et al. 2000], est donc au cœur des recours transfrontaliers, en considérant cette pratique comme le moyen pour un

certain nombre de Laotiens de recouvrer la santé. C'est donc sous l'angle des inégalités que nous choisissons d'aborder la question des déterminants.

Or « *pour traiter de la question des inégalités sociales, on se réfère fréquemment au capital dont disposent les individus et par extension les groupes sociaux qu'ils constituent* » [Hérin 2003 p.8]. Décliné sous sa forme économique, culturelle, sociale et même spatiale, cette notion de capital suggère « *l'idée d'une dotation inégale des différents membres d'une société en ressources utilisables pour produire de nouveaux biens* » et s'appuie « *sur l'idée caractéristique […] de la pensée utilitariste selon laquelle l'individu utilise les moyens dont il dispose pour obtenir le maximum de résultats conformes à ses désirs* » [Levy & Lussault 2003, p.124].

Le recours aux soins, imposé par un besoin de soins précis à un moment particulier, découle néanmoins d'un processus décisionnel lui-même influencé par la condition du patient et de ses proches. « *Les parcours de soins sont différenciés, plus ou moins ramifiés et de durées variables, selon les caractéristiques de l'offre disponible et les capacités des patients à se saisir de cette offre. En fonction de leur capital économique, social, culturel, les patients n'ont en effet pas les mêmes capacités à se mouvoir dans le système de soins* » [Fleuret & Séchet 2004,p. 10].

Figure 39 - Le recours aux soins vu à travers la notion de capital



Outre ses caractéristiques démographiques, un individu est donc doté d'un ou plusieurs capitaux qui, seul ou en interaction, lui permettent d'appréhender de multiples manières son quotidien, guident ses comportements et dans le cadre des soins peuvent le conduire à aller dans tel hôpital plutôt que tel autre. Si certaines personnes cumulent tous les capitaux, d'autres n'en ont pas ou peu et il sera intéressant d'appréhender comment ces différences se répercutent sur la pratique transfrontalière. En outre, nous tâcherons de déterminer si une forme de capital prime sur les autres et si tel est le cas, cet équilibre des forces est-il semblable entre les différents espaces frontaliers ou observe-t-on des agencements originaux selon le couple frontalier considéré ? On peut par exemple supposer que si le niveau de revenus constitue un facteur clef des mobilités des citadins, il n'intervient pas de manière aussi déterminante pour les mobilités des ruraux.

La notion de capital est donc une notion assez souple qui, par un principe cumulatif, permet plusieurs entrées dans les processus de recours en Thaïlande et n'exclut aucune piste d'analyse.

A travers cette notion, on aborde directement la question des inégalités de santé, transposition dans le champ des soins des inégalités sociales.

- **Méthodologie : de l'analyse bivariée à l'approche multivariée**

Pour établir s'il existe un lien entre le capital culturel, économique, spatial et social des individus et les recours transfrontaliers, nous avons réalisé une série de test de $\chi 2$ d'indépendance (que nous noterons khi² par commodité). Ce test permet d'établir s'il existe ou non une liaison entre deux variables qualitatives, à la condition que les effectifs théoriques soient supérieurs ou égaux à 5.

Les différents indicateurs, dont nous émettons l'hypothèse qu'ils influent sur la production des recours en Thaïlande, sont ainsi étudiés un à un, l'intérêt étant de relever les similarités et les différences entre les couples frontaliers et à terme de comparer les variables entre elles. L'analyse bivariée permet donc de décomposer les différentes dimensions influant sur la pratique transfrontalière, toutefois connaissant la nature multifactorielle du recours aux soins, il conviendra de résumer dans un chapitre de synthèse l'ensemble des informations obtenues par l'usage de méthodes d'analyse multivariée.

Les analyses multivariées surmontent les limites des analyses bivariées puisqu'elles prennent en compte simultanément l'ensemble des variables entrant dans les modèles explicatifs et permettent de quantifier le rôle exact de chaque variable.

Au regard des données à disposition, nous avons choisi de fait la méthode de régression logistique. « *L'analyse de régression est une technique statistique permettant d'établir une relation entre une variable dépendante* (ici le recours transfrontalier) *et des variables explicatives afin d'étudier les associations et de faire des prévisions* » [Taffé 2004 p.1]. On parle de régression logistique « *lorsque la variable dépendante n'est pas quantitative mais qualitative ou catégorielle* […] *c'est-à-dire qu'elle prend comme valeur un attribut et non pas une valeur numérique* » [Ibid].

Le principe de la régression logistique est de comparer des 'cas', ici les patients transfrontaliers à des 'témoins', en l'occurrence l'ensemble des personnes enquêtées. Les variables explicatives seront transformées en catégories et pour chacune d'entre elles, on choisit une catégorie de référence, à partir de laquelle est calculé l'*odds ratio* (OR) ou rapport de cotes en français « *qui quantifie la force de l'association entre la survenue d'un événement* […] *et les facteurs susceptibles de l'influencer* » [Aminot et Damon 2002, p.1].

Les deux analyses, bivariées et multivariées, seront par ailleurs nourries de l'apport du qualitatif et de la parole des patients, qui permettent de donner vie au matériau statistique et constituent même à nos yeux le moyen le plus pertinent de rendre compte de la pratique transfrontalière.

CHAPITRE 7 : LES RECOURS TRANSFRONTALIERS, LES FACTEURS INDIVIDUELS ET FAMILIAUX

La notion de capital est étudiée dans ce premier chapitre autour de l'individu et de la famille. Pour reprendre la distinction opérée par Pierre Bourdieu entre capital culturel et capital scolaire, tout individu se situe à la rencontre d'un patrimoine familial transmis de génération en génération (capital hérité) et d'expériences personnelles (capital acquis) [Bourdieu 1979, p.88]. De ce fait, étudier les déterminants individuels des recours transfrontaliers nécessite aussi de prendre en compte l'environnement familial dans lequel évolue le patient.

Les facteurs démographiques seront tout d'abord étudiés car, bien qu'en marge de nos considérations sur le capital, ils peuvent jouer un rôle significatif dans la mise en œuvre de la pratique transfrontalière. Nous déclinerons ensuite successivement l'analyse des déterminants comme suit : rôle du capital culturel, du capital économique et du capital spatial dans la construction des pratiques transfrontalières.

I - Des facteurs démographiques prédisposants ?

Parmi les facteurs démographiques prédisposants, le sexe et l'âge du malade sont les plus étudiés en raison de leur rôle sur la décision de consulter et sur le choix d'un type de structures particulier.

A/ Les recours transfrontaliers et l'âge des patients

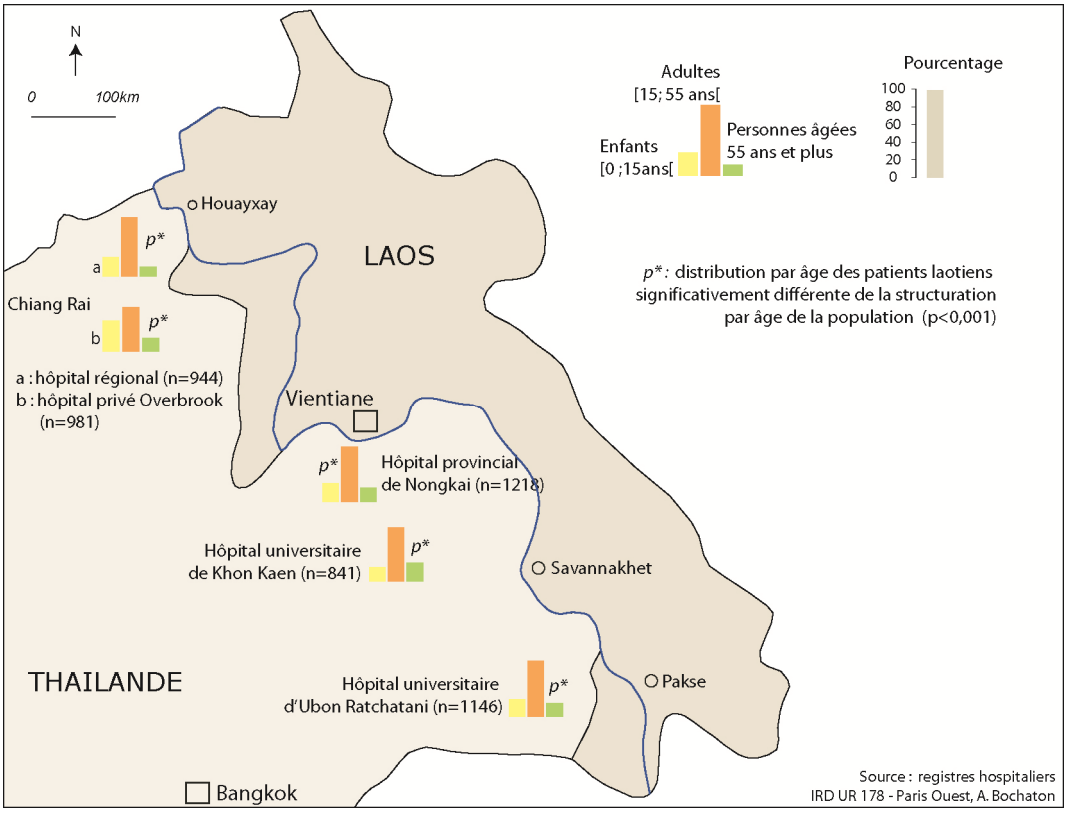
- **Enfants/Adultes : des recours distincts**

La carte ci-dessous, élaborée à partir des données de registres de 5 hôpitaux thaïlandais frontaliers, montre comment se répartit la population laotienne consultante en fonction de l'âge des patients.

Nous avons comparé ces distributions avec celle du recensement réalisé à l'échelle du Laos en 2005 et d'après lequel la population par âge se décompose ainsi : les enfants de moins de 15 ans représentent 39% de la population laotienne, les adultes jusqu'à 55 ans 53% et enfin les individus de plus de 55 ans constituent 8% de la population.

On remarque que dans tous les hôpitaux frontaliers étudiés, la répartition par âge des patients laotiens est significativement différente de la structuration par âge de la population laotienne en général ($p<0,001$).

Figure 40 - Distribution par âge des patients laotiens dans les hôpitaux frontaliers thaïlandais en 2004

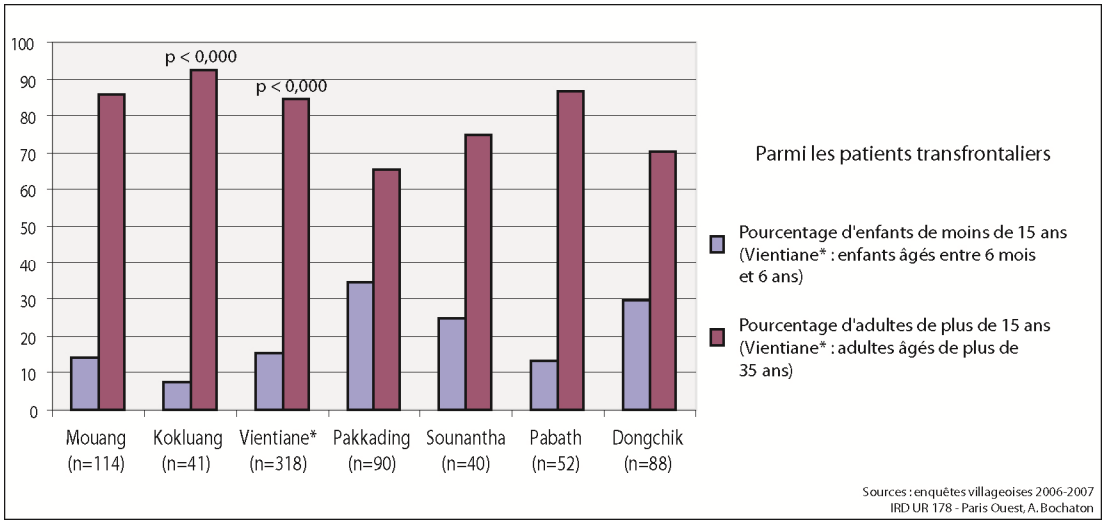


Les Laotiens âgés de plus de 55 ans sont ainsi proportionnellement surreprésentés dans les structures de soins thaïlandaises à l'inverse des enfants qui sont eux sous-représentés. A titre de comparaison, les trois populations qui, en règle générale (toutes structures confondues et vrai à l'échelle mondiale), consultent le plus, sont les enfants, les femmes de 15 à 44 ans[78] et les personnes âgées ; les recours transfrontaliers ne recoupent donc pas les catégories de recours classiques au regard des consultations des enfants.

Nous avons voulu mettre en parallèle les observations tirées des registres avec les données des enquêtes villageoises au Laos (graphique 2).

[78] La question du genre est abordée dans les pages qui suivent.

Graphique 2 – Distribution par âge des patients transfrontaliers (enfants/adultes).



Il ressort des enquêtes villageoises que les individus qui partent se soigner en Thaïlande, sont en très grande majorité des adultes. Les recours transfrontaliers des enfants représentent en effet en moyenne seulement 20% des mobilités de santé.

Plusieurs raisons peuvent expliquer, toutefois sans certitude, ce plus faible recours des enfants par rapport aux adultes. Bien que les enfants soient proportionnellement plus souvent malades que les adultes, il s'agit généralement de maladies bénignes que les parents connaissent bien et savent traiter : on pense par exemple aux diarrhées, aux maladies de type rhume dont les remèdes sont facilement disponibles dans les services hospitaliers et les pharmacies. En outre, dès l'apparition des premiers symptômes, les parents conduisent souvent rapidement leur enfant consulter un médecin ce qui évite une longue attente et les complications qui pourraient en découler. Les structures de soins au Laos semblent donc suffire pour le traitement des maladies de l'enfance et si le plus faible recours des enfants en Thaïlande peut a priori faire croire à un désintéressement de leur santé en comparaison de celle des adultes, il nous semble qu'au contraire il signifie une attention particulière des parents dès les premiers signes de la maladie de leur progéniture.

Deux mères de famille, bien qu'ayant conduit leur enfant en Thaïlande, ont rapporté en entretien leur appréhension initiale quant au fait de faire soigner leur bébé dans les hôpitaux voisins. Toutes deux (la première à Vientiane et la seconde à Pakse) ne se sont résolues à le faire qu'après plusieurs échecs thérapeutiques au Laos et face à l'impasse médicale dans laquelle elles se trouvaient. Au cœur de leurs réticences premières, l'une d'elles a évoqué la crainte que les traitements médicaux thaïlandais soient plus fortement dosés qu'au Laos et qu'ils soient ainsi dangereux pour la santé des enfants. On retrouve ici l'idée développée précédemment d'une violence symbolique que la médecine thaïlandaise, perçue comme toute puissante, serait capable d'infliger au patient et plus encore à l'enfant, bien vulnérable dans cette relation inégale. L'autre mère a mis l'accent sur d'hypothétiques difficultés de communication entre elle, son bébé et le médecin thaïlandais. Sans bien identifier les raisons de son inquiétude, celle-ci a cependant insisté sur le fait que son enfant ne parlait pas encore au moment du recours.

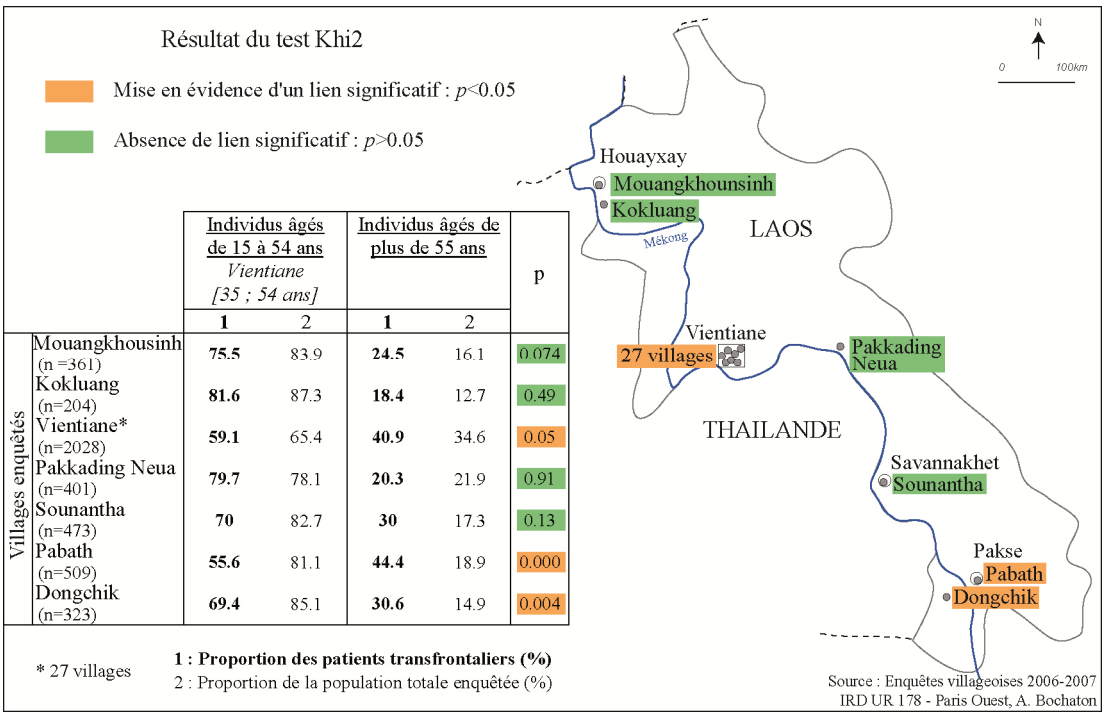
Les besoins de soins moins importants et l'appréhension, fondées ou non, des parents expliquent au moins en partie que les enfants soient moins représentés que les adultes dans les structures de soins thaïlandaises.

- **Aux différents stades de la vie d'adultes**

Si la distinction entre le recours des enfants et celui des adultes a été vérifiée, il semble intéressant d'examiner aussi leurs particularités aux différents stades de la vie d'adultes. L'idée selon laquelle les personnes âgées, a priori plus grand consommateurs de soins, forment une proportion importante des patients soignés en Thaïlande, constitue notre hypothèse.

Le tableau de la figure 41 permet de comparer la distribution des patients transfrontaliers à celle de la population totale en fonction de l'âge des individus. Les résultats du khi² sont localisés sur la carte afin de relever si des regroupements géographiques s'opèrent le long de la frontière.

Figure 41 – Recours transfrontaliers et âge des patients : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Individus âgés de 15 à 54 ans *Vientiane [35 ; 54 ans]*		Individus âgés de plus de 55 ans		p
	1	2	**1**	2	
Mouangkhousinh (n =361)	**75.5**	83.9	**24.5**	16.1	0.074
Kokluang (n=204)	**81.6**	87.3	**18.4**	12.7	0.49
Vientiane* (n=2028)	**59.1**	65.4	**40.9**	34.6	0.05
Pakkading Neua (n=401)	**79.7**	78.1	**20.3**	21.9	0.91
Sounantha (n=473)	**70**	82.7	**30**	17.3	0.13
Pabath (n=509)	**55.6**	81.1	**44.4**	18.9	0.000
Dongchik (n=323)	**69.4**	85.1	**30.6**	14.9	0.004

* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

Dans l'ensemble des villages enquêtés (sauf à Pakkading Neua), on observe que la classe des individus âgés de plus de 55 ans est proportionnellement plus représentée parmi les patients transfrontaliers qu'au sein de la population totale. Il semblerait donc que les recours transfrontaliers soient davantage pratiqués par les frontaliers d'un certain âge.

L'association entre l'âge et le recours est cependant significative dans seulement trois des sept espaces frontaliers étudiés – les 27 villages de Vientiane ainsi que les deux villages de la province de Champassak, Pabath et Dongchik. Le point commun à ces trois zones est la possibilité de franchir la frontière en voiture ou en bus grâce au pont de l'Amitié à Vientiane et parce que celle-ci est terrestre dans le sud du pays. Dans les autres villages étudiés, le passage en Thaïlande

s'effectue en bateau sur le Mékong et il est probable que dans ce contexte la frontière-fleuve constitue pour les personnes âgées une barrière physique et psychologique plus difficile à franchir que la ligne sur le sol. Bien que nous ne puissions pas confirmer avec certitude ce fait, il semble néanmoins plausible que des paramètres d'ordre logistique puissent interférer de façon plus significative dans la mise en œuvre des mobilités des personnes âgées. Les traversées en bateau se font en règle générale sur de petites embarcations, pas toujours très stables ; les passages en voiture ou en navette apparaissent au contraire plus confortables et moins soumis aux imprévus. Ainsi madame M. profite souvent des moments où sa mère lui rend visite à Vientiane, pour la conduire en Thaïlande et faire un bilan de santé. Cette dernière vit pourtant à Savannakhet mais elle ne se rend jamais à Mukdahan car *« elle a peur de traverser en bateau et puis ce n'est pas pratique »*.

Mis à part ce facteur 'transport', nous n'avons pas identifié d'autres déterminants pouvant expliquer le fait que les individus de plus de 55 ans se soignent proportionnellement plus en Thaïlande au départ de Vientiane et des deux villages enquêtés dans la province de Champassak.

Mais au-delà des particularismes locaux, la prédominance des personnes âgées dans les structures thaïlandaises doit avant tout se comprendre comme le fait qu'elles sont plus à risque. En considérant le recours aux soins comme la traduction (en partie mais pas seulement) des besoins de soins d'une population donnée, on peut interpréter le fait que les personnes âgées utilisent en plus grand nombre les structures thaïlandaises par des besoins de soins plus nombreux ou de plus en plus spécifiques. Dans la littérature scientifique, il est couramment décrit qu'avec l'âge, les individus sont sujets à plus de maladies chroniques et dégénératives qui nécessitent une prise en charge plus fréquente et/ou un suivi médical régulier. A Vientiane, les données de l'enquête de santé abondent dans ce sens puisqu'elles mettent en évidence que *« pour les adultes, l'âge est un facteur de risque de l'hypertension, du diabète, de l'anémie et de la maigreur »* [Vallée 2008, p.189].

Aussi, les personnes de plus de 55 ans cumulent parfois plusieurs pathologies qui, en se combinant, provoquent de lourdes conséquences corporelles et les obligent à recourir d'urgence dans des structures de soins qui requièrent des équipements particuliers. De plus, il est probable que la fragilité physique des personnes âgées soit responsable en partie de leurs plus fréquentes prises en charge en Thaïlande. Lorsqu'un adulte d'âge moyen cherche par exemple à soigner son mal par des recours successifs au Laos avant d'opter pour des soins en Thaïlande, le processus décisionnel est très certainement accéléré lorsque le malade a un âge avancé et pour qui la maladie peut vite devenir un enjeu vital.

En plus de ces déterminants physiques, il existe un facteur culturel spécifique qui favorise les mobilités de santé des personnes d'un certain âge. En effet, au nom de leur statut d'aîné qui leur confère une place particulière au sein dans la société lao, les personnes âgées sont grandement respectées par les cadets. A cet égard, *« en plus de prendre en charge leurs géniteurs âgés, les enfants ont quant à eux pour impératif de manifester quotidiennement le respect qu'ils vouent à leurs aînés en imprégnant de considération tous les gestes et les paroles qu'ils leurs adressent »* [Mariani 2008, p.85].

Au cours d'une discussion avec un fonctionnaire du Ministère de la Santé à Vientiane, ce dernier a souligné la probable corrélation qui existe entre le fait de relever d'importants effectifs de personnes âgées dans les structures de soins thaïlandaises et la place de ces derniers dans l'univers culturel lao. Le respect témoigné à l'égard des anciens se reflète en effet dans de nombreux actes du quotidien, comme par exemple le choix des structures d'accueil : les enfants veulent en effet ce qu'il y a de mieux pour leurs parents malades, quitte à devoir traverser la frontière et payer le prix fort.

– « *Si vous restez au Laos avec une maladie grave, alors les gens vous disent que votre famille ne vous aime pas car sinon vos proches vous emmèneraient vous faire soigner en Thaïlande* » [un fonctionnaire du Ministère de la Santé, Vientiane].

Ainsi existerait un lien entre le phénomène des mobilités de santé et une forme de pression sociale en faveur des personnes âgées. Conscient de ce que peut faire dire le statut de fonctionnaire dans le contexte laotien, n'y aurait-il pas toutefois dans ces paroles la manifestation d'un renouvellement des marques de respect vis-à-vis des aînés ? Aussi, ne peut-on voir, sous couvert de prendre soin de ses parents, la recherche d'une reconnaissance sociale où l'image donnée à voir aux autres est au centre des préoccupations ? On a vu en effet que l'affirmation de son pouvoir économique passe au Laos par l'adoption de nouveaux comportements, même dans le cadre thérapeutique. De ce fait, l'association entre le respect des traditions (le respect des aînés) et la recherche de nouvelles formes pour l'exprimer semble tout à fait en cohérence avec les évolutions de la société laotienne.

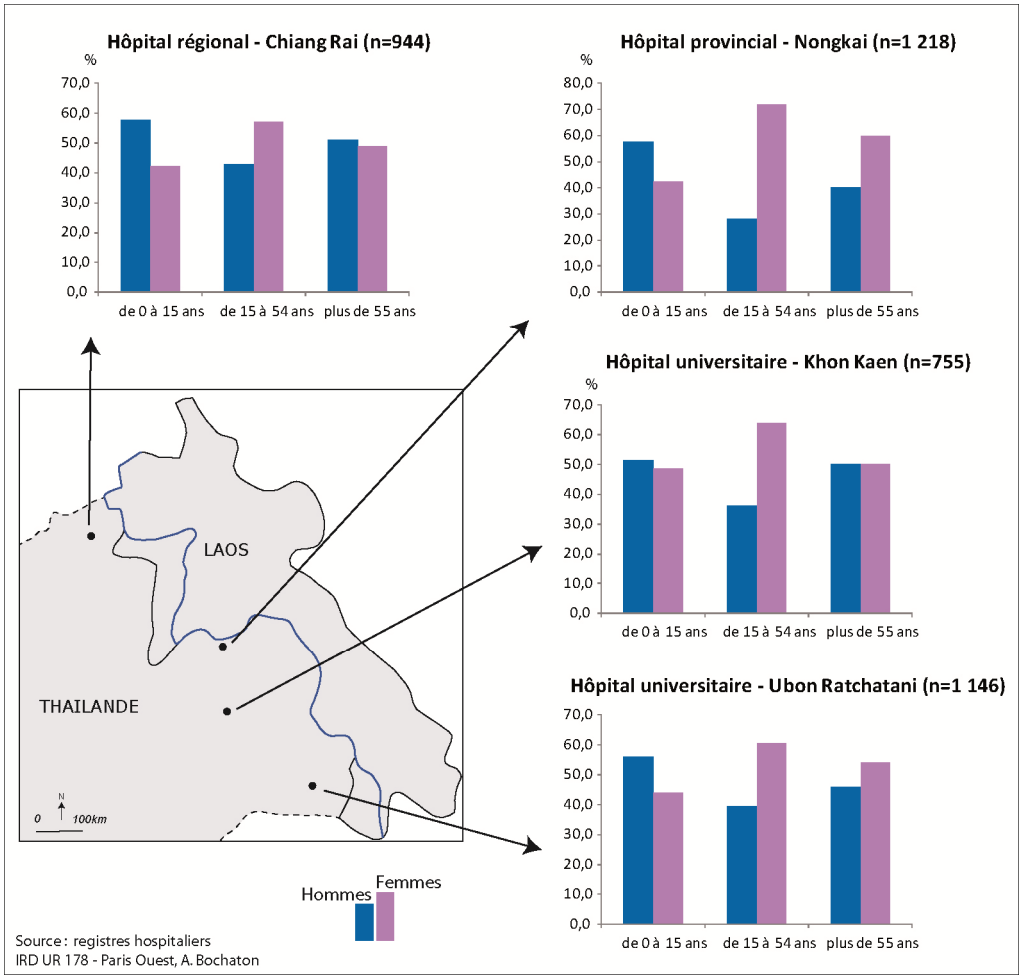
La plus grande fréquence des épisodes morbides, la gravité de certaines pathologies et des facteurs d'ordre culturel tendent donc à expliquer que les personnes âgées soient plus nombreuses à consulter dans les établissements de soins thaïlandais. Toutefois cette tendance n'est pas unique aux itinéraires dirigés vers la Thaïlande, elle s'applique aussi aux recours conduits dans les limites du territoire national comme l'analyse Virginie Mobillion dans le cadre de sa thèse sur l'offre et le recours aux soins à Vientiane.

B/ Sexe

Comme le montrent de nombreuses études, les besoins de soins réels des femmes adultes sont universellement supérieurs à ceux des hommes. Il s'ensuit une plus grande fréquentation des structures de soins par les femmes que les hommes, comme le confirme l'étude sur la fréquentation des structures de soins à Vientiane [Mobillion 2010].

Nous voulons vérifier si ce contraste homme/femme s'applique aussi aux recours transfrontaliers. Et pour compléter l'analyse par âge développée ci-dessus, nous faisons apparaître les répartitions par genre aux différents âges de la vie (figure 42).

Figure 42 – Distribution par genre et par âge des patients laotiens dans les hôpitaux frontaliers thaïlandais en 2004



Les données disponibles dans les registres de 4 hôpitaux frontaliers thaïlandais montrent des équilibres homme/femme différents selon la tranche d'âge des consultants. Si, enfant, les garçons sont majoritaires, ils sont au contraire fortement minoritaires à l'âge adulte de 15 à 54 ans : le plus fort écart a été relevé à l'hôpital provincial de Nong Khai où les femmes représentent 71% de la patientèle adulte. Après 55 ans, bien que les femmes soient toujours plus nombreuses que les hommes à recourir en Thaïlande, l'écart tend néanmoins à s'égaliser quelque peu.

Se pose dès lors la question des raisons de telles différences dans la répartition par genre entre les enfants et les adultes.

Concernant les premiers, deux réponses peuvent être apportées. Tout d'abord, plusieurs études médicales portant sur les nouveaux nés et réalisées dans différents pays tendent à montrer que les filles sont plus robustes que les garçons à la naissance et aux premières années de la vie [Kraemer 2000]. Cet élément physiologique peut très certainement expliquer l'écart observé dans les registres des hôpitaux thaïlandais mais on peut aussi s'interroger sur le rôle de facteurs plus culturels. Les parents opèrent-ils une distinction, même inconsciente, entre les garçons et les filles qui les conduirait à plus d'attentions vis-à-vis des premiers et ainsi à opter plus facilement

pour les structures thaïlandaises jugées et perçues de meilleure qualité ? Nous ne sommes pas en mesure de répondre avec les données dont nous disposons mais ce point constitue une piste de recherche intéressante.

Pour expliquer la surreprésentation des Laotiennes (de 15 à 54 ans) en Thaïlande, il est admis que les femmes au cours de leur vie d'adulte et en lien avec les actes médicaux liés à la périnatalité et à l'accouchement développent avec le système de soins plus de contacts que les hommes.

Les résultats des enquêtes de santé reproductives menées à l'échelle nationale en 2000 et 2005 [State Planning Committee & National Statistical centre 2001 et 2007] montrent des changements concernant la conduite de la grossesse dans l'ensemble du pays et plus particulièrement dans les villes. Parallèlement au développement de l'accès à l'éducation des femmes et de l'évolution de leur position dans la société laotienne, les pratiques autour de l'accouchement se médicalisent : on observe ainsi entre 2000 et 2005 une augmentation des soins prénataux de plus de 18%[79] et des accouchements médicalisés de plus de 12%[80]. Cette tendance est surtout le fait des zones urbaines où près de 75% des enfants nés en ville entre 2000 et 2005 ont bénéficié de soins prénataux (contre 21% en zone rurale) et 52% des accouchements étaient médicalisés (contre 9% en zone rurale) [Ibid]. L'enquête de santé menée à Vientiane en 2006 recoupe ces informations et étaye l'idée d'une spécificité des pratiques dans la capitale laotienne puisque 76% des femmes de plus de 35 ans interrogées ont eu recours à des soins anténataux pour leur dernier enfant et 68% d'entre elles ont accouché dans une structure de soins.

De manière générale, les Laotiennes sont donc de plus en plus nombreuses à consulter au cours de leur grossesse et il semblerait que cette pratique s'exporte facilement en Thaïlande. En référence à la seconde partie, l'examen des registres des hôpitaux frontaliers a en effet mis en évidence que la catégorie « Grossesse, accouchement et post-partum » apparaissait toujours dans les trois premiers motifs de recours des patients transfrontaliers (voir p. 166). L'hôpital provincial de Nong Khai se distingue nettement des autres hôpitaux, puisque ce motif apparaît en première position des recours aussi bien pour les consultations externes (15% d'entre elles) que les hospitalisations (36%). La capitale laotienne constitue donc un important foyer de départ de patientes en direction des hôpitaux thaïlandais dans le cadre d'un suivi périnatal et/ou d'un accouchement, ce qui explique la très grande variation entre les consultations des hommes et des femmes observé à l'hôpital provincial de Nong Khai.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées quant au fait que les Laotiennes, et plus particulièrement les habitantes de Vientiane, rejoignent la Thaïlande pour leurs suivis de grossesse. Pour la jeune génération de citadines, l'envie d'avoir un nombre limité d'enfants est relativement répandue[81] et fait évoluer par conséquent le statut de l'enfant au sein de la famille et la perception qu'en ont les parents. Ce changement de mentalités peut en partie expliquer le choix de prendre plus de précaution au cours de la maternité afin de limiter au maximum les

[79] Entre 2000 et 2005, 28,5% des naissances vivantes ont été contrôlées dans le cadre de soins prénataux contre 24% des naissances vivantes entre 1995 et 2000 [State Planning Committee & National Statistical centre, 2001 & 2006]

[80] Entre 2000 et 2005, 14% des accouchements se sont déroulés dans une structure médicale contre 12,5% des accouchements entre 1995 et 2000 [Ibid]

[81] En 2005, 59% des femmes vivant en zone urbaine, mère de deux enfants au moment de l'enquête, ont déclaré ne plus désirer d'autre enfant. En zone rurale, ce point de vue concernait 44% des femmes interrogées [Ibid]

aléas. Si ce principe préventif passe bien sûr par la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, on a pu constater que certaines femmes considèrent le fait d'aller en Thaïlande comme la manière la plus sécurisante de donner la vie.

Le groupe de discussion organisé à Vientiane et regroupant six femmes ayant accouché en Thaïlande, permet de cerner plus en détails les éléments qui ont orienté leur choix transfrontalier.

Les mauvaises expériences hospitalières, qu'elles soient personnellement vécues ou rapportées par un tiers, constituent un facteur répulsif de première importance. Les grossesses compliquées constituent aussi un motif de départ vers les établissements de soins thaïlandais comme nous l'explique une participante : au cours de sa première grossesse, cette dernière a fait une fausse couche et le médecin laotien qui la suivait, lui a déconseillé d'être de nouveau enceinte du fait de son âge (elle avait alors 35 ans) et des problèmes liés. Au début de sa seconde grossesse, elle a consulté directement en Thaïlande pour s'assurer d'un suivi médical optimal.

Enfin les jeunes femmes composant le groupe de discussion sont toutes relativement éduquées, curieuses de comprendre et de s'approprier ce moment particulier qu'est la grossesse ; elles sont ainsi à la recherche de conseils avisés de la part des médecins. Dans ce contexte, on a pu constater de la part de ces jeunes femmes une sorte de frustration à consulter au Laos, où les praticiens font apparemment peu de recommandations, comme l'explique Madame L., déçue de sa première visite éclair à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant et qui a choisi, suite à cela, de traverser le Mékong. Cette nouvelle génération de mères n'a plus les mêmes attentes que leur propre mère et l'attitude du personnel médical laotien semble ne pas avoir évolué aussi vite que le changement de mentalité opéré dans la société.

Si le caractère féminin des mobilités de santé s'explique entre autres par des besoins de soins spécifiques, le recueil de témoignages et la reconstitution des itinéraires ont mis l'accent sur des facteurs annexes. Ainsi le bouche à oreille est apparu comme un élément favorisant des recours transfrontaliers pour un grand nombre de nos interlocutrices. La démarche transfrontalière, en plus d'être motivée par des raisons médicales, est également le résultat d'une conversation partagée avec une voisine, d'un conseil donné par une cousine, ou encore d'un point de vue émis par une connaissance. Ce mode de transmission orale n'est certes pas le propre des femmes, mais celles-ci semblent néanmoins plus sensibles que les hommes à ces échanges verbaux, qui orientent dans bien des cas leur choix. Relais des dysfonctionnements du système de santé au Laos ou transmetteurs de l'efficience des soins prodigués en Thaïlande, la nature des propos importent finalement moins que la dynamique créée autour de la parole.

Les entretiens réalisés à Kokluang (carte*/B2) ont mis en évidence que les suivis de grossesse et les accouchements étaient couramment effectués dans le centre de santé de Houayleuk, situé de l'autre côté du Mékong. Le dispensaire de Houayxay Noy, à quelques kilomètres de là au Laos, bénéficie en effet d'une très mauvaise réputation au sein de la communauté villageoise et particulièrement auprès des femmes :

- *« Les médecins là-bas conseillent aux femmes qui vont accoucher de marcher même si elles ont très mal. C'est pourquoi personne ne veut y aller. C'est bien connu. Une des femmes qui avaient fait les visites prénatales avec moi à Houayleuk a voulu accoucher là-bas mais elle a raconté qu'elle avait eu très mal ».*

Même la volontaire de santé et accoucheuse de Kokluang recommande aux villageoises de se rendre en Thaïlande quand se présentent des complications. Les jeunes femmes du village s'organisent par conséquent en petits groupes pour aller ensemble au centre de santé thaïlandais, les plus réticentes étant rapidement convaincues par les usagères régulières. Dans ce cas, le bouche à oreille fonctionne à la mesure du dysfonctionnement du dispensaire basé côté laotien et constitue un véritable vecteur des mobilités vers l'offre de soins thaïlandaise.

A travers ces exemples, on comprend que le recours transfrontalier s'inscrit non seulement dans une démarche personnelle mais qu'il est aussi connecté à un environnement relationnel. On perçoit en effet l'importance du lien social qui agit comme un micro-événement dans le cheminement du patient et guide ses choix. Nous développerons ultérieurement et de manière plus approfondie le rôle du capital social dans la mise en œuvre des mobilités de santé (cf. p. 241) mais il semblait important de présenter dès à présent cet élément d'explication car les femmes sont, nous semble-t-il, très actives dans la diffusion de proche en proche des informations concernant les structures de soins thaïlandaises et en outre sensibles et curieuses du fonctionnement particulier de celles-ci.

Enfin on a pu entendre ici ou là au Laos que les recours transfrontaliers étaient avant tout un phénomène de mode, suivi par des Laotiens soucieux d'innover en matière de soins ou de faire comme leurs voisins. Conscient de la portée limitée de ces déclarations pour comprendre l'ensemble des motivations des patients, peut-on tout de même entrevoir dans l'expérience transfrontalière l'adhésion plus ou moins consciente à une pratique en vogue ?

Nous ne pourrons certes pas répondre avec certitude à ces interrogations, mais quelques points relevés en entretien nous ont permis de constater que les Laotiennes, et parmi elles surtout les citadines, pouvaient être sensibles à certains aspects *'tendance'* des mobilités vers la Thaïlande ou au moins curieuses d'expérimenter par elles-mêmes ce nouveau type de recours. Lors du groupe de discussion à Vientiane, les jeunes femmes présentes se sont, par exemple, toutes accordées à dire que les tenues des infirmières et des médecins thaïlandais étaient beaucoup plus jolies et uniformes qu'au Laos, petit détail suffisamment apprécié pour être signalé. Certaines ont ajouté qu'elles avaient été ravies de repartir de l'hôpital (en l'occurrence, privé) avec un certificat orné et encadré du nouveau-né comportant sa date de naissance, sa taille et son poids. Nous verrons par la suite que ces détails de forme sont largement façonnés par les hôpitaux privés thaïlandais dans le but de créer une identité propre à chaque structure frontalière et dans l'optique de renforcer le sentiment de distinction avec les établissements laotiens.

La plus forte propension des femmes adultes à avoir recours en Thaïlande s'explique donc par une combinaison de facteurs qui relèvent tant de besoins de soins objectifs que liés à des aspects relationnels et sociaux.

Cette première sous-partie sur les caractéristiques démographiques des patients transfrontaliers permet d'avoir une idée plus précise du type de personnes consultant dans les structures thaïlandaises. Les adultes composent l'essentiel de la patientèle transfrontalière et parmi eux, les personnes âgées sont surreprésentées par rapport à la composition de la population laotienne. En outre, les femmes adultes ont plus tendance à recourir dans les hôpitaux voisins que les hommes. Ces éléments de base étant identifiés, il est possible de commencer l'analyse des déterminants à travers la notion de capital.

II - Le capital culturel : savoir, pouvoir et pratiques thérapeutiques

Au sens sociologique, le capital culturel est entendu comme l'ensemble des qualifications intellectuelles produites par l'environnement familial et le système scolaire et donnant à son détenteur un pouvoir sur sa trajectoire de vie. Appliqué à la santé, on suppose que le capital culturel d'un individu influence aussi ses pratiques thérapeutiques et dans le cadre de notre objet de recherche son recours aux soins.

Le développement qui suit, s'élabore autour de trois variables : le niveau d'éducation, la profession et l'origine culturelle des patients. Le choix de ces trois indicateurs s'est imposé en fonction des données collectées au cours des enquêtes.

A/ Incidence du niveau d'éducation

Le niveau d'éducation est considéré comme un facteur déterminant de l'état de santé des populations et de leurs comportements vis-à-vis de la maladie. La littérature scientifique abonde en exemples tant dans les pays développés [Ungerleider & Keating 2002] que dans les pays en développement.

Toutes ces études mettent en évidence une association, à des degrés divers selon les contextes locaux, entre le niveau d'éducation des individus, leur statut de santé et l'utilisation plus ou moins appropriée des structures de soins. « *En théorie, une faible connaissance médicale et en matière d'hygiène peut avoir des effets négatifs sur la santé en limitant la capacité des patients à saisir l'information sanitaire, à suivre les instructions médicales écrites, à communiquer avec les médecins ou le personnel médical en général, et enfin à négocier la complexité de l'offre de soins afin d'obtenir des soins adéquats et en temps opportun*[82] » [Shoou-Yih 2004, p.310].

D'après les résultats de l'enquête de santé réalisée à Vientiane, si le niveau scolaire ne s'avère pas être un facteur de risque essentiel chez les adultes, un lien a néanmoins été établi entre le niveau scolaire des mères et l'état de santé de leur enfant : « *le surpoids est plus fréquent chez les enfants des femmes avec un bon niveau d'éducation (lycée ou plus) et l'anémie et le retard de croissance moins fréquent pour ces mêmes enfants* » [Vallée 2008, p.191]. Le niveau scolaire de la mère, qu'il soit faible ou élevé, conduit donc à des pratiques différenciées qui constituent toutes deux un facteur de risque pour la santé de l'enfant.

Dans le prolongement de ce constat, il semble intéressant d'examiner l'influence du niveau d'éducation sur les choix faits en matière de structures de soins et en particulier sur l'utilisation des hôpitaux thaïlandais. La variable sélectionnée pour l'analyse est le niveau scolaire du chef de ménage en raison de sa disponibilité pour l'ensemble des couples frontaliers étudiés.

Si les connaissances acquises tout au long du parcours scolaire conditionnent en partie l'attitude et les comportements des individus au regard de leur santé, l'éducation a aussi un impact sur les

[82] "Conceivably, low health literacy may have adverse health effects by limiting patients' ability to comprehend health information and follow written medical instructions, to communicate with physicians and other health care providers, and to negotiate the complexity of health care and obtain proper and timely care."

représentations spatiales de ces deniers, influençant d'une certaine manière leurs itinéraires thérapeutiques : *« le facteur éducation intervient dans le processus de perception en termes de capacité d'abstraction ; si certains élaborent leur représentation mentale de l'espace à partir de relations métriques entre les lieux, d'autres ne conçoivent que des relations de proximité »* [Vigneron 2001, p.44 en référence aux travaux d'Isabelle Derognat]. Transposé à notre étude, un capital culturel élevé permettrait au chef de ménage et à l'ensemble de ses membres de circuler plus facilement de part et d'autre de la frontière par une meilleure connaissance des formalités de traversée et une plus grande maîtrise des distances de parcours.

Afin d'observer la règle d'un effectif minimum de cinq individus par classe, nous avons découpé les niveaux scolaires en deux catégories : la première regroupe les chefs de ménages jamais scolarisés et ceux ayant atteint le niveau primaire ; la seconde rassemble ceux ayant accédé au niveau secondaire et au delà (formation post lycée, cycle universitaire).

Dans les sept espaces frontaliers enquêtés au Laos (figure 43), on relève une seule association entre les recours aux soins en Thaïlande et le niveau d'instruction des chefs de ménages à Sounantha (Savannakhet). Dans ce village, les patients transfrontaliers se distinguent en effet de la population générale enquêtée par un niveau d'éducation plus élevé : 77% des patients itinérants sont ainsi issus d'un ménage où le chef a atteint au minimum le niveau secondaire, alors que dans la population enquêtée, cette proportion s'élève à 57%.

Dans les autres villages étudiés, le niveau scolaire du chef de ménage n'influence pas la pratique des mobilités de santé.

Figure 43 - Recours transfrontaliers et niveau d'éducation : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²

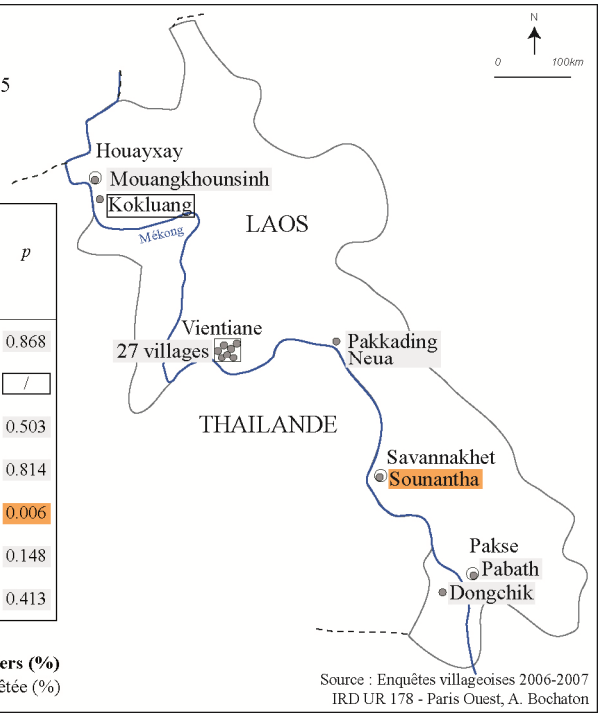
Résultat du test Khi2

Mise en évidence d'un lien significatif : $p<0.05$

Absence de lien significatif : $p>0.05$

Effectifs trop faibles pour réaliser le test

Villages enquêtés	Jamais scolarisé ou ayant atteint le niveau primaire		Ayant atteint le niveau secondaire et +		p
	1	2	**1**	2	
Mouangkhousinh (n = 100)	**40.7**	40	**59.3**	60	0.868
Kokluang (n= 63)	**90.3**	93.7	**9.7**	6.3	/
Vientiane* (n=2028)	**33.8**	35.7	**66.2**	64.3	0.503
Pakkading Neua (n=118)	**54.5**	53.4	**45.5**	46.6	0.814
Sounantha (n=111)	**22.6**	43.2	**77.4**	56.8	0.006
Pabath (n=123)	**34.2**	43.9	**65.8**	56.1	0.148
Dongchik (n=95)	**76.3**	78.9	**23.7**	21.1	0.413



* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)

2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

Source : Enquêtes villageoises 2006-2007
IRD UR 178 - Paris Ouest, A. Bochaton

Puisque nous disposons à Vientiane des données relatives à l'éducation pour chacun des membres du ménage, nous avons voulu prolonger l'analyse et vérifier s'il existait un lien entre

les pratiques transfrontalières des individus et leur parcours scolaire personnel. Là encore, les deux dimensions n'apparaissent pas corrélées (p=0,47).

Contre toute attente, le niveau d'éducation n'est donc pas un facteur explicatif des mobilités de santé et il convient donc de chercher si d'autres éléments contribuent à l'acquisition et au développement d'un capital culturel propre à faciliter la traversée en Thaïlande.

B/ Incidence de la profession du chef de ménage

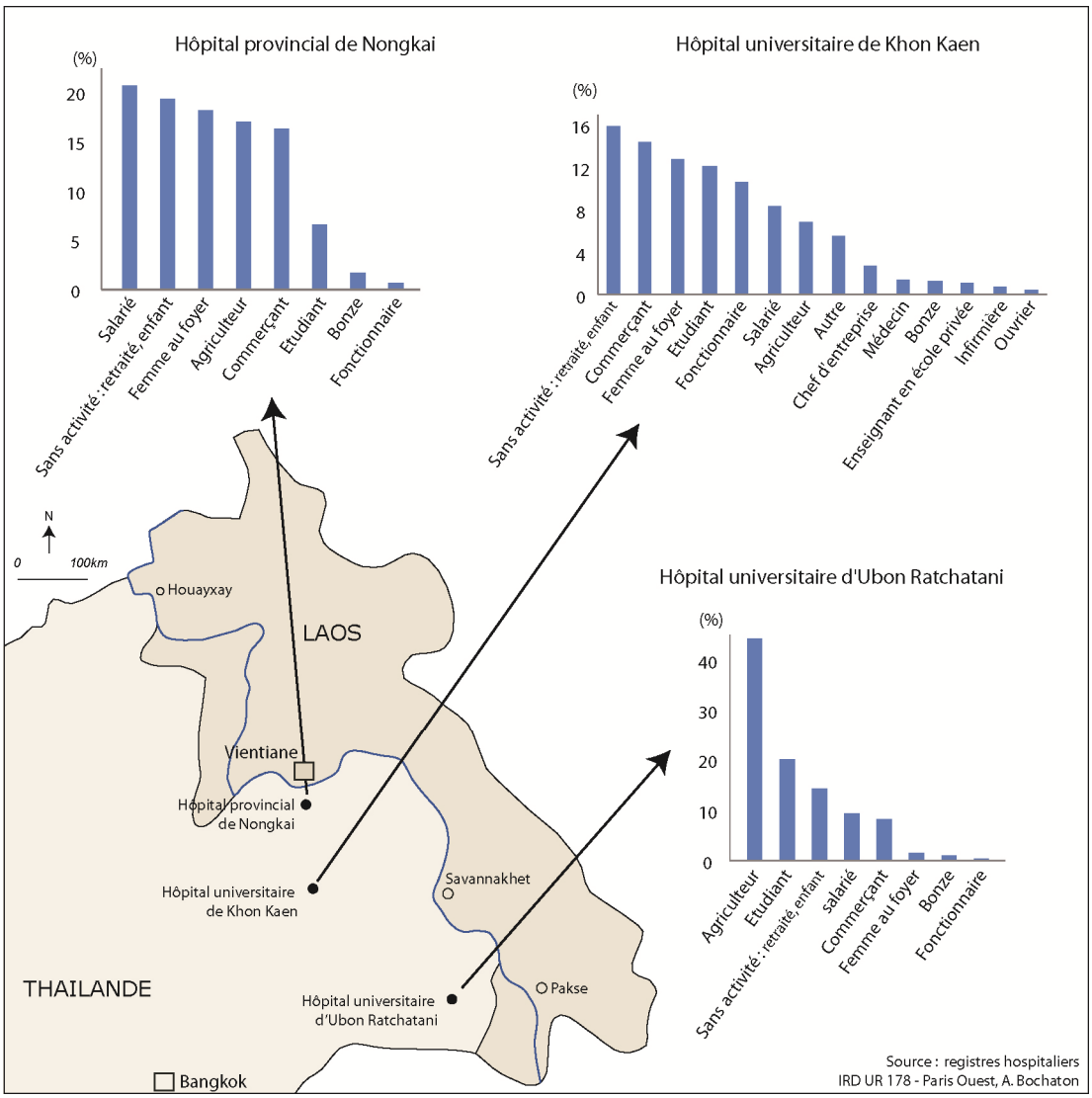
Beaucoup d'études sur le recours aux soins prennent en compte le rôle de la profession pour comprendre les itinéraires thérapeutiques et géographiques mobilisés par les individus [Richard 2001].

Nous avons choisi d'intégrer cette variable dans la section consacrée au capital culturel, même si nous gardons à l'esprit que l'activité professionnelle exercée par un individu se situe au carrefour de son capital culturel et de son capital économique. La profession, l'éducation et le revenu des ménages sont en effet très souvent corrélés et s'influencent réciproquement. Mais il apparaît intéressant d'étudier ce facteur du point de vue culturel, l'appartenance à tel ou tel groupe socioprofessionnel favorisant les échanges, véhiculant certaines pratiques et guidant de cette manière la conduite de ses membres.

Dans la partie précédente, nous avions relevé que les proportions de patients itinérants étaient significativement plus importantes dans les villages commerçants de Vientiane que les autres villages étudiés. Il convient donc d'examiner si cette particularité 'commerçante' se reproduit au départ des espaces frontaliers situés en province et d'en comprendre les raisons. Il s'agira aussi d'évaluer dans quelle mesure les autres catégories socioprofessionnelles participe au phénomène transfrontalier.

Parmi les structures thaïlandaises visitées, trois hôpitaux publics nous ont remis des registres contenant une information sur la profession des patients laotiens venus consulter. La figure présentée ci-dessous synthétise ces données sous forme d'histogrammes proportionnels pour l'année 2004.

Figure 44 – Distribution par profession des patients laotiens consultant dans trois hôpitaux publics frontaliers thaïlandais en 2004 (en pourcentage)



L'impression générale qui ressort des graphiques est une grande variété de métiers exercés par les patients laotiens itinérants. A Nong Khai et Khon Kaen, les distributions par profession sont relativement homogènes et ne permettent pas de distinguer un profil socioprofessionnel dominant.

Au sein de l'hôpital provincial de Nong Khai, on relève ainsi cinq catégories de patients consultant dans des proportions très similaires, chacune représentant entre 15 et 20% des effectifs totaux pour l'année 2004 : il s'agit de salariés, de personnes sans activité comprenant les retraités et les enfants en bas âge, de femmes au foyer, d'agriculteurs et de commerçants.

L'hôpital universitaire de Khon Kaen accueille de la même façon un large éventail de types de patients à commencer par des personnes sans activité - retraités pour la plupart (17%), suivis de commerçants (15%), de femmes au foyer (13,5%), d'étudiants (13%), etc. Un point spécifique mérite néanmoins d'être souligné à Khon Kaen : la part des fonctionnaires consultant à l'hôpital universitaire est relativement élevée (11,5%) en comparaison de leur fréquentation dans les deux autres structures frontalières (ils représentent moins de 1% des patients laotiens consultant à

Nong Khai et à Ubon Ratchatani). Parmi eux, on estime qu'il s'agit majoritairement de hauts fonctionnaires de l'administration laotienne (Ministères, hautes administration, etc.) pour plusieurs raisons conjuguées : le niveau élevé de compétence du personnel de l'hôpital, les liens existant entre les hauts fonctionnaires des deux pays (Khon Kaen est le centre de pouvoir du Nord-Est thaïlandais) et enfin l'éloignement de la capitale laotienne[83] (donnant à la démarche une plus grande discrétion) sont en effet autant de facteurs attractifs pour cette catégorie de Laotiens qui ne cherchent aucunement à attirer l'attention sur leurs itinéraires transfrontaliers. On constate en outre que 12 médecins laotiens (soit 1,5% du total de patients) se sont déplacés à Khon Kaen dans le but d'y être soignés courant 2004. Les effectifs sont certes faibles, mais porteurs d'une symbolique forte. En effet, quoi de plus discréditant pour le système de soins laotien que la fuite de ses propres médecins ? On comprend dans cette optique que ces derniers utilisent les structures thaïlandaises de manière circonspecte et loin de la bordure frontalière.

L'hôpital universitaire d'Ubon Ratchatani se démarque enfin des deux autres structures puisque près de 45% des Laotiens consultant dans la structure sont agriculteurs. Leur présence importante dans l'hôpital est fortement liée au contexte local puisque la population de la province de Champassak vit presque exclusivement de la riziculture.

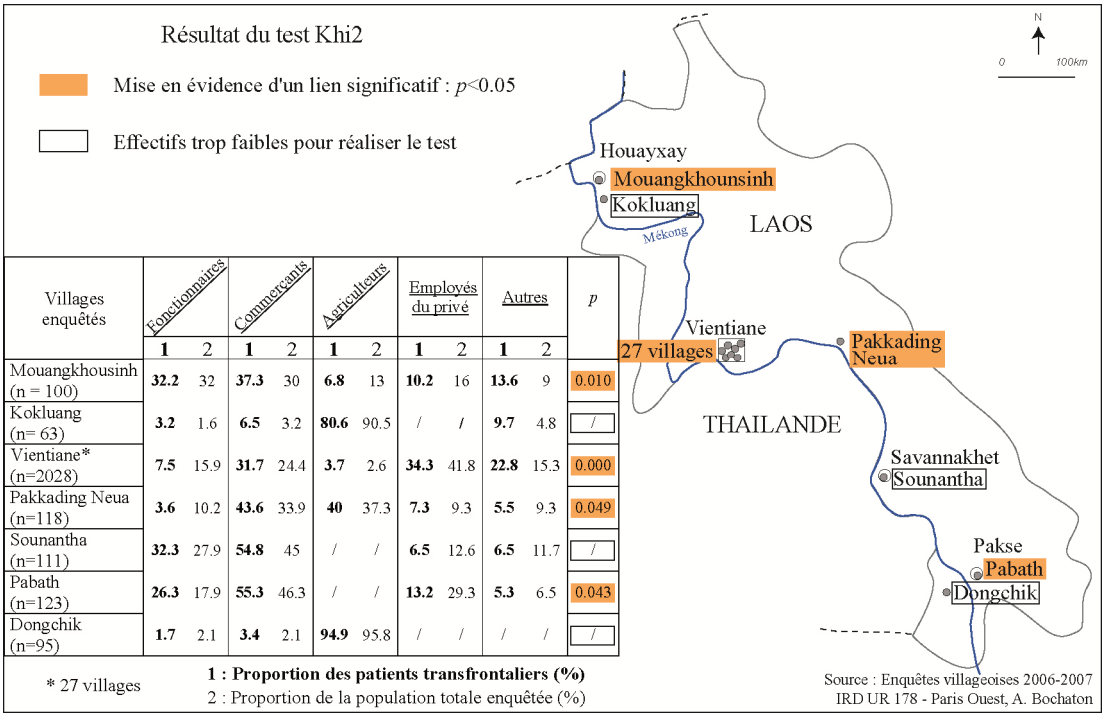
Les informations des registres hospitaliers ne permettent donc pas de déceler une surreprésentation d'une catégorie socioprofessionnelle commune aux trois hôpitaux étudiés et mettent l'accent sur l'importance du contexte local pour expliquer les spécificités observées.

Ces conclusions donnent néanmoins une image partielle de la réalité puisque les données ne sont disponibles que pour le secteur public alors que l'offre privée thaïlandaise recrute l'essentiel des patients en provenance du Laos. En outre, la profession est attribuée au niveau individuel, contribuant par là à une forme de dilution de l'information : on relève en effet une forte proportion d'enfants et de femmes au foyer parmi les patients itinérants et il nous semble qu'il aurait été intéressant d'être renseigné sur la profession exercée respectivement par leurs parents et leurs maris. De même que l'information concernant l'activité passée des personnes retraitées aurait présenté un intérêt certain.

Pour compléter cette description des professions exercées par les patients transfrontaliers, nous utilisons les données collectées au cours des enquêtes villageoises au Laos et regroupées en cinq catégories socioprofessionnelles distinctes : fonctionnaires, commerçants, agriculteurs, employés du privé, autres. Le nombre de classes est adapté à chaque contexte d'étude en fonction des activités villageoises et de la population résidente. Tout comme les études bivariées précédentes, nous procédons à une comparaison de la composition socioprofessionnelle entre la population de patients transfrontaliers et la population totale enquêtée (figure 45).

[83] Ce point fait écho à une idée développée dans la partie précédente selon laquelle la confiance faite aux hôpitaux thaïlandais augmentait avec l'accroissement des distances de parcours depuis la frontière (cf. p. 172)

Figure 45 - Recours transfrontaliers et statut socioprofessionnel : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Fonctionnaires		Commerçants		Agriculteurs		Employés du privé		Autres		p
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
Mouangkhousinh (n = 100)	**32.2**	32	**37.3**	30	**6.8**	13	**10.2**	16	**13.6**	9	0.010
Kokluang (n= 63)	**3.2**	1.6	**6.5**	3.2	**80.6**	90.5	/	/	**9.7**	4.8	/
Vientiane* (n=2028)	**7.5**	15.9	**31.7**	24.4	**3.7**	2.6	**34.3**	41.8	**22.8**	15.3	0.000
Pakkading Neua (n=118)	**3.6**	10.2	**43.6**	33.9	**40**	37.3	**7.3**	9.3	**5.5**	9.3	0.049
Sounantha (n=111)	**32.3**	27.9	**54.8**	45	/	/	**6.5**	12.6	**6.5**	11.7	/
Pabath (n=123)	**26.3**	17.9	**55.3**	46.3	/	/	**13.2**	29.3	**5.3**	6.5	0.043
Dongchik (n=95)	**1.7**	2.1	**3.4**	2.1	**94.9**	95.8	/	/	/	/	/

* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

Dans quatre des sept espaces frontaliers enquêtés, il existe une association entre les recours transfrontaliers et la profession du chef de ménage dont sont issus les patients itinérants : le village de Mouangkhousinh, les 27 villages de Vientiane, Pakkading Neua et enfin Pabath s'inscrivent dans cette situation et l'examen détaillé du tableau permet de mieux saisir la genèse de cette différenciation. Il ressort en effet dans les 4 espaces concernés que la proportion de commerçants est plus importante parmi les patients transfrontaliers que parmi les individus enquêtés. Si les pratiques transfrontalières touchent l'ensemble des classes socioprofessionnelles laotiennes, elles sont néanmoins plus franchement adoptées par les classes commerçantes dans les espaces où des activités marchandes prospèrent. Les espaces concernés sont en effet soit des villages urbains (Vientiane, Pabath), soit de gros bourgs ruraux (Mouangkhousinh, Pakkading Neua) au sein desquels se trouvent de nombreux commerces, approvisionnés dans une large mesure en Thaïlande. Bien que le village de Sounantha, également urbain, ne se range pas aux côtés de ces derniers en raison d'effectifs trop faibles (certaines classes comptent moins de 5 individus), on observe toutefois la même tendance à la surreprésentation des commerçants parmi les patients soignés en Thaïlande.

- **Des commerçants itinérants**

La mobilité accrue des commerçants laotiens en direction des hôpitaux thaïlandais peut être reliée dans un premier temps à la question de leurs revenus ; puisque ceux-ci ont bénéficié en premier des retombées de l'ouverture du pays à l'économie de marché, on présume que leur enrichissement a été plus rapide et plus grand que pour les autres classes professionnelles, ce qui nous amène à comparer les revenus des commerçants aux revenus de l'ensemble des personnes enquêtées.

Tableau 11 – Comparaison des niveaux de revenus des commerçants par rapport à la population totale

Proportions d'individus dont le revenu mensuel dépasse 100US$		
	Parmi les commerçants	Population totale
Mouangkhousinh (n=100)	26,7%	21%
Vientiane (n=2028)	30,3%	19,1%
Pakkading Neua (n=118)	77,5%	55,1%
Sounantha (n=111)	66%	53,2%
Pabath (n=123)	59,6%	52,8%
Pourcentage moyen	*38%*	*24%*

Source : enquêtes villageoises 2006-2007

D'après le tableau ci-dessus, les hauts revenus sont proportionnellement plus courants chez les commerçants qu'au sein des autres catégories professionnelles. Ainsi, quand en moyenne 24% de la population gagne plus de 100US$ par mois, ce pourcentage atteint plus de 38% chez les commerçants des 5 zones étudiées. Ainsi la disposition des commerçants à aller se soigner en Thaïlande peut en partie s'expliquer par leur niveau de vie plus élevé que le reste de la population. Toutefois d'autres facteurs doivent être examinés.

Les entretiens réalisés auprès des commerçants installés à Vientiane ainsi que le long de la frontière ont mis en évidence des éléments spécifiques à la nature de l'activité, dont certains interviennent dans la mise en œuvre des mobilités de santé. En lien avec leur activité de vente ou de restauration, certains commerçants ont en effet des contacts répétés avec des grossistes thaïlandais à qui ils achètent du matériel ou des matières premières. Dans le cadre de ces relations de travail, ils vont ainsi fréquemment en Thaïlande et le renouvellement de ces visites au-delà du Mékong les amène parfois à réaliser des activités annexes comme du shopping ou encore une consultation auprès d'un médecin, comme l'illustre l'exemple suivant.

Une commerçante d'origine vietnamienne est propriétaire avec son mari d'un magasin de climatiseurs dans le village de Banfai. Les visites médicales qu'elle effectue en Thaïlande, recoupent bien souvent ses déplacements professionnels, qu'il s'agisse du renouvellement du stock de marchandises ou le choix de nouveaux produits. Aussi elle entretient de très bons rapports avec un de ses fournisseurs thaïlandais basé à Bangkok, ce dernier étant régulièrement sollicité pour des conseils quant au choix des établissements et des médecins.

Toutefois, tous les commerçants laotiens n'entretiennent pas de rapports directs avec des homologues thaïlandais. Mais leur localisation souvent centrale dans la ville et la nature de la profession qu'ils exercent, les place naturellement au cœur d'échanges informels avec leur clientèle, leur voisin de boutique ou encore leur fournisseur. On peut à ce titre se reporter à la citation suivante : « *Webber (1975) démontre qu'une localisation dans une zone à population hétérogène ou à forte densité de population, c'est-à-dire une localisation centrale, permet à tout individu d'accroître sa connaissance de l'espace, en particulier par échange d'informations avec d'autres résidents* » [Derognat 1990, p.243]. Le commerce, lieu de rencontre et de diffusion, constitue en quelque sorte un espace d'innovation,

où les pratiques des commerçants et celles des usagers s'échangent et s'influencent réciproquement.

L'exemple de la propriétaire d'un restaurant de soupes de nouilles (Kao Soy), situé dans le village de Mouangkhousinh, l'illustre bien. Ayant très peu de contacts avec des commerçants installés en Thaïlande, c'est par le biais de ses clients que cette dernière a choisi un jour de se soigner en Thaïlande. Avant de se décider, elle est restée plusieurs semaines avec des vertiges et des symptômes d'extrême fatigue. Parmi les consommateurs, certains ont remarqué son état et un d'entre eux lui a conseillé d'aller faire un bilan de santé en Thaïlande. Ces propos ont déclenché le lendemain la traversée du Mékong et la première d'une longue série de consultations de l'autre côté.

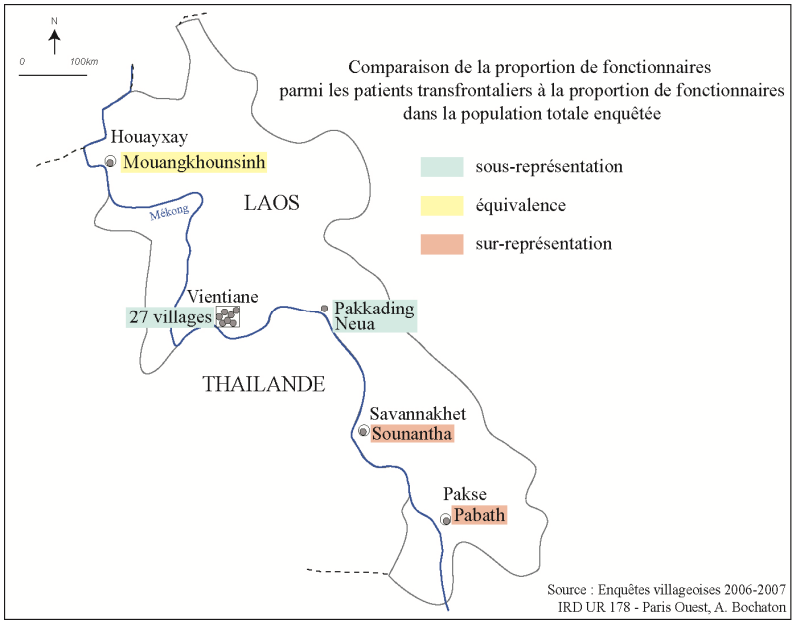
A la croisée des échanges, les commerçants recueillent ainsi de nouvelles idées, s'informent de nouveaux lieux et adoptent des pratiques originales qu'ils diffusent de la même manière à leurs clients.

- **Les fonctionnaires : une position ambivalente**

En écho aux observations faites à l'hôpital universitaire de Khon Kaen, où des médecins et hauts fonctionnaires vont se soigner, nous développons ici la question intéressante, en regard justement de leur statut, des agents de l'Etat parmi les effectifs de patients transfrontaliers. La catégorie 'fonctionnaire' englobe le personnel administratif à tous les échelons de la hiérarchie, les professeurs et le personnel médical.

D'après la figure 46, des différences notables apparaissent entre les différents espaces frontaliers concernant le recours des fonctionnaires laotiens et des membres de leur ménage. Si les agents de la fonction publique sont moins représentés parmi les patients itinérants que parmi la population totale à Vientiane et Pakkading Neua, ils sont au contraire surreprésentés à Pabath et Sounantha. Quant au village de Mouangkhousinh à Houayxay, les distributions sont équivalentes.

Figure 46 – Les mobilités de santé des fonctionnaires



Si les disparités peuvent refléter des variations de salaire entre les différentes zones frontalières, on émet néanmoins l'hypothèse qu'elles traduisent d'autres enjeux, plus politiques.

Les fonctionnaires laotiens ont un revenu fixe et sont dans l'ensemble très mal payés, la capitale laotienne ne faisant pas exception à la règle : à titre d'exemple, un médecin de l'hôpital Mahosot gagne entre 30 et 50US$ par mois selon son statut. Dans ces conditions, la plupart d'entre eux exerce une activité parallèle, plus ou moins rémunératrice et par conséquent à l'origine de différenciations salariales entre les fonctionnaires : des médecins exercent dans leur propre clinique après les heures de service à l'hôpital, des personnels administratifs tiennent un petit commerce à leur domicile, des fonctionnaires du Ministère prennent part à des programmes internationaux d'aide au développement moyennant des *per diem*[84], etc. Les opportunités tant commerciales que liées à des projets de développement étant plus nombreuses à Vientiane qu'en province, il semble manifeste que les fonctionnaires de la capitale gagnent mieux leur vie qu'ailleurs au Laos. Ils utilisent pourtant moins les structures de soins thaïlandaises que leurs collègues basés en province, ce qui invalide l'explication financière des disparités.

Nous suggérons l'interprétation suivante, résultat de la réunion de principes idéologiques et de lois géographiques : le régime en place au Laos exerce sur les esprits un contrôle fort qui se répercute dans les pratiques. Ainsi puisque les mobilités de santé, en marge des itinéraires thérapeutiques classiques, remettent en question tout le système de soins laotien et prennent en défaut l'ensemble de la classe politique, les responsables du Parti n'hésitent pas à utiliser l'argument de préférence nationale pour détourner les patients transfrontaliers des établissements thaïlandais et afin de décourager les autres, encore non-adeptes, de passer de l'autre côté. Dans ce contexte, il apparaît naturel que les fonctionnaires, en tant que garant d'un modèle de société, participent moins des mobilités de santé que les autres citoyens laotiens. Si cette logique prédomine à Vientiane et à Pakkading Neua, comment expliquer toutefois qu'elle ne prévale pas dans les autres villages enquêtés ?

[84] Revenu journalier qui prend en charge le travail, la nourriture et le logement quand les personnes travaillent en dehors de leur lieu de résidence

Dans la mesure où Vientiane est la capitale politique du Laos, le pouvoir étatique y est centralisé et la chape de plomb se fait sentir de manière manifeste. Or au fur et à mesure de l'éloignement de la capitale, cette pesanteur politique et hiérarchique tendrait à se dissiper et amènerait ainsi les agents de la fonction publique à une plus grande latitude : se soigner en Thaïlande pour un fonctionnaire exerçant en province revêtirait ainsi moins de connotations politiques que pour les agents de la capitale. Pour appuyer cette proposition, nous sollicitons notre expérience de terrain au cours de laquelle nous avons pu relever la nature changeante des entretiens réalisés avec les fonctionnaires de la santé en fonction du lieu de rencontre. De manière générale, les entretiens se sont révélés moins conventionnels tant sur la forme que sur le fond en province qu'à Vientiane comme si la parole se libérait avec l'augmentation de la distance à la capitale. Le contraste entre le discours normé des fonctionnaires de l'administration centrale et des informations plus authentiques recueillies en province nous a ainsi interpellés à plusieurs reprises. Et pour reprendre un exemple développé plus tôt, le témoignage poignant livré par un chef de village au cours d'un groupe de discussion en province aurait été impensable dans les mêmes conditions à Vientiane.

Ce gradient centre-périphérie relevé à travers le recours transfrontalier des fonctionnaires fait écho plus globalement à la question de l'indépendance des provinces laotiennes. Beaucoup d'auteurs [De Vienne 1993 ; Jerndal & Rigg 1999 ; Stuart-Fox 2005] ont relevé l'autonomisation économique des marges territoriales et on peut s'interroger sur les répercussions de ce mouvement sur la sphère politique. Sans parler d'une autonomisation politique, qui serait bien trop forte pour qualifier notre propos, il est néanmoins possible de penser que des évolutions parcourent par petite touche l'organisation étatique ; le positionnement des fonctionnaires sur la question politisée des recours transfrontaliers pourrait en être l'illustration.

- **Les agriculteurs, acteurs aussi des recours transfrontaliers**

D'après la figure 45, il apparait que les agriculteurs prennent part aussi aux recours transfrontaliers et ne sont pas fortement sous-représentés comme on aurait pu le penser a priori. En amont de notre travail d'enquête, de nombreux propos entendus ici ou là à Vientiane mettaient en effet l'accent sur le fait que les recours étaient uniformément une pratique de riches citadins.

A Kokluang et à Dongchik, la composition de la population est quasiment uniforme puisque plus de 90% des habitants vivent de la riziculture. Or d'après les résultats de la seconde partie, 49% et 62% des ménages enquêtés respectivement dans ces deux villages comptent au moins un de leur membre soigné en Thaïlande dans le passé. Les espaces frontaliers à forte composante rurale envoient donc aussi des malades en direction des hôpitaux thaïlandais. Ce point est d'ailleurs corroboré par les informations de registres des hôpitaux récepteurs, comme par exemple à Ubon Ratchatani, où 45% des Laotiens pris en charge à l'hôpital universitaire sont agriculteurs.

De même, les cultivateurs vivant à Vientiane ou dans des grosses bourgades comme Mouangkhousinh ou Pakkading Neua prennent part aux mobilités de santé dans une plus ou moins grande mesure.

L'approche socioprofessionnelle des recours transfrontaliers permet donc de dégager plusieurs éléments de réalités qu'il convient ici de résumer.

D'une part les commerçants laotiens se soignent en Thaïlande de manière plus prononcée que les autres corps de métiers : cette vérité s'applique aux villes frontalières ainsi qu'aux villages ruraux d'importance, abritant une activité marchande relativement dynamique.

D'autre part, le cas des fonctionnaires apparaît comme particulièrement intéressant puisque leur utilisation des ressources sanitaires voisines est très variable selon l'espace frontalier considéré. En abordant cette question, on a pris conscience des interactions qui existent entre les pratiques sanitaires de la société laotienne et les fondements politiques du régime en place.

Pour finir, les espaces frontaliers tournés exclusivement vers des activités agricoles sont aussi émetteurs de patients itinérants.

La pratique transfrontalière transcende donc les professions et le contexte local apparaît comme l'acteur incontournable des mobilités de santé. Finalement la pluralité des profils socioprofessionnels investis dans les recours recoupe et explique la variété des modalités mise à jour dans le premier chapitre et plus particulièrement l'opposition quant au choix des structures des soins thaïlandaises (public/privé) entre les campagnes et les villes frontalières laotiennes.

C/ L'incidence de l'origine culturelle des patients

L'impact de l'origine culturelle des individus sur le recours transfrontalier est analysé à travers deux aspects : à Vientiane tout d'abord, on examine si les populations d'origine étrangère, qui représentent un groupe important dans la ville, utilisent aussi les établissements de soins thaïlandais. Le village de Kokluang est ensuite étudié du fait de la diversité de la composition ethnique de ce dernier.

• Des patients transfrontaliers d'origine étrangère : le cas de Vientiane

Vientiane est parfois qualifiée de ville étrangère, sous-entendu qu'elle est habitée dans une large mesure par des étrangers ou des Laotiens d'origine étrangère.

Au cours du protectorat français et surtout autour des années 1920, « *une main-d'œuvre qualifiée a été introduite, principalement vietnamienne, pour assister l'appareil administratif colonial* » [Sisoulath 2003, p.9]. Vientiane connait alors une période d'expansion, la capitale attirant des populations laotiennes venues des campagnes environnantes, des provinces ainsi que des populations étrangères, chinoises surtout, attirées par l'expansion économique de la capitale et le développement urbain généré par la colonisation. La population étrangère sera majoritaire dans la capitale laotienne jusqu'en 1954, date de la fin du protectorat [Sayarath 2005, p. 38].

Si une partie des immigrés vietnamiens se retire de Vientiane au même moment que l'administration française, certains restent toutefois dans la capitale laotienne pour y exercer des activités de commerce.

Avec le changement de régime en 1975, l'exode des Chinois du Laos vers l'étranger est massif, les effectifs passant de 100 000 personnes avant 1975 à 10 000 personnes aujourd'hui [Rossetti 1997, p. 27]. La présence chinoise est néanmoins visible dans la capitale laotienne où de nombreux commerces du centre-ville sont tenus par des Chinois ou des Laotiens d'origine chinoise. L'appellation « quartier chinois » pour désigner une zone géographique composée de

plusieurs villages à Vientiane illustre bien cette réalité ; ce quartier abrite en outre un marché couvert, appelé communément marché chinois, où sont vendus des produits d'importation (DVD, meubles, électroménager, etc).

Aussi, du fait de la proximité du voisin thaïlandais et des aléas de l'histoire entre les deux pays, des individus d'origine thaïe vivent dans la capitale laotienne. Si certains d'entre eux se sont établis au Laos bien avant 1975 et sont restés sous la contrainte ou par choix au moment du changement de régime, il semblerait aussi que de nouveaux arrivants soient venus s'installer plus récemment dans la capitale, avec l'ouverture des frontières et l'adhésion du Laos à l'économie de marché, dans l'optique d'ouvrir un commerce ou de pratiquer des activités d'import-export (attirés par le potentiel commercial du Laos).

Avec la multiplication des programmes d'aide au développement soutenus par les ONG, les organisations internationales des Nations Unies et les coopérations bilatérales, Vientiane compte enfin une population croissante d'expatriés d'origine européenne, américaine, australienne et japonaise. La communauté française représentait par exemple en 2007, 1 300 résidents (Mission Economique, Laos).

La capitale laotienne est donc composée d'une population aux origines variées et dans ce contexte, nous avons voulu examiner si l'appartenance à un environnement culturel étranger influait sur les pratiques thérapeutiques des individus concernés.

Puisqu'un des critères de sélection des personnes enquêtées à Vientiane était un temps de résidence minimum de 5 ans dans la ville, les populations expatriées ont naturellement été écartées de notre échantillon d'étude, ces dernières restant en très grande majorité un temps inférieur à cette limite de temps. Notre réflexion concerne par conséquent les Laotiens d'origine thaïlandaise, vietnamienne et chinoise vivant à Vientiane.

Au cours de l'enquête domiciliaire, sur les 2042 adultes enquêtés, 25 ont déclaré avoir la nationalité vietnamienne, 4 la nationalité thaïlandaise et 10 la nationalité chinoise, effectifs qui sont donc relativement faibles. Comme l'a déjà souligné une équipe de chercheurs ayant fait des enquêtes dans la capitale laotienne, il est possible qu'il y ait eu sur cette question de la nationalité des sous-déclarations de la part de la communauté sino-vietnamienne peut-être en raison de motifs politiques et *« probablement pour éviter une forme de discrimination préjudiciable (scolarisation, accession à la propriété, etc.) »* [Cerise et al. 2004, p.18]. On peut en outre rapprocher cette réalité à la situation décrite par Florence Rossetti au sujet de la communauté chinoise : « *longtemps réprimés, les Chinois du Laos restent vigilants quant à leur affirmation identitaire face au pouvoir lao* » [Rossetti 1997, p.36].

Le critère de nationalité ne semble donc pas complètement fiable pour identifier l'appartenance d'un individu à un groupe culturel différent des Lao. En outre, les étrangers installés depuis plusieurs générations dans la capitale, ont pour beaucoup acquis la nationalité laotienne. Or parmi eux, beaucoup gardent un lien fort avec leur pays de provenance soit à travers la langue d'origine qu'ils continuent de parler, la célébration de fêtes traditionnelles (nouvel an chinois ou vietnamien) ou encore les modes alimentaires.

Ayant mis en évidence les limites du critère de nationalité et la prégnance des modes de vie liés au pays d'origine, nous avons ainsi construit une variable que nous qualifions *'d'origine étrangère'*,

combinant des informations collectées à l'échelle individuelle et au niveau des ménages. Cet indice, créé pour chacun des trois groupes culturels concernés (thaïs, vietnamiens et chinois), associe aussi bien des critères de nationalité (Q.20 et 21 du questionnaire ménage, annexe 5), que des éléments culturels : pratique de langues étrangères (Q.29 du questionnaire adulte, annexe 6), survivance de coutumes festives et/ou culinaires en lien avec le pays d'origine (Q. 30 et 31 du questionnaire adulte, annexe 6).

Grâce à cette variable et sur les 2028 adultes enquêtés à Vientiane, nous avons ainsi identifié 126 individus liés à un contexte culturel thaïlandais (6,2%), 253 personnes gravitant dans un environnement vietnamien (12,4%) et enfin 79 personnes de culture chinoise (3,9%).

Lorsqu'on analyse les mobilités de santé à la lumière de l'origine culturelle des individus (tableau 12), on observe que les Laotiens d'origine lao composent la majorité (64,3%) des patients transfrontaliers.

Tableau 12 – Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine culturelle à Vientiane, en valeur absolue

Origine culturelle des patients transfrontaliers (n=269)			
d'origine lao	d'origine thaïlandaise	d'origine vietnamienne	d'origine chinoise
64,3%	10,4%	16.4%	8,9%

Source : enquête Vientiane 2006

Néanmoins quand on rapporte les effectifs de patients aux effectifs totaux par groupe culturel, on réalise que les individus d'origine étrangère consultent en proportion plus en Thaïlande que les Laotiens d'origine lao (tableau 13). Quand 17,5% des adultes d'origine vietnamienne, 22,2% des adultes d'origine thaïlandaise et 30,4% des adultes d'origine chinoise ont en effet déjà consulté en Thaïlande, ils ne sont que 11% parmi les Laotiens d'origine lao. Cette tendance des Laotiens d'origine étrangère à avoir recours plus massivement en Thaïlande que les Laotiens d'origine laotienne est significativement différente[85].

Tableau 13 – Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine culturelle à Vientiane, en valeur relative

Proportion de patients transfrontaliers parmi les Laotiens				**Taux moyen**
d'origine lao (n=1570)	d'origine thaïlandaise (=126)	d'origine vietnamienne (n=253)	d'origine chinoise (n=79)	(n=2028)
11%	22.2%	17.4%	30.4%	13,2%

Source : enquête Vientiane 2006

[85] Nous n'avons pas d'information concernant le recours aux soins des Laotiens d'origine vietnamienne et chinoise respectivement dans leur pays d'origine ; néanmoins sur le plan logistique et financier, le recours en Thaïlande est plus facile à mettre en œuvre qu'en direction de ces deux pays (transport en avion) ; il est donc probable que les populations d'origine étrangère privilégient les établissements thaïlandais même si des liens familiaux persistant avec le pays de provenance.

Comment s'explique, en valeur relative, la prédominance étrangère parmi les patients transfrontaliers ?

Il était prévisible que les Laotiens d'origine thaïlandaise utilisent en plus grand nombre les structures de soins du pays voisin, où des membres de la parenté résident toujours et avec lesquels des liens sont probablement encore tissés. Cependant la surreprésentation plus inattendue des Laotiens d'origine vietnamienne et chinoise parmi les patients transfrontaliers soulève plusieurs interrogations : existe-t-il un facteur proprement culturel à l'origine des choix portés vers les établissements thaïlandais ? L'origine étrangère de ces derniers est-elle corrélée à d'autres déterminants de type économique ou social ?

L'examen des revenus, du niveau d'équipement et de la profession des individus d'origine étrangère donne quelques éléments de réponse à nos interrogations. D'après le tableau ci-dessous, on relève en effet que proportionnellement les Laotiens d'origine thaïlandaise, chinoise et vietnamienne ont des revenus plus élevés que les Laotiens d'origine laotienne. Disposant d'une capacité financière supérieure, ils seraient par conséquent plus disposés à franchir la frontière à la recherche d'un traitement adéquat.

Aussi les données collectées à Vientiane viennent confirmer l'idée communément répandue que les Vietnamiens et les Chinois participent aux activités de commerce dans la capitale : si 20% des chefs de ménage d'origine laotienne exerce une activité commerciale, ils sont un tiers parmi les chefs de ménage vietnamiens et plus de la moitié dans la communauté chinoise. Or, comme nous venons de le développer, ce groupe socioprofessionnel prend largement part aux recours transfrontaliers.

Tableau 14 – Niveau de revenus et activité professionnelle en fonction de l'origine culturelle des habitants de Vientiane

	Proportion de Laotiens			
	d'origine lao (n=1570)	d'origine thaïlandaise (=126)	d'origine vietnamienne (=253)	d'origine chinoise (n=79)
Qui gagnent plus de 100 US $ par mois	17%	24%	26.9%	26.6%
Dont le chef de ménages est commerçant	21.5%	23.8%	33.6%	53.2%

Source : enquête Vientiane 2006

Outre l'explication socio-économique, le recours des Laotiens d'origine étrangère peut aussi être saisi à travers des éléments de nature relationnelle et culturelle.

L'étude de Florence Rossetti sur les Chinois au Laos apporte quelques pistes de compréhension. L'auteur explique qu'avec la fermeture de la frontière lao-thaïlandaise, les échanges traditionnels entre les communautés sino-lao et sino-thai ont été interrompus. Puis avec la réouverture du Laos et l'autorisation d'un secteur privé par le gouvernement laotien, les collaborations ont repris dans les années 90. « *Les communautés chinoises des villes laotiennes en bordure du Mékong ont toujours entretenu d'étroites relations commerciales avec des parents installés sur la rive opposée. Aujourd'hui, ce courant d'échange traditionnel reprend entre Paksé et Ubon Ratchathani, Savannakhet et Mukdahan, Thakhek et Nakhon Phanom et enfin Vientiane et Nongkhai* » [Rossetti 1997, p.36]. Réactivés par les échanges commerciaux, les liens entre les deux communautés favorisent certainement aussi le partage

d'informations et peuvent ainsi contribuer à renseigner les groupes sino-lao sur l'offre de soins disponible en Thaïlande[86].

En dernier lieu, on peut aussi envisager que le double statut des Laotiens d'origine étrangère leur confère un plus grand détachement vis-à-vis des structures de soins nationales et par conséquent une plus grande liberté pour s'en distancier. Les entretiens réalisés avec des patients transfrontaliers, dont un certain nombre d'origine étrangère, apportent quelques éléments d'explication.

Lors d'une rencontre avec deux commerçants d'origine vietnamienne vivant dans le centre de Vientiane, nous avons pu relever une différence sous le rapport du discours construit autour des mobilités de santé. Alors que certains de nos interlocuteurs d'origine lao ont pu faire preuve d'une grande réserve au moment d'exposer les motivations de leur acte, ces deux personnes se sont illustrées par une parole moins retenue. Sans critiquer non plus ouvertement le système de soins laotien, ni faire un complet éloge des établissements thaïlandais, ces derniers n'ont cependant pas hésité à signaler les dysfonctionnements auxquels ils avaient été confrontés au cours de leurs expériences passées au Laos. Les récits de leur expérience transfrontalière se sont révélés très positifs et c'est sur ce point d'ailleurs que le contraste est apparu le plus grand en comparaison du discours tenu par la majorité des patients itinérants : malgré une satisfaction fréquemment réitérée, le jugement des structures thaïlandaises est très souvent en demi-teinte, les aspects positifs, quand ils sont exprimés, étant très souvent contrebalancés par des aspects moins flatteurs tels que la cherté des soins ou la dimension *'business'* du monde médical thaïlandais.

La parole recueillie au moment de ces deux entretiens nous a donc interpellés par l'indépendance des points de vue exprimés : le lien avec l'appartenance à une communauté étrangère n'a été établi que plus tard, mettant en lumière une relation plus distante par rapport aux structures de soins nationales et une forme d'objectivité dont peuvent parfois manquer les Laotiens d'origine lao. Nous verrons dans la dernière partie que l'instrumentalisation politique des recours transfrontaliers et le fait qu'ils soient de temps à autre condamnés en vertu du principe de préférence nationale expliquent en grande partie les difficultés narratives observées en entretien. Or il est permis de penser que les communautés étrangères vivant à Vientiane sont moins perméables à ces préceptes nationalistes, ce qui expliquerait ainsi leur plus grande adhésion aux mobilités de santé. Cette question du rapport qu'entretiennent les individus issus des communautés étrangères avec le système de soins laotien et thaïlandais, constitue une piste de recherche intéressante.

A Vientiane, le constat selon lequel les Laotiens d'origine étrangère se soignent en Thaïlande dans des proportions plus importantes que les Laotiens de souche, découle donc d'une combinaison de facteurs, le déterminant culturel étant en effet corrélé à des déterminants économiques et sociaux. L'origine culturelle des individus n'est donc pas déterminante en soi mais implique un environnement socio-économique et relationnel propice à la mise en œuvre de recours transfrontaliers.

[86] La circulation de l'information sanitaire et la dimension réticulaire des recours transfrontaliers sera détaillée dans le second chapitre de cette partie

- **Recours et statut ethnique : le cas de Kokluang**

Comme on l'a décrit précédemment, Kokluang est composé de plusieurs groupes ethniques : 52% des ménages appartiennent à l'ethnie lao et 48% sont issus des minorités ethniques. Dans ce contexte, il nous a paru intéressant d'analyser le recours aux soins en Thaïlande en fonction du statut ethnique des villageois.

Le tableau 15 montre que près des trois quarts des patients transfrontaliers identifiés au départ de Kokluang appartiennent au groupe ethnique majoritaire lao et se distinguent significativement[87] du recours des minorités ethniques.

Tableau 15 - Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine ethnique à Kokluang

Proportion de patients transfrontaliers		*p*
Appartenant à l'ethnie lao (n= 33)	Appartenant à une minorité ethnique (n= 30)	
74%	26%	0.000

Source : enquête villageoise 2006

De ce constat découle la question des raisons pour lesquelles les villageois des minorités ethniques utilisent moins les structures de soins thaïlandaises situées sur la rive opposée de Kokluang. Pratiquent-ils des thérapies traditionnelles qui les écartent des soins modernes ? Leur arrivée dans le village plus récente que les familles d'origine lao contribue-t-elle à une méconnaissance des structures thaïlandaises ? Notre court séjour dans le village ne nous permet pas de répondre à ces questionnements qui auraient mérité un examen approfondi du fonctionnement villageois et des interactions entre les deux groupes ethniques.

Toutefois, on a pu observer au cours de notre terrain que la composition ethnique de Kokluang se répercute dans l'organisation spatiale du village, qui est divisé en deux et se double aussi d'une fracture socio-économique : les familles issues des minorités ethniques sont visiblement plus pauvres, leur maison en moins bon état et les espaces communs plus sales que dans la partie du village habitée par les familles d'origine lao. D'après les enquêtes réalisées, tandis que 60% des familles lao vivent dans des maisons en bois, 90% des familles issues des minorités ethniques vivent quant à elles dans des maisons en matériaux mixtes et moins solides (photo 37) ; de la même manière, alors que 80% des premières ont des toilettes attenantes à la maison, 80% des secondes n'en ont pas.

[87] Le calcul du *p* est soumis ici à des effectifs faibles mais néanmoins supérieurs à 5.

Photo 37 – Des habitats contrastés dans le village de Kokluang

Source : A. Bochaton, novembre 2006.

A gauche : dans la partie ethnique du village, une maison construite en matériau mixte : bois, bambou, paille. A droite : dans la partie lao, une maison traditionnelle en bois.

Derrière la question ethnique, se cache en fait des réalités économiques distinctes très certainement à l'origine du différentiel observé en matière de recours aux soins en Thaïlande. Les mobilités de santé sont essentiellement le fait des habitants d'origine lao, ceux qui détiennent le pouvoir économique dans le village.

L'analyse des recours transfrontaliers à la lumière du capital culturel montre qu'il n'est pas un facteur déterminant en soi : si le niveau d'éducation n'influence pas l'usage des structures de soins thaïlandaises par les Laotiens (sauf à Sounantha), l'approche par la profession ou par l'origine culturelle des patients a néanmoins mis en évidence l'existence d'associations entre certains groupes et les recours transfrontaliers. Quand nous avons voulu développer les raisons pour lesquelles les commerçants, les Laotiens d'origine vietnamienne ou chinoise, ou encore les villageois d'origine lao à Kokluang, recourent proportionnellement plus en Thaïlande, la question de leur statut socio-économique est toujours apparue comme l'explication la plus évidente. Le capital économique semble donc au cœur des recours aux soins orientés vers la Thaïlande et constitue de ce fait l'objet de la prochaine sous-partie.

III - Le capital économique : passeport des mobilités ?

« *Les riches ne vont pas en prison et les pauvres ne vont pas à l'hôpital* » (« Phu hang mii bo khaw khuk, phuu thuk bo khaw hoong mo »).

Tel est le titre choc et très évocateur d'un article paru dans la revue électronique *New Mandala* et tiré d'un propos recueilli par l'auteur auprès d'un habitant de la petite ville de Vieng Xai[88] au Laos [High 2007]. Les inégalités d'accès aux soins au Laos comme dans de nombreux autres pays sont dans une large mesure liées aux revenus des patients. Une abondante littérature scientifique sur le recours aux soins a en effet mis en évidence tant dans les pays développés que les pays en développement l'influence du niveau de revenus des individus sur le fait de recourir ou non à des soins, sur le choix des lieux de consultation et in fine sur les états de santé [Ferland & Paquet 1995 ; Kunst & Houweling 2001 ; Richard 2001].

Si la question du capital économique a déjà été abordée par l'intermédiaire de l'étude de certains déterminants culturels, comme par exemple la profession du chef de ménage, nous traitons ici directement la question des revenus et du niveau de vie, en partant de l'hypothèse qu'avec l'élévation du niveau socio-économique des ménages, les chances de consulter en Thaïlande augmentent.

Recourir en Thaïlande nécessite en effet d'être en possession d'un petit capital, pas nécessairement considérable, mais suffisamment important pour que le malade (accompagné d'une ou plusieurs personnes) puisse se rendre à la frontière, payer les frais de traversée aux bureaux de l'immigration, accéder ensuite à la structure de soins sélectionnée en Thaïlande, payer la consultation, les médicaments et enfin faire le trajet de retour. Toutes ces étapes sont autant de postes de dépenses qui viennent plus ou moins peser dans le budget du recours même si nous verrons dans la dernière partie que le coût total (calculé d'après les expériences de certains patients) ne s'avère pas toujours si onéreux en comparaison des sommes payées au Laos. Sans aborder ici la question de la rationalité économique des soins transfrontaliers, le coût réel ou imaginé de ces derniers constitue toutefois un frein physique et psychologique à la mobilité des ménages pauvres et fait écho à l'affirmation suivante : « *les distances intra-urbaines sont fortement surestimées par les agents à faibles revenus, alors que cette déformation est moindre pour les autres catégories, plus mobiles car utilisatrices de modes de locomotion privés* » [Vigneron 2001, p.44].

Pour les personnes qui décident de consulter en Thaïlande, l'organisation du recours comprend d'anticiper le coût approximatif des soins et ensuite de réunir suffisamment de liquidités. Outre l'utilité objective de cette étape prévisionnelle, la collecte de fonds peut aussi s'avérer être une étape psychologique importante pour le patient et d'apaisement quant au déroulement de l'itinéraire. L'exemple de la propriétaire d'une maison à Vientiane dont l'histoire nous a été rapportée par un tiers, illustre nos propos. Madame M. se soigne régulièrement en Thaïlande et y conduit aussi de manière occasionnelle sa mère. Un jour, elle contacte ses locataires pour savoir

[88] Vieng Xai se situe dans la province de Houaphan au nord-est du Laos à proximité de la frontière vietnamienne (carte*/D2).

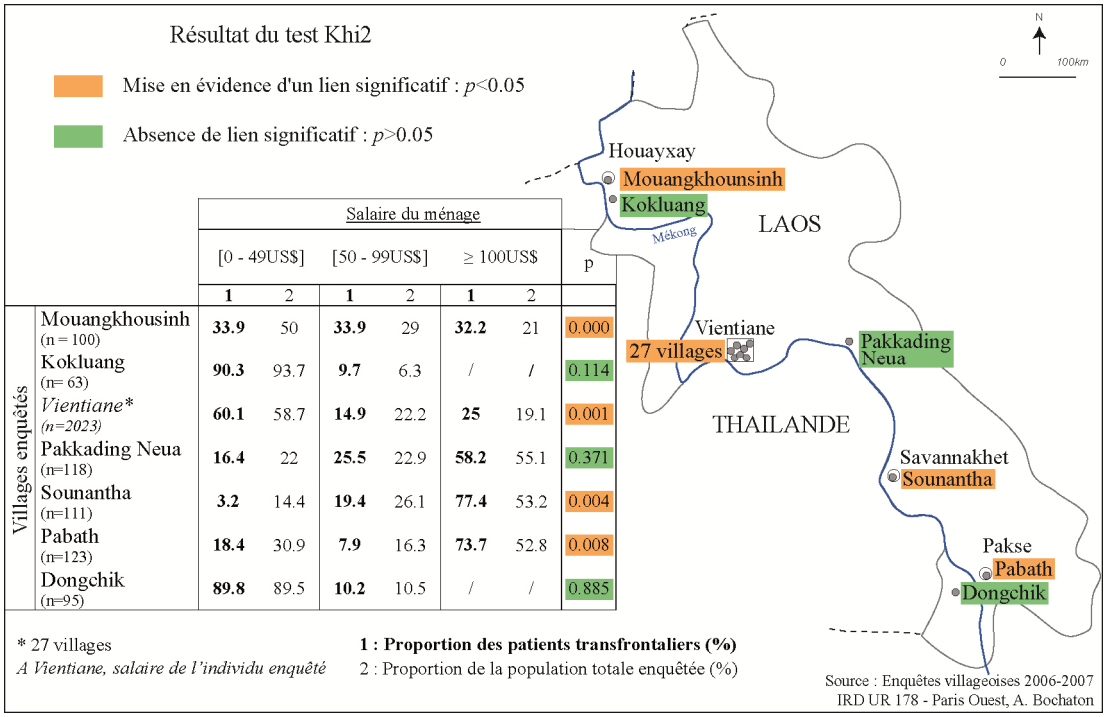
si ces derniers peuvent payer le loyer en avance de quelques jours en raison du voyage à Udon Thani qu'elle a prévu le lendemain pour faire examiner sa mère. Comme il s'agit d'une structure privée, elle préfère avoir suffisamment de liquidités sur elle en cas de frais imprévus, d'examens complémentaires à passer, etc. Cette anecdote montre combien la détention d'une somme d'argent relativement importante fait partie intégrante des préparatifs de recours et sécurise les Laotiens qui se dirigent vers les structures voisines. Si le montant - environ 600US$ - paraît, de notre point de vue, excessivement élevé par rapport aux tarifs pratiqués pour une consultation dans le privé, il est apparu que Madame M. désirait vivement être en possession de cette somme pour son périple du lendemain. Outre que la détention d'argent liquide en quantité suffisante a une fonction réelle (paiement de la consultation, des transports, achat de médicaments, etc.), il semble que passer de l'autre côté avec une somme plus importante que celle nécessaire revête aussi une fonction symbolique et psychologique : comme si la frontière, bien que traversée, conservait son rôle de barrière, isolant les patients de leurs repères et leurs ressources. Partir avec tout l'argent nécessaire les protégerait ainsi de tous les imprévus possibles.

Pour aborder l'influence du capital économique de manière synthétique, deux variables ont été sélectionnées : nous nous référons tout d'abord au revenu déclaré par les chefs de ménages au cours des enquêtes par questionnaire. Cette information qui permet une bonne entrée en matière, présente toutefois des limites. C'est pourquoi nous abordons ensuite la question économique à travers un indice synthétique, élaboré à partir de l'agrégation de plusieurs variables d'équipements et que nous appelons l'indice de niveau d'équipements.

A/ Une approche par le revenu

La variable déclarée sur le revenu mensuel est analysée à l'échelle du ménage pour les villages situés en province et à l'échelle individuelle pour Vientiane. Nous avons opté pour un découpage de la variable continue en 3 classes : moins de 50US$ par mois, entre 50 et 100US$ et enfin plus de 100US$ par mois. Le principe de l'analyse est de comparer la répartition des revenus dans la population totale enquêtée et parmi le panel de patients transfrontaliers (figure 47).

Figure 47 - Recours transfrontaliers et niveau de revenus : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Salaire du ménage [0 - 49US$] 1	[0 - 49US$] 2	[50 - 99US$] 1	[50 - 99US$] 2	≥ 100US$ 1	≥ 100US$ 2	p
Mouangkhousinh (n = 100)	**33.9**	50	**33.9**	29	**32.2**	21	0.000
Kokluang (n= 63)	**90.3**	93.7	**9.7**	6.3	/	/	0.114
Vientiane (n=2023)*	**60.1**	58.7	**14.9**	22.2	**25**	19.1	0.001
Pakkading Neua (n=118)	**16.4**	22	**25.5**	22.9	**58.2**	55.1	0.371
Sounantha (n=111)	**3.2**	14.4	**19.4**	26.1	**77.4**	53.2	0.004
Pabath (n=123)	**18.4**	30.9	**7.9**	16.3	**73.7**	52.8	0.008
Dongchik (n=95)	**89.8**	89.5	**10.2**	10.5	/	/	0.885

* 27 villages
A Vientiane, salaire de l'individu enquêté

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

Il existe une association statistiquement très significative (p<0,01) entre les recours transfrontaliers et le niveau de revenus des ménages dans 4 des 7 espaces frontaliers enquêtés : il s'agit de Mouangkhousinh, des 27 villages de Vientiane, de Sounantha et enfin de Pabath. Dans ces villages, la part des individus avec un salaire mensuel dépassant les 100 US$ est significativement plus importante parmi les patients transfrontaliers qu'au sein de la population totale.

Au contraire, dans les 3 autres villages enquêtés, aucun lien n'a pu être établi entre les mobilités et le revenu puisque la répartition des salaires des patients transfrontaliers suit approximativement celle des villageois.

Notre hypothèse de recherche n'est donc que partiellement confirmée : si le revenu apparaît bien comme un élément déterminant des recours au départ des villes laotiennes, il n'en est rien au départ des villages ruraux.

Dans le cas de Dongchik et de Kokluang, 90% des ménages gagnent moins de 50 US$ par mois et nul ne perçoit un revenu dépassant les 100 US$. D'un point de vue strictement salarial, les habitants de ces deux villages sont donc tous relativement pauvres et dans ce contexte le revenu n'apparaît pas comme un élément pertinent pour différencier les villageois entre eux ; il faudrait en effet tenir compte des produits agricoles cultivés, des équipements agricoles, des produits de la chasse ainsi que de la cueillette et c'est pourquoi nous abordons plus loin la notion de niveau d'équipements afin de saisir le capital économique des individus enquêtés en marge de l'information monétaire, finalement peu adaptée au contexte rural.

Aussi la variable revenu est relative en fonction du nombre de personnes vivant dans le ménage : en effet un ménage composé de 3 personnes et percevant 100 US$/mois n'est pas comparable à un ménage constitué de 8 personnes et percevant la même somme.

Enfin une dernière limite de l'approche par le revenu concerne plus globalement la qualité du recueil : si l'information a été collectée à l'échelle individuelle à Vientiane, les données des enquêtes provinciales concernent néanmoins l'ensemble du ménage, ce qui a probablement dû conduire à des estimations peu précises dans certaines familles où le nombre de membres était élevé. Et bien qu'elle soit individuelle, l'information recueillie à Vientiane n'est peut-être pas si fiable, les réponses des enquêtés ayant pu être faussées par des facteurs externes : il se pourrait en effet que certains riches citadins n'aient pas eu envie de révéler exactement le niveau de leurs revenus.

Il existe donc des éléments d'incertitude autour de la variable déclarative de revenus et c'est pourquoi nous souhaitons prolonger l'analyse concernant l'influence du capital économique par l'étude de données complémentaires.

B/ Indice de niveau d'équipements : une approche synthétique

La construction d'une typologie en fonction du niveau d'équipement des ménages s'est imposée au cours de l'analyse afin de compléter l'approche développée jusque-là. Doutant de la fiabilité et de la pertinence de la donnée sur le revenu obtenu sur déclaration du chef de ménage, nous avons en effet choisi de nous appuyer sur des variables objectives révélant le niveau d'équipement des ménages.

Le but est ainsi de construire une typologie, basée sur des attributs non monétaires dans une perspective multidimensionnelle, permettant de distinguer des groupes de catégories différentes.

• Construction d'une typologie des ménages en fonction du niveau d'équipements

Nous avons emprunté au mémoire de Mounia Lamrhari [2007], stagiaire à la représentation de l'IRD à Vientiane dans le cadre de sa licence « Data Mining » de l'université Paris 5, les techniques statistiques à mobiliser ainsi que le choix des variables (déterminé pour les ménages de Vientiane) afin de construire la typologie.

Deux méthodes d'analyse statistiques multidimensionnelles ont été successivement employées : tout d'abord une analyse des correspondances multiples (ACM) qui permet de rechercher des sous-espaces de faibles dimensions, ajustant au mieux le nuage de points des individus et le nuage de points des variables. L'ACM permet de transformer des variables qualitatives en variable quantitatives, ce qui autorise ensuite la réalisation d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) en utilisant les coordonnées factorielles de l'ACM. La classification consiste à regrouper divers objets (ici les ménages) en sous-ensembles d'objets (les classes).

Nous avons décidé de réaliser des typologies distinctes, en fonction de la spécificité des lieux d'enquête le long de l'espace frontalier lao-thaïlandais. Ce choix résulte des différences de conditions de vie existant entre le milieu urbain et le milieu rural laotien : par exemple un ménage dont le niveau de vie et d'équipement est perçu comme élevé dans un contexte rural, est considéré comme un ménage modeste dans un contexte urbain. Il nous a paru ainsi nécessaire d'identifier les ménages aisés des ménages plus pauvres dans chacun des contextes frontaliers étudiés afin de pouvoir ensuite étudier l'existence d'un lien entre le niveau de vie des ménages et le recours aux soins en Thaïlande de manière absolue.

Trois indices ont ainsi été crées pour trois types d'espaces distincts, recoupant la typologie des espaces frontaliers proposée en conclusion de la partie 2 :

- le premier indice concerne les espaces enquêtés à caractère urbain, regroupant les ménages des 27 villages étudiés à Vientiane, ceux du village Sounantha à Savannakhet et enfin du village Pabath à Pakse.

- la seconde typologie regroupe les ménages du village de Mouangkhounsin à Houaxay (province de Bokéo) et ceux de Pakkading Neua (province de Bolikhamsai) dont les caractéristiques sont mixtes, mêlant à la fois des éléments de l'urbain et des spécificités rurales.

- enfin la troisième typologie s'applique aux ménages des villages de Kokluang (province de Bokéo) et de Dongchik (province de Champassak) dont les caractéristiques sont strictement rurales.

Les variables retenues pour la construction de chacun de trois indices sont présentées dans le tableau ci-dessous : 8 variables ont été sélectionnées pour les espaces de type urbain et mixte et 9 pour les espaces ruraux.

Considérées comme pertinentes pour l'ensemble des contextes frontaliers étudiés, 4 d'entre elles, ont été employées pour l'élaboration des trois indices : il s'agit des matériaux de construction employés pour les murs de la maison, de la possession ou non d'un réfrigérateur, d'une moto et enfin de l'argent à disposition du ménage pour prendre en charge ou non une hospitalisation.

Tableau 16 - Variables sélectionnées pour réaliser les typologies sur le niveau d'équipement des ménages en fonction des espaces étudiés

<table>
<tr><th></th><th>Espaces urbains
27 vill. de Vientiane, Sounantha, Pabath
(n= 3166)</th><th>Espaces mixtes
Mouangkhousinh, Pakkading Neua
(n=218)</th><th>Espaces ruraux Kokluang, Dongchik
(n=158)</th></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="3">Matériaux de construction employés pour les murs de la maison :
Mixte / Dur / Bois / Végétal</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="3">Réfrigérateur : Avec / Sans</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="3">Moto : Pas de moto/Une moto/Deux motos/Trois motos et plus</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="3">Argent à disposition pour une hospitalisation : Oui / Non</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Machine à laver : Avec / Sans</td><td>TV : Avec / Sans</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">Voiture :
Pas de voiture/Une voiture/Deux voitures et plus</td><td>Vélo
Avec / Sans</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Climatiseur : Avec / Sans</td><td>Ventilateur : Avec / Sans</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Eau courante :
Avec / Sans</td><td>_</td><td>Types de toilettes
modernes / traditionnels/ Sans toilettes</td></tr>
<tr><td>9</td><td>_</td><td colspan="2">Pénurie de riz dans l'année ? Oui / Non</td></tr>
</table>

Cependant certaines variables, bien adaptées à un contexte spatial, ne le sont pas en dehors de ce contexte. Par exemple, alors que l'information sur la possession ou non d'un climatiseur renseigne bien sur le niveau de vie des ménages en milieu urbain et en zone mixte, cette variable n'est pas adaptée aux ménages enquêtés en milieu rural puisque aucun d'entre eux ne possède un tel équipement. Il nous a paru donc plus approprié d'utiliser la variable 'ventilateur' dans la typologie réalisée pour les deux villages ruraux.

Il en est de même pour l'accès à l'eau courante qui constitue un bon indicateur des conditions de vie d'un ménage en milieu urbain mais n'est pas valable dans les deux autres contextes géographiques où 3 des 4 villages enquêtés (Pakkading Neua, Kokluang et Dongchik) ne sont pas reliés au réseau d'eau.

Il a donc fallu adapter la sélection des variables aux spécificités des contextes géographiques afin que les indices réalisés soient les plus conformes à la réalité.

Les résultats de l'ACM sous forme de nuages de points représentant les variables actives ainsi que l'histogramme des valeurs propres correspondants sont présentés pour les espaces urbains uniquement en annexe 11.

Concernant les 3166 ménages enquêtés dans les espaces urbains, la classification a été réalisée à partir des 6 premiers axes factoriels de l'ACM, représentant 64% de l'inertie totale. Trois classes ont été retenues suite à l'examen de l'arbre hiérarchique, réparties ainsi : une classe de ménages aisés (31%), une classe de ménages intermédiaires (55%) et une classe de ménages pauvres (14%).

Pour les 218 ménages enquêtés dans des espaces mixtes, la classification a été construite à partir des 5 premiers axes factoriels, représentant ainsi 56% de l'inertie totale. Trois classes sont identifiées : une classe de ménages aisés (9%), une classe de ménages intermédiaires (61%) et une classe de ménages pauvres (30%).

Enfin concernant les 158 ménages enquêtés dans les deux villages ruraux, la classification a été construite à partir des 3 premiers axes factoriels, représentant ainsi 58% de l'inertie totale. Les trois classes sélectionnées sont : une classe de ménages aisés (21%), une classe de ménages intermédiaires (44%) et une classe de ménages pauvres (35%).

Si les trois typologies ont mis en évidence trois classes de ménages réparties de façon similaire (aisé/intermédiaire/pauvre), la classe des ménages aisés identifiée en zone urbaine est toutefois bien distincte de la classe des ménages aisés en zone rurale. La comparaison classe par classe et des comportements de recours transfrontaliers qui leur sont associés n'est donc pas envisagée. Nous analyserons plutôt les pratiques de recours transfrontaliers en fonction des lieux d'origine des patients.

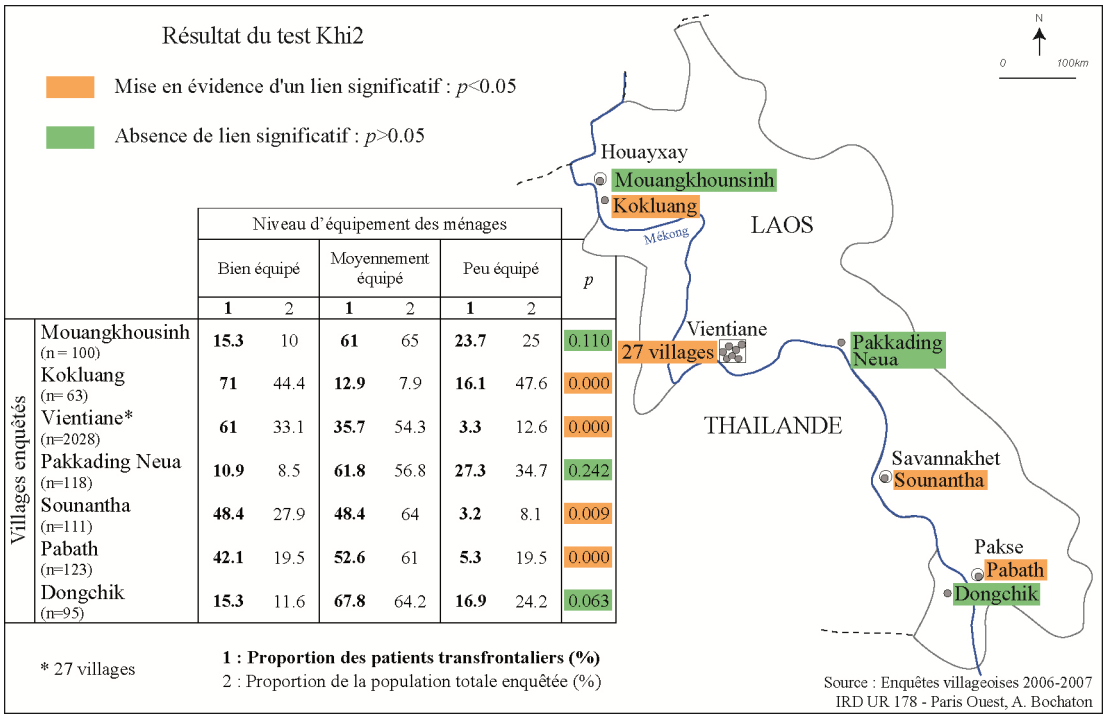
- **Analyse du lien entre le niveau d'équipements des ménages et le recours aux soins en Thaïlande.**

Une fois l'indice crée, nous analysons le lien qui existe entre le niveau d'équipement des ménages et le fait de se soigner ou non en Thaïlande (figure 48). On compare ainsi les proportions de chacune des trois classes d'équipement entre la population transfrontalière et la population totale. D'après le tableau, deux observations sont valables pour tous les villages enquêtés :

- La part des ménages bien équipés est toujours plus importante parmi les patients itinérants que dans la population en général.
- Les ménages peu équipés sont moins représentés parmi les patients itinérants.

Ces remarques vont donc dans le sens d'un lien entre le niveau d'équipement et les mobilités des Laotiens.

Figure 48 - Recours transfrontaliers et niveau d'équipements : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Néanmoins, d'après le test du khi2, une telle association est valable seulement dans quatre des sept villages étudiés : à Kokluang, dans les 27 villages de Vientiane, à Sounantha et à Pabath. En revanche, à Mouangkhousinh, Pakkading Neua et Dongchik, le niveau d'équipement des ménages n'apparaît pas comme un facteur déterminant des recours.

De Mouangkhousinh à Dongchik et en passant par tous les villages étudiés le long de la frontière, le capital économique n'influe pas sur les mobilités de santé de manière similaire. Les analyses nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

✓ Au départ des villes laotiennes jouxtant la frontière – Vientiane, Savannakhet, Pakse – le capital économique est un déterminant important des mobilités. Les patients transfrontaliers d'origine citadine sont relativement aisés en comparaison du niveau de vie de la communauté urbaine en général. Ce constat recoupe les observations faites précédemment au sujet du choix des structures par les Laotiens des villes frontalières, choix tourné presque exclusivement vers l'offre privée thaïlandaise et nécessitant un statut socio-économique élevé.

- ✓ A l'inverse, au départ des espaces ruraux situés à proximité de la Thaïlande, les recours transfrontaliers ne sont pas influencés par le capital économique des patients impliqués. Cette réalité vaut pour Pakkading Neua et Dongchik, où toutes les couches sociales (des ménages pauvres aux ménages aisés) sont représentées dans l'échantillon des patients itinérants. Cela coïncide avec le fait que les hôpitaux publics thaïlandais situés en face des provinces laotiennes agricoles captent l'essentiel des patients transfrontaliers. Les montants des consultations et des médicaments y sont relativement modérés et s'accordent mieux aux possibilités financières des agriculteurs laotiens.

Finalement, l'approche des recours transfrontaliers à travers la notion de capital économique met en lumière une société laotienne à deux vitesses.

D'un côté, les Laotiens des villes choisissent de se rendre en Thaïlande afin d'obtenir des soins rapides dans le cadre d'un service privé. Cette exigence nécessite d'avoir un minimum de revenus et s'inscrit plus largement dans de nouvelles pratiques de consommation liées à l'ouverture du Laos à l'économie de marché. Au départ des villes frontalières, le capital économique constitue véritablement le passeport des mobilités de santé.

De l'autre, les Laotiens vivant dans les marges rurales sont poussés vers les structures thaïlandaises du fait de l'absence et/ou les dysfonctionnements de l'offre de soins nationale et ce malgré de faibles revenus. Dans ce contexte, la démarche transfrontalière s'apparente plutôt à une démarche vitale de recherche de soins et s'oppose à la pratique telle qu'elle est envisagée par les riches citadins.

Mais si le capital économique ne détermine pas les mobilités de santé au départ des espaces ruraux (Pakkading et Dongchik), il convient alors d'examiner d'autres facteurs pouvant intervenir de manière significative dans le processus transfrontalier. Nous chercherons ainsi à déterminer si la communauté agricole laotienne développe, en marge de l'économie, d'autres types de capitaux à travers, par exemple, les réseaux sociaux et l'entraide villageoise.

Avant d'aborder la question du capital social, il convient tout d'abord d'examiner l'importance des formes spatiales du capital pour ces populations des bordures frontalières.

IV - Le capital spatial : maîtrise de l'espace transfrontalier

La notion de capital spatial, telle que nous l'entendons dans le cadre de notre recherche, est dans un premier temps définie pour pouvoir ensuite l'intégrer dans l'analyse des recours transfrontaliers : nous chercherons ainsi à identifier dans quelle mesure l'ouverture à l'étranger ainsi que les moyens de transports influent sur la conduite des recours en Thaïlande. Pour conclure, malgré les apports de la notion pour saisir les mécanismes des mobilités de santé, nous tenterons de faire apparaître les limites du capital spatial tel qu'il est parfois développé par certains patients transfrontaliers.

A/ Entre *'patrimoine'* et *'compétence',* fluctuations générationnelles

Après l'étude des recours transfrontaliers à travers les notions de capital culturel et de capital économique, nous proposons ici de filer l'approche sous l'angle géographique. « *Comme le capital social ou culturel, on peut proposer la notion de capital spatial, c'est-à-dire la capacité à accumuler des expériences, à les valoriser, à s'affranchir des cadres de proximité ; enfin à maîtriser l'information. Ce capital spatial dont l'élément central est la mobilité forme un système où s'articulent mouvement et stabilité* » [Fournier & Raoulx 2003 p.31]. Savoir utiliser et combiner divers moyens de transport, exploiter les expériences des lieux pratiqués ou traversés, connaître l'ici et l'ailleurs sont autant d'atouts et constituent une forme de capital qui permet de faire fructifier les autres dimensions du capital.

« Constitué par l'ensemble des moyens permettant de gérer à son avantage les problèmes de distance » [Lévy 1994, p.95], le capital spatial désigne les ressources à disposition d'un individu afin qu'il poursuive un objectif et se déplace de manière appropriée dans l'espace pour atteindre ce but. Dans le cadre de notre recherche, l'objectif commun à tous les patients transfrontaliers est d'atteindre une structure de soins située de l'autre côté de la frontière afin d'y être pris en charge et soigné. A travers cette notion spatialisée du capital, on fait ainsi référence à *« un espace que l'individu s'approprie globalement, par toutes sortes de mobilités, sans abolir les distances, mais en les maîtrisant »* [Ibid].

Partant du postulat que *« la familiarité des lieux entraîne une minimisation de la distance »* [Vigneron 2001, p.44 en référence aux travaux d'Isabelle Derognat], on pose l'hypothèse selon laquelle une bonne connaissance de l'espace limitrophe et la maîtrise des parcours menant de l'autre côté de la frontière constituent des déterminants importants des recours transfrontaliers. Puisque *« chaque acteur a sa cartographie mentale du système sanitaire et social, à partir de laquelle vont se construire les itinéraires personnels dans le système de soins »* [Fleuret & Séchet 2004 p.10], les déplacements répétés au sein du territoire thaïlandais posent des jalons dans les villes frontalières visitées, apportent une bonne connaissance des emplacements des lieux de soins et plus largement du fonctionnement du système de santé du voisin.

Le capital spatial d'un individu se construit autour de deux piliers : un *patrimoine* et des *compétences*, faisant écho à la distinction *capital hérité* et *capital acquis* émise par Pierre Bourdieu [Bourdieu 1979, p.88]. « *Un patrimoine de lieux, de territoires, de réseaux 'appropriés' d'une manière ou d'une autre et une compétence pour les gérer et pour en 'acquérir' d'autres* » [Lévy & Lussault 2003, p.124]. Dans notre cas d'étude, ces deux éléments structurants du capital spatial ne fonctionnent pas de manière homogène selon la génération considérée.

Plus qu'une connaissance héritée depuis des temps immémoriaux, les populations adultes vivant sur les berges du Mékong ont acquis une maîtrise de l'espace transfrontalier au gré des récentes expériences de traversées et de leur répétition dans le temps. La réouverture de la frontière lao-thaïlandaise est en effet relativement proche (milieu des années 80) et les infrastructures de liaison mises en place en différents points de passage sont nouvelles. Si bien des souvenirs de la période pré-1975 - où franchir le Mékong relevait du quotidien des frontaliers - sont encore présents dans les têtes, la fermeture du pays durant une dizaine d'années - où traverser était synonyme d'illégalité et représentait un danger - a néanmoins alimenté de nombreuses peurs réelles ou fantasmées. Dans ce contexte, les Laotiens ont donc dû reconstruire pas à pas les itinéraires qui les mènent chez leur voisin thaïlandais et les craintes cristallisées autour de la frontière ne semblent pas toujours dissipées d'après les témoignages rapportés ici ou là. L'histoire de Madame B. à Vientiane est en ce sens riche d'enseignement : trois ans plus tôt cette commerçante, à la tête d'une société de transport avec son mari, a voulu tester par simple curiosité la nouvelle navette reliant directement la capitale laotienne à Udon Thani. Pour ce premier voyage, elle est partie accompagnée de son jeune fils (âgé de 12 ans) car elle avait à cette époque très peur de se rendre seule en Thaïlande :

- *« c'était mieux d'y aller à deux car il faut faire attention aux voleurs. Et puis je portais un 'Sin'[89], alors on peut reconnaître que je suis laotienne et on peut me prendre mon argent, mes bijoux ».*

Suite à cet épisode, où notre interlocutrice a en quelque sorte pris ses marques en territoire thaïlandais, elle a ensuite renouvelé à plusieurs reprises ses visites médicales en Thaïlande en parcourant toute seule le chemin entre son domicile et les structures de soins :

- « *Paï Tai sabaï sabaï !* » : « *Aller en Thaïlande, ca va, c'est facile !* »

Dans cet exemple, ce n'est pas sur la base d'un héritage que s'inscrit la mobilité en Thaïlande, au contraire c'est l'expérience transfrontalière et son renouvellement dans la durée qui crée un patrimoine spatial et fonde à sa suite les bases d'une pratique transfrontalière plus libérée.

De manière plus systématique, l'ensemble de l'information collectée lors d'entretiens a mis en évidence ce mécanisme d'acquisition des compétences spatiales et d'appropriation des itinéraires au fur et à mesure des traversées. Ainsi lors de leur premier recours en Thaïlande, 44 des 55 patients rencontrés ont été accompagnés par une ou plusieurs personnes, dont des membres de la famille (36), des amis (9), des voisins (13) ou des collègues (2). Parmi les 11 patients partis seuls en Thaïlande, 9 avaient l'habitude de traverser régulièrement pour des raisons diverses telles que la gestion d'un business transfrontalier pour 5 d'entre eux. Lors du second recours en Thaïlande, parmi les patients accompagnés la première fois, 7 d'entre eux y sont ensuite retournés seuls pour un suivi médical ou une nouvelle consultation. Une fois l'expérience transfrontalière réalisée et vécue, le patient s'approprie l'espace frontalier et développe un capital spatial par la maîtrise des différents éléments de la traversée.

A l'inverse des adultes, la jeunesse laotienne a grandi dans un environnement relationnel plus apaisé vis-à-vis de la Thaïlande et où la perspective transfrontalière est intégrée aux pratiques

[89] Jupe traditionnelle laotienne

tant pour des activités de loisirs (tourisme, shopping, cinéma) que pour les études ou la recherche d'un emploi. Les itinéraires ré-explorés et réappropriés par leurs parents constituent pour les jeunes laotiens un héritage qu'ils peuvent aisément exploiter et adapter à de nouvelles formes de pratiques.

D'une classe d'âge à une autre, l'espace frontalier n'est ni perçu, ni vécu de la même façon. D'un côté dans l'esprit des adultes et des personnes âgées, la frontière porte encore les stigmates des tensions de l'histoire récente. De l'autre, les jeunes laotiens bénéficient de la transmission d'un patrimoine reconstitué par leurs parents et se familiarisent de ce fait de plus en plus tôt avec l'espace, la société et la culture du voisin thaïlandais. C'est pourquoi nous proposons ici l'expression de « *capital spatial générationnel* » qui fait écho à ces regards distincts sur la frontière et ses opportunités aux différents âges de la vie. Cette distinction intergénérationnelle a un impact manifeste sur la mise en œuvre des recours transfrontaliers et peut en partie expliquer le rôle moteur de la jeunesse laotienne dans la diffusion de la pratique auprès de ses aînés comme nous le développerons dans la partie sur les réseaux sociaux.

Pour aborder plus concrètement la question du capital spatial, nous utilisons plusieurs variables recueillies au cours des enquêtes et mises en perspective par des récits. Nous étudierons tout d'abord les habitudes des patients itinérants relatives à la fréquence de leurs allers-retours en Thaïlande dans le cadre d'activités extérieures à la santé. Nous chercherons ensuite à établir si le séjour à l'étranger d'un individu à l'occasion de ses études ou pour l'exercice d'un emploi rend plus aisé les mobilités de ce dernier ainsi que l'ensemble des membres de son ménage. Enfin nous tenterons d'établir s'il existe un lien entre la possession de moyens de transport personnels et les recours transfrontaliers ?

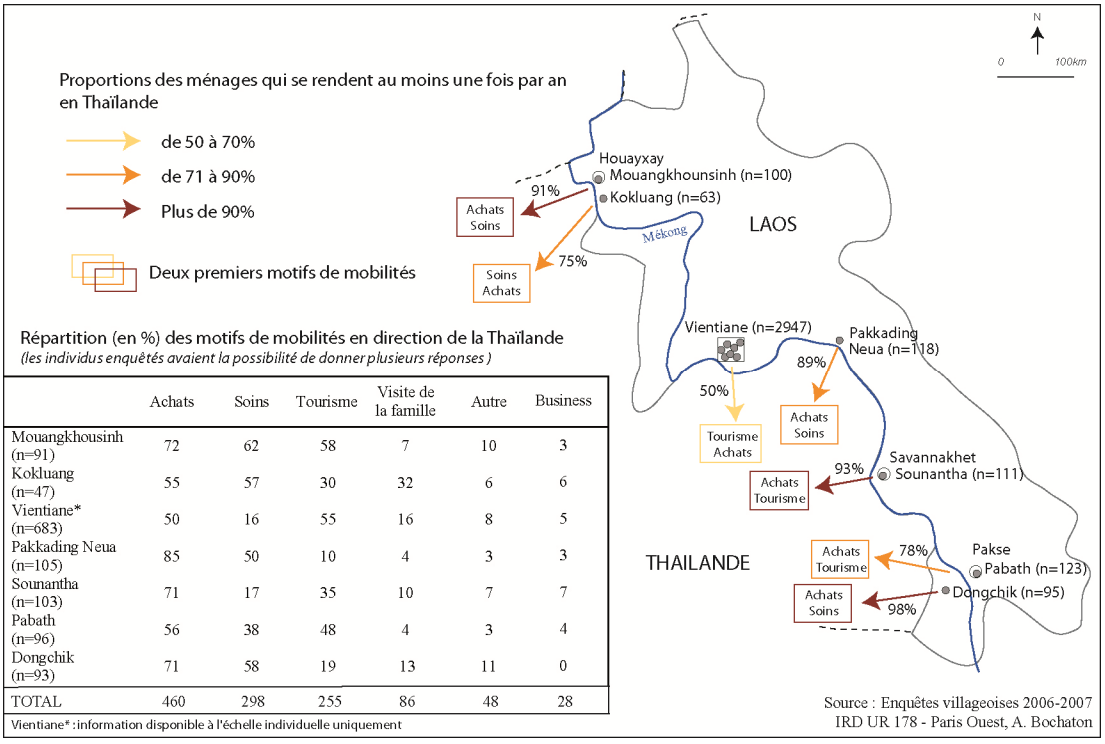
B/ L'ouverture sur l'extérieur

• Fréquence des traversées

« *La vie sociale nous apparaît comme un système d'habitudes* »
[Bergson]

Une manière d'aborder de manière relativement synthétique le capital spatial des Laotiens des confins, a été de questionner les sujets enquêtés sur le nombre de leurs allers-retours en Thaïlande et sur les raisons de ces déplacements transfrontaliers. Il s'agit ainsi de savoir si les Laotiens qui consultent en Thaïlande, se rendent par ailleurs de l'autre côté de la frontière pour des activités de loisir, du shopping ou du tourisme et si la répétition des traversées constitue un facteur déterminant des recours transfrontaliers.

Figure 49 - Volumes et motifs des pratiques transfrontalières au départ des confins frontaliers laotiens.



	Achats	Soins	Tourisme	Visite de la famille	Autre	Business
Mouangkhousinh (n=91)	72	62	58	7	10	3
Kokluang (n=47)	55	57	30	32	6	6
Vientiane* (n=683)	50	16	55	16	8	5
Pakkading Neua (n=105)	85	50	10	4	3	3
Sounantha (n=103)	71	17	35	10	7	7
Pabath (n=96)	56	38	48	4	3	4
Dongchik (n=93)	71	58	19	13	11	0
TOTAL	460	298	255	86	48	28

Vientiane* : information disponible à l'échelle individuelle uniquement

La figure 49 présente les proportions des ménages frontaliers qui se rendent au moins une fois par an en Thaïlande ainsi que les différents motifs de leurs traversées par ordre décroissant : le shopping, les soins, le tourisme, les visites familiales et le business. Le pourcentage des ménages qui réalisent ces voyages, varie de 50% à Vientiane à 98% à Dongchik. Il ressort donc que les populations frontalières sont très perméables à l'influence thaïlandaise, sa société de consommation, ses infrastructures modernes surtout au départ des zones provinciales où plus des ¾ de l'ensemble des ménages enquêtés se rendent régulièrement de l'autre côté de la frontière. Le plus faible taux observé à Vientiane, bien que relatif puisque la moitié des ménages est tout de même concernée par les passages réguliers du pont de l'Amitié, peut s'interpréter par le fait que la capitale laotienne offre plus de produits et de services que les autres villes laotiennes. Le développement rapide de la première ville du pays et le foisonnement de commerces et d'étals de marché, dont beaucoup sont approvisionnés en Thaïlande, semble donc contenir plus qu'ailleurs une partie de la population dans les limites nationales.

'Faire des achats' apparait comme le moteur principal des traversées des Laotiens vers le pays voisin. Mais entre les citadins de Vientiane et les habitants de Kokluang ou de Dongchik, il est certain que les produits achetés ne sont pas les mêmes. Si les premiers se dirigent essentiellement vers les centres commerciaux de Nong Khai et d'Udon Thani pour acheter vêtements, produits de beauté, magazines ou pour aller au cinéma, les seconds se rendent avant tout sur les marchés locaux dans le but d'acheter de la nourriture et des produits ménagers vendus moins chers qu'au Laos.

Les activités touristiques représentent le second motif de traversée des urbains de Vientiane, Savannakhet et Pakse : parmi ces activités de loisir, on compte des visites de sites réputés comme par exemple des pagodes, la participation à des fêtes traditionnelles bouddhiques, ainsi que des séjours à Bangkok ou sur les îles au sud du pays, ceux-ci étant surtout à l'initiative de la

jeune génération. Dans les villages à composante rurale, les soins apparaissent comme le second motif des mobilités des frontaliers.

Une fois encore, l'opposition des pratiques entre les Laotiens des villes et ceux des campagnes est manifeste, les uns cherchant en Thaïlande les nouveautés d'un monde moderne, les autres visant simplement à accéder à des biens de consommation courants peu onéreux et au droit fondamental qu'est la santé. A l'image de ces différentes quêtes d'un point à l'autre de la frontière, la société laotienne apparaît de toute évidence duale.

Après avoir identifié les ménages qui ont l'habitude de se rendre régulièrement en Thaïlande pour divers motifs, nous avons cherché à mettre en lien ces pratiques de traversée avec les recours transfrontaliers.

Dans l'ensemble des villages enquêtés en province, l'intégralité des ménages ayant un ou plusieurs membres soignés en Thaïlande se rend par ailleurs régulièrement en Thaïlande pour des activités annexes (100%). A Vientiane, 83% des patients transfrontaliers appartiennent de la même façon à un ménage dont les membres franchissent régulièrement le pont de l'Amitié. Les allers-retours entre les deux pays conditionnent donc grandement le fait de se soigner en Thaïlande, l'habitude créant les conditions favorables des recours, soit parce qu'elle permet de prendre connaissance des structures de soins situées de l'autre côté, soit parce qu'elle rassure les frontaliers sur les usages des transports, les procédures d'immigration, etc. Sauf cas exceptionnel, quand il s'agit par exemple d'une urgence médicale qui prend au dépourvu le malade et ses proches et ne laisse pas le temps d'organiser la traversée, les recours transfrontaliers s'inscrivent généralement dans un système d'habitudes et ne sont pas des actes isolés.

Il est courant d'ailleurs que les patients profitent de leur recours en Thaïlande pour aller faire quelques courses avant de faire le trajet de retour chez eux. Certains même choisissent leur date de consultation en fonction des jours de marché, comme nous l'ont rapporté deux patients de Mouangkhousinh, ayant tous deux fixé leur rendez-vous le vendredi, jour du grand marché de Chiang Khong.

Si l'habitude de passer la frontière pour diverses raisons alimente le capital spatial des frontaliers et conditionne en partie les recours aux soins en Thaïlande, ceux-ci contribuent de la même façon à enrichir ce capital et facilitent ainsi toujours plus l'ouverture vers le pays voisin.

- **Habiter à l'étranger**

L'ouverture sur l'extérieur passe aussi par des séjours de relative longue durée dans un pays étranger, la vision du monde des personnes concernées s'en trouvant inévitablement changée. Dans cette optique, nous avons voulu savoir si les individus ayant séjourné plus de 3 mois à l'extérieur du Laos, pour des raisons professionnelles, des études ou même dans le cadre d'un voyage, étaient plus aptes à se soigner dans des structures de soins thaïlandaises.

Le tableau ci-dessous résume l'information collectée à Vientiane et met en évidence l'existence d'une association statistiquement positive entre le fait de séjourner à l'étranger et les recours aux soins en Thaïlande. Alors qu'un tiers des patients transfrontaliers adultes identifiés à Vientiane ont déjà séjourné à l'étranger, cette proportion s'élève seulement à 23% de la population totale enquêtée, l'écart entre les deux étant par conséquent significativement différent.

Tableau 17 - Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur expérience à l'étranger, Vientiane

Parmi les patients transfrontaliers (n=2 028), proportions d'adultes		*p*
ayant séjourné plus de 3 mois à l'étranger	n'ayant jamais séjourné à l'étranger	
33.5 %	66.5%	0.000

Source : enquête Vientiane 2006

A travers cet exemple pris à Vientiane, on prend conscience que les Laotiens qui quittent les structures nationales, ont pour une large part une connaissance de l'étranger à travers un long séjour en Thaïlande ou dans un autre pays. Ainsi à partir du moment où la frontière est franchie une première fois pour des raisons professionnelles, universitaires ou touristiques, il semblerait que les difficultés réelles ou construites autour de la pratique transfrontalière soient fortement atténuées. La connaissance de l'étranger, la confrontation à des modèles de société distincts contribuent ainsi à relativiser les différences de fonctionnement prévalant à l'étranger et parallèlement à favoriser des interactions avec l'Autre.

Dans le même esprit, nous avons interrogé les ménages enquêtés en province au sujet de l'exercice d'un emploi régulier d'un ou plusieurs de ses membres en Thaïlande. Les effectifs concernés par des activités transfrontalières se sont toutefois révélés trop faibles pour pouvoir les analyser.

C/ Le rôle des moyens de transport

La possession d'un ou plusieurs véhicules reflète d'une part le niveau socioéconomique des personnes (nous avions en effet intégré l'élément transport dans notre indice d'équipement) et représente d'autre part un élément facilitateur des mobilités. En effet, le capital spatial d'un individu s'élabore, se développe ou se rétrécit au gré de l'acquisition ou la perte de moyens de transports personnels et de la capacité ou non de les conduire. De nombreux auteurs se sont intéressés aux diverses formes d'influence qu'exerce le mode de locomotion sur les processus de perception affectant l'appréciation subjective de la distance et par conséquent la pratique de l'espace [Derognat 1990 ; Bailly 1984].

De ce point de vue, les recours transfrontaliers seraient donc principalement investis par des individus dont le ménage possède un véhicule.

Le tableau ci-dessous présente les principaux moyens de transport utilisés par les patients transfrontaliers vivant à Vientiane : la voiture arrive en tête des moyens de locomotion utilisés (44% des recours transfrontaliers), suivie des bus (37%) dont plusieurs navettes quotidiennes sont assurées avec Nong Khai et Udon Thani. La possession d'un transport personnel joue certes un rôle important dans la mise en œuvre des itinéraires au départ de Vientiane mais on constate que les transports collectifs viennent pallier efficacement l'absence de moyens de locomotion privés au sein de certains ménages.

Tableau 18 – Moyens de transport utilisé pour se rendre dans une structure de soins en Thaïlande, Vientiane

« *Par quel moyen de transport êtes vous allé là-bas?* » (n=269)	
Voiture	44%
Bus	37%
Touk touk	11%
Ambulance	2%
Avion	1%
Autres	4%

Source : enquête Vientiane 2006

Les données des enquêtes permettent de prolonger l'analyse et de comparer l'usage des transports personnels entre les différents lieux étudiés.

A Vientiane et à Pabath, nous étudions la relation entre le fait d'avoir une voiture et de recourir en Thaïlande. A Dongchik, ce lien est examiné à travers la possession d'une moto. Enfin à Kokluang et à Pakkading Neua, nous verrons si la disposition d'un bateau personnel influe ou non sur les traversées du Mékong.

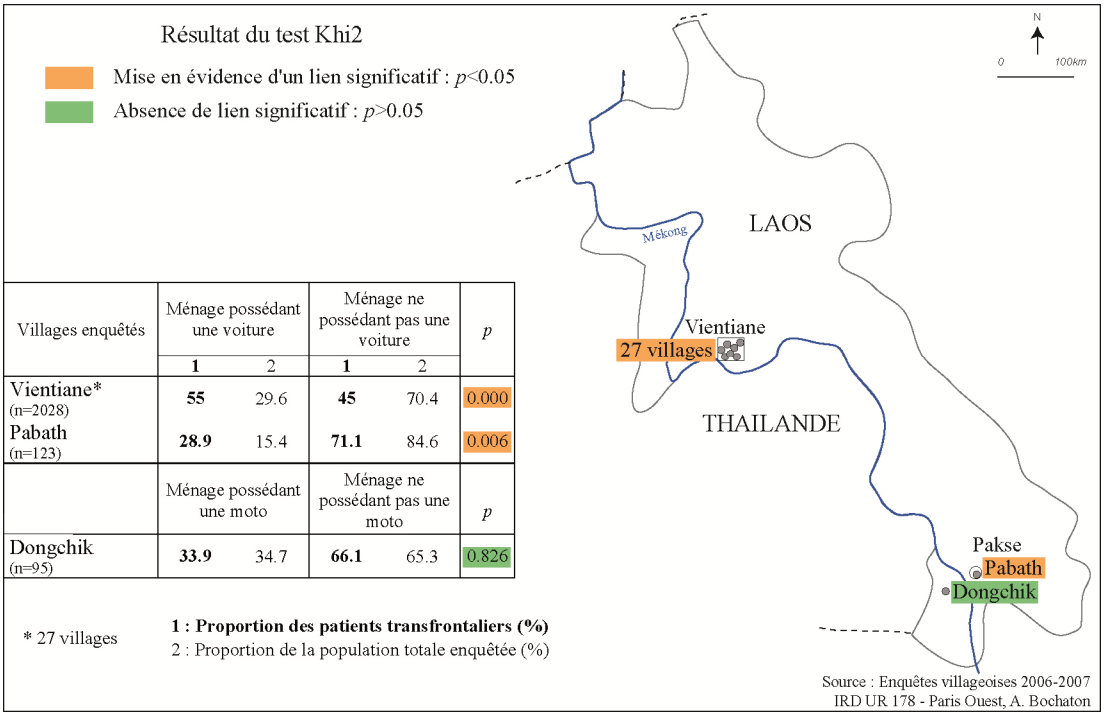
Puisque l'unique façon de se rendre en Thaïlande depuis le village de Mouangkhousinh est de prendre une navette sur le Mékong, la question du transport personnel n'est pas abordée dans cet espace. Il en est de même pour le village de Sounantha car bien qu'un pont relie Savannakhet à Mukdahan, nos enquêtes se sont tenues un mois seulement après son inauguration et ne nous ont pas permis d'évaluer l'impact réel de la nouvelle infrastructure sur les mobilités des habitants motorisés de Sounantha.

- **Voiture et/ou moto**

Dans un pays en développement comme le Laos, la voiture est un signe extérieur de richesse fort. Avec le développement des activités à Vientiane et l'enrichissement d'une partie de sa population, on a assisté en quelques années à l'essor rapide de l'automobile dans la capitale et plus notablement encore à la croissance effrénée du nombre de pick-up, 4×4 et autres grosses cylindrées. Au-delà du signifiant, ces véhicules rendent-ils leurs propriétaires plus mobiles ?

Il ressort de la figure 50 qu'il existe à Vientiane et à Pabath une association statistiquement très significative ($p<0,01$) entre les recours transfrontaliers et le fait de posséder une voiture au sein de son ménage. Alors que les ménages motorisés représentent 30% de la population totale enquêtée à Vientiane, ceux-ci représentent en revanche 55% des ménages investis dans un recours transfrontalier. De même à Pabath, la proportion des ménages possédant une voiture est deux fois plus importante chez les patients itinérants (29%) que dans la population en général (15%).

Figure 50 - Recours transfrontaliers et possession d'un véhicule (voiture, moto) : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Ménage possédant une voiture		Ménage ne possédant pas une voiture		p
	1	2	**1**	2	
Vientiane* (n=2028)	**55**	29.6	**45**	70.4	0.000
Pabath (n=123)	**28.9**	15.4	**71.1**	84.6	0.006
	Ménage possédant une moto		Ménage ne possédant pas une moto		p
Dongchik (n=95)	**33.9**	34.7	**66.1**	65.3	0.826

* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

L'automobile influence donc les mobilités de ses détenteurs, ce qui peut être interprété de deux façons complémentaires : on peut en effet aborder le rôle de la voiture sous l'angle des distances métriques sans oublier néanmoins de compléter par une approche à travers les distances mentales.

Le fait de posséder un véhicule privé réduit considérablement les temps de parcours et agit par là sur la perception de l'espace et des distances entre deux localités : en effet *« plus le mode de locomotion est rapide et plus les distances parcourues sont sous-estimées »* [Stransky 1991, p.58]. L'auteur ajoute en outre, qu'*« en termes de vision procurée par le déplacement, un trajet procurant des vues 'agréables' tend à raccourcir mentalement celui-ci »*.

Dans notre contexte d'étude, plus que les images et les paysages aperçus au gré du voyage, il nous semble que le confort et le sentiment de sécurité éprouvé au cours du trajet contribuent grandement à réduire les distances au-delà de la frontière et le fait de circuler à bord de son propre véhicule participe d'une telle impression.

– En 2000, monsieur M., atteint de tuberculose, a été hospitalisé plusieurs semaines à l'hôpital public de Tabo, situé en face de Vientiane. De condition relativement modeste, il a de la famille à Nong Khai, dont un jeune frère qui l'a aidé tout au long de ses démarches de soins en Thaïlande. Parmi la description des différentes étapes de son recours, ce dernier a insisté sur le fait que son frère était venu le chercher directement chez lui en voiture, un pick-up Hilux nous précise-t-il, pour le conduire ensuite à l'hôpital de district de Tabo.

Bien qu'anodine, cette remarque met l'accent sur l'importance du rôle de la voiture dans la facilitation transfrontalière autant d'un point de vue logistique que psychologique. Traverser le

pont de l'Amitié à bord de sa voiture est une démarche autonome qui ne nécessite pas d'avoir à se confronter à l'environnement immédiat ni à interagir avec des personnes étrangères. La voiture fait symboliquement écran entre les passagers et le monde extérieur et cet écran prend d'autant plus de valeur que l'action prend place dans un pays étranger et dans un contexte de « crise » où l'un des passagers est aussi un malade en quête de soins.

Au contraire, on a pu relever auprès de certains patients itinérants que le fait de changer une ou plusieurs fois de transports au cours de l'itinéraire peut être un réel facteur de stress. En effet, même s'il existe à l'heure actuelle de nombreuses navettes directes entre le Laos et la Thaïlande, les passagers sont néanmoins obligés de prendre un transport (souvent un touk touk) pour se rendre à la station de bus afin de rejoindre la structure de soins depuis l'arrêt de la navette. De même pour les traversées en bateau sur le Mékong, les voyageurs doivent au préalable se rendre à l'embarcadère et ensuite trouver un moyen de transport du débarcadère situé en Thaïlande. Le cumul de ces différentes étapes, nécessitant de multiplier les contacts avec différents transporteurs, conduit à un processus de segmentation de l'itinéraire et peut s'avérer être un obstacle surtout en territoire thaïlandais, où l'inexpérience des transports locaux est source d'appréhension.

Pour éviter de tels désagréments, certains Laotiens n'hésitent pas, une fois la frontière franchie, à louer une voiture afin de gagner sereinement l'établissement de soins choisi. Deux patientes rencontrées à Vientiane et toutes deux soignées à l'hôpital universitaire de Khon Kaen ont ainsi opté pour cette démarche.

Dans le même esprit, une gérante d'une société de bus de la capitale qui se rend fréquemment à Udon Thani pour ses affaires et sa santé, a depuis quelques temps des allergies que les médecins d'Aek Udon ne parviennent pas à traiter. Comme elle a entendu parler d'un service dédié aux allergies à Khon Kaen, elle projette d'y aller dans un futur proche. Alors qu'elle utilise une navette pour faire les allers retours entre son domicile et Udon Thani, elle explique que pour se rendre à Khon Kaen « *c'est plus compliqué* » : il faut un passeport[90], il faut être accompagné d'une personne qui connait la ville et enfin il faut une voiture. Il existe pourtant un bus qui circule plusieurs fois par jour entre Nong Khai et Khon Kaen mais il semblerait que, passé une certaine distance kilométrique (Khon Kaen se situe à plus de 150 km de la frontière), la voiture devienne la condition *sine qua non*.

Les résultats des enquêtes et les récits des patients mettent donc en lumière le pouvoir tant fonctionnel que suggestif de la voiture sur les pratiques territoriales des patients itinérants.

A l'opposé de la situation décrite à Vientiane et à Pabath, la possession d'une moto n'intervient pas sur les mobilités des habitants de Dongchik, comme nous l'a indiqué la figure 50. Pour comprendre cette situation, les entretiens se sont révélés de bons indicateurs des pratiques spatiales des villageois. Dongchik est situé à environ deux kilomètres de la route principale qui mène au poste frontière de Chong Mek ; les villageois peuvent la rejoindre facilement à pied puis arrêtent les taxis collectifs en provenance de Pakse afin de parcourir la dizaine de kilomètres qui les sépare de la Thaïlande. De plus, des formes de covoiturage à moto – *comotorages* – se mettent en place entre les habitants pour les déplacements vers le marché situé de l'autre côté de la frontière.

A défaut de moto (2/3 des villageois n'en possèdent pas), les habitants de Dongchik ont donc inventé d'autres stratégies de déplacements qui leur permettent d'intégrer pleinement les mobilités transfrontalières à leurs pratiques territoriales.

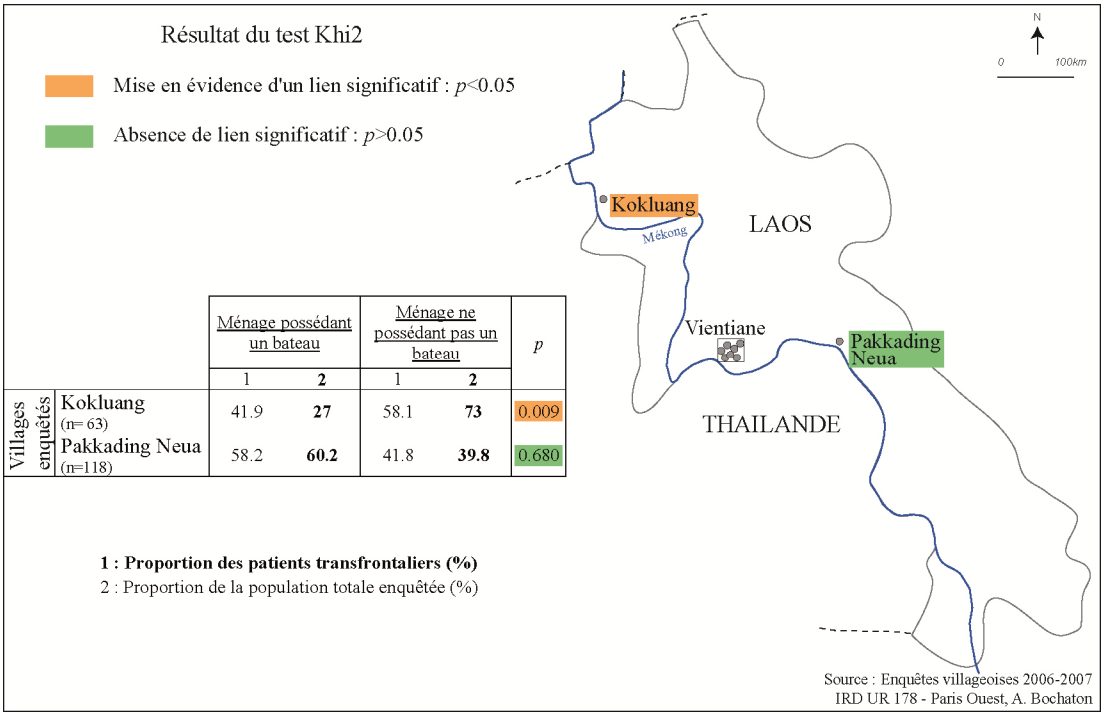
[90] Les Laotiens peuvent se rendre à Nong Khai et Udon Thani munis d'un pass frontière uniquement qui facilite les procédures administratives à l'immigration.

A travers l'étude du rôle d'une part de la voiture et d'autre part de la moto sur les mobilités de santé, on observe des pratiques de l'espace transfrontalier bien différenciées ; si les mobilités de santé au départ des villes laotiennes se caractérisent par une recherche d'autonomie vis-à-vis du moyen de transport, les itinéraires au départ de Dongchik font plus appel au collectif et au système de débrouille. Il nous semble que ces différences d'usage des transports privés entre les ruraux et les citadins recoupent celles précédemment observées concernant les modalités de recours de chaque groupe, les premiers se rendant majoritairement dans le public (concordance entre la recherche de soins de qualité et des bas coûts) et les seconds dans le privé (recherche d'un service rapide et privilégiant la prise en charge individuelle).

- **Bateau**

Là où le Mékong fait frontière et où aucun pont n'est construit, les traversées s'effectuent à bord d'un bateau. L'analyse de la relation entre le fait de posséder un bateau et recourir en Thaïlande (figure 51) révèle deux situations opposées à Kokluang et à Pakkading Neua. Si posséder un bateau influence significativement les mobilités de santé au départ du premier village, il n'en est rien pour le second.

Figure 51 - Recours transfrontaliers et possession d'un bateau : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Ménage possédant un bateau		Ménage ne possédant pas un bateau		p
	1	2	1	2	
Kokluang (n= 63)	41.9	**27**	58.1	**73**	0.009
Pakkading Neua (n=118)	58.2	**60.2**	41.8	**39.8**	0.680

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

La différence vient sans aucun doute du fait qu'il n'existe pas à Kokluang, à la différence de Pakkading Neua, un système de navettes fluviales sur le Mékong. Les villageois sont donc contraints d'utiliser leur propre bateau pour passer de l'autre côté ou bien, s'ils n'en possèdent pas, de solliciter l'aide d'un parent ou d'un voisin. A Pakkading Neua, la circulation de navettes à

différentes heures de la journée simplifie grandement le franchissement du fleuve, le recours n'ayant pas nécessairement besoin d'être préparé à l'avance. La présence ici et l'absence là d'une liaison transfrontalière conduisent donc à des formes de déplacements spécifiques qui peuvent à terme conditionner le type de patients consultant dans les établissements de soins thaïlandais.

Outre l'information sur le capital économique, les moyens de transports participent de la construction du capital spatial des individus et facilitent dans une très large mesure et en différents points de passage de la frontière les recours transfrontaliers. Qu'il soit matériel et/ou psychologique, l'apport des véhicules personnels est donc essentiel à la mise en œuvre des recours, confirmant ainsi l'idée d'une reproduction des inégalités de la sphère sociale à la sphère thérapeutique. Quelques exceptions existent cependant : à Dongchik, les habitants pallient l'absence de transports personnels par des formes d'entraide motorisée ou d'autres stratégies de mobilités, qui combinent la marche et les taxis collectifs. Et plus généralement l'expansion des navettes transfrontalières fluviales et routières contribue peu à peu à modifier les habitudes de déplacements des frontaliers. Ainsi on a pu constater que si les Laotiens débutent en règle générale leur itinéraire à bord d'un transport personnel, ils sont nombreux ensuite à poursuivre les allers-retours avec la Thaïlande à bord de transports collectifs.

Nous avons rencontré à Pakse un homme d'origine vietnamienne, âgé de 72 ans, qui se rend régulièrement à Ubon Ratchatani pour traiter son diabète et son hypertension. La première fois qu'il a été soigné à Ubon, c'était dans le cadre d'une urgence médicale (début d'attaque cérébrale) et son fils l'a conduit en voiture afin de ne pas perdre un temps précieux dans les transports. Au moment de l'entretien, le vieil homme continuait de se rendre tous les trimestres à l'hôpital thaïlandais non plus en voiture mais seul et à bord de la navette directe qui relie les deux villes. La situation, plutôt inattendue pour un homme de cet âge, découle de la réunion de plusieurs facteurs : le tarif peu onéreux du transport (autour de 20 000 kips, soit 2 euros pour parcourir plus de 100km), la possibilité pour le fils de continuer son activité commerciale le temps du recours de son père et pour ce dernier aucune contrainte quant à la multiplication de différents moyens de transports.

Les transports collectifs entre les deux pays entraînent des changements dans les pratiques spatiales des frontaliers et on peut envisager que leur multiplication en différents points de passage va rendre accessible à un plus grand nombre de personnes l'espace thaïlandais et ses équipements. La reproduction des inégalités dans la pratique transfrontalière, conditionnée entre autre par la possession de véhicules privés, pourrait-elle être atténuée par l'émergence des transports collectifs ? Il nous manque certes le recul nécessaire pour répondre par l'affirmative mais on peut déjà envisager que les recours tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui, vont subir d'importants changements dans les prochaines années.

D/ Des limites du capital spatial

L'apport du capital spatial est important pour comprendre la construction des recours transfrontaliers. Cependant, on a pu cerner les limites de cette notion à travers les récits et les pratiques de certains patients itinérants.

Comme nous l'avons développé plus haut, les Laotiens qui se soignent en Thaïlande, ont par ailleurs l'habitude de s'y rendre pour des raisons annexes. Au cours de ces brefs passages de l'autre côté de la frontière, ces derniers capitalisent des repères et des trajectoires entre leur domicile et les villes voisines. Mais si les patients transfrontaliers semblent a priori bien maîtriser les parcours d'une rive à l'autre du Mékong, les entretiens réalisés avec ces derniers mettent en

évidence le caractère parfois figé des circuits empruntés et soulignent finalement leur maîtrise partielle du territoire transfrontalier. Nous avons ainsi réalisé que certains patients reproduisaient à l'identique les itinéraires transfrontaliers, ne sortant absolument pas des sentiers connus et exprimant même parfois une appréhension à devoir changer l'orientation de l'itinéraire.

Nous avons cité précédemment l'exemple de cette patiente, qui, lors de son premier recours en Thaïlande, était accompagnée de son jeune fils (elle avait alors peur de s'y rendre seule) puis a continué les allers-retours toute seule, toujours à Aek Udon. Elle rapporte qu'elle trouve très facile de se rendre dans cet hôpital, elle prend le bus du centre-ville de Vientiane jusqu'au centre-ville d'Udon Thani, puis une fois là-bas un touk touk la conduit en moins de 5 minutes à l'hôpital. Si on s'en tient à cette description, la patiente donne l'impression de bien maîtriser son itinéraire et tel est effectivement le cas. Lorsque nous lui demandons si elle a essayé d'autres structures de soins, elle rapporte qu'elle est allée une fois à l'hôpital Wattana à Udon Thani mais elle n'y est pas retournée car elle trouve que c'est loin de la station de bus et elle a peur de prendre un touk touk toute seule trop longtemps. Concernant le Wattana à Nong Khai, elle n'a jamais essayé car cela semble plus difficile : il lui faudrait prendre sa voiture, payer l'essence et les taxes pour traverser le pont.

Ce système de représentations des parcours et des distances apparaît doublement surprenant : d'une part, puisque Nong Khai est plus proche de la frontière qu'Udon Thani, il semble a priori plus facile et plus rapide d'atteindre les hôpitaux de cette ville au contraire des propos entendus. D'autre part, il existe le même type de navettes que celle utilisée par notre interlocutrice pour aller à Udon mais ce moyen de transport ne semble pas être connu de celle-ci.

A travers cet exemple, il est manifeste que la patiente, bien qu'en possession d'un capital spatial lui permettant de franchir aisément la frontière, est toutefois limitée dans ces mouvements en Thaïlande. Son itinéraire précis et codifié rend l'appréciation des distances réelles confuse et met en lumière la difficulté de sortir de la voie initialement tracée. La frontière, bien que traversée, reste dans les têtes des usagers laotiens et gêne de ce fait le développement d'un capital spatial au sens plein.

Les trois formes de capital - culturel, économique, spatial - que nous avons développées dans ce chapitre appartiennent à la sphère individuelle et familiale. En fonction des couples frontaliers considérés, l'intervention de ces trois éléments est plus ou moins marquée dans la production des mobilités de santé. Si l'éducation, au sens du niveau scolaire des individus, joue peu dans la mise en œuvre des recours, la profession et l'origine culturelle des individus, qui constituent en fait un marqueur socio-économique, ont une incidence plus prononcée au départ des villes laotiennes frontalières. De même, le capital économique des individus influence plus les recours transfrontaliers des citadins que des ruraux. Enfin la question du capital spatial, essentielle pour comprendre les mécanismes des recours, transcende les différences entre les couples frontaliers et s'impose partout comme un déterminant important.

Les inégalités culturelles, économiques et en termes de maîtrise spatiale du Laos contemporain sont donc finalement transposées de la sphère sociale à la sphère thérapeutique. Toutefois ces inégalités développées à l'échelle individuelle et familiale ne sont-elles pas modérées par l'existence de réseaux sociaux et de liens de solidarité entre les individus, constitutifs d'un capital social propre à influer sur les recours transfrontaliers ? Les logiques sociales à l'œuvre sont l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE 8 : DES LOGIQUES SOCIALES A L'ŒUVRE : RECOURS TRANSFRONTALIERS ET RESEAUX SOCIAUX

Les individus développent personnellement et au sein du ménage dans lequel ils évoluent, un certain nombre de capitaux qui, retranscrits dans le champ thérapeutique, leur permettent de recourir ou non en Thaïlande. Cependant les recours aux soins ne découlent pas seulement de processus décisionnels individuels, comme l'ont relevé de nombreux chercheurs, dont des anthropologues de la santé.

« *Le pluralisme médical ne traduit pas une série de décisions purement individuelles, du malade ou de son entourage, mais il résulte de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Le social est englobant et inclusif* » [Benoist 1997, p.8].

« *Alors que les choix thérapeutiques sont pensés et présentés par les individus comme des choix raisonnés sur la base de critères d'efficacité, ils apparaissent en fait plus largement déterminés par le contexte social dans lequel ils se réalisent. Reconnaître ce processus oblige à tenir compte des rapports sociaux institués au sein d'une population avant d'en interpréter les recours thérapeutiques, et souligne combien les choix thérapeutiques sont aussi des révélateurs privilégiés des relations sociales* » [Taverne 1996, p.42]

L'objet de ce chapitre est d'examiner les recours transfrontaliers comme logiques sociales du Laos contemporain tout en prolongeant l'analyse faite précédemment autour de la notion de capital. Pour atteindre ce double objectif, nous recourons à la notion de capital social, l'hypothèse étant que le réseau social des individus constitue pour ces derniers un capital au même titre que le capital culturel, économique ou spatial. Mais plus qu'un simple parallèle établi entre les différentes formes de capital, il nous semble que le capital social réunit simultanément les trois autres, dans le sens où, à travers lui, les insuffisances individuelles ou familiales en matière de connaissances, de financement ou de pratiques spatiales vont pouvoir être atténuées, voire effacées.

Nous développerons tout d'abord l'intérêt d'étudier les recours transfrontaliers à travers les questions de réseau et de capital social. Nous décrirons ensuite ce qu'apportent concrètement les réseaux sociaux aux patients transfrontaliers tant sous une forme matérielle qu'à travers un soutien moral. Nous chercherons enfin à identifier qui sont les acteurs au cœur des réseaux des patients et à hiérarchiser leur influence en fonction de leur statut social et de leur localisation géographique au Laos et à l'extérieur du pays.

I - Utilité de l'approche par les réseaux sociaux : transversalité socio-géographique

La notion de réseau social est doublement riche puisqu'elle combine une lecture sociale et une approche territoriale des recours transfrontaliers. Ces deux points sont abordés successivement afin de caractériser la portée transversale des réseaux.

A/ Réseau social et capital social

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

Cela nous amène à développer l'idée que le réseau social d'un individu peut constituer pour lui une forme spécifique de ressources. On pose ainsi le postulat que, toutes choses égales par ailleurs, les ressources sociales ont un effet propre sur l'individu, qu'il s'agisse de son ascension sociale ou plus spécifiquement ici de son recours aux soins et la manière dont il se soigne. Cette vision utilitariste du réseau social fait écho à la notion de capital social, développée par Pierre Bourdieu et entendue comme « *l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances* » [Bourdieu 1980, p.2]. Le concept de capital social est particulièrement intéressant ici car il confère une dimension stratégique et dynamique aux réseaux sociaux. On considère ici le réseau social du patient comme son capital social au même titre que ses revenus constituent son capital économique et son éducation contribue à son capital culturel et sa maîtrise de l'espace forme son capital spatial.

De nombreux auteurs se sont intéressés ces dernières années à l'influence que pouvait exercer le capital social d'un individu sur son bien-être, son état de santé faisant ainsi émerger les notions de solidarité et de cohésion sociale au centre des questionnements sur la santé et renouvelant les démarches classiques d'analyses menées exclusivement à partir de déterminants individuels [Carpiano 2006; Fassin 2003; Gatrell 2004; Veenstra 2007; Yip 2007]. Il ressort de ces études que si un réseau social élargi peut avoir des répercussions positives sur les états de santé des individus (en développant par exemple les possibilités en matière de recours), un contexte d'isolement social peut au contraire les aggraver.

Du point de vue des méthodes, l'observation et l'entretien sont les plus à même de rendre compte des interactions entre le malade et son réseau social et leurs répercussions sur la conduite des recours : « l'*intérêt porté aux interactions sociales et à leur possible rôle dans la santé se manifeste au niveau microsocial dans le repérage, la quantification et la qualification des réseaux sociaux dans lesquels les individus s'inscrivent. A ce titre, le réseau lui-même, avec son nombre de personnes, sa stabilité, les ressources émotionnelles, instrumentales ou informationnelles qu'il fait circuler, mais aussi le soutien social qu'il peut contribuer à générer sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé* » [Pacquet & Tellier 2003, p.33].

Finalement, l'approche par le capital social et plus largement par les réseaux sociaux, apparaît intéressante pour comprendre notre objet d'étude puisqu'elle « *se présente d'abord comme une méthodologie alternative : là où les études sociologiques classiques segmentent la réalité sociale et décrivent les comportements des acteurs sociaux à partir de catégories établies a priori (âge, sexe, profession…), l'analyse des réseaux s'intéresse aux liens entre les individus et les groupes pour étudier l'acteur à partir de sa relation aux autres* » [Offner & Pumain 1996, p.146].

B/ Réseau social et territoire

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

II - Appui matériel, soutien moral

Le réseau social mobilisé par le patient a une double fonction : celle de résoudre des difficultés d'ordre logistique et au-delà de ces considérations matérielles, de fournir au patient un soutien moral nécessaire à la concrétisation du recours et d'autant plus important qu'il s'inscrit dans un contexte sanitaire étranger.

A/ Faire circuler l'information : la force du bouche à oreille

Comme nous l'avons déjà développé, partir se soigner en Thaïlande suppose d'avoir une bonne connaissance du système de santé du pays voisin, des prix pratiqués ainsi que de la localisation des structures. Au-delà de l'aspect proprement médical, la traversée en Thaïlande implique aussi les démarches administratives liées à l'immigration, ainsi que les connaissances des transports.

Peu de ménages cumulent l'ensemble de ces compétences, ce qui explique que 54% des patients transfrontaliers habitant à Vientiane aient suivi les conseils d'un proche pour aller se soigner dans une structure de soins thaïlandaise (tableau 19). Dans la capitale, le bouche à oreille apparaît comme une source d'invitation plus grande que la qualité des soins et du service des hôpitaux voisins (respectivement 16% et 14% des motifs de recours).

La moitié des personnes-ressources appartient au cercle familial proche et élargi du patient (tableau 20). Viennent ensuite les amis et les voisins (39%), les médecins thaïlandais (11%) et les médecins laotiens (6%).

Tableau 19 – Motifs de recours en Thaïlande

« Pour quelle raison principale avez-vous choisi de vous soigner en Thaïlande ? » (n=269)	
Le service (accueil, prise en charge) est de bonne qualité	14%
Les soins sont de bonne qualité	16%
Vous avez suivi les conseils de quelqu'un (n=144)	54%
Autres	16%

Source : enquête Vientiane 2006

Tableau 20 – Conseillers des patients transfrontaliers

« Si vous avez suivi les conseils de quelqu'un, de qui s'agissait-il ? » (n=144)	
Un membre de ma famille (famille élargie)	50%
Voisins, amis	39%
Un médecin laotien	6%
Un médecin thaïlandais	11%
Autres	4%

Source : enquête Vientiane 2006

La nature des conseils reçus par les patients transfrontaliers est aussi diverse que le nombre d'individus impliqués. On a néanmoins pu repérer des traits communs dans l'ensemble des récits des patients.

Pour certains Laotiens, l'option d'aller se soigner en Thaïlande n'est devenue envisageable qu'à partir du moment où une de leur connaissance leur a suggéré ; beaucoup ignoraient en effet que cela était possible. Une simple suggestion a ainsi permis à des Laotiens d'élargir leur champ de connaissance et d'action thérapeutique.

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années est parti à Nong Khai pour soigner un mal de dos, déclaré depuis plusieurs mois déjà. Certains de ses collègues lui ont conseillé de consulter un spécialiste en Thaïlande mais celui-ci n'avait jamais songé à cette possibilité auparavant et il n'a tout d'abord pas tenu compte de ces remarques. Puis le mal empirant, il a alors décidé de s'y rendre moins dans l'attente d'une guérison miracle (nous a-t-il dit) que pour satisfaire la curiosité éveillée par ces collègues : pour savoir si l'hôpital Wattana est aussi bien que la description faite par ces derniers, il a alors pensé qu'il devait tester par lui-même et voir de ses propres yeux.

Le bouche à oreille est donc très actif concernant l'orientation des patients dans les structures d'accueil en Thaïlande. Certains hôpitaux sont réputés pour telle spécialité et d'autres pour tel service et il ressort une impression générale d'un riche partage de connaissance et d'expérience entre les futurs et déjà utilisateurs des structures thaïlandaises. Les personnes-ressources semblent en effet tout à fait disposées à rapporter leur expérience transfrontalière, certainement du fait que la pratique n'est pas encore passée dans le registre de l'ordinaire, ce qui les place naturellement dans la position de détenir le savoir et leur confère de ce fait un certain pouvoir.

Deux patients rencontrés à Vientiane et à Pakkading Neua, ont été soignés à l'hôpital de district de Tabo sur les conseils de leurs proches. L'information qui circule sur l'hôpital concerne son soutien par une fondation de la famille royale thaïlandaise qui permet aux patients les moins riches de payer des frais d'hospitalisation relativement bas.

La diffusion d'informations peut aussi concerner le nom d'un spécialiste ou l'usage d'une technique médicale particulière. Comme le fonctionnement du système de santé thaïlandais est encore relativement opaque pour la plupart des Laotiens, tout devient sujet à débat et à échange.

Une femme qui avait un problème dermatologique s'est ainsi vu donner le nom d'un spécialiste exerçant à l'hôpital d'Aek Udon par une commerçante et amie d'un salon de beauté qui connaissait elle-même une personne avec un problème de peau similaire et qui avait été bien soignée par le spécialiste en question. La chaîne des conseils passent ainsi de personnes en personnes, les expériences transfrontalières, encore peu nombreuses, apparaissent précieuses et sont pleinement mises à profit par la communauté. Comme dans l'exemple ci-dessus, l'information circule non seulement au sein du réseau composé par les contacts directs des personnes concernées mais sont également intégrés des contacts indirects qui par l'intermédiaire des premiers renseignent pleinement sur les structures voisines. Les commerces, les marchés propices à de tels échanges constituent des points nodaux dans la diffusion de l'information.

Les jeunes femmes de Kokluang vont pratiquement toutes accoucher en Thaïlande, car le bruit circule dans le village que si les douleurs ressenties au cours du travail sont très fortes dans le dispensaire situé dans le village voisin, elles sont au contraire pratiquement inexistantes de l'autre côté. Le recoupement des témoignages de plusieurs d'entre elles constitue pour la communauté féminine du village des éléments de poids pour le choix du lieu d'accouchement et participe ainsi à la réorientation générale des pratiques autour de l'enfantement.

Enfin certains témoignages ont mis en évidence une très bonne compréhension des institutions sanitaires thaïlandaises et de leurs rouages, avec pour conséquence une utilisation ciblée des ressources voisines et une diffusion de proche en proche de cet emploi spécifique. Certains Laotiens (surtout ceux des marges rurales) ont par exemple identifié la manière dont il fallait se conduire face au personnel soignant et à l'administration thaïlandaise pour obtenir d'importantes réductions des frais d'hospitalisation. Une fois la manœuvre découverte et testée, il va de soi que l'information circule rapidement au sein de la collectivité villageoise dans le but d'en faire profiter le maximum de malades.

A Dongchik, une mère a conduit sa fille au centre de santé de Chong Mek sur les conseils de ses voisins. Ceux-ci avaient en effet l'habitude de faire soigner régulièrement leurs enfants dans ce centre pour la raison suivante : « *quand les enfants sont très jeunes, leur prise en charge n'est pas payante et en plus les médecins thaïlandais leur donnent gratuitement des vitamines* ». On comprend aisément qu'une telle opportunité, qui plus est à une distance raisonnable du village où les habitants sont en grande majorité pauvres, se répande rapidement entre parents.

Une habitante de Kokluang, atteinte d'une grave pathologie cardiaque, savait (par le biais de médecins consultés antérieurement en Thaïlande) qu'elle devait être opérée et plus précisément opérée à Chiang Mai. Une connaissance, soignée auparavant dans l'hôpital en question, lui recommanda de ne pas y aller directement mais de passer en premier lieu dans une petite structure frontalière, dans laquelle les médecins n'auront probablement pas les équipements nécessaires pour l'opérer et la transféreront alors à Chiang Mai. De ce fait, elle ne sera pas directement à l'initiative de son recours à Chiang Mai et pourra ainsi plus facilement se défendre de ne pas pouvoir payer en totalité les frais d'hospitalisation (qu'elle ne pouvait effectivement pas payer). Elle a suivi à la lettre toutes les recommandations et étapes et a ainsi pu être opérée sans frais. Elle a, en outre, pris soin de dire à ses proches de ne pas venir la visiter au cours de son séjour à l'hôpital (le transport pour se rendre à Chiang Mai étant par ailleurs relativement

élevé pour les revenus de la famille), lui permettant ainsi de rendre plus vrai encore son statut de femme pauvre et isolée.

Les Laotiens apprennent donc à jouer avec les règles thaïlandaises et partagent, à leur retour au pays, leur expérience et leur vécu avec qui veut bien l'entendre et dans le but d'en faire bénéficier un maximum de malades. Nous verrons dans la prochaine partie que la propagation de cet emploi des structures publiques thaïlandaises par les populations frontalières laotiennes les plus pauvres a un impact réel sur les budgets et sur le fonctionnement de ces dernières.

Le bouche à oreille est donc pour les Laotiens une puissante source d'information sur les structures de soins thaïlandaises, les quelques exemples cités ci-dessus donnant un aperçu concis loin d'être exhaustif de ces conseils échangés entre concitoyens. Le capital 'connaissance' acquis par les uns vient pallier efficacement l'absence de ressources informationnelles des autres et de cet échange dynamique découle l'idée que les inégalités liées à la possession ou non d'un capital culturel peuvent ainsi dans certains cas s'harmoniser.

B/ Rendre le recours financièrement possible

Outre des ressources informationnelles, le réseau social des patients transfrontaliers peut aussi constituer un appui monétaire non négligeable, venant par là combler le faible capital économique de certains ménages.

Nous avons cherché à savoir si l'affiliation à une tontine[91] pouvait déterminer en partie l'utilisation des hôpitaux thaïlandais. L'adhésion à une telle association donne en effet la possibilité de bénéficier à tout moment d'une somme d'argent relativement importante ce qui, en cas de problème médical par exemple, peut s'avérer très utile. À partir des informations collectées au cours de l'enquête sanitaire à Vientiane, une telle association n'a toutefois pas été mise en évidence ($p=0,11$). Il semble donc que le soutien financier se fait de proche en proche par la famille, les amis proches.

Une résidente de Vientiane soignée à la vésicule biliaire à Khon Kaen a emprunté de l'argent à des voisins lors de son premier recours dans la structure : elle ne savait pas en effet si elle allait devoir être opérée et par précaution elle a préféré partir avec une importante réserve d'argent. Comme elle n'a finalement pas été opérée, elle a pu rendre l'argent tout de suite à son retour au Laos. Dans ce cas précis, le réseau social de la patiente n'est pas venu soulager de manière effective et sur le plan financier le montant de la facture à payer mais l'a aidé à appréhender plus sereinement son recours en Thaïlande. Sans cet argent dont elle pouvait disposer au besoin, elle ne se serait peut-être pas aventurer de l'autre côté de la frontière de peur de ne pas pouvoir payer les soins et s'attirer ainsi des problèmes avec l'administration thaïlandaise.

Une connaissance qui travaillait dans un organisme international à Vientiane, nous a rapporté l'anecdote suivante : fin 2005, une collecte de fonds a été organisée par l'agence et relayée par le centre de langue française de la capitale afin de permettre à un professeur de français laotien d'être opéré du cœur à Khon Kaen. Cet élan de solidarité organisé dépasse le simple réseau de

[91] Association de personnes versant régulièrement de l'argent à une caisse commune dont le montant est remis à tour de rôle à chaque membre (définition Robert).

connaissances du malade et implique aussi bien la communauté laotienne francophone que des expatriés français au Laos. La dimension du réseau est à la mesure du coût de l'opération et bien que nous n'ayons pas réussi à connaître son montant exact, on peut néanmoins imaginer que le coût dépasse de loin les possibilités financières qu'offre le salaire de professeur au Laos.

C/ Accompagner le patient

Enfin parmi les ressources logistiques apportées par le réseau social des patients, celle d'accompagnement entre le domicile et la structure d'accueil est essentielle. Le capital spatial acquis par certains Laotiens et leur bonne maîtrise des parcours transfrontaliers est donc transmis à ceux qui en sont privés par manque d'expérience. Le temps de l'escorte, le patient s'en remet donc entièrement à l'accompagnant, qui le soutient autant sur le plan physique (l'orientation vers les lieux repères) que sur le plan psychique.

A Vientiane, 88% des patients transfrontaliers identifiés au cours de l'enquête de santé (n=269) ont été accompagnés par un tiers en Thaïlande. De même, les récits des itinéraires mettent en évidence cette prédominance du collectif dans les déplacements transfrontaliers qui ne comptent ainsi pas seulement le malade mais aussi ses proches, amis ou voisins. Il est vrai que les malades qui se soignent au Laos, sont aussi souvent accompagnés d'un proche comme nous avons pu l'observer dans les salles d'attente des hôpitaux laotiens. Il semblerait néanmoins que la frontière appelle des déplacements à plusieurs, comme si le groupe, même composé de deux personnes, constituait une force suffisante pour affronter l'altérité située de l'autre coté du pont. On peut se référer une nouvelle fois à l'exemple de cette femme qui lors de son premier recours à Aek Udon était accompagnée de son fils de 12 ans (cf. p. 228). Si les arguments pour justifier la venue de ce dernier étaient la peur de se rendre seule en Thaïlande, notre surprise est venue finalement du décalage entre d'un côté des craintes justifiées par le contexte d'étrangeté et de l'autre le remède à savoir la présence d'un jeune garçon pour maintenir à distance les pickpockets et autres malfaiteurs. Plus que le statut de l'accompagnant, le sentiment de former une entité semble ici le plus important.

Outre l'aspect psychologique d'être accompagné par un tiers, l'accompagnement est aussi un moyen pour ceux qui connaissent les structures de soins en Thaïlande de transmettre leur savoir et d'épauler (au sens propre comme au figuré) les novices dans leur démarche.

Un vieil homme de Pakkading Neua, malade depuis un certains temps et devenu très faible, a ainsi été conduit au dispensaire de Bungkla par sa femme ainsi qu'un voisin robuste car n'ayant pas la force de marcher, il avait largement besoin d'être soutenu, voire porté. L'accompagnement est ici proprement corporel.

Une femme de Mouangkhousinh a eu recours à une opération de stérilisation à Chiang Khong au début des années 90. Beaucoup d'amies et de voisines avaient recours à ce procédé à un moment où les autres méthodes contraceptives (pilule, injection) n'étaient pas encore très répandues. Comme l'opération était réputée moins douloureuse et plus rapide en Thaïlande qu'au Laos, notre interlocutrice a donc décidé de traverser la frontière avec l'aide d'une amie proche qui avait déjà été opérée à l'hôpital de district de Chiang Khong. Dans le cas de cette patiente, le soutien recherché a été autant de nature pratique (se laisser guider par son amie pour

atteindre l'hôpital et être soutenu au retour en cas de faiblesse liée au geste chirurgical) que de nature morale, l'opération pouvant s'avérer difficile d'un point de vue psychologique.

Enfin, à l'heure du développement rapide des moyens de communication, il est intéressant de noter que le téléphone portable peut parfois jouer le rôle « d'accompagnant » quand le patient se rend seul en Thaïlande. On peut citer l'exemple d'une jeune fille partie à Chiang Khong et qui durant son recours a appelé son beau-père resté au Laos. L'hôpital de district que ce dernier lui avait recommandé, était bondé et la jeune femme ne savait pas si elle devait attendre ou non. Son beau-père l'a alors réorientée vers une clinique privée de la ville frontalière où elle a finalement peu attendu. Cet exemple met en évidence le besoin pour les malades, et quelque soit le moyen mis en œuvre, d'être pris en main et orientés pas à pas dans leur démarche de soins.

D/ Le soutien moral ou comment légitimer le recours

Enfin il convient de porter l'éclairage non plus sur la contribution matérielle du réseau social du patient mais d'aborder aussi son apport d'un point de vue moral ainsi que sur le plan des idées.

Les recours transfrontaliers s'élaborent au Laos dans un contexte autoritaire, peu propice aux pratiques de contournement des institutions étatiques et de critique même implicite. Comme le suggère Bernard Hours au sujet de la santé publique au Laos, « *en l'absence de toute dynamique possible, la résistance passive constitue la stratégie commune des professionnels comme des patients. Les premiers vivent démobilisés dans la douceur de leur famille […].Quand aux patients […] ils vont se faire soigner là où l'argent dont ils disposent leur offre une chance raisonnable de considération et de guérison* » [Hours & Selim 1997, p.152]. Aller se soigner en Thaïlande constitue une de ces alternatives aujourd'hui mais outre le fait de traverser la frontière, la pratique transgresse en quelque sorte les itinéraires thérapeutiques classiques. Les entretiens menés auprès de certains patients ont en effet révélé les difficultés de mettre en parole la traversée comme si l'acte tel qu'il a été vécu, n'était que partiellement assumé : certains craignaient que le récit de leur expérience puisse être employé à des fins politiques et se retourne contre eux. Le décalage entre les pratiques et leur verbalisation témoigne bien du caractère ambigu des soins en Thaïlande et explique de ce fait le besoin, souvent inconscient, des patients de légitimer leur recours.

Comme on l'a vu précédemment, les départs vers la Thaïlande constituent souvent le dernier maillon d'un long itinéraire thérapeutique commencé et répété à plusieurs reprises dans les structures nationales et ce temps (parfois extrêmement long) passé à chercher des traitements au Laos s'apparente dans certains cas à un processus de légitimation. En épuisant toutes les possibilités de soins au Laos, les patients transfrontaliers justifient ainsi leur choix de recourir en Thaïlande.

De la même manière, il nous semble que le réseau social du patient joue ce rôle de légitimation des recours dans le contexte idéologique décrit. En effet, en apportant un soutien à la décision, un appui logistique et dans certains cas une aide financière, les acteurs du réseau social partagent entre tous la responsabilité du recours. De ce fait, chaque recours en Thaïlande, même s'il est l'acte d'un seul patient, s'inscrit dans une trajectoire collective qui en retour justifie l'acte. S'il est certain que la recherche d'information sur les structures voisines ou d'un accompagnateur pour le voyage s'inscrit avant tout dans une optique organisationnelle, ce soutien doit aussi être envisagé d'un point de vue psychologique en tant qu'il aide le patient à se décharger au moins en partie de la responsabilité de la décision.

Le réseau du patient agit donc dans certains cas comme un médiateur entre une démarche transversale, qui sort du cadre classique en matière de recours aux soins et le régime laotien qui,

sans condamner fermement les mobilités de santé, en appelle néanmoins à la conscience nationale de sa population pour rester dans les hôpitaux du pays.

Qu'il s'agisse de la transmission d'informations sur les structures, d'un prêt en vue de payer les factures médicales, d'une présence durant l'itinéraire, le capital transmis par le réseau social du patient apporte autant sur le plan matériel que d'un point de vue moral, équilibre dynamique entre la réalité logistique des recours et le soutien psychologique du patient. Les apports du réseau social étant identifiés, il convient dès à présent de décrire les acteurs clefs des réseaux et la façon dont leurs paroles et conseils sont ordonnés les uns par rapport aux autres.

III - Acteurs des réseaux, des réseaux d'acteurs

Du fait que le recours transfrontalier est une pratique qui compte encore peu d'adeptes, il existe d'un côté une réelle curiosité des Laotiens à prendre connaissance des soins dispensés dans les structures thaïlandaises et de l'autre l'envie des usagers de partager leur expérience singulière. De ce fait, comme on l'a vu, la transmission d'informations va bon train avec une profusion de conseils, recommandations et suggestions rapportés par les patients eux-mêmes et relayés par leurs proches, voisins et amis. Dans ce contexte, le flot d'informations devient parfois dense au point que les avis peuvent parfois ne pas se recouper, voire se contredire. Il appartient alors aux futurs patients itinérants de faire le tri dans l'information reçue en fonction des personnes-ressources et de leur crédibilité. Nous verrons que le statut social de ces dernières et/ou leur lieu de résidence déterminent grandement l'importance accordée aux conseils reçus, faisant apparaître une hiérarchisation des différents acteurs du réseau social du patient.

Le tableau 21 résume l'information collectée au cours des entretiens avec les patients transfrontaliers au sujet de l'acquisition d'informations ayant déclenché et/ou orienté de manière significative leur recours en Thaïlande. Sur les 55 individus rencontrés, 54 ont dit avoir suivi les conseils d'une ou plusieurs personnes : au total 101 sources d'informations ont été mentionnées, soit une moyenne de plus de deux sources par patient. En ce qui concerne leur localisation, 63% des personnes conseils se trouvent au Laos, un tiers en Thaïlande et 3% à l'international, mettant en évidence un emboîtement d'échelles géographiques.

Tableau 21 – Du local à l'international, des personnes-ressources dispersées (n=101)

Au Laos	En Thaïlande	Sphère internationale
63	34	3

Source : entretiens, 2006-2007

Du local à l'international en passant par l'échelle transfrontalière, l'empreinte géographique des réseaux sociaux sera tour à tour développée afin d'en comprendre les interactions et les spécificités.

A/ Protagonistes de la diffusion au Laos

C'est sans surprise au Laos, dans leur environnement immédiat, que les patients transfrontaliers puisent le plus d'informations relatives à leur recours.

Tableau 22 – Les personnes-conseils au Laos : une variété de catégorie

Au Laos (63)	
Famille	15
Connaissances (clients, vendeur au marché, associés…)	15
Voisins	12
Amis	11
Médecin ou staff médical laotien	6
Médecin étranger basé au Laos	2
Collègues (toujours au sein de sociétés étrangères)	3

Source : entretiens, 2006-2007

D'après le tableau 22, la famille et les « connaissances » au sens large arrivent en tête des ressources informationnelles ; le terme générique de connaissance a été maintenu même s'il regroupe un vaste panel de types de personnes, telles qu'une commerçante rencontrée au marché, un associé, un client, la patronne d'un salon de beauté, etc. Tous ont toutefois en commun d'exercer une certaine influence sur l'individu en quête de soins soit par l'âge, la position sociale ou la confiance instaurée dans la relation.

Les voisins et amis apparaissent ensuite en bonne position parmi les personnes qui assistent les patients transfrontaliers dans leur quête d'informations.

Si les transferts médicaux d'un hôpital laotien à une structure thaïlandaise ne sont pas légalement établis, certains médecins recommandent cependant parfois à leurs patients de se rendre en Thaïlande quand leur état de santé est jugé grave et impossible à traiter au Laos : cela a concerné 8 patients, dont 6 ont été conseillés par des médecins ou infirmiers laotiens et 2 cas par des médecins étrangers basés au Laos. Ce cas de figure est donc relativement peu fréquent mais certaines rumeurs courent à Vientiane selon lesquelles des médecins laotiens des hôpitaux centraux entretiendraient des liens secrets avec des hôpitaux privés de Nong Khai et Udon Thani. En échange de transferts de patients dans les structures voisines, les médecins recevraient apparemment des avantages matériels ou des enveloppes. Nous n'avons pas pu vérifier ces on-dit mais on peut présumer l'existence de telles pratiques au regard des bas salaires des médecins laotiens. Au cours d'une urgence, un médecin de l'hôpital provincial de Pakse a recommandé à la famille d'un accidenté de le conduire immédiatement en Thaïlande ce qu'elle accepta ; il appela alors un hôpital privé à Ubon Ratchatani pour demander à une ambulance de venir chercher le patient à la frontière. Cet acte, déontologiquement juste, est-il la simple illustration d'une volonté de venir en aide ou le reflet d'accords illicites passés de part et d'autre ?

Enfin, dans une moindre mesure, les collègues de travail peuvent aussi constituer un rôle de vecteurs d'informations. Il convient de préciser que ce cas de figure s'est présenté uniquement dans des structures internationales, sociétés privées ou organisation des nations unies.

Nous venons de présenter dans les grandes lignes le découpage en catégorie des personnes ressources au Laos et il apparaît intéressant maintenant de porter l'éclairage sur quelques traits spécifiques. Trois caractéristiques ont particulièrement retenu notre attention : tout d'abord le rang des personnes conseils, qu'il s'agisse d'un statut traditionnellement établi ou lié à leur pouvoir économique ; la fonction de la jeunesse laotienne dans la prise en main des recours transfrontaliers de leurs proches ; enfin la fonction qu'ont les étrangers expatriés au Laos.

• Le statut des informateurs

- *Des influences dominantes*

Les personnes ayant un statut social et/ou économique relativement important (ou du moins plus élevé que leurs interlocuteurs) apparaissent comme de puissants instigateurs des pratiques transfrontalières. Ces personnes ne sont pas nécessairement des *phou gnay*, qui signifie littéralement les *grands hommes* au sommet de la société laotienne, mais elles représentent pour le patient concerné et au regard de son propre statut quelqu'un de supérieur, qui inspire confiance.

Les expressions laotiennes *me hak* et *por hak*, qui désignent une femme et un homme plus âgé et que l'on respecte comme une mère ou un père, sont ainsi revenues à plusieurs reprises au cours des entretiens, qu'il s'agisse d'une commerçante du marché, de la propriétaire d'un salon de beauté ou d'un ami proche de la famille. L'expression résume bien le fonctionnement de la hiérarchie aîné/cadet au Laos, le respect des premiers par les seconds et par conséquent l'importance du crédit donné aux paroles et conseils des anciens.

Dans le bus qui la conduit à Udon Thani, une habitante de Vientiane, propriétaire d'une société de transports, rencontre un homme d'affaires laotien avec qui elle a l'habitude de mener des affaires. Chacun expose à l'autre les motifs de son voyage en Thaïlande : tandis que la motivation de la femme réside avant tout dans l'essai de la navette transfrontalière mise en service depuis peu (elle en profitera aussi pour faire quelques achats), l'homme plus âgé se rend de son côté à l'hôpital Aek Udon pour des soins. Suite à la conversation et durant le trajet, la femme décide de suivre l'homme à l'hôpital pour faire une visite de contrôle. Bien qu'elle n'ait pas prévu ce recours le matin même de son départ, elle voit dans cette rencontre une occasion à saisir d'autant qu'elle désirait vivement essayer les structures thaïlandaises mais ne savait pas où aller. Or comme l'homme rencontré est quelqu'un de confiance, digne de respect selon elle, elle décide de lui emboîter le pas, présumant que l'hôpital dans lequel il se soigne, est de qualité. Ce mimétisme soudain de la patiente, alors que les recours transfrontaliers ne sont généralement pas improvisés mais au contraire bien organisés, est très révélateur de l'influence de la hiérarchie sur le sens donné aux informations et sur les comportements qui en découlent. Il nous semble que l'influence exercée par l'homme en question doit se comprendre autant par son âge que sa position dans les affaires de la commerçante, mêlant ainsi des codes traditionnels et d'autres plus modernes.

- *Le rôle des commerçants : pouvoir économique et position centrale dans les échanges*

Comme nous l'avons vu précédemment, les commerçants prennent largement part aux recours transfrontaliers (et qui plus est au départ des villes laotiennes) en raison de leur statut économique et leur position au cœur des échanges. Outre le fait que les commerçants et les membres de leur ménage se soignent en Thaïlande, ils participent aussi de la diffusion de la pratique auprès de leur clientèle. Les lieux de socialisation, type marchés, commerces, restaurants, apparaissent ainsi comme des lieux de diffusion de la pratique transfrontalière.

Deux exemples de marchands, l'un à Houayxay - l'autre à Pakse, illustrent bien cette fonction de relais de l'information et de soutien dans la mise en œuvre pratique des recours.

A Pakse, un couple de fleuristes utilise régulièrement et depuis de nombreuses années les hôpitaux privés d'Ubon Ratchatani au point qu'ils reçoivent tous les ans une visite de courtoisie du personnel marketing de ces structures[92]. La régularité et la visibilité de ces fréquents allers-retours en Thaïlande amènent de nombreuses personnes (membres de la famille élargie, clients, voisins) à venir leur demander des renseignements. Concrètement l'aide apportée par le couple consiste à remettre les noms des médecins en fonction de la spécialité recherchée, leur numéro de téléphone ainsi qu'à fournir les indications détaillées pour se rendre dans la structure.

A Houayxay, nous avons rencontré un riche commerçant inscrit dans la même dynamique que le couple de Pakse mais sous une forme plus engagée et plus organisée. Ce dernier a longtemps pratiqué une activité d'import-export avec la Thaïlande et dirige au moment de l'entretien une société de bâtiment. Ces fréquents voyages en Thaïlande dans le cadre de son activité passée l'ont amené à bien connaître la société thaïlandaise et le fonctionnement des structures de soins, où sa famille et lui-même se soignent fréquemment.

Les défaillances du système de soins laotien l'ayant personnellement affecté - un ami proche est décédé à l'hôpital provincial à cause d'une attente excessivement longue – notre interlocuteur a développé une forte détermination à venir en aide aux personnes doublement démunies, face à la maladie et face aux dysfonctionnements de l'offre disponible. Il met ainsi au service des autres sa connaissance des structures de soins thaïlandaises ainsi que son capital spatial développé au fil des années et lui permettant de se déplacer facilement en Thaïlande. Il pense ainsi avoir aidé une trentaine de personnes à recourir de l'autre côté du Mékong (cousins, voisins, amis, etc.), en donnant des renseignements sur les structures, en prenant les rendez-vous et en accompagnant même parfois le malade dans la structure choisie.

Il a pris l'habitude de prendre les numéros de téléphone des médecins qu'il consulte à Chiang Khong et Chiang Rai afin de pouvoir les contacter en cas de besoin. Ainsi, quand un recours en Thaïlande s'impose et avant même d'avoir traversé la frontière, il appelle les structures afin d'obtenir rapidement un rendez-vous. Il lui arrive aussi d'appeler l'hôpital de district de Chiang Khong pour que quelqu'un lui prenne en avance un ticket de consultation (marqué d'un numéro) le dispensant ainsi d'une trop longue attente dans la structure. Cet homme d'affaires a un sens aigu de l'organisation et a su développer un réseau de confiance avec les personnels soignants des structures publiques et privées de Chiang Khong.

De ce fait, sa maison, par ailleurs remarquable par la taille et le bois précieux utilisé pour sa construction, est devenue un lieu central d'échanges pour nombre de villageois en quête de soins. Notre interlocuteur fait le relais entre les malades désemparés et le système de soins thaïlandais et remplit de ce fait le vide laissé par l'absence d'accord institutionnel qui autoriserait

[92] Ce point est développé et analysé en troisième partie (cf. p. 354)

des transferts médicaux légaux. Bien qu'informelle, la médiation réalisée par le commerçant n'en est néanmoins pas moins efficace.

Parmi tous les récits de patients, celui-ci est l'exemple le plus abouti de la prise en main par le réseau social des recours transfrontaliers. L'élan de solidarité crée autour de la forte personnalité du commerçant n'est pas seulement spontanée mais apparaît comme un système bien organisé. Nous nous sommes dès lors interrogés sur les raisons pour lesquelles cette forme d'interaction sociale relevée à Houayxay n'avait pas été observée dans des formes aussi élaborées ailleurs le long de la frontière. Des facteurs spécifiques au lieu, et d'autres liés au statut du commerçant, semblent ici former une combinaison très favorable à l'émergence d'une telle dynamique.

L'aide apportée par le commerçant au sein de la communauté fait écho à la citation suivante : « *Au Laos, celui qui a de l'argent, une position ou un statut, doit, aujourd'hui encore, le manifester en en faisant profiter le plus grand nombre. A cette condition, il gardera le respect des gens qui l'entourent* » [Mariani 2008, p.94]. Il convient donc de replacer l'entremise du commerçant et son attitude presque paternaliste vis-à-vis de certains patients comme une façon d'afficher son statut et de le pérenniser.

Qu'ils s'agissent de valeurs traditionnelles régissant les relations entre les Laotiens ou de nouvelles formes de domination à travers l'émergence d'une élite économique, les personnes ressources ayant un statut élevé dans la hiérarchie sociale ont une influence déterminante sur les recours transfrontaliers. On peut penser cette caractéristique des acteurs clefs des réseaux sociaux comme une manière aussi pour le patient de légitimer son recours en Thaïlande. Acte transgressif par nature, le recours deviendrait ainsi un acte normal à partir du moment où il est porté par une personne bien placée dans la société.

- **Le rôle de la jeunesse laotienne**

Parmi les proches et les connaissances qui stimulent les recours, on a pu noter que les jeunes jouent un rôle moteur dans la recherche d'informations et plus nettement encore dans la prise de décision.

Nous avons vu précédemment que les patients transfrontaliers se caractérisaient par leur âge relativement avancé, la raison principale étant les besoins de soins plus nombreux de ces derniers. Les entretiens avec ces patients ont mis l'accent sur le rôle décisif de leurs enfants dans le mécanisme décisionnel.

Plusieurs patients ont rapporté qu'ils avaient été dans un premier temps très réticents à l'idée d'être soignés en Thaïlande par peur de l'inconnu, l'appréhension d'avoir à faire un long trajet, etc. Avec la dégradation de leur état de santé, leurs enfants n'hésitent pas à les contraindre de recourir de l'autre côté, mise en application d'une certaine forme de rationalité médicale. Une habitante de Vientiane accumulant différents problèmes d'allergie a ainsi été très fortement encouragée par son fils de 21 ans, qui n'a pas hésité le jour venu de la conduire lui-même de l'autre côté.

Les récits de certains patients, surtout parmi les plus âgés, donnent parfois l'impression que ceux-ci sont parfaitement étrangers au choix de recourir en Thaïlande, comme si la décision avait été prise indépendamment d'eux et bien qu'ils soient directement concernés.

A Mouangkhousinh, un homme de 70 ans dit d'un précédent recours en Thaïlande : *« c'est ma fille qui a pris la décision pour moi »* et c'est elle aussi qui l'accompagne à l'hôpital de district de Chiang Khong.

Dans le même village, une femme médecin qui exerce à l'hôpital provincial de Houaxay, décide de conduire sa mère en Thaïlande suite à plusieurs échecs thérapeutiques au Laos.

A Dongchik, la fille d'un homme atteint de diabète s'est chargée elle-même de collecter des informations sur les structures thaïlandaises proches du village et une fois les renseignements rassemblés, a réuni ses frères et sœurs pour prendre une décision.

Ces exemples, pris parmi d'autres, montrent combien les mobilités de santé peuvent être inspirées par la fraction jeune de la société laotienne. Cela corrobore nos remarques faites précédemment sur la distinction entre le capital spatial hérité des jeunes et le capital spatial acquis (ou retrouvé) des adultes. Tandis que les premiers semblent facilement disposer à traverser la frontière, les adultes, et plus particulièrement les personnes âgées, semblent a priori moins tentés par l'aventure transfrontalière, résultat des représentations de la frontière d'une génération à l'autre.

Cet aspect du processus décisionnel des recours transfrontaliers pourrait a priori apparaître contradictoire avec la section développée précédemment sur le rôle des aînés dans la diffusion des conseils de santé. Il nous semble au contraire que ces deux aspects des réseaux sociaux traduisent bien la transition que traverse actuellement le Laos, entre d'une part le respect des traditions et d'autre part la percée d'un nouveau modèle de société en lien avec l'ouverture du pays à la mondialisation. Suivre le conseil d'un aîné ou laisser la décision à ses enfants sont deux facettes des recours qui illustrent la dynamique des changements affectant le Laos.

Ce constat interroge directement le développement futur des mobilités de santé : si les jeunes sont plus ouverts que leurs aînés aux pratiques transfrontalières et par conséquent plus disposés à recourir aux soins de l'autre côté, cela va-t-il se traduire concrètement par une forte croissance des flux vers la Thaïlande ? L'augmentation récente du phénomène transfrontalier (cf p. 133) laisse à penser que les mobilités de santé n'en sont qu'à leur début.

- **Les *farangs*[93], les *étrangers***

Le Laos compte une grande communauté d'expatriés de tous horizons exerçant dans les organisations internationales, les ambassades, les ONG ainsi que dans des sociétés privées. Cette présence étrangère est particulièrement visible à Vientiane, où sont établis la plupart des bureaux des organisations et autres sièges sociaux.

En ce qui concerne leur santé et leur recours aux soins, les expatriés utilisent très majoritairement les structures de soins privées thaïlandaises. De nombreuses organisations internationales paient en effet à leur personnel (expatrié mais aussi laotien) une assurance de santé valable uniquement en Thaïlande, ce qui est révélateur de la perception qu'a la communauté internationale des structures de soins disponibles à Vientiane (il est du reste intéressant de noter que les organisations internationales, celles-là mêmes qui participent financièrement à l'amélioration du système de soins national, détournent une partie des Laotiens de leurs hôpitaux nationaux en facilitant et finançant leur recours en Thaïlande). En outre, parmi

[93] Au temps du protectorat, le terme « farang » désignait les Français. Aujourd'hui l'expression fait plus largement référence aux occidentaux.

les étrangers qui ne sont pas assurés en Thaïlande, beaucoup choisissent néanmoins de s'y faire soigner.

Plusieurs témoignages de patients ont révélé que l'image véhiculée par l'étranger est une certaine image du développement (tant avec ses aspects positifs que négatifs) et qu'elle peut constituer un « modèle » vers lequel certains Laotiens, surtout les jeunes, pourraient être tentés de tendre. En ce qui concerne les recours transfrontaliers, le fait que les étrangers se soignent massivement en Thaïlande, pourrait probablement participer à un mouvement de diffusion de la pratique transfrontalière au sein de la communauté laotienne, et plus particulièrement dans la capitale.

Un vieil homme du centre-ville de Vientiane :

- « *A chaque fois que je vais à Khon Kaen Ram, je vois des 'farangs' qui consultent là bas* » [Mr J., Vientiane]

La présence visible des étrangers dans la structure choisie par notre interlocuteur semble grandement conforter sa décision.

Outre cette fonction de « validation » du choix, l'utilisation des structures thaïlandaises par les étrangers peut aussi influencer la prise de décision des patients laotiens en amont. Les expatriés évoluant en effet étroitement avec leurs collègues, amis, voisins laotiens, il est certain que les pratiques thérapeutiques des premiers se répercutent naturellement sur la perception et les modes de recours des seconds.

Nous avons rencontré au bureau des volontaires des Nations-Unies à Vientiane une jeune laotienne avec laquelle nous nous sommes entretenus. Celle-ci s'est rendue à plusieurs reprises en Thaïlande (Udon Thani puis Bangkok) pour faire soigner son bébé âgé d'une année. Au début et bien qu'elle bénéficie d'une assurance santé thaïlandaise, elle ne souhaitait pas s'y rendre car il lui semblait plus facile de suivre un traitement au Laos. Elle a conduit son enfant qui présentait des diarrhées sévères, à l'hôpital Mahosot où il est resté quelques jours en observation. A la fin du séjour, l'état de santé de l'enfant avait empiré et s'était doublé d'une pneumonie. A ce moment-là, des collègues, dont la plupart internationaux, l'ont fortement incitée à aller en Thaïlande : « *they pushed me* » rapporte-t-elle. Ces recommandations énergiques ont en effet agi comme un déclic sur cette jeune femme, a priori peu encline à traverser le Mékong.

Madame T., nous raconte l'itinéraire de sa mère partie se soigner en Thaïlande et le déroulement de son cheminement décisionnel. Cette dernière était dans un premier temps très hésitante à l'idée de se soigner en Thaïlande mais le mari de T., français, l'a engagée à se rendre de l'autre côté de la frontière tout comme il a réussi à convaincre sa femme. Au moment de l'entretien, plusieurs membres de la famille de T. utilisaient les structures thaïlandaises, d'autant que son mari participait largement aux frais de soins.

Les étrangers, en adoptant les recours transfrontaliers comme pratique sanitaire régulière, ouvrent donc la voie aux Laotiens de leur entourage.

Les acteurs des réseaux d'informations développés à l'intérieur du territoire national sont nombreux : toutes les personnes, qui, de près ou de loin, ont été impliqués dans un recours transfrontalier, participent à la diffusion de conseils, renseignements et viennent parfois

directement en aide aux patients démunis. Toutefois au-delà de ce fourmillement d'acteurs apparaissent quelques lignes fortes qui permettent de mieux identifier les mécanismes de diffusion et les acteurs clefs.

B/ Protagonistes de la diffusion en Thaïlande

Les réseaux sociaux développés de l'autre côté du Mékong constituent un tiers de l'ensemble des personnes ressources mobilisées par les patients. Le tableau 23 détaille les différents acteurs sollicités en Thaïlande.

Tableau 23 – Les diverses sources d'information en Thaïlande

En Thaïlande (34)	
Médecin ou staff médical thaïlandais (référencement)	14
Famille	5
Chauffeurs de touk touk ou de voitures louées en Thaïlande	5
Associé thaïlandais	4
Amis	3
Publicité, TV	2
Inconnu rencontré en Thaïlande	1

Source : entretiens, 2006-2007

• Un réseau de relations par-delà la frontière

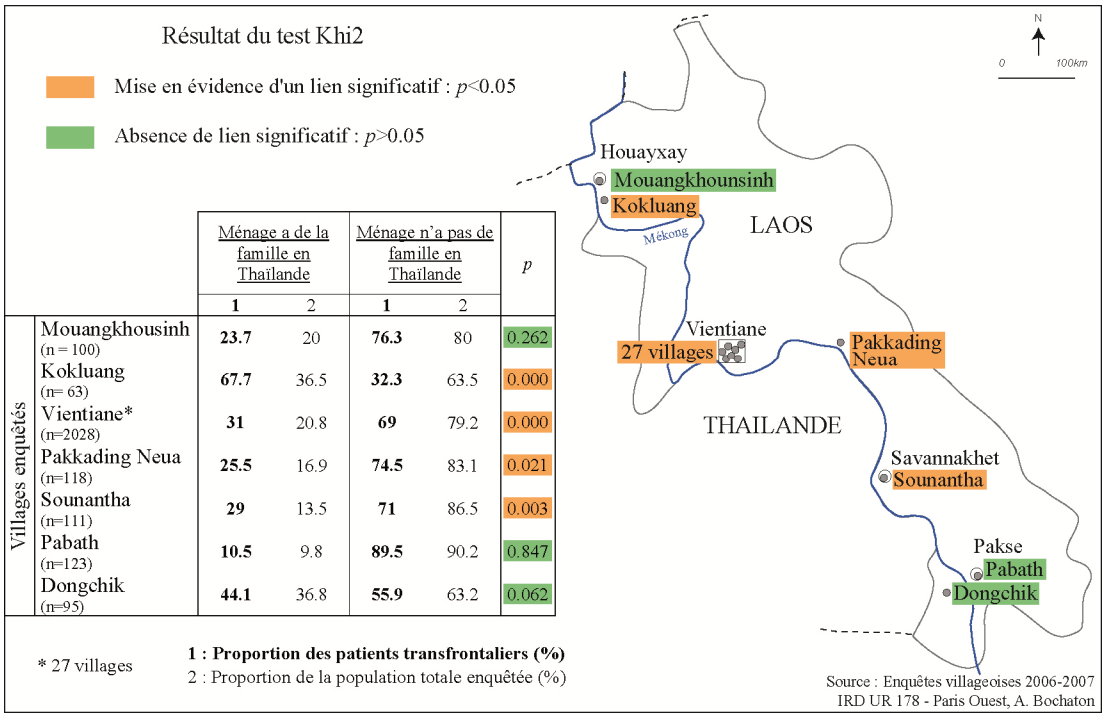
Le réseau social de certains Laotiens ne s'interrompt pas à la limite du territoire national mais se déploie par-delà celle-ci.

Avec la fermeture de la frontière en 1975, les mobilités quasi quotidiennes de certains riverains ont pris fin, marquant pour plusieurs années la séparation de nombreuses familles. Avec la réouverture de la frontière, ces liens familiaux ont été réactivés et contribuent aujourd'hui à la dynamique des mobilités. En outre, des amitiés voient le jour de part et d'autre de la frontière liées à des déplacements réguliers en Thaïlande, qu'ils soient professionnels ou non.

Dans ce contexte et comme le montre le tableau ci-dessus, la famille (5), les amis (3) et les associés (4) résidant en Thaïlande apportent aussi leur contribution au moment de l'organisation du recours ainsi que pendant le recours en jouant parfois le rôle d'accompagnant. Comme au sein du territoire laotien, les sources mobilisées en Thaïlande interviennent aux deux moments clefs de la mobilité : avant et pendant. Les mécanismes de transmission de l'information sont très similaires à ceux développés au Laos, outre qu'ils se déploient de part et d'autre de la frontière par téléphone mais surtout lors de rencontres familiales ou de déplacements professionnels.

Avec les informations recueillies au cours des enquêtes par questionnaire, nous cherchons à vérifier si la présence de membres de la famille en Thaïlande (famille au sens élargi) influe directement sur les recours transfrontaliers.

Figure 52 - Recours transfrontaliers et présence de membres de la famille en Thaïlande : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Ménage a de la famille en Thaïlande		Ménage n'a pas de famille en Thaïlande		p
	1	2	1	2	
Mouangkhousinh (n = 100)	**23.7**	20	**76.3**	80	0.262
Kokluang (n= 63)	**67.7**	36.5	**32.3**	63.5	0.000
Vientiane* (n=2028)	**31**	20.8	**69**	79.2	0.000
Pakkading Neua (n=118)	**25.5**	16.9	**74.5**	83.1	0.021
Sounantha (n=111)	**29**	13.5	**71**	86.5	0.003
Pabath (n=123)	**10.5**	9.8	**89.5**	90.2	0.847
Dongchik (n=95)	**44.1**	36.8	**55.9**	63.2	0.062

* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

D'après la figure présentée ci-dessus, dans 4 des 7 espaces frontaliers étudiés, on observe une association significativement positive entre le fait d'avoir de la famille en Thaïlande et les mobilités de santé des Laotiens : il s'agit du village de Kokluang, des 27 villages de Vientiane, de Pakkading Neua et enfin de Sounantha. Dans les trois autres villages enquêtés, bien que l'association ne soit pas significative, on note néanmoins que la part des ménages ayant de la famille en Thaïlande est plus importante chez les patients transfrontaliers que dans la population en général.

Les liens entretenus avec des membres de la famille vivant de l'autre côté du Mékong ont donc bel et bien une fonction dans la mise en œuvre des mobilités de santé.

Bien que nous ne soyons pas en mesure de les quantifier, les relations amicales transfrontalières facilitent aussi grandement la mise en œuvre des mobilités de santé.

Un homme d'une cinquantaine d'années et vivant à Sounantha a perdu partiellement l'ouïe suite à un contact prolongé avec un puissant produit chimique. Après quelques jours de traitement au Laos et n'allant pas mieux, il choisit d'aller à Mukdahan et se rend directement chez un ami qui vit là-bas. Celui-ci décide alors de l'accompagner à l'hôpital privé MukInter où les équipements seront selon lui mieux adaptés à son problème. Dans la structure, l'ami thaïlandais prend en main les procédures d'enregistrement à l'accueil et fait passer le malade pour un thaïlandais afin qu'il bénéficie des tarifs locaux.

Outre la fonction d'accompagnement, l'ami thaïlandais, par sa bonne connaissance du système local, permet au malade de contourner en sa faveur les règles de la structure.

De la même façon qu'ils activent leur réseau social dans leur environnement de proximité au Laos, certains Laotiens cultivent de l'autre côté de la frontière un réseau de personnes proches, dont la fonction de conseils et d'accompagnement est très similaire à celle développée au Laos.

- **Des réseaux de l'instantané**

A l'inverse de ce réseau transfrontalier préétabli en Thaïlande, d'autres réseaux se caractérisent par le fait qu'ils impliquent des personnes étrangères aux patients transfrontaliers. Cela concerne l'aide apportée par les médecins thaïlandais (14), par les chauffeurs de touk touk ou de taxi (5) et même par des inconnus rencontrés dans la rue (1). Au moment de la mobilité, l'action et la recherche d'efficacité semblent primer au point que les patients en viennent à suivre les conseils de personnes extérieures à leur réseau traditionnel à l'opposé des mécanismes décisionnels précédemment évoqués pour les réseaux sociaux au Laos. Dans ces cas précis, l'assistance thaïlandaise se fait dans l'immédiateté et son rôle est de compléter et/ou de corriger les informations obtenues au préalable au Laos.

Ainsi 14 des 55 patients rencontrés en entretien ont été réorientés par des médecins thaïlandais dans le cadre de transferts médicaux. Comme les Laotiens choisissent généralement d'être soignés au plus proche de leur domicile, immédiatement sur la rive opposée du Mékong, ils arrivent de ce fait souvent dans de petites structures de soins, type dispensaire, où les équipements ne sont pas toujours adaptés à leur besoins de soins, surtout lorsqu'il s'agit d'urgence engageant un pronostic vital. Dans ces cas précis, les transferts médicaux sont nécessaires, les médecins guident les patients transfrontaliers dans des structures de plus grande capacité et au besoin réquisitionnent une ambulance pour les conduire. Le personnel médical thaïlandais constitue donc le pilier des ressources informationnelles sollicitées de l'autre côté de la frontière, leur position de professionnel éclipsant leur statut d'inconnu vis-à-vis des patients.

Outre le personnel médical thaïlandais, il est intéressant de noter que les chauffeurs de taxis et de touk touk thaïlandais sont sollicités dans les mêmes proportions que la famille vivant en Thaïlande. Malgré les informations réunies préalablement au Laos, les patients éprouvent en effet souvent le besoin de confronter leurs sources avec celles des gens du pays qui connaissent le système mieux que quiconque et constituent de ce fait une « valeur sûre ».

Sur ce point, l'exemple d'une mère de famille rencontrée à Pakse est très révélateur. Son fils d'un an est atteint de fièvre depuis une dizaine de jours et après deux recours sans résultat dans des cliniques de la ville, elle et son mari décident de le conduire en Thaïlande. Cependant avant de partir, ils décident de s'accorder trois jours pour recueillir un maximum d'informations sur les hôpitaux thaïlandais auprès des voisins, amis et connaissances (surtout au marché où elle travaille). Sa demande est très claire et se formule à peu près ainsi :

– « *J'ai besoin de faire soigner mon fils en Thaïlande et j'ai besoin aussi que les soins soient très peu cher. Où faut-il aller ?* ».

Toutes les personnes rencontrées s'accordent sur l'hôpital universitaire de Sappasit à Ubon Ratchatani. Après ces 3 jours d'investigations, ils quittent donc le Laos à bord d'un taxi

collectif jusqu'à la frontière et louent ensuite un minibus en Thaïlande pour finir le trajet jusqu'à l'hôpital.

Comme elle veut être sûre de sa décision, elle consulte le chauffeur du minibus, qui lui confirme qu'elle fait le bon choix. Mais au cours du trajet, l'état de l'enfant empirant, le chauffeur leur dit qu'il craint qu'il y ait beaucoup de monde à Sappasit et par conséquent une longue attente. Il suggère alors d'aller à l'hôpital militaire d'Ubon Ratchatani (hôpital Valin) qui est aussi public, ouvert à tous et peu cher. Il pense que les urgences seront moins bondées car l'hôpital est plus petit et n'est pas situé dans le centre de la ville. Sur les conseils du chauffeur, les deux parents choisissent finalement cette option. Une fois à l'hôpital, le chauffeur se charge d'aller signaler l'urgence à l'accueil ce qui leur permet d'être pris immédiatement en charge.

Le revirement opéré en raison de l'urgence médicale est très informatif sur la hiérarchisation de l'information reçue par les patients transfrontaliers. Alors que les parents avaient soigneusement préparé leur recours au Laos, l'urgence de la situation une fois en Thaïlande et la nécessité d'une prise en charge rapide conduisent ces derniers à préférer les conseils d'un inconnu à ceux scrupuleusement réunis dans leur environnement proche.

Si au Laos, les personnes ressources les plus influentes sont celles qui ont un statut social relativement élevé, en Thaïlande de parfaits inconnus peuvent en fonction des circonstances devenir des acteurs clefs des recours des patients transfrontaliers. « L'Autre », l'étranger souvent redouté, devient ici complice et allié de l'itinéraire du patient et entre dans l'univers intime de la personne. Les craintes identifiées chez certains patients laotiens au sujet de l'interaction avec les Thaïlandais, semblent s'estomper sous l'effet conjugué de l'action et de l'urgence.

- **La publicité : un impact relatif ?**

D'après le tableau 23, on remarque que la publicité exerce peu d'influence sur la recherche d'information et sur la décision des patients malgré de nombreux efforts entrepris par les hôpitaux privés thaïlandais pour s'imposer sur le marché laotien (publicité dans les pages jaunes, présence de certains hôpitaux thaïs lors de foires commerciales à Vientiane, etc). Ces actions marketing seront développées dans la dernière partie, néanmoins, il est d'ores et déjà permis de dire malgré leur grande visibilité dans le paysage laotien et plus particulièrement dans la capitale, le bouche à oreille reste dans les faits le facteur déterminant de la production des recours transfrontaliers.

Cette spécificité des mécanismes de transmission de l'information via le réseau social du patient n'a du reste pas échappé aux acteurs de la branche commerciale de certains hôpitaux privés thaïlandais qui adaptent leurs méthodes et cherchent ainsi à développer avec certains patients transfrontaliers, les plus réguliers mais aussi et surtout les mieux implantés dans la communauté laotienne (en particulier les commerçants) une relation privilégiée, alliant prévenance et complaisance. Il est difficile d'évaluer les répercussions de ces procédés opérant de sous-jacente et développés au cœur du réseau, là où le processus décisionnel des patients s'élabore ; toutefois il convient de garder à l'esprit que l'influence des hôpitaux thaïlandais peut être présente également là où elle est en apparence invisible, ce qui nous amène à interroger la position particulière du commerçant de Mouangkhousinh décrite précédemment (cf. p. 252) : au centre d'un réseau de patients transfrontaliers composés des personnes de son entourage proche et éloigné, il est en effet permis de se demander si ce dernier agit de manière individuelle et désintéressée ou s'il est sous l'influence indirecte des hôpitaux privés thaïlandais.

Si une partie des intervenants thaïlandais appartient à un réseau de relations tissées par-dessus la frontière, on a cependant pu observer qu'une partie des protagonistes étaient quant à eux tout à fait extérieurs aux patients transfrontaliers. Une fois la frontière passée, le statut des personnes sollicitées compte finalement moins que le simple fait qu'elles soient de nationalité thaïlandaise. Le capital culturel et spatial acquis par les Thaïlandais leur confère d'emblée une légitimité, qui éclipse tous les conseils jusqu'alors reçus, dont ceux dévoilés par le réseau de connaissances basées au Laos. L'information concernant les structures thaïlandaises, hiérarchisée à travers le filtre statutaire des personnes ressources au Laos, est réordonnée sous l'influence des personnes-conseils situées en Thaïlande.

Pour conclure, une anecdote nous paraît très significative pour illustrer la grande perméabilité de la frontière et le sens, parfois déroutant, de la circulation des informations de part et d'autre. Un patient laotien, diagnostiqué tuberculeux à l'hôpital de district de Chiang Khong, a été renvoyé dans son pays par le médecin thaïlandais qui l'a pris en charge. Ce dernier lui explique en effet que la tuberculose est une maladie cible des actions du Fond Global au Laos, ce qui permet aux patients atteints d'être soignés gratuitement à la différence de la Thaïlande où le traitement est payant. Cet exemple, complété par d'autres récits de nature proche, souligne une dynamique jusque-là insoupçonnée : l'information recueillie par les patients transfrontaliers en Thaïlande les renseigne aussi sur les actions de santé menées dans leur propre pays. C'est parce que le patient tente l'expérience transfrontalière qu'il redevient un patient « national » et c'est paradoxalement grâce à ce détour géographique que les liens avec les structures du pays sont réactivées. La preuve en est que les effets de la discontinuité frontalière ne sont pas toujours ceux pressentis a priori.

C/ Protagonistes transnationaux

Avec le départ en 1975 d'une partie de la population laotienne vers la Thaïlande puis à partir des camps de réfugiés thaïlandais vers les Etats-Unis, les pays européens et l'Australie, la communauté laotienne s'est relativement dispersée à travers le monde[94]. Au regard de cette situation, il convient de s'interroger sur la possible influence de la diaspora laotienne sur les modes de vie des proches restés au pays et plus particulièrement sur la manière dont ces derniers se soignent.

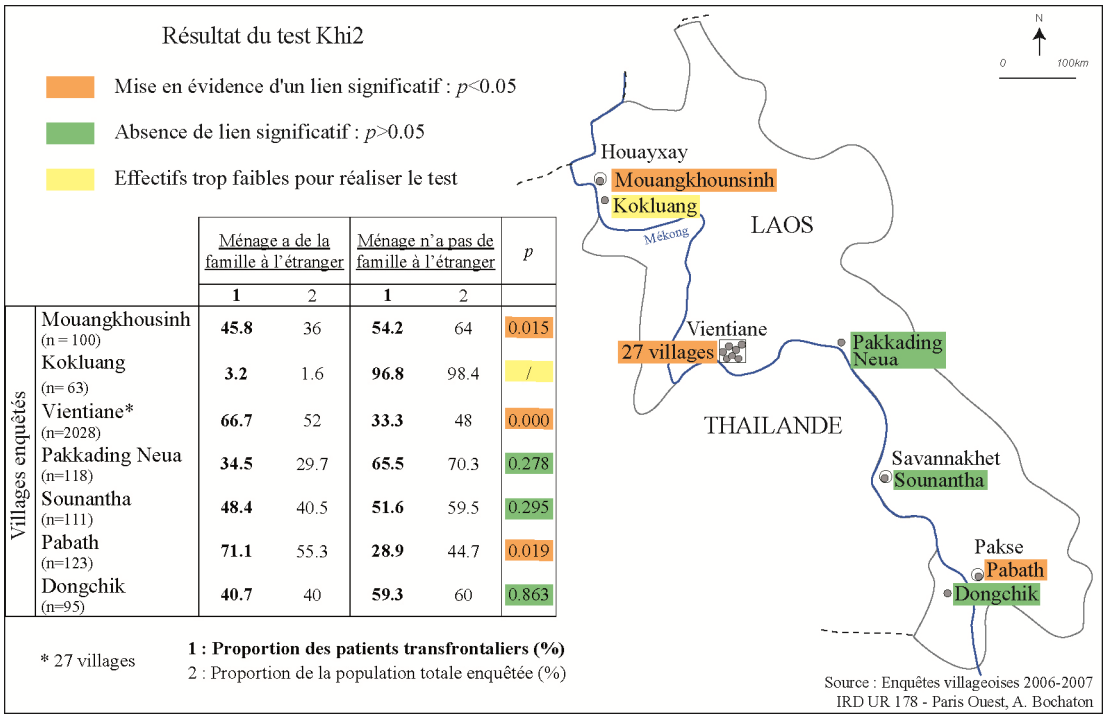
Les ménages laotiens ayant de la famille dans un pays étranger (autre que la Thaïlande) auraient ainsi plus de chance d'être impliqués dans des recours transfrontaliers que les familles laotiennes sans attache familiale à l'extérieur. On suppose en effet que la présence de proches dans des pays développés où l'offre de soins est performante, peut avoir un impact sur l'information médicale disponible et l'appréciation de la qualité des hôpitaux laotiens. De la même façon que les expatriés portent un regard particulier sur le fonctionnement de la société laotienne, les membres de la diaspora, animés d'une double culture, apportent indiscutablement un regard nouveau. De plus, avec la réouverture de la frontière et l'attitude plus détendue du gouvernement vis-à-vis de ceux qui ont quitté le pays en 1975, les étrangers d'origine laotienne sont de plus en plus nombreux à revenir dans le cadre de courts séjours durant lesquels les échanges avec les membres de la famille restés au Laos sont intenses. En plus des informations

[94] Dans le monde, la diaspora laotienne est estimée à environ un million de personnes ; entre 20 000 et 40 000 individus vivraient en France.

et conseils transmis par les membres de la diaspora, les mobilités de santé peuvent être aussi facilitées par l'envoi d'argent nécessaire au paiement des soins et du transport. Ces deux raisons convergentes laissent augurer que les Laotiens ayant de la famille à l'extérieur du pays, sont sensiblement plus nombreux que la population sans attache à se soigner en Thaïlande.

La figure 53 présente les résultats obtenus à l'aide du test Khi2 entre la présence de membres de la famille à l'étranger et les recours transfrontaliers. Dans 3 des 7 espaces frontaliers étudiés, il existe une association significativement positive, permettant ainsi de confirmer notre hypothèse. Il s'agit des 27 villages de Vientiane, de Mouangkhousinh et de Pabath à Pakse. Dans les autres espaces, bien que l'association ne soit pas significative, on observe cependant que les proportions de ménages ayant de la famille à l'étranger sont plus grandes parmi les patients transfrontaliers que dans la population en général.

Figure 53 - Recours transfrontaliers et présence de membres de la famille à l'étranger : cartographie des résultats du test d'indépendance khi²



Villages enquêtés	Ménage a de la famille à l'étranger		Ménage n'a pas de famille à l'étranger		p
	1	2	**1**	2	
Mouangkhousinh (n = 100)	**45.8**	36	**54.2**	64	0.015
Kokluang (n= 63)	**3.2**	1.6	**96.8**	98.4	/
Vientiane* (n=2028)	**66.7**	52	**33.3**	48	0.000
Pakkading Neua (n=118)	**34.5**	29.7	**65.5**	70.3	0.278
Sounantha (n=111)	**48.4**	40.5	**51.6**	59.5	0.295
Pabath (n=123)	**71.1**	55.3	**28.9**	44.7	0.019
Dongchik (n=95)	**40.7**	40	**59.3**	60	0.863

* 27 villages

1 : Proportion des patients transfrontaliers (%)
2 : Proportion de la population totale enquêtée (%)

L'information réunie durant les entretiens souligne également le rôle joué par les proches résidant à l'extérieur du Laos bien que la situation soit encore relativement peu fréquente. Seulement 3 des 55 patients rencontrés ont en effet bénéficié d'une aide directe d'un membre de la famille vivant à l'étranger (cf. tableau 21, p. 249). Même si les cas sont rares, les récits des patients concernés ont mis en évidence l'importance donnée à l'information reçue comme si elle dominait le reste des conseils reçus, tel que le montre l'exemple suivant.

Suite à une opération de la vésicule biliaire à l'hôpital Mahosot entraînant de multiples complications, une patiente résidant à Vientiane décide d'aller en Thaïlande pour faire diagnostiquer son problème. Elle pense dans un premier temps suivre le conseil de sa cousine, vivant près de chez elle et lui suggérant d'aller à la clinique Ruampet à Nong Khai, où celle-ci se soigne régulièrement. Elle rencontre cependant un autre membre de la famille parti vivre au Japon et en vacances à ce moment-là au Laos. Ce dernier lui conseille plutôt d'aller à l'hôpital

universitaire de Khon Kaen dans lequel il a été soigné avant son départ à l'étranger ; il lui assure que les soins sont peu coûteux et de très bonne qualité au contraire de la clinique Ruampet. Ses conseils semblent éclipser ceux de la cousine et bien que la distance à parcourir pour aller à Khon Kaen soit bien plus importante que pour rejoindre la clinique de Nong Khai, notre interlocutrice choisit de se rendre à Khon Kaen.

Quand, au moment de la recherche d'informations pour recourir en Thaïlande, il existe une interaction matérialisée par une rencontre, un contact direct, avec des membres du réseau transnational, leurs conseils semblent exercer une influence qui l'emporte sur le reste. Cette situation se présente encore peu fréquemment, mais on peut présager qu'avec le développement des moyens de communication longue distance et à faible coût, les échanges transnationaux vont aller en s'intensifiant et si tel est le cas, probablement avec des répercussions amplifiées sur les comportements et pratiques des Laotiens concernés.

Plus qu'une empreinte directe sur la mise en œuvre des recours transfrontaliers, les réseaux familiaux situés dans la sphère transnationale semblent aujourd'hui exercer une influence détournée, difficilement chiffrable mais que l'on peut tout de même appréhender. Une habitante de Vientiane dont la sœur vit aux Etats-Unis, reçoit presque tous les ans sa visite pour les vacances, celle-ci ne manquant jamais de rapporter de son pays d'adoption vitamines et compléments alimentaires sous forme de pilules ou de boissons. Avec le temps, notre interlocutrice laotienne a pris l'habitude d'absorber ses différentes substances, qui, selon elle, lui donnent de l'énergie. Elle rapporte en outre que de manière générale elle est plus vigilante qu'avant à son alimentation dans l'optique de préserver sa santé. On ne saurait dire si la sœur américaine est à l'origine des changements opérés dans l'état d'esprit de notre interlocutrice tout comme dans ses pratiques, celle-ci consultant en effet de temps à autre dans les hôpitaux thaïlandais. Néanmoins l'exemple éclaire les nouvelles formes d'échanges développées à l'échelle transnationale, qui, d'une façon ou d'une autre, contribuent doucement à faire évoluer les modes de vie, de pensée, de se soigner.

Les étrangers d'origine laotienne, s'ils sont géographiquement éloignés de leurs proches restés au Laos, jouent tout de même un rôle important dans la mise en œuvre des recours transfrontaliers. Leur fonction est néanmoins distincte de celle développée par les réseaux sociaux mobilisés au Laos et en Thaïlande. La distance qui sépare les interlocuteurs, constitue en effet un obstacle physique qui leur permet difficilement de prendre part au processus décisionnel et plus encore à l'accompagnement du patient. Leur appui est donc plutôt d'ordre financier ainsi que psychologique, dans le sens où la nature de certaines conversations peut indirectement amener les Laotiens à envisager les soins autrement et orienter en quelque sorte leurs choix thérapeutiques sur le long terme.

Les acteurs des réseaux sociaux qui aident de près ou de loin les patients transfrontaliers à réaliser leur recours, ont des caractéristiques diverses et variées. On a pu opérer une première distinction en fonction de leur localisation géographique : au Laos, en Thaïlande et dans le reste du monde. Les aides émanant de ces trois pôles s'imbriquent, se combinent et s'ordonnent, l'éloignement du lieu d'émission n'affaiblissant en rien le pouvoir de l'information transmise, au contraire. Si le réseau local est souvent déclencheur du recours, le réseau thaïlandais permet quand à lui de préciser les informations et parfois de réorienter les patients.

A chacune des échelles géographiques, un classement hiérarchique s'opère en fonction des statuts des personnes ressources. Si le rang socio-économique a une fonction indéniable pour structurer l'information reçue au Laos, en Thaïlande au contraire des inconnus peuvent tout aussi bien jouer le rôle de conseillers. Un point commun transcende néanmoins toutes les échelles géographiques : le rôle de premier ordre des membres de la famille élargie.

CHAPITRE DE SYNTHESE

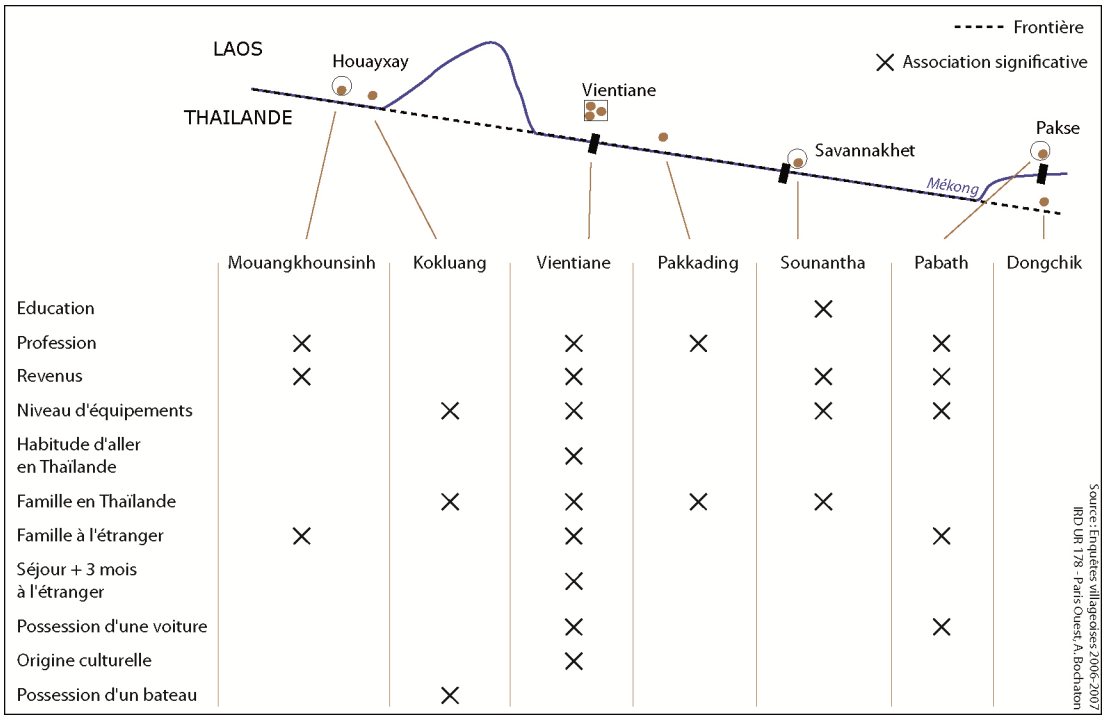
Une synthèse prenant en compte l'ensemble des observations faites sur les déterminants individuels et sociaux des recours transfrontaliers est nécessaire à ce stade du développement pour dégager les éléments généraux et de conclusion de la partie sur les patients.

I - Apport de l'analyse multivariée

Pour résumer les résultats obtenus variable par variable, nous faisons appel aux méthodes d'analyse multivariée, plus précisément la méthode régression logistique, afin de caractériser les facteurs les plus influents des mobilités au départ de chaque espace frontalier étudié.

Les variables explicatives intégrées au modèle ont été choisies en fonction des résultats obtenus par les analyses bivariées. La figure ci-dessous résume pour chaque espace frontalier enquêté l'ensemble des variables associées significativement au recours transfrontaliers et inclues dans l'analyse de régression.

Figure 54 – Schéma récapitulatif des déterminants individuels et sociaux des recours transfrontaliers, résultats des analyses bivariées



Les données sur l'âge et le sexe des individus disponibles à Vientiane seulement ont été intégrées au modèle de la capitale laotienne.

Comme les frontaliers des villages provinciaux se rendent très majoritairement en Thaïlande (de 75 à 98% des ménages), l'information concernant l'habitude de traverser n'est pas une source de différenciation forte entre les individus et n'a par conséquent pas été inclue dans les analyses en province. L'information a néanmoins été gardée pour l'analyse à Vientiane, où les ménages se rendant en Thaïlande représentent seulement la moitié de la population.

Enfin comme aucune association significative n'a été mise en évidence à Dongchik, nous n'avons pas procédé à une analyse de régression pour ce village.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour réaliser les analyses. Pour chaque espace concerné, un tableau présente les résultats des régressions, suivi d'un développement explicatif. Pour finir, l'ensemble des résultats est ensuite cartographié afin d'obtenir une lecture synthétique des facteurs dominants.

Tableau 24 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Mouangkhousinh : régression logistique, modèle mixte

Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 100	Odds Ratio [IC 95%]	*p*
Revenus mensuels du ménage (US$)	[0 – 50[	50	Référence	
	[50 – 100[	29	**2,9 [1,1–8]**	**0,03**
	+ de 100	21	**13,7 [2,9–66,4]**	**0,001**
Présence de famille à l'étranger	Non	64	Référence	
	Oui	36	**2,7 [1-7]**	**0,044**

Source : enquête villageoise 2006

Le modèle obtenu à Mouangkhousinh explique 28% ($p<0,01$) de la variance des recours transfrontaliers. Le modèle démontre que, toutes choses égales par ailleurs, les ménages ayant un salaire mensuel supérieur à 100US$ par mois ont 13,7 fois plus de chances de recourir en Thaïlande que les ménages gagnant moins de 50US$ ($p<0,01$). De plus, les ménages ayant des membres de leur famille à l'étranger ont 2,7 fois plus de probabilités de se soigner en Thaïlande que les ménages isolés ($p<0,05$).

Tableau 25 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Kokluang : régression logistique, modèle mixte

Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 63	Odds Ratio [IC 95%]	*p*
Niveau d'équipement	Faible	30	Référence	
	Elevé	33	**19 [3,5-102]**	**0,001**
Présence de famille en Thaïlande	Non	40	Référence	
	Oui	23	**32,3 [4,6-230]**	**0,001**

Source : enquête villageoise 2006

A Kokluang, le modèle obtenu explique 67,8% (p<0,01) de la variance des recours transfrontaliers, il caractérise donc bien les mobilités au départ de ce village. Un niveau d'équipement élevé (OR=19, p<0,01) et la présence de membres de la famille en Thaïlande (OR=32,3, p<0,01) sont deux éléments qui, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentent les chances des ménages d'aller se soigner en Thaïlande.

Tableau 26 – Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Vientiane : régression logistique, modèle mixte

Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 2018	Odds Ratio [IC 95%]	*p*
Sexe	Homme	800	Référence	
	Femme	1218	**1,9 [1,4-2,5]**	**0,000**
Age	[35 – 54 ans[	1320	Référence	
	+ de 55 ans	698	1 [0,8-1,4]	0,729
Profession	Fonctionnaires	321	Référence	
	Commerçants	491	**2 [1,2-3,4]**	**0,011**
	Autres (secteur privé, fermier…)	1206	**2,1 [1,3-3,4]**	**0,004**
Origine culturelle	Laos	1562	Référence	
	Thaïe	125	1,6 [1-2,6]	0,076
	Vietnamienne	252	1,3 [0,9-1,8]	0,266
	Chinoise	79	**2,5 [1,4-4,3]**	**0,001**
Niveau d'équipement	Faible (pauvres)	664	Référence	
	Moyen	1099	2,7 [1,2-5,9]	0,101
	Elevé (riches)	255	**1,8 [0,9-3,7]**	**0,014**
Présence de famille en Thaïlande	Non	1598	Référence	
	Oui	420	**1,5 [1,1-2]**	**0,017**
Habitude d'aller en Thaïlande	Non	974	Référence	
	Oui	1044	**2,8 [2-4,1]**	**0,000**
Séjour à l'étranger supérieur à 3 mois	Non	1558	Référence	
	Oui	460	**1,5 [1,1-2]**	**0,023**

Source : enquête Vientiane 2006

Le modèle obtenu à Vientiane explique 18% (p<0,01) de la variance des recours transfrontaliers, ce qui traduit par une forte variabilité entre le fait de recourir en Thaïlande et le fait de ne pas recourir. Le modèle démontre que, toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes ont une probabilité 1,9 fois plus grande de se soigner en Thaïlande que les hommes (p<0,05). De plus, il démontre que le fait d'être commerçant augmente par 2 les chances de se rendre en Thaïlande par rapport au fait d'être fonctionnaire (p<0,05). Les Laotiens d'origine chinoise de la capitale se caractérisent aussi par une plus grande probabilité (OR = 2,5, p<0,01) de se soigner en Thaïlande que les Laotiens d'origine lao mais il convient de préciser que cela concerne des effectifs relativement faibles (n=79). Les ménages bien équipés, traduction d'un niveau de revenus relativement élevé et de la possession d'un ou plusieurs moyens de locomotion, ont 1,8 plus de chances d'aller en Thaïlande que les ménages peu équipés et donc pauvres. En outre, la

présence de membres de la famille en Thaïlande joue un rôle significatif dans les recours (OR =1,5, p<0,05) ainsi que l'habitude de se rendre régulièrement en Thaïlande (OR = 2,8, p<0,01).

A Vientiane, le modèle fait donc ressortir plus de facteurs déterminants que dans les autres espaces frontaliers et on peut expliquer cette particularité par les effectifs d'enquêtés plus élevés et du fait aussi d'une plus grande hétérogénéité de la population résidant dans la capitale laotienne.

Tableau 27 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Pakkading Neua : régression logistique, modèle mixte

Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 118	Odds Ratio [IC 95%]	*p*
Présence de famille en Thaïlande	Non	98	Référence	
	Oui	20	**3,2 [1,1-9]**	**0,02**

Source : enquête villageoise 2006

A Pakkading Neua, le modèle explique 5,9% (p<0,05) de la variance des recours transfrontaliers, ce qui est faible. La présence de membres de la famille en Thaïlande, unique facteur qui ressort du modèle, peut augmenter par 3 les chances des ménages d'aller se soigner en Thaïlande, toutes choses égales par ailleurs (p<0,05).

Tableau 28 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Sounantha : régression logistique, modèle mixte

Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 111	Odds Ratio [IC 95%]	*p*
Revenus mensuels du ménage (US$)	[0 – 50[	17	Référence	
	[50 – 100[	35	3,2 [0,4-29,9]	0,3
	+ de 100	59	**9,7 [1,1-79,9]**	**0,03**
Présence de famille en Thaïlande	Non	96	Référence	
	Oui	15	**4,2 [1,3-13,8]**	**0,01**

Source : enquête villageoise 2007

Le modèle explique 21,9% (p<0,01) de la variance des recours transfrontaliers au départ du village de Sounantha à Savannakhet. Les ménages ayant des revenus supérieurs à 100US$ par mois ont 9,3 plus de probabilités de se rendre dans les hôpitaux thaïlandais par rapport aux ménages gagnant moins de 50US$ (p<0,05). De plus, la présence de membres de la famille en Thaïlande augmente par 4 les chances des individus de passer la frontière (p<0,05).

Tableau 29 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Pabath : régression logistique, modèle mixte

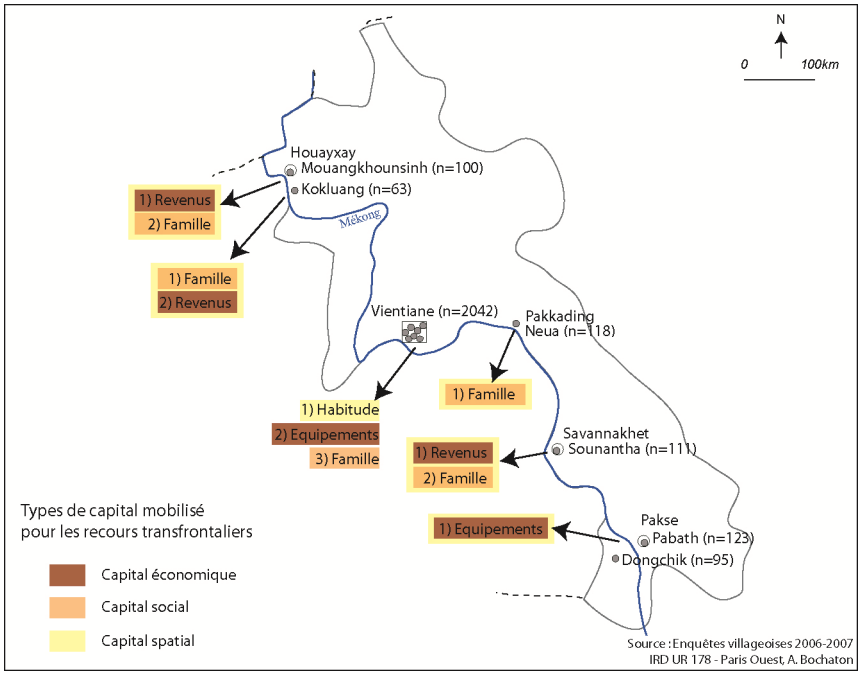
Variables		Recours aux soins en Thaïlande		
		n = 123	Odds Ratio [IC 95%]	p
Niveau d'équipement	Faible (pauvres)	24	Référence	
	Moyen	75	4 [0,9-18,5]	0,07
	Elevé (riches)	24	**22 [4,1-117,8]**	**0,001**

Source : enquête villageoise 2007

Le modèle explique 21,9% (p<0,01) de la variance des recours transfrontaliers au départ du village de Pabath Pakse. Un bon niveau d'équipement des ménages, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentent grandement (OR=22) les chances d'aller se soigner en Thaïlande en comparaison à des ménages peu équipés.

Avec la méthode de régression logistique, notre objectif était de parvenir à une synthèse des déterminants les plus influents des recours transfrontaliers et de les hiérarchiser. La figure 55 récapitule les différents résultats obtenus et met nettement en évidence que la pratique ne peut se résumer à l'influence d'un facteur en particulier mais résulte d'une combinaison de facteurs.

Figure 55 – Les déterminants des recours transfrontaliers : synthèse des résultats des régressions logistiques.



Mis à part deux villages, le capital économique des ménages, qu'il s'agisse du niveau de revenus ou d'équipement, apparaît comme un déterminant récurrent des recours transfrontaliers. Il est certain que les niveaux de richesse ne sont pas équivalents de Kokluang à Vientiane mais ce constat montre que les patients transfrontaliers appartiennent en général au groupe économiquement le plus aisé dans leur propre espace de référence.

L'exception relevée à Dongchik peut s'expliquer par le fait que les caractéristiques de la population résidente sont homogènes d'un point de vue socio-économique et permettent difficilement de relever des différences. Le contexte de pauvreté dans le village semble en outre favoriser l'émergence de solidarités entre les habitants et réduire de ce fait les faibles disparités existantes.

La famille en Thaïlande ou à l'étranger est aussi un facteur déterminant dans 5 des 7 espaces frontaliers étudiés.

Enfin et bien que l'information sur l'habitude n'ait pas été intégrée au modèle de régression logistique pour les villages provinciaux, il faut rappeler que 100% des patients transfrontaliers identifiés au départ de ces derniers appartiennent à des ménages qui se rendent régulièrement en Thaïlande. L'utilisation des hôpitaux voisins se fait donc dans un contexte où traverser la frontière est une pratique courante pour ces résidents limitrophes.

Le cumul d'un capital économique, d'un capital social et d'un capital spatial augmente donc grandement la probabilité des Laotiens des marges frontalières d'aller se soigner dans les hôpitaux thaïlandais. Cette réalité de facteurs imbriqués prend donc le contrepied des propos fréquemment relevés auprès des chefs de villages et des fonctionnaires du Ministère de la Santé à Vientiane, qui soulignent uniquement l'aisance économique des patients transfrontaliers. Nos analyses révèlent que si le capital économique est une condition certes importante des recours transfrontaliers, les autres facteurs jouent néanmoins un rôle non négligeable.

II - Solidarités réticulaires : conclusions socio-géographiques

Pour conclure, la notion de capital social est de nouveau mobilisée en raison de l'approche transversale des recours transfrontaliers qu'elle permet : saisir les enjeux sociaux crées autour du soin et mettre en évidence l'émergence de nouvelles formes et pratiques territoriales avec l'étude des réseaux. L'expression « *sociabilité réticulaire* » nous paraît de ce fait bien rendre compte du phénomène [Bennafla 2002, p.215 en référence aux travaux d'Ellis et Fauré 1995] et dans le cadre de notre recherche on pourrait même élargir l'expression et parler de *solidarité réticulaire*.

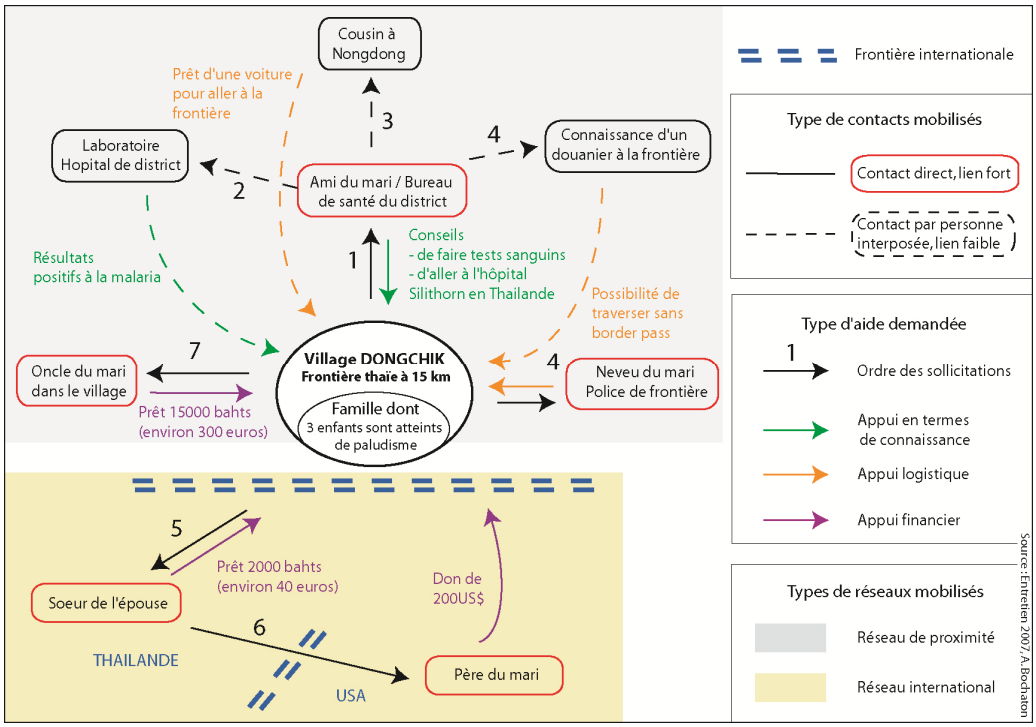
- **L'insertion sociale comme modérateur des inégalités de santé**

Pour résumer l'apport des réseaux sociaux et plus largement du capital social dans la mise en œuvre des recours transfrontaliers, la schématisation d'un itinéraire, particulièrement complexe et sinueux, permet d'apporter quelques points de conclusions.

La figure 56 synthétise et simplifie le recours initié par une famille de riziculteurs du village de Dongchik (carte*/D5) avec un statut socio-économique faible et dont 3 de leurs 6 enfants sont atteints de paludisme. Chaque flèche représente un soutien sollicité auprès d'un membre du réseau social du ménage et chaque couleur permet de distinguer la nature de l'aide apportée.

On note immédiatement que le recours mobilise des personnes ressources dans trois espaces géographiques distincts : l'espace de proximité, l'espace transfrontalier et la sphère transnationale. Chaque acteur du réseau semble avoir un rôle bien défini au sein de l'itinéraire qui, du début à la fin, est pris en charge et relayé de personnes en personnes.

Figure 56 – Sociabilités et solidarités réticulaires : du réseau de proximité aux logiques transnationales : *L'exemple d'un couple laotien en quête de soins pour ses 3 enfants atteints de paludisme*



Un ami du mari, par ailleurs agent du bureau de la santé du district, est sollicité en premier lieu et occupe une place centrale dans le réseau de solidarité développé par le couple. Ce contact direct va en effet mobiliser trois de ses contacts personnels qui, à leur tour, vont être pleinement investis dans la mission d'assistance à la famille, bien que ne la connaissant pas directement : une personne du laboratoire va ainsi fournir rapidement les résultats d'analyse permettant de diagnostiquer la pathologie des enfants, un cousin va prêter sa voiture pour les aider à se rendre à la frontière et enfin une connaissance à la douane va permettre de laisser passer toute la famille sans document officiel. On retrouve à travers cet exemple la théorie de la « *force des liens faibles* » développée par le sociologue Mark Granovetter : « *les individus avec qui on est faiblement lié ont plus de chances d'évoluer dans des cercles différents et ont donc accès à des informations différentes de celle que l'on reçoit* » [cité dans Mercklé 2004, p.60]. Ici les trois contacts indirects apportent en effet un soutien décisif à la famille, soutien qui n'aurait pas pu être mobilisé directement.

La solidarité transfrontalière se matérialise par un prêt fait par la sœur de l'épouse vivant en Thaïlande. Celle-ci va en outre réactiver le lien avec le père du mari parti vivre aux Etats-Unis en 1975 car le couple n'était pas en mesure de le contacter depuis le Laos. Ce dernier va participer au recours en envoyant 200 US$, qui serviront à payer une partie des soins.

Le réseau social du couple se déploie donc simultanément sur plusieurs territoires nationaux et l'imbrication des échelles témoigne bien d'une dynamique réticulaire, réponse à l'urgence sanitaire. Le très proche comme le très lointain influencent l'itinéraire thérapeutique de la famille par des appuis spécifiques, qui se complètent et donnent la trajectoire finale au recours.

Si les éléments matériels et financiers constituent la partie visible des apports du réseau social, il nous semble que certains acteurs apportent aussi une légitimité sur le plan idéologique. On note en effet que, parmi les 8 personnes ressources sollicitées directement ou indirectement par le couple, 3 sont des fonctionnaires et donc agents de l'état laotien : un membre du bureau de la santé du district (aussi volontaire de santé dans le village), un douanier et enfin un membre de la police des frontières. En conseillant le couple et en lui permettant de traverser la frontière sans documents officiels mais par simple contrat oral, ceux-ci facilitent matériellement la traversée mais aussi et surtout l'inscrivent dans un cadre officiel.

Cet exemple de recours transfrontalier, par la multiplicité des acteurs investis et la pluralité des aides reçues, résume bien les divers apports du capital social. Alors que le capital culturel et le capital économique du ménage ne le prédisposaient pas a priori à recourir en Thaïlande, l'inscription de la famille dans un réseau social actif a rendu la démarche transfrontalière possible. Dans ce cas précis, l'urgence sanitaire est parvenue à activer une grande solidarité tant au sein du village qu'à l'échelle transfrontalière et transnationale.

Le capital social du couple lui a donc permis de mobiliser un vaste réseau d'acteurs, qui, en fonction de leur propre capital (culturel, économique, social et spatial), est venu pallier les insuffisances de la famille. En revanche, si le couple avait été isolé, on peut s'interroger sur les conséquences de l'épisode morbide des trois enfants.

Quand il existe, le capital social des patients transfrontaliers parvient donc à réduire les inégalités socio-économiques entre individus comme si les mécanismes de solidarité opéraient un transfert de compétences entre les acteurs du réseau et les patients. En l'absence d'un tel capital, les inégalités individuelles persistent et se répercutent dans les choix faits en matière de recours aux soins. Aux inégalités individuelles identifiées dans le chapitre précédent s'ajoutent par conséquent des inégalités en termes d'insertion sociale ; toutes deux sont transposées dans le champ de la santé et deviennent par là sources d'inégalités de santé.

On a observé dans le développement consacré au capital économique qu'il n'existait pas d'association entre les recours transfrontaliers et les niveaux de revenus et d'équipements des villageois de Pakkading et Dongchik. Cela soulevait l'hypothèse d'une solidarité plus développée dans ces villages qu'ailleurs, celle-ci parvenant ainsi à équilibrer efficacement les manques des ménages pauvres.

Le village est l'unité de base du système administratif pyramidal laotien et son importance structurelle et sociale a déjà été relaté par le passé dans de nombreux articles : le village est traditionnellement le lieu où il existe une longue tradition de l'entraide lors d'événements exceptionnels, tels que les mariages, les crémations ou lors d'épreuves [Taillard 1977, p.74].

Parmi elles, la maladie peut constituer une source de difficultés que la communauté vient panser par son intervention. Or avec la densification de l'espace des villes frontalières, les citadins sont amenés à élargir leurs références spatiales au gré des mobilités quotidiennes et à s'inscrire dans un réseau de lieux plus larges que le village. De plus, dans le contexte d'ouverture au libéralisme économique prônant les valeurs de l'individualisme, on peut penser que les liens unissant traditionnellement les villageois, perdent en intensité et en sens. A l'inverse, les villages ruraux apparaissent encore relativement préservés de ces changements affectant les espaces urbains et cela pourrait expliquer la permanence des modes d'interaction traditionnels et la cohésion sociale qui en découle. « *Par cohésion sociale, on entend généralement les formes de solidarité communautaire et sociale en mesure de maintenir vivant un tissu social et d'empêcher l'exclusion d'une partie des membres de la société. Les sociétés à forte cohésion sociale favorisent le partage de la richesse, on y observe un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, etc.* » [Pacquet & Tellier 2003, p.30].

Toutefois, ce contraste ville-campagne n'est pas figé. Le village rural de Kokluang, bien que fonctionnant sur un modèle traditionnel, fait en effet apparaître une cohésion sociale fragmentée selon l'appartenance ethnique des individus. Les systèmes d'entraide traditionnels qui permettent à certains ménages de recourir en Thaïlande malgré leur faible capital monétaire, ne semblent dans ce cas s'appliquer qu'aux membres de la communauté lao. Les habitants issus des minorités ethniques semblent de ce fait cumuler un double fardeau : un faible capital économique et une intégration restreinte dans la société villageoise, qui les éloignent des stratégies thérapeutiques mises en place par les villageois d'origine lao, premiers arrivés sur place. Aussi les entretiens réalisés avec les patients transfrontaliers originaires de Vientiane, Savannakhet et Pakse ont révélé des formes persistantes de solidarités entre citadins, figures de la continuité dans le changement.

- **Les territoires de l'institutionnel / les réseaux du fonctionnel : vers l'émergence de nouvelles formes territoriales**

Tout « *territoire est toujours en voie de déterritorialisation, au moins potentielle, en voie de passage à d'autres agencements, quitte à ce que l'autre agencement opère à une reterritorialisation* » [Deleuze & Guattari 1980]. Dans ce mouvement général de transformation des territoires, les espaces frontaliers tiennent une place de choix au regard des nouvelles dynamiques sociales qui s'y créent. Dans ce point de vue, comment le phénomène de recours transfrontaliers modifie-t-il les agencements territoriaux en place, « c*omment les individus, par leurs pratiques et leurs stratégies dans des espaces où, nécessairement pèse un certain « ordre normatif », qu'il soit explicite ou implicite, participent-ils de la construction de brèches, niches ou d'interstices territoriaux ?* » [Capron et al. 2005, p.11].

Au début du chapitre 8, nous posions la question de savoir si les réseaux sociaux mobilisés pour la mise en œuvre des recours transfrontaliers instauraient de nouveaux modes de fonctionnement spatiaux et de ce fait de nouveaux territoires.

En nous inspirant des écrits de Jean-Marc Offner et Denise Pumain (1996), il nous semble que la distinction opérée entre les *territoires de l'institutionnel* et les *réseaux du fonctionnel* est particulièrement féconde pour rendre compte des enjeux crées autour de la pratique transfrontalière et des cadres spatiaux dans lesquels celle-ci se déploie. « *Le territoire privilégie l'héritage, la signification sociale, la reproduction sociale, là où le réseau, ordonné d'abord à l'efficacité de la mobilisation des ressources, nécessite construit social, invention sociale permanente* » [p.69].

Les recours transfrontaliers mettent en lumière la discordance crée entre les territoires de l'offre de soins mis en place par l'état laotien et les pratiques des Laotiens qui s'organisent pour contourner l'offre en question, traverser la frontière et rechercher des soins de l'autre côté.

Dans le cadre de notre recherche, les territoires de l'institutionnel découlent de la réalisation concrète des politiques de santé nationales. L'objectif d'une couverture sanitaire valable pour l'ensemble du pays et selon une organisation pyramidale des soins a certes été atteint au Laos avec la politique de construction de dispensaires, d'hôpitaux de districts et d'hôpitaux provinciaux. L'offre de soins présente toutefois de graves dysfonctionnements qui mettent en lumière les faiblesses du territoire institutionnel, pourtant supposé être fort de sa structure durable, son héritage et son identité.

Dans ce contexte, les recours transfrontaliers s'élaborent pour répondre aux besoins de soins non satisfaits de la population. Les réseaux mis en place pour atteindre les structures thaïlandaises s'inscrivent dans le présent ainsi que dans des échelles territoriales emboîtées qui forment des agencements originaux et des matérialités nouvelles. Or, comme on l'a vu, le réseau s'inscrit tout d'abord à l'intérieur de l'espace de proximité du patient, le plus souvent son village. La pratique transfrontalière (et transgressive) n'est donc pas importée de l'extérieur mais au contraire se développe à partir de l'espace social laotien dans une logique fonctionnelle et de rationalité thérapeutique.

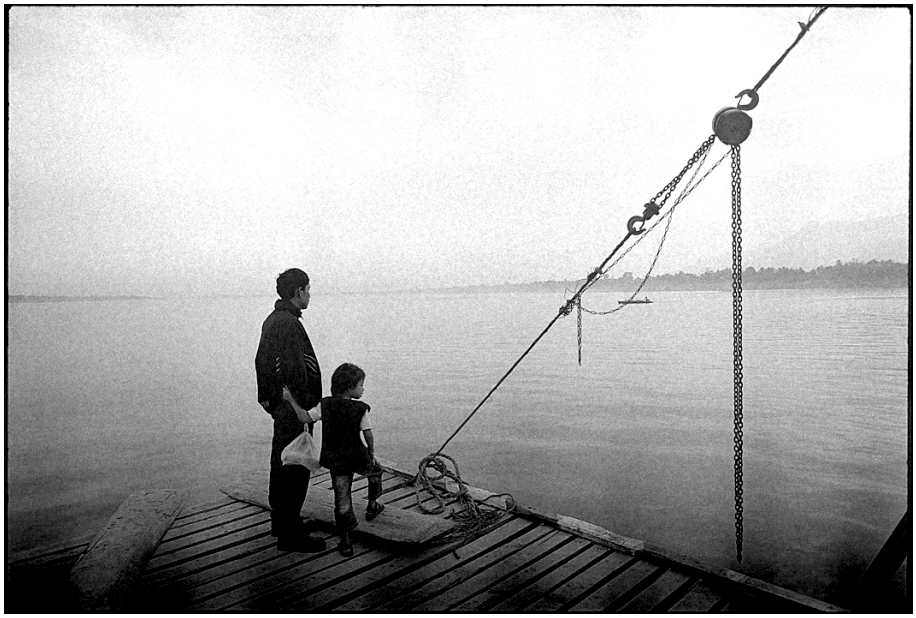
A son retour, le patient autrefois en demande d'informations devient source d'informations pour ses proches, ses voisins, ses collègues. Le réseau s'élargit ainsi de proche en proche et s'auto-organise. D'outil de solidarité, le réseau devient ainsi vecteur de diffusion des pratiques transfrontalières au sein du territoire laotien par les Laotiens eux-mêmes. Sans prévoir de scénarios concernant l'évolution future des recours transfrontaliers, on peut néanmoins émettre l'idée que l'agrandissement du réseau de proche en proche va contribuer à densifier l'information disponible sur les structures thaïlandaises et à instaurer durablement la pratique dans les comportements thérapeutiques des Laotiens.

La logique institutionnelle de maillage du territoire par les structures de soins et la logique fonctionnelle des patients d'aller se soigner là où l'offre est la meilleure, apparaissent ainsi dissociées et éclairent l'échec de la politique nationale de santé établie depuis 1975 au Laos. L'émergence de nouvelles combinaisons socio-sanitaires dans le but de pallier aux dysfonctionnements des structures d'encadrement étatique amène donc à une recomposition interne des territoires nationaux qui, s'ils gardent des contours identiques, se structurent néanmoins de manière plus réticulaire que pyramidale.

Dans la dernière partie, nous examinerons l'impact des recours transfrontaliers sur les politiques de santé menées tant au Laos qu'en Thaïlande. Quelles réactions et quelles actions résultent des mobilités de santé, pratiques transfrontalières, transgressives et au cœur de nouvelles dynamiques territoriales ?

Partie 4

Incidence politique et impacts socio-territoriaux des recours transfrontaliers



PARTIE 4
INCIDENCE POLITIQUE ET IMPACTS SOCIO-TERRITORIAUX DES RECOURS TRANSFRONTALIERS 277

CHAPITRE 9 : LES PERCEPTIONS DES RECOURS TRANSFRONTALIERS..... 285

I - Au Laos : des recours vus à travers le prisme du politique..... 285

A/ Une résistance à la recherche

- L'œil du Parti omniprésent
  - Un assistant de recherche tout trouvé
  - Entre déni et instrumentalisation de la recherche
  - Et pourtant…une recherche qui fait écho
- Le chercheur sur son terrain : une palette de rôles en fonction des interlocuteurs et au fil du temps
  - Un travail d'immersion : identifier et maîtriser les règles locales
  - L'étrangère, l'étudiante
  - Relais entre les patients et le pouvoir central
  - Personne ressource
  - Conseillère de santé

B/ Un discrédit jeté sur les recours transfrontaliers : le rôle des médias

- Une pratique transfrontalière sous-estimée
- Un phénomène de mode
- Un acte antipatriotique et subversif
- La censure

C/ Des patients sous influence

- La position ambivalente des fonctionnaires
- Du point de vue des patients
  - De l'acte à sa verbalisation : un passage difficile.
  - Des pratiques médicales mal interprétées
  - Entre mythe et réalité : l'exemple du trafic d'organes
  - Le coût des soins

II - En Thaïlande : des perceptions dictées par une logique économique 304

A/ Le secteur privé en pleine expansion

B/ Le secteur public entre posture éthique et désagréments financiers

- Le poids financier des recours transfrontaliers : des données chiffrées
- Des dépenses fluctuantes selon les structures d'accueil
- Entre des facteurs internes et une pression externe : des hôpitaux frontaliers en difficulté
- L'image ternie du Laos et des Laotiens

CHAPITRE 10 : LES REACTIONS FACE AU PHENOMENE TRANSFRONTALIER..... 321

I - Au Laos : entre repli et imitation..... 321

A/ Une priorité accordée aux provinces frontalières ?

B/ Des évolutions en forme de réplique à l'influence thaïlandaise

- Développement des équipements médicaux : nécessité sanitaire et/ou politique ?
- Des améliorations au sein des structures : l'influence thaïlandaise

C/ La construction d'un hôpital privé au Laos : les recours transfrontaliers, moteurs du projet

- Un contexte politique et socio-économique favorable
  - Plus qu'un enjeu sanitaire, un enjeu politique
  - Un élan de privatisation qui dépasse le secteur de la santé
- Du projet à la concrétisation : un espace décisionnel aux contours flous
  - Des investisseurs thaïlandais absents : une situation singulière dans la péninsule
  - Chercher des investisseurs ailleurs qu'en Thaïlande
- A contre-courant du concept d'équité : vers une croissance programmée des inégalités de santé

II - En Thaïlande : entre encouragement et résistance 343

A/ Le secteur privé : une attractivité renforcée

- Un marketing accrocheur : de la publicité au sponsoring
  - Les brochures : support informatif, support publicitaire
  - Multiplication des supports visuels thaïlandais dans le paysage laotien
  - Les hôpitaux thaïlandais et les œuvres caritatives
- De l'art d'infiltrer le territoire et la société laotienne : une immersion aux limites de la légalité
  - Les visites à domicile : prétexte médical ou démarchage déguisé ?
  - S'introduire dans le milieu médical laotien
- Fidéliser les patients au sein des structures privées thaïlandaises
  - Redéfinition de l'expérience thérapeutique
  - Réaménagement de l'architecture hospitalière

B/ Les répliques d'un secteur public en difficulté

- Les services sociaux : du contrôle accru à l'empiètement territorial
- Réduire les dépenses : agir sur le temps d'hospitalisation
- Créer des ressources ou transférer l'emploi des ressources à disposition

CONCLUSION : VERS LE RENFORCEMENT DES INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES DE SANTE ?..... 373

INTRODUCTION

Dans cette dernière partie, nous entendons mesurer les conséquences des recours aux soins transfrontaliers en matière de représentations ainsi que les répercussions sanitaires concrètes de ce phénomène au sein du territoire transfrontalier et à l'intérieur des frontières nationales respectives.

Nous avons vu que la situation de domination économique et culturelle exercée par la Thaïlande sur le Laos, amène les dirigeants de ce dernier à inventer des formes de résistance en réactivant, par exemple, des éléments de la tradition laotienne. Les recours transfrontaliers étant le révélateur de l'influence de la Thaïlande dans le champ de la santé, il convient dès lors d'examiner la perception du phénomène par les autorités laotiennes et d'analyser le discours qui en résulte. Il est également essentiel de rendre compte du positionnement des patients transfrontaliers et de déterminer si leurs représentations sont construites sur la base de l'expérience ou influencées par la ligne officielle. Du point de vue du pays d'accueil, l'arrivée des Laotiens dans les hôpitaux frontaliers provoque également des réactions qui, loin d'être homogènes, sont le reflet de la variété des intérêts économiques en jeu et des acteurs thaïlandais impliqués.

Au-delà du sens prêté aux mobilités de santé, il s'agira aussi de déterminer dans quelle mesure celles-ci provoquent une prise de conscience des dysfonctionnements du système de soins par les instances sanitaires laotiennes et si des actions concrètes sont menées pour y remédier. Les deux pays orientent-ils leurs relations en vue de formaliser une coopération médicale transfrontalière ou des actions sont-elles menées sans concertation ? Enfin les mesures sanitaires qui découlent directement ou indirectement des recours transfrontaliers, ont-elles pour effet de réduire les inégalités révélées par ces derniers ou au contraire de les conforter, voire de les accentuer ?

Avant d'aborder directement la question de l'incidence des recours transfrontaliers sur les représentations et les actions, il est important dans un premier temps de les situer en dehors du strict champ médical en décrivant les intrications économiques et politiques de la pratique.

- **La santé, un bien marchand ?**

Les recours transfrontaliers tout comme le « shopping hebdomadaire » de certaines familles laotiennes participent de nouvelles mobilités qui consistent à combler l'écart de développement économique et sanitaire entre le Laos et la Thaïlande. Mais peut-on associer les flux de recours à des actes de consommation et considérer les patients comme des acheteurs ?

Parmi les patients qui traversent la frontière pour se soigner de « l'autre côté », beaucoup le font par nécessité du fait de l'impasse thérapeutique dans laquelle ils se trouvent au Laos. Toutefois nos analyses ont révélé que pour une partie des patients itinérants, principalement ceux originaires des villes frontalières, le recours en Thaïlande participe aussi de la recherche de distinction, forme de reconnaissance sociale à travers le choix des structures de soin. Pour ce faire, ces patients consultent dans de confortables hôpitaux privés où le service et la rapidité de la prise en charge ont un prix. Une nouvelle approche de la santé, du corps et du sensible voit le jour et fait plus largement écho à la notion de santé marchande, où le soin s'achète comme un bien ou un service classique.

Le mouvement de privatisation des soins est certes une réalité mondiale mais cette situation a de quoi surprendre dans un pays où l'ouverture à l'économie de marché est encore relativement récente et dans lequel l'idéologie communiste est toujours censée dicter les conduites.

Aussi, la santé est une composante de l'économie à travers la notion de consommation médicale qui « *traduit les dépenses de santé des individus et des ménages* » [Picheral 2001, p.71] et se calcule en volume monétaire. Les conséquences financières des recours transfrontaliers sont un aspect très souvent commenté par les responsables de la santé au Laos qui estiment les pertes de bénéfices considérables pour le budget de la santé et néfastes pour le pays en général ; nous verrons par la suite que l'enjeu monétaire constitue un argument clef des dirigeants pour décourager les futurs candidats aux recours en Thaïlande. Côté thaïlandais, l'impact monétaire de l'accueil des patients laotiens est ambivalent entre les structures publiques et les hôpitaux privés : pesanteurs budgétaires d'un côté, bénéfices considérables de l'autre, les recours transfrontaliers produisent en Thaïlande des situations financières contrastées et une perception différenciée du phénomène selon les acteurs considérés.

L'économie est donc une facette essentielle des recours aux soins en Thaïlande qui s'exprime tant à l'échelle des individus qu'à celle des Etats.

- **Les recours transfrontaliers : révélateur d'une défaillance politique ?**

« *Tout discours sur la santé est un discours politique et toute pratique de santé est une pratique politique. Que l'on soit guérisseur ou infirmier, décideur ou exécutant, thérapeute ou malade, l'acte de soigner ou d'être soigné implique toujours du politique* » [Fassin 1992, p. 282].

Ainsi, quelque soit le lieu d'étude et l'angle d'approche choisi, la santé révèle toujours des enjeux politiques, réalité à laquelle les recours transfrontaliers ne semblent pas échapper, surtout si l'on se réfère au droit à la santé, « *le droit de tout être humain au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* ». Evoquée pour la première fois dans la Constitution de l'OMS (1946), réaffirmée dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978 et dans la Déclaration mondiale sur la Santé adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1998, la notion de « *meilleur état de santé susceptible d'être atteint* » repose à la fois sur la situation biologique et socio-économique de chaque individu et

sur les ressources dont dispose l'Etat. *« En vertu du droit à la santé, les gouvernements et les autorités sont tenus de mettre en place des politiques et des plans d'action qui permettent à tous d'accéder le plus rapidement possible à des soins de santé* » (déclaration de Mary Robinson, Haut Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme, 1997-2002).

Si l'on s'en tient à ces déclarations, traverser la frontière pour se soigner dans des structures limitrophes remet donc directement en cause l'aptitude de l'Etat laotien à fournir à toute sa population sur l'ensemble du territoire national des infrastructures de soins de qualité. Mais le fait d'aborder la santé par le biais des ressources dont dispose l'Etat, renvoie à des notions toutes relatives qui varient d'un contexte national à l'autre et façonne par conséquent un droit à la santé partiel. L'existence même des recours transfrontaliers tend à prouver la relativité de la notion, les patients laotiens cherchant des soins au-delà de leurs limites nationales et la Thaïlande, pays récepteur, les accueillant au nom des droits de l'homme et de la capacité de tout un chacun à recevoir des soins décents même en dehors de ses frontières étatiques. La pratique transfrontalière bouscule donc la définition donnée par l'OMS et révèle l'intérêt de considérer la santé sous l'angle géographique pour saisir la nature dynamique des pratiques thérapeutiques.

Les recours transfrontaliers illustrent finalement moins les dysfonctionnements du système sanitaire laotien en soi qu'ils mettent l'accent sur l'ampleur du différentiel entre les deux pays : placés côte à côte, les niveaux de développement sanitaire des deux pays apparaissent très différents et la fragilité du système laotien est d'autant plus manifeste par comparaison avec le système thaïlandais. Dans un contexte régional différent, on peut imaginer que la situation sanitaire du Laos pourrait être moins discréditée.

Du point de vue de la perception au sein de la sphère politique, et plus particulièrement des autorités laotiennes, les recours transfrontaliers constituent toutefois une forme de préjudice pour le régime puisqu'ils soulignent l'abandon des structures de soins nationales au profit des établissements du puissant voisin, dont la domination s'affirme donc aussi dans le champ des soins. Le phénomène de recours met ainsi en question directement l'idéologie du Parti en matière de santé, celle d'une couverture nationale totale et de qualité en matière de structures publiques. Quand un patient choisit de se soigner dans une structure thaïlandaise, il met ainsi les deux systèmes de santé en concurrence. Si les responsables laotiens ne sont au fond pas dupes de l'efficacité de leur système de santé, il existe une gêne certaine à l'égard de cette pratique du fait qu'elle souligne l'écart et souligne ainsi l'échec de la classe politique au regard des objectifs de 1975.

La perception qu'ont les dirigeants laotiens des recours transfrontaliers s'inscrit donc dans une attitude de défiance, réaction naturelle face à un danger imminent. L'attraction sanitaire exercée par les structures thaïlandaises auprès des patients laotiens est en effet perçue tel un « cheval de Troie » original et efficace pour la poursuite de la percée thaïlandaise en territoire laotien. Le rayonnement sanitaire thaïlandais en lien avec l'empreinte culturelle grandissante et le tout sous forte influence économique fait craindre aux responsables laotiens que l'emprise politique de leur voisin gagne du terrain.

L'étude des recours transfrontaliers ne peut donc se limiter à l'observation des itinéraires thérapeutiques en soi mais nécessite d'analyser les enjeux économiques et politiques de la pratique. En prenant en compte ces deux éléments, les recours transfrontaliers révèlent les profonds changements de la société laotienne contemporaine, en tension entre le dynamisme économique et la permanence d'un système politique figé.

CHAPITRE 9 : LES PERCEPTIONS DES RECOURS TRANSFRONTALIERS

Du pays de départ au pays d'accueil, comment les patients transfrontaliers et l'ensemble des personnes concernées directement ou indirectement perçoivent-ils le phénomène des recours transfrontaliers et s'expriment-ils à ce sujet ? Si au Laos le traitement de la question frontalière est largement déterminé par le prisme politique, la perception des recours en Thaïlande se fait largement sur la base d'une logique économique.

I - Au Laos : des recours vus à travers le prisme du politique

Au Laos, la logique politique imprègne à tous les niveaux la perception des recours transfrontaliers et les discours associés. Cette situation s'est largement répercutée sur la conduite de nos recherches au Laos où nous avons pu relever une résistance plus ou moins explicite de nos interlocuteurs. En outre, nous développerons le discrédit jeté sur la pratique transfrontalière via les médias laotiens et analyserons enfin la manière dont la perception et le jugement des patients transfrontaliers sont sous influence.

A/ Une résistance à la recherche

Pour illustrer le climat sous influence dans lequel s'est élaborée la recherche au Laos, une anecdote vécue au cours de l'enquête de santé à Vientiane nous semble particulièrement instructive : une famille aisée du village de Nongduang Tay a été invitée à participer à l'enquête et il est apparu que tous ses membres, les parents et leurs 3 enfants, se soignaient en Thaïlande. Des détails ont alors été demandés quant à la structure de soins fréquentée, les moyens de s'y rendre, etc. Le chef de famille, haut fonctionnaire laotien détaché à un programme des Nations Unies, n'a pas du tout apprécié cette partie de l'enquête et a refusé de répondre. Il était visiblement agacé par nos questions sur l'utilisation des structures thaïlandaises, a exprimé ses doutes quant à la conduite d'une telle enquête au Laos. Il a alors demandé à voir nos autorisations de recherche et le ton est devenu presque menaçant quant à la poursuite de notre enquête au regard de l'affront qu'il disait avoir subi et de sa position dans la hiérarchie laotienne.

Bien qu'une telle situation ne se soit pas reproduite par la suite, cet exemple éclaire néanmoins la difficulté de travailler sur les recours transfrontaliers et de nous extraire de leur portée politique.

• L'œil du Parti omniprésent

Etant donné l'aspect politique des recours transfrontaliers, nous savions en débutant ce projet de recherche au Laos que l'administration du Parti serait très présente pour encadrer la collecte des données ainsi que l'interprétation des résultats. Conscients que cette réalité constitue par

certains aspects une limite à l'analyse et la compréhension de l'objet d'étude, ce contrôle rapproché ne fut pas non plus qu'une somme d'inconvénients.

- *Un assistant de recherche tout trouvé*

Il m'apparaît essentiel de développer ici le rôle important qu'a joué V., l'assistante de recherche avec qui j'ai réalisé l'ensemble des enquêtes en province ainsi que les entretiens qualitatifs à Vientiane. Comme l'écrit Emmanuelle. C. Sabot [1999] en lien avec l'étude qu'elle a menée en France et en Ecosse, la formation d'équipes de recherche mixtes permet une combinaison efficace entre une connaissance fine du contexte local et un regard extérieur qui interroge de façon naïve et permet de poser impunément des questions décalées.

Mais le fait de devoir faire équipe avec V. n'a pas été un choix et m'a été en quelque sorte « imposé » par les responsables de l'Institut National de Santé Publique (INSP) au moment de débuter les enquêtes en province : il était en effet inenvisageable de conduire la collecte des données de manière autonome avec un assistant/traducteur indépendant.

V., médecin diplômée de l'université des Sciences Médicales de Vientiane, parle couramment l'anglais. La présence sur le terrain d'une fonctionnaire de la santé, figure du contrôle du Parti sur les études en cours dans le pays, m'est apparue dans un premier temps comme une importante limite dans le processus de recueil d'informations. Mais dans la mesure où aucun aménagement n'était envisageable, nous avons commencé à travailler ensemble dès les entretiens qualitatifs menés à Vientiane.

Concrètement notre collaboration s'est caractérisée par un travail détaillé sur les modalités de la traduction, la mise en œuvre des enquêtes au sein des villages choisis, la formation des personnels de district avec lesquels nous avons travaillé. Et au-delà de la fonction « filtre » que m'inspirait a priori le statut de mon assistante, notre collaboration s'est finalement révélée très intéressante et enrichissante pour notre recherche et en général pour la compréhension du Laos contemporain.

D'un point de vue pratique, la possession d'autorisations de recherche de l'INSP et la présence d'une fonctionnaire de ce même institut facilitait nos accès aux bureaux de la santé provinciale et auprès des autorités de district. Dans un pays où la bureaucratie imprègne toute action et tout mouvement, être représenté par l'un de ses membres a largement contribué à accélérer ces étapes administratives.

Enfin du point de vue du fond de l'échange, ayant constaté par ailleurs l'autocensure qui prévalait dans les discours des fonctionnaires, mon appréhension reposait sur la manière dont V. ferait le lien entre les interlocuteurs et moi-même. La logique d'autocensure persiste-t-elle quand il s'agit de traduire et de poser des questions aux enquêtés ? Existe-t-il des sujets tabous pour lesquels V. allait faire écran et empêcher ainsi d'aborder des questions épineuses ? Au cours des entretiens, il lui est parfois arrivé de dire : « *on ne peut pas poser cette question au Laos* » et nous tâchions alors de la reformuler ensemble, cherchant toujours à garder un angle proche du questionnement de départ. Finalement je me suis vite rendue compte que plus que le fond des questions, il s'agissait avant tout d'un problème de forme : les formules trop directes devaient être enrobées dans des tournures plus douces. Ainsi dans la mesure où nous mettions les formes, tous les thèmes que nous souhaitions aborder, l'ont été à l'exception d'un seul : celui de la corruption probable des fonctionnaires de la santé au Laos par des groupes privés thaïlandais. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

- *Entre déni et instrumentalisation de la recherche*

Outre les obstacles rencontrés au moment de la collecte, les résultats de l'étude et leur interprétation ont aussi été soumis au contrôle du Pari : entre déni de certains résultats et instrumentalisation de quelques autres, c'est entre ces deux extrêmes que s'est inscrite notre étude.

Ainsi, lors d'une présentation des premières statistiques à un partenaire de l'université des Sciences Médicales à Vientiane, le fort pourcentage de départ des patients habitant Houay Xay à Bokéo - 25% des enquêtés ont eu recours en Thaïlande – ne fut pas interprété comme une forte propension des patients de cette zone à la mobilité thérapeutique mais perçu plutôt comme le révélateur d'un échantillon d'enquêtés de trop petite taille. Si nous sommes conscients des limites concernant le choix du nombre d'enquêtés en zone provinciale, nous estimons toutefois être en mesure de donner aux résultats une interprétation qu'il convient bien entendu de nuancer. Ce ne fut pas le cas de notre interlocuteur qui n'engagea aucun commentaire de fond ; et finalement comment mieux confirmer les résultats des enquêtes, ici les effectifs élevés de patients transfrontaliers en partance de Houay Xay, qu'à travers un face à face aussi peu constructif et l'attitude d'évitement associée ?

Le moment le plus révélateur de cette omniprésence du Parti s'est manifesté lorsque les résultats de la recherche ont été présentés publiquement au cours d'un séminaire de restitution des données en mars 2008 à Vientiane : deux présentations ont été préparées conjointement sur notre thématique : la première abordait les flux d'un point de vue cartographique, la seconde exposait le poids des différents déterminants socio-économiques et individuels en jeu dans la pratique. Toutes deux ont été relues et vérifiées la veille du séminaire par la personne en charge d'animer la session et une demande de modification a été formulée concernant le second exposé, plus précisément sur un résultat concernant la relation entre le niveau de revenus des enquêtés et le recours en Thaïlande : comme nous l'avons vu précédemment, si la grande majorité des résultats tendent à montrer le lien entre le niveau de revenus et les recours transfrontaliers – plus les individus sont riches, plus ils sont susceptibles d'aller se soigner en Thaïlande – deux villages frontaliers enquêtés en province ne révèlent pas cette réalité – les patients qui se soignent en Thaïlande sont aussi bien riches que pauvres. Le malaise est venu de ce résultat qui dément explicitement l'association systématique des recours à une pratique exercée uniquement par une minorité de riches citadins ; l'animateur de la session – un fonctionnaire de l'INSP – m'a révélé au cours d'un long entretien que les autorités laotiennes n'étaient pas encore prêtes pour prendre note de ce type d'informations et plus précisément lui n'était pas prêt à assumer le rôle de médiateur de session au contenu controversé. Il a aussi exprimé des doutes concernant la méthode statistique utilisée pour l'analyse (méthode du khi2), une manière de déplacer l'enjeu de la révélation vers une problématique de confection du résultat. Cette partie de l'exposé a finalement été supprimée.

La sélection scrupuleuse de tels résultats de recherche plutôt que tels autres par les autorités montre combien le sujet d'étude échappe finalement à son auteur et questionne sur l'instrumentalisation des résultats de la recherche dans un contexte politique non démocratique.

L'ambiguïté de la position du chercheur est donc manifeste : au centre d'intérêts affichés, cette étude a dès le départ suscité une grande curiosité et mobilisé de nombreux échanges avec nos interlocuteurs laotiens. Pourtant, une fois en possession d'informations, le chercheur est en butte à la suspicion et voit le sujet se dérober à lui, au moins le temps de réunions protocolaires et d'entretiens avec des officiels.

Nous nous demandons finalement si cette recherche détournée de son objectif, ne vient pas servir les intérêts du gouvernement plutôt que ceux de la population en mal de soins : en effet, à travers le processus de sélection des informations en fonction de la représentation des recours transfrontaliers que veulent en avoir les dirigeants laotiens, la recherche ne va-t-elle pas légitimer l'adoption de certaines mesures du gouvernement en marge des principes de réduction

des inégalités de santé ? On pense, par exemple, au projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane, que nous développerons ultérieurement. L'utilité sociale de la recherche – en tant qu'aide à la décision – est ainsi occultée par des considérations strictement politiques et remet en cause la position du chercheur et de l'impact réel ou fictif de la recherche sur la santé des Laotiens.

- *Et pourtant…une recherche qui fait écho*

Malgré les résistances de l'administration laotienne, l'étude a néanmoins eu le mérite d'engager une réflexion au sein des autorités de la santé, y compris dans les plus hautes sphères de l'état.

Lors d'une rencontre organisée en avril 2007 avec le Ministre de la Santé, les premiers résultats des enquêtes lui ont été remis ce qui a donné lieu à une vive discussion sans non-dit. Quelques jours plus tard, nous avons appris du vice-ministre que le ministre, suite à notre entretien, était parti visiter les structures thaïlandaises en compagnie d'une petite délégation de fonctionnaires du Ministère et quelques médecins. L'objectif était apparemment de vérifier les informations que j'avais remises plus tôt à l'administration, sur le terrain en visitant les hôpitaux de Nong Khai, Udon Thani et même Khon Kaen.

Document 4 - Le Ministre de la Santé laotien en visite officielle dans un hôpital frontalier thaïlandais

Source : Lao Passasson, 24 mai 2007.

Félicitations (police rouge) pour la visite en Thaïlande du Ministre de la santé de la République Démocratique Populaire Lao, Monsieur Dr Ponemek Dalaloy. La visite a eu lieu en avril dernier (2007) et a été couronnée de succès concernant la coopération médicale et infirmière. Le Ministre a profité de cette occasion pour visiter l'hôpital privé et moderne Wattana à Udon Thani.

L'article ci-dessus nous a été remis par le directeur du groupe Wattana, professeur Phiphat Tangsubkun à l'initiative de ce papier. En dehors de la nature publicitaire du document, on constate ici que la question des mobilités de santé s'invite concrètement dans l'agenda du Ministre de la Santé laotien. En quoi cette visite constitue-elle le point de départ d'une véritable réflexion sur les recours transfrontaliers au-delà de l'interprétation politique classiquement donnée au phénomène ?

Une autre marque de l'intérêt de la thématique transfrontalière est la présence improvisée du Ministre à la session consacrée aux recours transfrontaliers au cours des journées de restitution des données en mars 2008 à Vientiane : si l'ensemble des présentations des deux jours traitait de la santé à Vientiane à travers les états de santé, l'offre de soins ou encore les recours thérapeutiques dans les structures nationales, le choix du Ministre s'est néanmoins porté sur les recours transfrontaliers, preuve que la thématique s'inscrit aujourd'hui dans les préoccupations actuelles du régime.

Bien que la question des mobilités de santé soit encore largement maintenue à distance dans le discours convenu d'une large part des chargés de la santé au Laos, la voix du Ministre fait, elle, contrepoids à ces exposés monotones. Son rang au sein du Parti lui donne en effet le pouvoir de considérer véritablement la problématique et à travers lui on peut espérer un repositionnement plus global sur la question des recours transfrontaliers.

- **Le chercheur sur son terrain : une palette de rôles en fonction des interlocuteurs et au fil du temps**

Le contexte de résistance dans lequel s'est déroulée la recherche au Laos, nous a conduits à endosser au cours du terrain des rôles distincts en fonction des interlocuteurs rencontrés. Aussi, au fur et à mesure de notre avancée dans le sujet et au regard des résultats obtenus, notre statut a gagné en crédibilité et par là en responsabilité vis-à-vis de ces mêmes interlocuteurs.

- *Un travail d'immersion : identifier et maîtriser les règles locales*

Pour situer le contexte dans lequel nous avons travaillé, il convient de préciser que le système relationnel en Asie est complexe et les échanges entre individus ont des règles qui a priori semblent impénétrables pour un étranger. La position « d'outsider » [Herod, 1999] a donc été pleinement ressentie et vécue au début du travail de recherche et nous a amené à nous questionner sur la pertinence des informations que nous réunissions et de l'analyse que nous allions en tirer.

En Asie, dans le cadre de discussions formelles, tout ne peut pas être dit, d'autant plus au Laos où le contexte politique agit comme un catalyseur à secrets. Le chercheur doit donc composer entre ce qui est dit et la part de non-dits, ce qui peut provoquer in fine un fort sentiment de frustration surtout lorsque le chercheur attend beaucoup de l'entretien en question. Pour combler l'état de déception auquel conduisent parfois certaines entrevues, le chercheur, soucieux d'obtenir des réponses à ses questions et fort de ses méthodes de communication sans détour forgées dans son environnement d'origine, entraîne parfois la discussion sur des terrains glissants et apprend à ses dépends un deuxième aspect incontournable de la culture asiatique en matière de relationnel : comment déstabiliser son interlocuteur et mettre ainsi en péril toute la suite de l'entretien.

Au début de notre recherche, certaines tensions ont ainsi pu être crées à notre insu avec nos interlocuteurs, suivies généralement d'un mutisme complet de la part de ces derniers. Les difficultés rencontrées au cours de ces premières expériences nous ont ainsi obligés à apprendre

rapidement les principes de la conversation en Asie, l'attitude à adopter en fonction de la position hiérarchique de l'interlocuteur et enfin quel usage des mots devait être fait et à quel moment. Cet apprentissage a permis de pouvoir conduire activement un entretien sans pour autant provoquer les réactions de refus essuyées au commencement : nous avons ainsi appris à éviter de mettre l'interlocuteur face à ses propres incohérences même lorsqu'elles sont évidentes comme ce fut de nombreuses fois le cas avec les fonctionnaires de la santé rencontrés au Laos.

- *L'étrangère, l'étudiante*

Outre le statut d'apprenti chercheur auquel je me référais en guise d'introduction auprès des différents interlocuteurs, il semble important d'apporter quelques précisions sur deux caractéristiques d'ordre personnel, à savoir ma nationalité et ma condition d'étudiante - qui ont influé sur la conduite des recherches et la perception de mes interlocuteurs.

Malgré le retrait de la France en 1958, les liens avec le Laos en matière de formation universitaire ont perduré jusqu'à 1975. Les fonctionnaires de la santé aujourd'hui aux postes les plus élevés de l'administration sanitaire ainsi que dans les hôpitaux centraux de la capitale ont pour la plupart fait leurs études en France ou y ont suivi des formations continues. Ainsi l'entrée en matière des entretiens se faisait souvent avec quelques mots de français en guise de bienvenue (« *Vous venez d'où en France ?* », « *Vous êtes au Laos depuis combien de temps ?* ») et certains d'entre eux acceptaient même de faire la totalité de l'entretien en français. La plupart des échanges prenait alors une tournure chaleureuse loin de l'aspect formel de certaines autres rencontres.

Le fait d'être une jeune doctorante me semblait a priori constituer un avantage dans le sens où j'espérais que mes interlocuteurs verraient dans mon travail de recherche un exercice académique qui ne viendrait pas menacer l'ordre établi. Généralement méfiants vis-à-vis des recherches menées par des personnes extérieures, les fonctionnaires de la santé que nous avons rencontré, ne semblent pas m'avoir accordé un traitement particulier au regard de mon statut même si les entretiens dans leur grande majorité furent très cordiaux.

Mon statut d'étudiante a suscité des réactions diverses et variées : aussi bien de la méfiance vis-à-vis de la recherche traitée que de la non-crédibilité. Au regard de mon âge et de mon statut, ma légitimité était en effet loin d'être évidente : cela a conduit certains à m'entraîner sur de fausses pistes de recherche, espérant ainsi donner du contenu – quel qu'il soit – à mes interrogations. Au cours d'un rendez-vous avec un responsable de la section de médecine préventive au Ministère, après avoir présenté mon étude et expliqué l'objectif de cette entrevue, ce dernier a répliqué qu'il savait bien peu de chose sur les recours transfrontaliers et m'a conseillé de contacter une personne apparemment au courant de ces questions puisqu'elle avait fourni un rapport détaillé sur les mobilités de santé au Ministre de la Santé. Le fait que ce dernier n'ait pas fait le lien entre cette personne et moi-même montre à quel point ma crédibilité au sein du Ministère était à première vue fragile.

- *Relais entre les patients et le pouvoir central*

Parmi les patients transfrontaliers avec lesquels nous avons mené des entretiens, certains d'entre eux nous ont fait part de leurs attentes concernant la finalité de nos échanges, outre l'objectif de recherche : beaucoup ont en effet insisté pour que l'information recueillie auprès d'eux remonte aux instances politiques de Vientiane afin de combler le vide existant entre ces deux pôles. Le sentiment d'une distance incommensurable avec les autorités centrales a été formulé à plusieurs reprises par les patients rencontrés et plus particulièrement en province.

Les entretiens sont alors apparus comme une chance de pouvoir exprimer leurs jugements sur les faiblesses du système de santé en place, mon statut de chercheur rendant possible la transmission des différents points de vue auprès des responsables de la santé au Laos. Pour établir une confiance réciproque, nous avons pris soin d'expliquer à chaque début d'entretien que nous préserverions quelque soit les circonstances l'anonymat des personnes enquêtées afin qu'ils puissent s'exprimer sans crainte et sans retenue.

Cette position de relais entre la population et la sphère politique a présenté un double avantage :

- celui de légitimer les longues heures d'entretiens passées avec les patients ; dans la mesure où les informations collectées seraient ensuite adressées au Ministère de la Santé à Vientiane, nos interlocuteurs trouvaient là une raison satisfaisante de s'investir dans la discussion.
- celui de pouvoir pointer les dysfonctionnements du système de soins laotien sans prendre part directement à ces critiques. Nous avons en effet joué sans réserve le rôle de « porte-parole » des patients transfrontaliers auprès des hauts fonctionnaires du Ministère. Ainsi, au cours des journées publiques de restitution des données à Vientiane, nous avons pris la liberté de présenter une série de recommandations (manière adoucie de formuler des critiques) pour améliorer le système de soins national. Cette démarche n'aurait pas été justifiée - voire aurait choquée - si les recommandations faites n'avaient pas été la retranscription fidèle de celles énoncées par les patients rencontrés.

- *Personne ressource*

Au fur et à mesure que des données sont venues étayer et affiner notre compréhension des recours transfrontaliers, notre position d'extérieur a évolué vers un statut plus complexe : possédant des informations originales que nul ne possédait, ni même au Ministère de la Santé à Vientiane, j'ai dès lors été perçue comme une personne ressource : un rendez-vous avec le Ministre de la Santé a soudainement été possible au moment où j'étais en mesure de préparer un document sur l'état des recours transfrontaliers aux différents points frontaliers étudiés. D'un seul coup, je passais du côté des personnes détenant des informations et du même coup, j'inquiétais les fonctionnaires sur la manière dont j'allais interpréter les résultats. Ceux qui n'avaient pas participé en amont au contenu des enquêtes me donnaient soudainement des clefs de lecture pour interpréter correctement les données.

- *Conseillère de santé*

Dans le même esprit, au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, des amis vivant à Vientiane n'hésitaient pas à m'appeler pour avoir des recommandations sur les hôpitaux présents de l'autre côté du Mékong et sur les tarifs pratiqués : certains appelaient pour leur propre besoin mais parfois aussi pour des collègues/amis/voisins. L'étude sur les recours transfrontaliers sortait alors de son strict cadre de recherche pour devenir un outil décisionnel portant sur le choix de la structure de soins parmi la pléthore d'offre présente côté thaïlandais. Mais au-delà des conseils qui ont pu être donnés, il est intéressant d'observer, en lien avec l'approche par les réseaux sociaux développés précédemment, que le fait d'enquêter sur les recours transfrontaliers confère au chercheur le pouvoir d'intervenir dans des itinéraires thérapeutiques, prenant ainsi part au réseau informationnel mobilisé par les proches des patients en demande de soins. Ce changement de statut – de l'observateur des recours transfrontaliers au participant – étaye l'idée de la force des réseaux sociaux dans la mise en œuvre des recours en Thaïlande.

Face aux freins qui ont jalonné la recherche au Laos, la clef de la réussite du terrain a donc consisté à jouer de la pluralité des registres en fonction des circonstances, de la confiance établie au cours de l'entretien et des informations recherchées.

B/ Un discrédit jeté sur les recours transfrontaliers : le rôle des médias

Outre les résistances à la recherche sur les recours transfrontaliers, un discrédit est plus généralement jeté sur la pratique par les dirigeants laotiens via les médias.

Comme nous l'avons souligné dans l'exposé de notre méthode, la presse a constitué une importante source d'information pour cerner la ligne officielle du Parti vis-à-vis des recours transfrontaliers.

Les réflexions proposées ci-dessous s'appuient sur une analyse d'articles tirés de journaux anglophones et francophones – *Vientiane Times* et *Le Rénovateur* – collectés de 2005 à mi-2007. Les programmes télévisuels et radiophoniques n'ont pas été étudiés ni la presse en langue laotienne et nous sommes conscients que cela peut constituer un biais à notre analyse. Nous devons toutefois signaler qu'une grande majorité des Laotiens préfèrent regarder et écouter les émissions thaïlandaises au détriment des programmes nationaux, dont l'impact en termes de diffusion est réduit.

Le point de vue journalistique que nous rapportons ici est celui destiné aux familles laotiennes francophones et anglophones, celles faisant partie de l'élite, et aux étrangers installés au Laos. Ces deux journaux ne font toutefois pas exception dans la manière dont est traité le contenu de l'information : le discours qui est donné à lire est largement remanié et policé par la censure et les textes méticuleusement corrigés comme nous l'ont rapporté plusieurs assistants journalistes étrangers ayant exercé dans les deux rédactions.

La santé fait l'objet de nombreux articles qui informent les lecteurs des avancées médicales accomplies dans le pays, recensent l'aide internationale dans le secteur sanitaire et font le point sur les pratiques thérapeutiques des Laotiens.

A l'occasion du 30ème anniversaire de la République Démocratique Populaire Lao, le Vientiane Times a même consacré une série de reportage aux réalisations accomplies dans le domaine de la santé :

- "*Health care for a better nation*"[95] - 11 novembre 2005
- "*The effectiveness of traditional medicine*"[96] - 14 novembre 2005
- "*The pharmaceutical industry is healthy and strong*"[97] - 15 novembre 2005
- "*Modernising our hospital system – The introduction of up-to-date equipment is helping our hospitals to compete internationally*"[98] - 16 novembre 2005

[95] « Le système de soins pour une nation meilleure »

[96] « L'efficacité de la médecine traditionnelle »

[97] « L'industrie pharmaceutique est forte et en bonne santé »

[98] « Moderniser notre système hospitalier – L'introduction d'équipements sophistiqués aide nos hôpitaux à rejoindre la compétition internationale »

Cette série d'articles aux titres évocateurs fait le bilan des 30 années de régime communiste en matière de santé publique. L'hommage rendu aux réformes sanitaires engagées par le Parti est unanime : augmentation du nombre de structures de soins, formation du personnel médical, modernisation des équipements – tout donne à croire que les promesses de 1975 ont été tenues. Un exposé bien réglé, ponctué d'anecdotes, illustre bien l'emprise du Parti sur les médias et en général sur l'information au Laos.

Concernant les recours transfrontaliers, le sujet a été abordé à maintes reprises directement ou de manière détournée, signifiant le besoin de la sphère politique d'afficher sa position vis-à-vis de cette pratique thérapeutique. Les articles présentés et analysés plus loin dans le texte, constituent dans leur ensemble un bon résumé du point de vue gouvernemental, fidèle à la ligne politique officielle.

- **Une pratique transfrontalière sous-estimée**

L'article du *Vientiane Times "Doctors say local hospitals give good service"*[99] du 14 janvier 2005 (annexe 12) met en évidence une sous-estimation, réelle ou manipulée, de la pratique transfrontalière au regard des informations que nous avons pu collecter au cours des enquêtes.

– « *Only a small number of people go for treatment outside the country* » sont les propos du directeur de l'hôpital Mahosot relevés dans l'article.

Comme nous l'avons déjà signalé, aucune statistique n'existait avant le début de notre recherche sur la question transfrontalière et personne au Laos n'était en mesure d'évaluer, même approximativement, le phénomène. Ces propos reposent donc sur de simples conjectures qui donnent une vision partielle de la réalité.

Dans le même article, un médecin du Ministère de la Santé dit ceci :

– « *There might have been a high number in the past [of patients going to Thailand] but now our hospitals have improved, and I think the number of Lao patients going to Thai hospitals has decreased* »[100].

Les registres des hôpitaux thaïlandais montrent qu'au contraire, le nombre de patients transfrontaliers a fortement augmenté au cours de la dernière décennie en lien avec la croissance économique du pays et les nouveaux comportements et attentes sociales qui en découlent. Les recours transfrontaliers incarnent un des effets indirects de l'entrée du Laos dans la mondialisation que les dirigeants via les médias tentent de réduire à une portion négligeable de la réalité.

Le vide statistique autour de la pratique transfrontalière permet donc des interprétations erronées et limite dans le discours les effets de l'influence thaïlandaise grandissante dans le champ de la santé. Outre ces mensonges par omission qui contribuent à limiter la portée des recours, les médias déforment les motivations profondes des patients.

[99] « Les médecins disent que les hôpitaux fournissent un bon service »

[100] « Il devait y avoir un nombre important de patients allant en Thaïlande dans le passé mais aujourd'hui nos hôpitaux se sont améliorés et je pense que le nombre de patients transfrontaliers a baissé »

- **Un phénomène de mode**

Les articles de presse associent aussi de manière récurrente 'recours transfrontaliers' et 'phénomène de mode' et déplacent ainsi l'objet en dehors du champ de la santé et par conséquent hors du domaine de compétence des acteurs de la santé au Laos.

– "*Doctors at Mahosot Hospital are concerned that patients who choose to go for treatment in Thailand are merely following fashion instead of good medical advice*[101]" - Vientiane Times - 14 janvier 2005

– "*We cannot stop them even if we prove the good quality of our medical services because they are following the fashion*"[102] - Vientiane Times - 14 janvier 2005

En qualifiant les recours transfrontaliers de pratique à la mode, l'itinéraire thérapeutique n'est plus envisagé comme la recherche d'un patient en mal de soins mais uniquement comme un acte de consommation. Cela discrédite le recours rangé du côté des comportements marchands. Dans cette optique, le statut de client se substitue à celui de patient.

– "*Some Lao people went to Thailand for shopping trips and had a health check there at the same time*"[103] - Vientiane Times - 14 janvier 2005

Cette façon de traiter le recours transfrontalier, en l'assimilant à une démarche désinvolte de la part d'une partie de la population, a pour objectif caché d'exonérer les politiques de leurs obligations vis-à-vis de ces mêmes patients. Le directeur francophone d'un hôpital à Vientiane qualifie en privé de « *snobisme* » ces mobilités de santé et trace ainsi la frontière entre l'univers médical qu'il incarne et l'univers du paraître incarné par certains patients qui cherchent à se distinguer en recourant en Thaïlande.

- **Un acte antipatriotique et subversif**

Les recours transfrontaliers, fuite des patients en dehors du système de soins national, deviennent logiquement – dans la logique du Parti du moins – un acte antipatriotique. Les propos du directeur de l'hôpital Mahosot, le Dr Champeng, rapportés dans le Vientiane Times illustrent bien le rapprochement :

– "*Lao people should help the Lao economy by using the local medical services […]. Economic development in Laos is still the duty of Lao people*"[104] - Vientiane Times - 14 janvier 2005

[101] « Les médecins de l'hôpital Mahosot s'inquiètent des motifs des patients qui choisissent d'aller se soigner en Thaïlande plus par effet de mode que conseils médicaux avisés »

[102] « On [les médecins laotiens] ne peut pas les [les patients qui recourent en Thaïlande] arrêter, même si l'on prouve la bonne qualité de notre service médical car ils suivent la mode »

[103] « Certains Laotiens sont allés en Thaïlande pour faire du shopping et ont fait un contrôle de santé là-bas en même temps»

[104] « Les Lao devraient aider au développement de l'économie du pays en utilisant les services médicaux locaux […]. Le développement économique au Laos fait toujours partie du devoir du peuple Lao»

La déresponsabilisation des instances politiques concernant les recours en Thaïlande se poursuit et les patients passent finalement du statut de 'consommateurs' à celui 'd'accusé'. Aller se soigner en Thaïlande apparaît en définitive comme un acte irresponsable vis-à-vis des instances nationales et c'est l'argument financier, à travers les transferts d'argent du Laos vers le voisin thaïlandais et les pertes supposées pour l'économie laotienne, qui est au cœur des accusations. Cela sous-entend que les citoyens laotiens consciencieux feraient bien d'éviter un tel comportement en vue de préserver l'unité et le développement national. Mais qui, à Vientiane, ne sait pas que les hauts fonctionnaires du Parti – ceux-là même qui sont derrière les écrits des journalistes – et leur famille forment une patientèle régulière des hôpitaux privés thaïlandais ? La rhétorique de l'hypocrisie est ici totale et on se demande dès lors dans quelle mesure ces messages à l'attention des lecteurs sont pris au sérieux.

- **La censure**

Certains articles donnent la parole aux usagers. *Le Rénovateur*, hebdomadaire francophone, propose parfois une rubrique dans laquelle les Laotiens s'expriment sur un thème défini par le journal. Conçue tel un sondage d'opinion, cette rubrique donne au lecteur l'illusion d'un témoignage fidèle de la population laotienne. L'article « *Et la santé…* » paru le 25 octobre 2006 a particulièrement retenu notre attention autant sur le contenu de l'information que la chronologie de l'écriture relatée par un assistant rédacteur pour le journal. L'article, attendu la semaine précédente, a subi d'importantes modifications qui ont retardé sa parution. La première ébauche (obtenue de manière informelle) et la version finale de l'article (annexe 13) ont certes en commun un intérêt pour la santé au Laos mais la question posée par le journaliste et les réponses ont été totalement modifiées. De « *pourquoi allez-vous vous soigner en Thaïlande* ? » à « *en cas de problèmes de santé, où allez-vous vous faire soigner* ? », le glissement du questionnement entre les deux versions traduit une volonté de ne pas faire des recours transfrontaliers un objet en soi.

Le premier papier expose deux témoignages de patientes utilisant les structures thaïlandaises et détaille leurs démarches ; de ces deux entretiens émanent de lourdes critiques à l'encontre des structures de soins laotiennes publiques.

L'attitude des médecins laotiens est remise en cause, recoupant ainsi les témoignages reçus au cours de nos entretiens.

- *« En Thaïlande, j'aime […] le service, les questions posées par les médecins thaïlandais avant de contrôler les maladies, alors que les médecins laotiens ne font pas ça, ils attendent les malades sur leur chaise ».*

Le second témoignage aborde le thème de la corruption du personnel soignant et la pression financière qui pèse sur les malades et leur famille au cours de l'hospitalisation :

- *« Après avoir accouché, les infirmières qui se sont occupées de moi ont mis mon lit dans un couloir où il y avait beaucoup de passants […] Mon mari m'a alors dit qu'elles procédaient comme cela, parce qu'elles attendaient de l'argent, en plus de celui donné pour les médicaments et l'accouchement. Mon mari a alors donné de l'argent et deux/trois minutes plus tard, elles m'ont ramené dans ma chambre ».*

La première version de l'article finit enfin sur une note très négative au sujet de la perception du personnel soignant

- *« Depuis ce jour et jusqu'à aujourd'hui je ne crois plus les médecins laotiens, ils n'en veulent qu'à l'argent des malades. »*

Il n'est guère surprenant que de telles remarques n'aient pas pu paraître dans l'hebdomadaire. L'article a ainsi été remanié par le rédacteur en chef et la version publiée a été nourrie de trois nouveaux témoignages, ceux de patients qui énumèrent les bonnes raisons d'utiliser les

structures nationales afin de contrebalancer le point de vue des deux patientes adeptes des hôpitaux thaïlandais. Ces témoignages 'positifs' ont vraisemblablement été inventés dans le but d'équilibrer le contenu de l'article : on remarque en effet que le témoignage de madame Choumany âgée de 25 ans, qui faisait état des dysfonctionnements de l'hôpital au cours de son accouchement dans le premier article s'est finalement transformé en une déclaration d'une madame Choumany, âgée de 25 ans au contenu plus approprié :

- *« moi, je me fais soigner à Vientiane, les soins y sont aussi bien administrés qu'ailleurs. »*

La manipulation des informations fait peu de doutes, l'objectif étant d'alimenter le mythe de l'état socialiste qui dispense de bons soins à sa population. L'article est un concentré de bons sentiments vis-à-vis des structures nationales, martelé par des expressions d'incompréhension au sujet des recours transfrontaliers :

- « *Je ne vois pas la nécessité d'aller en Thaïlande pour se faire soigner »*
- *« Nos médecins sont compétents, croire le contraire c'est manquer d'information sur notre système de santé »*
- *« Les médecins m'ont tiré d'un mauvais pas, j'ai bien été soigné dans mon pays, je ne vois pas l'intérêt de traverser la frontière »*
- *« Pour moi, il n'y a que des inconvénients à se faire soigner de l'autre côté de la frontière* »

Les éloges exprimés par les personnes interrogées à l'égard de leurs structures nationales ne suffisent pas et se nourrissent aussi de critiques formulées à l'égard des hôpitaux thaïlandais reprenant des arguments classiques comme celui du coût :

- *« Les soins en Thaïlande coûtent énormément d'argent, il faut être riche pour aller là-bas »*

En outre, les propos rapportés jouent sur des peurs collectives, comme celle de mourir à l'hôpital ; en effet dans la tradition laotienne, le malade retourne pratiquement toujours au sein de la cellule familiale avant son décès.

- « *J'ai même entendu dire que de nombreux Lao sont décédés dans les hôpitaux thais* »

Le ton de la rumeur utilisé ici n'est pas sans rappeler celle répandue sur l'existence d'un réseau de trafics d'organes en Thaïlande (comme nous le développerons ensuite) et dont les patients laotiens seraient une cible particulièrement facile puisqu'en terrain inconnu. L'expérience thérapeutique de l'autre côté de la frontière, expérience d'étrangeté, favorise le développement du « qu'en dira-t-on », entre réel et imaginaire, bien exploité par les journaux.

Les deux témoignages sur les raisons et la satisfaction du choix de se soigner en Thaïlande ponctuent certes le propos mais se diluent dans le discours dominant à l'encontre des recours transfrontaliers.

Un mois plus tôt, le quotidien anglophone *Vientiane Times* du 26 septembre 2006 abordait dans sa rubrique « Opinions » le sujet « *what do you think of our hospitals ?*[105] » (annexe 14) auquel quatre personnes répondaient. Il ressort de l'article un aspect intéressant du fait des critiques formulées à l'encontre des structures de soins laotiennes :

- "*Hospitals in Vientiane are quite crowded […]*"[106]

[105] « Que pensez-vous de nos hôpitaux ? »

[106] « Les hôpitaux à Vientiane sont débordés […] »

- *"Some Lao people say that Lao hospitals cannot treat them and don't provide good care so they go out of the country, to Thailand for example. […] I think this is true because they [Thai facilities] do have more modern equipment and the hospitals there have a much nicer environment. But most importantly they have good service and show a lot of care to patients."*[107]
- *"Most of the hospitals in Laos are just not good enough, and some of the nurses do not take care good care of people who don't have much money. We all know that people with money get better care."*[108].

La parution de commentaires critiques dans un article de presse constitue bien la preuve que même dans un régime autoritaire, des marges de manœuvre existent en dehors de la ligne officielle.

Les sondages d'opinion proposés par les deux journaux à un mois d'intervalle ont des contenus très proches mais une manière de les présenter tout à fait différente. Si l'article du *Rénovateur* valorise les structures laotiennes aux dépens des hôpitaux thaïlandais, celui du *Vientiane Times* prend moins de précaution et affiche des critiques manifestes vis-à-vis du système national. Cette différence de traitement des recours transfrontaliers montre à quel point la censure est variable au Laos. Sans remettre en question l'autorité du pouvoir politique, l'exigence du Parti en matière de diffusion de l'information révèle des failles, qui s'exposent en fonction des circonstances.

C/ Des patients sous influence

Le discrédit qui pèse sur la pratique transfrontalière, influence la perception du phénomène par la population laotienne. Nous développons tout d'abord la position ambivalente des fonctionnaires qui sont tiraillés entre leur statut dans la hiérarchie laotienne et leur besoin de soins en tant que patient ; le point de vue des patients transfrontaliers sera ensuite exposé de manière plus générale.

• La position ambivalente des fonctionnaires

Dans la partie précédente sur les patients transfrontaliers, nous avons mis en évidence que les fonctionnaires recourent plus ou moins en Thaïlande en fonction de leur position géographique au Laos, leurs recours au départ de Vientiane étant réduits par rapport à la province. Au-delà des actes, quelle est leur perception des itinéraires en direction de la Thaïlande ? Nous nous intéressons plus particulièrement aux fonctionnaires en charge de la santé.

- « *Personnellement je n'aime pas aller en Thaïlande car je connais ma maladie et je sais comment la traiter au Laos. Et je ne veux pas suivre la mode. […] Mais en réalité, je n'ai pas assez d'argent pour aller me faire soigner en Thaïlande* » [un responsable du budget, Ministère de la Santé, Vientiane, mai 2007]

[107] « Certains Laotiens disent que les hôpitaux au Laos ne peuvent pas les soigner, ne fournissent de bons soins donc ils sortent du pays et vont par exemple en Thaïlande. […] Je pense que c'est vrai car ils [les hôpitaux thaïlandais] ont plus d'équipements modernes et ont un meilleur environnement. Mais encore plus important, ils ont un bon service et prêtent beaucoup d'attention aux patients ».

[108] « La plupart des hôpitaux au Laos ne sont pas suffisamment bons et certaines infirmières ne s'occupent pas bien des patients pauvres. Tout le monde sait que les personnes avec de l'argent obtiennent de meilleurs soins »

La confidence de ce responsable du budget au Ministère de la Santé éclaire bien l'ambigüité de la position des personnes en charge de la santé au Laos sur la question des recours. Exprimant la ligne politique décidée par le Parti, les fonctionnaires de la santé sont aussi des patients et la question d'avoir recours ou non en Thaïlande peut parfois se présenter à eux ou à leurs proches. Comment dépasser cette contradiction dans un contexte où les recours transfrontaliers sont certes tolérés mais souffrent d'une connotation péjorative ?

Bien que nous ayons appris par des médecins thaïlandais que certains hauts fonctionnaires laotiens se soignaient en Thaïlande, aucun des responsables parmi ceux rencontrés à Vientiane ne nous a révélé de telles pratiques thérapeutiques. Et lorsque certains s'aventuraient à donner quelques détails précis concernant les infrastructures thaïlandaises ou sur les pratiques des personnels soignants de l'autre côté de la frontière, leur propos étaient souvent accompagnés des formules suivantes :

- « *Le jour où j'ai accompagné mon voisin à l'hôpital en Thaïlande…* »
- « *J'ai entendu dire que le service en Thaïlande…* »

La rencontre avec une responsable du centre de malariologie à Vientiane, que nous appellerons Dr S., constitue une exception : sélectionnée au cours de l'enquête de santé menée dans les 27 villages de la capitale, cette dernière a dit avoir déjà eu recours en Thaïlande au moment de compléter le questionnaire individuel de santé. Elle s'est ainsi retrouvée dans notre échantillon de patients avec lesquels nous avons mené des entretiens qualitatifs. Comme pour l'ensemble des entretiens menés à Vientiane, nous avons donc convenu d'un rendez-vous par téléphone ; c'est seulement une fois arrivé au centre de malariologie que nous avons découvert la position élevée de notre interlocutrice.

Malgré la confusion des premiers instants, nous avons débuté l'entretien, non sans difficulté ; les premières minutes de l'échange se sont caractérisées par une ambiance glaciale à tous les sens du terme : froideur du contact dans un décor de bureau 'à la soviétique', le tout dans une atmosphère extrêmement climatisée. Visiblement l'entrevue mettait le Dr S. dans une position inconfortable et cet embarras nous a été renvoyé au point que nous étions nous-mêmes fort mal à l'aise. Le trouble émanait très certainement du fait que nous n'étions pas là pour aborder les recours transfrontaliers d'un point de vue formel en lien avec sa fonction au sein du Ministère de la Santé mais plutôt d'un point de vue personnel en rapport avec sa propre expérience thérapeutique. Le fait d'avoir connaissance de l'existence de ce recours plaçait le Dr S. dans une situation délicate, comme si elle était prise en faute vis-à-vis de son statut : comment en effet justifier le fait d'aller se soigner dans les hôpitaux voisins quand on travaille à l'amélioration des conditions sanitaires de son pays ? De plus, les fonctionnaires ne sont-ils pas tenus de montrer l'exemple afin d'éviter une crise de confiance de la population laotienne vis-à-vis de leurs infrastructures de soins ? Toutes ces questions pèsent sur les choix et les comportements thérapeutiques des fonctionnaires qui semblent ainsi avoir la lourde tâche de montrer la voie. Cet écart entre l'idéologie et la pratique explique que notre interlocutrice ait très rapidement justifié son choix de recourir en Thaïlande de la manière qui suit :

- « *Je voulais tout d'abord aller me faire soigner au Vietnam ou en Chine, c'était mon premier vœu mais c'est difficile de se rendre là-bas* ».

Elle évoque ensuite les différents facteurs qui rendent le recours aux soins dans ces deux pays difficiles : l'obtention du passeport, les transports et aussi parce qu'elle n'avait pas de connaissances sur place. Elle ajoute aussi qu'il est plus facile d'aller en Thaïlande pour des raisons de culture et de langue. Il n'est pas anodin qu'elle cite en premier lieu les deux frères idéologiques du Laos, la Chine et le Vietnam comme pour persister dans la ligne politique du régime et anticiper d'éventuelles critiques. Si son souhait initial est conforme à la doctrine du

Parti, ce sont des éléments extérieurs de l'ordre de la mise en œuvre concrète des recours qui sont censés avoir perturbé son choix. Et c'est finalement à travers ces facteurs matériels que la responsable du centre de malariologie tente implicitement de justifier son recours en Thaïlande, sa responsabilité dans la prise de décision étant ainsi partiellement préservée.

Enfin au cours des rencontres avec les fonctionnaires du Ministère de la Santé à Vientiane, nous avons pu remarquer que beaucoup d'entre eux ont orienté le débat sur les mobilités dirigées uniquement vers le secteur privé, dans la mesure où cette réalité ne remet pas directement en cause le projet politico-sanitaire du Parti. En considérant en effet les recours transfrontaliers comme des recours tournés exclusivement vers les hôpitaux privés thaïlandais, ils assimilent cette pratique thérapeutique à une demande de soins très spécifique qui ne peut pas être pleinement satisfaite au Laos aujourd'hui. Le retard du Laos dans le domaine de l'offre de soins privée, en totale cohérence avec l'idéologie du Parti, épargne ainsi la responsabilité politique vis-à-vis de l'émergence des mobilités de soins vers la Thaïlande. Les acteurs politiques et ceux de la santé évitent ainsi les critiques les visant et les reportent sur les patients. Il y a un transfert de responsabilité de la sphère politique à la sphère individuelle, celle des patients.

- **Du point de vue des patients**

« *L'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique : il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux* » [Benoist 1997, p. 17]. Si l'observation est vraie de manière générale pour les itinéraires thérapeutiques, qu'en est-il lorsque le recours se déploie de l'autre côté d'une frontière, où le patient est amené à adopter de nouveaux traitements et à rencontrer des médecins dont les pratiques leur sont étrangères ? Aussi comment le traitement défavorable de la pratique transfrontalière par les autorités laotiennes influe-t-il sur les représentations des patients ?

Les entretiens réalisés ont mis en évidence l'existence de toute une gamme de représentations : nous choisissons d'exposer ici les attitudes adoptées par les patients au cours de leur narration selon un classement allant de la posture la moins assumée au comportement le plus assuré.

- *De l'acte à sa verbalisation : un passage difficile.*

Comme nous l'avons déjà souligné, certains Laotiens ont montré une grande réticence à narrer leur expérience dans les établissements hospitaliers thaïlandais, exprimant des craintes quant à l'utilisation politique des informations collectées ; ceci nous a conduits à l'anonymisation complète de leur identité.

Bernard Hours assimile le système de soins laotien à un système de contraintes traversé de multiples lourdeurs pédagogiques, liées à la phraséologie préventive, au poids de la hiérarchie, etc. « *Une sphère privée, de l'ordre de la liberté individuelle, a été partagée et même développée, en réaction à la pression subie. Il faut voir là l'une des causes de ces passages répétés pour consultations en Thaïlande (même lors des plus vives tensions avec ce pays) de la part des villageois aisés, mais aussi de paysans peu fortunés, juste solvables, mais motivés pour s'acheter les soins qu'ils voulaient* » [Hours & Sélim 1997, p.68]. Si, comme le suggère l'auteur, les recours transfrontaliers sont le reflet de l'accession d'une partie de la population à une forme de liberté individuelle, il apparaît néanmoins que les actes ne sont pas mis en parole avec une telle liberté ce qui nous amène à nuancer l'interprétation proposée par ce dernier. Les dysfonctionnements du système de soins laotien constituent le facteur déterminant des recours et contraignent les malades à recourir de l'autre côté de la frontière ; de ce point de vue, les recours ne s'inscrivent pas dans une recherche d'autonomie mais apparaissent plutôt comme l'expression des incohérences du système subies par les Laotiens. La

pratique, par son caractère inévitable, n'est donc que partiellement assumée par un certain nombre d'entre eux, cela expliquant leur réserve à partager leur expérience.

Au-delà de ces blocages, le contenu des entretiens s'est révélé très instructif pour comprendre les représentations construites au cours de l'itinéraire et une fois celui-ci achevé.

- *Des pratiques médicales mal interprétées*

Le contraste en matière de pratiques médicales d'un côté et de l'autre de la frontière produit des interprétations erronées concernant la pratique des médecins thaïlandais et leur manière d'interagir avec le patient. La question des suivis médicaux illustrent bien cette idée.

Dans la seconde partie, nous avons vu que la moitié des patients transfrontaliers s'étaient rendus plusieurs fois en Thaïlande parfois dans le cadre de recours séparés mais aussi dans le cadre de suivis médicaux. Les patients laotiens sont en effet souvent amenés à réitérer leur recours sur les conseils des médecins thaïlandais et certains d'entre eux vivent ces contrôles comme une contrainte. Même si les suivis médicaux sont pratiqués dans les structures laotiennes, il semblerait qu'ils soient préconisés de manière moins dirigiste qu'en Thaïlande, où les médecins s'appliquent à rendre le rendez-vous de suivi, lorsqu'il est nécessaire, quasi-obligatoire. Certains patients repartent ainsi de leur première visite en Thaïlande avec une date fixée pour la prochaine et vivent cette différence avec la manière laotienne comme le révélateur d'un sens caché.

– « *Les médecins thaïlandais nourrissent la maladie* » nous dit en français une habitante de Vientiane.

Pour elle, les rendez-vous de suivis dissimulent en fait la volonté des médecins thaïlandais de prélever toujours plus d'argent aux Laotiens ; ils font donc en sorte de donner aux patients des motifs de retour en ne soignant par exemple qu'une partie de la maladie voire en alimentant le mal, comme le sous-entend notre interlocutrice.

Ceci fait d'ailleurs écho à la remarque très souvent formulée en entretien sur la principale différence entre les médecins thaïlandais et laotiens, les premiers exerçant leur activité comme un business à l'opposé des seconds travaillant avec vocation et par charité. On peut aisément comprendre la distinction faite quand on sait que les Laotiens consultent majoritairement dans des structures privées en Thaïlande alors qu'ils s'orientent plutôt vers les structures publiques au Laos.

La conséquence de cette interprétation des suivis médicaux est l'arrêt parfois brutal des visites : certains patients renoncent en effet à retourner en Thaïlande quand ils se sentent mieux, ne voyant pas l'intérêt de revoir le médecin et ce qui n'est pas sans poser de problème pour les traitements des maladies chroniques.

Si comme le souligne Jean Benoist [1997], « *les malades organisent leurs conduites à la fois en tenant compte de ce que le médecin leur a prescrit et en gardant une distance vis-à-vis de ces prescriptions* » [p.7], il apparaît que cet effet de distanciation est accentué par la présence de la frontière et la mise en parallèle des deux systèmes sanitaires : « *non-observance du traitement qui est raccourci ou suivi sélectivement, navettes d'un praticien à un autre, essais d'automédication, adoption simultanée ou successive de plusieurs types de thérapeutes, au sein de l'institution médicale et en dehors d'elle* » [Ibid] caractérisent aussi les recours transfrontaliers dans le contexte de méfiance décrit ci-dessus.

L'ambivalence des comportements de certains patients transfrontaliers se retrouve par exemple dans le suivi inégal des régimes alimentaires préconisé par les médecins thaïlandais en marge des traitements médicamenteux. Ce type de conseils est apparemment peu répandu côté laotien et certains patients n'hésitent pas à enfreindre les recommandations ; constatant que leur état de

santé ne se détériore pas pour autant (les régimes alimentaires agissant souvent de manière préventive et sur le long terme), les patients transfrontaliers doutent plus encore de la pertinence des conseils donnés par les médecins thaïlandais.

Enfin une anecdote qui souligne bien les incompréhensions du système de soins voisin, concerne la prise en charge des patients par des étudiants en médecine (équivalent des internes en France) au lieu et place du médecin lui-même. Les Laotiens voient là une marque de non-sérieux des établissements thaïlandais à la grande différence de leurs hôpitaux où ils sont toujours auscultés par un médecin. La méconnaissance du système éducatif thaïlandais conduit donc à des interprétations altérées qui, à l'inverse de ce que l'on aurait pu supposer a priori, renforce les préjugés.

- *Entre mythe et réalité : l'exemple du trafic d'organes*

Au-delà des représentations inexactes forgées par certains patients, des témoignages ont révélé l'existence d'une frontière floue entre des éléments de réalité et la force d'un imaginaire, pouvant même aller jusqu'à la construction d'un mythe : la question du trafic d'organes en Thaïlande s'inscrit, nous semble-t-il, dans cet entre-deux.

Le différentiel sanitaire existant entre les deux pays favorise la construction d'une représentation high-tech de la médecine thaïlandaise dans l'imaginaire collectif laotien, image alimentée comme nous le verrons par la suite par le marketing sanitaire orienté vers la population laotienne. Cela a pour conséquence de créer une vision disproportionnée des pouvoirs des médecins en exercice de l'autre côté de la frontière et de leur conférer une toute puissance dont émerge naturellement un sentiment de crainte et de surprenantes extrapolations. En effet si les médecins thaïlandais détiennent le pouvoir de tout soigner, tout opérer, pourquoi certains d'entre eux n'utiliseraient-ils pas leurs compétences à des fins néfastes, comme par exemple voler le rein d'un patient au cours d'une opération chirurgicale ? Des reportages de la télévision thaïlandaise ainsi que des articles dans les journaux laotiens (annexe 15) concernant l'existence de telles pratiques dans des cliniques privées donnent matière à ces inquiétudes.

Ainsi parmi les patients laotiens que nous avons interrogés, beaucoup ont exprimé des réticences à subir une intervention chirurgicale en Thaïlande, par peur du trafic d'organes, bien qu'ils s'y soignent régulièrement pour divers motifs médicaux. Une opération est un acte délicat puisqu'elle implique l'abandon de son corps aux mains d'un chirurgien et suppose par conséquent une relation de confiance entre le patient et le praticien. La perte de contrôle du patient au cours de l'intervention combinée au fait d'être dans un environnement étranger fait peur. Un patient laotien me dit au cours d'un entretien :

– *« En Thaïlande, quand vous vous faites opérer, la famille ne peut pas venir dans la salle d'opération et c'est un problème ».*

Je demande alors si, au Laos, la famille peut au contraire venir en salle d'opération. Mon interlocuteur répond « *non, non plus mais avec les médecins laotiens, c'est pas pareil* ». Ce propos traduit parfaitement la distance qui sépare l'univers médical laotien de l'univers thaïlandais ; malgré la reconnaissance d'une supériorité technique des médecins thaïlandais, seule la médecine laotienne apparaît digne de confiance.

Nous n'avons malheureusement pas pu vérifier dans quelle mesure la question du trafic d'organes s'appuie sur des expériences réelles ou appartient au contraire à un fantasme collectif qui prend place au côté de l'attitude de suspicion généralisée vis-à-vis du voisin thaïlandais et vise à limiter les mobilités de santé des Laotiens en Thaïlande. Cette question constitue un objet de recherche en soi et malgré quelques investigations menées de part et d'autre de la frontière, nous ne sommes pas parvenus à obtenir des éléments d'information fiables.

- *Le coût des soins*

Le dernier point abordé pour décrire les représentations construites autour du soin en Thaïlande, concerne le coût entre ici et là-bas. Cette question du montant apparaît particulièrement intéressante car elle met en évidence des discours moins directement influencés par le prisme du politique jusque-là évoqué.

L'idée selon laquelle se soigner en Thaïlande coûte plus cher qu'au Laos est indéniable surtout dans les structures privées. Le prix des soins constitue d'ailleurs le premier motif évoqué par les habitants de Vientiane pour expliquer le fait qu'ils continuent de consulter dans les hôpitaux nationaux (source : enquête de santé, 2006). Alors qu'une consultation est gratuite dans un hôpital public laotien, elle coûte entre 200 et 600 bahts (de 5 à 12 euros) selon le type de structures choisi. De même, si une nuit d'hospitalisation coûte entre 20 000 et 135 000 kips (de 2 à 13 euros) à l'hôpital Mahosot, ce prix peut atteindre jusqu'à 10 000 bahts dans certains hôpitaux privés (soit environ 200 euros).

Ces différences de prix présentent le risque d'une paupérisation de certains patients laotiens qui, par méconnaissance des structures thaïlandaises, peuvent s'orienter vers des établissements où les prix pratiqués dépassent leurs moyens financiers. Une villageoise rencontrée à Mouangkhousinh avait ainsi dépensé toutes les économies de son ménage pour suivre un traitement mensuel dans une clinique privée à Chiang Khong. Un médecin français exerçant bénévolement à l'hôpital Setthathirath confirme cette situation : il rapporte que certains patients reviennent parfois des hôpitaux thaïlandais complètement désargentés et pas totalement guéris, ce qui les pousse à réintégrer un itinéraire thérapeutique au sein des structures nationales.

Pourtant malgré ces risques, certains patients transfrontaliers font le choix de payer plus pour être soigné en Thaïlande ; ceux-ci abordent la question du coût sous l'angle du rapport qualité/prix qui justifie en retour leur recours en Thaïlande.

Au cours d'une discussion organisée à Vientiane avec un groupe de jeunes femmes ayant toutes accouché en Thaïlande, celles-ci ont invoqué le prix pour expliquer leur choix. En Thaïlande, l'acte est compris dans un forfait fixé à l'avance[109] qui comprend toutes les étapes de la prise en charge ; la facture présentée à la sortie de l'hôpital ne réserve donc aucune surprise. Au Laos, les prix pour l'intervention et la chambre sont certes bas mais une bonne prise en charge nécessite de donner de l'argent à chacune des infirmières du service. Il faut en outre acheter les médicaments, les fournitures médicales ce qui augmente nettement le coût final facturé. Les jeunes femmes rencontrées soulignent aussi que le mode de facturation est le même pour tous et le système sanitaire apparaît finalement plus égalitaire là-bas qu'au Laos, où sous couvert d'être bon marché, la prise en charge revient finalement chère quand un minimum de qualité est exigé. Pour finir, elles disent apprécier le fait qu'en Thaïlande, l'information concernant le prix de la prise en charge pour un accouchement est très facile à obtenir avant le recours, preuve que les hôpitaux privés thaïlandais réussissent bien leur travail de communication et leur fournissent le moyen de préparer leur recours en toute sérénité. A travers ce petit groupe d'utilisatrices de l'offre thaïlandaise, on prend conscience que certains patients assument de dépenser plus dans les hôpitaux thaïlandais afin de s'assurer une meilleure prestation et une tranquillité sur le plan moral.

Un autre motif de recours en Thaïlande repose sur l'idée d'un « coût corporel » moindre dans le sens où le malade subit sa pathologie moins longtemps. Par voie de conséquence, le patient reprend plus rapidement ses activités professionnelles et ne souffre pas des répercussions

[109] Le forfait est compris entre 16 000 et 31 000 bahts (entre 320 et 620 euros) à l'hôpital privé Aek Udon à Udon Thani.

financières d'un trop long arrêt de travail. L'argument d'une immobilisation plus courte du patient a ainsi été avancé au cours de plusieurs témoignages, dont celui d'une habitante de Vientiane au sujet de sa mère opérée en 2005 d'un problème digestif dans un hôpital privé d'Udon Thani.

La raison pour laquelle cette dernière a décidé, en concertation avec son frère, de conduire sa mère en Thaïlande, est en effet associée à la question du temps d'arrêt de travail ; elle pense en effet que se faire opérer en Thaïlande évite d'avoir à subir longtemps des effets secondaires et permet de reprendre plus rapidement son activité quotidienne ce qui n'est pas négligeable dans le cadre de cette famille composée de trois membres seulement. Le ménage ne peut en effet pas compter sur les formes d'entraide qui caractérisent traditionnellement les grandes familles laotiennes et leurs revenus cumulés semblent modestes. Les deux enfants travaillent dans des administrations, ce qui ne leur permet pas de prendre en charge leur mère en convalescence durant la journée, à moins de stopper leur activité pendant quelques temps ce qui suppose une baisse de revenus. En outre, une partie de la maison familiale a été transformée en un petit commerce dont la mère tire un complément de ressources important. L'équilibre et la santé financière du ménage reposent donc sur les revenus de chacun de ses trois membres et l'arrêt maladie de l'un d'entre eux n'est envisageable que pour un temps court. C'est dans cette optique que les deux enfants ont pris la décision d'accompagner leur mère en Thaïlande malgré le coût de l'opération. Cet exemple illustre les nouvelles stratégies économiques mises en œuvre par des Laotiens qui relativisent le coût des soins dans un souci de regagner au plus vite un bon état de santé et s'opposent au discours dominant.

Enfin certains Laotiens des bordures frontalières, surtout les provinciaux, ont montré une très bonne connaissance de l'administration hospitalière thaïlandaise (cf. p. 245) et se soignent ainsi de l'autre côté en raison des bas coûts voire de la gratuité de la prise en charge dans certaines structures publiques. Dès le milieu des années 90, Bernard Hours avait déjà relevé ce comportement auprès de frontaliers d'un village de la province de Bolikhamsai : « *ici les gens préfèrent se faire soigner en Thaïlande. Là-bas, les indigents sont soignés gratuitement. Ici on leur fait signer des dettes et ils doivent vendre des buffles pour payer. En Thaïlande, même les Lao sont pris en charge, avec la nourriture et tout.* » [Hours & Selim 1997, p.187].

Pour la seule question du coût des soins, de multiples attitudes et représentations sont ainsi développées par les Laotiens en fonction de leur connaissance des structures thaïlandaises et de leur capital économique.

Les représentations développées par les patients transfrontaliers sont variées et produisent toute une gamme de discours allant du moins assumé au plus assuré, de l'imaginaire au rationnel, dictés par la ligne officielle ou tirés de l'expérience. Ce panel illustre les évolutions de la société laotienne contemporaine prise entre un système politique figé redoutant une percée thaïlandaise toujours plus grande et de profonds changements économiques qui occasionnent de nouveaux comportements et de nouvelles attentes vis-à-vis du système de soins.

Toutefois si certains patients disent assumer leur recours en Thaïlande pour des motifs financiers, aucun d'entre eux ne critique ouvertement le système de soins national. La liberté de mouvement que permet le capital économique des Laotiens ne se traduit pas en une parole plus libérée ; il est néanmoins permis de penser que de tels changements puissent opérer à l'avenir.

Au Laos, la perception des recours transfrontaliers est déformée par l'omniprésence du politique, répercutée à tous les échelons de la société, et à laquelle nous avons été confrontés en différents moments de la recherche. En Thaïlande, au contraire, la logique économique prime sur les considérations politiques.

II - En Thaïlande : des perceptions dictées par une logique économique

La perception qu'ont les acteurs de la santé thaïlandais des recours transfrontaliers, est fortement liée aux retombées financières du phénomène. Or celles-ci sont bien différentes voire opposées en fonction du type de structures d'accueil considérées : si les acteurs du secteur privé voient dans l'arrivée de cette nouvelle patientèle une manne inespérée, les administrateurs des hôpitaux publics ont un regard moins comblé en raison du poids économique que peuvent représenter ces mobilités en provenance du Laos.

A/ Le secteur privé en pleine expansion

Du point de vue des cliniques et grands hôpitaux privés frontaliers, l'impact monétaire des recours transfrontaliers est important. Les établissements privés thaïlandais pratiquent pour les patients étrangers des tarifs 10% supérieurs à ceux appliqués pour les patients thaïlandais ; dans ces conditions, les recours transfrontaliers représentent une manne financière importante dont les patients laotiens sont bien conscients.

Cet enjeu financier autour des recours transfrontaliers explique très certainement les difficultés que nous avons rencontrées pour collecter des informations dans les structures privées. Une anecdote nous semble particulièrement éclairante : nous avions prévu d'enquêter les patients laotiens consultant dans un hôpital privé de Nong Khai en accord avec la personne attachée à la communication et proche du directeur de l'établissement. Or après avoir rencontré une dizaine de patients au cours de la première matinée, ce dernier nous demanda d'arrêter notre enquête pourtant prévue pour une durée d'une semaine. Pour justifier ce brusque changement, il nous exposa ses craintes quant aux retombées néfastes de notre enquête : les patients laotiens pourraient en effet interpréter notre étude comme le franchissement en Thaïlande du contrôle du Parti et pourraient ainsi ne jamais revenir dans la structure avec un fort impact sur les bénéfices de l'hôpital. Nous avons appris par la suite que la moitié de la patientèle de l'hôpital était laotienne.

Enfin si les hôpitaux privés thaïlandais profitent pleinement de l'expansion des mobilités en provenance du pays voisin, nous avons toutefois relevé des problèmes de recouvrement des dépenses dans un établissement d'Udon Thani. Certains patients laotiens ne peuvent en effet pas payer les factures, faute d'avoir apporté suffisamment d'argent avec eux ou encore n'ayant pas prévu un examen complémentaire ou une hospitalisation. L'hôpital fait crédit à ces personnes (peu nombreuses) mais les responsables ont ensuite de grandes difficultés pour retrouver les patients qui doivent rembourser, le système d'adresse au Laos n'étant pas aussi détaillé qu'en Thaïlande. Pour résoudre ce problème, l'administration de l'hôpital venait d'engager un employé laotien afin qu'il retrouve les patients débiteurs.

Pourvoyeurs de devises, les Laotiens sont au centre de l'attention des acteurs du secteur privé thaïlandais qui traitent cette nouvelle patientèle avec déférence dans l'espoir d'accueillir toujours plus de patients itinérants.

B/ Le secteur public entre posture éthique et désagréments financiers

Les conséquences financières des recours des Laotiens au sein des structures de soins publiques ne sont pas comparables à celles du secteur privé décrite ci-dessus et donnent aux personnels une autre image du phénomène transfrontalier.

Les structures publiques reçoivent des patients pauvres (en nombre plus ou moins important selon leur position le long de la frontière) qui ne peuvent tout simplement pas payer les soins ou même rembourser un crédit qui pourrait être contracté sur une longue durée. A l'hôpital Overbrook de Chiang Rai « *environ 50% des patients laotiens ne peuvent pas payer le montant total de la facture. Nous leur faisons alors des réductions sur le prix total* » (directeur de l'hôpital).

Parmi les travailleurs sociaux rencontrés, beaucoup ont ainsi évoqué le dilemme que soulève la prise en charge des patients laotiens : quelle solution trouver pour ces patients en mal de soins mais qui ne pourront d'aucune manière payer la facture le cas échéant ? L'ensemble des services sociaux des hôpitaux publics frontaliers mettent actuellement en application les directives d'un décret rédigé par le bureau stratégique du Ministère de la Santé publique thaïlandais recommandant la prise en charge des étrangers issus des pays limitrophes de la Thaïlande (Myanmar, Laos, Cambodge et Malaisie) au sein des structures de soins situées en position frontalière et ce quelque soit leur condition financière (cf. p. 64).

Ainsi les patients les moins aisés, en fonction de la structure de soins dans laquelle ils consultent, bénéficient à l'issue de leur recours de réductions plus ou moins importantes sur les sommes à payer : certains d'entre eux paient ainsi simplement à hauteur de l'argent qu'ils ont au moment de quitter l'hôpital ; d'autres, dans des situations financières plus critiques, sont aidés intégralement et repartent sans payer. Les services sociaux vont même parfois jusqu'à donner l'argent nécessaire au transport de retour afin que le patient puisse rentrer à son domicile.

De retour au Laos, le fait d'avoir bénéficié d'un traitement gratuit ou à moitié prix en Thaïlande, se répand rapidement auprès des villageois grâce aux réseaux sociaux dont nous avons exposé la force de diffusion précédemment.

- « *Le bouche à oreille d'un patient laotien à un autre fonctionne bien. Ils disent que l'hôpital peut aider gratuitement les Laotiens…* » (assistante sociale, hôpital provincial de Nong Khai, mars 2005)

Dans ce contexte, nous souhaitons examiner le poids des aides accordées aux patients laotiens dans les budgets des hôpitaux publics thaïlandais et les répercussions en matière de représentations parmi les personnels soignants et administratifs. Quels sont les montants de l'aide accordée dans chaque structure visitée et sont-ils répartis de manière homogène ? Quels hôpitaux sont les plus sollicités et pour quelles raisons ? On pense a priori que les structures les plus proches du Laos, les plus visitées par les patients transfrontaliers, ont les dépenses budgétaires les plus importantes au contraire des structures publiques situées plus à l'intérieur du territoire thaïlandais.

• Le poids financier des recours transfrontaliers : des données chiffrées

Notre analyse s'appuie sur des tableaux financiers, remis par les travailleurs sociaux de plusieurs structures publiques frontalières, dans lesquels sont regroupées des informations sur le volume monétaire annuel destiné à l'assistance des Laotiens.

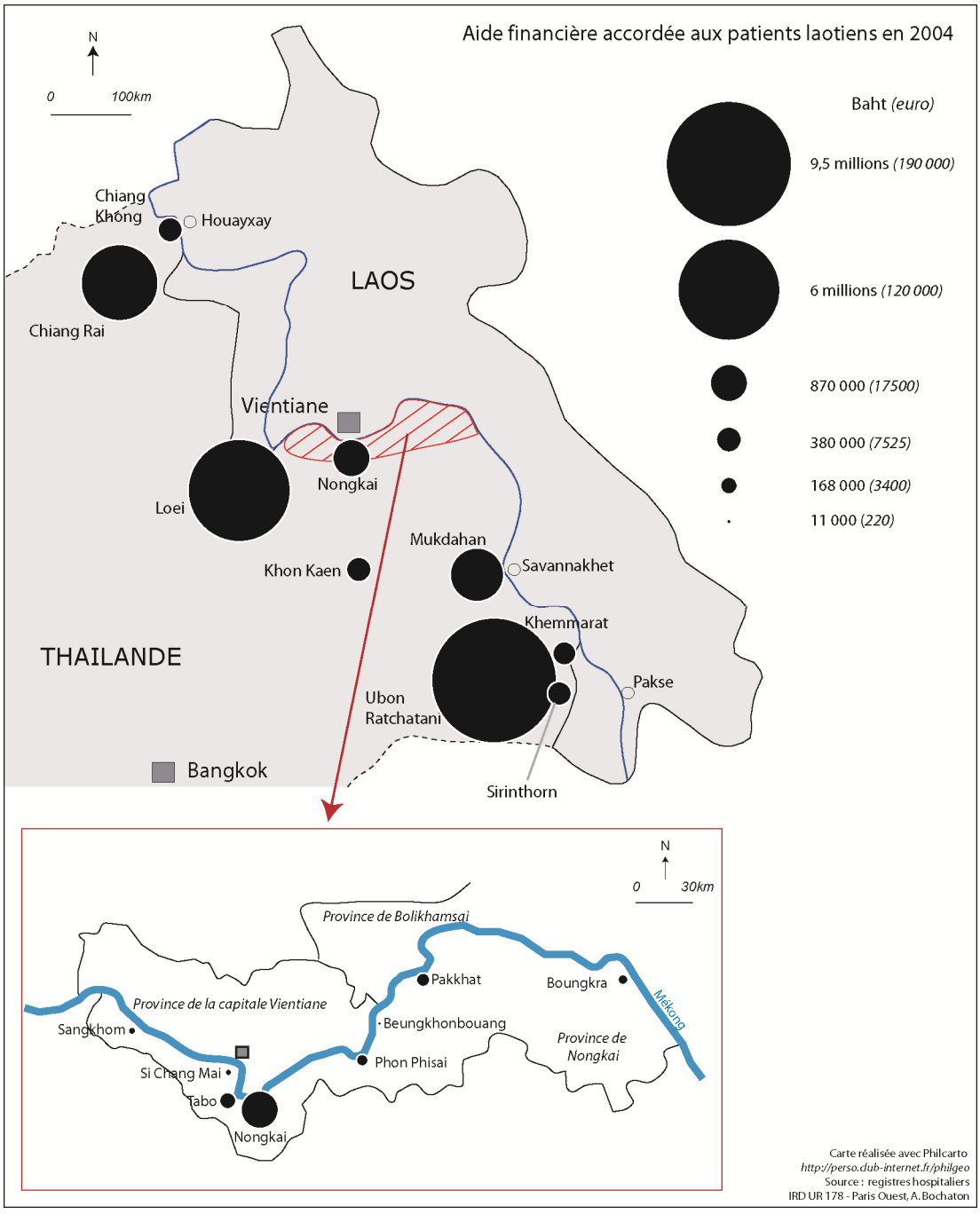
La figure 57 présente pour l'année 2004 les dépenses liées à la prise en charge des Laotiens dans plusieurs hôpitaux thaïlandais limitrophes. Il apparaît que les recours transfrontaliers représentent une charge budgétaire pour l'ensemble des hôpitaux publics étudiés.

Cette charge varie en 2004 de 11 000 bahts (220 euros) pour le centre de santé de Phon Pisai à plus de 9 millions (190 000 euros) à Ubon Ratchatani. L'hôpital universitaire arrive donc largement en tête du soutien financier accordé aux patients laotiens, ce qui appuie les déclarations relevées au sein du service social :

– « *Parmi tous les patients en difficulté financière, il y a beaucoup de Laotiens : ils représentent environ un tiers des personnes à problème et qui viennent consulter le service social de l'hôpital* ». (assistante sociale, hôpital provincial d'Ubon Ratchatani, septembre 2005)

Entre ces deux extrêmes, on observe un regroupement de quatre hôpitaux qui consacrent un montant d'aide d'environ 300 000 bahts soit 7 000 euros : il s'agit des hôpitaux de Chiang Khong, Khon Kaen, Khemmarat et Silithorn.

Figure 57 - Aide accordée aux patients laotiens dans les structures publiques thaïlandaises en 2004



Les centres de santé et les hôpitaux de district de la province de Nong Khai, situés en première ligne le long de la frontière ont les dépenses d'assistance les plus faibles (inférieures à 100 000 bahts soit moins de 2 000 euros) : l'idée d'une charge budgétaire qui serait fonction de la distance à la frontière, n'est donc pas valide pour ces petites structures. L'hôpital provincial de Nong Khai se détache en revanche nettement avec un montant d'aide qui s'élève à près de 900 000 bahts soit 18 000 euros.

Enfin les hôpitaux provinciaux de Loei et de Mukdahan et l'hôpital régional de Chiang Rai ont utilisé respectivement un budget de 6 millions de Bahts (120 000 euros), 1,7 millions (35 000

euros) et 3,5 millions (70 000 euros) pour financer l'assistance financière des patients en provenance du Laos voisin.

La charge financière que représente la patientèle laotienne au sein des hôpitaux publics frontaliers n'est donc pas homogène. Les hôpitaux de la province de Nong Khai ainsi que l'hôpital universitaire de Khon Kaen libèrent moins de fonds à l'attention des patients laotiens comparé aux hôpitaux publics de la province de Chiang Rai et dans une plus grande mesure aux hôpitaux de la province d'Ubon Ratchatani. Le cumul de l'aide apportée par trois des hôpitaux de cette province de l'est thaïlandais s'est en effet élevé en 2004 à plus de 10 millions de baht soit 200 000 euros.

Toutefois il convient de relativiser ces sommes, bien qu'élevées en valeur absolue, rapportées aux budgets globaux de l'ensemble de ces hôpitaux : sans pouvoir calculer avec précision leur poids en proportion, on estime qu'elles représentent en règle générale moins de 5% du total des budgets. Les montants des aides des hôpitaux situés le long de la frontière dans la province de Nong Khai sont certes faibles mais rapporté à leur modeste budget de fonctionnement en raison de leur petite taille, l'aide est similaire en valeur relative à celle accordée par les hôpitaux régionaux d'Ubon Ratchatani et de Chiang Rai atteignant pourtant des millions de bahts : les budgets de fonctionnement alloués aux hôpitaux publics thaïlandais sont en effet décidés au Ministère de la Santé à Bangkok en fonction du nombre de patients pris en charge et du nombre de bénéficiaires de la politique des 30 bahts[110]. Les dépenses liées aux patients transfrontaliers doivent donc être relativisées en fonction du budget hospitalier dans lequel elles s'inscrivent.

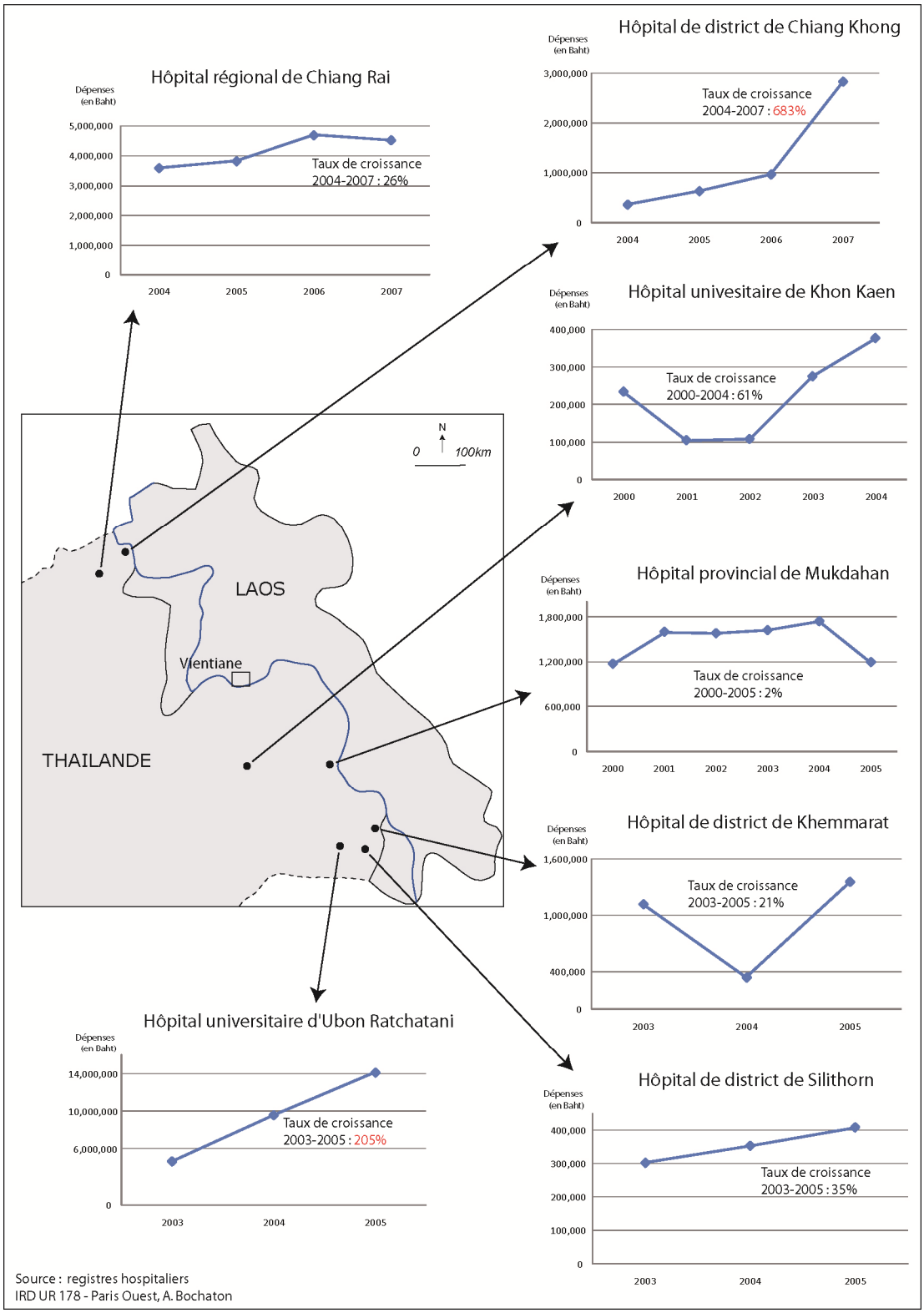
Si nous avons une image globale des dépenses pour l'année 2004, il convient d'examiner leur évolution au cours du temps. Les figures 58 et 59 présentent l'évolution des aides accordées aux patients laotiens sur trois périodes distinctes :

- Les données des hôpitaux de Chiang Khong et Chiang Rai sont exploitées de 2004 à 2007.
- Les données à disposition pour les hôpitaux de la province de Nong Khai ainsi que l'hôpital universitaire de Khon Kaen s'échelonnent de 2000 à 2004.
- Enfin les informations concernant la province d'Ubon Ratchatani sont réparties entre 2003 et 2005.

La première figure présente les variations des aides accordées aux patients laotiens dans sept structures publiques réparties sur l'ensemble du territoire thaïlandais limitrophe ; la seconde se concentre plus particulièrement sur la progression des dépenses à l'échelle de la province de Nong Khai dans les petits établissements de soins le long du Mékong.

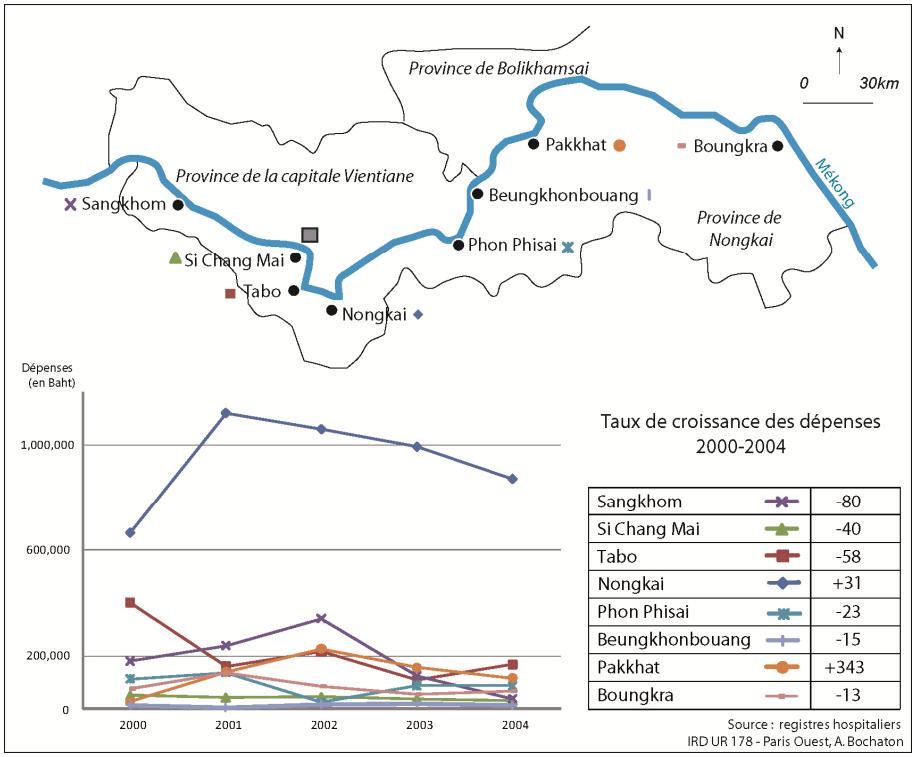
[110] Pour un rappel sur la politique dite des 30 bahts, voir p. 55

Figure 58 - Croissance des dépenses consacrées aux patients laotiens dans 7 structures publiques frontalières thaïlandaises (2000-2004, 2003-2005, 2004-2007)



Source : registres hospitaliers
IRD UR 178 - Paris Ouest, A. Bochaton

Figure 59 - Croissance de dépenses consacrées aux patients laotiens entre 2000 et 2004 dans les structures publiques de la province de Nong Khai



Concernant l'évolution des dépenses au cours des dernières années, on remarque que le montant des budgets consacrés aux Laotiens évolue de manière très marquée d'une année sur l'autre, les courbes étant en effet en dents de scie. Néanmoins le calcul des taux de croissance sur une période de trois ou quatre années permet d'appréhender la progression des dépenses à moyen terme.

Les tendances d'évolution sont très diverses : l'hôpital universitaire Sappasit à Ubon Ratchatani et l'hôpital de district à Chiang Khong se démarquent très nettement des autres structures avec une très forte croissance des dépenses consacrées aux patients laotiens. Leur budget a augmenté respectivement de plus de 200% entre 2003 et 2005 et près de 700% entre 2004 et 2007, ce qui signifie une multiplication des montants par trois et huit.

La majorité des hôpitaux de rang provincial ou niveau régional connait toutefois une croissance modérée (entre 30 et 60%) comme l'hôpital universitaire de Khon Kaen, l'hôpital de district de Khemmarat, de Silithorn ou encore l'hôpital provincial de Nong Khai.

Les petites structures de la province de Nong Khai ont, quant à elles, toutes diminué le montant de l'aide allouée aux patients laotiens entre 2000 et 2004. L'unique exception est l'hôpital de district de Pakkha qui a multiplié son budget d'aide par quatre entre 2000 et 2004 ; toutefois le volume monétaire de l'aide en 2004 reste encore relativement modeste puisqu'il s'élève à 100 000 bahts soit environ 2000 euros.

La pression financière exercée par la patientèle laotienne sur les structures publiques thaïlandaises est donc inégalement répartie le long de l'axe frontalier[111] et évolue dans des proportions opposées selon les lieux de consultation.

[111] Il convient de préciser que le coût de consultations et d'hospitalisation en Thaïlande est relativement homogène d'une structure publique à l'autre et les différences observées ici ne sont donc pas à attribuer à l'existence d'écarts de prix.

Si nous pensions a priori que les hôpitaux thaïlandais les plus proches de la frontière étaient aussi les plus exposés aux pressions financières exercées par les patients laotiens, l'examen des budgets par hôpital montre au contraire que le montant des aides accordées ne semble pas être dépendant de la plus ou moins grande proximité des structures à la frontière. En effet, parmi les quatre hôpitaux qui consacrent les plus gros montants à l'assistance des Laotiens en 2004, deux sont éloignés de la zone frontalière (Ubon Ratchatani et Chiang Rai) et les deux autres sont au contraire limitrophes du Laos (à Mukdahan et à Loei). Face à un tel état des lieux, il convient de d'explorer les déterminants de ces disparités.

- **Des dépenses fluctuantes selon les structures d'accueil**

Parmi les facteurs qui concourent à l'hétérogénéité des montants d'assistance accordés aux patients laotiens, dans quelle mesure le type d'offre et les motifs de consultation offrent-ils des éléments d'explication ?

Afin que les variations des effectifs de patients consultant d'une structure à l'autre n'interfèrent pas dans l'analyse, nous nous référons à un coût moyen par patient pour l'année 2004.

Les trois tableaux présentés ci-dessous mettent en lien les coûts d'assistance moyens par patient avec le statut de chaque établissement dans la hiérarchie de l'offre sanitaire et les taux d'hospitalisation. De manière générale, on remarque que plus la structure d'accueil est importante, avec un grand plateau technique et des spécialités médicales nombreuses, plus les montants d'assistance accordée par patient sont élevés. Ce constat est à mettre en relation avec la proportion des séjours hospitaliers et de leur durée dans les établissements ; celle-ci s'allonge en effet dans les structures de rang élevé et semble peser plus fortement sur leur budget.

Tableau 30 – Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les centres de santé et hôpitaux de district frontaliers thaïlandais

Localisation	Statut de l'hôpital	Taux Hospitalisation	Coût moyen de l'assistance par patient (en baht)
Boungkra	centre de santé	15,2	116
Si Chang Mai	district	7,7	42
Sangkhom	district	12,7	61
Pakkhat	district	10,7	159
Phon Phisai	district	21,0	177
Chiang Khong	district	20,4	194
Silinthorn	district	22,5	314
Tabo	district	18,3	346

Source : registres budgétaires des hôpitaux

Les centres de santé et les hôpitaux de district, qui se situent tous en bordure frontalière se caractérisent par un coût moyen par patient faible puisqu'il est en moyenne de 176 bahts soit moins de 4 euros. Ces hôpitaux sont sollicités en grande partie pour des pathologies de faible gravité dans le cadre de soins externes. Les taux d'hospitalisation dans ces structures varient entre 7 et 21% et lorsque les états de santé des patients s'avèrent sévères, ces derniers sont transférés dans des structures de rang supérieur. Bien qu'ils soient en première ligne après la frontière, les centres de santé et les hôpitaux de district ont donc des dépenses d'assistance modestes du fait des prestations offertes.

Tableau 31 - Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les hôpitaux provinciaux frontaliers thaïlandais

Localisation	Statut de l'hôpital	Taux Hospitalisation	Coût moyen de l'assistance par patient (en baht)
Nong Khai	provincial	17,8	365
Mukdahan	provincial	34,0	1 676

Source : registres budgétaires des hôpitaux

Les deux hôpitaux de rang provincial se distinguent nettement au regard des montants d'assistance alloués aux Laotiens. Si l'hôpital provincial de Mukdahan se caractérise par une prise en charge par patient relativement élevée (1 676 baht soit 33,5 euros), l'hôpital provincial de Nong Khai se caractérise par un montant plus faible, du même ordre que ceux observés dans les structures de district. Les taux d'hospitalisation respectivement de 34% et 18% soulignent des modes de recours différenciés entre les Laotiens en provenance de Vientiane et ceux de Savannakhet. Dans la partie 2 sur les flux, nous avons mis en évidence une forte utilisation des structures privées par les habitants de la capitale laotienne expliquant le faible taux d'hospitalisation au sein de l'hôpital provincial de Nong Khai ; cela explique sans aucun doute les différences observées en matière de coût moyen d'assistance par patient entre les deux hôpitaux de rang provincial.

A statut égal, nous avons constaté que l'hôpital provincial de Loei avait consacré en 2004 un budget de plus de 6 millions de bahts au soutien financier des Laotiens, soit 6 à 7 fois plus qu'à Mukdahan et à Nong Khai. Nous ne disposons pas d'informations détaillées concernant le nombre de consultations et le taux d'hospitalisation susceptibles d'expliquer le fort investissement financier de cet hôpital. Néanmoins des conversations avec des membres du personnel ont fait état du grand dénuement des patients laotiens originaires de la province de Sayabouri. Dans le cas de cette structure, la spécificité socio-territoriale du couple frontalier Loei/Sayabouri explique donc l'important budget consacré à l'assistance des Laotiens en comparaison des autres hôpitaux provinciaux.

Parmi les hôpitaux qui ont une influence régionale, l'hôpital de Chiang Rai et celui d'Ubon Ratchatani ont un budget consacré au soutien financier des patients laotiens très important (l'équivalent de 53 et 95 euros respectivement). Comme premier élément explicatif, il convient de rappeler que les populations du nord et du sud du Laos qui se dirigent vers ces deux hôpitaux publics, vivent majoritairement de l'agriculture et de petit commerce. Elles bénéficient donc de petits revenus comme le confirme une assistante sociale de l'hôpital Sappasit à Ubon Ratchatani : « *l'hôpital accueille surtout des paysans et des familles très pauvres en provenance du Laos* ».

Tableau 32 - Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les hôpitaux universitaires et régionaux frontaliers thaïlandais

Localisation	Statut de l'hôpital	Taux Hospitalisation	Coût moyen de l'assistance par patient (en baht)
Chiang Rai	régional	42,4	2 667
Khon Kaen	universitaire	8,4	210
Ubon Ratchatani	universitaire	32,4	4 624

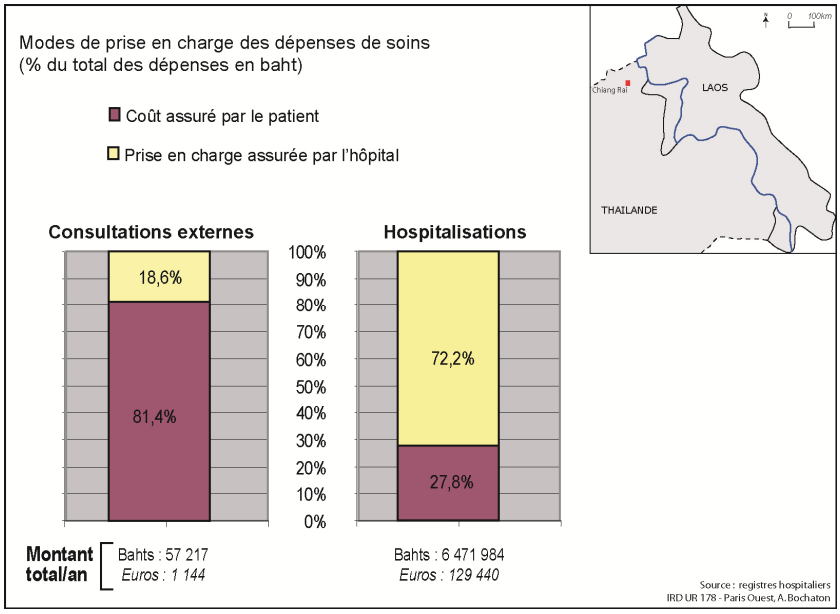
Source : registres budgétaires des hôpitaux

Outre cette spécificité socio-territoriale des deux couples frontaliers, l'examen des taux d'hospitalisation (compris entre 32 % et 42% du total des prises en charge) permet aussi de comprendre l'importance des montants de l'assistance dans ces deux établissements. Selon les informations communiquées par les services sociaux, les frais liés à l'hospitalisation représentent plus de 99% de la somme totale attribuée aux patients laotiens aussi bien au sein de l'hôpital Sappasit à Ubon Ratchatani en 2005 qu'à Chiang Rai en 2006. La question de l'assistance financière des patients laotiens est donc avant tout liée à l'hospitalisation.

Le jour de notre visite au service social de l'hôpital Sappasit à Ubon, l'interlocutrice avec laquelle nous échangions sur l'impact financier de la prise en charge des Laotiens, avait reçu avant nous un patient originaire de la province de Champassak et hospitalisé quelques semaines plus tôt suite à la chute d'un arbre. De condition très modeste, ce dernier ne pouvait pas payer la facture présenté à sa sortie d'hôpital et le service social a donc pris en charge l'intégralité du montant de la facture qui s'élevait alors à 150 000 bahts, soit 3 000 euros.

Le graphique ci-dessous, élaboré à partir de tableaux détaillés remis par les services sociaux de Chiang Rai pour l'année 2006, présente la répartition des patients laotiens entre d'un côté ceux qui peuvent payer les soins et de l'autre ceux qui demandent une assistance financière. Les difficultés de paiement concernent majoritairement les séjours à l'hôpital et confirment le fardeau que constitue l'hospitalisation dans le budget d'assistance de l'hôpital régional.

Graphique 3 - Comparaison des modes de prise en charge des patients laotiens entre les consultations externes et les hospitalisations. Hôpital régional de Chiang Rai, 2006



On observe que les distributions des deux graphiques sont pratiquement inversées selon le type de recours initié par le patient. Si les factures des consultations externes (graphique de gauche) sont dans une large mesure payées par les patients laotiens eux-mêmes (à hauteur de 82% en 2006), il n'en est pas de même pour les hospitalisations. Le service social de l'hôpital a en effet pris en charge 72% des factures présentées aux patients laotiens hospitalisés dans la structure en 2006.

Cette situation fait écho aux paroles prononcées par le directeur de l'hôpital de district de Chiang Khong :

– « *Pour les consultations externes, les Laotiens peuvent en général payer les factures. Concernant les hospitalisations, les 4-5 premiers jours, les patients ont en général les moyens de payer. Mais si le patient reste hospitalisé plus longtemps, alors là c'est le début des problèmes de financement* ».

Le tableau 33 montre en effet que parmi les patients laotiens hospitalisés à Chiang Rai, ceux qui sont aidés par l'hôpital restent en moyenne un nombre de nuits supérieur par rapport aux patients payeurs. Les hospitalisations de longue durée constituent donc le premier poste d'assistance pour les structures de rang régional, qui, du fait des prestations offertes, constituent des établissements de référence pour la prise en charge de patients atteints de pathologies sévères ou victimes de graves accidents.

Tableau 33 - Comparaison de la durée de l'hospitalisation des patients laotiens en fonction des modalités de paiement, Hôpital régional de Chiang Rai, 2006

Durée moyenne d'hospitalisation (en jours)[112]	
des Laotiens ayant payé leur facture	3,6
des Laotiens pris en charge (au moins en partie et sinon en totalité) par l'hôpital	7,2

Source : registre budgétaire de l'hôpital

Un facteur aggravant serait en outre que les hospitalisations des patients laotiens dureraient en moyenne plus longtemps que celles des patients thaïlandais. D'après des propos relevés auprès de médecins thaïlandais, il semblerait en effet qu'à pathologie équivalente, les Laotiens présentent souvent plus de complications que les patients thaïlandais en raison du délai d'attente entre le début des symptômes et la décision de recourir à des soins ; ils citent par exemple le cas de patients laotiens atteints de dengue à un stade très avancé ou d'enfants souffrant de diarrhée dans un état de déshydratation sévère qu'ils n'ont pas l'habitude de traiter parmi la patientèle thaïlandaise. Dans ces circonstances, l'hospitalisation est prolongée avec un impact inévitable sur le montant de la facture à payer. Même si nous ne pouvons pas vérifier ces assertions entendues à plusieurs reprises au sein d'établissements publics, la reconstitution des itinéraires avec les patients transfrontaliers tend à confirmer les stratégies complexes de ces derniers avec parfois des temps d'attente extrêmement longs avant le franchissement de la frontière.

L'hôpital de Khon Kaen qui a relativement les mêmes caractéristiques que ceux d'Ubon et de Chiang Rai concernant le plateau technique et les spécialités, ne présente toutefois pas des montants d'assistance aussi élevés. Comment, à statut égal, ces hôpitaux présentent-ils de telles différences ? Comme on l'a décrit précédemment, l'hôpital de Khon Kaen se situe loin de la frontière et un grand nombre de structures hospitalières publiques et privées de haut niveau jalonnent l'espace en amont (à Nong Khai et Udon Thani) : les effectifs de Laotiens consultant dans cette structures sont donc relativement peu élevés ce qui explique les faibles coûts occasionnés. En outre, la population qui consulte à Khon Kaen est essentiellement originaire de Vientiane et bénéficie d'un niveau de vie supérieur comparé à la province. Les patients qui atteignent cette structure, ont par ailleurs dû payer le coût du trajet ainsi que le coût d'un passeport, ce qui signifie qu'ils appartiennent à une classe aisée et qu'ils n'ont donc pas besoin de l'assistance de l'hôpital.

[112] Le coût moyen d'une nuit d'hospitalisation à l'hôpital de Chiang Rai était de 1700 bahts en 2006 soit 34 euros.

Le rang hiérarchique de la structure de soins, en conditionnant le type de recours des patients, est donc un facteur clef pour comprendre les disparités en matière de coûts d'assistance entre les différents établissements le long de la frontière. En outre, les particularités sociales et territoriales des couples frontaliers permettent d'expliquer les implications financières propres à chaque structure de soins.

- **Entre des facteurs internes et une pression externe : des hôpitaux frontaliers en difficulté**

Les budgets des hôpitaux publics thaïlandais sont certes ébranlés par la prise en charge des patients transfrontaliers mais le sont plus fortement encore par les politiques de santé menées en interne dans le pays. Depuis 2001, la mise en place de la couverture universelle de santé à l'attention des nationaux (la mesure dite des 30 bahts) a en effet des répercussions financières considérables dans les hôpitaux publics thaïlandais et plus particulièrement dans ceux du Nord et du Nord-Est du pays (voir graphique 1, p.58).

Le poids des dépenses liées aux patients laotiens s'ajoute donc à la pesanteur du système des 30 bahts sur l'équilibre budgétaire des hôpitaux récepteurs. D'après les entretiens menés dans les structures thaïlandaises, aucun budget supplémentaire en provenance du Ministère de la Santé n'est accordé aux hôpitaux frontaliers qui accueillent des patients laotiens – sauf quelques rares exceptions.

– « *Le problème c'est que toutes ces dépenses [celles occasionnées par la prise en charge des patients laotiens] ne sont pas soutenues par un fond spécial du Ministère et c'est comme ça dans toutes les structures publiques le long de la frontière avec le Laos* » (directeur de l'hôpital provincial de Chiang Khong, février 2008)

– « *Il existe un petit budget en extra mais qui est donné en priorité aux hôpitaux frontaliers qui ont le plus de difficultés ; par exemple l'hôpital de Mae Sot [ville thaïlandaise basée dans le Triangle d'or, frontalière avec le Laos et la Birmanie] prend en charge des patients laotiens ainsi que de très nombreux réfugiés birmans et bénéficie d'une petite aide supplémentaire car l'hôpital n'a pas les moyens de dégager des fonds propres comme l'hôpital régional de Chiang Rai* » (assistante sociale, hôpital régional de Chiang Rai, février 2008)

Plusieurs travailleurs des services sociaux expliquent qu'il leur faut par conséquent puiser dans les ressources propres de l'hôpital pour pouvoir régler les dépenses occasionnées par la prise en charge des bénéficiaires de la politique des 30 bahts et des patients laotiens. Des documents du bureau provincial de la santé de Loei établissent une réduction massive des provisions financières de l'hôpital provincial sous l'effet conjugué de ces deux réalités : de 69 millions de bahts en 2001 (soit 1,38 million d'euros), les réserves de l'hôpital ne s'élevaient plus qu'à 19 millions de bahts en 2004 (soit 380 000 euros). Le document ne mentionne pas le poids respectif de chacun des deux postes de dépenses mais il est certain que la couverture universelle est plus coûteuse que la prise en charge des Laotiens. A titre de rappel, l'hôpital de Loei a consacré 6 millions de bahts à l'assistance des patients laotiens en 2004, ce qui représente certes un moment non négligeable mais n'explique pas la forte baisse de budget dans son ensemble (moins 50 millions de bahts en 4 ans).

– « *Depuis la politique des 30 bahts, il y a plus de dépenses que de rentrées d'argent dans l'hôpital. Aujourd'hui ça va encore, car nous fonctionnons sur les réserves de l'hôpital faites dans le passé. Mais quand il n'y aura plus rien ?...* » (directeur de l'hôpital provincial de Mukdahan, septembre 2005)

Les responsables des hôpitaux frontaliers les plus sollicités assistent donc impuissants à l'amenuisement des réserves monétaires de l'hôpital au fil des années sans qu'aucune compensation financière ne soit envoyée de Bangkok. Plusieurs directeurs d'hôpitaux se sont dits inquiets pour l'avenir et s'interrogent déjà sur leur future position concernant les malades en provenance du Laos.

– « *C'est bon pour le moment, on peut aider les Laotiens, c'est éthique. Mais dans le futur, on va avoir des problèmes. On est si gentil maintenant ! Mais si ça continue, alors on ne pourra plus les aider* ». (Assistante sociale, hôpital provincial d'Ubon Ratchatani, septembre 2005)

Le sens éthique des propos ci-dessus a du mal à cacher la préoccupation première des responsables de la santé thaïlandais, celle de préserver un équilibre budgétaire. Le « *on est si gentil maintenant !* » prend à témoin l'interlocuteur étranger des bonnes actions menées par le gouvernement et fait implicitement écho à une formule du type : « *pourtant on n'est pas dans l'obligation* [si ce n'est morale] *de le faire* ». Les hôpitaux frontaliers apparaissent d'un coup comme les propres victimes des principes éthiques de leurs actions envers les ressortissants des pays limitrophes.

En définitive, les structures publiques en bordure frontalière semblent être prises en tenaille entre la directive concernant la prise en charge des étrangers émanant du Ministère de la Santé à Bangkok et leurs propres contraintes budgétaires. Certains directeurs d'hôpitaux n'hésitent pas à formuler des critiques vis-à-vis du niveau central et mettent le doigt sur l'hypocrisie du gouvernement thaïlandais qui ne libère pas les moyens financiers à hauteur de la promesse et de l'engagement. Ils expriment le sentiment d'être lâchés par les instances nationales qui les laissent seuls dans une situation budgétaire préoccupante.

Pourtant, malgré les multiples plaintes formulées par les directeurs d'hôpitaux et les personnels des services sociaux, la directive de Bangkok ne semble pas prête d'être suspendue. En effet, ce que les acteurs locaux ne disent pas mais que l'on peut comprendre entre les lignes du décret, c'est que la prise en charge des Laotiens et des populations limitrophes en général n'est pas un acte tout à fait désintéressé :

– « *The neighbouring countries have about 1-2 times higher rates than Thailand. It could affect Thailand's national security in the future*[113] ». [Thailand's Border Health Master Plan for 2005-2008, Ministère de la Santé Publique, Bangkok]

Les taux de croissance de la population des pays voisins de la Thaïlande sont en effet rapides, leurs systèmes de santé globalement déficients (mise à part la Malaisie) et si une épidémie devait se propager dans cette situation, elle plongerait la sous-région dans un grave péril. Dans ce contexte, soigner les populations riveraines revient en quelque sorte pour la Thaïlande à protéger sa propre population des dangers de la maladie. De plus, s'il existe bel et bien un impact financier de la prise en charge des Laotiens dans les structures publiques thaïlandaises, les mobilités de santé permettent, comme nous l'avons vu, l'essor d'un business sanitaire avec d'importantes retombées financières pour le secteur privé.

On comprend ici que l'intérêt des structures publiques ne recoupe pas nécessairement l'intérêt du secteur privé, ce dernier primant avant toute chose et ce malgré les grandes difficultés que rencontrent les petites structures de soins frontalières.

[113] « Les pays voisins [Laos, Cambodge, Birmanie et Malaisie] ont des taux [de croissance] une à deux fois supérieurs à la Thaïlande. Cela pourrait affecter la sécurité nationale de la Thaïlande à l'avenir. »

Dans cette situation budgétaire épineuse, comment les patients laotiens sont-ils perçus et accueillis par le personnel thaïlandais des structures publiques ?

- **L'image ternie du Laos et des Laotiens**

Lorsque nous avons demandé au directeur de l'hôpital de district de Khemmarat (carte*/D4) si l'afflux de patients laotiens dans sa structure de soins posait d'éventuels problèmes, il nous a répondu :

– « *Non, il n'y a pas de problèmes, c'est éthique, on rend un service* » (directeur de l'hôpital de district de Khemmarat, septembre 2005).

De manière générale les recours transfrontaliers ne sont pas stigmatisés comme l'unique handicap qui affecte le bon fonctionnement des structures publiques ; cependant quelques remarques relevées en entretiens laissent entrevoir un sentiment de lassitude de la part des soignants et assistants sociaux vis-à-vis des patients étrangers. La responsable du service social de l'hôpital régional de Chiang Rai nous a ainsi confié que

– « *certains médecins et infirmières disent que l'on aide trop les Laotiens et en contrepartie on aide moins les thaïlandais ce qui pose un problème* ». (assistante sociale, hôpital régional de Chiang Rai, février 2008)

Dans le même esprit, le directeur de l'hôpital de Mukdahan nous a clairement fait comprendre que l'argent utilisé aujourd'hui pour payer les factures des Laotiens, n'allait pas à certains programmes de prévention, à la formation du personnel ou à divers investissements en équipement dont pourrait bénéficier l'hôpital en d'autres circonstances. La sensation de sacrifier une partie des ressources de l'hôpital pour soigner des patients étrangers a été ainsi relevée à plusieurs reprises et soulève parmi le personnel soignant et dirigeant des structures d'accueil des questions d'ordre éthique et teintées de nationalisme : la prise en charge des citoyens thaïlandais doit-elle subir les conséquences de l'afflux de patients étrangers sous le prétexte du respect des droits de l'homme ? Les patients thaïlandais habitant les confins frontaliers ne deviennent-ils pas dans ces conditions les victimes d'une politique à visée morale initiée à Bangkok avec laquelle les structures d'accueil doivent composer sans soutien particulier et qui en retour les affaiblit ?

Une assistante sociale de l'hôpital provincial de Mukdahan, visiblement excédée par les aides accordées aux Laotiens, nous livre son opinion :

– « *J'aimerais pouvoir arrêter ces mouvements en provenance du Laos mais le problème c'est que si nous n'aidons pas ces gens ici, alors personne d'autre ne les aidera* ».

L'incapacité des autorités laotiennes à mettre en place un système de soins qui puisse correctement prendre en charge leurs citoyens, est ici dénoncée ce qui renforce corrélativement l'influence de la Thaïlande sur son voisin. Il en ressort un sentiment de fierté mêlé toutefois à un souhait de se dégager de ces obligations qui pèsent sur le bon fonctionnement des structures de soins. C'est pourquoi l'assistante sociale rencontrée à Mukdahan poursuit en disant qu'elle conseille souvent aux patients laotiens qu'elle aide :

– « *Vous devriez d'abord vous faire soigner dans votre pays* ».

Cette situation d'assistance à sens unique consolide le sentiment de supériorité des Thaïlandais vis-à-vis de leurs cousins laotiens, ce qui en retour renforce un sentiment de méfiance de ces

derniers vis-à-vis des actions jamais totalement désintéressées du puissant voisin. Ce jeu d'influence qui explique la supériorité des uns et la domination des autres fonctionne à la manière d'un cercle vicieux dont l'issue évidente est le développement socio-économique du Laos, comme le sous-entend la phrase entendue dans un hôpital frontalier :

– *« Les Laotiens sont comme les Thaïlandais il y a 40 ans »* (assistante sociale, hôpital provincial d'Ubon Ratchatani, septembre 2005).

Autour de cette question de la charge financière réelle mais aussi amplifiée des Laotiens sur les budgets des hôpitaux des marges thaïlandaises, la frontière retrouve ainsi sa fonction de miroir déformant. L'Autre est perçu sur la base d'éléments réels auxquels tout un imaginaire collectif vient se greffer : si les Laotiens représentent effectivement une charge pour les structures publiques frontalières, ils ne sont néanmoins la cause des problèmes rencontrés par celles-ci.

Dans le contexte d'amenuisement des ressources hospitalières en lien principalement avec la politique des 30 bahts initiée à l'échelle thaïlandaise, la question transfrontalière sort de son cadre proprement médical et devient un enjeu politique. Les patients laotiens apparaissent dès lors comme de parfaits boucs émissaires, tenus pour responsables des difficultés du système sanitaire thaïlandais, bien que ces problèmes soient avant tout internes au pays.

La question délicate des recours transfrontaliers a filtré à plusieurs reprises dans la presse nationale thaïlandaise. Des articles de journaux rapportent en effet que les déficits rencontrés par certaines structures de soins thaïlandaises sont dus à l'afflux de patients laotiens impécunieux. Un papier paru le 24 septembre 1996 dans le quotidien de Bangkok *The Nation* et intitulé « *Non-Thais prove burden to border medical services*[114] » livre par exemple qu'en 1995, l'hôpital de Loei aurait dépensé 1,2 million de baths (soit environ 25 000 euros) pour assurer des soins médicaux aux patients laotiens pauvres. De même, de novembre 1994 à mars 1995, l'hôpital de Nan (au Nord-Ouest de la Thaïlande, carte*/B3) aurait eu 1,8 million de baths (environ 37 500 euros) de factures non payées par des patients laotiens.

Le traitement de la question des recours transfrontaliers par la presse thaïlandaise ne contribue-t-il pas à donner une image négative du phénomène et à renforcer par là la mise à distance de l'étranger ? Dans cette optique, peut-on envisager que des courants nationalistes puissent un jour instrumentaliser les mobilités de santé dans une optique de repli identitaire ?

Des hôpitaux publics aux cliniques privées, les effets des recours transfrontaliers sont bien différents. D'un côté ils sont qualifiés de charge voire de fardeau financier et de l'autre les bénéfices sont toujours plus importants. Sous la même désignation cohabitent donc des pratiques différenciées aux effets fortement contrastés.

[114] « Les étrangers (pas de nationalité thaïlandaise) sont un fardeau pour les services médicaux frontaliers »

CHAPITRE 10 : LES REACTIONS FACE AU PHENOMENE TRANSFRONTALIER

Une multiplicité d'acteurs sont impliqués de près ou de loin dans les recours transfrontaliers ce qui occasionne une variété de représentations d'une rive à l'autre du Mékong. Si le premier chapitre a fait état des perceptions et des discours associés à la pratique, le second expose les actions publiques et d'initiative privée ayant trait aux mobilités de santé et de leurs répercussions politiques et économiques de part et d'autre de la frontière. Comment se structurent ces actions ? Sont-elles dissociées les unes des autres en fonction des intérêts de chaque acteur ou existe-t-il une gestion concertée des recours transfrontaliers ?

I - Au Laos : entre repli et imitation

Au-delà de la diversité des points de vue relevés parmi les patients transfrontaliers, tous ont exprimé le souhait de pouvoir rester à l'avenir au Laos, formulant ainsi l'espoir d'une amélioration du système de soins national. S'agit-il d'un effet de discours convenu ? On ne saurait le dire mais il est néanmoins évident que se soigner en Thaïlande présente un certain nombre d'inconvénients quant à l'organisation du recours ; la possibilité de consulter au Laos apparaît objectivement plus confortable.

Du point de vue des autorités de santé laotiennes, une grande majorité des responsables entendus au Ministère de la Santé ou dans les bureaux provinciaux, ont eux aussi insisté sur la nécessité d'améliorer la qualité des soins et du service ; la conscience de progrès à réaliser dans le domaine de la santé est réelle mais surtout le développement du système sanitaire laotien est explicitement vu et présenté comme le moyen le plus efficace de contrer les mobilités vers les structures thaïlandaises et rendre aux dirigeants du pays leur fierté.

Dans quelle mesure ces attentes exprimées à tous les niveaux de la société et même dans les plus hautes sphères de l'Etat influencent-elles la politique sanitaire mise en place par le Ministère de la Santé à Vientiane ? Il conviendra d'examiner si le phénomène transfrontalier provoque une gestion sanitaire spécifique à l'intérieur du territoire laotien, plus concrètement s'il existe une stratégie affichée ou implicite en vue de favoriser le développement sanitaire des provinces frontalières avec la Thaïlande. Nous nous attacherons ensuite à relever plus généralement l'influence sanitaire thaïlandaise au sein des établissements hospitaliers et dans les pratiques médicales.

A/ Une priorité accordée aux provinces frontalières ?

Les recours transfrontaliers, en interpelant le Ministère et l'ensemble des acteurs de la santé sur l'état de carence du système de soins laotien, influencent très probablement la stratégie sanitaire du gouvernement ; on peut imaginer que les efforts du Ministère de la Santé se concentrent plutôt sur les provinces frontalières avec la Thaïlande afin de freiner les mobilités de leurs habitants. Et parmi l'ensemble des provinces frontalières, se pose la question de savoir si elles sont toutes équitablement subventionnées pour leur développement sanitaire ou si l'on observe des disparités en fonction d'intérêts géopolitiques et économiques.

L'idée qu'il puisse exister « une préférence frontalière » en matière de développement sanitaire au Laos, a émergé à la suite de discussions avec des acteurs de l'aide internationale : si les donneurs et les responsables d'ONG ont souvent une idée du programme qu'ils vont développer dans le pays, le choix des lieux d'intervention et la manière dont le programme va se dérouler, résultent de discussions et de négociations avec les membres du gouvernement. Au cours d'échanges informels, certains d'entre eux ont mentionné comment il arrivait que le Ministère propose/impose les espaces devant bénéficier d'un programme d'aide, qu'il soit de nature agricole, éducative ou sanitaire. Les enjeux, outre ceux liés au développement et aux retombées pour la population, peuvent être personnels : par exemple faire construire un hôpital dans le village où est né le gouverneur de la province et où vit encore actuellement sa famille. On pense ici à l'hôpital Maria Teresa construit par la coopération luxembourgeoise et dont la localisation nous a surpris, au cours de notre visite en 2005. Situé dans la province de Vientiane, l'hôpital vient pallier l'absence d'infrastructures dans la zone et est donc censé drainer des patients dans un rayon large. Pour remplir cette fonction et en vue d'une bonne accessibilité, la logique voudrait que l'hôpital soit à proximité d'un grand axe de circulation comme par exemple la route n°13 qui relie Vientiane à Vang Vieng ; cependant l'hôpital se situe dans le village de Phonemy, en retrait d'une douzaine de kilomètres par rapport à l'axe principal. La question de l'accessibilité des patients à la structure est donc passée après l'intérêt personnel d'un fonctionnaire du Parti, soutenu par une aide internationale complice.

L'aide internationale qui parvient à la population laotienne est ainsi le résultat de concertations, négociations et manœuvres politiques, en fonction d'intérêts multiples, aussi bien d'ordre personnel que public. Y a-t-il aujourd'hui un intérêt du Ministère de la Santé pour axer le développement de l'offre sanitaire précisément sur les provinces frontalières avec la Thaïlande et la localisation de l'aide internationale suit-elle cette logique?

L'attribution des budgets est décentralisée : les bureaux de la santé en province envoient dans un premier temps à Vientiane l'état chiffré de leurs besoins pour l'année suivante en fonction du nombre de personnels médicaux et administratifs salariés, l'entretien des infrastructures, l'achat de matériel et de médicaments. Ces plans provinciaux sont ensuite réajustés au Ministère en fonction du plafond fixé par le gouvernement et de l'enveloppe budgétaire à disposition. Après cette étape de planification, les budgets sont distribués province par province.

Selon plusieurs interlocuteurs du Ministère, les provinces les plus pauvres et les moins équipées sont prioritaires : il s'agit de permettre le développement d'infrastructures de base dans les régions où la couverture sanitaire n'est pas encore achevée. Xékhong au Sud-Est du Laos et jouxtant la frontière vietnamienne est en 2006 la province la plus pauvre du pays et fait ainsi partie des provinces prioritaires pour les années à venir. Ce dessein s'inscrit dans les objectifs du millénaire « faire reculer la pauvreté d'ici 2020 » mais il convient de vérifier si le discours entendu au Ministère conduit à des mesures concrètes ce qui invaliderait l'idée d'une préférence frontalière en matière de développement sanitaire.

Nous cherchons à vérifier cette hypothèse en considérant les budgets annuels accordés par province de 2001 à 2006 ; il convient ici de préciser que cette information nous a été remise par l'un des responsables de la planification au Ministère de la Santé à Vientiane. Les données recueillies se présentent sous forme de tableaux Excel qui compilent les budgets attribués à chaque province entre 2001 et 2006 et décomposés en deux parties : les budgets de fonctionnement – salaires des personnels médicaux et administratifs – et les budgets d'investissement. L'information budgétaire comporte en outre la part du budget national et l'aide internationale.

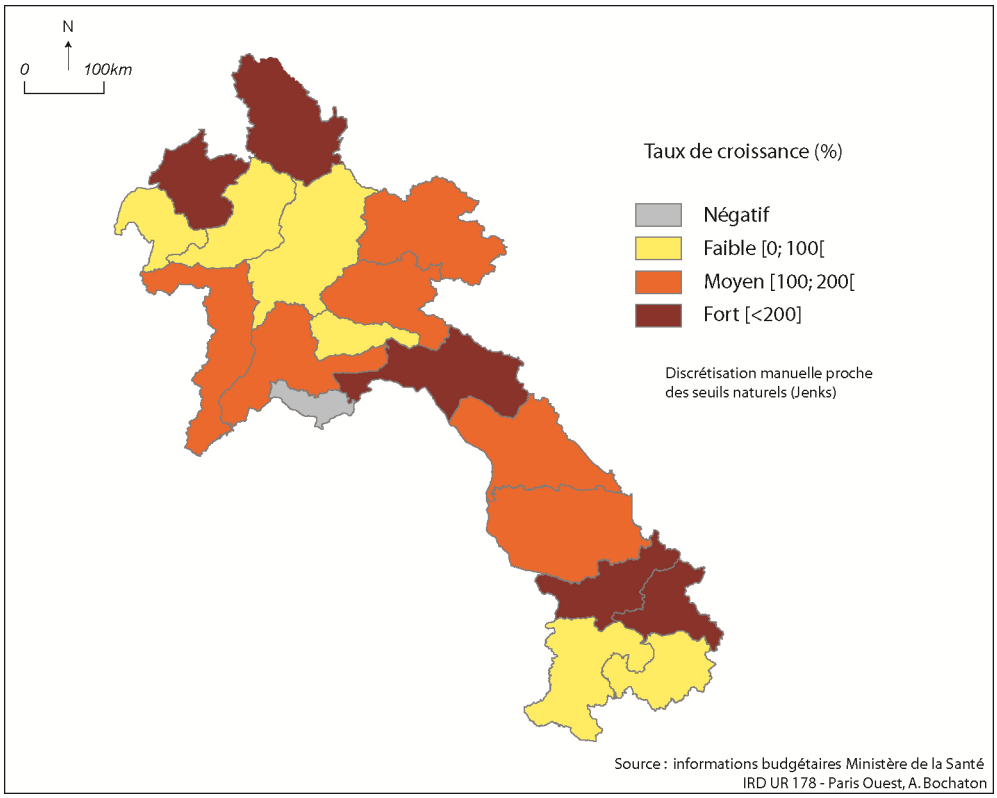
L'échelle provinciale n'est certainement pas la mieux adaptée pour vérifier l'hypothèse d'une 'préférence frontalière' en matière de développement sanitaire : en effet les 9 provinces frontalières ont des superficies hétérogènes, certaines d'entre elles sont doublement frontalières avec la Thaïlande et avec le Vietnam et les segments frontaliers sont de longueur inégale. Si des données agrégées au niveau du district avaient été disponibles, une étude à plus grande échelle

nous aurait probablement permis d'affiner les analyses et de repérer plus subtilement les logiques spatiales de répartition de l'aide budgétaire à la santé.

A partir des données disponibles, nous avons calculé la croissance du budget santé attribué à chaque province entre 2001 et 2006. Les résultats cartographiés (figure 60) montrent que toutes les provinces ont vu leur budget 'santé' augmenter au cours des six années sauf celui de la province de la capitale de Vientiane dont le budget a diminué. Si l'aide internationale s'est dans un premier temps concentré dans la capitale laotienne, elle s'est ensuite largement déployée en direction des zones provinciales ce qui explique certainement la baisse du budget observée à Vientiane.

La lecture de la carte ne nous permet pas de dégager des structurations spatiales en fonction de la distribution des budgets et de leur évolution entre 2001 et 2006. Les provinces qui ont connu les plus fortes croissances (+200%) se situent aussi bien à l'extrême nord du pays (Phongsali, Luang Namtha) qu'au centre (Bolikhamsai) et qu'à l'extrême sud (Xékhong, Salavanh) : une seule de ces provinces est en position frontalière. Les croissances des autres provinces jouxtant la Thaïlande oscillent entre des taux faibles (de 0 à 100% d'augmentation en six ans) et moyens (entre 100 et 200% d'augmentation). La répartition spatiale des variations budgétaires est donc assez hétérogène et l'hypothèse d'une 'préférence frontalière' ne peut pas être validée à la lumière de ces premiers résultats.

Figure 60 – Evolutions par province des budgets alloués à la santé entre 2001 et 2006 : une distribution hétérogène

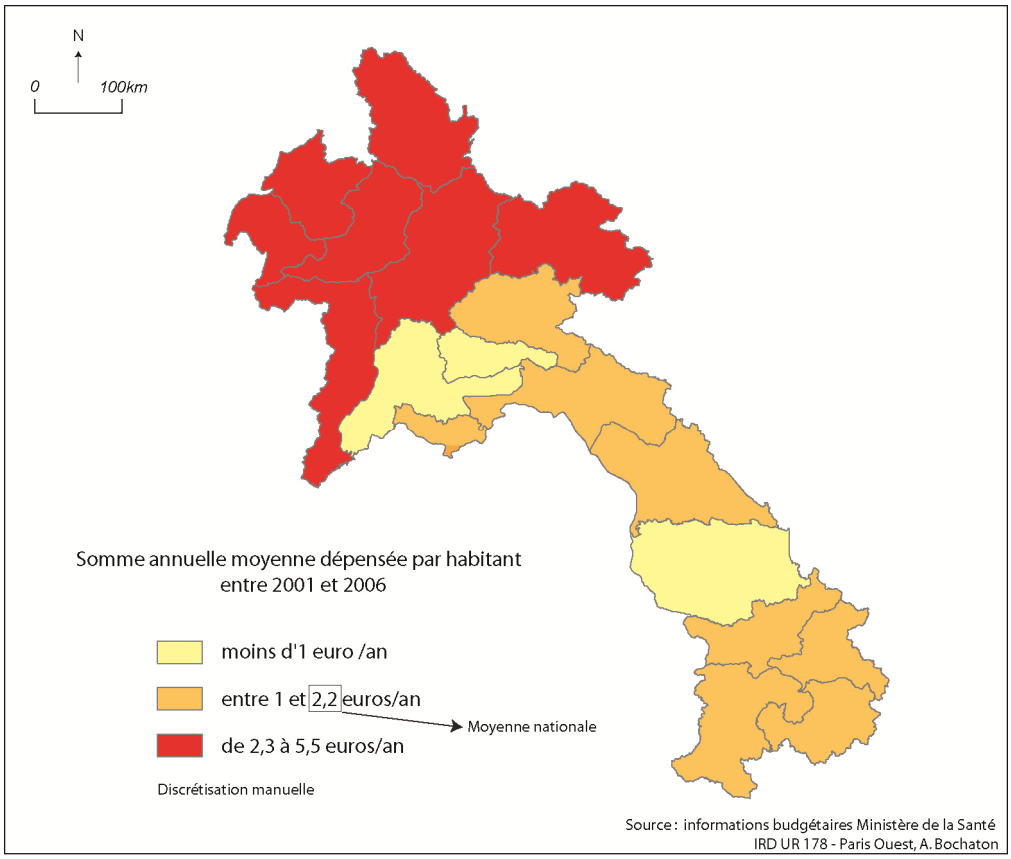


Pour prolonger l'analyse, nous avons rapporté le budget d'investissement cumulé de 2001 à 2006 au nombre d'habitants par province (figure 61). Les chiffres de population utilisés sont ceux du recensement de 2005.

Rapporté au nombre d'habitant par province, le budget d'investissement consacré à la santé entre 2001 et 2006 varie de 0,4 à 5,5 euros annuels par habitant : la moyenne nationale se situe à 2,2 euros. Les 6 provinces du nord - de Bokéo à Houaphanh - se dégagent nettement du reste du pays puisque la contribution financière de l'Etat et de l'aide internationale dans cette partie du Laos est la plus importante : plus de 2,2 euros par habitant ont été investis annuellement entre 2001 et 2006 dans ces provinces pour construire des dispensaires, rénover les hôpitaux existants, renouveler les équipements. Les densités de population dans ces provinces sont très faibles et les distances à parcourir pour rallier deux points importantes : afin de favoriser l'accessibilité de ces populations au système de soins, il convient donc de pourvoir le territoire d'un nombre important de centres de santé. Ces 6 provinces du nord bénéficient d'une aide spéciale de la Banque Asiatique de Développement qui a débutée en 2000 et a dû s'achever en 2007.

Les autres provinces laotiennes du centre et du sud ont bénéficié de budgets par habitant inférieurs à la moyenne nationale. Si une opposition entre le nord et le sud du Laos est clairement mise en avant en ce qui concerne les volumes de financements de la santé, il n'existe toutefois aucune preuve indiquant une stratégie sanitaire orientée vers les provinces frontalières.

Figure 61 – Budget d'investissement consacré à la santé entre 2001 et 2006 : une structuration Nord/Sud



Finalement l'unique priorité accordée aux provinces frontalières avec la Thaïlande d'après ce que nous avons pu relever en entretien et confirmé par les programmes mis en place au Laos et en Thaïlande, concerne la gestion des maladies transmissibles de part et d'autre de la frontière (cf. partie 1 p. 64). Les provinces frontalières ne font pas l'objet d'une politique spécifique de développement sanitaire, les enjeux dans ces dernières n'étant pas jugés prioritaires sur le reste des provinces laotiennes.

B/ Des évolutions en forme de réplique à l'influence thaïlandaise

Si l'hypothèse d'une préférence frontalière en matière de développement sanitaire n'a pas pu être validée avec les données dont nous disposions, l'examen des équipements médicaux et les évolutions observées au sein des structures d'accueil apportent néanmoins un éclairage intéressant sur le développement du système de soins laotien. De manière générale, de nombreux changements observés au sein des hôpitaux laotiens semblent imiter, de près ou de loin, le fonctionnement des structures thaïlandaises. Ces actions par mimétisme seront développées et analysées à travers plusieurs exemples dans le développement qui suit.

Par définition, le mimétisme est une stratégie adaptative qui permet à certaines espèces animales ou végétales d'échapper à d'éventuels prédateurs. Nous utilisons ici volontairement cette notion pour qualifier les pratiques des acteurs de la santé laotienne au regard de leur voisin thaïlandais. Il serait certes exagéré de résumer la relation des deux pays uniquement à une relation proie/prédateur. Néanmoins la domination de la Thaïlande sur le Laos est une réalité et fait craindre à beaucoup d'interlocuteurs laotiens la perte d'une partie de leur autonomie, de leurs valeurs culturelles, de leur identité. Du point de vue de la santé, cette domination fait craindre aux autorités sanitaires du Laos la perte de contrôle des recours transfrontaliers et de la fuite des patients. Jusqu'à quel point les structures thaïlandaises peuvent-elles attirer des patients laotiens et jusqu'où les structures laotiennes peuvent-elles se vider ? Avant d'arriver à une situation trop critique et à un cuisant constat d'échec, le gouvernement laotien tente par petites touches et en imitant certains modes de fonctionnement des établissements thaïlandais, de retenir les patients transfrontaliers à l'intérieur des frontières nationales. L'idée sous-jacente est que si les structures laotiennes parviennent à ressembler aux structures thaïlandaises, elles parviendront peut-être à contrecarrer l'influence de ces dernières.

Outre le gain politique et symbolique, le motif financier n'est pas étranger aux acteurs de la santé laotiens ; en effet, les retombées du récent développement économique du Laos et de l'enrichissement de sa population sont contrariées, dans le domaine de la santé, par l'évasion monétaire que représentent les recours transfrontaliers. En retenant une partie des patients mobiles, les établissements de soins nationaux pourraient ainsi tirer profit de cette patientèle pour assurer leur fonctionnement.

• Développement des équipements médicaux : nécessité sanitaire et/ou politique ?

Au-delà de leur fonction médicale, les équipements hospitaliers prennent au Laos une charge symbolique et politique que nous avons pu relever à plusieurs reprises au cours de visites de structures de soins et à travers les médias. Ce rapport aux équipements médicaux, en sus de la fonction proprement utilitaire de l'objet, n'est pas propre au Laos : on pense par exemple en France à l'importance accordée à la possession d'une IRM ou d'un scanner afin que l'hôpital dispose d'un plateau technique perfectionné, garant de son indépendance vis-à-vis des hôpitaux voisins. Dans le cas du Laos, la possession d'équipements perfectionnés se comprend aussi dans l'optique d'imiter le voisin thaïlandais. La supériorité de la médecine thaïlandaise fait que l'acquisition d'équipements neufs devient pour le Laos un véritable enjeu national, mélange de fierté identitaire et affichage manifeste des progrès réalisés dans le système de soins.

L'importance symbolique des équipements est visible au Laos dans les articles de presse sur la santé, régulièrement accompagnés de clichés des nouveautés acquises par les hôpitaux.

Un article, paru dans le Vientiane Times à l'occasion du 30ème anniversaire de la République Démocratique Populaire Lao (annexe 16), est emblématique de cette course à l'équipement, processus d'imitation des hôpitaux thaïlandais. Comme l'indique le titre de l'article, « *Modernising*

our hospital system[115] » fait le point sur les réalisations engagées depuis 1975 dans les hôpitaux laotiens, progrès qui s'inscrivent largement dans la comparaison des structures de soins thaïlandaises : l'article compte en effet 3 références directes à la Thaïlande et aux recours transfrontaliers et 6 références indirectes, où il est question de pays voisins (« *neighbouring countries* »), d'étranger (« *abroad* »), approximations qui font spontanément écho à la Thaïlande.

- "*When we have adequate modern equipment, people may not need to go abroad for treatment*[116] " - Vientiane Times - 16 novembre 2005.
- "*If Lao hospitals work as good as Thaï hospitals, I believe that the number of people who go for medical treatment in Thailand can be reduced*[117]" - Vientiane Times - 16 novembre 2005 - propos recueillis auprès du directeur de l'hôpital Setthathirath à Vientiane.

Document 5 - La modernisation du système de soins laotien au rythme de l'acquisition d'équipements médicaux

Modernising our hospital system

The introduction of up-to-date equipment is helping our hospitals to compete internationally

A modern computer tomography scanner is used to detect cancer cells.

Source : Vientiane Times, 16 novembre 2005

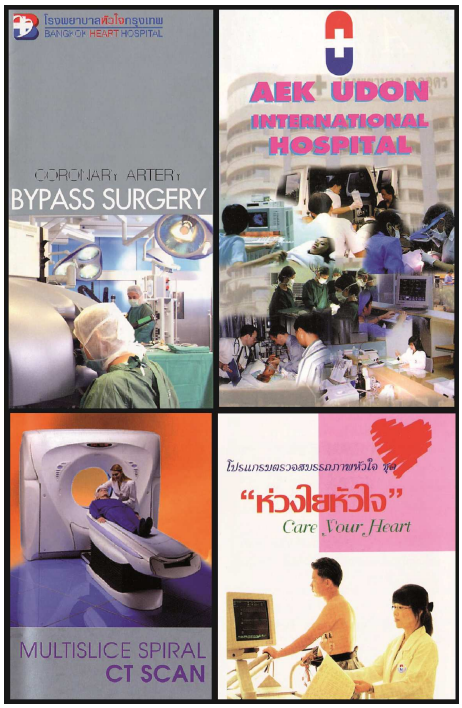
L'affichage 'médiatique' des nouvelles acquisitions rappelle les brochures élaborées par les hôpitaux privés thaïlandais, où apparaissent en gros plan des appareils extrêmement perfectionnés et dont on ignore parfois le nom et même la fonction : le document 6, présenté ci-dessous, consiste en une sélection de brochures collectées dans les hôpitaux frontaliers ainsi qu'à Bangkok et illustre combien les équipements médicaux constituent un argument de poids dans la communication élaborée par les structures de soins à l'attention des potentiels patients. La technologie médicale constitue en quelque sorte la vitrine de ces établissements privés thaïlandais qui, dans un environnement de compétition intense, cherchent à tout prix à jouer sur la nouveauté et la modernité.

[115] « Moderniser notre système hospitalier »

[116] « Si nous avons des équipements modernes et adéquats, les gens n'auront plus besoin d'aller se soigner à l'étranger ».

[117] « Si les hôpitaux lao travaillent aussi bien que les hôpitaux thaïs, je crois que le nombre de personnes qui vont se soigner en Thaïlande, peut être réduit. »

Document 6 – En Thaïlande, une communication axée sur la possession d'équipements médicaux modernes



Source : sélection de couvertures de brochures issues des deux hôpitaux privés thaïlandais : Bangkok Heart Hospital (à gauche), et Aek Udon (à droite)

En Thaïlande, la mise en scène sophistiquée des équipements médicaux et du personnel soignant en charge de les utiliser, insuffle à l'hôpital un vent de modernité et donne la sensation d'une bonne maîtrise des techniques médicales, censée inspirer la confiance vis-à-vis des structures d'accueil. Ce battage commercial imaginé par les hôpitaux privés, à l'attention des patients en général et des patients laotiens en particulier, semble creuser plus encore le différentiel sanitaire entre les deux pays. Dans ce contexte, les équipements médicaux ont une signification symbolique, de développement et de modernité, qui dépasse leur valeur proprement fonctionnelle ; cette rhétorique crée autour des équipements est largement récupérée par les autorités laotiennes dans un effort de promotion du système de soins national et dans l'optique de faire contrepoids à l'influence thaïlandaise.

Les directeurs d'hôpitaux laotiens se félicitent ainsi régulièrement d'avoir pu acquérir ici un scanner dernière génération, là un laboratoire d'analyse sophistiqué alors que ces équipements ne sont pas toujours justifiés.

L'exemple du scanner de l'hôpital Mahosot à Vientiane, acheté par le gouvernement, nous apparaît de ce point de vue significatif : on sait que cet équipement coûte cher tant à l'achat qu'à l'entretien. On peut dès lors se demander si cet investissement est pertinent à Vientiane, où la demande - en considération de la taille de la population - est modeste. Aussi n'existe-t-il pas dans la capitale des retards d'équipements à combler, comme par exemple dans les services d'urgence des hôpitaux centraux, où un renforcement a été évoqué et souhaité à plusieurs reprises par des patients transfrontaliers ? Enfin d'un point de vue strictement économique, l'utilisation des scanners disponibles de l'autre côté de la frontière avec une formalisation de la procédure et un remboursement des frais de transport aux patients ne reviendrait-il pas moins cher ? Néanmoins l'idée d'une mutualisation des moyens pourrait être perçue comme le début d'un processus de suppression de la frontière d'un point de vue médical, chose que les autorités laotiennes ne semblent pas prêtes à assumer même dans l'optique d'une meilleure prise en charge de leurs concitoyens.

L'enjeu autour des équipements dépasse donc le champ sanitaire et relève de la sphère politique : la possession d'un scanner comme celui détenu par le voisin thaïlandais, matérialise le désir d'indépendance du régime laotien face à ce dernier. Plus que des discours ou déclarations dans les journaux nationaux, l'objet concrétise ici la volonté du gouvernement laotien de se positionner face à la Thaïlande et d'échapper à la relation déséquilibrée qui les caractérise aujourd'hui.

Chaque étranger de passage à Mahosot est ainsi amené à visiter la salle du scanner : je n'ai donc pas échappé à ce rituel du coup d'œil, qui fournit finalement bien peu d'informations quant à l'état réel de l'appareil surtout du point de vue d'une géographe. Un étudiant français en médecine, en stage à l'hôpital dans le cadre d'un échange, m'a rapporté que la qualité des images délivrées par le scanner en question n'était pas satisfaisante, donnant un rendu difficile à interpréter. D'après ces propos, il semble donc que la qualité de l'équipement importe finalement moins que sa détention. Le coût facturé pour passer un scanner à l'hôpital Mahosot est de l'ordre de 100US$, soit à peu près le même prix que celui facturé dans un hôpital public thaïlandais. Or les médecins laotiens prennent souvent comme référence le prix facturé dans les structures privées voisines qui est environ deux fois plus élevé, comme pour signifier la compétitivité des tarifs pratiqués au Laos et mettre ainsi l'accent sur l'incohérence financière des recours transfrontaliers. Mais comme nous l'avons déjà développé, les Laotiens qui pratiquent des examens en Thaïlande, privilégient la qualité de l'interprétation sur le coût, bien que la cherté annoncée des examens thaïlandais ne soit que partiellement vraie. Finalement l'acquisition d'équipements médicaux par les autorités de santé laotiennes donne certes l'apparence d'une médecine moderne mais fait figure de coquille vide.

La logique de course à l'équipement conduit parfois à des situations absurdes, lesquelles sont entretenues par les dons internationaux. L'hôpital de Setthathirath a par exemple reçu de la coopération japonaise (JICA) un scanner tomographe d'une valeur de 300 000 US$ (photographie gauche du document 5), ce qui porte le nombre de scanners pour la seule capitale laotienne à deux. L'article du Vientiane Times cité ci-dessus fait référence à la nouvelle acquisition et précise le nombre d'examens pratiqués quotidiennement :

- "*The hospital now receives an average of two people to use this equipment every day*[118]" - Vientiane Times - 16 novembre 2005.

La visite de deux patients par jour pour utiliser ce scanner justifie-t-elle l'acquisition d'une telle installation qui était en outre déjà disponible à Mahosot ? La question de l'amortissement de l'investissement ne fait toutefois pas débat puisqu'il s'agit d'un don. L'acquisition de biens médicaux au Laos ne se fait donc pas selon une logique médicale et économique ; or, quand on sait que les hôpitaux laotiens rencontrent des difficultés pour obtenir certains médicaments récents et avoir des stocks stables, on peut s'interroger sur la pertinence des décisions et des arrangements passés entre les autorités laotiennes et les bailleurs internationaux.

On peut multiplier ainsi les anecdotes : certains équipements sont par exemple installés dans des hôpitaux où personne parmi le personnel soignant ne sait les utiliser et où aucune formation n'a été prévue par le donneur. Il arrive aussi qu'en cas de panne, aucun technicien dans le pays n'ait les compétences pour les réparer. Le laboratoire de l'hôpital de Savannakhet fonctionne par exemple avec les produits d'analyse qui sont acheminés depuis l'hôpital provincial de Mukdahan ; sans cette proximité de la Thaïlande, le laboratoire serait tout simplement hors service.

L'incohérence des situations décrites résulte de la conjonction de la volonté des autorités laotiennes d'équiper à tout prix les structures de soins du pays - au-delà parfois des capacités de gestion et d'utilisation des appareils et des besoins réels de la population - et de l'envoi de

[118] « L'hôpital reçoit aujourd'hui en moyenne deux patients par jour pour utiliser cet équipement »

matériels médicaux par les acteurs internationaux afin d'honorer la coopération bilatérale, boucler un budget de projet ou encore rester dans la course aux donneurs. Ces arrangements répondent plus à des enjeux politiques qu'à des enjeux sanitaires.

Tout comme les équipements, les locaux hospitaliers quand ils sont neufs ou rénovés servent de vitrine politique sans considération pour leur véritable utilité médicale. Fin 2004, lors de notre première visite de l'hôpital Mahosot à Vientiane, planifiée avec la direction et guidée par un fonctionnaire de l'hôpital, nous avons été grandement encouragés à photographier le bâtiment de cardiologie récemment construit par la coopération luxembourgeoise. Au contraire, la visite rythmée par les explications et les recommandations de notre guide n'a pas laissé le temps ni l'occasion de photographier les anciens bâtiments, certains dans un état délabré.

Photo 38 - Le pavillon de cardiologie de l'hôpital Mahosot à Vientiane : symbole d'un hôpital en mutation et sous tutelle internationale

Source : A. Bochaton, décembre 2004

Ilot de modernité au milieu de bâtiments datant de la colonisation, c'est cette image partielle de l'hôpital que la direction veut diffuser aujourd'hui ; quand divers interlocuteurs faisaient référence aux progrès réalisés en matière de santé à Vientiane, le bâtiment de cardiologie venait régulièrement illustrer le propos comme pour affirmer que les Laotiens pouvaient faire aussi bien que les Thaïlandais dans ce domaine médical précis.

En 2001, la coopération japonaise a aussi pris part à la modernisation du paysage sanitaire de la capitale laotienne en permettant la construction de l'hôpital Setthatirat, en périphérie du centre-ville de la capitale.

Photo 39 - L'hôpital Setthatirat : symbole de la coopération japonaise dans le paysage sanitaire et urbain de Vientiane

Source : Virginie Mobillion

En 2005, dans le cadre d'un entretien avec une responsable de l'ambassade du Japon au Laos, cette dernière s'est étonnée, à la présentation de mon sujet d'étude, que les mobilités de santé vers la Thaïlande perdurent, malgré les investissements consentis par la coopération japonaise pour la construction de l'hôpital le plus moderne de la capitale. La qualité des équipements, condition certes nécessaire à l'amélioration de l'offre de soins publique au Laos, semble faire oublier aux bailleurs internationaux que la formation du personnel soignant est aussi indispensable. Or, la construction d'un bâtiment et l'envoi de matériel depuis l'étranger présentent l'intérêt d'être visible et d'asseoir durablement la présence des différents bailleurs de fonds dans le paysage thérapeutique laotien où la concurrence entre les différentes agences internationales et coopérations bilatérales est soutenue.

- **Des améliorations au sein des structures : l'influence thaïlandaise**

L'attention des autorités laotiennes en matière d'amélioration des conditions de santé se porte également sur l'organisation interne des structures de soins ce qui ne manque pas d'être relayé dans la presse laotienne. Ainsi un médecin du Ministère de la Santé à Vientiane déclare :

– "*Thaï private hospitals are better than ours in service, but we are working to improve that aspect as well*"[119] - Vientiane Times - 14 janvier 2005

Au cours de visites d'hôpitaux à Vientiane et en province, nous avons ainsi pu observer que des mesures en matière d'hygiène, de communication et de signalétique étaient prises dans certains services afin d'améliorer l'environnement hospitalier et contribuer plus globalement à restaurer l'image du système de soins laotien.

A l'hôpital Mahosot, des affiches à l'intention du personnel soignant sont présentes dans certains services pour rappeler les règles de base du travail à l'hôpital comme le slogan ci-dessous, élaboré par le département d'infirmerie.

Photo 40 - Slogan de bonne conduite : outil pédagogique ou artifice rhétorique ?

[119] « Les hôpitaux privés thaïlandais sont meilleurs que nous en matière de service mais nous travaillons aussi sur cet aspect pour l'améliorer »

Source : A. Bochaton, 2006. Hôpital Mahosot, Vientiane

L'affiche est présente sur les murs du bâtiment de cardiologie de l'hôpital. L'objectif est de rappeler la ligne de conduite que les personnels soignants doivent adopter en 4 points : les « *Sii Mi* » soit les « *quatre avoir* » dans le sens de la détention de quatre qualités personnelles :

- Avoir de la sincérité (*mii khoamsuusat bolisout*)
- Avoir une haute responsabilité *(mii khoamhapphitsoap soung)*
- Avoir des règles *(mii labeapvinai)*
- Avoir la volonté du développement de soi *(mii kanephadthana tone-heig)*

Dans le domaine de l'hygiène et des soins, les autorités laotiennes et les organisations de masse[120] utilisent souvent des formules prêtes à l'emploi afin de faciliter leurs actions de prévention auprès de la population comme par exemple le principe des « *trois propretés* » (dit des Sam Haat) (manger proprement, avoir un habitat propre, s'habiller proprement). Ici la formule des « *quatre avoir* » ne semble pas faire exception à cette approche synthétique de la réalité médicale dont l'objectif est d'être mémorisé facilement et par tous. On peut toutefois s'interroger sur l'effet réel de telles opérations d'affichage : des posters sont-ils en effet suffisants pour faire évoluer les pratiques médicales et l'attitude des soignants alors que la formation médicale fait défaut ?

Aussi le slogan n'est pas sans rappeler les posters des hôpitaux thaïlandais à l'intention des personnels et des patients ; or la simple imitation de la méthode thaïlandaise apparaît, dans ce cas précis, comme un artifice.

Il est intéressant enfin de noter que chacune des formules en laotien a son équivalent en anglais, ce qui en toute vraisemblance n'est pas à l'attention du personnel soignant. L'anglais, très certainement destiné aux bailleurs de fond ainsi qu'aux étrangers de passage, apparaît en réalité comme le moyen pour les autorités sanitaires laotiennes d'afficher leurs velléités de progrès aux yeux des acteurs internationaux et de justifier ainsi l'aide apportée.

Dans la même optique d'amélioration des structures de soins et de réorganisation interne, l'hôpital provincial de Champassak à Pakse constitue un autre exemple intéressant. Ce dernier a bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale pour la construction de nouveaux bâtiments et l'achat d'équipements médicaux. Les travaux se sont achevés en décembre 2005.

Photo 41 - Modernisation des structures laotiennes : emprunts et rappels de l'architecture thaïlandaise

[120] Organisations sectorielles évoluant autour du Parti communiste ; au Laos, on compte l'Union des femmes Lao, la Jeunesse Populaire révolutionnaire Lao, le Front Lao pour la construction nationale, etc.

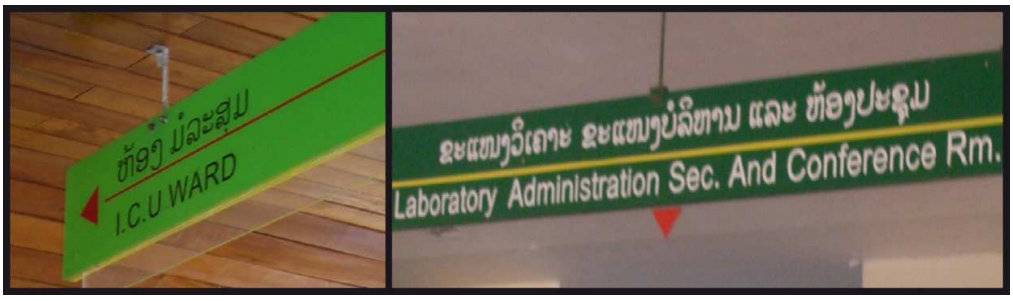
Source : A. Bochaton.

Gauche : hôpital provincial de Champassak à Pakse, janvier 2007 / Droite : hôpital provincial d'Ubon Ratchatani, septembre 2005 (haut), hôpitaux provincial de Chiang Khong, février 2008 (bas)

L'entrée principale du récent hôpital de Pakse, évoque les accès imposants et ouverts des hôpitaux en Thaïlande, les larges lettres dorées du fronton permettent d'identifier rapidement la structure et l'utilisation de l'anglais rappelle que les fonds d'édification du bâtiment proviennent de l'aide internationale[121]. Les croix rouges aux extrémités du fronton, introduisent à l'univers médical. Enfin la forme de la toiture tant à Pakse qu'à Ubon Ratchatani rappelle les toits des pagodes, et offre à l'ensemble une unité architecturale entre modernité et tradition propre à la région.

Au cours d'une visite de l'hôpital en janvier 2007, nous avons aussi observé les efforts réalisés en matière de signalétique (photo 42) ainsi que la propreté des locaux. Le personnel de l'hôpital avait récemment mis en place un système de 'boîte à idées', où les patients pouvaient anonymement suggérer des améliorations à apporter au service hospitalier. Si cette méthode évoque les questionnaires de satisfaction complétés par les patients au terme de leur séjour à l'hôpital en Thaïlande, on doute que la transposition puisse fonctionner au Laos, où la liberté d'expression de la population est encore largement sous contrôle.

Photo 42 – Des progrès en matière de signalétique, hôpital provincial de Champassak à Pakse



Source : A. Bochaton, janvier 2007

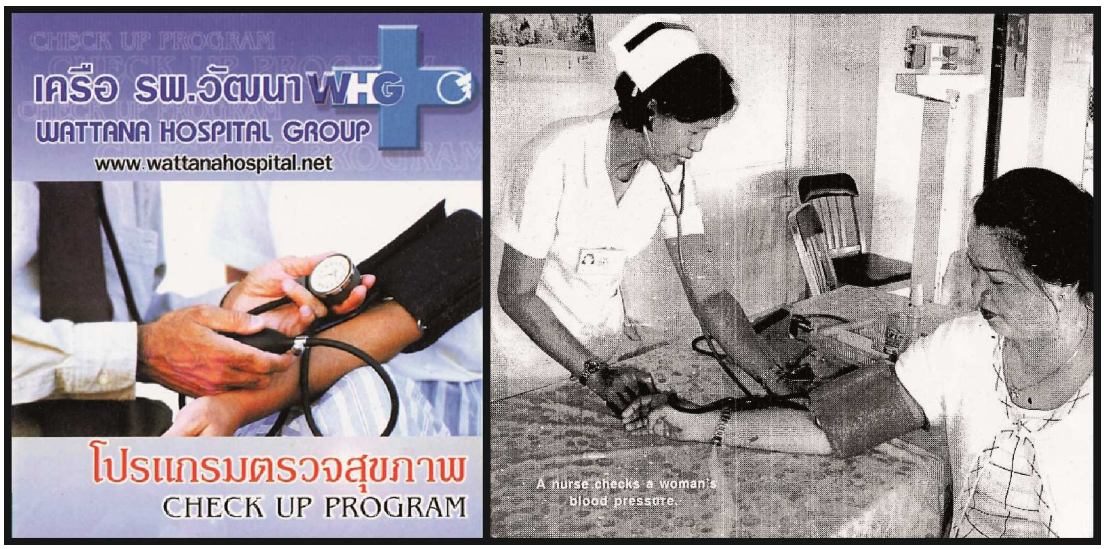
[121] Lorsque l'aide provient de la coopération bilatérale avec un pays francophone, les frontons arborent souvent des titres en français comme l'Institut du Cœur de l'hôpital Mahosot financé par la coopération luxembourgeoise (photo 38).

Dans le même hôpital, la mise en place d'une signalétique apparente facilite grandement le déplacement du patient dans la structure. Une fois encore, l'anglais jouxte le texte laotien et procure un sentiment d'étrangeté dans un contexte où les habitants ne parlent ni ne lisent l'anglais couramment. Outre la finalité pratique pour la patientèle, la fonction de ces panneaux semble aussi matérialiser la coopération internationale dans le milieu de la santé au Laos.

Enfin, outre l'influence thaïlandaise dans la configuration des établissements hospitaliers, certains gestes médicaux des soignants laotiens semblent aussi être influencés par les pratiques médicales thaïlandaises. On pense par exemple à la série de mesures (taille, poids, pouls, tension artérielle) relevées par des infirmières sur les patients qui attendent d'être reçus par le médecin. Cette pratique nouvellement adoptée est appréciée par nombre de patients laotiens qui voient là les effets visibles des améliorations apportées au système de soins national.

Ces menues transformations reflètent les aspirations des autorités laotiennes à parvenir au même niveau de prise en charge des patients que les structures thaïlandaises, leur modèle. Aujourd'hui les premiers pas vers une ressemblance entre les pratiques médicales exercées au Laos et en Thaïlande sont mis en image et diffusés dans la presse laotienne comme l'illustre le montage photographique ci-dessous.

Document 7 – Vers une concordance des gestes médicaux de part et d'autre de la frontière



Source : Gauche : couverture d'une brochure éditée par le groupe hospitalier privé Wattana en Thaïlande / Droite : photo tirée du *Vientiane Times* ; la photo est venue illustrer deux articles traitant de la santé dans le journal anglophone *"Doctors say local hospitals give good service"* - 14 janvier 2005 et *"What do you think of our hospitals ?"* - 26 septembre 2006 (annexes 12 et 14).

Le geste médical adopté et mis en scène sur les deux photos est identique. Du point de vue laotien, la photo illustre deux articles de promotion des structures laotiennes et véhicule un message explicite : elle semble en effet dire aux lecteurs et plus encore aux patients transfrontaliers que les gestes pratiqués en Thaïlande – en l'occurrence ici la prise de tension - le sont aussi au Laos avec un professionnalisme en apparence comparable. Des différences sont toutefois perceptibles entre les deux images et nuancent le parfait mimétisme : en effet, si la photographie de gauche met en scène un médecin thaïlandais cravaté, celle de droite montre une infirmière en uniforme. Les couleurs dans les tons de bleu de la publicité donnent à l'univers médical thaïlandais un aspect sophistiqué voire le signe d'une médecine froide. De l'autre côté, le contact patiente-infirmière semble plus convivial et évoque une médecine plus familiale et de proximité. La mise en parallèle de ces deux photographies avec la distinction hiérarchique des

personnels soignants, le contraste dans la prise de vue matérialisent finalement autant le rapprochement souhaité par le Laos que la prise de distance vis-à-vis des pratiques médicales de son voisin. Si celui-ci ne parvient pas encore à atteindre les performances techniques de la médecine thaïlandaise, il apparaît toutefois comme le garant d'une médecine à dimension humaine, comme l'ont par ailleurs souligné à plusieurs reprises nos interlocuteurs laotiens : beaucoup ont en effet mis en exergue l'aspect « *business* » du soin en Thaïlande, notion encore très peu adaptée au contexte sanitaire laotien.

La démarche commerciale mise en œuvre côté thaïlandais semble donc ici détournée par les journalistes laotiens sous contrôle du Parti dans le but de promouvoir le système de soins national. Tout en adoptant des éléments de la prise en charge thérapeutique pratiquée côté thaïlandais, l'idée d'une spécificité laotienne transparaît avec un accent porté sur la proximité et l'hospitalité. Opter pour la modernité sans entamer la relation privilégiée personnel soignant – patient, tel pourrait être finalement le message retranscrit par la photographie et véhiculée plus généralement dans les discours.

Si la transformation du système de soins laotien opère souvent par imitation du système thaïlandais, nous avons néanmoins pu noter le caractère parfois artificiel de l'appropriation des méthodes et pratiques médicales voisines. Ces évolutions par petites touches se révèlent finalement plus comme le moyen de sauver les apparences d'un système désorganisé qu'une solution pour régler à long terme les dysfonctionnements profonds.

Du point de vue de la population laotienne, la perception et l'accueil de ces initiatives sont pluriels.

D'un côté, certains Laotiens témoignent d'un réel enthousiasme à la vue des améliorations apportées aux hôpitaux et se disent confiants quant à l'évolution positive du système de soins de leur pays : leurs discours optimistes se fondent souvent sur les nouveaux édifices construits, l'amélioration des conditions d'accueil, l'intégration des examens médicaux avant la visite avec le médecin, etc. Néanmoins peu d'exemples se fondent directement sur l'évolution des pratiques médicales ou l'amélioration des diagnostics ce qui pourrait confirmer le caractère uniquement esthétique des améliorations apportées au système.

De l'autre côté, certains Laotiens se disent certes conscients des changements opérés mais ne sont pas dupes quant aux effets réels sur leur prise en charge et plus généralement sur leur santé. Au cours d'un groupe de discussion réalisé avec plusieurs membres du village de Mouangkhousinh à Houay Xay, des voix se sont élevées pour dire la persistance des dysfonctionnements au sein des établissements de santé malgré les actions novatrices menées. L'exemple de l'hôpital provincial a abondamment nourri la discussion : rénové peu de temps auparavant grâce à un financement de la Banque Asiatique du Développement, l'hôpital a peu évolué en terme de fonctionnement et les déceptions des patients persistent. Parmi l'ensemble des déclarations, celle d'un villageois semble bien résumer l'état d'esprit de l'intervention de l'ensemble des participants :

- « *Le Ministère de la Santé, les hôpitaux centraux ou les ONG donnent des équipements à l'hôpital provincial mais c'est inutile car les personnels et les médecins ne savent pas s'en servir. Les médecins manquent de connaissances et de techniques* ».

Jusqu'à quel point les autorités laotiennes vont-elles pouvoir maquiller les défaillances profondes du système en place dues principalement aux insuffisances de la formation des soignants et pour laquelle aucun changement majeur n'est prévu ?

C/ La construction d'un hôpital privé au Laos : les recours transfrontaliers, moteurs du projet

Le Ministère de la Santé à Vientiane a rédigé dès 1998 un décret pour permettre à des investisseurs étrangers de construire des hôpitaux privés. Ce texte valable dans un premier temps pour Vientiane, concernera dans un avenir proche toutes les grandes villes du pays.

On a vu que l'offre privée au Laos se développe rapidement mais la capacité d'accueil reste faible puisqu'il s'agit essentiellement de cabinets médicaux et de petites cliniques. Les conditions sont donc réunies pour l'émergence d'une offre privée sous la forme d'un hôpital de grande capacité et de standing.

• Un contexte politique et socio-économique favorable

- *Plus qu'un enjeu sanitaire, un enjeu politique*

– Mr Khamdy Seangouthin, 41 ans, conducteur de touk-touk rencontré à l'hôpital Mahosot : *" If Laos had more private hospitals, we might also improve our service because of the competition"*[122] - Vientiane Times – 26 septembre 2006

L'idée que l'absence de concurrence entre le public et le privé puisse être à la source de certaines carences au sein du système de soins laotien, a été relevée à plusieurs reprises en entretien. L'argumentation de certains patients transfrontaliers est la suivante : aujourd'hui le marché de l'offre de soins au Laos se caractérise par la prépondérance de l'offre publique, faiblement contrebalancée par le réseau de petites cliniques privées. L'introduction d'une offre privée combinant de larges infrastructures et une qualité de service haut de gamme viendrait concurrencer et stimuler l'offre en place.

C'est dans cette optique que s'inscrit le projet de construction d'un hôpital privé dans la capitale laotienne. Selon plusieurs interlocuteurs du Ministère de la Santé, il s'agit d'élever la qualité des soins à un niveau proche de celui des hôpitaux thaïlandais et de créer les conditions matérielles susceptibles de retenir les patients transfrontaliers dans les structures de soins nationales.

Renforcer l'axe privé de sa politique sanitaire va a priori à l'encontre de l'idéologie du Parti mais les recours transfrontaliers lui fournissent un solide alibi politique. Ils deviennent même l'argument central de la justification des autorités laotiennes qui vise à légitimer le développement du secteur privé comme le moyen de lutter contre l'influence thaïlandaise croissante. Si le Ministère de la Santé envisage aujourd'hui de consentir à la mise en place d'un hôpital privé dans la capitale, c'est avant tout pour pallier l'attraction des hôpitaux thaïlandais au sein de son territoire.

- *Un élan de privatisation qui dépasse le secteur de la santé*

[122] « Si le Laos avait plus d'hôpitaux privés, nous pourrions améliorer notre service grâce à la concurrence »

Le changement opéré dans le domaine de la santé n'est pas unique en son genre mais s'inscrit plus largement dans une phase de privatisation qui touche d'autres domaines de la société tels que l'éducation. Avec l'ouverture économique du pays et l'importation de modèles occidentaux, la façon d'éduquer ses enfants évolue ainsi que le rapport à l'école. Traditionnellement publique, l'institution scolaire devient au Laos, et plus particulièrement à Vientiane, un lieu vers lequel convergent les attentes et les exigences de parents qui parient sur l'avenir de leurs enfants. Issus des classes moyennes et aisées, ces derniers veulent offrir à leur descendance ce qu'il y a de mieux en matière de formation. Depuis quelques années, on voit fleurir dans la capitale des écoles privées et des cours du soir pour l'apprentissage des langues étrangères, de l'informatique et autres spécialités. Le corps enseignant de ces écoles est souvent mixte, en grande partie de nationalité laotienne mais composé aussi de professeurs étrangers venant de tous horizons. Les enfants des expatriés vivant à Vientiane fréquentent majoritairement ce type d'établissements ainsi que les enfants des familles laotiennes privilégiées.

L'accroissement de la formation privée est une réalité de plus en plus visible dans le paysage éducatif de Vientiane et du point de vue de la formation universitaire, les acteurs thaïlandais apparaissent là encore comme des acteurs incontournables : un article du Vientiane Times du 23 février 2005 intitulé « *Thai unis want Lao students* » (annexe 17) mentionne l'organisation d'un grand salon regroupant 14 universités thaïlandaises dans l'enceinte de l'Université Nationale du Laos, l'objectif étant de fournir aux étudiants laotiens des informations sur les cursus de masters et doctorats possibles en Thaïlande (photo 43). Nous verrons ultérieurement que les hôpitaux thaïlandais organisent le même type d'événements pour recruter de nouveaux patients.

Photo 43 – Des étudiants laotiens tentés par l'expérience universitaire thaïlandaise

Source : article « *Thai unis want Lao students* », Vientiane Times, 23 février 2005

Enfin deux publicités des Assurances Générales du Laos (photo 44) apparaissent intéressantes au regard du message qu'elles véhiculent et des nouvelles préoccupations des Laotiens de Vientiane. D'un point de vue esthétique, toutes deux semblent directement inspirées de publicités de magazines thaïlandais. A gauche, une famille est photographiée, l'aînée des enfants arborant un uniforme d'étudiante à l'américaine, un diplôme à la main. A travers l'exemple de cette famille, qui semble comblée de bonheur, transparaissent les nouveaux standards de réussite : le succès du parcours éducatif et scolaire des enfants ainsi que l'accession à la propriété privée bien imagée sur la photographie de droite.

Photo 44 - Panneaux publicitaires pour les Assurances Générales du Laos (AGL), Quai Fa Ngum, Vientiane.

Source : A. Bochaton, mars 2008

Le projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane s'inscrit donc dans un contexte plus large de privatisation et dans un environnement où l'intérêt privé n'a plus besoin d'être caché.

- **Du projet à la concrétisation : un espace décisionnel aux contours flous**

A l'évocation du décret autorisant la construction d'un hôpital privé à Vientiane, les responsables du Ministère de la Santé rencontrés en entretien montrent beaucoup d'enthousiasme. Ils pensent en effet que la patientèle qui se rend aujourd'hui en Thaïlande, deviendra demain la patientèle du secteur privé laotien. Le projet pourrait également faire figure de « revanche » sur le voisin thaïlandais, qui perdrait ainsi les bénéfices financiers et politiques des recours des Laotiens dans leurs structures.

Certains interlocuteurs imaginent même des scénarios futuristes difficilement concevables à l'heure actuelle : une inversion du phénomène de recours transfrontaliers avec des patients thaïlandais qui viendront un jour se soigner au Laos. Imaginer que Vientiane puisse devenir un centre médical régional incontournable semble naïf mais illustre bien la volonté de certains fonctionnaires du Ministère de faire croire aux interlocuteurs étrangers que le Laos a les moyens d'inverser la tendance actuelle.

Malgré un engouement général non dissimulé, il a été toutefois très difficile d'obtenir des informations concrètes concernant les investisseurs potentiels et l'état d'avancement du projet auprès de ces interlocuteurs. Peu de renseignements ont été recueillis, beaucoup se contredisent.

- *Des investisseurs thaïlandais absents : une situation singulière dans la péninsule*

Lors d'un premier entretien en 2005, le directeur de deux hôpitaux privés thaïlandais à Nong Khai et à Udon Thani, nous a dit qu'il avait eu l'intention quelques années plus tôt de participer à la construction du premier hôpital privé à Vientiane. Des discussions ont apparemment eu lieu avec des membres du Ministère de la Santé laotien, l'argent du projet était disponible de son

côté mais cela n'a finalement pas abouti. Selon lui, le blocage est venu de la *« peur de la domination de la Thaïlande sur le Laos »* qu'ont les autorités laotiennes. Lorsque nous avons abordé la question avec plusieurs chefs de département du Ministère de la Santé, dont le vice-ministre, tous ont déclaré ne pas avoir eu connaissance de ce projet. Ils ajoutent en outre qu'ils ne voient pas les raisons pour lesquelles des investisseurs thaïlandais viendraient construire un hôpital au Laos alors qu'ils ont déjà investi de l'autre côté du Mékong et qu'ils utilisent régulièrement leurs ambulances pour venir chercher les patients au Laos. En rejetant l'éventualité même du projet thaïlandais, nos interlocuteurs coupent ainsi court à toute discussion.

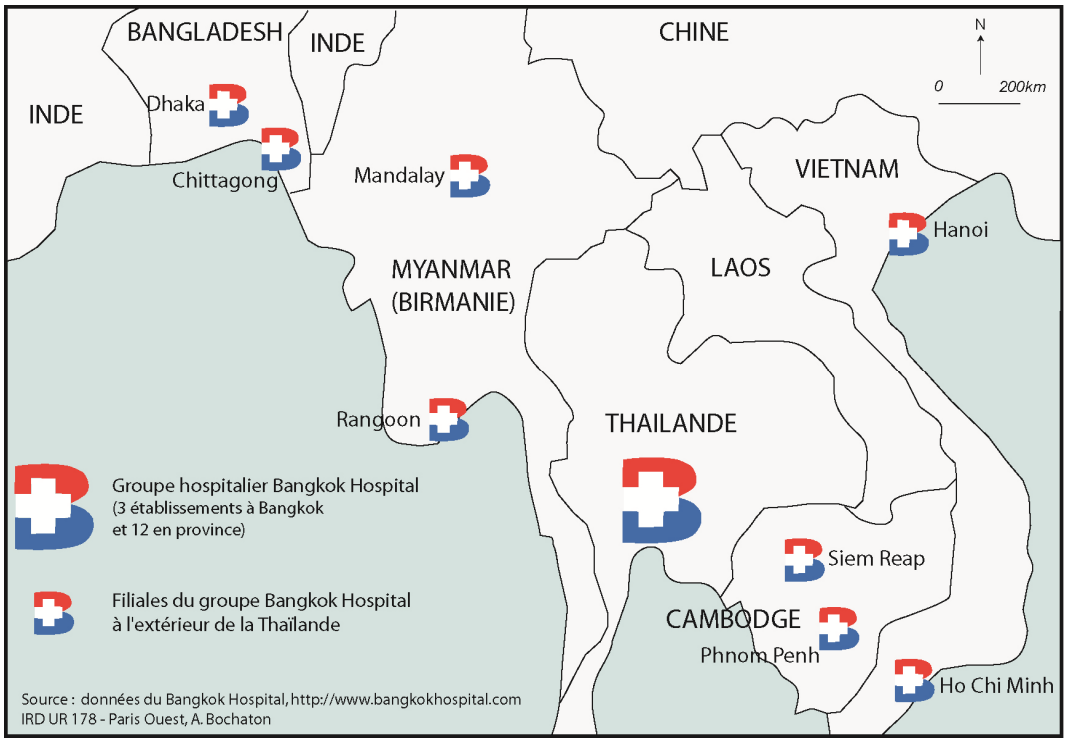
La discordance de discours des deux côtés de la frontière nous a donc placés dans une position très inconfortable puisque le doute s'est installé sur la confiance à accorder à chaque interlocuteur/acteur et sur le crédit de l'information reçue de part et d'autre. De plus, les renseignements obtenus en Thaïlande mettaient ouvertement nos interlocuteurs laotiens dans l'embarras : il semblait alors que j'en savais trop. L'entretien prenait alors une tournure très formelle et le discours « langue de bois » – manifestation du malaise ainsi crée – prévalait. Ainsi en voulant recouper les informations et obtenir des détails, je déstabilisais mes interlocuteurs laotiens qui me donnaient à entendre d'avoir 'collaboré avec l'ennemi', les Thaïlandais. Malgré la multiplication des entretiens de part et d'autre de la frontière au sujet de l'hôpital privé, aucune connexion – du moins dans le discours qui m'était donné à entendre – n'a pu être établie entre les propos prononcés côté thaïlandais et les informations obtenues au Laos. Cette situation a été d'autant plus difficile à démêler qu'aucun document préparatoire concernant le projet n'était disponible, l'ensemble des tractations semblant se faire de manière informelle. La confusion témoigne finalement du décalage d'intérêts entre les acteurs des deux pays : intérêts économiques pour les uns et enjeux politico-sanitaires pour les autres. Si le futur hôpital privé à Vientiane représente un marché prometteur du point de vue des investisseurs, il doit constituer pour les Laotiens le signe de leur émancipation sanitaire vis-à-vis du voisin thaïlandais : il apparaît donc logique qu'ils ne souhaitent pas que le projet soit financé par des investisseurs thaïlandais. Or la formalisation des relations entre les deux pays dans le cadre des programmes régionaux et de l'ASEAN ne permet pas aux acteurs laotiens d'expliciter leurs réticences bien qu'elles soient réelles. La proposition d'un investissement en provenance de Thaïlande est ainsi démentie devant l'interlocuteur étranger pour éviter de révéler la complexité de la relation lao-thaïlandaise tout en préservant l'apparence d'une entente cordiale.

Reste que d'autres acteurs du secteur privé thaïlandais nous ont rapporté les difficultés liées à la construction de structures de soins au Laos. Une responsable du bureau d'accueil des patients étrangers à l'hôpital Aek Udon fait le constat suivant :

– « *L'hôpital BGH (Bangkok General Hospital, dont Aek Udon est une filiale) à Bangkok a construit des hôpitaux au Vietnam ainsi qu'au Cambodge mais aucun au Laos à cause de problèmes de toutes sortes dont des problèmes politiques* »

Les informations disponibles sur le site internet du Bangkok Hospital nous apprennent que le groupe a non seulement investi dans un réseau d'hôpitaux au Cambodge et au Vietnam mais aussi en Birmanie et au Bangladesh (Figure 62).

Figure 62 - Expansion régionale du groupe hospitalier thaïlandais Bangkok Hospital



Le fait que le groupe thaïlandais ait pu s'implanter dans plusieurs pays de la sous-région, reflète la singularité lao-thaïlandaise. Pour quelle raison la construction d'hôpitaux sur investissement thaïlandais a-t-elle été possible dans quatre pays voisins à l'exception du Laos ? L'exemple du Cambodge et du Vietnam sont développés afin de comprendre l'exception laotienne.

Le Cambodge et la Thaïlande ont une relation historiquement très complexe, faite de rapprochements et de replis, de domination et de périodes d'apaisement. Les motifs de tension sont nombreux et remontent à des temps immémoriaux : certaines fresques des temples d'Angkor relatent déjà au XIIe siècle les combats qui opposaient les combattants du puissant empire khmer, régnant alors sur la péninsule, aux Siamois. Aujourd'hui encore, des hommes politiques ou personnages publics thaïlandais revendiquent épisodiquement l'appartenance de l'ancienne capitale khmère à la Thaïlande, ce qui provoque de vives tensions entre Bangkok et Phnom Penh. Dans un passé plus proche et dans d'autres circonstances, la Thaïlande a ouvert ses frontières aux nombreux réfugiés cambodgiens fuyant le régime khmer rouge (1975-1979) puis l'occupation vietnamienne (1979-1992). « *Un archipel des camps* » établi le long de la frontière khméro-thaïlandaise, a ainsi contribué à protéger la population des conflits. Les derniers rapatriements des réfugiés cambodgiens dans leur pays ont eu lieu en 1998 [Thibault 2008]. Le pays a retrouvé depuis un semblant de stabilité politique mais le régime actuel est réputé hautement corrompu. La présence économique et culturelle de la Thaïlande y est manifeste et les autorités cambodgiennes semblent céder facilement aux pressions des investisseurs étrangers, ce qui pourrait expliquer en partie la présence d'hôpitaux du groupe thaïlandais à Phnom Penh et à Siem Reap. La relation conflictuelle qu'entretiennent les Cambodgiens avec leur voisin vietnamien, peut aussi expliquer le fait que ces derniers soient moins méfiants à l'égard de la Thaïlande que du Vietnam, qui passe pour l'ennemi héréditaire « *avaleur de territoire, exterminateur de [la] race [khmère]* » [Entretien de Khieu Samphân, 1979, cité dans Thibault, 2008, p.4]. La Thaïlande et la Cambodge partagent en outre un univers culturel et religieux commun et la ligne frontière qu'ils partagent, est relativement éloignée de la capitale cambodgienne. Au contraire, Phnom Penh se situe à plus grande proximité du Vietnam et la communauté vietnamienne au

Cambodge demeure très importante et toujours très active en matière de commerce. Finalement, bien que le Cambodge connaisse des rapports complexes avec ses deux principaux voisins, il semblerait néanmoins que des facteurs géographiques, culturels et historiques ne confèrent pas à la Thaïlande une image aussi négative que celle du Vietnam. Ces éléments peuvent par conséquent expliquer la plus grande facilité avec laquelle les investisseurs thaïlandais parviennent à gagner des marchés au sein du territoire cambodgien à l'inverse de la situation observée au Laos.

Le Vietnam et la Thaïlande ne partagent pas de frontières communes et c'est probablement cette distance géographique qui allège les termes de la relation entre les deux pays et par conséquent le rapport de domination d'autant que le Vietnam compte parmi les nations puissantes et peuplées de l'Asie du Sud-est. La présence thaïlandaise sur le territoire vietnamien ne semble donc pas représenter pas un danger ni même un enjeu politique.

L'expansion des filiales hospitalières privées thaïlandaises au sein de la péninsule et même au-delà va bon train. Dans un tel contexte, le Laos fait figure d'exception et semble isolé. Les difficultés d'implantation des hôpitaux thaïlandais à Vientiane sont donc spécifiques, en raison de facteurs géo-historiques liant les deux pays : la longue frontière lao-thaïlandaise met en contact durablement les territoires nationaux de part et d'autre et du point de vue laotien, elle constitue une brèche qui ouvre intégralement le pays à son puissant voisin. Dans le passé, la force thaïlandaise a toujours cherché à s'emparer des marges laotiennes pour les intégrer au sein de son espace national et bien que les relations soient aujourd'hui apaisées, la question de l'hôpital privé fait toutefois ressurgir les craintes d'hier.

- *Chercher des investisseurs ailleurs qu'en Thaïlande*

Continuant nos investigations sur l'état d'avancement du projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane, un responsable du département de la planification du Ministère nous a parlé d'un groupe d'hommes d'affaires malaisiens en visite à Vientiane et potentiellement intéressés pour investir dans un hôpital privé ; en voulant recouper l'information le même jour avec le directeur du département du curatif, ce dernier nous a dit ne pas être au courant de la visite en question.

Les questions sur la construction de l'hôpital privé à Vientiane ont donc été marquées d'opacité et de contradictions tout au long de la recherche, alors que paradoxalement les responsables laotiens attendent beaucoup de ce projet.

Fin 2007, un article du Vientiane Times éclaircit enfin le sujet : un investisseur lao-américain - Mr Robert Khoonsrivong - projette de construire un hôpital privé à Vientiane d'ici 2010 (annexe 18). Les objectifs du projet sont clairement exprimés :

– « *Improve health care in Laos and reduce the number of people crossing the border to Thailand for treatment* [123]» – Vientiane Times – 24 octobre 2007

Il s'agit du premier article dans la presse laotienne qui fasse le point sur la question, signe que les négociations entre les autorités laotiennes et la société américaine 'Pacific Star Capital Management' sont bien engagées. L'effet d'annonce est réel et la parution de l'article constitue un événement en soi, tout aussi intéressant que le contenu même de l'écrit. L'article évoque les différentes délégations étrangères - chinoises, malaisiennes, thaïlandaises et autrichiennes - qui

[123] « Améliorer les soins au Laos et réduire le nombre de personnes qui traversent la frontière pour se soigner en Thaïlande »

avaient plus tôt manifesté un intérêt pour le projet de l'hôpital privé mais dont les pourparlers avec le Ministère de la Santé n'ont pas abouti : les propos entendus au Ministère ou via les acteurs thaïlandais sont ainsi confirmés.

L'article précise qu'un cabinet de santé a ouvert dès octobre 2007 à Vientiane, dont la fréquentation devrait permettre d'estimer la patientèle potentiellement intéressée par le futur hôpital privé ; une étude de faisabilité est planifiée en parallèle. La construction d'un hôpital privé à Vientiane pose en effet la question de la solvabilité de la population de patients. La population aisée de la capitale représente-t-elle un réservoir de patients suffisant pour faire fonctionner l'hôpital et permettre aux investisseurs de rentrer dans leur frais ?

En outre, beaucoup d'incertitudes persistent quant à la mise en œuvre concrète du projet et dans quelle mesure le Ministère va exercer ou non un contrôle sur l'investisseur.

Nous nous interrogeons aussi sur la question du cahier des charges qui va réglementer le fonctionnement de la future structure. Les fonctionnaires du Ministère que nous avons questionnés à ce sujet, nous ont fait savoir que l'une des conditions de l'accord pour la construction de l'hôpital reposait sur les tarifs pratiqués dans la structure afin que le plus grand nombre de patients puisse y avoir accès : les coûts des soins seront donc l'objet d'une négociation entre les futurs investisseurs et les instances publiques qui n'entendent pas être écartées du dossier. Concernant les ressources humaines, le personnel soignant sera-t-il exclusivement laotien ou constitué d'équipes mixtes avec par exemple du personnel américain ? Dans quelle mesure et quelle proportion le régime peut-il accepter que des médecins étrangers viennent exercer sur le territoire laotien ? De plus, si tel est le cas, le Ministère va-t-il faire en sorte qu'un transfert de connaissances au profit du personnel laotien soit garanti ? Le risque d'une telle implantation privée financée par des acteurs étrangers serait en effet qu'elle soit déconnectée de la réalité laotienne et qu'elle fonctionne en vase clos.

Enfin une dernière question subsiste et à laquelle nous n'aurons de réponse qu'une fois l'hôpital construit : celle de l'intégration de l'hôpital au sein du tissu local.

- **A contre-courant du concept d'équité : vers une croissance programmée des inégalités de santé**

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

Le projet politique autour de la santé, et plus particulièrement autour de l'offre sanitaire au Laos, semble donc se dessiner pour une frange de la société uniquement : il privilégie en effet le besoin d'une classe aisée à la recherche de soins privés au détriment de la très grande majorité de la population laotienne dont le niveau économique ne lui permet pas d'autres recours que dans les structures publiques.

La position du gouvernement laotien va à contre-courant des recommandations formulées par l'OMS à l'issue de trois années de recherches menées sur les déterminants sociaux de la santé. Basé sur le constat que les inégalités de santé entre et dans les pays augmentent et que « *l'injustice*

sociale tue» [OMS 2008 ; Rimbert, 2008], le rapport de la commission remis en août 2008 s'organise autour des concepts d'équité et de justice sociale et appelle à « *combler le fossé en une génération* ». Au moment où le gouvernement laotien s'apprête à déléguer au secteur marchand une part plus importante des activités de santé, les auteurs de l'étude rappellent que *« la santé n'est pas un bien négociable* ». En outre, « l'*expérience montre que la commercialisation de biens sociaux essentiels comme l'instruction et les soins médicaux engendre des inégalités en santé. La fourniture de ces biens sociaux essentiels doit être régie par le secteur public et non par la loi du marché* ». Si le document apparaît comme un réquisitoire contre les politiques économiques prônées par les institutions financières internationales et mises en œuvre dans de nombreux pays, on peut toutefois se demander dans quelle mesure les recommandations vont être concrètement appliquées par les Etats.

Dans le cas laotien, il semble que l'étape d'une délégation au secteur privé longtemps maintenue à distance par le gouvernement, apparaît aujourd'hui irrémédiable.

Alors que du côté de l'OMS, promouvoir l'équité va de pair avec la réduction de la pauvreté, on peut lire dans la presse laotienne :

- "*Mr Phisit - Head of the Ministry of Public Health's Hospital Management Division - said Lao law and regulations had stipulated the participation of the private sector in developing healthcare services as part of the government's efforts to alleviate poverty*"[124] - Vientiane Times - 24 octobre 2007

La formulation employée par Mr Phisit, figure du Parti, est assez inattendue puisqu'elle accole les expressions « pauvreté » et « secteur privé » et prend ainsi le contrepied des principes d'équité formulés plus haut. On s'interroge dès lors sur ce qui oriente l'argumentation : s'agit-il d'une rhétorique politique qui, comme nous avons déjà pu le constater en entretien, consiste à s'approprier le thème de la pauvreté et signifier ainsi que toutes les actions du gouvernement sont de près ou de loin connectées aux objectifs du millénaire pour le développement ? On peut aussi envisager que ces éléments de discours constituent une manière d'anticiper les possibles critiques vis-à-vis du projet au regard de la ligne idéologique du régime.

Les recours transfrontaliers, outre qu'ils révèlent l'émergence d'une société laotienne à deux vitesses, créent un contexte politique propice au développement de l'offre privée au Laos. Ainsi de révélateurs, les recours transfrontaliers deviennent vecteurs de la croissance des inégalités sociales de la santé. Ces inégalités sociales se doublent en outre d'inégalités territoriales puisque les villes laotiennes concentrent actuellement les ambitions du gouvernement en matière de politique de santé axé pour l'essentiel sur le développement du privé.

[124] « Mr Phisit - chef de la division du management hospitalier au Ministère de santé publique – a déclaré que la loi et les régulations laotiennes stipulent la participation du secteur privé dans le développement des services de santé comme une part de l'effort du gouvernement pour réduire la pauvreté »

II - En Thaïlande : entre encouragement et résistance

Du secteur public au secteur privé, les effets des recours transfrontaliers sont différenciés et conduisent à une gestion distincte selon le point de vue considéré. Fardeau économique d'un côté, manne financière de l'autre, les structures adaptent leurs réponses en fonction de leur intérêt propre.

A/ Le secteur privé : une attractivité renforcée

Comme nous l'avons déjà développé, les Laotiens peuvent parfois représenter jusqu'à 50 % de la patientèle totale de certains hôpitaux privés thaïlandais, ce qui placent ces derniers dans une position de dépendance manifeste vis-à-vis des mobilités en provenance du pays voisin. Si les effectifs de patients venaient à diminuer, l'activité de certains hôpitaux serait gravement mise en péril ; c'est pourquoi, la plupart des acteurs du secteur privé cherchent, par des stratégies innovantes, à fidéliser les Laotiens déjà itinérants et à en attirer de nouveaux.

L'analyse qui suit, se fonde essentiellement sur des observations relevées dans l'espace frontalier Vientiane - Nong Khai et Udon Thani. Les stratégies mises en œuvre par les acteurs privés thaïlandais y sont particulièrement dynamiques, encouragées par l'important potentiel de patients dans la capitale Vientiane et stimulées par un contexte de forte concurrence hospitalière côté thaïlandais. Udon Thani, ville promue « *carrefour du nord-est thaïlandais* » par Bangkok, est en effet le théâtre d'une compétition accélérée entre plusieurs groupes privés, qui cherchent à se démarquer autant que possible les uns des autres.

• Un marketing accrocheur : de la publicité au sponsoring

Le Ministre de la Santé au Laos, au cours d'un séminaire organisé à Vientiane, a longuement commenté les recours transfrontaliers vers la Thaïlande et s'est arrêté sur un point en particulier : le marketing développé par les hôpitaux privés thaïlandais. Il a martelé l'expression « *marketing* » à plusieurs reprises comme pour bien nous faire comprendre la force des stratégies mises en place par le voisin et l'impuissance des autorités laotiennes face à un tel déferlement.

- *Les brochures : support informatif, support publicitaire*

Officiellement, les hôpitaux thaïlandais ne peuvent pas promouvoir directement et en toute liberté leurs services à l'intérieur du territoire laotien ; avec l'élaboration de brochures d'informations distribuées dans les structures d'accueil thaïlandaises, les patients eux-mêmes deviennent les acteurs de la diffusion et l'information sur les hôpitaux limitrophes parvient ainsi à s'immiscer dans les maisons laotiennes, au sein même de la sphère familiale.

A en juger par le nombre de brochures éditées par chaque hôpital privé, l'investissement semble avoir des retombées appréciables (document 8).

Document 8 – Eventail de brochures d'informations des hôpitaux privés thaïlandais

Source : brochures de divers hôpitaux privés thaïlandais : Aek Udon, Paolo Hospital, Wattana, Hôpital du Dr Hann à Mukdahan, Bangkok Hospital.

Condensés d'informations médicales ponctuées de photos et de logos, le tout sur fond de couleurs chatoyantes, les brochures sont mises à disposition sur des présentoirs dans les bureaux d'accueil et parsemant les tables basses des salles d'attente. Ces plaquettes, sous couvert d'informer le patient sur les services et équipements disponibles au sein de la structure, sont avant tout un outil commercial, susceptible de stimuler la demande de soins. Collectées par le patient transfrontalier au cours d'une consultation, les brochures parviendront ainsi à son entourage au moment de son retour. Nous avons vu l'importance du réseau social dans le choix d'aller se soigner en Thaïlande et on ne doute pas que la présentation d'une brochure à un proche peut rentrer dans le processus décisionnel d'un patient en recherche de soins dans la mesure où le texte et le graphisme sont convaincants.

Les brochures que nous avons réunies au cours de nos visites dans les structures de soins, sont en langue thaïe ainsi qu'en anglais. Même si le thaï et le lao sont proches d'un point de vue oral, la lecture du thaï s'avère néanmoins difficile pour les Laotiens du fait de la différence d'alphabet. C'est pour cette raison que l'hôpital Aek Udon à Udon Thani a commencé à éditer en 2008 des brochures en langue lao à l'attention des patients transfrontaliers : au cours d'une ultime visite de l'hôpital en mars, la responsable du bureau en charge des patients étrangers nous expliquait que de nouvelles brochures étaient en train d'être imprimées et qu'elle les attendait sous peu.

- *Multiplication des supports visuels thaïlandais dans le paysage laotien*

Progressivement, par petites touches publicitaires, les hôpitaux privés thaïlandais consolident leur présence dans le paysage laotien. Nous développerons ici surtout les actions des hôpitaux privés de Nong Khai, Udon Thani et Khon Kaen et leurs répercussions dans la capitale laotienne.

De la publicité papier aux panneaux grand format, en passant par des autocollants ou des calendriers, les services marketing des hôpitaux privés regorgent d'idées et multiplient les supports.

D'une stratégie marketing directe – un espace publicitaire est acheté pour diffuser un message – on passe à une stratégie indirecte où le patient devient acteur de la campagne et véhicule lui-même le nom de l'hôpital et le message associé.

Document 9 - Des grands formats au service d'une attraction maximale

Source : A. Bochaton, mars 2008. A gauche : publicité pour l'hôpital Aek Udon située aux bureaux d'immigration du pont de l'Amitié, côté laotien. A droite : publicité pour l'hôpital Wattana visible au moment de la traversée du pont de l'Amitié, côté thaïlandais.

Très répandu côté thaïlandais notamment sur la route qui relie Nong Khai à Udon Thani, le panneau publicitaire de l'hôpital Aek Udon (photo de gauche) est apparu très récemment au Laos. Placé dans l'enceinte du poste frontière entre Nong Khai et Vientiane – du côté laotien – il marque visiblement une étape dans le franchissement de la frontière même s'il se limite à la stricte bordure frontalière. Le groupe marketing de l'hôpital va-t-il toutefois limiter son action à l'espace frontalier contigu ? Dans combien de temps le centre de Vientiane va-t-il être le théâtre de ce type de campagne publicitaire, symbole de la progression de l'influence thaïlandaise ?

Concernant le contenu du panneau, on peut observer que le nom de l'hôpital apparaît à la fois en laotien (première ligne en blanc), en anglais ainsi qu'en chinois (2ème ligne en rouge) et en japonais. La multiplication des langues met ainsi l'accent sur le caractère international de l'hôpital et plus précisément sur les différentes cibles de patients visées : nous avons en effet observé que les commerçants d'origine chinoise à Vientiane étaient grands consommateurs de soins en Thaïlande.

Enfin, outre la photo de l'établissement qui ressort en haut à droite du panneau, le regard du passant est capté par la famille d'étrangers blancs. La famille thaïlandaise ne joue pas le rôle de famille modèle mais c'est au mode de vie occidental qu'il est fait directement référence. Aussi la santé suggère le bonheur et se soigner dans des structures de qualité, telles que se présente l'hôpital Aek Udon, semble pouvoir contribuer à rendre heureux. Les références à l'Occident et

à la santé comme source de bonheur évoquent les campagnes publicitaires des hôpitaux de Bangkok à l'attention des patients internationaux en provenance des pays développés européens, du Canada, des USA, du Japon et encore du Moyen-Orient. La marge aisée de la société laotienne qui profite pleinement de l'ouverture économique, culturelle du pays et adopte les modes de vie et de consommation occidentaux jusque dans la manière de se soigner, devient la cible privilégiée de ce type de campagnes publicitaires.

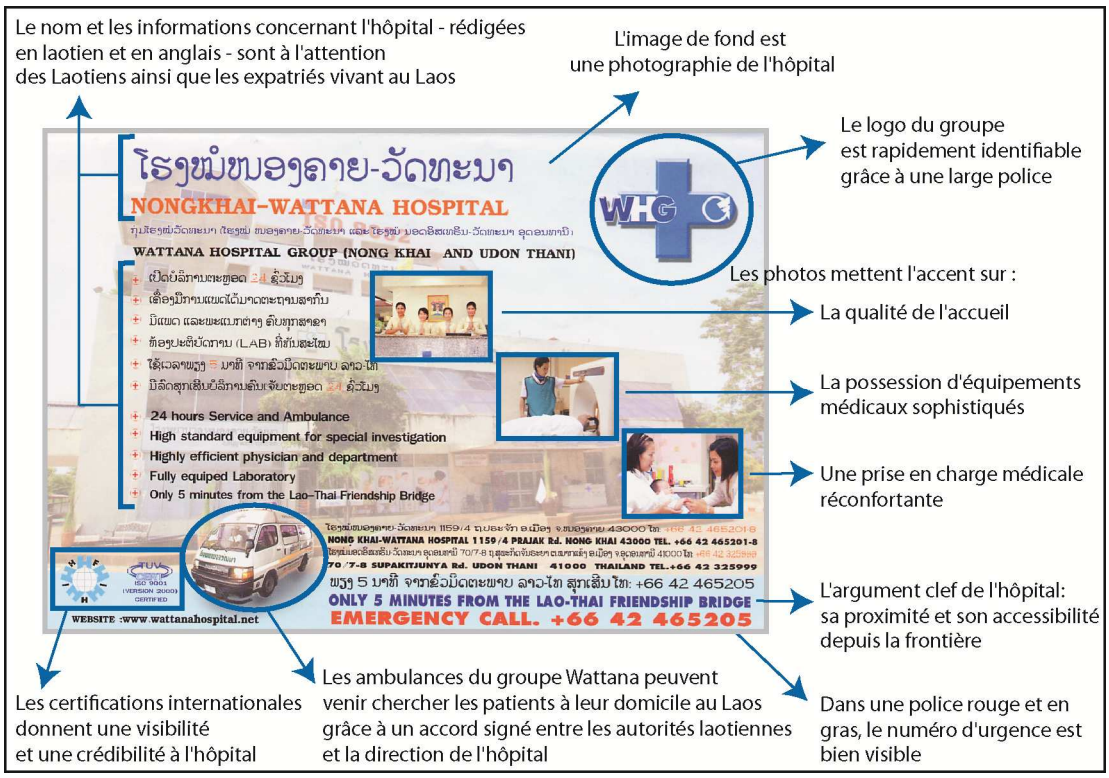
L'hôpital international Aek Udon multiplie aussi les pages magazine et en couleur dans des revues laotiennes d'un nouveau style : par exemple, le magazine Sayo, dont est issue l'annonce publicitaire présentée ci-dessous, traite de la mode, des hôtels de luxe et se destine par conséquent exclusivement aux classes aisées et aux étrangers expatriés au Laos. Combinant messages informatifs, photos, logos, numéros de téléphone et moyens de paiement, cette publicité offre au lecteur – patient potentiel – un condensé de ce qu'il doit savoir pour venir se soigner dans cette structure.

Document 10 – Marketing sanitaire : combiner un message médical à une atmosphère sécurisante (1)

Source : Page de couverture intérieure de la revue mensuelle Sayo, Vientiane

L'hôpital Wattana utilise des procédés de communication très similaires pour attirer de nouveaux patients laotiens dans son établissement.

Document 11 - Marketing sanitaire : combiner un message médical à une atmosphère sécurisante (2)



Source : Publicité de l'hôpital Wattana extraite du magazine Sayo, 2007

La publicité repose sur un condensé d'informations concernant la structure de soins et combine plusieurs registres afin de toucher un maximum de patients potentiels : les équipements, la qualité de l'accueil, les certifications internationales, la proximité et l'accessibilité depuis la frontière ainsi que la possibilité de faire venir une ambulance au domicile des patients au Laos constituent autant de points forts que les dirigeants de l'établissement veulent mettre en avant.

De multiples signes témoignent de la présence thaïlandaise au Laos. Les « pages jaunes » laotiennes constituent elles aussi un espace de communication privilégié pour les structures de soins thaïlandaises (document 12) : ainsi dans la section 'offre de soins' de l'annuaire national, apparaissent côte à côte les structures de soins laotiennes et les hôpitaux privés thaïlandais limitrophes.

Document 12 – Les pages jaunes au Laos : un espace d'information sous influence

Source : Extrait des pages jaunes laotiennes, rubrique « offre de soins », 2001

Notre première réaction à la vision de cette page de l'annuaire laotien a été : « *de quel côté de la frontière sommes-nous ?* ». L'extrait des pages jaunes présenté ci-dessus montre en effet la nature intrusive des campagnes de publicité des hôpitaux privés thaïlandais qui s'approprient cet espace de renseignements comme d'un support publicitaire à part entière. Loin de la sobriété de l'information des hôpitaux laotiens qui se résume à l'adresse et au numéro de téléphone de chaque structure, les renseignements concernant les établissements thaïlandais sont saturés de textes, d'images, de logos, de carte qui remplissent le cadre visuel au point de refouler les structures laotiennes à l'arrière plan. Ainsi quand l'encadré pour l'hôpital national Mahosot à Vientiane occupe cinq lignes de texte, les hôpitaux Panyavej à Udon Thani et Ubonrak à Ubon Ratchatani apparaissent chacun deux fois sur la page, sous forme d'une annonce classique complétée par un large encart publicitaire. Ce déferlement montre le potentiel que représente la patientèle laotienne pour les hôpitaux privés frontaliers.

En plaçant ainsi leur offre de soins aux côtés des structures laotiennes, les acteurs privés thaïlandais s'insèrent ainsi naturellement dans le paysage sanitaire laotien et franchissent, outre la frontière géographique, une barrière psychologique. Les pages jaunes, unique annuaire téléphonique, jouent ainsi le rôle d'intermédiaire officiel entre les hôpitaux thaïlandais et la population laotienne.

En parallèle des campagnes publicitaires décrites ci-dessus, les hôpitaux multiplient les supports pour véhiculer leurs noms et leurs logos par des produits dérivés et pour s'introduire discrètement dans l'espace de vie des Laotiens et imprégner leur quotidien.

En fin d'année, de nombreuses entreprises laotiennes éditent un calendrier, apprécié par la population : on pense par exemple au succès du calendrier de l'entreprise nationale « Bière Lao », accroché dans pratiquement toutes les maisons, restaurants et bureaux du pays. Les hôpitaux thaïlandais jouent sur le même registre et distribuent aussi à la fin de l'année des calendriers à leurs patients. On retrouve ainsi des calendriers de l'hôpital Aek Udon dans des maisons ou bureaux au Laos et parfois dans des lieux inattendus.

Un doctorant en ethnographie rapporte cette anecdote : dans le courant de l'année 2006, celui-ci a eu un rendez-vous avec un responsable du Parti au Ministère de l'information et de la culture pour obtenir la signature validant sa recherche. L'entretien s'est déroulé dans le bureau dédié aux cultures de masse, en charge d'élaborer les codes de la culture laotienne ou encore de diffuser les messages politiques aux villageois. Sur les murs du bureau du responsable et en guise de décoration, plusieurs calendriers étaient accrochés côte à côté dont celui de l'hôpital Aek Udon. Le paradoxe est total puisque l'objet marketing gagne les espaces de travail de ceux là même qui prônent une culture laotienne pure de toute influence extérieure.

L'hôpital Aek Udon a aussi lancé une collection d'horloge à son nom que nous avons retrouvé au gré des entretiens dans des maisons personnelles ou des bureaux. Un exemple frappant est le bureau de l'administration de l'université des Sciences Médicales à Vientiane, qui abrite plusieurs bureaux de médecins-enseignants dont celui du vice doyen. Alors que leur discours sur les recours transfrontaliers recoupe la vision officielle, c'est-à-dire celle d'un phénomène de mode pour riches citadins, la présence de l'horloge au logo d'Aek Udon dans leur bureau montre à quel point la stratégie marketing des hôpitaux thaïlandais réussit à infiltrer des espaces officiels. L'anecdote souligne les divergences existant entre le discours officiel et les pratiques et révèle en outre la force de suggestion des objets qui, par l'usage qu'en font les utilisateurs, dissimulent leur visée marketing.

Photo 45 - L'hôpital Aek Udon met Vientiane à l'heure mondiale

Source : A. Bochaton, mars 2008.

Murs des bureaux de l'immigration laotienne, Pont de l'Amitié, Vientiane

L'affichage des différents fuseaux horaires est ici sponsorisé par l'hôpital Aek Udon : de manière inattendue, ce sont des horloges en provenance de Thaïlande qui sont disposées sur le mur d'une administration étatique laotienne, les bureaux de l'immigration du pont de l'Amitié.

Même si le logo de l'hôpital est discret – nous sommes en effet conscients que nous l'avons repéré grâce à notre sensibilité à la question – la valeur symbolique de cette installation est forte : en effet, des acteurs thaïlandais viennent ici combler un vide que l'administration laotienne n'avaient pas encore occupé, faute d'argent. L'interdépendance des deux voisins est ici manifeste : les Laotiens obtiennent des acteurs privés thaïlandais un appui matériel sous forme de parrainage publicitaire et corrélativement les Thaïlandais s'infiltrent au sein du territoire laotien, qui recèle de nombreux patients transfrontaliers potentiels. La relation pourrait par conséquent se résumer à un échange de bons procédés, où les deux partis trouvent chacun un intérêt à la coopération.

Parmi les autres objets dérivés inventés par les hôpitaux, l'autocollant des hôpitaux Wattana (photo 46), représenté par une croix bleue, est le plus fréquemment visible dans l'espace public de Vientiane. Remis au patient lors d'un passage dans un des deux établissements, il est - selon la directrice marketing - avant tout un support informatif en cas d'urgence thérapeutique, un accident de la route par exemple ; le numéro de l'hôpital y est en effet indiqué et peut permettre d'appeler rapidement une ambulance.

Photo 46 - Sur la voie publique à Vientiane

Source : A. Bochaton

Outre l'intention « humaniste », on ne peut guère douter de la portée mercantile de l'objet : l'autocollant des hôpitaux Wattana est en effet diffusé au gré des déplacements des utilisateurs dans la capitale et sa vision répétée au fil des jours et des lieux imprime insidieusement le nom de l'établissement dans l'esprit de l'automobiliste, du promeneur, de tout un chacun.

Un des plus récents procédé déployé par les hôpitaux privés consiste enfin à envoyer une équipe mixte de commerciaux et de personnels médicaux dans des expositions organisées à Vientiane, ce qui n'est pas sans rappeler les foires organisées par les universités thaïlandaises. Lao ITECC est le lieu le plus emblématique de ces manifestations commerciales : il s'agit d'un vaste hall, construit par les thaïlandais en 2004 (année où le Laos était le pays d'accueil des réunions de l'ASEAN) afin de promouvoir leurs produits commerciaux au Laos. Lao ITECC dispose du premier supermarché laotien de l'enseigne 'Tang frères', d'un restaurant japonais, d'un cinéma et de quelques salles pour accueillir des colloques et des séminaires. Il s'agit en quelque sorte du premier centre commercial du Laos.

Une semaine par mois, Laos ITECC abrite une grande foire commerciale attirant des marchands d'horizons divers. Certains produits proviennent de la culture traditionnelle laotienne (tissus en soie, bijoux en argent…) mais la majorité des commerçants sont d'origine thaïlandaise et proposent des objets divers : vêtements, outillage, nourriture, produits de beauté, etc. Occasionnellement, des stands sont aménagés par des hôpitaux privés de Nong Khai et d'Udon Thani afin de promouvoir les soins qui y sont dispensés.

L'hôpital Paolo situé à Udon Thani présente sur un espace restreint (photo 47) un ensemble d'installations médicales sophistiquées que les infirmières et hôtesses d'accueil proposent d'expérimenter gratuitement sur les passants : prise de tension, calcul de la masse graisseuse dans le corps… ce rapide 'check-up' constitue la première prise de contact avec la structure de soins. Si les résultats sont bons, les infirmières remplissent une petite fiche médicale d'aptitude physique aux personnes concernées. En revanche, si les résultats ne sont pas satisfaisants, le personnel médical du stand conseille de venir consulter un médecin dans leur hôpital pour pouvoir approfondir le diagnostic. D'après un agent commercial du stand, moins de 50% des passants identifiés avec un problème de santé auraient ensuite recours à l'hôpital Paolo à Udon Thani, ce qui représente néanmoins une proportion importante et permet à l'établissement de se constituer une solide patientèle pour le futur.

Photo 47 - Quand l'hôpital vient aux patients

Source : A. Bochaton, septembre 2005.

Stand de l'hôpital Paolo, ITECC, Vientiane

Le stand fournit aux visiteurs un condensé d'informations médicales et vise à faire connaître l'établissement parmi le public des foires ITECC.

Avec cette pratique, les hôpitaux thaïlandais viennent donc recruter les patients laotiens directement chez eux, ce qui est étonnant au vu de la perception des recours transfrontaliers par les autorités laotiennes. Mais il est probable que l'avantage pécuniaire que représente la location d'un stand pendant plusieurs jours, l'emporte sur des considérations d'ordre public. Une fois encore, malgré la position en théorie stricte du régime laotien, une forme d'interdépendance se crée entre les acteurs de part et d'autre de la frontière et brouille finalement la position de l'administration vis-à-vis des recours transfrontaliers. Les intérêts économiques des uns et des autres semblent dissiper les craintes d'une influence thaïlandaise de plus en plus prégnante et favorisent la visibilité grandissante de l'offre de soins privée de Nong Khai et Udon Thani dans la capitale laotienne.

L'espace public des Vientiannais est ainsi saturé d'objets et de signes en provenance des hôpitaux thaïlandais. Si le discours officiel des autorités laotiennes tend à réfréner cette tendance, l'assise des groupes privés thaïlandais en territoire laotien se conforte néanmoins irrémédiablement : leurs actions de communication imprègnent l'espace de vie des Laotiens et marquent visiblement le territoire laotien. Les autorités laotiennes, de leur côté, abordent toujours la question de la santé sur un registre idéologique, répercuté dans les discours et donné à lire dans les journaux : l'indépendance vis-à-vis des structures de soins thaïlandaises est un objectif à atteindre pour les responsables de la santé laotiens mais les faits mettent plutôt en évidence un processus d'interdépendance entre les acteurs de part et d'autre du Mékong : la

diffusion de supports publicitaires en provenance de la Thaïlande ne cesse de gagner en intensité et n'est possible, dans le contexte de contrôle instauré par la RDP Lao, qu'avec l'accord et la complicité des autorités laotiennes.

C'est dans cette contradiction que s'élaborent aujourd'hui les conditions de la réalité sanitaire du Laos de demain. L'apparente inflexibilité des positions des responsables laotiens ne résiste pas aux retombées économiques des campagnes de communication des hôpitaux thaïs et aux petits arrangements financiers qui en découlent.

- *Les hôpitaux thaïlandais et les œuvres caritatives*

Le 12 février 2008, le directeur des établissements Wattana, Professeur Phiphat Tangsubkun, a démarré une nouvelle approche marketing - le sponsoring. L'idée est d'associer le nom du groupe hospitalier à des actions altruistes à l'intention de la population laotienne et sous le regard des autorités et des médias nationaux. Il a ainsi fait don aux policiers de Vientiane de 200 casques de motos portant le logo de l'hôpital. L'objectif est d'encourager les utilisateurs de deux roues à porter des casques et d'aider plus largement le Laos dans sa politique de sécurité routière. La cérémonie de remise des casques a eu lieu au Ministère des Travaux publics et des Transports à laquelle a assisté le directeur du département de Vientiane, Mr Thongdam Xayphakatsa. Suite à l'évènement, deux articles sont parus dans le Vientiane Times : le premier a été écrit par un journaliste de la rédaction et le second (document 13) a été rédigé la semaine suivante par le groupe Wattana sous la forme d'un article publicitaire.

Document 13 – Altruisme publicitaire ou publicité solidaire : un curieux mélange des genres

Source : Article du Vientiane Times, 20 février 2008

Les clichés de la cérémonie de remise des casques officialisent et rendent visible l'aide reçue par les autorités de police laotiennes des mains du directeur du groupe Wattana. La méthode, innovante, est efficace à plus d'un titre : tout d'abord le groupe thaïlandais se met dans la position de celui qui donne et non plus celui qui prend l'argent des patients. Il y a une tentative de renversement de l'image des hôpitaux privés thaïlandais étiquetés par les Laotiens comme de purs agents du capitalisme mais qui peuvent aussi s'investir dans des actions caritatives.

Le groupe continue ainsi d'accroître sa visibilité dans les rues de la capitale, de manière d'autant plus notable que le logo est véhiculé par des policiers, agents de l'Etat.

Enfin la presse laotienne, sous couvert de relayer l'événement, devient un formidable outil publicitaire pour l'hôpital thaïlandais. Dans le même esprit, on pense à l'article publié suite à la visite du Ministre de la Santé laotien dans les structures de soins thaïlandaises, plus particulièrement dans l'hôpital Wattana d'Udon Thani (cf p. 288). Tout comme la cérémonie de remise des casques constitue une manière originale de communiquer sur l'hôpital, la visite du Ministre avait elle aussi été utilisée à des fins commerciales : en effet quoi de mieux pour faire

connaître l'hôpital thaïlandais que d'être associé à la figure du Ministre de la Santé et plus généralement à l'administration laotienne ?

Le directeur du groupe Wattana, toujours prêt à innover, projette de continuer dans la voie du sponsoring caritatif : il souhaiterait à l'avenir redonner une seconde vie aux équipements médicaux thaïlandais - surtout des lits d'hospitalisation – dans les hôpitaux et dispensaires laotiens. En m'exposant le projet, il lui est alors venu à l'esprit que la participation d'un étranger – en l'occurrence moi-même – pourrait être très bénéfique à la conduite du programme. Il a ainsi essayé de m'associer au projet, pensant peut-être que les échanges avec les autorités laotiennes seraient facilités par l'intervention d'une tierce personne qui ne soit ni laotienne ni thaïlandaise - sorte de médiateur. En raison des enjeux économiques et politiques des recours transfrontaliers, le chercheur voit donc son rôle dépasser le strict cadre de la recherche.

Le sponsoring caritatif, hybride de philanthropie et de promotion d'images, ouvre une nouvelle voie au marketing hospitalier et permet de s'immiscer au sein du territoire laotien par des actes connotés positivement et dénués de toute implication commerciale – du moins en apparence.

- **De l'art d'infiltrer le territoire et la société laotienne : une immersion aux limites de la légalité**

Tout en reconnaissant la force des supports publicitaires qui impriment durablement la présence thaïlandaise au Laos, on a toutefois observé à travers les reconstitutions des recours transfrontaliers que la publicité ne constituait pas, à l'heure actuelle, un facteur décisif dans le processus décisionnel des patients. En effet, en amont de l'itinéraire, le choix de la structure est principalement déterminé par le réseau social du patient qui fonctionne comme une source d'information solide et basée sur la confiance (voir partie 3, chapitre 8). C'est pourquoi, conscients de l'importance du bouche à oreille dans la démarche transfrontalière, les acteurs privés thaïlandais, issus des hôpitaux ou de cabinets d'assurance, développent des stratégies d'infiltration de la communauté laotienne afin d'occuper plus qu'un espace visuel, l'espace de la collectivité et des rapports sociaux.

- *Les visites à domicile : prétexte médical ou démarchage déguisé ?*

Un couple de commerçants de Pakse qui consulte régulièrement dans un hôpital privé situé à Ubon Ratchatani, reçoit à son domicile et au moins une fois par an la visite de médecins et de personnels administratifs de l'hôpital thaïlandais. Ces visites répondent de deux objectifs : elles sont le moyen pour les hôpitaux frontaliers de faire un suivi médical auprès des malades chroniques ou des récents opérés et constituent aussi l'occasion de garder contact avec la patientèle laotienne la plus régulière. La rencontre s'agrémente tantôt d'un bouquet de fleurs, tantôt de petits cadeaux marqués du logo de l'hôpital. Les plus fidèles patients, dont fait partie le couple de Pakse, sont parfois invités en petit comité au restaurant.

Les représentants des hôpitaux thaïlandais doivent justifier leur venue et expliquer le but de tels déplacements auprès de l'administration laotienne, plus précisément au bureau provincial de la santé. Au regard de la perception du phénomène transfrontalier par les autorités laotiennes et dans un contexte où l'influence thaïlandaise grandissante inspire de nombreuses craintes, on comprend aisément que les visites à domicile ne seraient pas autorisés en dehors d'un strict cadre médical. L'objectif thérapeutique de ces visites apparaît néanmoins plus comme un

prétexte invoqué à l'attention des autorités laotiennes que comme le véritable but de ces rencontres, celui-ci étant de garder le lien avec le patient.

Les groupes privés hospitaliers entendent ainsi construire avec leurs patients une relation qui sort de l'enceinte médicale et créer par là un climat de confiance. En renversant le sens de l'itinéraire – *l'hôpital vient aux patients* à l'opposé du schéma classique *les patients vont à l'hôpital* – l'administration hospitalière sort de son rôle traditionnel afin d'établir une nouvelle forme de liens patients-soignants.

L'envoi de formations réduites a pour effet d'humaniser les groupes hospitaliers, en les dissociant de l'image de grandes structures labyrinthiques et anonymes telles que se le figurent parfois les Laotiens.

La formule permet en outre à l'hôpital d'entrer dans l'intimité des patients et de leurs proches : on prend les nouvelles, on parle du temps qu'il fait, on discute de choses et d'autres, etc. Moins que le contenu de la conversation, il s'agit avant tout de créer une atmosphère cordiale au point que le couple que nous avons rencontré à Pakse a qualifié ces rencontres « *d'amicales* ».

L'impact de ces rencontres est réel aussi bien pour les patients visités que pour leur entourage : l'événement sera en effet raconté à la famille. La visite n'échappera pas non plus à certains voisins, qui la commenteront entre eux.

Du point de vue des patients, même s'ils apprécient ces visites à domicile et en tirent un certain profit, à travers de petits cadeaux ou un dîner au restaurant, ils ne sont toutefois pas dupes du dessein de ce démarchage invasif.

Des rencontres similaires nous ont été rapportées par des patients transfrontaliers vivant à Vientiane ; parmi eux, nous avons pu observer qu'il s'agissait en grande majorité de riches commerçants ayant très fréquemment recours en Thaïlande et formant pour les hôpitaux frontaliers une solide patientèle. Les responsables des hôpitaux semblent particulièrement attentifs à cette catégorie de la société laotienne pour les raisons que nous avons développées précédemment : outre que les commerçants laotiens détiennent un pouvoir économique croissant qu'ils leur permettent d'être soignés régulièrement en Thaïlande, ils bénéficient en outre d'un fort pouvoir relationnel en se situant au cœur des échanges et forment par conséquent un pilier de l'organisation des réseaux sociaux (partie 3 chapitre 8).

En rendant visite aux commerçants, les responsables des hôpitaux privés savent bien qu'ils touchent à travers eux une large partie de la société laotienne.

Les hôpitaux privés thaïlandais jouent ainsi la carte du réseau social pour étendre leur réseau d'influence au Laos : leur stratégie consiste ici à faire parler d'eux non plus à travers des brochures ou autres supports publicitaires mais par les Laotiens eux-mêmes. Nous avions constaté la force intrinsèque du réseau social dans l'émergence et l'auto-organisation des recours transfrontaliers. L'habileté des hôpitaux privés consiste donc à se saisir de cette prédisposition.

Derrière l'apparent suivi médical transfrontalier, on entrevoit facilement l'usage de méthodes marketing maquillées qui permettent aux groupes hospitaliers d'asseoir leur influence au Laos, de créer un réseau de patients tout en donnant l'illusion de respecter les règles du jeu du régime en place. Mais les autorités laotiennes sont-elles dupes au point de ne pas deviner le véritable but de ces visites à domicile ? On retrouve ici l'ambivalence de la position laotienne entre des préceptes rigides et une attitude permissive dans les actes. La politique des cadeaux adoptée par les groupes thaïlandais à l'attention des patients et des autorités locales explique-t-elle la contradiction ? Il semble en tout cas que la position de force des groupes hospitaliers leur

permet de contourner par petites touches la législation laotienne[125] et d'exploiter ses failles pour leur besoins d'expansion.

- *S'introduire dans le milieu médical laotien*

Qui mieux qu'un médecin ou un pharmacien laotien pour conseiller les patients d'aller se soigner en Thaïlande ? Si une telle entreprise peut sembler a priori difficile à mener dans le contexte laotien, les acteurs privés thaïlandais font preuve d'une grande adresse pour parvenir à leurs fins.

Un médecin de l'hôpital Mahosot à Vientiane raconte :

– « *Lorsque l'hôpital Aek Udon a ouvert, le directeur a invité des médecins et des infirmières d'ici à venir le visiter pendant une semaine* ».

Le personnel laotien a ainsi été convié à explorer les infrastructures du nouvel hôpital, à prendre connaissance des différents services et comparer les équipements détenus à Aek Udon par rapport à ceux de l'hôpital Mahosot. Le séjour n'a donc pas été organisé dans un souci de formation du personnel soignant laotien mais plutôt dans l'esprit de tirer parti du différentiel sanitaire de part et d'autre de la frontière et d'inciter les médecins laotiens à envoyer leurs patients consulter en Thaïlande pour des examens encore inexistants au Laos. Comme aucune politique officielle de référencement n'existe pour le moment entre les deux pays, les liens tissés entre Aek Udon et certains médecins de l'hôpital Mahosot sont de nature occulte.

Le médecin rencontré à Mahosot nous a dit ne jamais avoir pratiqué ce type de transferts informels et ne sait pas si certains de ses collègues ont recours ou non à de tels procédés. L'entretien se termine pourtant par cette phrase :

– « *On soupçonne qu'il y ait des médecins corrompus* ».

On imagine en effet qu'en contrepartie de l'envoi de patients à l'hôpital Aek Udon, les médecins laotiens reçoivent une compensation, qu'elle soit financière sous forme d'enveloppe ou bien sous forme de bénéfices secondaires comme par exemple une prise en charge gratuite au sein de la structure d'accueil concernée. Bien que les « on-dit » sur la question aient été fréquents au cours des entretiens menés avec différents fonctionnaires de la santé, nous n'avons pas réussi à démêler la part du mythe de la part de la réalité. Selon une amie qui tient elle-même l'information d'un ami, il semblerait que certains médecins de Mahosot envoient régulièrement en Thaïlande des patients avec des problèmes de santé sérieux. Le conditionnel montre à quel point les informations avancées sont incertaines. Mais dans un contexte où les fonctionnaires laotiens perçoivent de bas salaires, il est probable que de tels arrangements existent ; nous ne sommes néanmoins pas en mesure d'évaluer le phénomène ni les retombées financières pour le personnel soignant laotien.

On peut cependant avancer sans trop de doute que le Parti est au courant de ces pratiques souterraines et on s'interroge dès lors sur les raisons pour lesquelles aucune disposition n'est prise pour stopper de tels comportements déviants. L'apparent laisser-faire est-il le moyen de donner une marge de manœuvres aux médecins sous payés et une manière d'anticiper de possibles mécontentements dans la profession ? En outre, l'argent de la corruption arrose souvent plusieurs échelons la société, créant ainsi une dynamique financière qui n'épargne certainement pas la nomenklatura.

[125] Pour rappel : les hôpitaux privés thaïlandais n'ont officiellement pas le droit de faire de la publicité sur le territoire laotien.

Dans le même ordre d'idées, il existe à Vientiane des bureaux d'assurance thaïlandais (assurance vie et de santé) dont la présence sur le territoire laotien est pourtant interdite dans la loi. Encore une fois le conditionnel exprime le flou qui entoure l'existence de ces structures et plus particulièrement l'agence Ayudhya Allianz C.P. (www.aacp.co.th) que nous avons finalement pu visiter après maintes tentatives échouées. Nos appels téléphoniques pour prendre rendez-vous avec la responsable thaïlandaise du bureau à Vientiane, se soldaient systématiquement par des refus, camouflés sous divers prétextes témoignant d'un réel manque de coopération : absence de la responsable, trop occupée pour nous recevoir, etc. Le jour où nous avons enfin réussi à obtenir un entretien, notre étonnement est venu de la localisation du bureau dans la ville de Vientiane : alors que le siège social se situe dans le centre ville, le bureau dans lequel nous avons été reçus, par ailleurs bureau d'information pour les futurs adhérents, se situe à environ une dizaine de kilomètres du centre. L'accès se fait par de petites routes non bitumées sans aucune indication sur le chemin, donnant l'impression d'un secret bien gardé.

La petite maison qui sert d'agence, n'est pas visible depuis la rue et un unique panneau indique la présence d'un bureau : 'Lao Service Consultant Company'. Le nom d'Ayudhya ne figure nulle part à l'extérieur de la maison et c'est seulement à l'intérieur qu'il apparaît sur la documentation à disposition des visiteurs. Il est évident que la visibilité de la compagnie d'assurance thaïlandaise sur le territoire laotien doit être réduite au maximum, ses activités s'exerçant dans le strict cadre de la société de conseils laotienne : une brochure nous apprend que la 'Lao Service Consultant Company' a été approuvée en 2005 par le département d'éducation de la capitale de Vientiane et que la représentation de l'assurance thaïlandaise au Laos n'est en fait qu'une partie des activités de la société, qui organise aussi des formations dans le domaine du développement des ressources humaines. Il s'agit de toute évidence d'une façade pour camoufler les activités de l'assurance au Laos, tout comme le but affiché par la compagnie laotienne :

- « *Our goal : to contribute to poverty reduction by strengthening the capacity of both individuals and communities, this will enable people to manage their own sustainable development and become self-reliant*[126] »

Il est intéressant d'observer que l'argument de la réduction de la pauvreté est une nouvelle fois mis en avant pour réhabiliter une activité tournée essentiellement vers le profit (cf. p. 342). L'hypocrisie de la formule et le double statut de la compagnie semblent donc être la condition nécessaire et indispensable pour que la présence de l'assurance Ayudhya sur le territoire laotien soit tolérée. On retrouve ici une nouvelle contradiction du régime laotien : entre interdiction et tolérance, le système s'adapte dans l'intérêt de chacun des acteurs en présence, en prenant soin d'adhérer au moins en façade à la ligne politique du Parti.

L'entretien au bureau d'Ayudhya à Vientiane s'est déroulé en présence de la représentante thaïlandaise et son homologue laotienne francophone, qui a très rapidement pris les rênes de la discussion. Même si cette dernière nous a fait comprendre qu'elle avait peu de temps à nous consacrer (ce qui fut confirmé par la rapidité de l'entretien), notre présence la mettant visiblement mal à l'aise, nous avons découvert quelques informations intéressantes. Celle-ci nous a en effet appris qu'elle était pharmacienne et propriétaire d'une grande officine en face de l'hôpital de la mère et de l'enfant au centre de Vientiane. Son mari est médecin et se charge de faire le bilan de santé des futurs adhérents. Si l'assurance n'est pas visible dans le paysage urbain de la capitale laotienne, elle s'appuie néanmoins sur un réseau de Laotiens qui appartiennent aux professions de santé et qui constituent par conséquent le moyen le plus efficace et le plus crédible pour diffuser l'information concernant l'assurance auprès des patients. Le pouvoir invisible des liens tissés entre la compagnie d'assurance et certains acteurs de la santé à

[126] Notre objectif : contribuer à réduire la pauvreté en renforçant la compétence des individus et des communautés et permettre aux personnes de gérer leur développement personnel et leur autonomie à long terme.

Vientiane montre comment celle-ci a su s'adapter aux conditions d'implantation du pays d'accueil et détourner les règles en sa faveur.

Sur son site internet, l'assurance fait apparaître les liens établis avec plus de 120 hôpitaux privés en Thaïlande dont le groupe du Bangkok Hospital, dont dépend l'hôpital Aek Udon. Certains arrangements financiers ont été négociés entre les deux compagnies afin de permettre aux patients de bénéficier de tarifs préférentiels et d'avancer moins d'argent à la facturation des soins. La promotion de l'assurance Ayudhya au Laos se révèle donc être aussi un très bon outil marketing pour le réseau de structures de soins auquel elle est liée.

Malgré le caractère confidentiel - au moins en apparence - de l'activité d'Ayudhya au Laos, le nombre d'adhérents à l'assurance augmente annuellement d'environ 25% selon nos interlocuteurs et parmi eux, on peut très certainement compter quelques hauts fonctionnaires du Parti.

Les visites à domicile, les bonnes relations construites entre l'hôpital Aek Udon et des médecins de Mahosot, la contribution de professionnels de santé laotiens pour représenter l'assurance Ayudhya à Vientiane sont autant d'exemples qui illustrent le pouvoir des acteurs privés thaïlandais pour contourner l'apparente inflexibilité du régime laotien.

L'histoire du docteur Jaroensook est dans ce sens intéressante : le jeune médecin, qui possède une clinique à Chiang Khong, a choisi en 2002 de la déplacer à proximité du port où arrivent les bateaux en provenance de Houay Xay afin d'avoir une position plus stratégique que ses deux concurrents. Il a alors décidé d'informer les patients laotiens du déménagement en distribuant lui-même des prospectus imprimés aux habitants de Houay Xay. Celui-ci a très vite été repéré par les autorités locales laotiennes qui lui ont interdit de faire une telle publicité. Il a ensuite reçu un appel du Ministère de la Santé à Bangkok qui lui a reproché son acte et lui a demandé de ne jamais recommencer. A travers cette anecdote, on comprend bien que pour opérer sur le territoire laotien, les acteurs thaïlandais doivent être suffisamment puissants pour pouvoir « mériter » l'indulgence des fonctionnaires du Parti ; pour les autres, la rigidité du régime s'applique sans concession. En outre, la rapidité de la réponse du Ministère de la Santé thaïlandais souligne la force des liens qui existent entre Vientiane et Bangkok ainsi que l'importance accordée à l'affaire par les Thaïlandais. Comment doit-on interpréter cette vigilance émanant des autorités sanitaires thaïlandaises ? Il est probable que Bangkok réprimande ce genre d'initiatives locales et personnelles afin de préserver un climat serein avec son voisin laotien et peut-être dans l'optique de privilégier des collaborations à plus grande échelle - favoriser l'implantation d'une chaîne hospitalière privée par exemple - qui pourraient être plus intéressantes d'un point de vue financier.

- **Fidéliser les patients au sein des structures privées thaïlandaises**

  - *Redéfinition de l'expérience thérapeutique*

Comme nous l'avons précédemment décrit, les groupes privés thaïlandais attirent leurs patients grâce à la mise en œuvre de méthodes de marketing variées et déployées sur le territoire laotien.

La stratégie de fidélisation des patients s'élabore ensuite au sein même des établissements de soins thaïlandais à travers différents procédés. Notre réflexion s'appuie principalement sur l'étude des hôpitaux privés de Nong Khai, Udon Thani et Khon Kaen.

Une façon directe de fidéliser le patient consiste à lui offrir une carte de membres qui permet de bénéficier de réductions sur les soins et d'autres avantages. Sans entrer dans les détails des offres proposées par chaque établissement, ces cartes créent un lien personnalisé entre le

patient et la structure de soins et un sentiment d'appartenance à un réseau de patients 'privilégiés'.

Au fur et à mesure des consultations du patient et des membres de sa famille dans la structure de soins, les conditions évoluent et les patients les plus fidèles ont droit à une carte 'VIP gold', qui fait largement écho aux cartes de crédits haut de gamme. On sort ici du strict univers médical pour entrer dans une réalité mixte qui mêle soins et politique commerciale, consultations et carte de fidélité. Cela a pour conséquence de brouiller les limites entre le domaine thérapeutique et la sphère économique.

Au cours d'un entretien réalisé à Vientiane, une patiente qui recourt régulièrement en Thaïlande nous a montré avec un brin de fierté les différentes cartes obtenues à Aek Udon et à l'hôpital Wattana d'Udon Thani. Elle nous explique que ces cartes sont très pratiques car elles permettent aux hôtesses d'accueil de retrouver le dossier médical du patient et de prendre facilement rendez-vous. Elle s'exprime sur un ton enjoué et utilise à plusieurs reprises l'adjectif « spécial » (personne spéciale = *khone piset*) pour qualifier son expérience thérapeutique :

- « *Le patient est considéré comme une personne spéciale dans les hôpitaux thaïlandais* ».
- « *Les thaïlandais font en sorte que le patient se sente comme quelqu'un de spécial. Ils prennent soin des patients de manière spéciale* ».

L'objectif 'fidélisation' des hôpitaux privés est parfaitement illustré dans ces propos : il s'agit pour le personnel hospitalier de sortir le patient de sa stricte condition de patient et de lui donner la sensation de vivre une expérience particulière au sein de la structure.

Parmi les détails qui contribuent à rendre l'expérience thérapeutique spéciale, l'exemple du conditionnement des médicaments nous semble caractéristique : en effet quand les patients sortent des grands hôpitaux privés d'Udon Thani, leurs médicaments sont glissés dans un joli sac en papier glacé portant le nom de l'hôpital à la manière des sacs des grands magasins ou des grandes marques de vêtements. La réalité médicale du recours se mêle à une réalité commerciale qui a un écho dans l'imaginaire du patient.

- *Réaménagement de l'architecture hospitalière*

L'architecture des bâtiments, l'agencement intérieur des espaces de soins, les matériaux utilisés pour le mobilier, les jeux de lumières participent aussi à créer une ambiance agréable au sein de l'hôpital et à faire du recours une expérience en soi toujours dans le but d'inciter le patient à revenir.

Une partie de la géographie de la santé s'intéresse au lien entre l'environnement de soins mis à disposition des patients et les résultats thérapeutiques : ce phénomène est décrit et connu sous les expressions de « *paysage thérapeutique* » [Gesler, 2005] ou de « *thérapie par le design* » [Gesler et al. 2004].

Traditionnellement les hôpitaux sont porteurs de messages accablants : souffrance, mort, hygiène, isolement, etc. Ces éléments, présents dans l'architecture hospitalière classique, ont concouru tout au long de l'histoire à donner une image négative aux établissements de santé, tournés exclusivement vers leur vocation fonctionnelle. Aujourd'hui la perception de l'hôpital change : les projets architecturaux des nouvelles structures de soins intègrent en effet des considérations esthétiques et portent une attention toute particulière au confort des patients.

Les structures privées thaïlandaises qui, pour beaucoup, ont été construites récemment (fin des années 90, début des années 2000), illustrent la transformation opérée tant dans la composition extérieure des édifices que dans les agencements intérieurs des hôpitaux. Cette modernité des bâtiments est exhibée sur les brochures d'information des hôpitaux privés thaïlandais.

Document 14 - Les hôpitaux thaïlandais : un nom, un logo, une architecture moderne

Source : premières pages de brochures d'hôpitaux situés en bordure frontalière (quatre photographiques de droite) ainsi qu'à Bangkok (photographie de gauche)

A Udon Thani, trois hôpitaux privés de grande taille sont répartis dans la ville et la concurrence entre ces établissements apparaît forte d'après les témoignages rapportés par certains employés. Pour tirer leur épingle du jeu, les hôpitaux semblent miser beaucoup sur l'architecture des bâtiments et l'environnement offert aux patients. L'hôpital Wattana, construit en 1985, a été le premier hôpital privé de la ville. En 2005, au cours d'une visite, nous avons observé que l'entrée de l'établissement était en cours de rénovation (photo 48). La responsable du marketing nous explique en parallèle que la concurrence avec les deux autres hôpitaux de la ville est grande ce qui oblige à sans cesse innover : rafraîchir l'accès principal du bâtiment semble faire partie de cette stratégie. Même si l'intérieur de l'hôpital garde un aspect vieillot, une des clefs de la réussite d'un hôpital privé est la première impression qui se dégage du bâtiment.

Photo 48 - Un accès hospitalier soigné

Source : A. Bochaton, 2005.

Hôpital Wattana, Udon Thani : des travaux d'extension et de rénovation modernise l'aspect extérieur de l'hôpital ; un bassin et des plantations servent d'ornement et évoquent l'entrée d'un hôtel de standing.

Pour les dirigeants de l'hôpital Paolo, ouvert en 2003 dans le centre d'Udon Thani, l'aspect et l'agencement intérieur du bâtiment ont été une composante essentielle du projet de construction (photo 49 et 50). Le matériau prépondérant dans l'aménagement intérieur de l'hôpital est le bois : combiné aux couleurs chaudes de la brique et des tissus du mobilier, l'ensemble procure au patient une sensation de bien-être qui l'éloigne de la réalité sanitaire et l'introduit dans un univers plaisant.

Photo 49 – L'hôpital au cœur de nouvelles compositions architecturales

Source : A. Bochaton, 2005. Hôpital Paolo, Udon Thani.

L'architecture moderne de l'hôpital mêle différents matériaux – béton, brique, verre et structures métalliques – et offre au regard du visiteur une composition imposante. Un petit jardin agrémente l'entrée et confère au lieu une dimension naturelle.

Photo 50 – Des agencements intérieurs originaux

Source : A. Bochaton, 2005. Hôpital Paolo, Udon Thani.

L'aménagement intérieur de l'hôpital diffère des représentations classiques des structures de soins. L'accueil (à gauche) rappelle la configuration des halls d'entrée des hôtels. Les salles d'attente (à droite) évoquent plutôt des salons : le mobilier coloré apparaît confortable ; des tables basses permettent aux patients de consommer des boissons ; petit détail décoratif, des parasols donnent à l'ensemble de la composition une atmosphère de vacances.

L'aménagement extérieur et intérieur des hôpitaux privés en situation frontalière fait ainsi partie du projet de fidélisation des patients transfrontaliers : la création d'un univers plaisant extrait le recours de sa dimension strictement thérapeutique et l'inscrit dans un registre mixte de soins, de consommation et de bien-être. Les patients transfrontaliers soignés dans les structures privées thaïlandaises vivent une expérience singulière bien loin des soins dispensés au Laos ; l'offre de soins thaïlandaise vient ainsi modifier la demande des patients qui, une fois l'expérience transfrontalière tentée, auront certainement du mal à regagner les structures nationales. Le décalage sanitaire entre le Laos et la Thaïlande est conforté voire s'accentue sous l'effet de ses transformations.

Les stratégies mises en œuvre par les acteurs privés pour élargir et fidéliser la patientèle laotienne, s'élaborent principalement dans les villes du nord-est thaïlandais, en face de la capitale Vientiane et de son réservoir de population. Le marketing hospitalier ne s'applique donc pas à l'ensemble de l'espace frontalier lao-thaïlandais mais on peut imaginer que la situation décrite entre Vientiane et les villes qui lui font face, annonce une tendance qui va se déployer prochainement en d'autres points le long de la frontière.

Cette expansion du marketing sanitaire va très certainement suivre l'élargissement et la densification du réseau des cliniques privées au sein de l'espace frontalier thaïlandais. Bien que nous n'ayons pas constaté au cours des trois années de notre terrain de recherche une croissance du nombre de structures privées en bordure frontalière, il est très possible que leur nombre va progresser à l'avenir.

Au cours d'un entretien avec le directeur francophone des hôpitaux Wattana à Nong Khai et Udon Thani, ce dernier nous a révélé qu'il souhaitait continuer à développer son réseau d'hôpitaux privés le long de la frontière. Ayant bien cerné l'intérêt d'une étude de géographie de la santé sur les mobilités de santé, ce dernier m'a fait savoir qu'il aimerait beaucoup prendre connaissance de mon travail afin d'identifier précisément les espaces frontaliers les plus appropriés en terme de potentiel d'attraction de patients en provenance du Laos. Cela rappelle beaucoup les méthodes de géomarketing employées par de grandes enseignes occidentales pour positionner stratégiquement leurs points de vente. Une fois encore, les enjeux économiques des recours transfrontaliers donnent à la recherche une dimension stratégique à laquelle nous n'étions pas préparés.

B/ Les répliques d'un secteur public en difficulté

A l'inverse du secteur privé, l'accueil des patients transfrontaliers dans les établissements publics thaïlandais a des répercussions budgétaires négatives. Face à ces difficultés, il convient d'examiner si le Ministère de la Santé et/ou les structures concernées prennent des dispositions pour tenter de juguler les dépenses liées aux recours transfrontaliers. S'il n'existe officiellement pas de mesures pour maîtriser les dépenses occasionnées par la prise en charge des patients laotiens, certains propos de travailleurs sociaux laissent toutefois entendre une telle éventualité dans un futur proche.

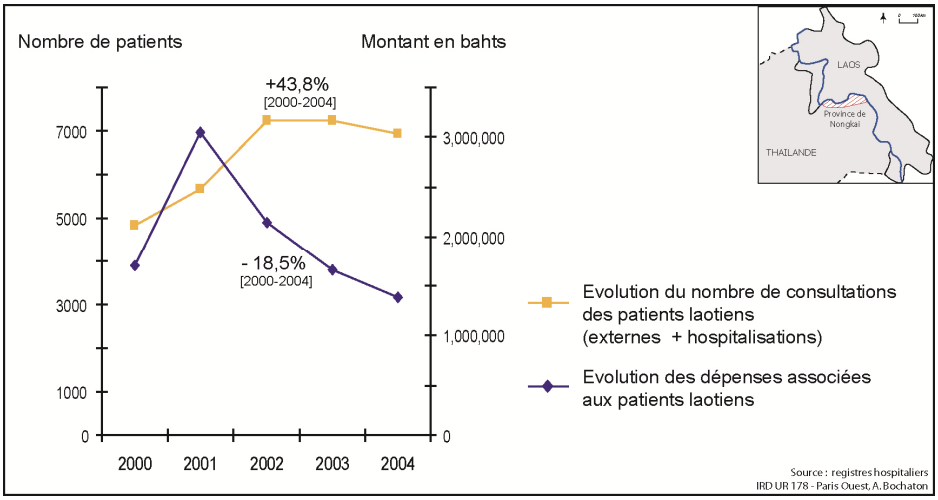
- « *Il n'y a pas encore de mesures prises pour ne plus soigner les patients laotiens sans argent mais une des stratégies du Ministère est de faire baisser ces dépenses* » (Assistante sociale, hôpital provincial de Nong Khai, mars 2005)

- « *Avant on ne comptait pas les Laotiens, c'est tout récent (notre interlocutrice fait référence aux statistiques compilées par l'hôpital et qui nous ont été remises pour notre étude) car il n'y avait pas de problèmes de budget. Mais depuis l'année dernière, on est très préoccupé par les patients laotiens qui ne peuvent pas payer et on doit faire remonter l'information au directeur de l'hôpital* » (Assistante sociale, hôpital provincial de Nong Khai, mars 2005)

Ponctuellement, les administrations provinciales de la santé et les directions des hôpitaux concernés tentent donc de trouver des solutions pour alléger la charge budgétaire sans toutefois remettre en cause la directive de Bangkok sur la prise en charge des patients étrangers. Il s'agit en quelque sorte d'un repositionnement vis-à-vis des recours transfrontaliers.

Cela explique certaines de nos observations : en effet malgré un nombre croissant de patients laotiens qui consultent dans les structures publiques thaïlandaises, nous avons pu constater une diminution du montant de l'assistance financière accordée à cette patientèle transfrontalière. L'analyse qui suit, se base essentiellement sur les données concernant les structures publiques de la province de Nong Khai car elles permettent un traitement diachronique (2000-2004) et sont très détaillées.

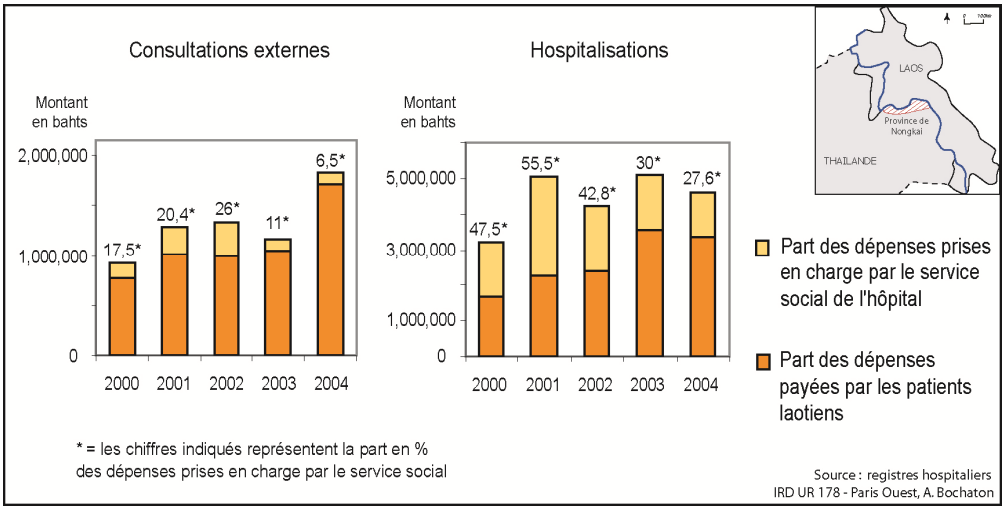
Graphique 4 - Comparaison de l'évolution du nombre de patients laotiens (consultations externes + nombre d'entrées en hospitalisation) avec le montant de l'assistance financière dans 13 hôpitaux publics de la province de Nong Khai de 2000 à 2004



Alors que le nombre de consultations et d'hospitalisations de la patientèle laotienne a augmenté de 43,8% dans l'ensemble des 13 hôpitaux publics de la province de Nong Khai entre 2000 et 2004, les dépenses associées ont diminué de 18,5%. Pour quelles raisons les aides financières accordées aux Laotiens n'ont-elles pas augmenté au même rythme que la croissance du nombre de patients fréquentant les hôpitaux frontaliers ?

Les graphiques ci-dessous offrent une vision plus détaillée des données budgétaires disponibles dans les 13 hôpitaux de la province de Nong Khai.

Graphique 5 – Evolution de la part de l'assistance sociale accordée aux patients laotiens dans 13 hôpitaux de la province de Nong Khai de 2000 à 2004



Au cours de la période 2000-2004, le montant des factures relatives aux patients laotiens a augmenté dans l'ensemble des hôpitaux publics de la province de Nong Khai aussi bien pour les consultations externes (+98 %) que l'hospitalisation (+42 %). Cette évolution des dépenses est à mettre en lien avec la croissance du nombre de patients transfrontaliers tout au long de la période. Toutefois on remarque que la part de l'assistance fournie par les services sociaux a diminué au profit d'un accroissement des dépenses payées par les patients eux-mêmes, bien qu'en valeur absolue les dépenses restent à peu près stables. Ainsi la part des factures réglées par les services sociaux pour les consultations externes est passée de 17,5 % en 2000 à 6,5 % en 2004, soit une baisse non négligeable. Concernant les hospitalisations, les dépenses prises en charge par le service social ont aussi diminué sur la même période et dans une plus large mesure que les consultations externes : alors que près de la moitié des frais liée à l'hospitalisation des patients laotiens était assurée par les services sociaux en 2000, ces derniers sont intervenus en 2004 pour seulement un quart du montant total des factures.

Le volume de l'aide financière accordée à la patientèle laotienne diminue ce qui pose la question des facteurs. S'agit-il là d'une démarche volontaire de l'administration hospitalière incitant les patients laotiens à régler au maximum leurs factures de soins ? Et si tel est le cas, il conviendra d'examiner si la tendance s'applique également à la patientèle thaïlandaise. Ou s'agit-il d'une tendance liée au développement économique du Laos et à l'enrichissement des Laotiens, leur permettant ainsi de régler leurs dépenses ? L'exploration des documents remis par les services sociaux ainsi que les déclarations consignées auprès de patients laotiens nous permettent de donner deux éclairages à la question, résultat d'une association de facteurs : il existe un repositionnement des services sociaux vis-à-vis des recours transfrontaliers ainsi que des changements plus généraux concernant la prise en charge dans les hôpitaux publics thaïlandais.

- **Les services sociaux : du contrôle accru à l'empiètement territorial**

– « *Ici, les travailleurs sociaux ont appris à faire parler les patients car tous ne sont pas pauvres comme ils le prétendent. Donc il faut enquêter* » (assistante sociale, hôpital régional de Chiang Rai, février 2008)

Les conseillers sociaux de l'hôpital de Chiang Rai s'improvisent donc enquêteurs afin de déjouer les stratégies de certains patients manipulateurs et distinguer les « *vrais pauvres* » des « *faux pauvres* ». Ils leur posent toute sorte de questions d'ordre privé et relatives à leur mode de vie afin d'identifier ce qu'ils peuvent réellement ou non payer. Ils essaient ainsi d'obtenir le maximum d'argent pour couvrir les frais hospitaliers mais précisent qu'ils ne font aucune difficulté pour payer la facture si le patient est réellement nécessiteux.

Toutefois quand les travailleurs sociaux identifient des patients qui n'ont pas l'argent sur eux au moment de régler la facture mais ont des ressources financières ou foncières au Laos, ces derniers proposent de leur faire crédit. Dans ces cas là, l'administration de l'hôpital n'hésite pas à envoyer de multiples lettres au patient concerné afin qu'il rembourse le crédit contracté.

L'hôpital universitaire de Khon Kaen octroie plutôt des prêts qu'il ne prend en charge gratuitement les patients laotiens. Nous avons exploré les registres de patients qui ont souscrit un crédit avec l'hôpital de 1998 à 2004 : pour la période, 64 patients laotiens ont eu recours à ce mode de financement et en moyenne 45% du montant total emprunté a été remboursé à

l'hôpital. Plus de la moitié de l'argent prêté par l'hôpital n'a donc pas été restituée et cela explique sans aucun doute que l'administration ait mis en place un système de relance par lettres : certains destinataires au Laos ont reçu jusqu'à 12 lettres de rappel échelonnées sur plusieurs mois voire plusieurs années.

Une jeune fille rencontrée à Kokluang dans la province de Bokéo s'est rendue à l'hôpital régional de Chiang Rai pour un accouchement présentant des complications. Elle nous dit que les frais pour une semaine d'hospitalisation s'élevaient à 8 000 bahts (160 euros), une très grosse somme pour elle et son mari. Dans un premier temps, elle n'a pu payer que 2 000 bahts (40 euros), somme qu'elle avait emportée avec elle au moment de quitter son domicile. Une personne du service social lui a alors expliqué que l'hôpital lui faisait crédit mais qu'elle devait revenir payer le reste quand elle aurait l'argent à disposition. Deux mois plus tard, une lettre de rappel a été envoyée au domicile de la jeune femme qui a alors vendu du bois ainsi qu'une rizière afin de réunir les 6 000 bahts manquants.

Le système de recouvrement mis en place par les services sociaux des hôpitaux frontaliers thaïlandais fait donc intrusion au sein du territoire laotien.

Certains patients laotiens nous ont même rapporté l'existence d'agents thaïlandais envoyés au Laos afin de rechercher les mauvais payeurs, l'intérêt étant pour l'hôpital autant de récupérer une partie des sommes empruntées par les patients que de marquer symboliquement sa présence sur le territoire laotien. Nous n'avons pas rencontré de patients itinérants ayant personnellement vécu de telles expériences, elles nous ont été rapportées par des tiers qui étaient visiblement très impressionnés par les subtiles méthodes de recherche mises en œuvre par les hôpitaux. Le bouche à oreille qui, comme on l'a vu, fonctionne bien pour la mise en œuvre des parcours transfrontaliers, marche aussi très bien pour diffuser au sein de la communauté les problèmes auxquels s'exposent parfois certains patients en allant recourir en Thaïlande. Les acteurs des hôpitaux thaïlandais comptent très certainement sur cette transmission intra et inter villageoise pour dissuader à l'avenir les Laotiens démunis de traverser la frontière.

Plus que le coût de recouvrement et plus que la valeur de la créance, nous estimons que le sens de ces actions de recherche est avant tout symbolique. Elles marquent explicitement la fin de la « frontière écran » qui s'intercalait jusqu'alors entre les patients laotiens et les infrastructures thaïlandaises et qui protégeait ces derniers des relances envoyées par les services sociaux. Puisque la frontière est ouverte dans un sens, pourquoi ne le serait-elle pas dans l'autre ? Tout comme ces opérations de prospection engagées par les hôpitaux frontaliers ou les ambulances thaïlandaises qui se rendent au domicile des patients au Laos, les recours transfrontaliers sont à l'origine de flux qui s'orientent dans le sens opposé des mobilités de patients. La porosité de la frontière est manifeste pour le recouvrement des créances et est inattendue dans un contexte frontalier où il existe toujours un couvre-feu nocturne entre 22 heures et 6 heures du matin. Cette mesure restrictive ne s'apparente-t-elle pas à un dernier vestige de la relation autrefois conflictuelle entre les deux pays aujourd'hui largement déplacée ?

D'un point de vue éthique, les méthodes utilisées par les hôpitaux publics thaïlandais pour obtenir le versement des créances constituent en quelque sorte une forme de pression, mêlée de surveillance et de contrôle. Face à ces interventions étrangères dans les affaires de sa population, il nous semblait intéressant d'examiner l'attitude adoptée par le gouvernement laotien. Toutefois nous n'avons ni recueilli de commentaires auprès des agents de l'Etat concernant ces visites de recouvrement, ni lu de réactions dans la presse locale : la position inconfortable du gouvernement ne lui permet certainement pas de réagir à la mesure de l'intrusion. Si les recours transfrontaliers sont de manière générale décriés par les autorités laotiennes, comment ces dernières pourraient-elles condamner les lettres de rappel et les inspections associées qui

apportent la preuve concrète d'une prise en charge sociale des Laotiens par les hôpitaux publics thaïlandais et soulignent ainsi l'échec de la politique de santé menée côté laotien ? Les actions engagées par les hôpitaux thaïlandais constituent finalement un camouflet et l'absence de réactions du gouvernement laotien ne constitue certainement pas un oubli mais s'inscrit plutôt dans une stratégie d'évitement de la question, bien trop complexe à traiter.

Cette évolution comporte le risque d'une paupérisation des patients laotiens en difficultés et qui, jusqu'alors, trouvaient dans l'offre publique thaïlandaise une aide médicale de dernier recours, peu onéreuse voire gratuite. Or le contexte budgétaire de plus en plus difficile pour les structures publiques thaïlandaises laisse présager un contrôle accru des patients ayant contracté un emprunt. Quelles seront les limites fixées par les hôpitaux thaïlandais pour récupérer une partie des frais engagés en faveur des patients laotiens ? Si les risques d'amenuisement des ressources des patients ont pu être constatés s'agissant des recours dans les structures privées thaïlandaises, ce problème pourrait se transposer au secteur public et conduirait à l'aggravation de la situation socio-économique des familles déjà pauvres.

- **Réduire les dépenses : agir sur le temps d'hospitalisation**

En plus des actions entreprises pour réduire les dépenses occasionnées par les recours transfrontaliers, leur diminution pourrait indirectement découler de la baisse du temps d'hospitalisation des patients. Le conditionnel est utilisé délibérément ici car bien qu'une tendance ait été détectée à travers les registres remis par les services sociaux des hôpitaux, aucune relation de cause à effet ne peut être affirmée.

D'après les registres du bureau provincial de la santé de Nong Khai, il existe une tendance à la réduction du temps de séjour à l'hôpital au cours de la période 2000-2004 dans l'ensemble des structures publiques de la province. Selon le tableau ci-dessous, bien que le nombre de patients hospitalisés ait augmenté de 10% en quatre années dans les 13 hôpitaux de la province, le nombre de nuits d'hospitalisation a lui baissé de 12,3%. Ainsi le séjour moyen par patient est passé de 4 nuits en 2000 à 3,2 nuits en 2004 soit une diminution de 20%.

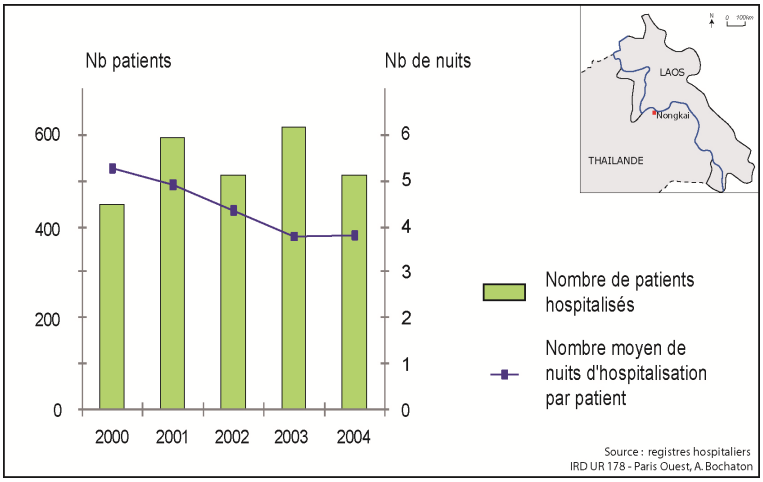
Tableau 34 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens dans les 13 hôpitaux publics de la province de Nong Khai, 2000-2004

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Evolution de 2000 à 2004**
Nb de patients hospitalisés	1047	1368	1321	1333	1152	+10%
Nb de nuits d'hospitalisation	4142	5089	4701	4092	3633	-12,3%
Nb moyen de nuits par patient	4	3,7	3,6	3,1	3,2	-20,3%

Source : bureau provincial de la santé, Nong Khai

Cette évolution est encore plus marquante pour le seul hôpital de Nong Khai (graphique 6) qui reçoit à lui seul la moitié des hospitalisations de la province. Alors que le nombre de patients hospitalisés dans l'hôpital a augmenté de 14% de 2000 à 2004, le nombre de nuits a lui diminué de 18%. Ainsi quand les patients laotiens passaient en moyenne 5,3 nuits à l'hôpital en 2000, la durée du séjour ne s'élevait plus qu'à 3,8 nuits en 2004, soit une diminution de 28%.

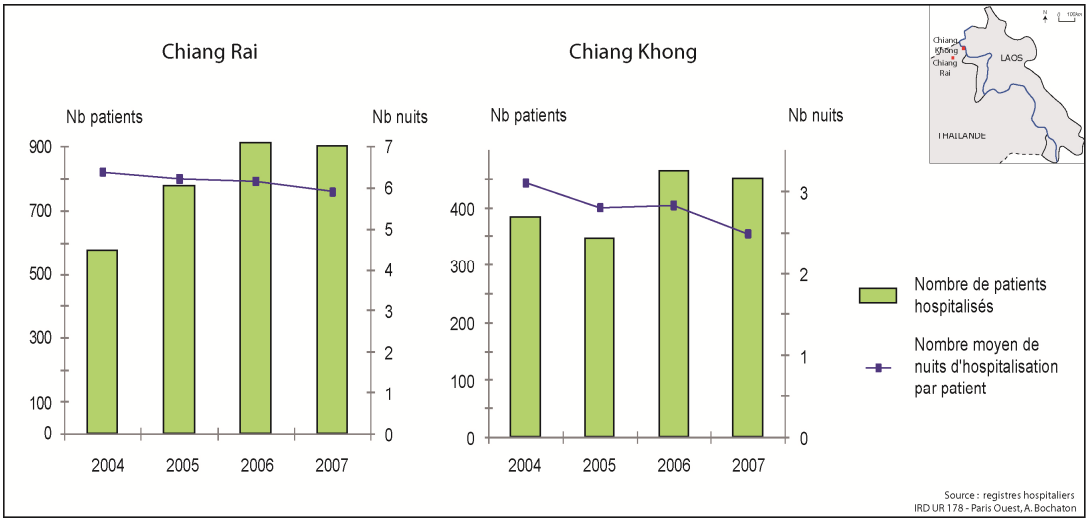
Graphique 6 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2000-2004



Source : bureau provincial de la santé, Nong Khai

Nous avons voulu vérifier si cette évolution se produisait ailleurs le long de la frontière, en explorant les registres des hôpitaux de Chiang Khong et Chiang Rai (graphique 7). Les graphiques présentés ci-dessous mettent également en évidence un raccourcissement du temps d'hospitalisation dans les deux structures du nord-ouest thaïlandais. Cette tendance, moins forte comparée à la province de Nong Khai, représente tout de même une diminution d'une demi-journée concernant le séjour moyen par patient à Chiang Rai et à Chiang Khong de 2004 à 2007.

Graphique 7 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens à l'hôpital régional de Chiang Rai et de district de Chiang Khong, 2004-2007



Source : registres de patients, Chiang Rai et Chiang Khong

Cette tendance à la baisse de la durée du séjour moyen par patient pourrait certes être attribuée à la différence de pathologies traitées entre 2000 et 2004 à Nong Khai et entre 2004 et 2007 à Chiang Khong et Chiang Rai. Mais d'après les informations de registres de chaque établissement et les entretiens réalisés auprès des patients laotiens, il apparait que les motifs d'hospitalisation

dans ces trois hôpitaux sont restés approximativement les mêmes sur les périodes étudiées. Les Laotiens hospitalisés dans ces structures sont traités majoritairement pour des urgences sanitaires du fait de leur proximité à la frontière : il s'agit en premier lieu de séjours hospitaliers liés à des accidents (de la route, domestiques, etc.) ainsi qu'à des accouchements (cf. partie 2 chapitre 6). Outre la relative constance des pathologies soignées d'une année sur l'autre dans chacun des trois établissements, on constate que la réduction du nombre moyen de nuits par patient est régulière d'une année sur l'autre, ce qui souligne l'existence d'un facteur autre que conjoncturel.

Nous nous demandons dans quelle mesure et de quelle manière cette réduction de la durée d'hospitalisation a été planifiée par l'administration sanitaire thaïlandaise et si elle concerne, outre les patients laotiens, les nationaux. La réduction du temps de séjour à l'hôpital se traduit en effet logiquement par une baisse du montant des factures[127] et permet dans une certaine mesure de réduire l'assistance financière apportée par les services sociaux. Or comme on l'a vu, le contexte actuel n'est pas favorable aux structures de soins publiques thaïlandaises qui rencontrent de manière générale et dans l'ensemble du pays de graves difficultés budgétaires liées à la politique des 30 bahts. Il est donc probable que des mesures visant à réduire de manière générale les coûts au sein des structures publiques soient initiées sans viser en particulier la patientèle laotienne. Mais si les difficultés financières continuent de s'accroître au sein des structures d'accueil, on peut craindre un repli vis-à-vis des patients étrangers ainsi qu'un phénomène de stigmatisation de ces derniers.

Cette tendance à la réduction du temps d'hospitalisation pose en outre la question de la qualité de la prise en charge des patients : jusqu'à quel point la baisse va-t-elle se prolonger et dans quelle mesure le niveau de soins va-t-il en être affecté et la guérison du patient atteinte ?

- **Créer des ressources ou transférer l'emploi des ressources à disposition**

Une façon de combler les dépenses occasionnées par les recours transfrontaliers consiste enfin à créer des ressources propres afin de compenser les déficits, ainsi qu'il nous a été rapportée à plusieurs reprises au cours des entretiens menés dans les hôpitaux frontaliers.

– « *Aujourd'hui les recettes de l'hôpital sont plus importantes que les dépenses. Le management de l'hôpital est bon et fait rentrer de l'argent dans les caisses de l'hôpital : une clinique pour les patients plus riches a été crée où sont pratiqués des techniques de physiothérapie ainsi que des massages. Le service y est très bon et on favorise un retour à la médecine traditionnelle. Donc pour le moment, l'hôpital n'empêche pas les Laotiens qui viennent se faire soigner ici. Mais peut-être plus tard* ». (Assistante sociale, hôpital provincial de Mukdahan, septembre 2005)

A l'hôpital régional de Chiang Rai, la responsable du service social a également souligné l'importance des revenus tirés des chambres privées utilisées par les patients aisés ainsi que l'élaboration de thérapies spéciales basées sur des techniques traditionnelles. Les hôpitaux compensent ainsi les dépenses occasionnées par les recours transfrontaliers, entre autre.

Toutefois cette capacité à créer des ressources n'est possible que pour les hôpitaux suffisamment grands qui ont les moyens de proposer de tels services et sont capables d'attirer

[127] En 2004, une nuit d'hospitalisation à l'hôpital provincial de Nong Khai était facturée en moyenne à 1500 bahts, soit 30 euros environ. En 2007, à l'hôpital régional de Chiang Rai elle était facturée en moyenne à 2100 bahts, soit environ 42 euros.

une patientèle intéressée. Ces prestations similaires à celles disponibles dans les structures privées, sont adoptées essentiellement dans de grands hôpitaux situés en ville ; au contraire, les petites structures qui desservent les zones rurales, n'ont ni les ressources ni la patientèle potentielle pour mettre en place de telles actions.

Une autre manière de pallier les difficultés budgétaires consiste, comme nous l'ont expliqué certains acteurs de la santé thaïlandais, à faire des économies et pouvoir ainsi réutiliser l'argent en surplus pour les recours transfrontaliers.

– « *Notre budget est alloué chaque année en fonction du nombre de patients thaïlandais qui consultent dans l'hôpital : en faisant de la prévention et de l'éducation sanitaire, nous parvenons à faire baisser le nombre de patients qui viennent consulter à l'hôpital et nous gardons ainsi cet argent pour financer les patients étrangers* ». (Assistante sociale, hôpital régional de Chiang Rai, février 2008)

Des hôpitaux mettent ainsi en place des stratégies pour contourner l'utilisation traditionnelle des ressources et combler ainsi les dépenses occasionnées par les Laotiens.

Face aux difficultés budgétaires auxquelles contribuent, au moins en partie, les recours transfrontaliers, les forces de résilience des grandes structures de soins apparaissent dans l'ensemble supérieures à celles des petites structures de soins : on entend par résilience « *la capacité d'un système à pouvoir intégrer dans son fonctionnement une perturbation, sans pour autant changer de structure qualitative* » [Aschan-Leygonie 2000, p.68]. Ainsi à partir d'une certaine taille et d'un certain niveau de hiérarchie, les structures de soins frontalières s'adaptent plus facilement à la perturbation que représente l'impact financier des recours transfrontaliers. Elles intègrent même ces derniers à l'évolution et à la transformation du système hospitalier. Et même si les montants de l'aide financière sont plus importants en volume dans les grandes structures, l'impact sur les budgets est compensé par des actions productrices de ressources. Finalement, l'accueil des patients laotiens est plus déséquilibrant pour les hôpitaux frontaliers à dimension locale, où le poids financier des recours transfrontaliers crée une forte perturbation sans que des réponses efficaces puissent y être apportées.

A cet égard, on peut s'interroger sur les véritables motivations des transferts médicaux inter-hospitaliers dont bénéficient parfois certains patients laotiens. Sont-ils toujours motivés par une nécessité médicale ou parfois par un intérêt économique ? Puisque les hôpitaux de niveau régional surmontent plus facilement les difficultés financières, il se peut que les acteurs des petites structures en bordure frontalière en profitent pour transférer les patients en provenance du Laos. Bien que nous ne soyons pas en mesure de répondre à cette question, il nous semble intéressant de la soulever pour faire la part entre l'intérêt du patient et l'intérêt de la structure de soins.

Aujourd'hui les structures publiques thaïlandaises en bordure frontalière subissent toutes de manière plus ou moins marquée l'impact financier des recours transfrontaliers. Face à un tel constat et pour pallier les déséquilibres budgétaires ainsi crées, les administrations et les services sociaux des hôpitaux s'appliquent à maîtriser ces dépenses au sein des structures sans pourtant remettre en question le principe de prise en charge des patients étrangers. Mais qu'en sera-t-il demain si les difficultés budgétaires rencontrées par les structures publiques ne cessent de croître ?

Une assistante sociale rencontrée à l'hôpital régional de Chiang Rai préconise pour l'avenir d'aller plus loin dans la maîtrise des dépenses et de régler la question des recours transfrontaliers à sa source ; elle propose ainsi de faire de la prévention directement au Laos « *pour éviter que les patients viennent jusqu'ici* ».

CONCLUSION : VERS LE RENFORCEMENT DES INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES DE SANTE ?

Les effets des recours transfrontaliers sont loin d'être homogènes aussi bien dans la société laotienne qu'au sein des structures d'accueil en Thaïlande. Par nature, cette pratique thérapeutique s'inscrit dans un environnement politique et économique : provoquant satisfaction de la guérison pour les uns, amertume face à une facture jugée trop élevé pour les autres, lassitude des services sociaux thaïlandais, appât du gain pour les acteurs privés, affront des responsables laotiens, les recours transfrontaliers font émerger toute une gamme de réactions chez les différents acteurs concernés qui provoquent discours passionnés, éveillent curiosité et méfiance.

Derrière cet entremêlement d'effets et de perceptions, notre question de départ concernait les réponses et les mesures mises en œuvre par les deux Etats voisins vis-à-vis du phénomène transfrontalier, révélateur d'inégalités socio-territoriales de santé aussi bien au Laos qu'entre les deux rives du Mékong.

L'effort engagé par les politiques sanitaires laotiennes porte en priorité sur la réduction du différentiel entre les deux pays afin de mettre fin à l'infériorité du système de santé laotien face à celui de son puissant voisin. Alors que les recours transfrontaliers portent à une réflexion plus large sur les inégalités de santé au sein de la société laotienne, la réponse du gouvernement apparaît limitée : la question de la gestion de ces inégalités socio-territoriales dans un esprit de progrès social est contournée et l'essor du secteur privé est en passe de devenir le nouveau pilier du développement sanitaire du Laos.

La conséquence de cette orientation est que les inégalités de santé au sein de la société laotienne et à l'intérieur du territoire laotien risquent de s'accroître. Si un hôpital privé est construit comme prévu à Vientiane d'ici 2010, on assistera à un renforcement des inégalités entre la capitale et les provinces laotiennes ; si le processus de développement du privé, tel qu'il est envisagé, s'étend aux villes secondaires le long du Mékong – Savannakhet et Pakse -, l'écart se creusera alors entre les citadins et les ruraux. Plus généralement, l'offre sanitaire à disposition des ménages riches augmentera au détriment de l'offre sanitaire publique pour les ménages moyens et pauvres. Le mimétisme engagé par le Laos en regard du fonctionnement thaïlandais cumule par conséquent tous les inconvénients d'un système libéral sans les amortisseurs sociaux tels qu'ils existent en Thaïlande.

Du côté thaïlandais, les réactions autour des recours transfrontaliers voient se cumuler de discrètes mesures de contrôle et de restriction dans le secteur public et des campagnes publicitaires qui renforcent l'influence du secteur privé thaïlandais sur le territoire laotien. Ces démarches contrastées, résultat de l'impact divergent du phénomène transfrontalier en termes économiques, se traduisent par des effets opposés sur la frontière, entre renforcement de la discontinuité et effacement de celle-ci.

Les structures publiques thaïlandaises, en cherchant à réduire la part des dépenses liées aux patients itinérants, vont trouver les moyens de les tenir à distance et rétablir ainsi symboliquement une frontière entre les deux Etats. A l'heure de l'interconnexion croissante des deux pays, une forme de protectionnisme pourrait ainsi se manifester concernant la question épineuse de l'accueil et la prise en charge des Laotiens dans les établissements publics.

Quant au secteur privé, le renforcement de l'attractivité des structures d'accueil conduit au contraire à une forme d'abolition de la frontière ; les stratégies intrusives de démarchage des structures privées au sein du territoire laotien ne semblent plus être freinées ni par la frontière ni par l'inflexibilité apparente du régime laotien. A terme, on peut prévoir une aggravation de l'écart existant entre les offres de soins disponibles dans les deux pays et une transformation durable de la demande de soins des ménages laotiens aisés.

Les dispositions prises de part et d'autre de la frontière vis-à-vis du phénomène transfrontalier ne sont donc pas harmonisées ni même coordonnées et se caractérisent plutôt par un repli des acteurs sur leurs propres intérêts au détriment de l'intérêt de la population. De révélateurs, les recours transfrontaliers deviennent des vecteurs d'inégalité de santé puisque les réactions qu'ils entraînent, ne s'appliquent pas au nom d'une stratégie globale mais agissent de manière désarticulée, chaque pôle concerné tirant la couverture à lui.

Il est très vraisemblable, qu'en l'absence de toute collaboration officielle sur la question des recours, certains arrangements transfrontaliers informels s'organisent : la corruption des fonctionnaires de la santé laotiens par les grands groupes privés thaïlandais constitue probablement l'un de ces arrangements et met en évidence les interdépendances qui naissent d'une rive à l'autre du Mékong. L'absence d'information concernant cette question laisse à penser qu'il existe une forme d'opacité délibérée.

Conclusion générale

Dans un contexte de différentiel sanitaire entre le Laos et la Thaïlande, les recours aux soins transfrontaliers manifestent de la part des Laotiens des bordures frontalières l'aspiration à une nouvelle manière de se soigner et d'être soigné, dans un double mouvement de détachement des structures de soins nationales et de rapprochement vis-à-vis des hôpitaux thaïlandais.

Dans une perspective classique de la frontière, nous avons identifié et mesuré les flux de patients d'une rive à l'autre du Mékong.

Le décalage sanitaire entre les deux pays suffit en première approche à expliquer les recours.

Mais la diversité de ceux-ci nous a conduits à une étude plus approfondie qui passe par l'analyse des mécanismes individuels et sociaux à l'œuvre. Les nouvelles dynamiques thérapeutiques ne se comprennent que par les particularités des couples frontaliers en matière d'offre de soins disponible de part et d'autre et les caractéristiques des populations laotiennes riveraines. L'analyse des contextes locaux apparaît essentielle et les recours transfrontaliers émergent comme des constructions socio-territoriales de santé.

Si l'existence même des mouvements des Laotiens vers les structures de soins thaïlandaises souligne la différence de développement entre les deux pays, une étude plus fine de ces mouvements permet de cerner les évolutions spécifiques du Laos, de sa société, de son territoire, marquées par une progression des inégalités. Se trouve ainsi vérifiée notre hypothèse de départ suivant laquelle les recours transfrontaliers sont révélateurs d'inégalités socio-territoriales de santé imbriquées à plusieurs échelles.

Finalement, de quelle(s) frontière(s) parle-t-on ? A la frontière politique entre le Laos et la Thaïlande se juxtaposent des « frontières » intérieures plus floues : celle qui s'insinue entre les urbains et les ruraux, celle qui isole Vientiane des zones provinciales et celle qui divise plus largement la société laotienne, entre les individus qui disposent d'un capital économique, social ou spatial et les autres qui n'en ont pas.

Les recours transfrontaliers éclairent ainsi une société laotienne à plusieurs vitesses : certains Laotiens ne peuvent pas recourir en Thaïlande et doivent se contenter de leur système de soins national, tandis que d'autres n'hésitent pas à franchir la frontière. De plus, parmi ces derniers, les recours ont des significations différentes.

D'un côté, une classe défavorisée trouve en Thaïlande l'unique possibilité d'une prise en charge décente à condition de réunir les éléments matériels pour pouvoir atteindre les structures voisines ; dans les zones rurales, les réseaux sociaux jouent un important rôle d'amortisseur en palliant les insuffisances économiques, culturelles ou spatiales de certains ménages.

D'un autre côté, une classe aisée, profitant de son enrichissement, renouvelle ses pratiques thérapeutiques et sa demande de soins ; les recours engagés par les citadins de bonne condition, commerçants en grande partie, montrent qu'outre le besoin de soins réel, la mobilité s'inscrit dans une perspective de reconnaissance sociale.

Ces comportements de la classe supérieure soulignent le hiatus émergent entre la sphère médico-politique laotienne et une partie de la population ; comme si elles évoluaient dans des temporalités décalées. Il apparaît que les attentes d'une marge de la société évoluent plus rapidement que la capacité du corps médical et des structures de soins à les satisfaire. On retrouve ainsi, à travers l'étude d'un indicateur de santé, l'idée développée par Boike Rehbein [2005 ; 2007] concernant la contradiction croissante entre le champ politique et le champ économique au Laos. Cette distorsion s'exprime dans des dynamiques opposées au sein du territoire laotien : si les recours transfrontaliers s'inscrivent dans le mouvement centrifuge qui anime l'économie du pays et les échanges largement tournés vers la Thaïlande, le traitement politique de la question des recours suit une force centripète qui tend à un repli autour de l'idéologie du régime, des valeurs nationalistes et traditionnelles. Peut alors se poser la question de la portée de cette contradiction, amenée à s'amplifier au fur et à mesure du rapprochement économique des deux pays et à travers de nouvelles pratiques, thérapeutiques, mais aussi culturelles et de consommation de la population laotienne. Passé un certain seuil, une déstabilisation du régime en place ne serait-elle pas à craindre ?

D'un point de vue territorial, les recours transfrontaliers mettent directement à l'épreuve la question de l'intégration nationale. Le développement des réseaux de soins par-delà la frontière construit des espaces sanitaires transfrontaliers qui concurrencent directement l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national. La logique réticulaire qui se joue de la frontière, prend le pas sur le fonctionnement pyramidal des Etats et renforce la cohérence des couples frontaliers : la continuité sécrétée par de nouvelles entités socio-territoriales tend à estomper la discontinuité frontalière.

Michel Bruneau [2006] qualifie de polycentrisme la manière dont s'organise le Laos contemporain et l'étude des recours transfrontaliers confirme cette proposition. Et on peut même aller jusqu'à dire qu'il existe une forme « d'archipellisation » du territoire frontalier laotien.

En définitive, les mobilités de santé des Laotiens tout en illustrant le rapprochement opéré avec la Thaïlande, soulignent l'échec de l'intégration nationale par la santé tel que le souhaitait le régime à son accession au pouvoir en 1975. Et face à la désaffection croissante des structures nationales, la réponse de l'Etat apparaît décevante : le développement de l'offre privée à Vientiane puis dans les villes secondaires risque d'accentuer les inégalités socio-territoriales mises à jour et d'amplifier le déséquilibre et la fragilité de l'espace national laotien. En ce sens, les recours transfrontaliers passent de révélateurs à vecteurs d'inégalité.

L'étude d'un indicateur de santé comme le recours aux soins transfrontalier, a donc permis d'appréhender la frontière sous un angle nouveau. La santé s'est révélée adaptée pour envisager la réalité frontalière dans une perspective globale, en tant que discontinuité non seulement géographique mais aussi idéologique, économique, sociale, culturelle et sanitaire.

Parti de l'idée d'une dépendance du Laos par rapport à la Thaïlande dans le domaine des soins, l'analyse des recours a mis en évidence que la dépendance pouvait exister à l'inverse dans le sens Thaïlande-Laos. Les hôpitaux privés situés dans les marges territoriales thaïlandaises tirent en effet aujourd'hui une grande part de leurs revenus de la clientèle laotienne, comme le montrent les stratégies commerciales intrusives développées au Laos pour capter toujours plus de patients itinérants. Les recours transfrontaliers font ainsi apparaître l'interdépendance croissante des deux pays. Ce phénomène se vérifie à l'échelle des mobilités internationales de patients (ou tourisme médical) : tandis que les patients des pays développés trouvent un avantage financier et en termes de rapidité de prise en charge à être soignés dans les hôpitaux des pays émergents, ces

structures, et les pays qui les hébergent, trouvent quant à elles un intérêt certain à les recevoir, considérant avec la plus grande attention cette nouvelle niche sanitaire.

Plus largement, l'étude du changement des comportements thérapeutiques à l'échelle d'un espace régional confirme les effets paradoxaux de la mondialisation – l'interconnexion croissance des pays – en matière de santé. D'un côté, on assiste à une homogénéisation des savoirs et des thérapies ; la recherche dans les structures thaïlandaises de standards internationaux par une frange de la société laotienne illustre la tendance à l'uniformisation de la demande de soins à l'échelle du globe ; la diffusion des certifications internationales de type ISO en est une des illustrations. D'un autre côté, les hétérogénéités se renforcent ; l'existence des recours transfrontaliers, tout comme les mobilités internationales, creuse l'écart entre ceux qui peuvent se soigner et ceux qui n'en ont pas les moyens.

Cette réflexion sur « mondialisation et santé » pourrait être avantageusement prolongée dans d'autres espaces frontaliers et d'autres contextes régionaux, en privilégiant une approche interdisciplinaire.

~

Annexes

Annexe 1 – Tarifs appliqués pour traverser le pont de l'Amitié depuis janvier 2002

Annexe 2 – Coupure de presse : mobilités des Laotiens en Thaïlande

Annexe 3 – Coupure de presse : mise en service de la première navette transfrontalière

Annexe 4 – Coupure de presse : mise en service de la ligne ferroviaire entre Vientiane et Nong Khai, 2009

Annexe 5 – Questionnaire 'Ménage' de l'enquête de santé – Vientiane

Annexe 6 – Questionnaire 'Adulte' de l'enquête de santé – Vientiane. Extrait.

Annexe 7 – Questionnaire 'Enfant' de l'enquête de santé – Vientiane. Extrait

Annexe 8 – Questionnaire des enquêtes en province (version anglaise)

Annexe 9 – Liste des thèmes abordés en entretien

Annexe 10 – Pathologies de recours des patients laotiens en Thaïlande

Annexe 11 – Construction des typologies sur le niveau d'équipement des ménages : exemple de l'urbain

Annexe 12 – Coupure de presse : le bon fonctionnement des hôpitaux laotiens vu par la presse

Annexe 13 – Coupures de presse : première version non publiée de l'article "Et la Santé…" puis version corrigée et publiée dans le Rénovateur du 25 octobre 2006

Annexe 14 – Coupure de presse : enquête d'opinion sur les structures laotiennes

Annexe 15 – Coupure de presse : trafic d'organes en Thaïlande

Annexe 16 – Coupure de presse : état des lieux des hôpitaux laotiens

Annexe 17 – Coupure de presse : des universités thaïlandaises en représentation au Laos

Annexe 18 – Coupure de presse : projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane

Annexe 1 - Tarifs appliqués pour traverser le pont de l'Amitié depuis janvier 2002

	Laos	Thaïlande
Frais (personne) Laissez-passer Passeport (Laos) Passeport (autre)	 10 000 Kips 5 000 Kips 10 Baht	Pas applicable
Frais supplémentaires en fonction des heures de passage128 (1) (personne)	2 500 Kips	10 Baht
Frais d'entrée (véhicule) Voiture Camion	 20 000 Kips 40 000 Kips	Pas applicable
Péage (véhicule) Voiture Pick Up Minibus Bus Camions (9 tonnes) Camions (14 tonnes) Camions (25 tonnes)	 4 5000 Kips 6 500 Kips 11 000 Kips 22 000 Kips 33 000 Kips 44 000 Kips 66 000 Kips	 20 Baht 30 Baht 50 Baht 100 Baht 150 Baht 200 Baht 300 Baht

1 Thai Baht = 250 kips, 1 US$=44 Baht

[128] Les frais supplémentaires s'appliquent aux voyageurs qui traversent le pont de 6h à 8h, de 12h à 13h ainsi qu'après 16h30 du lundi au vendredi. Ils s'appliquent aussi pour le samedi et le dimanche toute la journée.

Annexe 2 - Coupure de presse : mobilités des Laotiens en Thaïlande

Des lao en voyage à Nongkhai

▶ Un nombre considérable de Lao surtout les Vientianais traversent la frontière pour se rendre à Nongkhaï ou bien à Oudone Thani. Le pont de l'Amitié construit en collaboration entre le Laos et la Thaïlande est un axe très fréquenté et permet l'accès aux autres pays de la région d'Asie. Depuis son ouverture, la communication entre les deux pays s'est nettement développée, notamment dans le domaine touristique et commercial. Les motivations principales des Vientianais pour passer de l'autre côté de la rive, sont les soins dispensés dans les hôpitaux thaïlandais et le centre commercial de Nongkhaï.

La mise en service du réseau de transport par bus, Vientiane (Talat Sao)/ Nongkhaï/ Uudon Thani facilite et augmente le déplacement des voyageurs.

LE RÉNOVATEUR a interviewé des voyageurs en gare du Talat Sao.

L.R. Vous vous rendez souvent en Thaïlande?

Mme Khamphay de ban Dongkhamxang, 45 ans, sans emploi :

"Je vais en Thaïlande pour raison de santé, j'ai des problèmes avec mon cœur et je dois venir consulter tous les week-end. Je dépense en moyenne 2,000 baht à chaque fois et évidement je profite de l'occasion pour faire mes courses".

L.R. Allez-vous à Nongkaï chaque week-end?

Mme Pany, de ban Phontong, 35 ans, professeur de mathématiques :

"Non, le 8 mai 2004 je m'y suis rendue avec ma famille pour le 10e anniversaire du pont de l'Amitié, ce jour là, il y avait beaucoup de Lao au centre commercial (Tesco Lotus) ainsi qu'au marché et à la foire. Les enfants étaient très contents des animations et les prix bon marché pratiqués sur la foire m'ont permis d'habiller tous mes enfants".

L.R. Pour quelle raison allez-vous en Thaïlande?

Mme Malay, de ban Savang, 48 ans, épicière:

"Je vais à Nongkhaï 2 à 3 fois par semaines pour compléter le stock de mon épicerie, les produits sont plus frais et moins chers et les prix sont constants. Ces allées venues sont contraignantes pour moi, mais elles restent la meilleure solution pour le fonctionnement de mon commerce". La plupart des voyageurs sont des femmes parce qu'elles aiment faire du shopping et savent choisir les produits selon les besoins de leur famille. Les achats des Lao sont généralement des produits de consommation (alimentation, habillement). Les achats des thaïlandais en visite au Laos, sont plutôt orientés sur les soieries, les bijoux traditionnels en or et en argent.

MANILA ET SÈNGCHANH

[Le Rénovateur, mardi 18 mai 2004, n°284, p.5]

Annexe 3 - Coupure de presse : mise en service de la première navette transfrontalière

Nouvelle liaison entre le Laos et la Thaïlande

▶ L'entreprise de transport en commun lao en coopération avec la compagnie des transports thaï ont ouvert officiellement un service de transport international entre la RDP lao et la Thaïlande le 23 avril dernier au poste frontalier du pont de l'amitié du côté gauche du Mékong. La cérémonie d'ouverture a été coprésidée par le vice-ministre lao des Communications, des Transports, des Postes et de la Construction, M. Sommath Pholsena et le vice-ministre thaï, M. Nikone Chamnong.

Échange de souvenirs entre les deux délégations (Photo S.P.)

Les deux compagnies ont signé un contrat le 20 mars 2004, dans la province de Oubonrasthani (Thaïlande). Ce contrat concernait la création de la ligne de transport routier (voyageurs) entre Vientiane et Oudone Thani. La Liaison est assurée depuis vendredi dernier par quatre bus climatisé comprenant 45 places. Ce service propose quatre aller-retour dans la journée : deux Vientiane-Nongkhaï et deux Vientiane-Oudone Thani. Le premier départ est à 7h du matin, le dernier à 18h. Les couleurs des bus choisies par les deux compagnies sont le bleu et le blanc. La gare routière du Talat Sao (marché du matin) est le point de départ/arrivée du service. Les tarifs sont de 8000 kip (30 baht) pour un aller simple Vientiane-Nongkhaï et de 21 000 kip (80 bath) pour un aller simple Vientiane-Oudone Thani. La ligne dessert la gare routière de chaque destination. Avant de se munir de leur titre de transport, les voyageurs doivent s'assurer de la conformité de leur visa ou (border-pass), aucun remboursement ne sera effectué en cas problème au poste de douane. Par son aspect pratique : Prise en charge au marché du matin, gain de temps à la frontière, tarif peu onéreux, cette ligne améliore la qualité de vie des usagers. Si le taux de fréquentations des voyageurs ces itinéraires est positif, l'ouverture des lignes Vientiane-Khonekène et Vientiane-Bangkok seront mise place très rapidement.

Madame khamla l'une des premières passagères s'exprime pour le Rénovateur : *"je tenais à inaugurer cette ligne et je suis surprise par la qualité du service, c'est moins compliqué et moins cher que de prendre d'autres moyens de transports."*

L'ouverture des transports en commun entre le Laos et la Thaïlande, entre autre de répondre aux besoins de la population des deux pays, elle est une avancée déterminante dans le renforcement de la coopération et de la solidarité entre ces deux pays voisins.

Les vice-ministres lao et thaï ont insisté sur la nécessité de cette initiative et l'importance de son rôle dans le développement socio-économique de leurs pays.

une réception officielle en l'honneur de l'événement s'est tenue à l'hôtel Lao Plaza le 22 avril 04. Le repas a été suivi de représentation de chant et de danse lao et thaï. En signe de détente les représentants lao et thaï ont dansé ensemble le Lamvong dans une ambiance chaleureuse et amicale.

M.V.

Premier bus de la liaison Lao-Thaï (Photo S.P.)

[Le Rénovateur, mardi 27 avril 2004, n°281, p.1]

Annexe 4 - Coupure de presse : mise en service de la ligne ferroviaire entre Vientiane et Nong Khai, 2009

Le train, une expérience nouvelle pour les Lao

Somphavanh Siramath

Depuis l'ouverture, le 5 mars dernier, de la ligne ferroviaire de 3, 5 kilomètres reliant la gare de Dongphosy dans l'arrondissement de Hadsayfong de la capitale à celle de la province de Nongkhaï en Thaïlande, les populations lao et thaïlandaises empruntent de plus en plus ce nouveau moyen de locomotion.

En effet, après 6 mois d'existence, déjà plus de 10 000 personnes ont pris le train pour franchir la frontière mais durant cette première période, il y a eu davantage de passagers venant de Thaïlande que ceux partant du Laos. Cependant, cela commence à s'équilibrer surtout depuis qu'on peut acheter à la gare de Dongphosy des billets à destination de toutes les provinces thaïlandaises. Le comité de gestion a ainsi décidé d'augmenter prochainement la capacité des trains en service.

« Si le nombre de passagers continuent à augmenter à ce rythme, pour leur offrir davantage de service, nous allons construire un restaurant, des boutiques de vêtements et de souvenirs et installer un ATM. Nous avons commencé à étudier ces projets de construction qui devraient débuter prochainement. Des discussions ont également eu lieu avec les comités de la partie thaïe de la gare de Nongkhaï pour augmenter les liaisons qui passeraient ainsi de 2 à 4 départs par jour d'ici à la fin de l'année. En effet, il sera nécessaire d'augmenter le trafic ferroviaire afin de permettre le transport de tous les voyageurs qui voudront venir assister aux 25e Jeux d'Asie du Sud-Est, organisés au Laos à la fin de cette année », a déclaré le chef adjoint de la station de train de Dongphosy, M. Phouthavanh Sonethavong.

Le nombre de trains en service sera augmenté.

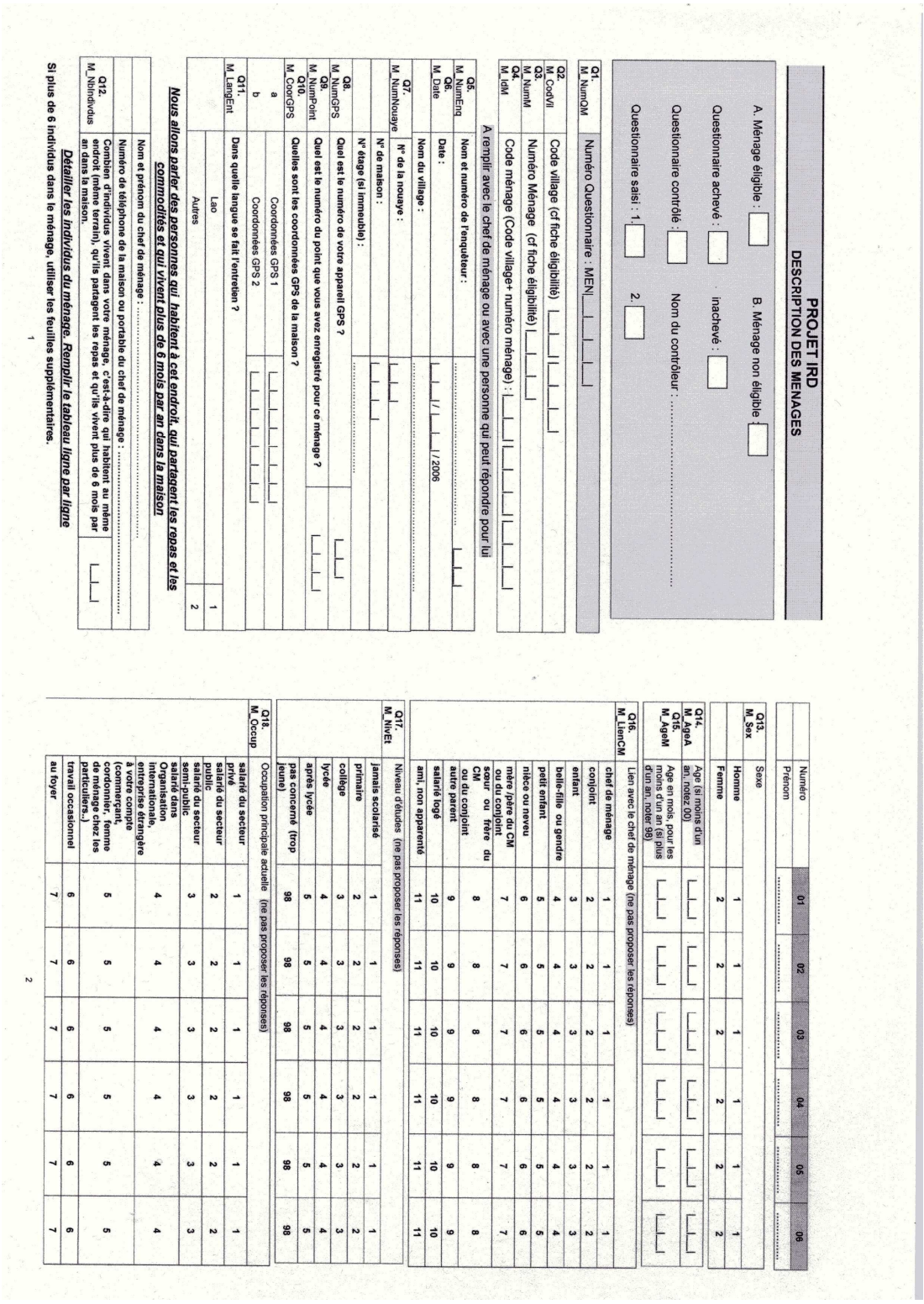
Les démarches de douane à faire pour se rendre en Thaïlande, qu'elles soient effectuées à la gare ou au pont de l'Amitié Lao-Thaï, sont identiques, mais pour aller à Bangkok, les passagers doivent être en possession d'un passeport. Deux départs sont actuellement proposés de la gare de Dongphosy, l'un à10h 30 et l'autre à 17h. Les tarifs vont de : 5000, 7000 et 10 000 kip par passager selon le confort.

Ce projet de ligne ferroviaire est très important pour le Laos et la Thaïlande. Il développera sans aucun doute la coopération bilatérale et favorisera les échanges commerciaux. Compte tenu de la hausse du prix des carburants, le transport par chemin de fer peut être considéré comme une alternative avantageuse pour la circulation des personnes et des marchandises. Le coût du transport par chemin de fer est 30 % moins élevé que celui du transport routier. L'acheminement des marchandises via le port de Bangkok sera simplifié et plus rapide. Par la suite, le gouvernement lao prévoit d'étendre le réseau ferroviaire, notamment jusqu'à la frontière chinoise, ce qui constituera l'axe principal du couloir de développement Nord-Sud.

La construction de cette ligne de chemin de fer commencée en octobre 2006, s'est achevée en avril 2008 soit 18 mois après la signature du projet. Le coût de la première partie du projet s'est élevé à 197 millions de bahts, 70 % de cette somme provient d'emprunts contractés par le gouvernement et les 30 % restants d'un financement non remboursable accordé par le gouvernement thaïlandais. Le maître d'œuvre des travaux est la société thaïlandaise Semsanquan Construction Co., Ltd.

[Le Rénovateur, 17 août 2009, n°552, p.7]

Annexe 5 – Questionnaire 'Ménage' de l'enquête de santé - Vientiane



PROJET IRD
DESCRIPTION DES MENAGES

A. Ménage éligible : ☐ B. Ménage non éligible : ☐

Questionnaire achevé : ☐ inachevé : ☐

Questionnaire contrôlé : ☐ Nom du contrôleur : .....

Questionnaire saisi : 1. ☐ 2. ☐

		Numéro		01	02	03	04	05	06
		Prénom		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Q1. M_NumQM	Numéro Questionnaire : MEN|_____|								
Q2. M_CodVil	Code village (cf fiche éligibilité) |____|____|____|								
Q3. M_NumM	Numéro Ménage (cf fiche éligibilité) |____|								
Q4. M_idM	Code ménage (Code village+ numéro ménage) : |____|____|____|____|____|								
A remplir avec le chef de ménage ou avec une personne qui peut répondre pour lui									
Q5. M_NomEnq	Nom et numéro de l'enquêteur : ..... |____|								
Q6. M_Date	Date : |____/____/ 2006								
Q7. M_NumNouaye	Nom du village : ..... N° de la nouaye : |____|								
Q8. M_NumGPS	N° de maison : |____| N° étage (si immeuble) : ..... Quel est le numéro de votre appareil GPS ? |____|								
Q9. M_NumPoint	Quel est le numéro du point que vous avez enregistré pour ce ménage ? |____|								
Q10. M_CoorGPS	Quelles sont les coordonnées GPS de la maison ?								
a	Coordonnées GPS 1 |____|____|____|____|____|								
b	Coordonnées GPS 2 |____|____|____|____|____|								
Q11. M_LangEnt	Dans quelle langue se fait l'entretien ?	Lao	1						
		Autres	2						

Nous allons parler des personnes qui habitent à cet endroit, qui partagent les repas et les commodités et qui vivent plus de 6 mois par an dans la maison

	Nom et prénom du chef de ménage :						
	Numéro de téléphone de la maison ou portable du chef de ménage :						
Q12. M_NbIndividus	Combien d'individus vivent dans votre ménage, c'est-à-dire qui habitent au même endroit (même terrain), qu'ils partagent les repas et qu'ils vivent plus de 6 mois par an dans la maison. |____|						
		Q13. M_Sex	Sexe				
			Homme	1	1	1	1	1	1
			Femme	2	2	2	2	2	2
		Q14. M_AgeA	Age (si moins d'un an, notez 00)	|___|	|___|	|___|	|___|	|___|	|___|
		Q15. M_AgeM	Age en mois, pour les moins d'un an (si plus d'un an, notez 99)	|___|	|___|	|___|	|___|	|___|	|___|
		Q16. M_LienCM	Lien avec le chef de ménage (ne pas proposer les réponses)						
			chef de ménage	1	1	1	1	1	1
			conjoint	2	2	2	2	2	2
			enfant	3	3	3	3	3	3
			belle-fille ou gendre	4	4	4	4	4	4
			petit enfant	5	5	5	5	5	5
			nièce ou neveu	6	6	6	6	6	6
			mère /père du CM ou du conjoint	7	7	7	7	7	7
			sœur ou frère du CM ou du conjoint	8	8	8	8	8	8
			autre parent	9	9	9	9	9	9
			salarié logé	10	10	10	10	10	10
			ami, non apparenté	11	11	11	11	11	11
		Q17. M_NivEt	Niveau d'études (ne pas proposer les réponses)						
			jamais scolarisé	1	1	1	1	1	1
			primaire	2	2	2	2	2	2
			collège	3	3	3	3	3	3
			lycée	4	4	4	4	4	4
			après lycée	5	5	5	5	5	5
			pas concerné (trop jeune)	98	98	98	98	98	98
		Q18. M_Occup	Occupation principale actuelle (ne pas proposer les réponses)						
			salarié du secteur privé	1	1	1	1	1	1
			salarié du secteur public	2	2	2	2	2	2
			salarié du secteur semi-public	3	3	3	3	3	3
			salarié dans Organisation internationale, entreprise étrangère	4	4	4	4	4	4
			à votre compte (commerçant, commerçante)	5	5	5	5	5	5
			aide familiale/femme de ménage chez les particuliers...)	6	6	6	6	6	6
			travail occasionnel	6	7	7	7	7	7
			au foyer	7	7	7	7	7	7

Détailler les individus du ménage. Remplir le tableau ligne par ligne

Si plus de 6 individus dans le ménage, utiliser les feuilles supplémentaires.

1

2

	Actif sans emploi	8	8	8	8	8	8
	est étudiant, à l'école	9	9	9	9	9	9
	à la retraite	10	10	10	10	10	10
	Sans emploi (trop vieux)	11	11	11	11	11	11
	Sans emploi (trop jeune)	12	12	12	12	12	12
	Autres	13	13	13	13	13	13
	Numéro	01	02	03	04	05	06
Q19. M_Prof	**Profession principale actuelle pour les actifs et dernière pour les personnes âgées** (ne pas proposer les réponses)						
	Agriculteurs, pêcheurs	1	1	1	1	1	1
	Ouvriers (textile, bâtiment...)	2	2	2	2	2	2
	Marchand, commerçant, employés de commerce, artisans (cordonnier, couturier, mécanicien, coiffeur...), restaurateurs…	3	3	3	3	3	3
	Employé de maison (femmes de ménage, jardinier…)	4	4	4	4	4	4
	Chauffeurs transports	5	5	5	5	5	5
	Armée, police	6	6	6	6	6	6
	Professionnels de santé / travailleurs sociaux	7	7	7	7	7	7
	Instituteurs, Professeurs	8	8	8	8	8	8
	Ingénieurs, techniciens	9	9	9	9	9	9
	Employé (fonctionnaire ou secteur privé)	10	10	10	10	10	10
	Cadres ou chef de service avec des responsabilités (fonctionnaire ou secteur privé)	11	11	11	11	11	11
	Chef d'entreprise	12	12	12	12	12	12
	Au foyer	13	13	13	13	13	13
	Sans emploi (actifs) ou jamais travaillé (pour les vieux)	14	14	14	14	14	14
	Pas concerné (trop jeune ou étudiants)	98	98	98	98	98	98
	Autres (*écrire la profession de la personne*)	15	15	15	15	15	15 .....

Q20. M_PaysNais	**Pays de naissance**	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Code 1	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|

Q21. M_Natio	**Nationalité**	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Code 1	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|

Q22. M_Ethnie	**Ethnie (être précis) Noter PC pour les individus qui ne sont pas de nationalité laotienne**	..... PC (98) NSP (99)	..... PC (98) NSP (99)	..... PC (98) NSP (99)	..... PC (98) NSP (99)	..... PC (98) NSP (99)	..... PC (98) NSP (99)
	Code 2	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|

Q23. M_Relig	**Religion** (ne pas proposer les réponses)						
	Bouddhiste	1	1	1	1	1	1
	Animiste	2	2	2	2	2	2
	Chrétien	3	3	3	3	3	3
	Musulman	4	4	4	4	4	4
	Autres	5	5	5	5	5	5
	Ne sait pas	99	99	99	99	99	99

Q24. M_NbAnVte	**Nombre d'années de suite dans la Capitale de Vientiane (si moins d'un an, écrire 00)**	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q25. M_NbAnVil	**Nombre d'années de suite dans ce village**	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|

	Numéro	01	02	03	04	05	06
Q26. M_5ans	**Pour les adultes (18 ans ou plus) : vivre depuis au moins 5 ans de suite dans le village.** **Pour les enfants (moins de 18 ans) : vivre dans le village depuis leur naissance**						
	oui	1	1	1	1	1	1
	non	2	2	2	2	2	2

Q27. M_7j	**Dans les sept jours qui viennent :**						
	Présent	1	1	1	1	1	1
	Absent	2	2	2	2	2	2

Pour les adultes (18 ans ou plus)

	Les conditions pour que les adultes soient éligibles :												
	+ 35 ans	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)
	+ 5 ans dans le village	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)
	Présent dans les 7 jours	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)

Q28. M_AdElig	**Les adultes sont-ils éligibles ? (les adultes sont éligibles si les 3 conditions précédentes sont oui). Entourez le numéro des adultes éligibles**						
	Numéro	01	02	03	04	05	06

Pour les enfants (moins de 18 ans) :

	Les conditions pour que les enfants soient éligibles :												
	+ 6 mois et - 6 ans	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)
	+ vivant dans le village depuis leur naissance	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)
	Présent dans les 7 jours	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)	Oui (1)	Non (2)

Q29. M_EnfElig	**Les enfants sont-ils éligibles ? (les enfants sont éligibles si les 3 conditions précédentes sont oui), Entourez le numéro des enfants éligibles**						
	Numéro	01	02	03	04	05	06

Pour les adultes,
- Si pas d'adulte éligible, notez 99 - Si 1 adulte est éligible, inscrire son numéro
- Si plus d'un adulte est éligible, choisir dans le jeu de cartes, les cartes correspondant aux numéros des adultes éligibles et tirer une des cartes au sort. Puis inscrire le numéro choisi.

Indiquer l'ID de l'adulte choisi

Q30. M_NumAdSelec	**Numéro de l'adulte choisi (Si pas d'adulte éligible, noter 99)**	__|__|

Pour les enfants,
- Si pas d'enfant éligible, noter 99 - Si 1 enfant est éligible, inscrire son numéro
- Si plus d'un enfant est éligible, choisir dans le jeu de cartes, les cartes correspondant aux numéros des enfants éligibles et tirer une des cartes au sort. Puis inscrire le numéro choisi

Indiquer l'ID de l'enfant choisi

Q31. M_NumEnfSelec	**Numéro de l'enfant choisi (Si pas d'enfant éligible, noter 99)**	__|__|

Si aucune personne (enfant ou adulte) n'est éligible, arrêter le questionnaire et cocher la case non éligible (B) à la page 1 du questionnaire.

L'enquêteur doit alors donner les coupons d'invitations pour les personnes du ménage choisies, mentionnant le jour de visite, l'heure, le lieu et l'adresse de la consultation médicale.

Pour le bon déroulement de l'enquête sous la tente, bien préciser
- pour les enfants sélectionnés que la mère doit les accompagner (seulement la mère pas quelqu'un d'autre !) et qu'elle doit venir avec le carnet de vaccinations de l'enfant et son livret de santé.
-Pour les adultes sélectionnés (+35 ans) : ils doivent venir sans avoir mangé depuis plus de 2 heures. Indispensable pour la mesure de glycémie.

Q32. M_NumRep	**Qui est la personne qui répond aux questions ? noter le numéro de la personne**	__|__|

LOGEMENT

Q33. M_StatutMaison	**Dans cette maison, le chef de ménage est :**	
	Propriétaire	1
	Locataire	2
	Hébergé gratuit	3
Q34. M_NbCh	**Combien y a t il de chambres à coucher dans la maison?**	__|__|
Q35. M_ChoixVil	**Pourquoi le chef de ménage a choisi d'habiter dans ce quartier?**	
	Pour être a proximité de la famille	1
	Un des membres du ménage est près de son travail	2
	Le terrain a été donné	3
	Le prix du terrain/logement est abordable	4
	C'est à proximité des commerces/marchés	5
	L'endroit est calme et sûr	6
	« C'est en ville ».	7
	Autres	8
	Vous ne savez pas	99

CONDITIONS DE VIE

Electricité

Q36. M_Elec	**Quel est votre type d'accès à l'électicité ?**	
	Compteur individuel	1
	Compteur collectif	2
	Racordement chez un voisin	3
	Autres (générateur à essence..)	4
	Pas d'électricité	5

Eau

Q37. M_AccEau	**Avez-vous :**	
	L'eau courante avec compteur individuel	1
	L'eau courante avec compteur collectif	2
	L'eau courante avec raccordement chez un voisin	3
	Pas d'eau courante	4
Q38. M_BoisEau	**Quelle eau buvez-vous majoritairement ?**	
	Eau achetée (bidon et bouteilles)	1
	Eau du robinet filtrée et bouillie	2
	Eau du robinet bouillie	3
	Eau du robinet filtrée	4
	Eau du robinet non bouillie et non filtrée	5
	Autres	6

Stockage de l'eau

Q39. M_StockEau	**Le ménage garde t il de l'eau dans des bassines ou des récipients (jarres) ?**	Oui (1) → *Q 40*	Non (2) → *Q 41*
Q40. M_StockEau dans	**Dans quoi l'eau est-elle stockée ?**		
	Dans des bassines couvertes		1
	Dans des bassines non couvertes		2
	Dans bassines couvertes et non couvertes		3
Q41. M_StagEau	**Y a-t-il parfois de l'eau stagnante dans la parcelle?**	Oui (1)	Non (2)

Toilettes

Q42. M_Toil	**De quel type de toilettes disposez-vous ?** (si plusieurs types, notez le plus moderne)	
	Modernes (avec chasse d'eau)	1
	Modernes (bassines)	2
	Dalle de toilettes avec eau courante (tuyau)	3
	Dalle de toilettes avec eau des bassines	4
	Pas de toilettes	5
	Autres	6

Evacuation des eaux usées

Q43. M_EvacEau	**Quel est le mode d'évacuation des eaux usées (toilettes) ?**	
	Dans un canal qui communique avec un réseau de drainage	1
	Fosse ou puits perdu dans cour	2
	Directement dans la nature (mare, mekong..)	3
	Dans la rue	4
	Dans le jardin	5
	Autres	6
	Ne sait pas	99
Q44. M_Dechet	**Que deviennent <u>le plus souvent</u> les déchets du ménage ? Ils sont :**	
	Collectés par une compagnie	1
	Brûlés sur la parcelle ou à proximité	2
	Enterrés ou enfouis dans le jardin	3
	Déposés à proximité de la maison	4
	Autres	5

Cuisine

Q45. M_Cuisine	Comment faites-vous la cuisine le plus souvent ?		
	Gaz, électricté		1
	Bois, charbon de bois		2
	Autres		3

Equipements

Q46. M_Equip	De quel type d'équipement dispose le ménage ?		
a	Telephone fixe	Oui (1)	Non (2)
b	Telephone mobile	Oui (1)	Non (2)
c	Machine à laver le linge	Oui (1)	Non (2)
d	Télévision	Oui (1)	Non (2)
e	Réfrigérateur	Oui (1)	Non (2)
f	Ventilateur	Oui (1)	Non (2)
g	Climatiseur	Oui (1)	Non (2)
h	Ordinateur/Ordinateur portable	Oui (1)	Non (2)
Q47. M_Locom	De quels moyens de locomotion dispose le ménage ? donnez le nombre. (ne pas prendre en compte les véhicules en panne)		
a	Vélo	|__|
b	Mobylette, moto	|__|
c	Voiture (berline, camionnette, minibus, 4*4, proview)	|__|
d	Camion ou vehicluels d econstruction	|__|
e	Autres (Touk touk, tok tok ….)	|__|

Médicaments

Q48. M_MedicAmp	Est-ce que vous avez à la maison de l'ampiciline (antibiotique) ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q49. M_MedicOral	Est-ce que vous avez à la maison de l'oralite (antidiarrhéique) ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)

Mesures anti-moustiques

Q50. M_MoustFen	Sur les fenêtres, y a-t-il des moustiquaires …..		
	à toutes les fenêtres		1
	sur quelques fenêtres		2
	Sur aucune fenetre		3
Q51. M_MoustLit	Y-a-t-il des moustiquaires		
	Sur tous les lits		1
	Sur quelques lits		2
	Sur aucun des lits		3
Q52. M_MoustProd	Utilisez-vous même occasionnellement des produits (bombes, fumigènes, baume du tigre ou autres produits naturels) pour lutter contre les moustiques ?	Oui (1)	Non (2)

Présence d'animaux

Q53. M_Anim	Sur votre parcelle, quels animaux voyez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Poules, coqs de combats	1
	Canards, Oies	2
	Oiseaux	3
	Chiens	4
	Porcins	5
	Rats/souris	6
	Autres animaux	7
	Pas d'animaux sur la parcelle	8

Contact avec les animaux

Q54. M_ViandSauv	Votre ménage achète-t-il parfois de la viande sauvage (rongeurs..) pour en manger?	Oui (1) → Q 55	Non (2) → Q 57
Q55. M_ViandSauvFreq	Si oui, le ménage en consomme-t-il régulièrement (au moins 1 fois par mois) ?	Oui (1) → Q 56	Non (2) → Q 57
Q56. M_VianSauvQ	Si oui, il s'agit de la viande de quel animal ? (Plusieurs réponses possibles)		
	Rongeur		1
	Chauves souris		2
	Carnivores		3
	Sanglier		4
	Autres		5

NIVEAU DE VIE DU MENAGE

Q57. M_RevCb	Combien de personnes du ménage ont un revenu tous les mois ? (même si ce n'est pas exactement le même montant tous les mois)	|__|__|		
Q58. M_RevAutre	Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez d'autres revenus (loyers de maison, location de touk touk etc?)	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q59. M_CmptBanque	Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez un compte en banque ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q60. M_Activ	Y a-t-il queiq'un dans votre ménage qui a au moins 1 fois par mois des activités de détente comme le restaurant « chic », bowling, le karaoké, le club de sport, la discothèque ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)

Q61. M_AidF	Aujourd'hui, le ménage reçoit-il des aides financières (d'amis, de la famille… de n'importe quel pays) ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q62. M_EcolPriv	Avez-vous des enfants dans le ménage qui vont à l'école privée ?			
	Oui, tous les enfants ou certains vont à l'école privée			1
	Non, les enfants scolarisés vont à l'école publique			2
	Non, pas d'enfants ou pas d'enfants scolarisés ou enfants ont terminés l'école			3

Q63. M_Financ	Etant donnés les revenus de votre ménage, diriez vous que financièrement, en ce moment :	
	Vous êtes à l'aise	1
	Ca va	2
	C'est juste	3
	Vous y arrivez difficilement	4

Q64. M_ArgHosp	En cas de maladie (avec hospitalisation), le ménage a-t-il l'argent suffisant pour payer les frais ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q65. M_Drog	Nous allons vous poser une question un peu plus délicate : Dans votre ménage, y a-t-il une personne qui prend ou a pris des amphétamines ?			
	Oui, il y a une personne (ou plusieurs) qui prend des amphétamines en ce moment			1
	Oui, il y a une personne (ou plusieurs) qui a pris des amphétamines			2
	Non, il n'y a personne qui prend ou a pris des amphétamines			3

CAPITAL CULTUREL

Q66. M_Lang	Quelle est la langue parlée ou les langues parlées entre les individus du ménage ? (2 au maximum. Si plus de 2, noter les plus parlées)			
a	1ere langue	.....	Code 5 |__|__|	
b	2eme langue	.....	Code 5 |__|__|	
Q67. M_Cult	Les membres de votre ménage sont-ils de culture (fête, nourriture…) différente de la culture lao : par exemple vous êtes de culture hmong, phutai, vietnamienne, chinoise… ?	Oui (1) → Q 68	Non (2) → Q 69	NSP (99) → Q 69

Q68. M_CodCult	**Si oui, laquelle** (Si plusieurs, chosir la plus importante)	.....	Code 1 ou 2 |__|__|

LIEN AVEC L'ETRANGER

Q69. M_FamThai	**Actuellement, votre ménage a-t- il de la famille installée en Thailande depuis au moins 1 an ?**	Oui (1) → *Q 70*	Non (2) → *Q 71*	NSP (99) → *Q 71*
Q70. M_AidFamThai	**Si oui, est ce que votre ménage peut demander une aide à votre famille en Thaïlande ? (logement, aide financière, recherche d'information)**	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)

Q71. M_AllerThaiReg	**Les membres du ménage ont-ils l'habitude d'aller régulièrement (minimum une fois par an) en Thaïlande ?**	
	Oui, tous les membres du ménage y vont	1
	Oui, certains membres du ménage mais pas tous	2
	Non, les membres du ménage n'y vont pas régulièrement ou jamais	3

Q72. M_FamEtrg	**Actuellement, votre ménage a-t- il de la famille installée à l'extérieur du pays de puis au moins un an, en dehors de la Thaïlande ?**		Oui (1) → *Q 73*	Non (2) → *Q 74*	NSP (99) → *Q 74*
Q73. M_CodEtrg	**Si oui, dans quels pays ?** (Pas plus de 2. Si plus de 2, noter les pays où il y a le plus de famille)				
a	1er pays	.....	Code 1 |__|__|		
b	2eme pays	.....	Code 1 |__|__|		

Q74. M_Etrg3m	**Un ou plusieurs membres de votre ménage ont-ils été pendant 3 mois de suite ou plus dans un pays étranger (étude, expérience professionnelle, visite familiale, tourisme, etc...) ?**	Oui (1) → *Q 75*	Non (2) → *Q 76*	NSP (99) → *Q 76*
Q75. M_NbEtrg3m	**Si oui, combien de personnes?**	|__|__|		

ASSURANCE DE SANTE

Q76. M_Assur	**Un ou plusieurs membres du ménage possède(nt)-il(s) une assurance de santé ?**	Oui (1) → *Q 77*	Non (2) → *Q 78*	NSP (99) → *Q 78*
Q77. M_NbAssur	**Si oui, combien de personnes de votre ménage sont couverts par une assurance de santé?**	|__|__|		NSP (99)

RECOURS AUX SOINS

Q78. M_En CasMaladie	**Dans votre ménage, en général quand vous êtes maladie, que faites vous le plus souvent?** (ne pas proposer)	
	Vous vous soignez vous-même	1
	Vous allez chez le guerisseur-herboriste (moya..)	2
	Vous allez chez le guerisseur magico-religieux (mopi, mopao, moyao..)	3
	Vous allez à la pharmacie	4
	Vous allez au dispensaire	5
	Vous allez à l'hôpital de district	6
	Vous allez à l'hôpital central (Maho, Setha, amitié, 103,109)	7
	Vous allez à la clinique privée	8
	Vous allez chez une connaissance (famille, ami) qui est médecin	9
	Tous les individus de votre ménage ne font pas la meme chose	10
	Rien	11

Q79. M_ThaiRecours	**Est-ce que vous ou un membre de votre famille est-il déjà allé se faire soigner en Thaïlande au moins une fois ?**	Oui (1) → *Q 80*	Non(2) → *Q 81*	NSP(99) → *Q 81*
Q80. M_NbThaiRecours	**Si oui, ID de la personne (tableau) :**			

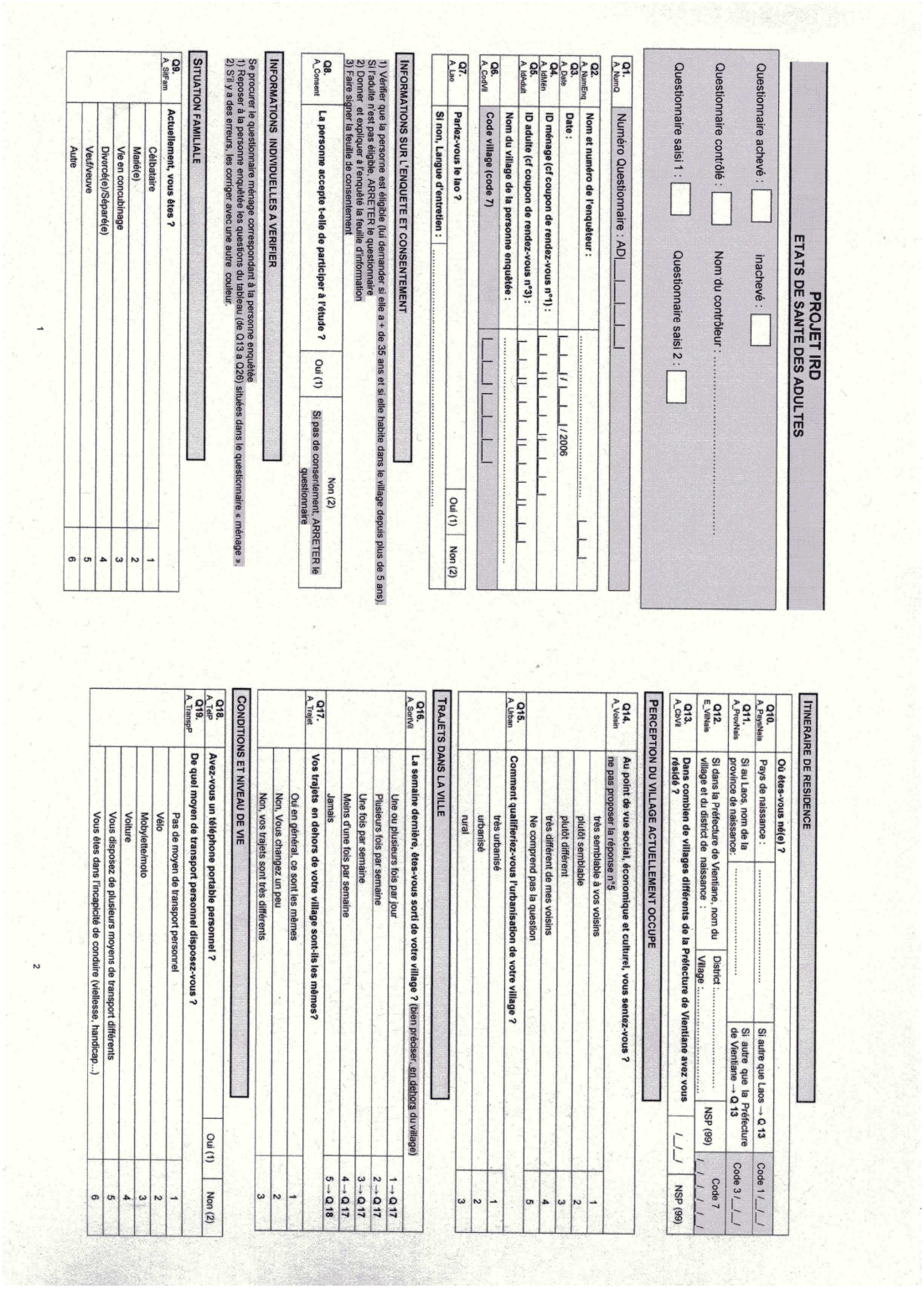
a	b	c	d	e	f	g	h
|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|

Fin de l'entretien. Merci beaucoup d'avoir accepté de répondre à ces questions.

Nous allons maintenant regarder votre maison A remplir par l'enquêteur :

Q81. M_MVoie	**La maison est-elle ? (il s'agit de la maison principale)**	
	Le long d'une voie principale (goudronnée et importante :deux voitures de chaque côté peuvent passer = 4 en tout)	1
	Le long d'une voie secondaire goudronnée (moins importante : une voiture de chaque côté = 2 en tout)	2
	Le long d'une voie tertiaire goudronnée (peu importante, une voiture uniquement)	3
	Le long d'une voie non goudronnée, importante (une voiture et plus)	4
	Le long d'une voie non goudronnée pas importante (une voiture ou pas de voiture)	5
Q82. M_MType	**Noter le type de maison : (il s'agit de la maison principale)**	
	Immeuble (plusieurs niveaux/ plusieurs ménages)	1
	Maison (plusieurs niveaux)	2
	Maison (1 niveau)	3
	Maison sur pilotis	4
	Maison sur pilotis modernisée (rdc en dur et 1er étage en bois)	5
Q83. M_MMaterM	**Noter le type de (s) matériau(x) de construction des murs de la maison : (il s'agit de la maison principale)**	
	Dur (brique,ciment, béton)	1
	Bois	2
	Mixte (bois et dur)	3
	Matériau végétal - Pas dur (bambou, rotin paille, papier, autres)	4
Q84. M_MMaterT	**Noter le type de (s) matériau(x) de construction du toit de la maison (il s'agit de la maison principale)**	
	Tuiles	1
	Zinc/Tole	2
	Matériau végétal (bois, bambou..)	3
	Mixte	4
Q85. M_MVeget	**Dans où à coté de la parcelle, il y a –t-il un grand espace de végétation comme un champs, une foret, une plantation ?**	Oui (1) / Non (2)
Q86. M_MAspect	**Aspect général extérieur (présence ou non de déchets plastiques, papiers, eau stagnante sale, excréments d'animaux, etc ?..)**	
	Propre	1
	Neutre	2
	Sale	3
	Très sale	4
Q87. M_MDist	**Regarder la maison la plus proche : Quelle est la distance à cette maison ?**	
	<10 mètres	1
	Entre 10 et 100 mètres	2
	>100 mètres	3

Annexe 6 – Questionnaire 'Adulte' de l'enquête de santé – Vientiane. Extrait.



PROJET IRD
ETATS DE SANTE DES ADULTES

Questionnaire achevé : ☐ Inachevé : ☐
Questionnaire contrôlé : ☐ Nom du contrôleur : .....
Questionnaire saisi 1 : ☐ Questionnaire saisi 2 : ☐

Q1. A_NumQ	Numéro Questionnaire : AD|_|_|_|_|_|	
Q2. A_NumEnq	Nom et numéro de l'enquêteur :	|_|_|
Q3. A_Date	Date :	|_|_| / |_|_| / 2006
Q4. A_NMen	ID ménage (cf coupon de rendez-vous n°1) :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Q5. A_IdAdult	ID adulte (cf coupon de rendez-vous n°3) :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Q6. A_CodVil	Nom du village de la personne enquêtée : ..... Code village (code 7)	|_|_|_|_|_|_|_|
Q7. A_Lao	Parlez-vous le lao ?	Oui (1) / Non (2)
	Si non, Langue d'entretien :	

INFORMATIONS SUR L'ENQUETE ET CONSENTEMENT

1) Vérifier que la personne est éligible (lui demander si elle a + de 35 ans et si elle habite dans le village depuis plus de 5 ans).
Si l'adulte n'est pas éligible, ARRETER le questionnaire
2) Donner et expliquer à l'enquêté la feuille d'information
3) Faire signer la feuille de consentement

Q8. A_Consent	La personne accepte-t-elle de participer à l'étude ?	Oui (1)	Non (2) Si pas de consentement, ARRETER le questionnaire

INFORMATIONS INDIVIDUELLES A VERIFIER

Se procurer le questionnaire ménage correspondant à la personne enquêtée
1) Reposer à la personne enquêtée les questions du tableau (de Q13 a Q26) situées dans le questionnaire « ménage »
2) S'il y a des erreurs, les corriger avec une autre couleur.

SITUATION FAMILIALE

Q9. A_SitFam	Actuellement, vous êtes ?	
	Célibataire	1
	Marié(e)	2
	Vie en concubinage	3
	Divorcé(e)/Séparé(e)	4
	Veuf/veuve	5
	Autre	6

ITINERAIRE DE RESIDENCE

Q10. A_PayeNais	Où êtes-vous né(e) ? Pays de naissance :	Si autre que Laos → Q 13	Code 1 |_|_|
Q11. A_ProvNais	Si au Laos, nom de la province de naissance:	Si autre que la Préfecture de Vientiane → Q 13	Code 3 |_|_|
Q12. E_VilNais	Si dans la Préfecture de Vientiane, nom du village et du district de naissance :	District :..... Village :..... NSP (99)	Code 7 |_|_|_|_|_|_|
Q13. A_CitVil	Dans combien de villages différents de la Préfecture de Vientiane avez vous résidé ?	|_|_|	NSP (99)

PERCEPTION DU VILLAGE ACTUELLEMENT OCCUPE

Q14. A_Voisin	Au point de vue social, économique et culturel, vous sentez-vous ? ne pas proposer la réponse n°5	
	très semblable à vos voisins	1
	plutôt semblable	2
	plutôt différent	3
	très différent de mes voisins	4
	Ne comprend pas la question	5
Q15. A_Urban	Comment qualifieriez-vous l'urbanisation de votre village ?	
	très urbanisé	1
	urbanisé	2
	rural	3

TRAJETS DANS LA VILLE

Q16. A_SortVil	La semaine dernière, êtes-vous sorti de votre village ? (bien préciser en dehors du village)	
	Une ou plusieurs fois par jour	1 → Q 17
	Plusieurs fois par semaine	2 → Q 17
	Une fois par semaine	3 → Q 17
	Moins d'une fois par semaine	4 → Q 17
	Jamais	5 → Q 18
Q17. A_TrajVil	Vos trajets en dehors de votre village sont-ils les mêmes?	
	Oui en général, ce sont les mêmes	1
	Non, Vous changez un peu	2
	Non, vos trajets sont très différents	3

CONDITIONS ET NIVEAU DE VIE

Q18. A_TelP	Avez-vous un téléphone portable personnel ?	Oui (1)	Non (2)
Q19. A_TransP	De quel moyen de transport personnel disposez-vous ?		
	Pas de moyen de transport personnel		1
	Vélo		2
	Mobylette/moto		3
	Voiture		4
	Vous disposez de plusieurs moyens de transport différents		5
	Vous êtes dans l'incapacité de conduire (vieillesse, handicap..)		6

Q20. A_Revenu	**Quel était votre revenu personnel le mois dernier ?** si pas de revenu, écrire 0	/__/__/__/__/__/$	
Q21. A_Activ	**Est-ce que vous allez, 1 fois tous les mois ou plus, faire des activités comme le bowling, le karaoké, le restaurant, le club de sport, la discothèque ?**		
	Oui		1
	Non		2
	Vous ne pouvez pas le faire car incapacité physique (vielliesse, handicap…)		3
Q22. A_Financ	**Diriez vous que financièrement :** à poser même si la personne n'a pas de revenu personnel		
	Vous êtes à l'aise		1
	Ca va		2
	C'est juste, il faut faire attention		3
	C'est difficile		4
Q23. A_Dette	**Aujourd'hui est ce que vous avez des dettes ?**	Oui (1) →*Q 24*	Non (2) → *Q 25*
Q24. A_PqDette	**Si oui, pourquoi ?** (plusieurs réponses possibles)		
	Pour subvenir aux besoins quotidiens et/ou essentiels (nourriture, habillement..)		1
	Pour des dépenses exceptionnelles involontaires (maladie, decès, accident..)		2
	Pour des dépenses volontaires, prévues (achat de voiture, de maison…)		3
Q25. A_Economn	**Faites-vous des économies ?**	Oui (1)	Non (2)
Q26. A_Tontine	**Participez –vous à une ou plusieurs tontine(s) ?**	Oui (1)	Non (2)

CAPITAL CULTUREL DE LA PERSONNE

Q27. A_Lire	**Lisez vous le lao ?**	Oui (1)	Non (2)
Q28. A_Ecr	**Ecrivez vous le lao ?**	Oui (1)	Non (2)

Q29. A_LangEtrg	**Parlez vous des langues étrangères?** *(ne pas proposer les réponses)* (plusieurs réponses possibles) Même si la personne ne parle pas couramment		
	Aucune		1
	Thaï		2
	Vietnamien		3
	Chinois		4
	Français		5
	Anglais		6
	Allemand		7
	Russe		8
	Autres		9
Q30. A_Cult	**Etes-vous de culture (fête, nourriture, etc.) différente de la culture lao (par exemple, vous êtes de culture hmong, phutai, vietnamienne, chinoise....) ?**	Oui (1) → *Q 31*	Non (2) → *Q 32* NSP (99) → *Q 32*
Q31. A_QCult	**Si oui, à quelle culture appartenez vous ?**	.....	Code 1 ou 2 /__/__/

COHESION SOCIALE ET RESEAUX SOCIAUX DE LA PERSONNE

Intégration sociale en général

Q32. A_AidVous	**Est-ce que en général, des personnes vous aident (aide morale, aide matérielle)**	Oui (1)	Non (2)
Q33. A_AidAutres	**Est-ce que en général, vous aidez des personnes (aide morale, aide matérielle)**	Oui (1)	Non (2)

Estime de soi

Q34. A_Estime	**Si vous deviez vous décrire, diriez-vous que :**		
	Vous êtes satisfait de qui vous êtes		1
	Vous aimeriez être un petit peu différent		2
	Vous n'êtes pas satisfait de vous		3
	NSP		99

Activités, communautés

Q35. A_Assos	**Appartenez-vous à :**		
a	la Jeunesse Populaire révolutionnaire Lao ?	Oui (1)	Non (2)
b	la Fédération des syndicats Laos ?	Oui (1)	Non (2)
c	au Front Lao pour la construction Nationale ?	Oui (1)	Non (2)
d	au comité du vilage (chef de nouaye, volontaires..)	Oui (1)	Non (2)
e	une association chinoise ou vietnamienne ?	Oui (1)	Non (2)
f	un club de sport ?	Oui (1)	Non (2)
g	un club culturel (musique, danse…) ?	Oui (1)	Non (2)

Si la personne est une femme, posez lui la question suivante

Q36. A_UnFem	**Appartenez-vous à l'union des femmes Lao ?**	Oui (1)	Non (2)

LIEN AVEC L'ETRANGER

Q37. A_Etrg3Mois	**Avez-vous une fois dans votre vie, vécu à l'étranger plus de trois mois (de suite)? (raisons professionnelles, universitaires, tourisme, famille, autres…)**	Oui (1)	Non (2)
Q38. A_ThaiFam	**Avez-vous de la famille installée en Thailande depuis au moins un an ?**	Oui (1) → *Q 39*	Non (2) → *Q 40*

Q39. A_ThaiLien	**Si oui, quelle est la fréquence du lien que vous entretenez avec votre famille en Thaïlande?** plusieurs réponses possibles)	
	Visites fréquentes	1
	Contacts téléphoniques, correspondance, emails fréquents	2
	Peu de visites et de peu contacts téléphoniques	3
	Pas de contact du tout	4
Q40. A_ThaiFreq	**Ces 12 derniers mois, quelle est la fréquence de vos visites en Thaïlande ?**	
	Jamais	1 → **Q 42**
	Une fois par an	2 → **Q 41**
	Plusieurs fois par an	3→ **Q 41**
	Une fois par mois	4→ **Q 41**
	Plusieurs fois par mois	5→ **Q 41**
	Une ou plusieurs fois par semaine	6→ **Q 41**
Q41. A_ThaiFreqPq	**Pour quelles raisons ?** (plusieurs réponses possibles)	
	Shopping	1
	Se soigner	2
	Visite famille	3
	Business	4
	Tourisme	5
	Autres	6

Q42. A_ThaiPerception	Comment percevez-vous la Thaïlande ?			
a	Pays développé (ou en train de se développer), pays riche	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
b	Pays ami	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)
c	Pays où l'insécurité est grande	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)
d	Pays conquérant	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)

PRATIQUES DE PREVENTION ET D'HYGIENE DE VIE

(...)

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

(...)

ASSURANCES

(...)

PERCEPTION DE LA SANTE

(...)

CONNAISSANCE DES RESOURCES SANITAIRES

(...)

PHARMACIE DE REFERENCE

(...)

ACCIDENT DU TRAVAIL

(...)

ACCIDENT DE LA ROUTE ET RECOURS

(...)

RECOURS AUX SOINS MALADIE CHRONIQUE

(...)

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DE SANTE (AUTRE QUE DENTAIRE)

(...)

RECOURS EN CAS DE.....

(...)

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DENTAIRE

(...)

SANTE DENTAIRE : SATISFACTION ET FREQUENTATION

(...)

RENONCEMENT AUX SOINS (POUR TOUS PROBLEMES DE SANTE)

(...)

SANTE MATERNELLE

(...)

RECOURS AUX SOINS EN THAILANDE

Q206. A_RecThai	Avez-vous déjà eu recours en Thaïlande ?	Oui (1) → *Q 209*	Non (2) → *Q 207*

Q207. A_PosarecThai	Pensez-vous qu'un jour vous pourriez aller consulter en Thaïlande ?	
	Oui sûrement	1 → *Q 225*
	Oui, si vous avez une maladie grave	2 → *Q 225*
	Non jamais	3 → *Q 208*
	Vous ne savez pas	99 → *Q 225*
Q208. A_PqNoRecThai	Si non jamais, pourquoi ?	
	Trop loin	1→ *Q 225*
	Trop cher	2→ *Q 225*
	Peur d'aller à l'étranger	3→ *Q 225*
	Pas besoin car jamais malade	4→ *Q 225*
	Pas envie	5→ *Q 225*
	Autres	6→ *Q 225*

Q209. A_NbConsThai	Au cours des 12 derniers mois combien de fois êtes vous aller consulter en Thaïlande ?	/__/__/
Q210. A_PqConsThai	En général, à quelle occasion allez-vous consulter en Thaïlande ?	
	Vous allez en Thaïlande à chaque fois (ou presque) que vous etes malade	1
	Vous allez en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves ou opérations	2
	Vous ne savez pas	99

Parlez nous de votre dernier recours en Thaïlande

Q211. A_DernRecThai	De quand date votre dernier recours en Thaïlande ?	
	Moins de 15 jours	1
	Entre 15 jours et moins de 6 mois	2
	Entre 6 mois et moins d'un an	3
	Entre 1 an et moins de 2 ans	4
	2 ans et plus	5

Q212. A_RecThaiStruc	Indiquer la structure :	Type :..... Nom :..... Ville en Thaïlande :.....	NSP (99)	Code 6 /__/__/__/__/__/__/
Q213. A_RecThaiDiagn	Quel était le diagnostic donné par le médecin:			
	Maladie principale :	.....		Code 8 /__/__/__/
	Vous n'avez pas compris le diagnostic			99
	Le médecin ne savait pas			98
	Le médecin ne vous l'a pas dit			97
	Vous ne vous souvenez pas			96

Q214. A_RecAvtLao	**Pour ce problème de santé, avant d'avoir eu ce dernier recours en Thaïlande, étiez vous allé dans une structure de soins au Laos ?**	Oui (1) → *Q 215*	Non (2) → *Q 216*
Q215. A_CbConsLao	**Pour ce problème de santé, combien d'endroits différents (hôpital, clinique, maison guérisseur) avez-vous visité?**		/__/__/

Q216. A_PqDépLao	**Pour quelle raison principale avez-vous décidé de quitter le Laos pour vous soigner ?**	
	Car au Laos, il n'y a pas de bon matériel	1
	Car au Laos, il n'y a pas les bons médicaments (adaptés)	2
	Car au Laos, les horaires ne vous conviennent pas	3
	Car au Laos, le service/accueil n'est pas bon	4
	Car au Laos, les médecins ne sont pas compétents	5
	Autres	6
	Ne sait pas	99
Q217. A_PqChoixThai	**Pour quelle raison principale avez-vous choisi la Thaïlande pour vous soigner ?**	
	Car le service (accueil, prise en charge..) est de bonne qualité	1 → *Q 219*
	Car les soins sont de bonne qualité	2 → *Q 219*
	Car vous avez suivi les conseils de quelqu'un	3 → *Q 218*
	Autres	4 → *Q 219*
Q218. A_QuiConseilThai	**Si vous avez suivi les conseils de quelqu'un, il s'agissait de qui principalement :**	
	Un membre de ma famille (famille élargie)	1
	Voisins, amis	2
	Un médecin laotien	3
	Un médecin thaïlandais	4
	Autres	5

Q219. A_ChoixHôpThai	**Comment avez-vous choisi l'hôpital où vous êtes allé ? Donnez la raison principale**	
	Cet hôpital est proche de Vientiane	1
	Cet hôpital n'est pas cher	2
	A cause de la publicité (journaux, panneaux publicitaires, exposition ITEC...)	3
	Votre assurance couvre les frais dans cet hôpital	4
	Le personnel est gentil	5
	Les soins sont de bonne qualité	6
	Les locaux sont propres	7
	Vous connaissez quelqu'un qui travaille dans la structure	8
	Autres	9
Q220. A_AccompagtThai	**Comment êtes-vous allé en Thaïlande ?**	
	seul	1
	accompagné	2
Q221. A_CILàThai	**Par quel moyen de transport êtes vous allé là-bas?** (n'indiquez que le moyen de transport principal)	
	Voiture	1
	Bus	2
	Touk touk	3
	Ambulance	4
	Avion	5
	Autres	6
Q222. A_ActivitéThai	**Quelles autres activités avez vous faites lors de ce voyage en Thaïlande ?** (plusieurs réponses possibles)	
	Aucune	1
	Shopping	2
	Visite de la famille	3

	Tourisme	4
	Autres	5

Satisfaction de la dernière consultation

Q223. A_SatisConsThai	**Avez vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?**	oui (1) → *Q 225*	non (2) → *Q 224*	NSP (99) → *Q 225*
Q224. A_PqNosatisThai	**Pour quelle raison principale n'êtes pas satisfait ?**			
	Le temps d'attente était long	1		
	Les soins sont de mauvaise qualité	2		
	Le personnel n'était pas gentil	3		
	Mauvais équipement	4		
	Locaux pas propres	5		
	Soins trop chers	6		
	La structure de soins est éloignée	7		
	Vous avez eu mal lorsqu'on vous a soigné	8		
	Autres	9		
	NSP	99		

CONNAISSANCES ET CROYANCES

(...)

EXAMEN CLINIQUE GENERAL

(...)

EXAMEN CLINIQUE BUCCO-DENTAIRE

(...)

Annexe 7 – Questionnaire 'Enfant' de l'enquête de santé – Vientiane. Extrait

PROJET IRD
ETATS DE SANTE DES ENFANTS

Questionnaire achevé : ☐ inachevé : ☐

Questionnaire contrôlé : ☐ Nom du contrôleur : .....

Questionnaire saisi 1 : ☐ Questionnaire saisi 2 : ☐

Q1. E_NumQ	Numéro Questionnaire : ENF|_|_|_|_|
Q2. E_NomEnq	Nom et numéro de l'enquêteur : ..... |_|_|
Q3. E_Date	Date : |_|_| / |_|_| / 2006
Q4. E_IDMen	ID ménage (cf coupon de rendez-vous n°1) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Q5. E_IDEnf	ID enfant (cf coupon de rendez-vous n°4) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Q6. E_IdMere	ID mère ou personne qui accompagne (cf coupon de rendez-vous n°5) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Q7. E_CodVil	Nom du village de la personne enquêtée : ..... Code village (code 7) |_|_|_|_| |_|_|_|

INFORMATIONS SUR L'ENQUETE ET CONSENTEMENT

1) Donner la feuille d'informations sur l'enquête et expliquer à la personne responsable de l'enfant
2) Faire signer le consentement pour participer à l'étude

Q11. E_Consent	La personne responsable de l'enfant accepte t-elle que son enfant participe à l'étude ?	Oui (1)	Si pas de consentement, ARRETER le questionnaire
		Non (2)	

Des questions concernant la mère ou la personne qui s'en occupe

Ces questions doivent obligatoirement être posées à la mère de l'enfant
Cas spécial : Si l'enfant ne vit pas avec sa mère, poser le questionnaire à la personne responsable et qui s'occupe de l'enfant

Q8. E_Mere	Etes-vous la mère de l'enfant ?	Oui (1)	Non (2)
Q9. E_Lao	Parlez-vous le lao ?	Oui (1)	Non (2)
	Si non, Langue d'entretien :		

Vérifier que l'enfant est éligible (plus de 6 mois et moins de 6 ans et habitant dans ce village depuis sa naissance)
Si l'enfant n'est pas éligible, ARRETER le questionnaire

Q10. E_DteNais	Date de naissance précise de l'enfant	|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

INFORMATIONS INDIVIDUELLES CONCERNANT LA MERE ET L'ENFANT SELECTIONNE A VERIFIER

Se procurer le questionnaire ménage
1) Reposer à la mère ou le responsable de l'enfant, les questions du tableau général la concernant et concernant l'enfant sélectionné (de Q 3 a Q26) situé dans le questionnaire « ménage ».
2) S'il y a des erreurs, les corriger avec une autre couleur.

Si la mère ou la personne qui accompagne l'enfant est sélectionnée pour l'enquête adulte, allez directement à la question Q 50

SITUATION FAMILIALE

Q12. E_SitFam	Actuellement, vous êtes ?	
	Célibataire	1
	Mariée	2
	Vie en concubinage	3
	Divorcée/Séparée	4
	Veuve	5
	Autre	6

ITINERAIRE DE RESIDENCE

Q13. E_PaysNais	Où êtes-vous né(e) ? Pays de naissance :	Si autre que Laos → Q 16	Code 1 /_/_/
Q14. E_ProvNais	Si au Laos, nom de la province de naissance:	Si autre que la Préfecture de Vientiane → Q 16	Code 3 /_/_/
Q15. E_VilNais	Si dans la Préfecture de Vientiane, nom du village et du district de naissance : District : ..... Village :	NSP (99)	Code 7 /_/_/_/_/_/_/
Q16. E_QteVil	Dans combien de villages différents de la Préfecture de Vientiane avez vous résidé ?		/_/_/ NSP (99)

PERCEPTION DU VILLAGE ACTUELLEMENT OCCUPE

Q17. E_Voisin	Au point de vue social, économique et culturel, vous sentez-vous ? ne pas proposer la réponse n°5	
	très semblable à vos voisins	1
	plutôt semblable	2
	plutôt different	3
	très différent de mes voisins	4
	Ne comprend pas la question	5
Q18. E_Urbain	Comment qualifieriez-vous l'urbanisation de votre village ?	
	très urbanisé	1
	urbanisé	2
	rural	3

TRAJETS DANS LA VILLE

Q19. E_SortVil	La semaine dernière, êtes-vous sorti de votre village ? (bien préciser, en dehors du village)	
	Une ou plusieurs fois par jour	1 → Q 20
	Plusieurs fois par semaine	2 → Q 20
	Une fois par semaine	3 → Q 20
	Moins d'une fois par semaine	4 → Q 20
	Jamais	5 →Q 21
Q20. E_TrajEt	Vos trajets en dehors de votre village sont-ils les mêmes?	
	Oui en général, ce sont les mêmes	1
	Non, Vous changez un peu	2
	Non, vos trajets sont très différents	3

CONDITIONS ET NIVEAU DE VIE

Q21. E_TelP	**Avez-vous un téléphone portable personnel ?**	Oui (1)	Non (2)

Q22. E_TranspP — **De quel moyen de transport personnel disposez-vous ?**

Pas de moyen de transport personnel	1
Vélo	2
Mobylette/moto	3
Voiture	4
Vous disposez de plusieurs moyens de transport différents	5
Vous êtes dans l'incapacité de conduire (viellesse, handicap...)	6

Q23. E_Revenu — **Quel était votre revenu personnel le mois dernier ?** si pas de revenu, écrire 0 — /__/__/__/__/__/$

Q24. E_Activ — **Est-ce que vous allez, 1 fois tous les mois ou plus, faire des activités comme le bowling, le karaoké, le restaurant, le club de sport, la discothèque ?**

Oui	1
Non	2
Vous ne pouvez pas le faire (viellesse, handicap...)	3

Q25. E_Financ — **Diriez vous que financièrement :** à poser même si la personne n'a pas de revenu personnel

Vous êtes à l'aise	1
Ca va	2
C'est juste, il faut faire attention	3
C'est difficile	4

Q26. E_Dette	**Aujourd'hui est ce que vous avez des dettes ?**	Oui (1) → *Q 27*	Non (2) → *Q 28*

Q27. E_PqDette — **Si oui, pourquoi ?** (plusieurs réponses possibles)

Pour subvenir aux besoins quotidiens et/ou essentiels (nourriture, habillement..)	1
Pour des dépenses exceptionnelles involontaires (maladie, decès, accident..)	2
Pour des dépenses volontaires, prévues (achat de voiture, de maison...)	3

Q28. E_Econom	**Faites-vous des économies ?**	Oui (1)	Non (2)
Q29. E_Tontine	**Participez –vous à une ou plusieurs tontine(s) ?**	Oui (1)	Non (2)

CAPITAL CULTUREL DE LA PERSONNE

Q30. E_Lire	**Lisez vous le lao ?**	Oui (1)	Non (2)
Q31. E_Ecr	**Ecrivez vous le lao ?**	Oui (1)	Non (2)

Q32. E_LangEtrg — **Parlez vous des langues étrangères?** (ne pas proposer les réponses) (plusieurs réponses possibles) Même si la personne ne parle pas couramment

Aucune	1
Thaï	2
Vietnamien	3
Chinois	4
Français	5
Anglais	6
Allemand	7
Russe	8
Autres	9

Q33. E_Cult	**Etes-vous de culture (fête, nourriture, etc.) différente de la culture lao (par exemple, vous êtes de culture hmong, phutai, vietnamienne, chinoise....) ?**	Oui (1) → *Q 34*	Non (2) → *Q 35*	NSP (99) → *Q 35*
Q34. E_QCult	**Si oui, à de quelle culture appartenez vous ?**		Code 1 ou 2 /__/__/	

COHESION SOCIALE ET RESEAUX SOCIAUX DE LA PERSONNE

Intégration sociale en général

Q35. E_AidVous	**Est-ce que en général, des personnes vous aident (aide morale, aide matérielle)**	Oui (1)	Non (2)
Q36. E_AidAutres	**Est-ce que en général, vous aidez des personnes (aide morale, aide matérielle)**	Oui (1)	Non (2)

Estime de soi

Q37. E_Estime — **Si vous deviez vous décrire, diriez-vous que :**

Vous êtes satisfait de qui vous êtes	1
Vous aimeriez être un petit peu différent	2
Vous n'êtes pas satisfait de vous	3
NSP	99

Activités, communautés

Q38. E_Assos — **Appartenez-vous à ;**

a	la Jeunesse Populaire révolutionnaire Lao ?	Oui (1)	Non (2)
b	la Fédération des syndicats Laos ?	Oui (1)	Non (2)
c	au Front Lao pour la construction Nationale ?	Oui (1)	Non (2)
d	au comité du vilage (chef de nouaye, volontaires..)	Oui (1)	Non (2)
e	une association chinoise ou vietnamienne ?	Oui (1)	Non (2)
f	un club de sport ?	Oui (1)	Non (2)
g	un club culturel (musique, danse...) ?	Oui (1)	Non (2)

si la personne est une femme, posez lui la question suivante

Q39. E_UnFem	**Appartenez-vous à l'union des femmes Lao ?**	Oui (1)	Non (2)

LIEN AVEC L'ETRANGER

Q40. E_Etrg3Mois	**Avez-vous une fois dans votre vie, vécu à l'étranger plus de trois mois (de suite) ? (raisons professionnelles, universitaires, tourisme, famille, autres...)**	Oui (1)	Non (2)

Q41. E_ThaiFam	**Avez-vous de la famille installée en Thailande depuis au moins un an ?**	Oui (1) → *Q 42*	non (2) → *Q 43*

Q42. E_ThaiLien — **Si oui, quelle est la fréquence du lien que vous entretenez avec votre famille en Thailande?** (plusieurs réponses possibles)

Visites fréquentes	1
Contacts téléphoniques, correspondance, emails fréquents	2
Peu de visites et de peu contacts téléphoniques	3
Pas de contact du tout	4

Q43. E_ThaiFreq — **Actuellement, quelle est la fréquence de vos visites en Thaïlande ?**

Jamais	1 → *Q 45*
Une fois par an	2 → *Q 44*
Plusieurs fois par an	3 → *Q 44*
Une fois par mois	4 → *Q 44*
Plusieurs fois par mois	5 → *Q 44*
Une ou plusieurs fois par semaine	6 → *Q 44*

Q44. E_ThaiFreqPq	Si oui, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)	
	Shopping	1
	Se soigner	2
	Visite famille	3
	Business	4
	Tourisme	5
	Autres	6

Q45. E_ThaiPerception	Comment percevez-vous la Thaïlande ?			
a	Pays développé (ou en train de se développer), pays riche	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
b	Pays ami	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)
c	Pays où l'insécurité est grande	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)
d	Pays conquérant	Oui (1)	Non (2)	NSP(99)

CONNAISSANCES ET CROYANCES

(...)

SANTE MATERNELLE

(...)

OCCUPATION DE L'ENFANT

(...)

PRATIQUES DE PREVENTION ET D'HYGIENE DE VIE DE L'ENFANT

(...)

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DE L'ENFANT

(...)

STRUCTURE DE SOINS POUR LA VACCINATION

(...)

ASSURANCES DE VOTRE ENFANT

(...)

PERCEPTION DE LA SANTE DE L'ENFANT

(...)

CONNAISSANCE DES RESOURCES SANITAIRES

(...)

PHARMACIE DE REFERENCE

(...)

RECOURS AUX SOINS MALADIE CHRONIQUE

(...)

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DE SANTE

(...)

RECOURS EN CAS DE.....

(...)

RENONCEMENT AUX SOINS (POUR TOUS PROBLEMES DE SANTE)

(...)

RECOURS AUX SOINS EN THAILANDE

Q147. E_RecThai	Votre enfant est-il déjà allé se faire soigner en Thaïlande ?	Oui (1) → *Q 150*	Non (2) → *Q 148*

Q148. E_PossRecThai	Pensez-vous qu'un jour vous pourriez l'emmener consulter en Thaïlande ?	
	Oui sûrement	1 → *Q 166*
	Oui, si il a une maladie grave	2 → *Q 166*
	Non jamais	3 → *Q 149*
	Vous ne savez pas	99 → *Q 166*
Q149. E_PqNoRecThai	Si non jamais, pourquoi ?	
	Trop loin	1→ *Q 166*
	Trop cher	2→ *Q 166*
	Peur d'aller à l'étranger	3→ *Q 166*
	Pas besoin car jamais malade	4→ *Q 166*
	Pas envie	5→ *Q 166*
	Autres	6→ *Q 166*

Q150. E_NbConsThai	Au cours des 12 derniers mois combien de fois votre enfant est-il allé consulter en Thaïlande ?	/__/__/
Q151. E_PqConsThai	En général, à quelle occasion l'emmener vous consulter en Thaïlande ?	
	Vous l'accompagnez en Thaïlande à chaque fois (ou presque) qu'il est malade	1
	Vous l'accompagnez en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves ou opérations	2
	Vous ne savez pas	99

Q152. E_Accompgt	Est-ce que vous l'avez accompagné (au moins une fois) ?	Oui (1) → Q 153	Non (2) → *Q 166*

Parlez nous de la dernière fois que vous avez emmené votre enfant se faire soigner en Thaïlande

Q153. E_DernRecThai	De quand date son dernier recours en Thaïlande ?	
	Moins de 15 jours	1
	Entre 15 jours et 6 mois	2
	Entre 6 mois et un an	3
	Entre 1 an et 2 ans	4
	Plus de 2 ans	5

Q154. E_RecThaiStruc	**Indiquer la structure :**	Type :…… Nom :…… Ville(si Thaïlande) :……	NSP (99)	Code 6 /__/__/__/__/__/__/
Q155. E_RecThaiDiagn	**Quel était le diagnostic donné par le médecin:**			
	Maladie principale :	……		code 8 /__/__/__/
	Vous n'avez pas compris le diagnostic			99
	Le médecin ne savait pas			98
	Le médecin ne vous l'a pas dit			97
	Vous ne vous souvenez pas			96
Q156. E_RecAvantLao	**Pour ce problème de santé, avant d'avoir eu ce dernier recours en Thaïlande, l'avez-vous emmené consulter dans une structure de soins au Laos ?**		Oui (1) → *Q 157*	Non (2) → *Q 158*
Q157. E_CbConsLao	**Pour ce problème de santé, combien de consultations au Laos a-t-il eu ?**			/__/__/

Q158. E_PqDépLao	**Pour quelle raison principale avez-vous décidé de quitter le Laos pour le faire soigner ?**	
	Car au Laos, il n'y a pas de bon matériel	1
	Car au Laos, il n'y a pas les bons médicaments (adaptés)	2
	Car au Laos, les horaires ne vous conviennent pas	3
	Car au Laos, le service/accueil n'est pas bon	4
	Car au Laos, les médecins ne sont pas compétents	5
	Autres	6
	Ne sait pas	99
Q159. E_PqChoixThai	**Pour quelle raison principale avez-vous choisi la Thaïlande pour le faire soigner ?**	
	Car le service (accueil, prise en charge..) est de bonne qualité	1 → *Q 161*
	Car les soins sont de bonne qualité	2 → *Q 161*
	Car vous avez suivi les conseils de quelqu'un	3→ *Q 160*
	Autres	4→ *Q 161*
Q160. E_QuiConseilThai	**Si vous avez suivi les conseils de quelqu'un, il s'agissait de qui principalement :**	
	Un membre de ma famille (famille élargie)	1
	Voisins, amis	2
	Un médecin laotien	3
	Un médecin thaïlandais	4
	Autres	5
Q161. E_ChoixHôpThai	**Comment avez-vous choisi l'hôpital où vous êtes allé ? Donnez la raison principale**	
	Cet hôpital est proche de Vientiane	1
	Cet hôpital n'est pas cher	2
	A cause de la publicité (journaux, panneaux publicitaires, exposition ITEC…)	3
	Votre assurance couvre les frais dans cet hôpital	4
	Le personnel est gentil	5
	Les soins sont de bonne qualité	6
	Les locaux sont propres	7
	Vous connaissez quelqu'un qui travaille dans la structure	8
	Car c'est là que vous aviez accouché	9
	Autres	10
Q162. E_CtLàThai	**Par quel moyen de transport êtes vous allé là-bas?** (n'indiquez que le moyen de transport principal)	
	Voiture	1
	Bus	2
	Touk touk	3

	Ambulance	4
	Avion	5
	Autres	6
Q163. E_ActivitéThai	**Quelles autres activités avez vous faites lors de ce voyage en Thaïlande ?** (plusieurs réponses possibles)	
	Aucune	1
	Shopping	2
	Visite de la famille	3
	Tourisme	4
	Autres	5

Satisfaction de la dernière consultation en Thaïlande

Q164. E_SatisfConsThai	**Avez vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?**	oui (1) → *Q 166*	non (2) → *Q 165*	NSP (99) → *Q 166*
Q165. E_PqNoSatisThai	**Pour quelle raison principale n'êtes vous pas satisfait ?**			
	Le temps d'attente était long			1
	Les soins sont de mauvaise qualité			2
	Le personnel n'était pas gentil			3
	Mauvais équipement			4
	Locaux pas propres			5
	Soins trop chers			6
	La structure de soins est éloignée			7
	Votre enfant a eu mal lorsqu'il a été soigné			8
	Autres			9
	NSP			99

Merci d'avoir répondu à ces questions

Annexe 8 – Questionnaire des enquêtes en province (version anglaise)

IRD PROJET
DESCRIPTION OF HOUSEHOLD

Q1. N°Q	Numéro Questionnaire : ⌊_⌊_⌊_⌊

Introduce yourself and purposes of the survey
Note to the surveyor: In each house try to interview the head of household.
Note to the surveyor: even if the interviewee is not the head of the household, write the information about the head of the household: age, civil status, main profession.

	Date :	⌊_⌊_/⌊_⌊_/ 2006
	Province name:	.....
	Village name:	.....
	N° Nouaye :	N° maison : .....

Q2. Gps	Quel est le numéro du point GPS que vous avez enregistré pour ce ménage ?	⌊_⌊_⌊_⌊

HOUSEHOLD HEAD INFORMATION

	Name of household head:		
Q3. Age	Age ?	⌊_⌊_⌊	years old
Q4. Sex	Sex ?		
	Male	1	
	Female	2	
Q5. Cstat	Civil Status of household head?		
	Single	1	
	Married	2	
	Widowed	3	
	Divorced	4	
Q6. Edu	Education, what is the highest level that the head of the household completed?		
	Never attended school	1	
	Primary, (1 to 5 years)	2	
	Secondary, (6 to 9 years) = collège	3	
	Higher Secondary, (10 to 12 years) = lycée	4	
	College or vocationnel school	5	
Q7. Occ	What is the main occupation of the household head?		
	Retired (if retired, precise what was the last occupation of the head of household)	1	
	Farmer/fisher	2	
	Private employee	3	
	Big business (specify) :	4	
	Small trade (specify) :	5	
	Wage Labor	6	

	Government employee	7
	Other (specify) :	8

HOUSEHOLD CHARACTERISTIC

Q8. Thh	Total Household Size (that means all people who live in this house, share their meals together)	⌊_⌊_	
Q9. Elderhh	Number of elderly (65years or more)	⌊_⌊_	
Q10. Adhh	Number of adults (between 15years old and 64 years old)	⌊_⌊_	
Q11. Childhh	Number of children (less than 15 years old)	⌊_⌊_	
Q12.	Number of women in HH	⌊_⌊_	

Q13. TimeVill	How long has your family been residing in this village?		⌊_⌊_ years	
Q14. Move	Did you move from another place?		Yes→ Q 14	No→ Q 15
Q15. LastPl	If yes, where did you move from the last time? (province, district, village name)	province.....district.....village.....		
Q16. Nat	Nationalities of the household members?	.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
Q17. Countryb	Country of birth of the household members?	.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
Q18. EthnicG	Ethnic group(s) of household members?	.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
		.....	⌊_⌊_	
Q19. Religion	Religion of household members? (Multiple answers)			
	Bouddhist		1	
	Animist		2	
	Chrétien		3	
	Musulman		4	
	Autres		5	
	NSP		6	

HOUSING AND HOUSEHOLD ASSETS

Q20. House	What is the type of the house?	
	Half wooden half concrete	1
	Concrete house (ciment, brick...)	2
	Wooden house	3
	Bamboo house	4

	Other	5
Q21. Elect	**Is this dwelling unit electrified ?**	
	Yes, a meter (own or shared)	1
	Yes, own generator	2
	Yes, car battery	3
	Other	4
	No electricity	5
Q22. Water	**Do you have :**	
	Water supply with individual meter	1
	Water supply with collective meter	2
	Water supply by joining with neighbor	3
	No water supply	4
Q23. Toilet	**What kind of toilet facility does your household use?**	
	Modern toilet : Pour flush latrine	1
	Normal toilet : Traditionnal pit latrine	2
	Forest or no facility	3

	Household Assets **Please tick off items of assets do you have and write the number of each.** **If the household doesn't have a item, write 0**		
Q24. Bi	Bycicle	⌊__⌋	
Q25. Mo	Motorbikes	⌊__⌋	
Q26. Ca	Cars	⌊__⌋	
Q27. Tr	Trucks	⌊__⌋	
Q28. Bo	Boat	⌊__⌋	
Q29. TV	TV	⌊__⌋	
Q30. Wa	Washing machine	⌊__⌋	
Q31. Fri	Fridge	⌊__⌋	
Q32. Rfi	Rice field	⌊__⌋	Hectares
Q33. Lan	Land (for culture, construction…)	⌊__⌋	Hectares
Q34. Fan	Fan	⌊__⌋	
Q35. Air	Air Con	⌊__⌋	
Q36. Mp	Mobile phone	⌊__⌋	

Q37. CashInc	**What are the sources of cash incomes for your household?** *Please check all sources that apply. Multiple answers*	
	Rice	1
	Fruits/vegetables/ Cattle, Buffalo, pig, goat, sheep,chicken and ducks/ Forest Product	2
	Daily Labor	3
	Private business	4
	Monthly salary	5
	No income, work at home	6

Q38. Income	**On average, how much does your household earn per month from this source of income?**	
	Less than 100,000 kip	1
	Between 100,000 to 200,000 kip	2
	Between 200,000 to 500,000 kip	3

	Between 500,000 to 1,000,000 kip		4
	More than 1,000,000 kip		5
Q39. FamilHelp	**Does the household receive some financial help from family or friends?**	Yes	No

Q40. Riceyear	**Was there any time during this year in which your household did not have enough rice to eat?**	**Yes**	**No**

LINKS WITH FOREIGN COUNTRIES

Q41. FamilTai	**Do you have family in Thailand ?**	Yes→ *Q41*	No→ *Q 42*
Q42. Supportai	**If yes, can you ask to your family in Thailand some support? (Accommodation, financial support, health information…)**	Yes	No

Q43. Gotai	**Does the household use to go regularly to Thailand?**	
	Yes, all the members go	1→ *Q 43*
	Yes, some of them	2→ *Q 43*
	No, not regularly or never	3→ *Q 44*

Q44. whygotai	**For which reasons, do the household members go to Thailand ?** (multiple answers)	
	Shopping	1
	To seek health care	2
	Family visit	3
	Business	4
	Tourism	5
	Other	6

Q45. Worktai	**Did any members of the household already work in Thailand for few times?**	Yes→ *Q45*	No → *Q47*	NSP→ *Q47*
Q46. workwher	**If yes, where in Thailand ? (If someone has different jobs in Thailand, write the present one)**			
	a. province.....district.....village.....			⌊__⌋⌊__⌋
	b. province.....district.....village.....			⌊__⌋⌊__⌋
	c. province.....district.....village.....			⌊__⌋⌊__⌋
Q47. kindjob	**What kind of jobs?**			
	.....			⌊__⌋⌊__⌋
	.....			⌊__⌋⌊__⌋
	.....			⌊__⌋⌊__⌋

Q48. Pont	**What do you think about the new bridge?**		
Q49. Pont bis	**Did any members of the household already cross the border with the bridge ?**	Yes	No

Q50. Taiview	How do you perceive Thailand?			
a. dvp	Developped, rich Country	Yes	No	NSP
b. friend	Friend country	Yes	No	NSP
c. insec	Country where there is a big insecurity	Yes	No	NSP
d. conq	Conquering country	Yes	No	NSP

Q51. Familout	Do your household have some family in a foreign country (Thailand is not included)?		Yes → *Q 49*	No → *Q 50*	NSP (99) → *Q 50*
Q52. Whereout	If yes, where ? Si oui, dans quels pays ? (Pas plus de 2. Si plus de 2, noter les pays où il y a le plus de famille)				
a	1er pays	.....	Code 1 |___|___|		
b	2eme pays	.....	Code 1 |___|___|		

HEALTH CARE BEHAVIOUR

In general

Q53. Healthins	Do you or your family have a health insurance?	Yes → *Q51*	No → *Q52*	NSP → *Q52*
Q54. Kindinsu	If yes, which type of insurance? Name?			

Q55. Practices	~~Is there something (behaviour, food, drink....) that you think is good for health and that you and your family practice sometimes to often?~~

Q56. Commondis If someone in your household suffers a sickness not serious, a common disease, where did you first seek health care ? (Don 't suggest the answers)		Q57. Severedis If someone in your household suffers a serious and severe sickness, where did you first seek health care ? (Don 't suggest the answers)	
Treat at home by myself	1	Treat at home by myself	1
Go to the VHV in my village	2	Go to the VHV in my village	2
Go to a private pharmacy to buy medicine	3	Go to a private pharmacy to buy medicine	3
Go to the health center	4	Go to the health center	4
Go to the district hospital	5	Go to the district hospital	5
Go to the provincial hospital	6	Go to the provincial hospital	6
Go to a clinic	7	Go to a clinic	7
Go to Thailand	8	Go to Thailand	8
Don't do anything	9	Don't do anything	9
Other (precise).....	10	Other (precise).....	10
You don't know	99	You don't know	99

Q58. Moneyho	If someone in the household has a serious disease which needs hospitalization, do you have encugh money (supply) to pay expenditures?	Yes	No

Thailand

Q59. About tai infras	What do you think about the Health Care facilities in Thailand? (even if they don't know, ask them how they imagine it)

Q60. Drugta	Did you or someone in the family already buy some medications (drugs) in Thailand?	Yes → *Q58*	No→ *Q59*
Q61. Type drug	If yes, which type of drugs?		

Q62. HSeet ai	Is there someone in your household that went to Thailand to seek health care in the past ?	Yes → *Q Complete the table below*	No→ *Q*

Q63. Futurtai	Do you think that you or your family could seek health in Thailand once (in the future)?	
	Yes certainly	1 → *Q 65*
	Yes, if severe disease	2→ *Q 65*
	No never	3→ *Q 64*
	You don't know	4→ *end*
Q64. Ifnowhy	If no never, why ? (don't suggest the answers)	
	Too far	1
	Too expensive	2
	Afraid to go abroad	3
	Don't need, never sick	4
	Don't want	5
	Other : (specify)	6
Q65. Ifyeswhy	If yes, for what type of diseases?	

Q66. Tai table	If yes, please complete the table below concerning people who went already in Thailand

No	Name	Relation to HH Head *	Gender		Age	Where? (city, public or private, name if structure)	Health reason?	Date of last time? How many times?
			Male	Female				
1								
2								
3								
4								

* (1) Household head (2) Spouse (3) Son, daughter, son in law, daughter in law (4) Father (5) Mother (6) Other (specify).....

Annexe 9 – Liste des thèmes abordés en entretien

Consigne initiale

« *Vous avez eu recours en Thaïlande dans le passé, pouvez vous nous raconter comment cela s'est passé ?* »

Guide thématique

(Série de thèmes à explorer au cours de l'entretien)

Présenter aux personnes rencontrées les grandes lignes thématiques qui seront abordées afin qu'elles comprennent l'objectif et le cheminement de l'entretien : contexte, nombre de recours, maladie, recours au Laos, recours en Thaïlande, bénéfices de cette expérience, répercussions pour le futur.

□ **1. Combien de fois êtes vous allés en Thaïlande pour des questions de santé ?**

- Si le patient est allé 1 fois, alors on parle de ce seul recours.
- Si le patient est allé PLUSIEURS fois…. On parle du dernier recours. Mais on fait aussi un point sur les recours précédents. Les énumérer, citer les pathologies, les structures pour chacun. *(faire parler l'enquêté sur son dernier recours et après revenir sur les recours précédents, en demandant ce qui a changé, si des différences, lesquelles ?....)*

Toutes les questions concernent le dernier recours du patient

LE CONTEXTE

□ **2. Statut socio-économique, culturel de la personne enquêtée** [profession, lieu de vie, appartenance à des associations, ….]

□ **3. Connaissance en matière de santé et de structures de soins** [Quelqu'un d'autre de votre famille ou ami proche s'est-il déjà fait soigné en Thaïlande ?]

LA MALADIE

□ **4. Symptômes** [les décrire, apparition de la maladie, une personne à qui en parler rapidement, entourage avec un médecin ou soignant]

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

□ **5. Avant recours en Thaïlande, y a-t-il eu des consultations au Laos ?** [Quelles structures, combien de recours différents, laps de temps, satisfaction, dépenses de santé, amélioration ou non de l'état de santé]

□ **6. Prise de décision du recours en Thaïlande** [prise de connaissance de la structure en Thaïlande, adjectifs concernant la structure, conseils famille, amis, médecins laotiens, prise de décision personnelle ou d'un tiers, personne proche qui est déjà allé se faire soigner, présence de personnes ressources en Thaïlande]

□ **7. Modalités du recours** [quand, temps entre début des symptômes de la maladie et le temps du recours, comment, quelles structures, temps de séjour en Thaïlande]

□ **8. Transport et accessibilité** [moyens de locomotion, accompagné ou non, présence de personnes ressources pour aider à la prise en charge en Thaïlande, immigration]
□ **9. Dans la structure** [accueil, prise de contact avec médecin, temps attente, propreté, matériel, soins donnés, diagnostic ou souvenir du diagnostic]
□ **10. Paiement** [coût consultation + médicaments + transport + logement, assurance santé, cher ou pas, cash, emprunt]
□ **11. Satisfaction du recours** [relations avec médecin et infirmières, compréhension du diagnostic, amélioration état de santé]
□ **12. Activités secondaires liées au recours** [shopping, tourisme, quelles est celle en amont et celle qui découle de la première]
□ **13. Difficultés liées au recours en Thaïlande** [prix, distance, information, transport, immigration, communication avec le médecin, comportement du médecin, relations avec le personnel soignant]

LA QUESTION DES PERCEPTIONS

□ **14. Perception** [des structures de soins thaïlandaises avant et après le recours]
□ **15. Confiance** [aux médecins thaïlandais, médecins laotiens, même confiance ?]
□ **16. Connaissez-vous d'autres structures de soins en Thaïlande ? Les qualifier ?**

REPRODUCTION OU NON DES RECOURS DANS LE FUTUR

□ **17. Utilisation dans le passé** [faire parler sur les possibles anciens recours qu'il y a eu en Thaïlande, mettre en parallèle, quelles différences ?....]
□ **18. Utilisation dans le futur, projection** [question de l'expérience, bénéfices de ce recours dans la compréhension du système thaïlandais, possibilité d'un prochain recours en Thaïlande, pour quel type de pathologie (Check up (1), problème de santé basique (2), problème de santé très grave (3) qui nécessite des soins urgents ou hospitalisation), même structure….]
□ **19. Si prochain problème de santé similaire ?** Recours direct en Thaïlande ou essai avec les structures laotiennes.

MISE EN PARALLELE DES DEUX SYSTEMES DE SOINS

□ **20.** Quelles sont les similitudes entre les deux systèmes ?
□ **21.** Quelles sont leurs différences ?

PERSPECTIVES POUR LE SYSTEME LAOTIEN

□ **22. Que faudrait-il changer au Laos pour que vous restiez vous faire soigner ici ?** [diagnostic des médecins, services, les locaux, qualité du matériel, …..]
Seriez-vous prêt à payer plus si la qualité des soins devient meilleure ? Ou meilleure qualité et pas augmentation de prix

Annexe 10 – Pathologies de recours des patients laotiens en Thaïlande

Les tableaux présentés ci-dessous regroupent les informations 'diagnostics' relevées dans cinq structures de soins frontalières et réparties de 2003 à 2007 selon les registres. Pour chaque famille de pathologies représentée, les chiffres indiqués représentent le nombre de consultations (OPD) et le nombre d'hospitalisations (IPD) annuelles engagés par les patients transfrontaliers.

Tableau 35 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Chiang Rai

Familles de maladies	Type	Année			
		2004	2005	2006	2007
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	OPD/IPD	1/35	2/49	2/58	2/66
Cancer, tumeurs malignes		41/43	19/41	48/63	37/45
Conseils	OPD	11	15	15	19
Dermatologie	OPD/IPD	21/10	39/6	36/10	44/10
Examen médicaux avant emploi	OPD	151	117	83	75
Examens médicaux, gynécologiques, radiologiques, de laboratoire	OPD/IPD	18/1	36/0	62/1	57/0
Grossesse, accouchement, puerpéralité		50/75	66/106	83/133	154/134
Kinésithérapie	OPD	5	7	8	3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certains autres CSQ de causes externes	OPD/IPD	39/91	46/122	36/158	54/172
Maladies de l'appareil circulatoire		17/20	25/41	26/41	41/48
Maladies de l'appareil digestif		52/64	78/91	87/103	72/104
Maladies de l'appareil génito-urinaire		56/37	124/49	115/36	140/55
Maladies de l'appareil respiratoire		45/53	86/66	83/85	73/67
Maladies de l'œil et de ses annexes		30/1	34/2	43/4	29/7
Maladies de l'oreille et l'apophyse mastoïde		5/0	19/1	22/3	13/1
Maladies du sang et troubles système immunitaire		8/24	12/27	21/32	12/33
Maladies du système nerveux		9/18	24/26	32/15	29/22
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		47/19	62/18	62/22	88/16
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		18/11	19/12	17/14	26/10
Maladies parasitaires et infectieuses		44/45	51/75	42/84	56/78
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques		7/8	12/9	4/10	11/7
Santé dentaire		13/0	18/1	9/2	16/0
Suivi médical post chirurgical ou post traumatique		22/4	55/5	67/5	113/0
Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction		1/0	8/0	5/1	14/3
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire		39/8	83/20	104/23	95/13
Troubles mentaux, comportement		24/3	27/5	39/2	42/4
Vaccination	OPD	0	2	7	7
TOTAL		774/570	1086/772	1158/905	1322/896

Tableau 36 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Chiang Khong

Familles de maladies	Type	Année			
		2004	2005	2006	2007
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	OPD/IPD	5/11	4/6	4/15	7/21
Cancer, tumeurs malignes		6/6	12/5	14/5	14/5
Conseil médical	OPD	61/0	79/0	77/1	107/0
Dermatologie	OPD/IPD	51/5	63/9	67/8	60/10
Examen avant emploi	OPD	51	51	13	4
Examen médical, gynécologique, radiologique, de laboratoire	OPD	41	46	57	71
Grossesse, accouchement, puerpéralité	OPD/IPD	48/104	70/128	85/151	111/163
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		120/34	132/21	160/38	239/39
Maladies de l'appareil circulatoire		43/14	41/10	52/13	47/13
Maladies de l'appareil digestif		168/39	161/29	213/28	253/21
Maladies de l'appareil respiratoire		205/43	209/24	325/72	267/53
Maladies de l'œil et de ses annexes		14/0	19/0	21/1	37/0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		15/	17/0	19/0	19/1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire		14/8	28/13	31/18	36/12
Maladies du système génito-urinaire		77/23	94/18	112/20	135/23
Maladies du système nerveux		15/7	16/2	23/5	32/3
Maladies du système ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif		140/3	150/4	209/2	188/5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		26/5	28/3	34/8	34/3
maladies parasitaires et infectieuses		87/59	81/49	94/39	109/44
Malformations congénitales, anomalies chromosomiques		3/2	0/2	4/1	3/2
Mise en observation	OPD	21	12	23	32
Santé dentaire	OPD/IPD	29/0	45/1	105/0	134/0
Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques		10/0	95/0	35/0	23/3
Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction	OPD	8	11	92	74
Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles	OPD	32	34	33	55
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	OPD/IPD	165/11	150/18	200/33	160/24
Troubles mentaux et comportement		23/6	20/2	35/3	28/3
Vaccination	OPD	4	4	7	7
TOTAL		1482/380	1672/344	2150/461	2286/448

Tableau 37 – Pathologies traitées à l'hôpital régional de Khon Kaen

Familles de maladies	Type	Année	
		2003	2004
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	OPD/IPD	2/0	4/2
Cancer, tumeurs malignes		352/99	334/63
Conseil médical		40/0	37/1
Dermatologie		19/1	20/0
Don d'organe		2/0	11/1
Examen médical, gynécologique, radiologique, de laboratoire	OPD	97	69
Greffe (suivi)	OPD	5	12
Grossesse, accouchement, puerperalité	OPD/IPD	12/1	32/2
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		26/15	29/14
Maladies de l'appareil circulatoire		93/7	53/6
Maladies de l'appareil digestif		101/16	94/9
Maladies de l'appareil génito-urinaire		155/18	125/7
Maladies de l'appareil respiratoire		88/14	70/7
Maladies de l'œil et de ses annexes		121/10	118/9
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		17/0	15/1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire		37/1	22/5
Maladies du système nerveux		57/5	48/2
Maladies du système ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif		67/3	109/5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		67/1	43/2
Maladies infectieuses et parasitaires		59/2	72/2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques		43/8	40/10
Mise en observation		49/0	30/1
Santé dentaire		28/1	17/0
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire		62/1	58/2
Troubles mentaux et du comportement		57/2	88/0
TOTAL		1656/205	1550/151

Tableau 38 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Nong Khai

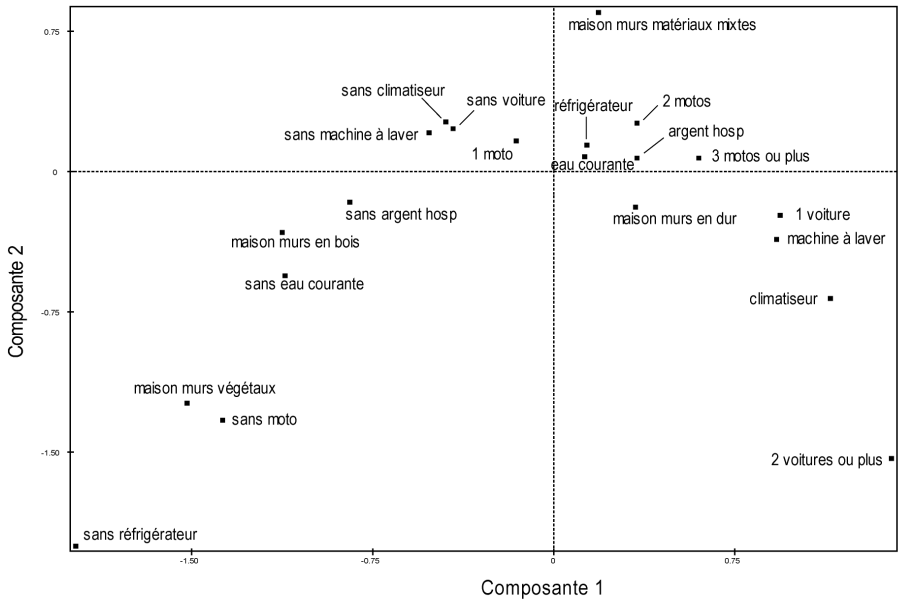
Familles de maladies	Type	Année	
		2003	2004
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	OPD/IPD	3/13	16/15
Cancer, tumeurs malignes		20/42	58/34
Conseil médical	OPD	1	2
Examen médical, gynécologique, radiologique, de laboratoire		59	94
Grossesse, accouchement et puerpéralité	OPD/IPD	59/193	270/190
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		42/54	101/56
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		40/2	42/1
Maladies de l'appareil circulatoire		34/31	51/13
Maladies de l'appareil digestif		97/45	134/41
Maladies de l'appareil génito-urinaire		84/32	122/21
Maladies de l'appareil respiratoire		115/22	136/14
Maladies de l'œil et de ses annexes		21/4	20/1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		20/1	10/1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire		4/11	21/7
Maladies du système nerveux		41/9	47/9
Maladies du système ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif		78/6	125/8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		68/30	166/23
Maladies parasitaires et infectieuses		52/80	73/36
Malformations congénitales, anomalies chromosomiques		2/3	5/3
Renouvellement de prescription	OPD	28	28
Santé dentaire		21	27
Suivi post chirurgical, post chimio, post traumatique et post traitement		47	88
Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction	OPD/IPD	6/18	45/33
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire		104/20	126/28
Troubles mentaux et du comportement	OPD	18	18
Vaccination		38	31
TOTAL		1102/616	1856/534

Tableau 39 - Pathologies traitées à l'hôpital régional d'Ubon Ratchatani

Familles de maladies	Type	Année		
		2003	2004	2005
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	OPD/IPD	1/14	2/27	0/18
Cancer, tumeurs malignes		254/82	344/82	347/61
Conseil médical	OPD	24	51	27
Examen médical, gynécologique, radiologique, de laboratoire	OPD/IPD	61/0	71/1	53/2
Grossesse, accouchement et puerpéralité		14/47	37/80	55/35
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		42/104	50/107	33/64
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		28/3	30/7	29/11
Maladies de l'appareil circulatoire		27/29	58/42	42/29
Maladies de l'appareil digestif		67/53	104/60	72/48
Maladies de l'appareil génito-urinaire		87/41	121/45	68/31
Maladies de l'appareil respiratoire		45/27	58/41	42/30
Maladies de l'œil et de ses annexes		29/5	17/5	25/7
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		13/5	19/5	16/1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire		32/23	32/36	29/39
Maladies du système nerveux		30/11	33/10	31/12
Maladies du système ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif		56/10	91/26	72/14
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		61/11	61/11	28/3
Maladies parasitaires et infectieuses		32/74	44/58	24/30
Malformations congénitales, anomalies chromosomiques		7/8	9/7	6/12
Santé dentaire		12/0	26/2	26/0
Suivi post chirurgical, post chimio, post traumatique, post traitement		31/1	51/0	58/1
Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction		0/1	6/2	5/1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire		72/11	59/16	63/14
Troubles mentaux et du comportement		22/0	17/2	19/1
TOTAL		1047/560	1391/672	1170/464

Annexe 11 – Construction des typologies sur le niveau d'équipement des ménages : exemple de l'urbain

Représentation des modalités sur les deux premières composantes de l'ACM



Description des composantes crées par l'ACM : histogramme des 13 premières valeurs propres

Composante	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé	5% 10% 15% 20% - - - - + - - - - + - - - - + - - - - + - - - -
1	0.3551	21.85	21.85	*************************
2	0.1644	10.12	31.97	**********
3	0.1389	8.55	40.52	**********
4	0.1292	7.95	48.47	*********
5	0.1248	7.68	56.15	********
6	01238	7.62	63.76	********
7	0.1139	7.01	70.77	********
8	0.1028	6.33	77.10	*******
9	0.0925	5.69	82.79	******
10	0.0856	5.27	88.06	*****
11	0.0743	4.57	92.63	****
12	0.0667	4.10	96.73	****
13	0.0531	3.27	100.00	***

Annexe 12 – Coupure de presse : le bon fonctionnement des hôpitaux laotiens vu par la presse

Doctors say local hospitals give good service

☐ XAYXANA LEUKAI

DOCTORS at Mahosot Hospital are concerned that patients who choose to go for treatment in Thailand are merely following fashion instead of good medical advice.

Even though the quality of doctors and medical equipment at Mahosot has improved yearly, many people still prefer using the medical services of Laos' neighbour.

Doctors refute this claim. "Only a small number of people go for treatment outside the country," said the Director of Mahosot Professor Chanpheng Thammavong this week. "They can do this because they have money," he said. "We cannot stop them even if we prove the good quality of our medical services because they are following the fashion," he said.

Mr Phomma Sithideth, 71, of Ban Nongveng in Hadxaifong district had medical tests at Wattana Hospital in Nongkhai province during a shopping trip there last year. He said that the tests were the same as those done in Lao hospitals but that the service was much better. "The doctors at Wattana did the tests much more quickly. However, it cost quite a lot more money than in Laos," he said. "I would like to see our own hospitals provide a similarly efficient service."

Professor Chanpheng said that medical services in Laos for all conditions, including pregnancy, were adequate. "Our doctors have enough skills to help women deliver their babies. But some pregnant women prefer to use facilities outside the country," he said.

Some people say that medical services and the modern equipment in hospitals over the border are better than those in Laos. They also say that most doctors there speak very politely. These people are not very concerned with how much the services cost, but feel sure they are getting value for money.

"They have to pay two or three times as much for treatment in foreign hospitals compared to the cost of services in Laos," Professor Chanpheng said.

The doctor also appealed for Lao people to put patriotism above any doubts they may have about medical standards. "Lao people should help the Lao economy by using the local medical services," he said. "Economic development in Laos is still the duty of Lao people."

Mahosot staff believe that people like to go to hospitals outside the country because very often they would come for treatment at Mahosot but were unable to see a doctor immediately. "Sometimes patients got annoyed at having to wait for such a long time and, although some doctors do speak impolitely to patients, this problem is very rare in our hospital," the Professor said.

Mahosot holds weekly meetings for all members of staff to discuss how to improve hospital services. They also discuss how doctors and nurses can discuss patients' treatment in a polite way, so that Mahosot becomes known as the people's hospital.

Mahosot is a training ground for medical students, pointed out Professor Chanpheng. "Most students in the fourth, fifth, sixth and seventh year from the Faculty of Medicine practise their medical skills here before they graduate."

In addition, at least 80 provincial doctors have done their training at Mahosot and doctors from 103 Friendship and Setthathirath Hospitals take courses to update their skills there every year.

A doctor performs a medical test for a patient at Mahosot Hospital.

However, there are still a lot of medical challenges for local doctors in undeveloped countries, including Mahosot Hospital, especially relating to various cancers, infectious diseases, heart disease and contagious diseases. The mortality rate among mothers and newborn children also remains high and requires urgent attention.

The death rate among patients at Mahosot Hospital averages two percent per year. This number is low. "Most people who die here are seriously ill patients who have been unable to get a cure at other hospitals," Professor Chanpheng observed. "However, we also have quite a lot of patients who are terminally ill and choose to leave the hospital and go home to die."

A Health Ministry doctor, who did not want to be identified, said the ministry did not have any statistics, but that he did not think there were very many Lao patients attending Thai hospitals.

"There might have been a high number in the past but now our hospitals have improved, and I think the number of Lao patients going to Thai hospitals has decreased," he said.

He said that the reason that the ministry did not have accurate statistics was because some Lao people went to Thailand for shopping trips and had a health check there at the same time.

"Thai private hospitals are better than ours only in service, but we are working to improve that aspect as well," he said.

[Vientiane Times, 14 janvier 2005]

Annexe 13 – Coupures de presse : première version non publiée de l'article "Et la Santé…" puis version corrigée et publiée dans le Rénovateur du 25 octobre 2006

Il s'agit de la première version non publiée de l'article 'Et la Santé…'. Cette version a ensuite été modifiée pour paraître dans le Rénovateur du 25 octobre 2006.
Ce premier jet nous a été remis par un assistant de la rédaction dans sa forme brute sans correction et avec des formules de français parfois incorrectes.
J'ai donc pris la liberté de reformuler le texte ci-dessous en prenant la précaution de préserver le contenu et le sens des phrases.

Micro-trottoir

Comme tous les matins, de nombreux Lao vont dans les cliniques et hôpitaux de Thaïlande pour se soigner. On dit que les équipements médicaux des hôpitaux lao sont identiques à ceux des hôpitaux thaïs mais certains Lao continuent de se faire soigner en Thaïlande.
Aujourd'hui, le Rénovateur se penche sur ce problème et a posé la question aux personnes qui sont allés soigner en Thaïlande.

Pourquoi allez-vous vous soigner en Thaïlande ?

Madame Chanh, âgée de 50 ans, habite le village de Xiengda, dans l'arrondissement de Saysettha:
« Pour moi, ce que j'aime en Thaïlande, c'est la bonne qualité des analyses et la prescription des médicaments. En Thaïlande, j'aime aussi le service, les questions posées par les médecins thaïlandais avant de contrôler les maladies, alors que les médecins laotiens ne font pas ça, ils attendent les malades sur leur chaise.
J'ai du diabète et avant de me soigner dans une clinique en Thaïlande, je suis allée de nombreuses fois consulter dans les hôpitaux de la capitale : le docteur a contrôlé ma maladie, m'a donné des médicaments mais la maladie a continué. Une connaissance de mon village, m'a conseillé d'aller consulter en Thaïlande ; les résultats des analyses ont été connus dans les trois heures au lieu de trois jours dans les hôpitaux lao. Maintenant ma maladie diminue et je dois aller en Thaïlande une fois par mois pour acheter les médicaments et faire des contrôles. Je pense que dans l'avenir, ma maladie va s'arrête si je suis les conseils du docteur. »

Chounmany Singsomphou, âgée de 25 ans, habite le village de Meuangnoy :
« Il y a quelques temps, j'ai accouché de mon enfant dans un hôpital de la capitale. J'avais mal au ventre mais les médecins ne s'intéressaient pas à moi parce que j'étais pauvre. Après avoir accouché, les infirmières qui se sont occupées de moi ont mis mon lit dans un couloir où il y avait beaucoup de passants. Elles m'ont laissé là deux heures au lieu de me remettre dans ma chambre. Mon mari m'a alors dit qu'elles procédaient comme cela, parce qu'elles attendaient de l'argent, en plus de celui donné pour les médicaments et l'accouchement. Mon mari a alors donné de l'argent et deux/trois minutes plus tard, elles m'ont ramené dans ma chambre. Depuis ce jour et jusqu'à aujourd'hui je ne crois plus les médecins laotiens, ils n'en veulent qu'à l'argent des malades. »

S.S.

SANTE

Et la santé...

SOMPHAVANH SIRAMATH

Tous les jours, de nombreux Lao vont dans les cliniques et hôpitaux de Thaïlande pour se faire soigner. On dit que les équipements médicaux des hôpitaux lao sont identiques à ceux des hôpitaux thaïs mais certains Lao continuent de se faire soigner en Thaïlande. Ont-ils tort, ou raison ? Nous avons cherché à savoir leur motivation et nous nous sommes rendu compte que les avis étaient partagés

En cas de problèmes de santé, où allez-vous vous faire soigner ?

Mme Hoy, 82 ans, habitante de Tanepiao, Vientiane :

« En 1998, j'ai eu un calcul rénal. Mon fils m'a accompagnée dans un hôpital de la capitale. Après sept jours passés à l'hôpital, les médecins ont dit à mes enfants que cette maladie ne pouvait se soigner parce que le rein arrêtait travailler. Le soir-même, nous sommes rentrés chez nous. Tout le monde pensait que j'allais décéder. Deux jours plus tard, mes enfants m'ont emmenée en Thaïlande pour consulter là-bas. Je ne croyais pas du tout à mes chances et j'ai d'abord douté de l'efficacité du traitement que le médecin thaï m'a prescrit. Trois jours après j'allais déjà mieux, aujourd'hui j'ai 82 ans, je suis forte comme une jeune femme, je pense que ma maladie est terminée mais je continue à acheter les médicaments que le médecin thaïlandais m'avait conseillé ».

Mme Noy, âgée de 25 ans, de Nalao, (arr. de Sikottabong) :

« Je ne vois pas la nécessité d'aller en Thaïlande pour se faire soigner. Quand ma famille ou moi-même, nous avons un problème de santé important, nous allons à l'hôpital Mahosot. On y est très bien soigné et on peut être facilement visité par la famille et les amis. Nos médecins sont compétents, croire le contraire c'est manquer d'information sur notre système de santé. Des progrès considérables ont été apportés au secteur de la santé et nos médecins disposent de matériels performants, il n'y qu'à visiter l'hôpital de Setthatirhat et le service cardiologique de Mahosot pour s'en assurer. »

Mme Boun à 50 ans, résidant à Ban Meuangnoy (arr. Saysettha) : *« Je trouve que le service hospitalier est meilleur en Thaïlande. Les analyses et les prescriptions me semblent plus adaptées. J'ai un diabète, avant de me soigner dans une clinique en Thaïlande, j'ai plusieurs fois consulté dans les hôpitaux de Vientiane. Des docteurs m'ont fait des prescriptions mais mes conditions ne se sont pas améliorées. Une amie du même village que moi m'a conseillé d'aller consulter en Thaïlande, ce que j'ai fait. Tout est allé très vite : j'ai eu les résultats de mes analyses en trois heures au lieu de trois jours dans les hôpitaux lao. Aujourd'hui, ma maladie est sous contrôle, je dois juste aller en Thaïlande une fois par mois ».*

Mme Hoy

M. Somthiane de ban Asokh

« Je viens d'être traité à la clinique internationale de Vientiane pour un abcès, les médecins m'ont dit que j'avais consulté à temps et évité le pire... encore quelques jours et c'était l'infection. Il est vrai que les soins n'ont pas été gratuits, mais cela serait revenu au même en Thaïlande, voire plus cher, en comptant les frais de voyage et les médicaments, car les hôpitaux thaïs ont tendance à prescrire trop de médicaments dans un but commercial. Les médecins m'ont tiré d'un mauvais pas, j'ai bien été soigné dans mon pays, je ne vois pas l'intérêt de traverser la frontière »

Mme Chounmany Singsomphou, âgé de 25 ans, habitant le quartier du That Luang :

« Moi, je me fais soigner à Vientiane, les soins y sont aussi bien administrés qu'ailleurs. Les soins en Thaïlande coûtent énormément d'argent, il faut être riche pour aller là-bas et en cas de grave problème, rien ne vous de guérir. J'ai même entendu dire que de nombreux Lao sont décédés dans les hôpitaux thaïs. Ici cela aurait été peut-être pareil mais les familles ont en plus le souci du rapatriement du corps qui est compliqué et onéreux. Pour moi, il n'y a que des inconvénients à se faire soigner de l'autre coté de frontière.

Mme Boun (deuxième à gauche).

Annexe 14 – Coupure de presse : enquête d'opinion sur les structures laotiennes

Streetwise

What do you think of our hospitals?

☐ PHOONSAB THEVONGSA

A resident of Phonethong village, Ms Amphaivan Soukaserm, 35: There are many hospitals in Vientiane, and when my family has a health problem we always go to Mahosot Hospital or Xaysettha Hospital, because both of these places have good service and are clean compared to others. They also have new equipment for major operations, which can help people a lot. However, there are some problems. Hospitals in Vientiane are quite crowded because as we see there are many patients who come here from other provinces for treatment. I would like the authorities responsible to build more and larger hospitals in other provinces, and to equip them with sufficient technological facilities to treat people in those provinces. If they did that, people would get prompt treatment. Last year my relatives came to Vientiane and said that here the service was much better than in their province.

A resident of Nongtha village, Mr Noy, 32: I think our government and aid agencies from other countries are doing their best to improve the health service. They have provided new hospitals, dispensaries and village medical kits to every province and district in the country as we can read in the media. Now the healthcare system is better because the service is faster and more convenient compared to previous years. We have also just begun a social insurance scheme to which companies contribute each month. This means that those who are members of this plan don't have to pay for treatment when they go to a hospital. I think it's one way to improve our city life and it makes things much easier for everyone, especially for officials who don't have much time. Now they get a health check up every year which means they can identify any diseases they may have and can get treatment.

A tuk-tuk driver at Mahosot Hospital, Mr Khamdy Seangouthin, 41: I think hospitals in Vientiane are quite crowded especially in the wet season when dengue fever occurs. I think they should build more rooms to contain the number of patients. They know that there will be a lot of people coming to the hospital at this time of the year, so they should prepare for it. Some people say that Lao hospitals cannot treat them and don't provide good care so they go out of the country, to Thailand for example. They say that hospitals there have more modern equipment and better service. A lot of people go to hospitals in Thailand to check on their health every month, partly because it's trendy for people with a lot of money. I think this is true because they do have more modern equipment and the hospitals there have a much nicer environment. But most importantly they have good service and show a lot of care to patients. Because there are many hospitals, they have to work to attract customers, so they have to offer good service. If Laos had more private hospitals we might also improve our service because of the competition.

A resident of Kounia Kaoleiw, Mr Manola, 26: I think a clean environment is one way to help create a positive and healthy mental attitude in patients and their families when they visit a hospital. Most of the hospitals in Laos are just not good enough, and some of the nurses do not take good care of people who don't have much money. We all know that people with money get better care. A good example of this happened a few years ago when a man from my village had an accident and his family took him to hospital. He spent three months there but he didn't get any better. His mother wanted to get more help for him but she didn't have any money. She sold a lot of her possessions to pay for treatment but no one helped her. Finally she called on the hospital for more help but no one could do anything. Then she brought her son back home and soon after that he died. I think this is a sad story for poor people.

A nurse checks a woman's blood pressure.

Note from the Editor

[Vientiane Times, 26 septembre 2006]

Annexe 15 – Coupure de presse : trafic d'organes en Thaïlande

Kidney trading acquittals

BANGKOK, Thailand (AP) — Three doctors and a hospital administrator tried on murder charges in connection with the alleged theft of kidneys from patients were acquitted by Bangkok Criminal Court on Tuesday.

The trial is thought be Thailand's first case in which doctors were charged with murdering their patients. It began in 2002 after a long investigation initiated by suspicious relatives who found surgical scars on the bodies of their kin who had died after being comatose for an extended period.

Dr. Siroj Karnjanaprasertpol, director of Vachiraprakarn Hospital in suburban Bangkok, and two surgeons there, Dr. Weeradech Lertdamronglak and Dr. Wiwat Thirapanich, had been charged with conspiring to kill two patients in 1997 in order to remove their kidneys to transplant to other patients.

Siroj and Nanthawat Thongchai, the hospital manager, were charged with falsifying medical records.

The court acquitted the doctors on the murder charges which carry the death penalty on the ground that the alleged victims were already legally dead from head injuries.

It also found there was insufficient evidence for conviction of the charge of falsifying medical records.

Before the trial, Thailand's Medical Council a medical ethics board had already revoked or suspended the medical licenses of several doctors at the hospital after finding they had illegally traded in human organs.

Thai law prohibits the sale of organs and the transplant of kidneys is permitted only between family members. Donors are required to sign documents voluntarily to donate their organs while they are still in control of their mental faculties.

[Vientiane Times, 24 février 2005]

Annexe 16 – Coupure de presse : état des lieux des hôpitaux laotiens

To mark the 30th anniversary of the Lao People's Democratic Republic, Vientiane Times is pleased to present articles on developmental achievements in various sectors.

Modernising our hospital system

The introduction of up-to-date equipment is helping our hospitals to compete internationally

☐ XAYXANA LEUKAI

In the past, when Lao people became ill, it was not unusual for them to travel to Thailand for treatment – if they could afford it.

When the Lao PDR was declared on December 1975, the health sector has been improved and developed and most of Lao people have preferred treatment in the country.

The government has spent a lot of money to buy more new medical equipment to help save people's lives in major hospitals around the country, as well as friendly countries and organisations around the world have bought modern equipment for Lao hospitals.

The use of modern medical equipment can reduce the number of people who travel to use medical services in neighbouring countries.

"We cannot stop people using services in foreign countries because patients have their rights to use the medical services," said the Director of Setthathirath Hospital, Associate Professor Dr Som-Ock Kingsada. "When we have adequate modern equipment, people may not need to go abroad for treatment," Dr Som-Ock said.

The Japan International Cooperation Agency donated a computer tomography scanner worth US$ 300,000 to Setthathirath Hospital a few months ago. This state-of-the-art equipment can scan the whole body to detect diseases, and can even detect very small cancer cells.

"Modern equipment can reduce the death rate of patients because it diagnoses so effectively," said Dr Som-Ock.

He said that people have to pay US$60 for a medical check using this equipment. But they will pay double the price in neighbouring countries.

"More modern medical equipment will also mean foreigners can rely more on the Lao health sector," he added.

The hospital now receives an average of two people to use this equipment every day.

Setthathirath Hospital was rebuilt in 2001 by a Japanese government grant aid at Donkoy village, Xaysettha district. Earlier, people knew as Operation Brothership (OB) Hospital, which was located next to the That Luang esplanade.

The hospital consists of 22 divisions with 175 beds and receives about 300 people a day, about 60 of these are patients with the emergency division.

"Effective diagnosis can help doctors to treat on time," Dr Som-Ock said. "It also saves money for patients and helps reduce poverty."

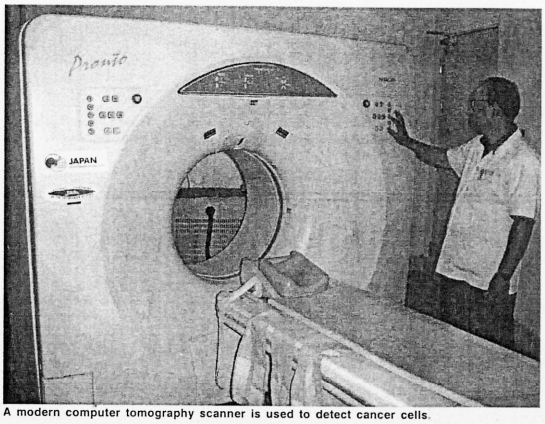
Dr Som-Ock advised that people should have a medical test every year to make sure that they are free of disease. "The medical check is very useful for people's health because it can save lives by detecting disease before it gets worse."

There are also other examples of modern equipment being used to check the uterus, check heart valves, and detect leptospirosis and cancer in the blood stream.

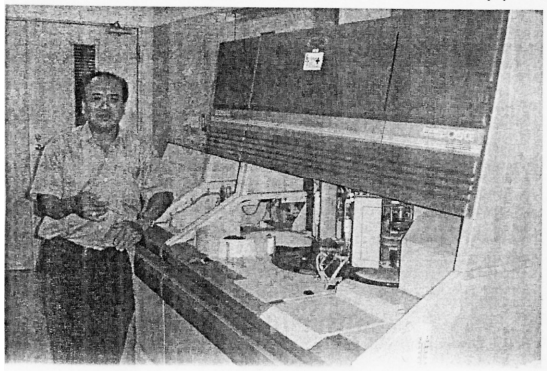
With modern medical equipment, Dr Som-Ock expected the Setthathirath Hospital could become a leader in using modern medical equipment in Laos. However, Lao hospitals still need more modern equipment.

Dr Som-Ock explained that before 1975, doctors diagnosed the patients' diseases with their eyes, ears, speech and hands. "This old method cannot work as effectively as the modern equipment," he said.

Other hospitals have used modern medical equipment, including Mohosot, Friendship Hospital in Vientiane and Lao-Luxembourg in Vientiane province. These three hospitals have collaborated with foreign specialist doctors to diagnose accurately and provide effective treatment. As a result, recently, the first successful operations for heart disease by a Lao surgeon were carried out on a 24-year-old woman and a four-year child in Mahosot, using equipment and skills from Luxembourg.



A modern computer tomography scanner is used to detect cancer cells.



Dr Monekeo Siphakanlaya said he was delighted about the landmark operations and their success, and thanked the 10 medical staff on the team.

He adds that it offers greater hope for the hundred heart disease patients that the hospital diagnoses every year.

Dr Monekeo graduated as a GP in Laos and is still receiving specialist training in France.

He said that this was an historic event for the Lao public health sector. Dr Monekeo was persuaded by his professors to join a heart operation at the Laos-Luxembourg Heart Institute.

The Friendship Hospital has also used modern medical equipment, especially for orthopaedic operations and it is believed that the hospital is one of the best orthopaedic hospitals in the region. The specialist doctors graduated from overseas and medical equipment was imported from Europe, mostly from France.

The achievements mentioned above were part of the government's efforts to improve the health and the lives of ethnic Lao people around the nation. The achievements also reflect the ability of the Lao People's Revolutionary Party to lead the country.

Dr Som-Ock said that it was good news for Lao people when the government agreed to allow private hospitals to open in Laos. "This can help choices about their medical treatment," he said.

"If Lao hospitals work as good as Thai Hospitals, I believe that the number of people who go for medical treatment in Thailand can be reduced."

"If we have more modern equipment, staff and medical foreign specialists in Laos, I believe that people may not need to go for medical treatment abroad," Dr Som-Ock concluded.

EXOTISSIMO
TRAVEL Laos
VACANCY ANNOUNCEMENT
Exotissimo is seeking for its Direct Sales Department
1 English/Japanese Speaking Travel Consultant
• English and/or Japanese required (speak both languages is preferable)
• Computer skills (Microsoft Office)
Send Cover Letter & Resume to:
EXOTISSIMO Vientiane Travel and Tour
P.O. BOX 4666
06 / 044 Pangkham Street - Vientiane
Phone (856 21) 24 18 61 or 24 18 62

[Vientiane Times, 16 novembre 2005]

Annexe 17 – Coupure de presse : des universités thaïlandaises en représentation au Laos

Thai unis want Lao students

☐ SOULIVAN VONGMANY

HUNDREDS of National University of Laos (NUOL) students yesterday attended the Thailand Education of Graduate Studies Exhibition 2005, mounted by 14 Thai universities.

The exhibition is to give information on the courses available for graduate students at the master's and PhD levels at Thai universities and to attract Lao graduate students to enrol. At present NUOL offers only one master's degree, in medicine, which began last year.

The opening was attended by NUOL Vice President Professor Tuyen Dongvan and Representative of Thailand Education of Graduate Studies Exhibition 2005 Associate Professor Dr Sommai Priprem.

"The exhibition will help Lao students looking to study for a master's or doctorate to see the range of choice available in Thailand. Laos has few university places but wants many more Lao students to gain post-graduate degrees," said Tuyen Dongvan.

Fifth-year NUOL economics student Thanouxay Voravong said, "This is a great project which will help me collect information about education at institutions in a foreign country which may be difficult to find otherwise."

Eager interest is shown in promotional material for Thai universities by NUOL students.

He said, "If I study in Thailand it will be much less costly in time and money than going to study in countries further away with the same curriculum. If they teach the same curriculum, a closer country is better."

NUOL student Ekthanou said that Lao people need to study at post-graduate level to help in national development but there is usually very little information available, so this exhibition is very valuable. "I now believe that it's not too difficult to study at a university in a foreign country such as Thailand."

Associate Professor Prawit Towatana of Songkla University said that this was the first time his university had sent representatives to Laos. He said that many students seemed interested in the exhibition but there were not many asking questions, preferring to look intently.

He said that their university was happy to cooperate with the NUOL to encourage more students from both countries to study, but there was a need for a memorandum of understanding.

"We are pleased to cooperate with the NUOL to encourage students to study in Thailand, especially in the faculties of education and of culture," he said.

He added that it was quite difficult for students to finance themselves when studying, so it would be better if the Lao government could offer somesupport.

Thailand has 24 government universities and over 120 private tertiary institutions, while Laos has NUOL, with three campuses, and another 19 private colleges.

The exhibition moved to Souphanouvong University in Luang Prabang today, with 75 staff from the Thai universities.

[Vientiane Times, 23 février 2005]

Annexe 18 – Coupure de presse : projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane

Health company to develop first private hospital

☐ SOMSACK PONGKHAO

A LAO-American businessman has expressed his intention to build a freestanding private care hospital in Vientiane in 2010, to improve healthcare in Laos and reduce the number of people crossing the border to Thailand for treatment.

The President of Pacific Star Capital Management, Mr Robert Khoonsrivong, opened the Lao Health Maintenance Office in Vientiane on Saturday to give more choices for both Lao people and foreigners living in Laos.

Mr Khoonsrivong said he is currently undertaking a feasibility study for the private hospital, and will use the number of patients seeking healthcare services at the new office as an indicator in this.

Lao HMO is an American-owned corporation with headquarters in Stockton, California. The company will also operate health clinics throughout Laos. The parent company, Pacific Star, was set up to provide social investment opportunities in the Lao PDR and other countries.

Head of the Ministry of Public Health's Hospital Management Division, Mr Phisit Phoutsavat, said that delegations visiting Laos from

Mr Robert Khoonsrivong.

China, Malaysia, Thailand and Austria had already met with him to discuss private hospitals.

He said he believed these countries were investigating the issue, but so far no one had applied to develop a private hospital.

Mr Phisit said Lao law and regulations had stipulated the participation of the private sector in developing healthcare services as part of the government's efforts to alleviate poverty.

Currently, Lao people who can afford to cross the border to Thailand for treatment, as they are not worried about how much they have to spend on hospital fees.

A Lao doctor said one reason why people go to Thailand for treatment was because they are impressed by the standard of service provided by Thai nurses and doctors.

Mr Khoonsrivong said he would expand his services throughout the country over the next five years, making Lao HMO the most comprehensive network of healthcare clinics in the country. Lao families of fewer than six people would be charged US$375 per year to join the system and receive healthcare services.

The company will bring doctors and medical supplies from America to treat patients and also to provide better training for Lao doctors.

Lao HMO plans to provide health education, wellness and prevention services, early diagnosis, prescriptions and referral for members through a network of family practice clinics throughout Laos. Outpatient healthcare services will be delivered through primary care clinics owned and operated by physicians.

Members of the scheme can select their primary care physician from a roster of Lao HMO participating doctors and clinics. The physician coordinates patient care and may refer patients to a specialist or for inpatient care as necessary.

[Vientiane Times, 24 octobre 2007]

Bibliographie

AINSWORTH M., BEYRER C., SOUCAT A., 2003. AIDS and public policy: the lessons and challenges of 'success' in Thailand, *Health Policy*, 64 : 13-37.

AMAT-ROZE J.-M., 1990. Géographie de l'infection VIH et du sida en Afrique Nord, *Cahiers Géos*, 17 : 1-17.

AMAT-ROZE J.-M., 2000. *Mobilité et santé, un constat dialogue sans cesse renouvelé*, Actes du Festival International de Géographie (FIG), Saint-Dié, thème « Géographie et Santé ».

AMILHAT-SZARY A.-L., FOURNY M.-C., 2006. Après les frontières, avec la frontière : nouvelles dynamiques transfrontalières en Europe, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 170p.

AMINOT I., DAMON M.N., 2002. Régression logistique : intérêt dans l'analyse de données relatives aux pratiques médicales, *Revue Médical de l'Assurance Maladie*, 33 (2) : 137-143.

ANCEL J., 1938. *Géographie des frontières*, Paris, Gallimard, 209p.

ANDERSON B., 2002 (réed.1983). *L'imaginaire national*, Paris, La Découverte & Syros, 215p.

ARBARET-SCHULZ C., 2002. Les villes européennes, attracteurs étranges de formes frontalières nouvelles, in REITEL B., ZANDER P., PIERMAY J.L., RENARD J.P., *Villes et frontières*, Paris, Anthropos-Economica, Collection Villes : 213-230.

ARBARET-SCHULZ C., BEYER A., PIERMAY J.-L., REITEL B., SELIMANOVSKI C., SOHN C., ZANDER P., 2004. La frontière, un objet spatial en mutation, *EspaceTemps.net*, 13p.

ASCHAN-LEYGONIE C., 2000. Vers une analyse de la résilience des systèmes spatiaux, *L'Espace Géographique*, 1 : 67-77.

ASKEW M., LOGAN W.S., LONG C, 2007. *Vientiane, Transformations of a Lao landscape*, Oxon, Routledge, 265p.

AUSAID (programme d'aide au développement australien), 2002. *Study of the usage and operators of the Mekong river friendship bridge*, Vientiane, rapport d'évaluation, 48p.

BAILLY A.S., 1984. Images de l'espace et pratiques commerciales : l'apport de la géographie de la perception, *Annales de Géographie*, 93 (518) : 423-431.

BENNAFLA K., 2002. Le commerce frontalier en Afrique centrale : acteurs, espaces, pratiques, Paris, Karthala, 368p.

BENOIST J., 1997. Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ?, *Médecine psychosomatique et psychosociale*, 1-2 (26) : 10-14.

BERTRAND D., 2007. Migration et traite humaine en République démocratique populaire lao (RDP Lao), in BESSOLES P. (dir.), *Criminalité et récidive : Evaluation, Clinique, Thérapeutique, Interculturel*, Presses Universitaires de Grenoble, 276p.

BOCHATON A., LEFEBVRE B., 2008. The rebirth of the hospital: heterotopia and medical tourism in Asia, in WINTER T., TEO P., CHANG T.C. (dir.), *Asia on Tour: Exploring the rise of Asian tourism*, London, Routledge : 97-108.

BOUQUET C., VELASCO-GRACIET H., 2007. *Regards géopolitiques sur les frontières, tome 2*, Paris, L'Harmattan, Collection Géographie et Cultures, 231p.

BOURDET Y., 1997. Laos : un pas en arrière ou un écart de côté ?, *Péninsule*, 34 (1) : 173-207.

BOURDIEU P., 1979. *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Les éditions de Minuit, 669p.

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

BOUSQUET C., 2005. *Le secteur de la santé en république démocratique populaire Lao: état des lieux et perspectives*, rapport de stage de master professionnel dans les pays en développement et en transition, Centre d'Etudes et de Recherche sur le Développement International (CERDI), Université d'Auvergne, 84p.

BREAZEALE K., 1975. *The integration of the Lao States in the Thai Kingdom*, thèse de philosophie soutenue à la faculté des études orientales de l'université d'Oxford, 340p.

BRUNEAU M., 2001. La notion de frontière et sa signification dans la Péninsule Indochinoise, *Moussons*, 3 : 33-55.

BRUNEAU M., 2006. L'Asie d'entre Inde et Chine. Logiques territoriales des Etats, Paris, Belin, 317p.

BUTLER-DIAZ J., 2005. The future of the Lao PDR : relations with Thailand and alternative paths to internationalization, in FRY G.W. (dir.), *Thailand and its neighbours : interdisciplinary perspectives*, Bangkok, Southeast Asian Studies Program – Chulalongkorn University, 238p.

CAPRON G., CORTES G., GUETAT-BERNARD H., 2005. *Liens et lieux de la mobilité : ces autres territoires*, Paris, Belin, 343p.

CARPIANO R.M., 2006. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help?, *Social Science & Medicine*, 62 (1) : 165-175.

CARROUE L., CLAVAL P., DI MEO G., MIOSSEC A., RENARD J-P., SIMON L., VEYRET Y, VIGNEAU J.-P., 2002. *Limites et discontinuités en géographie*, Paris, SEDES, 159p.

CERISE E., LANCRET N., DE MAXIMY R., PEYRONNIE K., SISOULATH B., 2004. *Projets de Voirie et Recompositions Urbaines à Vientiane et Hanoi*, Rapport final du Programme de Recherche Urbaine pour le Développement (PRUD), 150p.

CHAMNAN R., 1991. *Role of monarchy in Thai political and social development with special reference to King Bhumibol Adulyadej*, New-Delhi, Centre of South, Central, South-East Asian and South-West Pacific Studies, School of International Studies, Jawaharlal Nehru University, 419p.

CHANTAVANICH S., AMORNTHIP A., SHATI R., 2002. *Cross-Border Transportation Infrastructure Development and HIV/ Aids Vulnerability at Nong Khai-Vientiane Friendship Bridge*, Bangkok, Asian Research Center for Migration, Chulalongkorn University, 61p.

CHANTAVANICH S., 2004. Cross Border Migration between Thailand and Lao PDR : A Qualitative Assessment of Lao Migration and its Contribution to HIV Vulnerability, Bangkok, Asian Research Center for Migration, Chulalongkorn University, 14p.

CHANTAVANICH S., 2007. Cross-border migration, border health control and strategic framework of cross-border collaboration, présentation au Bi-regional meeting *Cross-Border Collaboration on Emerging Infectious Diseases*, Bangkok, février 2007, 24p.

CONNELL J., 2006. Medical Tourism: Sea, Sun, sand and… surgery, *Tourism Management*, 27 : 1093-1100.

COURLET C., 1988. La frontière : couture ou coupure ? Approches de théorie économique, *Economie et humanisme*, 301 : 5-12.

DEBARBIEUX B., FOURNY M.-C., 2004. L'effet géographique : construction sociale, appréhension cognitive et configuration matérielle des objets géographiques, Grenoble, Maison des sciences de l'homme-Alpes, 248p.

DELEUZE G., GUATTARI F., 1980. *Capitalisme et schizophrénie 2 : Mille plateaux*. Paris, Les Editions de Minuit, Coll. « Critique », 159p.

DE VIENNE M.S., 1993. Laos, une relecture de la survie, *Péninsule*, 26 : 49-70.

DEROGNAT I., 1990. Vers une axiomatique de la distance cognitive : la distance-transport mentale, *Revue d'Economie Régionale et Urbaine,* n°2, p. 239-264.

DEVELOPMENT ANALYSIS NETWORK, 2005. *The cross border economies of Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam*, Phnom Penh, Cambodia Development Resource Institute avec le soutien de la fondation Rockefeller, 247p.

DOLIGEZ F., 2005. Une économie fragile et une forte influence de l'aide internationale, in GENTIL D., BOUMARD Ph. (dir.), *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Comité de Coopération avec le Laos – Karthala : 57-70.

DOMMEN A.J., 1982. Laos between Thailand and Vietnam, in STUART-FOX M. (dir.), *Contemporary Laos*, London, University of Queensland Press : 306-312.

DUMAS C., 2009. Notes de recherche sur les mobilités transnationales entre le Cambodge et le Vietnam pour le traitement des hépatites virales. *Colloque AMADES-LISST: "Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques"*. 16-18 septembre, Toulouse.

ELLIS, A.G., 1936. The service to medicine in Siam: rendered by His Royal Highness Prince Mahidol of Songkla, in ELLIS A.G. (ed.) *Contemporary History*, Bangkok : 165-198.

ENFIELD N.J., 1999. Lao as a national language, in EVANS G. (ed.), *Laos: Culture and Society*, Thailand, Silkworm Books : 258-290.

EVANS G., 1998. The politics of ritual and remembrance: Laos since 1975, Bangkok, Silkworm Books, 216p.

EVANS G., 1999. *Laos: culture and society*, Bangkok, Silkworm Books, 131p.

EVANS G., 2002. *A short History of Laos: the land in between*, Bangkok, Silkworm Books, 251p.

EVRARD O., PHOLSENA V. 2005. De la révolution à l'après-socialisme : les temps de la construction nationale en RDP Lao, in GENTIL D., BOUMARD Ph. (dir.), *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Comité de Coopération avec le Laos – Karthala : 15-36.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, MINISTRY OF HEALTH LAO PDR (CENTER FOR HIV/AIDS/STI), CHULALONGKORN UNIVERSITY, 2006. *Migration to Thailand and its potential contribution to an HIV epidemic in Lao PDR*, Vientiane, rapport d'enquête, 44p.

FARET L., 2003. Les territoires de la mobilité : migration et communautés transnationales entre le Mexique et les Etats-Unis, Paris, CNRS Editions, 351p.

FASSIN D., 1992. Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris, PUF, 359 p.

FASSIN D, 2003. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 : 403-413.

FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., LECLERC A, 2000. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé, in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm-La Découverte, coll. Recherches : 13-24.

FERLAND M., PAQUET G., 1995. Liens entre le statut socio-économique et la santé, in *Santé Québec. Et la santé, ca va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Volume 2, pp. 81-112.

FERRAND J., 2005. L'accident de la circulation, marqueur spatial et fait de santé, révélateur de disparités de l'espace urbain. Une approche de géographie de la santé de la sécurité routière à Vientiane, capitale de la RDP Lao, mémoire de master de géographie de la santé sous la direction du Professeur G. Salem, Université Paris X-Nanterre, 84p.

FLEURET S., SECHET R., 2004. *Géographie sociale et dimension sociale de la santé*, Texte pour colloque ESO (Espaces géographiques et sociétés), 16p.

FLEURET S., THOUEZ J.-P., 2004. *Géographie de la santé*, Paris, Economica-Anthropos, 301p.

FORMOSO B., 1994. Les Isan, *Péninsule*, 29 : 51-94.

FORMOSO B., 2000. *Thaïlande : Bouddhisme renonçant, capitalisme triomphant*, Paris, La Documentation française, 179p.

FOUCHER M., 1984. Les géographes et les frontiers, *Hérodote*, 33-34 : 117-130.

FOUCHER M., 1991. *Fronts et frontières*, Paris, Fayard, 691 p.

FOUCHER M, 2007. *L'obsession des frontières*, Paris, Perrin, 250p.

FOURNIER J.M., RAOULX B., 2003. La géographie sociale, géographie des inégalités, *ESO (Espaces géographiques et sociétés) Travaux et Documents*, séminaire « Inégalités », 20 : 25-32.

FREMONT A., 1982. Histoire d'une recherche : distances et espaces, in FREMONT A., GALLAIS J., CHEVALIER J., BERTRAND M.J., *Espaces vécus et civilisations*, Paris, CNRS, : 25-27.

GATRELL A., POPAY J., THOMAS C., 2004. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us ?, *Health & Place*, 10 (3) : 245-257.

GAY M., 2004. Vers une Europe de la santé ? Apports d'une géographie de l'offre de soins appliquée à la région transfrontalière franco-wallonne, mémoire de master de géographie de la santé, sous la direction du Pr. Gérard Salem, soutenu à l'université Paris 10 Nanterre, 95p.

GESLER W., BELL M., CURTIS S., HUBBARD P., FRANCIS S., 2004. Therapy by design: evaluating the UK hospital building program, *Health & Place*, 10 (2) : 117-128.

GESLER W., 2005. Therapeutic landscapes: an evolving theme, *Health & Place*, 11 (4) : 295-298.

GOSCHA C.E., 2004. Vietnam and the world outside: the case of Vietnamese communist advisers in Laos (1948-62), *South East Asia Research*, 12 (2) : 141-185.

GOUDINEAU Y., LORILLARD M., 2008. *Recherches nouvelles sur le Laos*, Vientiane-Paris, Ecole Française d'Extrême-Orient (EFEO), 678p.

GOTTMANN J., 1952. *La Politique des Etats et leur géographie*, Paris, Armand Colin, 228p.

GRABOWSKY V., 1993. *Forced resettlement campaigns in northern Thailand during the early Bangkok period*, papier présenté à la 5ème conférence "Thai Studies", Londres, 37p.

GRABOWSKY V., 1995. Regions and National Integration in Thailand 1892-1992, Wiesbaden, Harrassowitz, 290p.

GRASLAND C., 1997. A la recherche d'un cadre théorique et méthodologique pour l'étude des maillages territoriaux, communication présentée aux *Entretiens Jacques Cartier* sur les découpages du territoire, Lyon, 17p. http://www-census.ined.fr/debat/Contributions/Avant-Fevrier-1999/Grasland-2.html

GRASLAND C., 1997. L'analyse géographique des discontinuités territoriales : l'exemple de la structure par âge des régions européennes vers 1980, *Espace Géographique*, 4, 30 p.

GUEGAN F., 2005. *L'aide international en RDP Lao et l'expérience des ONG françaises 1986-2005 : histoire et stratégies d'acteurs*, mémoire de master « Histoire et Mondes contemporains », Université Rennes 2 – Haute Bretagne, 490p.

GUENDELMAN S., 1991. Health Care Users Residing on the Mexican Border : what factors determine choice of the US or Mexican health system?, *Medical Care,* 29 (5) : 419-427.

GUENDELMAN S., JASIS M., 1992. Giving Birth Across the Border : the San Diego-Tijuana Connection, *Social Science and Medicine*, 34 (4) : 419-425.

GUICHOMET P., RAFFESTIN C., 1974. *Géographie des frontières*, Paris, PUF, 224p.

HALPERN J.M., 1964. Government, Politics, and social structures in Laos : a study in tradition and innovation, Los Angeles, University of California at Los Angeles, 184p.

HAMEZ G., 2004. *Du transfrontalier au transnational : approche géographique. L'exemple de la frontière franco-belge*, thèse de Doctorat en géographie sous la direction du Prof. J. Malézieux, université Paris I, 543p.

HAYASHI Y., 2002. Differentiation and Involution of Ethno-Regional Lao Identity in Northeast Thailand and Lao PDR, *Inter-Ethnic Relations in the Mekong of Mainland Southeast Asia*, Bangkok-Kyoto, 1 : 232-246.

HERBRETEAU V., 2007. *Géographie de zoonoses en Thaïlande : de la distribution des rongeurs, vecteurs et hôtes, au risque de transmission*, thèse de doctorat soutenue en géographie humaine sous la direction du Professeur G. Salem, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense, 329 p.

HERIN R, 2003. Inégalités sociales, *ESO (Espaces géographiques et sociétés) Travaux et Documents*, séminaire « Inégalités », 20 : 7-11.

HEROD, A., 1999. Reflections on interviewing foreign elites: praxis, positionality, validity, and the cult of the insider, *Geoforum* 30 (4) : 313-327.

HIGH H., 2007. The rich don't go to prison, and the poor don't go to hospital, *New Mandala*, revue électronique http://newmandala.net/, 2 p.

HIRSCH P., 2009. Revisiting frontier as transitional spaces in Thailand, *The Geographical Journal*, 175 (2) : 124-132.

HORSTMANN A., WADLEY R.L., 2006. Centering the margin: agency and narrative in Southeast Asian Borderlands, New York, Berghahn Books, 238p.

HOURS B., 1986. L'état de la santé, *Cahiers d'Etudes africaines*, 26 (3) : 395-401.

HOURS B., SELIM M., 1997. Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain: marché, socialisme et génies, Paris, L'Harmattan, coll."Recherches asiatiques", 398p.

INSTITUT DE RECHERCHE CULTURELLE, MINISTERE DE L'INFORMATION ET DE LA CULTURE AU LAOS, 1998. *Vientiane Social Survey Project 1997-1998*, Vientiane, 72p.

IVARSSON S., 2008. *Creating Laos : the making of a Lao space between Indochina and Siam, 1860-1945*, Denmark, NIAS Press (Nordic Institute of Asian Studies), 238p.

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA), 2002. *The study of the improvement of health and medical services in the Lao People's Democratic Republic*, Vientiane, JICA, Ministère de la Santé, 4 volumes, 356p.

JERNDAL R., RIGG J., 1998. Making space in Laos: constructing a national identity in a 'forgotten' country, *Political Geography*, 17 (7) : 809-831.

JERNDAL R., RIGG J., 1999. From Buffer State to crossroads state: Spaces of human activity and integration in the Lao PDR, in EVANS G., *Laos: Culture and Society*, Thailand, Silkworm Books : 35-60.

JÖNSSON K., 2006. *Issue without boundaries: HIV/AIDS in Southeast Asia*, Lund University - Centre for East and South-East Asian Studies, working paper n°19, 50p.

KEOHAVONG B., SYHAKHANG L., SENGALOUNDETH S., NISHIMURA A. ET ITO K., 2006. Rational use of drugs: prescribing and dispensing practices at public health facilities in Lao PDR, *Pharmacoepidemiology and Drug safety*, 15 (5) : 344-347.

KEYES C.F., 1967. *Peasant and Nation: a Thai-Lao Village in a Thai state*, thèse de doctorat, université de Cornell, 385p.

KRAEMER S., 2000. The fragile male, *British Medical Journal*, 321 (7276) : 1609-1612.

KUNST A.E., HOUWELING T, 2001. Panorama mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux, in DE BROUWERE V. et VAN LERBERGHE W., *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Bruxelles, Studies in Health Services Organisation & Policy, 488p.

LACOSTE O., VAGUET A., 1994. Frontière et Santé, *Hommes et Terres du Nord*, Numéro spécial Frontières : 82-88.

LAMRHARI M., 2007. *Rapport de stage* de la licence professionnelle Data Mining, Université René Descartes – Paris 5, 41p.

LAO INSIGHT BOOKS, 2009. *Laos… an indicative fact-book*, Vientiane, 266p.

LEFEBVRE H., 1974. *La production de l'espace*, Paris, Anthropos, 485p.

LEVY J., 1994. *L'espace légitime. Sur la dimension géographique de la fonction politique*, Paris, Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques, 442p.

LEVY J., LUSSAULT M., 2003. Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Belin, 1033p.

LUSSAULT M., 2007. L'homme spatial : la construction sociale de l'humain, Paris, Seuil, 365p.

LYTTLETON C., AMORNTHIP A., 2002. Sister Cities and easy passage: HIV, mobility and economics of desire in a Thai/Lao border zone, *Social Science and Medicine,* 54 (4) : 505-518

MARIANI L., 2008. *Lien social et place de l'individu dans la société lao contemporaine*, thèse de doctorat soutenue en ethnologie sous la direction du Professeur R. Pottier, Université Paris Descartes, 355p.

MASSEY D., 1993. Power-geometry and a progressive sense of place, in BIRD J., CURTIS B., PUTNAM T., ROBERTSON G., TICKNER L. (ed.), *Mapping the future local cultures, global change*, London, Routledge : 59-69.

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

MESSERLI P., HEINIMANN A., EPPRECHT M., PHONESALY S., THIRAKA C., MINOT N., 2008. *Socio-Economic Atlas of the Lao PDR – an Analysis based on the 2005 Population and Housing Census*, Berne et Vientiane, Swiss National Center of Competence in Research (NCCR) North-South, Université de Berne, Geographica Bernensia, 148p. Disponible en ligne : http://www.nsc.gov.la/Atlas/topFrame.html

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

MINISTERE DE SANTE PUBLIQUE, THAILANDE, 2008. *Thailand Health Profile 2005-2007*, Bangkok, 465p. Disponible en ligne sur http://www.moph.go.th

MOBILLION V., PEYRONNIE K., VALLEE J., 2006. L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) : entre contrôle territorial et économie marchande, *Espace Populations Sociétés*, 2-3 : 341-349.

MOBILLION V, 2010. *Une géographie du laisser-faire : la gouvernance des soins à Vientiane* (titre provisoire), thèse de Doctorat sous la direction du Prof G. Salem, Paris Ouest Nanterre La Défense.

NGAOSYVATHN P., 1985. Thai-Lao Relations: a Lao view, *Asian Survey*, 25 (12) : 1242-1259.

NGAOSYVATHN M. ET P., 1994. *Kith and Kin Politics: the relationship between Laos and Thailand*, Manille, Journal of Contemporary Asia Publishers, 137p.

NINSANANDA B., SNIDVONGSE K., TANTIVEJKUL S, PHAYOMYOND P., BANG-OR S., ITIWITYA K., 1976. *Thai-Laos economic relations: a new prospective*, Bangkok, The Economic Cooperation Centre for the Asian and Pacific Region, 16, 74p.

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

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE, 2008. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Editions de l'OMS, 32p.

PAPHASSARANG C., PHILAVONG K., BOUPHA B., BLAS E., 2002. Equity, privatization and cost recovery in urban health care: the case of Lao PDR, *Health Policy and Planning*, 17 Suppl : 72-84.

PAQUET G., TELLIER B., 2003. Les facteurs sociaux de la santé, in LEMIEUX V., BERGERON P., BEGIN C., BELANGER G., *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec : Les Presses de l'Université Laval : 65-89.

PAUL S.R., AMARAPHIBAL A., CHANTANAVICH S., 2002. *Cross-border Transportation Infrastructure Development and HIV/Aids vulnerability at Nongkhay-Vientiane friendship bridge*, Bangkok, Asian Research Center for Migration (ARCM), Chulalongkorn University, 60p.

PENINSULE (REVUE), 1988. Conventions et traités entre la France et le Siam relatives au Laos (1893-1947), *Péninsule*, 20 (16-17), 191p.

PERKS C., TOOLE M.J., PHOUTHONSY K., 2006. District health programmes and health-sector reform: case study in the Lao People's Democratic Republic, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 84 (2) : 132-138.

PHETSIRISENG I., 2003. *Lao PRD : Preliminary Assessment of Illegal Labour Migration and Trafficking in Children and Women for Labour Exploitation*, Vientiane, International Labour organization (ILO) and International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), p.47.

PHIMPHACHANH C., SAYABOUNTHAVONG K., OULA R., 2006. *Report on HIV prevalence study among migrant workers at 8 border provinces of Lao PDR*, Vientiane, Ministère de la Santé et le Fonds mondial (Global Fund), 27p.

PHOLSENA V., BANOMYONG R., 2004. Le Laos au XXIe siècle. Les défis de l'intégration régionale, Bangkok, Irasec, 240p.

PHOLSENA V., 2007. *Post-war: the Politics of Culture, History and Identity*, Singapour, Nias Press, Silkworm Books, 256p.

PHOMMASACK B., OULA L., KHOUNTHALIVONG O., ET ALL, 2005. Decentralization and recentralization: effects on the health systems in Lao PDR, *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 36 (2) : 523-528.

PICHERAL H., 2001. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, GEOS/Université Montpellier III-Paul Valéry, 308p.

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

PRADEAU C., 1994. *Jeux et enjeux de frontières*, Talence, Presses Universitaires de Bordeaux, 361p.

PRINCE MAHIDOL AWARD FOUNDATION, 2002. In commemoration of the 110th Birth Anniversary of H.R.H. Prince Mahidol of Songkla, publication spéciale parue dans *Bangkok Post*, 7p.

PRINCE MAHIDOL AWARD FOUNDATION, 2007. In commemoration of the 115th Birth Anniversary of H.R.H. Prince Mahidol of Songkla, publication spéciale parue dans *The Nation*, 12p.

PUMAIN D., SAINT-JULIEN T., 2001. *Les interactions spatiales*, Paris, Armand Colin, 191p.

RAFFESTIN C., 1983. Introduction à la géographie sociale des frontières, *Espace Populations Sociétés*, 1 : 87-88.

RAFFESTIN C., 1986. Eléments pour une théorie de la frontière, *Diogène*, 134 : 3-21.

RAFFESTIN C., 1990. La frontière comme représentation : discontinuité géographique et discontinuité idéologique, *Relations internationales*, 63 : 295-303.

RATTANAVONG H., 1995. The fast Siamisation of Lao culture today: a serious cause for concern to the Lao people, communication orale présentée à l'issue du colloque international *Social and Cultural Development in the Context of Economic Growth in Asia*, Hanoi (24-26 novembre), 6p.

REHBEIN B., 2005. The Lao economic field, *Sojourn*, 20 (1) : 23-38.

REHBEIN B., 2007. *Globalization, Culture and Society in Laos*, London and New-York, Routledge, 171p.

RENARD J-P., PICOUET P., 1993. *Frontières et territoires*, La Documentation Photographique, n°7016, 12p.

RENARD J.-P., 1997. *Le géographe et les frontières*, Paris, L'Harmattan, 299p.

RICHARD J.L., 2001. *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*, thèse de doctorat soutenue en géographie de la santé sous la direction du Professeur F. Chiffelle, Université de Neuchâtel, 1134p.

RIMBERT P., 2008. L'injustice sociale tue, *Le Monde Diplomatique*, 2 septembre, http://www.monde-diplomatique.fr/carnet/2008-09-02-inegalites.

ROBINSON W.C., 1991. Laotian Refugees in Thailand: The Thai and US Response, 1975 to 1988, in ZASLOFF J.J., UNGER L. (ed.), *Laos: beyond the revolution,* London, Macmillan : 215-240.

ROGERS P., 1996. *Northeast Thailand: from prehistoric to modern times*, Bangkok, D.K. Printing House, 250p.

ROSSETTI F., 1997. La renaissance du fait chinois au Laos, *Perspectives chinoises,* 42 : 27-41.

SABOT, E. C., 1999. Dr Jekyl, Mr H(i)de: the contrasting face of elites at interview. *Geoforum*, 30 (4) : 329-335.

SAKOYAN J., 2008. L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel : dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires, *Ethnographiques.org*, n°17, en ligne : http://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan.html.

SALEM G., 1995. Géographie de la santé, santé de la géographie, *Espaces populations sociétés*, 1 : 25-30.

SALEM G., 1998. La santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), Paris, Karthala-Orstom, 360p.

SAYARATH C., 2005. *Vientiane, portrait d'une ville en mutation*, Vientiane/Paris, Ambassade de France / Editions Recherches, Coll. Cahiers de l'IPRAUS, 306 p.

SHOOU-YIH D. LEE, AHSAN M. AROZULLAH, YOUNG IK CHO, 2004. Health literacy, social support, and health: a research agenda, *Social Science & Medicine*, 58 (7) : 1309-1321.

SIMON J.C., 2001. Transformations et industrialisation en Thaïlande : 50 ans de croissance et développement économiques, in DOVERT S. (ed.), *Thaïlande contemporaine,* Paris, L'Harmattan, 438p.

SINDZINGRE NICOLE, 1985. Tradition et biomédecine, *Sciences sociales et santé* (numéro spécial Anthropologie, sociétés et santé), 3 (3-4) : 9-26.

SISOULATH B., 2003. Vientiane, stratégies de développement urbain. Processus et acteurs de l'urbanisation dans la capitale de la République Démocratique Populaire Lao, thèse de doctorat (Géographie) soutenue à l'Université Paris-X Nanterre sous la direction de C. Goldblum et C. Taillard, 429p.

SISOUPHANTHONG B., TAILLARD C., 2000. Atlas de la République démocratique populaire lao. Les structures territoriales du développement économique et social, Paris, CNRS-GDR Libergéo et La Documentation française, 160p.

STATE PLANNING COMMITTEE NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 1997. *Results from the population Census 1995*, Vientiane, 94p.

STATE PLANNING COMMITTEE, NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 2001. *Lao Reproductive Health Survey 2000*, Vientiane, 148 p.

STATE PLANNING COMMITTEE, NATIONAL STATISTICAL CENTRE 2007. *Lao Reproductive Health Survey 2005*, Vientiane, 176 p.

STEERING COMMITTEE FOR CENSUS OF POPULATION AND HOUSING, 2006. *Results from the population and housing Census 2005*, Vientiane, 151p.

STERN A., CRISSMAN L.W., 1998. Maps of international borders between mainland Southeast Asian countries and background information concerning population movements at these borders, Bangkok, Asian Research Centre for Migration, Chulalongkorn University, 45p.

STRANSKY V., 1991. Distances et Espaces : Problématique des réseaux, *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, 7 (4) : 56-61.

STUART FOX M., 1980. Laos: the Vietnamese Connection, dans Suryadinata L. (ed.), *Southeast Asian Affairs*, Singapore, Institute of Southeast Asian Studies/Heinemann, pp.191-209.

STUART FOX M., 1996. *Buddhist Kingdom, Marxist State*, Bangkok, White Lotus, 295p.

STUART-FOX M., 2006. *A History of Laos*, Cambridge University Press, 253p.

STUART-FOX M., 2005. *Politics and Reform in the Lao People's Democratic Republic*, Perth, Asia Research Centre, working paper n°126, 59p.

STUART-FOX M., 2006. The political culture of corruption in the Lao PDR, *Asian Studies Review*, 30 : 59-75.

TAFFE P., 2004. *Cours de régression logistique appliquée*, Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) et Centre d'épidémiologie Clinique (CepiC), 60p.

TAILLARD C., 1977. Le village lao de la région de Vientiane, un pouvoir local face au pouvoir étatique, *L'Homme*, 17 (2-3) : 71-100.

TAILLARD C., 1989. *Le Laos, stratégie d'un Etat-tampon*, Montpellier, GIP RECLUS, Montpellier, 200p.

TAILLARD C., 1998. De l'enclavement à l'espace de connexion : l'insertion du Laos dans la péninsule indochinoise, *Mutations Asiatiques,* Numéro spécial Laos entre identité et intégration régionale, 11 : 36-40.

TAILLARD C., 2005. Le Laos à la croisée des corridors de la région du Grand Mékong, in GENTIL D., BOUMARD PH. (ed.), *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Comité de Coopération avec le Laos – Karthala : 71-92.

TAILLARD C., 2009. Un exemple réussi de régionalisation transnationale en Asie orientale : les corridors de la Région du Grand Mékong, *L'Espace Géographique*, 38 (1) : 1-16.

TAVERNE B., 1996. La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais, in BENOIST J. (ed), *Se soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala : 29-44.

THAYER C.A., 1982. Laos and Vietnam: the anatomy of a 'Special Relationship', in STUART-FOX M. (ed.), *Contemporary Laos*, London, University of Queensland Press : 245-273.

THE ASIAN RESEARCH CENTER FOR MIGRATION OF CHULALONGKORN UNIVERSITY (THAILAND), FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, NATIONAL COMMITTEE FOR THE CONTROL OF AIDS (LAOS), 2004. *Cross border Migration between Thailand and Lao PDR: a qualitative assessment of Lao migration and its contribution to HIV vulnerability*, Bangkok, ARCM, 59p.

THEERAVIT K., SEMYAEM A., 2002. *Thai-Lao relations in Laotian Perspectives*, Bangkok, Institute of Asian Studies – Chulalongkorn University, 205p.

THIBAULT C., 2008. *L'archipel des camps : l'exemple cambodgien*, Presses Universitaires de France, Paris, 169p.

UNGERLEIDER C., KEATING D., 2002. *L'éducation comme facteur déterminant de la santé*, résumé préparé dans le cadre d'une conférence sur les déterminants sociaux de la santé à Toronto, novembre 2002, 5p. Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca.

VAILLANT Z., 2006. *La Réunion, Koman i lé ? Les constructions socio-territoriales de santé à l'île de la Réunion*, thèse de Doctorat de géographie de la santé sous la direction du Prof G. Salem, Université Paris X Nanterre, 521p.

VALLEE J., SOURIS M., FOURNET F., BOCHATON A., MOBILLION V., PEYRONNIE K., SALEM G, 2007. Sampling in health geography: reconciling geographical objectives and probabilistic methods : an example of a health survey in Vientiane (Lao PDR), *Emerging Themes in Epidemiology*, 4 (6).

VALLEE J., 2008. *Urbanisation et santé à Vientiane (Laos) : les disparités spatiales de santé dans la ville*, thèse de doctorat soutenue en géographie humaine sous la direction du Professeur G. Salem, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense, 354 p.

VAN DER KROEF J.M., 1982. Laos and Thailand: The balancing of conflict and accommodation in STUART-FOX M. (ed.), *Contemporary Laos*, London, University of Queensland Press : 274-290.

VELASCO-GRACIET H., BOUQUET C., 2005. *Tropisme des frontières, approche pluridisciplinaire*, *tome 1*, Paris, L'Harmattan, Collection Géographie et Cultures, 290p.

VEENSTRA G, 2007. Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada, *Health & Place*, 13 (1) : 14-31.

VIGNERON E., 2001. *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Médecine et société, 127p.

VIPHA U., 2001. *The Impacts of the Radio and Television Signals across the Thai-Lao Border* (en langue thaïlandaise), Bangkok, Chulalongkorn University Press, 246p.

VORAPHETH K., 2007. Laos : la redéfinition des stratégies politiques et économiques (1975-2006), Paris, les Indes savantes, 268p.

WALKER A., 1999. The legend of the Golden Boat: Regulation, trade and traders in the borderlands of Laos, Thailand, China and Burma, Surrey, Curzon Press, 232p.

WALKER A., 1999. Women, space, and history: long distance trading in Northwestern Laos, in EVANS G. (ed), *Laos: Culture and Society*, Bangkok, Silkworm Books : 77-99.

WALKER A., 2008. Borders in motion in the upper Mekong: Siam and France in the 1890s, in GOUDINEAU Y., LORILLARD M., *Recherches nouvelles sur le Laos*, Vientiane-Paris, Ecole Française d'Extrême-Orient (EFEO), 678p.

WANKAEW S., SEMYAM A., 2007. *Thai-Lao informal border trade (Mukdahan-Savannakhet)*, Bangkok, the Asian Research Centre for Migration, Chulalongkorn University, 2p.

WINICHAKUL T., 1994. *Siam Mapped, a history of the geo-body of the nation*, Chiang Mai, Silkworm Books, 228p.

YIP W. AND ALL, 2007. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China, *Social Science & Medicine*, 64 (1) : 35-49.

Index

Liste des tableaux

Tableau 1 – Indicateurs socio-sanitaires du Laos et de la Thaïlande, 2005-2006 52
Tableau 2 - Evolution du nombre de structures publiques de 1976 à 2005, Laos 59
Tableau 3 – Dépenses consacrées à la santé par source de 1992 à 2000 (millions de dollars) 60
Tableau 4 - Tableau à compléter par les personnes ayant déjà eu recours en Thaïlande 114
Tableau 5 - Distribution des choix concernant le type de structure visitée par strate urbaine, Vientiane 138
Tableau 6 - Usage des recours transfrontaliers à Vientiane 142
Tableau 7 – Fréquence des recours transfrontaliers 146
Tableau 8 – Le recours transfrontalier en fin d'itinéraire thérapeutique 152
Tableau 9 - Nombre de structures visitées au Laos précédant le recours en Thaïlande 152
Tableau 10 – Comparaison de la distribution des motifs de recours entre l'hôpital provincial de Nong Khai et l'hôpital universitaire de Khon Kaen ainsi qu'entre l'hôpital de district de Chiang Khong et l'hôpital régional de Chiang Rai (2004) 169
Tableau 11 – Comparaison des niveaux de revenus des commerçants par rapport à la population totale 207
Tableau 12 – Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine culturelle à Vientiane, en valeur absolue 213
Tableau 13 – Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine culturelle à Vientiane, en valeur relative 213
Tableau 14 – Niveau de revenus et activité professionnelle en fonction de l'origine culturelle des habitants de Vientiane 214
Tableau 15 - Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur origine ethnique à Kokluang 216
Tableau 16 - Variables sélectionnées pour réaliser les typologies sur le niveau d'équipement des ménages en fonction des espaces étudiés 223
Tableau 17 - Distribution des patients transfrontaliers en fonction de leur expérience à l'étranger, Vientiane 232
Tableau 18 – Moyens de transport utilisé pour se rendre dans une structure de soins en Thaïlande, Vientiane 233
Tableau 19 – Motifs de recours en Thaïlande 244
Tableau 20 – Conseillers des patients transfrontaliers 244
Tableau 21 – Du local à l'international, des personnes-ressources dispersées (n=101) 249
Tableau 22 – Les personnes-conseils au Laos : une variété de catégorie 250
Tableau 23 – Les diverses sources d'information en Thaïlande 256
Tableau 24 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Mouangkhousinh : régression logistique, modèle mixte 266
Tableau 25 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Kokluang : régression logistique, modèle mixte 266
Tableau 26 – Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Vientiane : régression logistique, modèle mixte 267
Tableau 27 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Pakkading Neua : régression logistique, modèle mixte 268
Tableau 28 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Sounantha : régression logistique, modèle mixte 268
Tableau 29 - Recours transfrontaliers et caractéristiques des patients au départ de Pabath : régression logistique, modèle mixte 269
Tableau 30 – Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les centres de santé et hôpitaux de district frontaliers thaïlandais 311
Tableau 31 - Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les hôpitaux provinciaux frontaliers thaïlandais 312

Tableau 32 - Caractéristiques de la prise en charge des patients transfrontaliers dans les hôpitaux universitaires et régionaux frontaliers thaïlandais 312
Tableau 33 - Comparaison de la durée de l'hospitalisation des patients laotiens en fonction des modalités de paiement, Hôpital régional de Chiang Rai, 2006 314
Tableau 34 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens dans les 13 hôpitaux publics de la province de Nong Khai, 2000-2004 367
Tableau 35 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Chiang Rai 407
Tableau 36 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Chiang Khong 408
Tableau 37 – Pathologies traitées à l'hôpital régional de Khon Kaen 409
Tableau 38 - Pathologies traitées à l'hôpital régional de Nong Khai 410
Tableau 39 - Pathologies traitées à l'hôpital régional d'Ubon Ratchatani 411

Liste des figures

Figure 1 - PIB par habitant au Laos et en Thaïlande (par région et par province) en 2007 51
Figure 2 – Nombre d'hôpitaux publics par province en Thaïlande, 1999 55
Figure 3 - Nombre d'hôpitaux privés par province en Thaïlande, 1999 56
Figure 4 – Répartition de l'offre de soins publique et privée au Laos 62
Figure 5 – Localisation des dispensaires et accessibilité en temps de parcours, Laos. 63
Figure 6 – Les recours aux soins transfrontaliers : les espaces étudiés 78
Figure 7 – Localisation des sources photographiques dans la ville de Vientiane 80
Figure 8 - L'offre de soins publique et privée à Vientiane 83
Figure 9 - Structures de soins publiques et privées de grande capacité dans les trois principales villes du Nord-Est thaïlandais 86
Figure 10 - Houayxay / Chiang Khong : proximité géographique et lieu de passage fréquenté 89
Figure 11 - Kokluang / Houayleuk : une situation d'isolement dans les territoires nationaux respectifs 93
Figure 12 - Pakkading Neua / Bung Khla : localisation et répartition de l'offre de soins 95
Figure 13 - Savannakhet / Mukdahan : contexte urbain et corridor régional 99
Figure 14 - Pakse / Ubon Ratchatani : la proximité de la frontière toute relative 100
Figure 15 – Récapitulatif des couples frontaliers étudiés et leurs particularités 107
Figure 16 - Villes thaïlandaises enquêtées 109
Figure 17 - Localisation des enquêtes villageoises au Laos 111
Figure 18 - Localisation des 27 villages enquêtés à Vientiane 112
Figure 19 - Principales villes d'accueil des patients laotiens dans des structures hospitalières thaïlandaises, 2004 120
Figure 20 – Effectifs et taux de recours transfrontaliers en 2006-2007 122
Figure 21 – Nombre moyen de patients transfrontaliers par ménage enquêté 123
Figure 22 - Des mobilités de santé fluctuantes avec le niveau d'urbanisation à Vientiane 125
Figure 23 - Taux de recours en Thaïlande par groupe de trois villages 127
Figure 24 – Graphique de corrélation entre la part de commerçants dans la population et le taux d'adultes se soignant en Thaïlande 128
Figure 25 – Evolution du nombre de patients laotiens dans les structures de soins thaïlandaises 133
Figure 26 - Public ou privé ? Une attraction sanitaire déséquilibrée au profit du privé 136
Figure 27 - Distribution des recours transfrontaliers en fonction du type de structure visitée 137
Figure 28 – Consultations externes et hospitalisations des patients laotiens dans les structures publiques thaïlandaises, 2004 143

Figure 29 – Recours unique ou répété ? Répartition du nombre de consultations dans 4 structures thaïlandaises au cours de l'année 2004 145
Figure 30 - Recours et saisonnalité : répartition mensuelle des consultations (externe et hospitalisation) des Laotiens dans 9 structures thaïlandaises (2004) 148
Figure 31 – Structurations transfrontalières : polarisation et distance parcourue 155
Figure 32 – Aller de l'autre côté : une succession de transports et de formalités 156
Figure 33 - Répartition par province de provenance des patients laotiens consultant à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2003-2004 158
Figure 34 - Provenance par province des patients laotiens consultant à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2003-2004 159
Figure 35 - Principales villes de destination des patients laotiens transfrontaliers 163
Figure 36 – Les principaux motifs de recours des Laotiens en Thaïlande en 2004 : une hétérogénéité de profils pathologiques en fonction des structures de soins visitées 166
Figure 37 - Itinéraire complexe ou errance thérapeutique? 174
Figure 38 - Typologie des espaces frontaliers au regard des mobilités de santé 178
Figure 39 - Le recours aux soins vu à travers la notion de capital 188
Figure 40 - Distribution par âge des patients laotiens dans les hôpitaux frontaliers thaïlandais en 2004 192
Figure 41 – Recours transfrontaliers et âge des patients : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 194
Figure 42 – Distribution par genre et par âge des patients laotiens dans les hôpitaux frontaliers thaïlandais en 2004 197
Figure 43 - Recours transfrontaliers et niveau d'éducation : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 202
Figure 44 – Distribution par profession des patients laotiens consultant dans trois hôpitaux publics frontaliers thaïlandais en 2004 (en pourcentage) 204
Figure 45 - Recours transfrontaliers et statut socioprofessionnel : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 206
Figure 46 – Les mobilités de santé des fonctionnaires 209
Figure 47 - Recours transfrontaliers et niveau de revenus : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 221
Figure 48 - Recours transfrontaliers et niveau d'équipements : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 225
Figure 49 - Volumes et motifs des pratiques transfrontalières au départ des confins frontaliers laotiens. .230
Figure 50 - Recours transfrontaliers et possession d'un véhicule (voiture, moto) : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 234
Figure 51 - Recours transfrontaliers et possession d'un bateau : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 236
Figure 52 - Recours transfrontaliers et présence de membres de la famille en Thaïlande : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 257
Figure 53 - Recours transfrontaliers et présence de membres de la famille à l'étranger : cartographie des résultats du test d'indépendance khi² 261
Figure 54 – Schéma récapitulatif des déterminants individuels et sociaux des recours transfrontaliers, résultats des analyses bivariées 265
Figure 55 – Les déterminants des recours transfrontaliers : synthèse des résultats des régressions logistiques. 269
Figure 56 – Sociabilités et solidarités réticulaires : du réseau de proximité aux logiques transnationales : *L'exemple d'un couple laotien en quête de soins pour ses 3 enfants atteints de paludisme* 271
Figure 57 - Aide accordée aux patients laotiens dans les structures publiques thaïlandaises en 2004 307
Figure 58 - Croissance des dépenses consacrées aux patients laotiens dans 7 structures publiques frontalières thaïlandaises (2000-2004, 2003-2005, 2004-2007) 309

Figure 59 - Croissance de dépenses consacrées aux patients laotiens entre 2000 et 2004 dans les structures publiques de la province de Nong Khai 310
Figure 60 – Evolutions par province des budgets alloués à la santé entre 2001 et 2006 : une distribution hétérogène 323
Figure 61 – Budget d'investissement consacré à la santé entre 2001 et 2006 : une structuration Nord/Sud 324
Figure 62 - Expansion régionale du groupe hospitalier thaïlandais Bangkok Hospital 339

Liste des graphiques

Graphique 1 – Balances financières des hôpitaux publics thaïlandais en 2004 58
Graphique 2 – Distribution par âge des patients transfrontaliers (enfants/adultes). 193
Graphique 3 - Comparaison des modes de prise en charge des patients laotiens entre les consultations externes et les hospitalisations. Hôpital régional de Chiang Rai, 2006 313
Graphique 4 - Comparaison de l'évolution du nombre de patients laotiens (consultations externes + nombre d'entrées en hospitalisation) avec le montant de l'assistance financière dans 13 hôpitaux publics de la province de Nong Khai de 2000 à 2004 364
Graphique 5 – Evolution de la part de l'assistance sociale accordée aux patients laotiens dans 13 hôpitaux de la province de Nong Khai de 2000 à 2004 364
Graphique 6 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens à l'hôpital provincial de Nong Khai, 2000-2004 368
Graphique 7 – Evolution du mode d'hospitalisation des patients laotiens à l'hôpital régional de Chiang Rai et de district de Chiang Khong, 2004-2007 368

Liste des documents

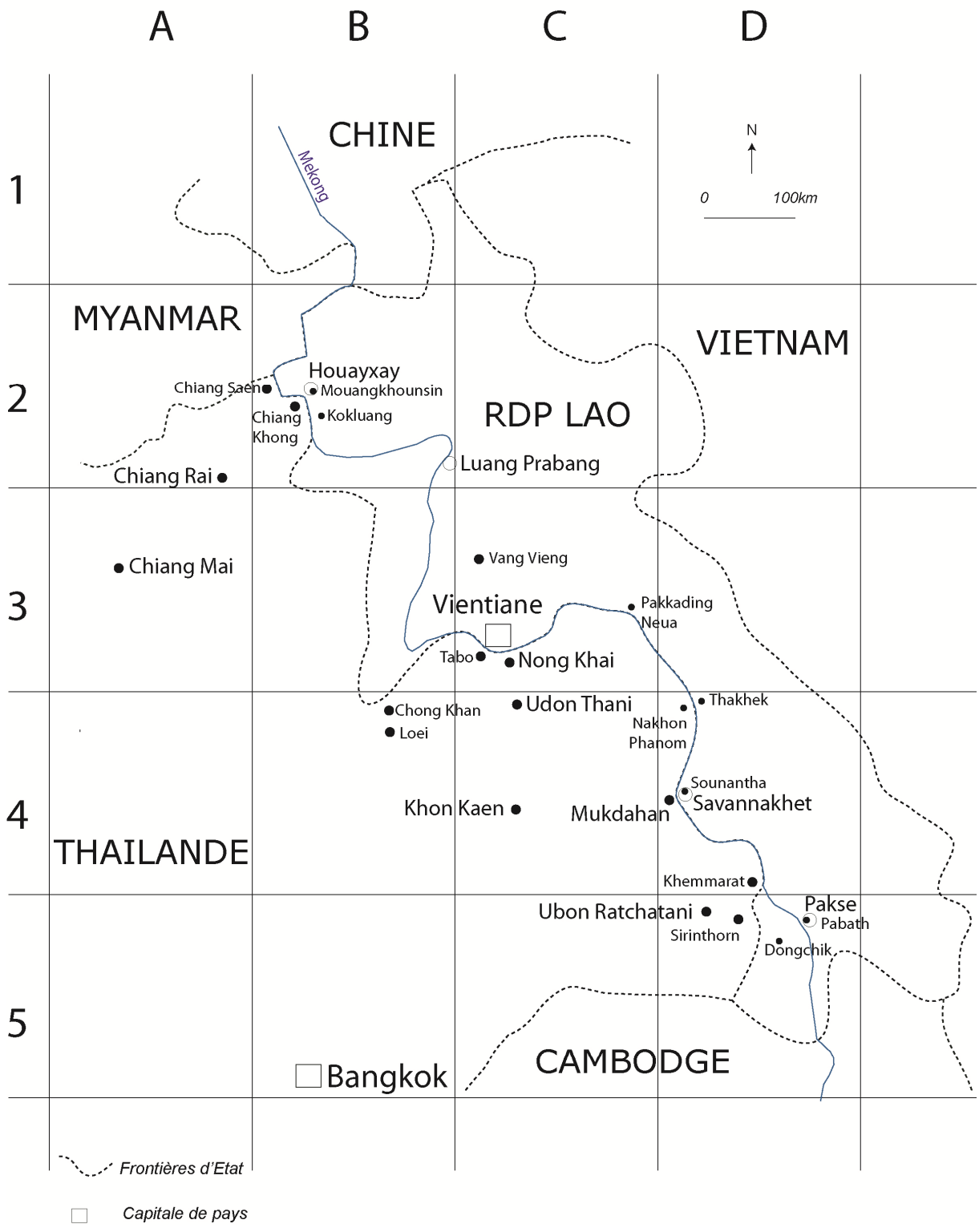
Document 1 - La Thaïlande face à la menace communiste : « *Wake up, Thai people* » 30
Document 2 – Le Mékong : une ligne de rupture sous contrôle 31
Document 3 – Le pont de l'Amitié, premier pont sur le Mékong 34
Document 4 - Le Ministre de la Santé laotien en visite officielle dans un hôpital frontalier thaïlandais 288
Document 5 - La modernisation du système de soins laotien au rythme de l'acquisition d'équipements médicaux 326
Document 6 – En Thaïlande, une communication axée sur la possession d'équipements médicaux modernes 327
Document 7 – Vers une concordance des gestes médicaux de part et d'autre de la frontière 333
Document 8 – Eventail de brochures d'informations des hôpitaux privés thaïlandais 344
Document 9 - Des grands formats au service d'une attraction maximale 345
Document 10 – Marketing sanitaire : combiner un message médical à une atmosphère sécurisante (1) 346
Document 11 - Marketing sanitaire : combiner un message médical à une atmosphère sécurisante (2) 347
Document 12 – Les pages jaunes au Laos : un espace d'information sous influence 348
Document 13 – Altruisme publicitaire ou publicité solidaire : un curieux mélange des genres 353
Document 14 - Les hôpitaux thaïlandais : un nom, un logo, une architecture moderne 360

Liste des photographies

Photo 1 – Une ambulance thaïlandaise sur le territoire laotien, pont de l'Amitié, Vientiane 35
Photo 2 - Navettes transfrontalières entre Savannakhet et Mukdahan 37
Photo 3 – Construction de la gare et de la ligne de chemin de fer, Vientiane, mars 2008. 38
Photo 4 - Présence royale au sein de la sphère médicale thaïlandaise 54
Photo 5 - L'Amitié, premier pont sur le Mékong entre Vientiane et Nong Khai 79
Photo 6 - Travaux de rénovation et d'élargissement de la route de Tha Deua en direction du pont de l'Amitié, village de Somvang Neua 79
Photo 7 - Vientiane vue du ciel : une mixité urbaine et végétale 81
Photo 8 – Le centre urbain de Vientiane à l'heure de la mondialisation… 81
Photo 9 - … et une nature à deux pas du centre ville 81
Photo 10 – Loin de l'image de la maison traditionnelle laotienne : une esthétique sous influence 82
Photo 11 - Hôpitaux centraux de la capitale laotienne 84
Photo 12 – Bâtiments et salles d'attente des hôpitaux de district de Sikhottabong (gauche) et de Chantabouly (droite), Vientiane 84
Photo 13- Route principale de Houayxay (Laos) : des commerces tournés vers le tourisme 88
Photo 14 - Hôpital provincial de Houayxay (Laos) : contraste entre des locaux récemment construits et des chambres d'hospitalisation désertées 89
Photo 15 - Les structures de soins à Chiang Khong, Thaïlande 90
Photo 16 – Des hôpitaux de grande capacité à Chiang Rai, Thaïlande 90
Photo 17 – Le site de Kokluang : isolé au Laos et ouvert sur la Thaïlande 91
Photo 18 – Transport et chargement de sacs de riz en vue de les vendre à des acheteurs situés de l'autre côté du Mékong 92
Photo 19 – Nouvelles cultures importées de Thaïlande dans la province de Bokéo 92
Photo 20 – Pakkading Neua : halte des voyageurs de la route 13, opportunité pour les vendeurs de nourriture traditionnelle ou d'aliments 'fast food' 95
Photo 21 – Mise en culture sur les berges fertiles du Mékong et bateaux qui servent à la pêche ou au transport de marchandises vers la rive opposée, Pakkading Neua, Laos 96
Photo 22 - Hôpital de district de Pakkading Neua : un lieu vide de patients et de personnels 97
Photo 23 - Le pont qui relie Savannakhet à Mukdahan 98
Photo 24 - Bâtiments rénovés de l'hôpital provincial de Savannakhet 99
Photo 25 - Le pont construit avec la coopération japonaise à Pakse, Laos 101
Photo 26 - L'activité touristique est présente à Pakse, Laos 101
Photo 27 - L'hôpital provincial de Champassak construit grâce à des fonds de la Banque Mondiale, Laos 102
Photo 28 - Infrastructures de soins dans la province d'Ubon Ratchatani, Thaïlande 103
Photo 29 - Dongchik : un village rural 104
Photo 30 – Bâtiment des douanes en construction, Chong Mek, Thaïlande 105
Photo 31 - Etals de fruits et de poissons à Chong Mek, Thaïlande 105
Photo 32 - Hôpital de district de Phonthong, Laos 106
Photo 33 – Conduite de groupes de discussion avec les patients transfrontaliers 117
Photo 34 - Rues commerçantes du centre de Vientiane 128
Photo 35 – Quartiers marchands et quartier chinois, seconde couronne de Vientiane (groupe D) 129
Photo 36 –La route de Tha Deua mène au pont de l'Amitié 130
Photo 37 – Des habitats contrastés dans le village de Kokluang 217
Photo 38 - Le pavillon de cardiologie de l'hôpital Mahosot à Vientiane : symbole d'un hôpital en mutation et sous tutelle internationale 329

Photo 39 - L'hôpital Setthatirat : symbole de la coopération japonaise dans le paysage sanitaire et urbain de Vientiane 329
Photo 40 - Slogan de bonne conduite : outil pédagogique ou artifice rhétorique ? 330
Photo 41 - Modernisation des structures laotiennes : emprunts et rappels de l'architecture thaïlandaise .. 331
Photo 42 – Des progrès en matière de signalétique, hôpital provincial de Champassak à Pakse..... 332
Photo 43 – Des étudiants laotiens tentés par l'expérience universitaire thaïlandaise 336
Photo 44 - Panneaux publicitaires pour les Assurances Générales du Laos (AGL), Quai Fa Ngum, Vientiane. 337
Photo 45 - L'hôpital Aek Udon met Vientiane à l'heure mondiale 350
Photo 46 - Sur la voie publique à Vientiane 351
Photo 47 - Quand l'hôpital vient aux patients 352
Photo 48 - Un accès hospitalier soigné 361
Photo 49 – L'hôpital au cœur de nouvelles compositions architecturales 361
Photo 50 – Des agencements intérieurs originaux 362

CARTE DE LOCALISATION



~

'Paï Thaï, paï fang nan': going to Thailand, going to the other side

Construction of a cross-border space for health care: Lao patients seeking health care in Thailand

In today's global world, people move more, move further, and move for increasingly varied reasons, such as work, study or the search for exoticism. Seeking health care away from one's home is a part of this trend and many patients these days do not hesitate to cross borders or to cover sometimes thousands of kilometers in order to consult a well-known doctor or to benefit from a fast, high-quality and cheap health-care service.

Our study concerns the questions raised by patients' movements at a regional scale, more precisely in the Lao-Thai border area where new behaviors are appearing around health care mobility. Lao nationals are crossing the border to seek health care in Thai hospitals in ever increasing numbers. A sizeable part of the population is involved in this practice, which is connected to the recent political and cultural opening of Laos and at the same time emphasizes the development gap between the two countries. Border discontinuity between the two countries is reflected by a medical discontinuity which helps explain these movements, facilitated also by the proximity and historical links of the populations living along the Mekong.

What does this mobility reveal regarding the socio-economic and political reality of the Lao-Thai border area and what light can it shed on the relationship between the two countries? How is the cross-border territory being reconstructed in the new era?

We use health movements as a means to analyze the socio-territorial dynamics of the Lao-Thai border area. Moreover, this study through health indicators is one way to both renew and re-inform our reflections on the notion of border.

Keywords : Border ; Mobility ; Health Care ; To seek health care ; Lao PDR ; Thailand

~

~

'Paï Thaï, paï fang nan' : aller en Thaïlande, aller de l'autre côté

Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande

Dans le monde globalisé contemporain, les hommes sont de plus en plus mobiles pour des motifs aussi divers que la recherche d'un emploi, la poursuite des études ou encore la quête d'exotisme. La santé n'échappe pas à cette tendance et ainsi certains malades n'hésitent pas à traverser les frontières et à parcourir parfois des milliers de kilomètres pour consulter tel médecin renommé, bénéficier d'une prise en charge rapide, de qualité ou à bas coût.

Notre étude s'intéresse à ces questions, les flux de patients, appréhendés à l'échelle régionale et plus précisément au sein de l'espace frontalier lao-thaïlandais où apparaissent des dynamiques thérapeutiques transfrontalières : le recours aux soins des Laotiens dans des hôpitaux thaïlandais limitrophes. Cette pratique engagée par une partie de la population vivant dans les bordures frontalières accompagne l'ouverture récente du Laos et souligne l'écart de développement existant entre les deux pays. La discontinuité géographique entre le Laos et la Thaïlande se double d'une discontinuité sanitaire, propice à la mobilité des patients et facilitée en outre par la proximité et les liens historiques entretenus par les populations riveraines du Mékong.

Que révèlent ces mobilités de patients sur le fonctionnement de l'espace lao-thaïlandais et sur les relations entre les deux pays ? Comment participent-elles à une recomposition du territoire transfrontalier ?

En utilisant les recours aux soins transfrontaliers comme révélateur, notre objectif, en tant que géographe est d'analyser les processus socio-territoriaux en présence actuellement au sein de l'espace lao-thaïlandais. L'entrée par la santé constitue un point de vue original pour renouveler la réflexion sur la notion de frontière.

Mots-clés : Frontière ; Mobilité ; Offre de soins ; Recours aux soins ; RDP Lao ; Thaïlande

~