

Collaborations Épisodiques ou Durables: La santé Autochtone dans le Centre de l’Australie

Françoise Dussart
University of Connecticut

Communication délivrée, grâce au soutien d’une bourse de Mobilité pour les chercheurs du Centre de la Francophonie des Amériques à Québec, lors du colloque intitulé:

« **Perspective croisées sur la santé autochtone :
Problématique, pratiques et localités** »

Organisé par :

La Faculté De Médecine, Université Laval

Le CIERA, Université Laval

La Faculté des Sciences Sociales, Université Laval

Le Département d’Anthropologie, Université Laval

Résumé

Dans cet article, je présente une analyse ethnographique de projets de recherches réalisés dans le centre de l’Australie sur les collaborations entre anthropologues, patients autochtones et personnel hospitalier afin de soutenir la santé des Autochtones à l’échelle communautaire. Par le biais d’exemples ethnographiques pointus, je souligne comment une approche collaboratrice peut non seulement émettre des recommandations pour l’amélioration de la santé autochtone — considérée comme des plus mauvaises selon les déterminants sociaux— mais aussi contribuer à les mettre en place. J’explore ici les conflits ainsi que les succès et les échecs de ce travail de collaboration lequel vise à la fois à améliorer l’état de santé des autochtones d’Australie et leur permettre d’exercer un plus grand contrôle sur les systèmes de santé mis à leur disposition. De telles collaborations peuvent stimuler une approche de santé préventive bien moins coûteuse que celles offertes pour l’instant par un système de santé curative.

Introduction

L’anthropologue de la santé, Raymond Massé souligne avec justesse qu’après plus de quatre décennies, l’anthropologie de la santé est devenue une « ...voix critique et discipline dédiée à l’analyse des savoirs, des attentes et des besoins des populations en matière de santé. » (2010 :7) Les champs de recherche de l’anthropologie de la santé se fondent aujourd’hui essentiellement sur des analyses de vécus individuels et collectifs de la maladie, du bien-être, et de multiples régimes thérapeutiques. L’anthropologie de la santé, comme science sociale de l’altérité, illumine les enjeux et processus sociaux à

l'œuvre dans la gestion de la maladie et du bien-être afin d'aller au delà d'une analyse qui simplement oppose les régimes de soins culturels à celui de la biomédecine. Bien que les anthropologues de la santé dans leurs analyses créent de grandes listes de recommandations et de stratégies afin que les services médicaux locaux et nationaux puissent mieux prendre en compte la dimension culturelle de l'identité du patient pour mieux gérer les relations thérapeutiques; les collaborations entre patients et leurs familles, professionnels de médecine moderne, et ethnologues s'élaborent concrètement plus difficilement. Étant donné la diversité croissante des patients et des patients à risques, une approche collaborative plus systématique pourrait apporter des solutions à court et à long terme.

Il y a plusieurs raisons bureaucratiques, financières, pratiques et bien sûr idéologiques soulevées par les chercheurs en sciences sociales et les scientifiques pour expliquer les difficultés de tisser des collaborations fructueuses entre professionnels de la santé, patients et anthropologues. Marilyn Strathern dans un chapitre récent intitulé « Currencies of Collaboration » examine les échanges et les valeurs paradigmatiques créés lors de collaborations entre scientifiques et autochtones de la Nouvelle Guinée, ainsi qu'entre experts et praticiens. Strathern remarque que certaines collaborations sont plus ou moins éthiques et positives, alors que d'autres se transforment en conspiration et mettent en avant les intérêts des uns (médecins par exemple) au détriment de ceux des autres (les malades par exemple) (2012 : 109). À l'instar de Strathern et d'autres chercheurs, je me penche sur la première catégorie de collaboration entre anthropologues et patients, anthropologues et personnel de la santé, et plus rare¹ entre anthropologues,

¹ Ces collaborations restent rares dans les états-colons comme le Canada ou l'Australie. En fait la majeure partie des collaborations s'élaborent entre anthropologues et patients ou entre anthropologues et personnel

patients et personnel de la santé qui crée des valeurs positives, et en particulier sur la nature des relations sociales produites dans le temps et l'espace lors d'échanges épisodiques entre scientifiques, praticiens et autochtones (voir aussi Massé 2010).

Strathern montre que les praticiens ainsi que les chercheurs collaborent le plus souvent pour répondre à un problème, au lieu de collaborer étroitement au sein d'un programme de recherche défini et dynamique en temps réel. Ce dernier suscite de la part du chercheur, des patients et du personnel médical un plus grand effort puisqu'ils travaillent tous ensemble au lieu de travailler qu'avec le personnel médical ou bien qu'avec les patients. En fait un tour d'horizon rapide montre que la littérature de la santé semble être axée sur des collaborations entre chercheurs et personnel médical ou entre chercheurs et patients, et rarement les trois groupes concernés ensemble. Lorsque l'on fait face aux problèmes de santé endémiques en milieu autochtone, comment devrions nous concevoir des collaborations qui pourraient aller au-delà de réponses épisodiques sans suivi? Afin d'alimenter une conversation pointue sur comment repenser des pratiques de collaborations qui j'appelle des collaborations engagées. Celles-ci visent à établir des relations en temps réel entre patients et personnel médical et chercheurs afin d'améliorer la santé des autochtones.

Je propose ici de réfléchir la nature et la teneur d'échanges entre patients autochtones, chercheurs et personnel médical dans le Centre de l'Australie, et plus précisément dans la communauté aborigène de Yuendumu.

La toile de fonds australienne

de la santé, mais rarement tous les trois en même temps. Parmi les quelques exceptions on observe des anthropologues qui sont aussi des médecins comme Paul Farmer, Didier Fassin ou Arthur Kleinman.

Au sein d'une politique paternaliste menée durement par le Premier Ministre de l'époque John Howard (1996-2007), à la suite d'un rapport intitulé *Justice Sociale*, Tom Calma, le commissaire à la justice pour les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torrès, exhorta le gouvernement à mettre en place des mesures afin de réduire les écarts entre la santé et l'espérance de vie des autochtones, qui ne représentent que 3% de la population, et celles des non-autochtones. Ce rapport sans équivoque sur l'état de santé alarmant des autochtones fut le déclencheur d'une campagne nationale en avril 2007 intitulée « Closing the Gap » ou « Resserrer l'écart » visant à réduire, entre autres, les inégalités en matière de santé². Fin décembre 2007, les représentants fédéraux, régionaux et locaux du Conseil des gouvernements australiens (CDGA)³ s'engagèrent officiellement à prendre les mesures nécessaires afin d'atteindre les buts fixés par la campagne. Le gouvernement fédéral s'est donné à ce jour la date phare de 2030 afin de réduire les inégalités dans tous les domaines entre la société australienne et les autochtones qui vivent aussi bien en milieu rural, dans la brousse ou dans les grandes villes⁴. Les autochtones australiens vivent au quotidien avec de nombreuses maladies chroniques qui frappent de plus en plus tôt et à un taux de plus en plus élevé, avec des espérances de vie bien au-dessous de la moyenne des Australiens non-autochtones, de dix ans au minimum d'écart et vingt ans au maximum⁵. Bien que les maladies

² <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/closing-the-gap/key-facts/what-is-the-history-of-closing-the-gap>.

³ Council of Australian Governments (COAG) en anglais.

⁴ Environ 20% des autochtones vivent dans les régions dites isolées, 21% en milieu rural, 22% en milieu semi-urbain et 35% dans les grandes villes. (voir <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3238.0.55.001> consulté le ...)

⁵ En 2009, Le Bureau Australien des Statistiques adopta une nouvelle méthodologie et mentionna que l'espérance de vie des autochtones de 2005 à 2007 était de 11,5 années inférieure pour les autochtones males et de 9,7 années de moins pour les femmes autochtones (Australian Bureau of Statistics 2009). Voir aussi Australian Bureau of Statistics, *Life Tables for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians 2010-2012*, ABS Cat. No. 3302.0.55.003, Canberra, 2013. Consulté: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3302.0.55.003>

cardiovasculaires et les AVC semblent être en baisse, le taux de maladies chroniques ne cesse d'augmenter. Les autochtones souffrent du diabète de type 2 six fois plus que les autres Australiens (Holland 2016 : 20). Malgré les excuses officielles faites aux Aborigènes et aux Insulaires du Déroit de Torrès par le premier ministre Kevin Rudd en 2008 à l'égard des politiques d'assimilation passées, les collaborations étroites à long terme entre populations autochtones, scientifiques et chercheurs visant une redistribution plus équitable des pouvoirs sont encore négligeables (Voir Sutton 2009)

Les acteurs en présence : Une mise en contexte

Les habitants de la communauté de Yuendumu où je conduis des recherches depuis plus de 30 ans, sont pour la grande majorité des Warlpiri. La population de Yuendumu varie aujourd'hui entre 700 et 1000 personnes, et comme la plupart des autochtones en Australie, nombreux sont les résidents atteints de maux chroniques et qui fréquentent régulièrement le monde biomédical. Le taux de chômage est très élevé⁶, et la communauté est subventionnée par l'État Fédéral et le gouvernement local du Territoire du Nord. La plus grande partie des habitants de Yuendumu vivent d'allocations sociales de l'État, et le niveau de vie est cinq fois au-dessous de la moyenne des non-autochtones.

À Yuendumu, il y a trois magasins d'alimentations, un fastfood, une mairie, un bureau de poste qui sert aussi de banque, une coopérative d'artistes, deux organisations pour la jeunesse, une école, une maternelle, un poste de police, plusieurs centres

⁶ Il est très difficile de trouver des statistiques sur le taux de chômage exact des autochtones habitant des communautés comme Yuendumu, mais près de 70% de la population se trouvait sans travail en 2014 selon mon recensement informel.

religieux, un centre pour les femmes, un centre pour les personnes âgées, et le *Yuendumu Health Center* généralement appelé par les habitants et le personnel médical, la clinique. La clinique est gérée par le Département de la Santé et des Familles du Territoire du Nord et a reçu l'appui, de 2003 à 2014, d'un autre organisme de santé qui ne s'occupe que des autochtones subventionnés par l'État fédéral (WYN). Le personnel médical se compose de 2 à 5 médecins qui se relayent, 5 infirmières, dont une infirmière qui depuis 2014 s'occupe des patients en dialyse, deux aides de soins qui sont Warlpiri, un gérant de la clinique, une assistante administrative ainsi que du personnel non-autochtone spécialisé selon les initiatives et programmes à court terme.

En 2007, en 2009 et à nouveau en 2012, tout le personnel médical non-autochtone ainsi que le gérant de la clinique avaient été mutés prématurément pour cause de surmenage et d'épuisement, , nommé « flat out » en anglais-australien, dont la cause serait « l'isolement » de la vie dans la brousse et les relations tendues avec leurs patients autochtones. Ce surmenage est en fait régulièrement évoqué par les administrateurs, les praticiens et les chercheurs comme un des obstacles majeurs à la mise en place de services de santé efficaces en milieu autochtone. Cependant, comme le souligne l'ethnologue Tess Lea dans son livre *Bureaucrats and Bleeding Hearts* (2008 : 189), les causes de ce syndrome ne sont ni étudiées ni remises en cause par les organismes de santé étatiques ou locaux⁷. À Yuendumu par exemple, le fait qu'il n'y ait qu'un tiers du personnel infirmier que l'on trouverait partout ailleurs en Australie pour une population

⁷ En effet il n'y a pas à ce jour d'étude systématique de ce que Yannick Jaffré appelle « l'espace moral et psychologique des personnels de santé » (2003 : 296).

de 1000 habitants⁸ joue un grand rôle dans le surmenage du personnel de la clinique, et ne semble jamais être remis en cause. À ce jour, je n'ai pas encore réussi à élucider les raisons pour lesquelles le Département de la Santé et des Familles du Territoire du Nord, et sans aucune consultation avec la population locale, demande à chaque nouveau gérant de remanier les horaires de la clinique, rendant ainsi la population locale encore plus perplexe. Ce remaniement positionne d'emblée le personnel, déjà en sous-effectif, dans une situation structurellement conflictuelle avec la population locale. Depuis plus de 30 ans, les habitants de Yuendumu se heurtent avec le personnel médical sur l'accès aux soins durant l'ouverture de la clinique et les heures de garde. Comme le résume bien ce cri de frustration poussé par une infirmière tentant d'expliquer l'indisponibilité des infirmières à des parents soucieux pour un de leurs proches : « Ce n'est pas un hôpital ici! Ce n'est qu'une clinique à court de personnel, et on ne peut être dérangé pour n'importe quel mal à n'importe quelle heure. »

Entre 2007 et 2012, les infirmiers et infirmières des différentes équipes avaient tous très peu d'expérience professionnelle dans le milieu autochtone à leur arrivée dans la communauté. Leur formation dite « culturelle » n'avait pas dépassé la demi-journée, et certains avaient été envoyés directement à Yuendumu sans formation. Les docteurs par contre avaient tous déjà travaillé en milieu autochtone depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, certains par choix éthique et politique, et d'autres pour des raisons financières.

Quant à l'ethnologue, l'autre acteur dans ce décor de collaborations, au fil des 15

⁸ Il n'y a à Yuendumu qu'un tiers du personnel infirmier que l'on trouve ailleurs pour 1000 habitants selon aihw.gov.au en 2015.

dernières années et à la demande de nombreux autochtones à Yuendumu, j'ai étudié comment ces derniers vivent et parlent de leur bien-être au quotidien, comment leurs expériences avec les milieux médicaux comme la clinique locale et les hôpitaux de petites et grandes villes ont un impact sur leur re-conceptualisation dynamique de ce qu'ils définissent comme santé et comme maladie, et ce qu'ils attendent des services de santé mis à leur disposition. (voir par exemples : Dussart 2010, Heil 2012, Saethre 2015)

Comment Penser Autrement : Sermonner et Soigner?

Le premier exemple de collaborations remonte à avril-mai 2007, donc juste un an après les premières initiatives gouvernementales visant à « Resserrer l'Écart ». J'avais obtenu des subventions de recherche ⁹ pour un projet personnel dont l'objectif premier était de mieux comprendre comment les habitants de Yuendumu vivent une maladie chronique comme le diabète. Dans l'élaboration initiale de mon projet, je n'avais pas envisagé une démarche de type collaboratif proprement dite ou d'une démarche où l'anthropologue se positionne en quelque sorte comme « médiateur culturel » entre patients et personnel médical en temps réel. C'est pourtant ce qui est survenu. En effet, à la demande informelle des patients autochtones et du personnel médical, j'ai rapidement accepté le rôle « d'ethnologue de couloir » pour améliorer les relations entre les patients et le personnel de la clinique confronté à des conceptions différentes de la santé, de la maladie, de la douleur et du bien-être en général. J'ai ainsi accepté, comme le décrit M. Strathern (2004), de me positionner en tant que collaboratrice en « mode réponse », au lieu d'une collaboration au sein d'un programme global, élaboré et

⁹ Wenner Gren research grant #7544, AIASTIS research grant, University of Connecticut Human Rights research grant.

organisé par les différents groupes d'acteurs impliqués. Dans ce contexte d'engagement ad hoc, chercheurs, autochtones et personnel médical entrent en scène sachant qu'il faut, en quelque sorte, jouer le jeu des uns et des autres si l'on veut vivre mieux, même si nos définitions et nos régimes de soins ne s'entrecourent pas aisément.

C'était le début de l'hiver et donc, pour le personnel médical, le début d'une nouvelle saison de vaccination contre la grippe. Comme à l'accoutumée, le personnel médical fixa son attention sur la pathologie biomédicale, réifiant ainsi les interactions entre les parties du corps et la maladie saisonnière comme la grippe virale laquelle attaque les organes du système respiratoire. De leur point de vue, seul le vaccin contre la grippe permet d'éviter le risque de contracter la maladie et de réduire sensiblement le taux de complication chez « les groupes à risque », c'est-à-dire les enfants et les personnes âgées. Le médecin en résidence à l'époque ne cacha pas sa frustration à « l'ethnologue de couloir » car les personnes « les plus à risques » ne venaient pas à la clinique afin de se faire vacciner, ou refusaient tout simplement le vaccin. Le médecin me demanda comment je pourrais aider le personnel de santé afin de vacciner le plus d'enfants et de personnes âgées possible. Or, le médecin m'interrompit très vite lorsque je tentai de suggérer des approches culturellement plus appropriées que celles tentées jusque-là. Son interruption fut cinglante : « On ne doit pas considérer autre chose que les bénéfices de la vaccination, tout le reste dont vous me parlez n'est que du *touchy-feely-crap* ». En d'autres termes, selon le médecin, tout ce qui relève de l'arbitraire comme le savoir interculturel et les émotions ne feraient qu'obstruer la tâche médicale, la tâche primordiale. Son efficacité était en quelque sorte mise à l'épreuve ainsi que ses valeurs en tant que spécialiste et expert de la santé. Le désir authentique du médecin de prendre

soin des « personnes à risques » ne pouvait faire place semble-t-il à d'autres façons d'appréhender l'intervention biomédicale, les paramètres de sa responsabilité semblait bien trop rigide. D'emblée, le médecin mit en avant une différence épistémologique profonde entre le travail théorique, éthique, emphatique et pratique de « l'ethnologue » et celui du « praticien médical »¹⁰. Comme le résume bien Sylvie Poirier dans son analyse récente sur les collaborations et le partenariat entre chercheurs, et entre chercheurs et autochtones au Québec: « On ne change pas si facilement d'habitus, on ne renonce pas si facilement à une position de pouvoir ! » (2014:75). Or, ces attitudes ont pourtant des conséquences à court et long termes sur les constructions identitaires ainsi que sur les politiques de santé ou autres mises en place.

Un infirmier et une infirmière chargés de la vaccination contre la grippe avaient en effet essuyé plusieurs échecs les jours précédents, une situation que n'ignorait pas le médecin. . Cependant et contrairement au médecin, l'infirmier et l'infirmière voulaient trouver des moyens culturellement plus appropriés afin d'accomplir leur tâche thérapeutique. Leur désir de collaboration épisodique mit en évidence une préoccupation commune entre l'ethnologue et les infirmiers : celle de s'éloigner de leurs valeurs et d'être plus à l'écoute de celles des habitants de Yuendumu afin de rendre savoirs, actions et relations sociales plus efficaces. En leur faisant part de mes travaux de collaborations (Dussart 2009, 2010) avec les résidents de Yuendumu sur les traitements médicaux dispensés par le personnel médical et de leurs perceptions de la clinique et de son personnel, j'appris que l'infirmier et l'infirmière n'expliquaient qu'en anglais à leurs patients la nécessité d'une vaccination annuelle contre la grippe, le fait que la grippe est

¹⁰ J'ajoute ici des guillemets pour mettre en garde contre une idée monolithique de ce que fait ou représente le médecin ou l'ethnologue

un virus dangereux et que leur action visait surtout les enfants et les personnes âgées. À aucun moment dans leurs explications, il n'était pas fait mention des effets dits secondaires du vaccin. Après quelques conversations avec les personnes qu'ils avaient déjà tentées de convaincre de se faire vacciner, il semblait clair que le discours du personnel médical était vécu par les habitants de Yuendumu comme un sermon de réprimandes, sans contrepartie d'échanges. Pourtant, certains autochtones avaient déjà une expérience du vaccin en question. En effet, des personnes qui avaient été vaccinés les années précédentes avaient éprouvé de la fièvre et des douleurs dans le corps, les bras et les épaules, l'estomac ainsi que dans les reins —selon les autochtones le siège de la santé—, soit les mêmes symptômes que ceux de la grippe. À leur grande déception, lorsque les « effets secondaires » du vaccin s'étaient manifestés, le personnel de la clinique n'était pas intervenu alors de façon culturellement appropriée. Les patients souffrants avaient tout simplement été renvoyés de la clinique avec deux cachets d'acétaminophène ou ignorés lors des heures de garde comme des cas non-urgents. Or, en se soumettant à la vaccination, chaque personne attendait d'être prise en charge par le personnel qui n'avait pourtant pas tenu sa part du marché. Même si les Warlpiri, du moins pour la plupart, reconnaissaient les bienfaits à long terme du vaccin, c'est-à-dire une protection contre un « gros rhume », il fallait repenser l'acte de vaccination—un acte de soin parmi d'autres— au sein même d'un système d'échanges bien au-delà de l'épisodique. En d'autres termes, si les Warlpiri, et en particulier les « personnes à risques », se faisaient vacciner, le personnel infirmier s'engagerait-il avec ces dernières dans une relation sociale d'interdépendance régulière et renouvelable? Accepterait-il cette responsabilité? Accepterait-il cette immersion temporaire et renouvelable dans

l'univers social des autochtones? (voir Dussart 2009, 2010; Heil 2012; Saethre 2013)

Une telle perspective sur la nature sociale d'un régime de soins est ancrée dans l'éthique de réciprocité traditionnelle chez les chasseur-cueilleurs. Elle s'enchevêtre également avec leurs expériences—bonnes et mauvaises mais toutes formatrices—avec la clinique locale qui s'axe sur une pratique exclusivement de traitements de soins aigus, ainsi que les expériences des patients dans d'autres locaux hospitaliers. Les autochtones perçoivent souvent les infirmiers et les médecins comme des personnes dont la profession est de soigner. Pourtant, ces mêmes personnes trop souvent harcèlent, sermonnent, font attendre, ne sont pas disponibles et froissent la dignité de leurs patients ainsi que leur autonomie personnelle—c'est-à-dire leur droit de se faire soigner ou non, leur droit de se faire vacciner ou non, leur droit de s'engager ou non dans une relation d'interdépendance avec le personnel hospitalier¹¹. Les « sermons » et réprimandes du personnel médical ne sont pas interprétés comme culturellement appropriés puisque le personnel médical a du mal à participer, même de façon épisodique, dans l'économie morale de demande et de partage des autochtones de Yuendumu¹² (Voir Peterson 2005)

De son côté, le personnel médical perçoit ses « sermons » comme une nécessité professionnelle et comme une responsabilité. Les différences pratiques et philosophiques

¹¹ La gérance de la clinique locale, jumelée à une mise à jour des dossiers inadéquate et à une structure reproduisant le surmenage fréquent de son personnel, fait en sorte que très peu de soins préventifs ou palliatifs sont dispensés sur place. Les autochtones doivent souvent se déplacer au centre hospitalier, le plus proche étant situé à plusieurs centaines de kilomètres. Le deuxième obstacle à surmonter est ce sentiment de harcèlement que les patients et le personnel médical ressentent les uns envers les autres. De façon générale, le personnel de la clinique est perçu par les patients comme arrogant et manquant de chaleur humaine, à chaque instant « sermonnant » les patients en leur disant ce qu'ils doivent faire et ce qu'ils ne font pas.

¹² Voir Kowal (2015) pour mieux comprendre les différentes raisons pour lesquelles les Blancs racistes et « antiracistes » résistent à s'intégrer dans cette économie morale informelle. Kowal montre comment certains Blancs non-racistes arrivent à évoluer dans des situations de mouvance difficiles et ambiguës où les interventions menées pour réduire l'écart et le maintien de la différence autochtone finissent par se lasser car ils sont surmenés et ne voient guère d'amélioration.

de régimes thérapeutiques axés sur le patient pour déterminer la qualité et la façon de dispenser les soins, sont deux actions inexorablement liées pour les autochtones. Alors que le personnel médical vit la pression qu'il exerce sur les patients comme partie intégrante du régime thérapeutique de la biomédecine, les patients vivent les sermons et les réprimandes comme une forme de gouvernance qui d'une part s'ancre dans des relations néo-coloniales d'inégalité, et d'autre part néglige la relation éthique et dynamique d'interdépendance mentionnée plus haut. Comme je l'ai montré ailleurs (Dussart 2009, 2010; voir aussi Heil 2012; Rosland A-M, Heisler M, Choi H-J, Silveira MJ, Piette JD, 2010), les régimes de soins autochtones s'alignent sur d'autres axes que ceux de la thérapie biomédicale, sans nécessairement rejeter cette dernière selon mes expériences de terrain. Cependant je ne veux en aucun cas faire de généralisations. Erika Dyck et Christopher Fletcher dans leur ouvrage *Locating Health* (2010) montrent plus généralement que les différences contextuelles et géographiques, enchevêtrées avec des expériences personnelles doivent être prises en compte. Ainsi, si à Yuendumu les patients utilisent de façon assez pragmatique les différents régimes ethnomédicaux de soins auxquels ils ont accès, il semble que ça ne soit pas le cas ailleurs. Eirik Saethre montre par exemple dans son livre, *Illness as a Weapon*, (2013) que pour de nombreux patients d'une communauté aborigène, voisine de Yuendumu, la maladie est vécue comme une arme de résistance face au pouvoir oppressant de la société australienne.¹³

¹³ Bernard Roy dans son livre, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2002, fait écho à l'argument de Saethre, 2013.

Soigner avec Bienveillance

Afin d'amorcer une relation de bienveillance qui puise s'articuler sur un équilibre difficile entre demandes et obligations et répondre ainsi mieux aux attentes des Warlpiri, j'ai accepté, en 2007, de coopérer et d'accompagner l'infirmier et l'infirmière dans leurs démarches de vaccination. Nous sommes allés ensemble à la rencontre des personnes âgées, des enfants et des parents, tantôt sur leurs vérandas, aux abords de l'école ou dans la salle d'attente de la clinique. À la demande de l'infirmier et de l'infirmière, j'ai expliqué aux patients et à leur famille en warlpiri ou en anglais selon leur désir, le pourquoi de notre visite. Un script préalablement testé informellement avec quelques amis warlpiri disait à peu près ceci: « L'infirmier et l'infirmière chargés de vacciner, ainsi que tout le personnel médical, se font du souci pour les habitants de Yuendumu—une preuve de leur désir d'accepter leur responsabilité envers les habitants de la communauté— et comme tout parent ils désirent que les habitants de Yuendumu soient en bonne santé. Ils pensent que le vaccin pourraient les protéger de la grippe »¹⁴. On expliqua également que le vaccin allait faire mal sur le coup et que pendant quelques jours les personnes vaccinées pourraient éprouver des symptômes comme de la fièvre, une grande fatigue, et même une toux grasse, mais que le personnel médical, de jour comme de nuit, s'engageait à veiller sur eux si ces symptômes se manifestaient. Ce geste de disponibilité et de bienveillance fut très apprécié car il respectait et répondait à la

¹⁴ Le personnel médical n'eut aucune difficulté à formuler ce dernier souci. En effet, plusieurs d'entre eux m'expliquèrent que d'invoquer une responsabilité familiale est une technique à laquelle les médecins et les infirmiers ont souvent recours afin de rendre leurs patients plus obéissants. L'infirmière m'expliqua, en riant, que souvent elle disait à ses patients « Si vous étiez ma fille, je vous ferais vacciner »

demande du patient¹⁵. Il fut compris comme un pas en avant vers le respect au moins épisodique de l'économie morale des autochtones. Cette attente de la réciprocité doit sans cesse se renouveler pour les Warlpiri, il n'y a, selon leur point de vue, même s'il y a des règles, aucune garantie du comment les relations sociales se déploieront dans le futur. Ces dernières doivent être constamment réinitialisées, testées, des compromis doivent toujours être élaborer afin de préserver l'équilibre fragile entre l'autonomie et l'interdépendance (Voir aussi Myers 1986, Poirier 2000).

Les enfants bien sûr ne voulaient pas se faire vacciner et l'atout le plus important fut que je sois vaccinée devant plusieurs d'entre eux et de leur laisser le choix tout en évoquant le désir de prendre soin d'eux. Comme les personnes âgées préfèrent les piqûres à tout autre mode de traitement biomédical, elles en acceptèrent les conséquences en autant que le personnel médical accepte de rester à leur écoute. Ces personnes souhaitaient établir une relation sociale tangible, voire durable, avec le personnel médical, si présent dans leur quotidien et non un rapport passager axé uniquement sur le vaccin. Chez les autochtones d'Australie, se remémorer l'histoire ou la vie sociale des douleurs vécues est culturellement très important afin de révéler les entrelacs entre expériences de vie et douleurs physiques, psychiques et culturelles. Les personnes âgées voulaient être appréciées en tant que « personne » ayant de grandes connaissances culturelles, religieuses, historiques et politiques et jouissant d'une grande expérience de vie enchevêtrée avec les non-autochtones. Elles voulaient être respectées selon leurs valeurs et considérées comme responsables.

¹⁵ Un petit nombre, environ une dizaine de patients seulement fit appel au personnel de jour et de garde à la suite des vaccins.

Le déploiement de mon capital culturel et social en tant qu'intermédiaire entre la population visée et le personnel médical fut déterminant durant les cinq jours qui suivirent. Assumer mon rôle de médiateur culturel était interprété par tous, autochtones et non-autochtones, comme ma responsabilité en tant qu'experte non-autochtone des façons de faire, des valeurs et des pratiques des habitants de Yuendumu. Sur une période d'un mois, plus de 85% des personnes à vacciner reçurent le vaccin en comparaison avec moins de 50% l'année précédente.

L'infirmier et l'infirmière m'avouèrent que leurs journées s'étaient bien passées et qu'ils n'étaient plus aussi stressés, bien au contraire car ils avaient maintenant plus de temps pour leur travail et leur loisir¹⁶. Les collaborations entre ethnologues, patients et infirmiers ont souvent des aspects positifs car tous sont concernés par la bonne santé de la personne. Le registre médical de référence du médecin mentionné plus haut—basé sur le diagnostic biomédical—est souvent en porte à faux avec celui du personnel infirmier, de l'ethnologue et des patients autochtones. Le médecin abdiqua entièrement sa responsabilité envers ce projet de vaccination mieux adapté aux sensibilités culturelles locales. Il se démarqua par son refus de collaboration avec le personnel de la clinique et les patients, une position qui se trouve bien à l'encontre des directives officielles du

¹⁶ Lors d'une rencontre avec 5 jeunes mères et leurs enfants durant laquelle j'expliquais en Warlpiri pourquoi les enfants pourraient être vaccinés ainsi que leurs parents, une jeune femme m'interrompit : « tu sais tu connais bien notre culture et nos coutumes, c'est pour cela que je t'écoute, et que tu m'écoutes. Mais pourquoi devrais-je écouter ces gens là (infirmier et infirmière)? Lorsqu'ils nous parlent je ne ressens que de la honte ». FD : « Non c'est toi l'experte de la vie des Warlpiri, moi je continue toujours à apprendre. Les infirmiers et infirmières sont des experts de la médecine non-autochtone, et parfois il est bien aussi d'apprendre d'autres façons de penser et de faire. » La jeune mère rétorqua du tac au tac : « Ah je vois, en fait tu es aussi une experte utile, qui dit aux autres en quoi ils sont experts afin qu'ils communiquent un peu mieux! C'est comme durant une querelle, certains parents peuvent négocier et aider d'autres afin de devenir plus raisonnable même s'ils ne sont pas d'accord, alors que d'autres parents doivent se taire s'ils ne veulent pas envenimer la querelle ». Le gérant de la clinique recruta cette jeune mère afin de collaborer et de co-produire des programmes plus appropriés et plus engageants pour les jeunes mères et les enfants. Ces programmes furent toutefois abandonnés par la nouvelle équipe médicale car considérés comme trop onéreux en temps pour le personnel de la clinique.

ministère de la santé.

Afin de célébrer les collaborations entre les patients et leurs familles, le personnel médical et l'ethnologue, le gérant de la clinique, à la demande de l'infirmier et de l'infirmière, organisa une petite fête avec des snacks que les personnes vaccinées pouvaient manger sur place ou bien emporter chez eux. Les parents et les personnes âgées parlèrent de ce « geste » pendant plusieurs mois se remémorant ce moment comme un geste de bienveillance répondant aux attentes des patients d'être traités comme des personnes à part entière. Hélas, l'équipe médicale fut dissoute quelques mois plus tard évoquant de nouveau le syndrome du « surmenage », ce même syndrome rendu responsable des erreurs commises par l'équipe médicale. Une autre équipe arriva sans avoir pris connaissance des efforts de leurs collègues, ou de celles des patients. Selon le département de la santé, mais aussi de nombreux chercheurs (Voir par eg. Lea 2008, Kowal 2015, Massé 2010) le syndrome du surmenage justifie par défaut le manque de suivi et de stabilité dans les cliniques des communautés autochtones dites éloignées, ne permettant pas d'atteindre les buts donnés pour l'amélioration de la santé des autochtones. L'ironie est que ce suivi et cette même stabilité est ce que le personnel médical attend des patients s'ils veulent être en meilleure santé. Par ailleurs, les habitants de Yuendumu souffrent eux aussi d'un syndrome que j'appelle « training-fatigue », soit la lassitude à la fois de constamment avoir à s'habituer à un nouveau personnel médical et de tenter d'éduquer ces nouveaux venus qui n'ont très souvent que très peu de connaissance du monde et de la culture aborigènes. Commencer par questionner ces deux syndromes devrait être un premier pas afin d'améliorer la santé autant des autochtones que du personnel médical. Pour le moment, il ne semble pas y avoir d'issue

tant que la rotation du personnel médical reste en spirale et ne capitalise pas sur les acquis des équipes précédentes. La transmission d'une mémoire institutionnelle et, dans le cas qui nous concerne, de pratiques culturellement adaptées ne semble pas être valorisée par les structures médicales œuvrant en milieu autochtone.

Même si les discours officiels mettent l'accent sur les collaborations entre les autochtones, les chercheurs et les praticiens, il n'y a que très peu d'initiatives encouragées et subventionnées par l'état qui ont pour but de forger des collaborations locales. Les discours officiels et les politiques sur les collaborations portent généralement sur les collaborations à grande échelle entre chercheurs scientifiques, patients (comme cobaye), institutions pharmaceutiques et laboratoires en vue de promouvoir une méthodologie quantitative et d'obtenir des résultats à grande échelle.

Dans le cas exposé ci-dessus, il me fut possible, grâce à des subventions, mon salaire universitaire, mes 30 ans d'expérience à Yuendumu et ma connaissance de la langue warlpiri, de servir « d'ethnologue de couloir » suivant mes propres critères moraux, financiers et éthiques. Comme je l'ai démontré, les actions directes et les collaborations qui s'établissent sur de telles bases semblent bien fonctionner localement, mais elles demeurent dans le domaine de l'exceptionnel, et ne sont que très rarement soutenues financièrement et politiquement.

Collaborations et propositions pour aller au-delà de l'épisodique

En 2009 et 2012, à la demande des organismes de santé locaux, j'ai effectué des recherches sur comment les médecins, infirmières et autre personnel hospitalier

pourraient « améliorer leur efficacité »¹⁷ en incitant les patients à venir plus régulièrement à la clinique pour leurs visites médicales et leurs examens de routine. Le personnel médical et administratif de la clinique était composé de façon similaire, à l'exception en 2012 de la présence de deux étudiants en médecine de l'Australian National University, en stage pour 8 semaines. Il y avait cinq infirmières non-autochtones, une assistante administrative autochtone mais pas de la région, deux aides médicales Warlpiri à temps partiel—un homme et une femme—, trois médecins en rotations, et un gérant de la clinique. Quelques spécialistes (comme une diététicienne, une podologue, une cardiologue, une endocrinologue, un dentiste, ...) vinrent de façon irrégulière à Yuendumu, et dans la plupart des cas, les patients devaient se rendre en ville pour les voir.

La clinique de Yuendumu fonctionnait—et fonctionne toujours— essentiellement comme un dispensaire traitant les soins considérés aigus, ce qui est bien plus cher que les structures médicales qui se concentrent sur les soins primaires. La culture de la clinique construit et reproduit les « patients » qui s'y rendent comme si tous leurs maux étaient aigus et relevaient de l'urgence, du mal de dent du nourrisson à une appendicite. Le résultat en est que l'équipe médicale est surmenée, elle est irritée par des patients qu'elle juge irresponsables et les patients et le personnel, se heurtent les uns aux autres en permanence. Cette situation ne fait que reproduire des relations de blâme et entrave la possibilité d'opérer sur des bases nouvelles.

Lors de mes deux enquêtes, patients et personnel médical soulevèrent trois obstacles majeurs afin d'assurer le bien-être de tous. Le premier obstacle est d'ordre

¹⁷ Ce fut le langage de l'organisme qui m'employa comme consultante

technique. Comme le programme informatique utilisé par le système médical de Yuendumu ne communique pas avec les systèmes d'autres centres médicaux dans le Territoire du Nord et dans les autres états, l'accès aux médicaments des résidents qui se déplacent est très limité. Comme le confirme le rapport de 2016 sur le programme « Resserer l'Écart », les programmes informatiques qui recensent les patients et leurs traitements ne sont pas centralisés, et ne peuvent pas communiquer entre eux, et surtout le système de remboursement des soins et des médicaments ne fonctionne pas de services à services¹⁸. Il est important ici de souligner que le mode de vie des habitants de Yuendumu repose sur la responsabilité sociale envers les siens d'être disponible et sur la mobilité selon les obligations et les désirs du moment (voir Musharbarsh 2008). Ainsi les patients atteints de maladies chroniques, et qui représentent un pourcentage énorme en milieu autochtone, bien qu'encouragés par le service de santé de rester près de la clinique, se déplacent sans cesse pour des raisons familiales ou autre et n'ont pas la possibilité de renouveler leur médicaments. La directive péremptoire de rester près de la clinique se trouve en porte à faux avec l'autonomie et les obligations familiales des habitants de Yuendumu (voir Dussart 2010). On ne peut pas sous-estimer les conséquences néfastes de l'immobilité sur le bien-être des autochtones. Comme l'a montré l'ethnologue médical Daniela Heil (2012) un corps autochtone sain est un corps d'une personne qui se déplace quand elle en a le désir, quand elle en a le besoin. L'identité de ces anciens chasseurs-cueilleurs reste liée inexorablement à la vie nomade. (voir aussi Dussart 2000, 2010; Musharbash 2008). Le nombre de lieux où se rendent chacun afin de prendre soin de sa famille mais aussi d'affirmer son autonomie s'est

¹⁸ Voir Co-payment measure, Quality Use of Medicines Maximised (QUMAX) program, et the Remote Area Aboriginal Health Service (RAAHS) program (Section 100 of the *National Health Act*).

multiplié de façon exponentielle depuis ces trois dernières décennies grâce à l'accès aux moyens de transports et à la grande diaspora des autochtones de brousse vers des milieux plus urbains. Les Warlpiri de Yuendumu font souvent des allées et venues entre leur communauté et d'autres, ainsi qu'entre leur communauté et des grandes et petites villes où résident de façon temporaires ou permanentes certains membres de leur famille. Ces déplacements fréquents mettent à jour les inégalités et l'incapacité du système actuel de subvenir aux besoins médicamenteux des patients en mouvements et défavorisés, comme les autochtones, les sans-abris et les réfugiés.

L'accès disparate aux examens de routine et de détections et aux soins spécialisés est le deuxième obstacle souligné par les patients et le personnel de la clinique locale. Pour tout traitement contre le cancer ou les maladies cardiaques, les patients doivent se rendre dans des villes qui se trouvent à 1500 km de Yuendumu pour y être suivi au quotidien. Bien que depuis 2014, il y ait une infirmière spécialement chargée de la dialyse de quelques personnes qui reviennent passer quelques mois à Yuendumu, la majorité des patients vivent dans la ville la plus proche, Alice Springs à 300 km de Yuendumu, qui leur donne accès aux soins de dialyse. Ces déplacements et changements de résidence entraînent d'autres changements et créent des réactions en chaîne au détriment de la santé et du bien-être des uns et des autres. Les membres de leurs familles se déplacent pour leur rendre visite, s'endettent pour ces déplacements, se trouvent souvent sans argent dans ces villes lointaines, ou alors forcés de rester plus longtemps que prévu, négligeant ainsi leurs autres responsabilités familiales, et généralement eux-mêmes sans leurs médicaments. Afin de faire face aux pressions énormes qu'engendrent des traitements médicaux loin des leurs, certains patients prennent la décision de ne pas

se faire traiter au lieu de mourir seul et loin de leur terre et de leur famille.

Évoquer dans l'exemple de la vaccination contre la grippe, le troisième obstacle est le problème des horaires et le nombre de personnes soignantes disponibles. Comme je le soulignais, il n'y a pas assez d'infirmières dans la communauté de Yuendumu pour faire face aux demandes et aux autres stress et syndromes associés à la vie dans cette partie éloignée du Centre de l'Australie¹⁹. Les horaires de la clinique et les heures de garde de la clinique ne s'accordent ni avec le rythme de la vie autochtone, ni avec le vécu des malades. Les maux prennent toujours une dimension démesurée lorsque la nuit tombe, bien longtemps après la fermeture de la clinique. Les heures de garde sont jalousement gardées! L'infirmière de garde ne peut être appelée directement, les patients doivent appeler un numéro dont le service téléphonique se trouve dans la ville la plus proche à 300 km et qui relaye l'information à l'infirmière sur place à Yuendumu. Les cas graves sont exacerbés et traités dans ce climat d'attente propice aux blâmes et conflits dans tous les sens. Les horaires de la clinique sont « un véritable casse-tête qui ne va pas se résoudre sans une intervention gouvernementale radicale » comme le remarqua une infirmière la veille de son départ de Yuendumu. Les horaires de la clinique sont basés sur des directives économiques du département de la santé, mais les enjeux et le contexte socio-culturel des cliniques de brousse sont autres que ceux des grandes villes. La résistance bureaucratique à réfléchir les horaires des cliniques en milieu autochtone reste époustouflante. Le problème endémique de l'accès au personnel

¹⁹Il y a une pénurie infirmière sévère dans le centre de l'Australie. À Alice Springs par exemple : “In the Northern Territory, the ANF also indicated that the overall turnover of junior registered nurses is around 100%. In Central Australia, at Alice Springs Hospital the rate of turnover is higher at 137% per annum.” In http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Completed_inquiries/2002-04/nursing/report/c02 consulté le 3 novembre 2016.

reproduit des façons d'agir et de penser de la part du personnel ainsi que des habitants de Yuendumu. Les résidents de Yuendumu, comme de nombreux autochtones, sont accablés sans cesse par des morts des membres de leur famille de tous âges de plus en plus fréquentes dues essentiellement aux conséquences de maladies chroniques, aux accidents, et aux dépressions (voir 2008 et al.). Dans ce climat de l'insupportable, conflits entre autochtones, et entre autochtones et non-autochtones s'enveniment souvent.

À la suite de mes rapports, plusieurs discussions avec le personnel de la clinique, des patients et leurs familles, sur ces problèmes eurent lieu et quelques initiatives furent proposées. Parmi les suggestions, avec l'aide d'une amie autochtone nous pouvions en réaliser quelques-unes très rapidement : produire et tester des guides/protocoles pour les patients et le personnel afin d'améliorer leurs interactions. En deux semaines nous avons produit un guide pour faciliter les relations entre patients, leur famille et le personnel médical; un deuxième pour le gérant de la clinique afin de rendre l'environnement plus accueillant pour les patients; un troisième pour le personnel médical sur des interactions culturellement appropriées lorsqu'il traite des patients autochtones; et un quatrième afin d'orienter les conversations entre le personnel de la clinique et les patients atteint du diabète de type 2 (plus de 35% de la population de Yuendumu). J'ai produit également un glossaire avec des termes utiles en warlpiri, comme les parties du corps et le nom de certaines maladies, ainsi qu'une façon de comprendre le système de parenté complexe des Warlpiri. Tant que je restais l'ethnologue de couloir, ces guides furent utilisés, procurant pour un temps une base structurelle visant l'amélioration des relations entre les Warlpiri et le personnel médical et donc par extension le bien-être des et des autres.

Utilisés plus régulièrement et surtout transmis d'une équipe médicale à l'autre, ces guides ou protocoles auraient pu produire un mode d'engagement durable vers une redistribution des rapports de compétence et de pouvoir au sein de la clinique.

D'autres suggestions à long terme furent également discutées, mais à ce jour aucune n'a encore été élaborée et mise en œuvre. Parmi celles-ci, notons : , des rencontres informelles entre le personnel médical, les patients et leur famille; l'organisation d'activités physiques avec l'école, la clinique, le centre d'art, la police; la vente de mets-à-emportés préparés spécialement pour les diabétiques; et la création d'une plateforme internet (réseaux sociaux) par et pour les jeunes en collaboration avec le personnel médical et les chercheurs²⁰.

Conclusion :

Dans ces deux exemples de collaborations épisodiques nous pouvons retenir les points suivants :

- Dans les communautés autochtones, les économies morales et les régimes de soins des autochtones et du personnel médical s'articulent difficilement entre eux.
- Les rotations sommaires d'équipes nouvelles du personnel traitant représentent un obstacle majeur à l'implémentation de solutions localement mieux adaptées.
- La pratique des thérapies aiguës et l'absence presque totale de régime de soins préventifs suivis limitent la reproduction de relations constructives entre les patients et le

²⁰ Ces plateformes à Yuendumu fonctionnent de façon très sporadique car l'accès à l'internet est parfois difficile car trop coûteux. Cependant, informations par textos semblent être plus accessibles.

personnel.

- Les recherches sur la santé des autochtones restent hyperpolitisées, et ne s'orientent guère vers l'aspect qualitatif des collaborations visant la redistribution plus équitable de pouvoir et l'amélioration des soins dispensés et reçus.

Les collaborations entre chercheurs universitaires, personnel médical et patients, qui dévoilent les relations de pouvoir inscrites dans un régime de soins aigus qui rend le personnel dans un état de stress intense, doivent se réimaginer sans cesse afin de mettre en place des solutions à long terme pour améliorer la santé et le bien être des autochtones, eux-mêmes dépassés par les maladies innombrables qui les frappent aujourd'hui. Les actions directes et les collaborations relèvent encore du domaine de l'exception car elles ne sont pas pour l'instant soutenues politiquement et financièrement. Il nous faut donc agir afin de gérer et penser ensemble différemment les politiques et les initiatives subventionnées par l'état afin de soutenir la création d'« espaces d'interactions locales » comme les nomment le sociologue Michael Lynch, pour mettre en place des structures visant à engendrer le bien-être autochtone, et le nôtre par la même occasion.

Remerciements

Je remercie le Centre de la francophonie des Amériques pour m'avoir octroyé une bourse de mobilité de chercheurs afin de pouvoir participer à ce colloque, ainsi que toutes les équipes du département d'Anthropologie et du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, ainsi que les Warlpiri de Yuendumu et les différentes équipes médicales. Un grand merci aux Professeurs Sylvie Poirier et Christopher Fletcher pour avoir organisé ce colloque.

Références

Dussart, Françoise, 2010. « 'It is Hard to be Sick Now': Diabetes and the Reconstruction of Indigenous Sociality. » In *Anthropologica.*, 52(1), pp. 77-87.

Dussart Françoise, 2009. « Diet, Diabetes, And Relatedness In A Central Australian Aboriginal Settlement: Some Qualitative Recommendations To Facilitate The Creation Of Culturally-Sensitive Health Promotion Initiatives. » In *Health Promotion Journal of Australia*, 20(3), pp. 202-207.

Dussart, Françoise, 2000. **The Politics of Ritual in an Aboriginal Settlement: Kinship, Gender and the Currency of Knowledge.** Washington, DC: The Smithsonian Institution Press.

Dycke, Erica et Christopher Fletcher, 2011. **Locating health : historical and anthropological investigations of health and place.** London ; Brookfield, Vt. : Pickering & Chatto.

Glaskin, K, M. Tonkinson, Y. Musharbash & V. Burbank (eds) 2008. **Mortality, Mourning and Mortuary Practices in Indigenous Australia.** Farham : Ashgate

Heil, Daniela, 2012. « Happiness in an Aboriginal Australian Community : What it means 'to be well' and 'to enjoy life' in Central-Western New South Wales, Australia ». **Happiness Across Cultures: Views of Happiness and Quality of Life in Non-Western Cultures.** Springer : Dordrecht pp.195-208.

Holland, Christopher, 2016, **Progress and Priorities Report 2016 : Close the Gap.** Published by The Close the Gap Campaign Steering Committee in February 2016. www.humanrights.gov.au/social_justice/health/index.html

Jaffré, Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dirs), 2003, **Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest.** Paris : APAD, Karthala.

Kowal, Emma, 2005. **Trapped in the Gap: Doing Good in Indigenous Australia.** New York and Oxford: Berghahn Books.

Lea, Tess 2008, **Bureaucrats and Bleeding Hearts: Indigenous Health in Northern Australia.** University of New South Wales Press.

Lynch, Michael 2009 "Science as a Vacations: Deficits, surfeits, PUSS, and doing your own job." *Organization* , 16(1) : 101-119.

Massé, Raymond, 2010. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 novembre 2010. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/116> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.116

Mushabarsh, Yasmine, 2008. **Yuendumu Everyday: Contemporary Life in Remote**

Aboriginal Australia. Canberra: Aboriginal Studies Press.

Peterson, Nicolas, 2005. « What can Pre-Colonial and Frontier Economy tell us about Engagement with the Real Economy? Indigenous Life Projects and the Conditions of Development. » *In Economy and Governance in Aboriginal Australia.* Diane Austin-Broos and Gaynor Macdonald, (dirs.) Sydney : University of Sydney, Pp. 7-18.

Poirier, Sylvie, 2014. « Atikamekw Kinokewin, la « mémoire vivante ». Bilan d'une recherche participative en milieu autochtone. » *Recherches amérindiennes au Québec* 54 (1) : 73-83.

Poirier, Sylvie, 2000. « Contemporanéités autochtones, territoires et (post)colonialisme. Réflexions sur des exemples canadiens et australiens. » *Anthropologie et Sociétés*, 24(1) :137-155.

Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD, 2010 « Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? » *Chronic Illness*, 6 : 22-33.

Roy, Bernard, 2002, **Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit.** Québec, Les Presses de l'Université Laval

Saethre, Eirik, 2013. **Illness as a Weapon: Indigenous identity and enduring afflictions.** Nashville: Vanderbilt University Press.

Strathern, Marilyn 2012 « Currencies of Collaboration in Collaborators Collaborating. Counterparts. » In, **Anthropological Knowledge and International Research Relations**, Monica Konrad (ed.). Berghahn, pp.109-125.

Strathern, M 2004 **Commons and Borderlands: Working papers on Interdisciplinarity, Accountability and the Flow of Knowledge.** Wantage: Sean Kingston Publishing.

Sutton, Peter 2009 **The Politics of Suffering: Indigenous Australia and the end of the liberal consensus.** Melbourne: Melbourne University Press.

Trigger, David, 2011 « Anthropology Pure and Profane. » *Anthropological Forum.* 21(3) : 233-255.