

4<sup>e</sup>

## CONGRÈS

des études sur le Moyen-Orient  
et les mondes musulmans

28 juin - 2 juillet 2021



## Atelier 40

## Les inégalités de santé en Iran. Sociologie d'un secteur en transformation

Le système de santé en Iran a connu des transformations sociales, économiques et politiques majeures depuis que l'Etat se donne pour objectif de prendre en charge la santé de ses citoyens à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces transformations ont eu un impact profond sur la (re)formulation des politiques publiques, sur les inégalités dans l'accès au soin, sur la formation des professionnels du soin, sur les stratégies individuelles et collectives des soignant.e.s et des soigné.e.s, ou encore sur la diversification des personnes engagées dans le soin. Ainsi, la prise en charge de l'aide sociale dans le secteur de la santé est éclatée et fragmentée, mettant en concurrence une pluralité d'acteurs. Aujourd'hui, bien que concernant 90% de la population, la couverture santé reste concrètement insuffisante face aux coûts des soins, et reste territorialement et socialement inégalitaire, rendant nécessaire la souscription à des assurances privées ou la mobilisation d'aides alternatives auprès d'institutions de charité, de fondations religieuses, d'ONG locales ou encore de bienfaiteurs privés – à l'instar d'autres pays de la région. Plus encore on assiste à un développement d'une économie de la santé privée qui concurrence de plus en plus le système de santé publique. Pour rendre compte de la diversité de ces processus économiques, moraux et politiques caractérisant l'évolution du welfare iranien depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, ce panel propose d'explorer la question des répartitions de responsabilité de prise en charge dans le secteur de la santé.

**Responsables :** Rosanna Sestito (Université Paris Ouest Nanterre/CRESPPA, Centre Maurice Halbwachs) et Fatemeh Karimi (Centre Maurice Halbwachs, EHESS/ENS)  
**Discutante :** Chowra Makaremi (CNRS, Iris)

### Programme de l'atelier

**Lucia Direnberger (Centre Maurice Halbwachs, EHESS/ENS)**

*Circulations des savoirs médicaux entre la France et l'Iran (fin XIX<sup>e</sup>-début XX<sup>e</sup>) : reconfigurations de l'ordre social et moral*

Cette présentation propose de mettre au jour les circulations des savoirs médicaux entre la France et l'Iran dans un contexte de formation de l'État nation en Iran et de l'extension des empires coloniaux dans la région. La France est un modèle pour les tenants de la construction de l'État-nation iranien et la modernisation des structures de santé est définie comme un des marqueurs centraux de la modernisation. Dans cette rencontre – qui ne se fait pas sans rapport de pouvoir- entre savoirs médicaux français et iraniens, comment se construit la notion de prise en charge médicale ? Qui soigne ? Qui doit être soigné.e ? Quelles sont les maladies à traiter ? Les constructions de genre sont centrales dans cette nouvelle production de savoirs. Par exemple, la prise en charge médicale des personnes intersexes au début du XX<sup>e</sup> siècle est définie comme une priorité en Iran. La première opération de réassignation sexuelle a lieu en 1930 dans l'hôpital d'État de Téhéran. L'opération, présentée comme une prouesse de la médecine iranienne dans la presse officielle, est largement médiatisée : elle est montrée comme

une réussite significative de la construction nationale et étatique du régime Pahlavi. Que cela signifie-t-il pour les médecins iraniens ? Et pour les médecins français ? En partant notamment des archives françaises, cette présentation se donne pour objectif de montrer comment la rencontre entre savoirs médicaux français et iraniens s'accompagne d'une (re)configuration de l'ordre social et moral en Iran et en France.

### **Fateme Karimi (Centre Maurice Halbwachs, EHESS/ENS)**

*La maternité pour les femmes peshmergas du Komala lors des années 1980 en Iran*

Ma présentation traite du processus de la maternité lors des années 1980 où de centaines des femmes kurdes participent à la lutte armée du Komala, une organisation politique kurde d'extrême gauche, apparue sur la scène politique le 15 février 1979 en Iran. La présence des femmes dans les nouveaux rôles en tant que militantes-combattantes ne signifie pas qu'elles ne deviennent plus mères. Cependant, le processus de devenir mère (grossesse, accouchement et maternité) au milieu du conflit armé contre les forces gouvernementales est pavé d'obstacles pour plusieurs raisons comme le manque de produits alimentaires et d'hygiène, l'absence de sécurité et l'absence d'accès au soin. Bien que le Komala affirme que la maternité n'est pas qu'une affaire de femmes et qu'il s'agit d'un sujet politique et donc à prendre en charge par la collectivité, la plupart des femmes peshmergas l'assument seules. Elles doivent faire face aux moqueries et à la désapprobation quand elles revendiquent une amélioration de leur situation comme des jours de congé, de l'aide pour réaliser une tâche quotidienne ou du matériel nécessaire aux enfants. C'est pourquoi le processus de la maternité se trouve tragique et devient la « pire » expérience de leur militantisme au milieu du conflit armé de cette période.

### **Sahar Aurore Saeidnia (REPI/OMAM, Université Libre de Bruxelles)**

*Qui est responsable de son malheur ? Une analyse du secteur de la santé dans la République islamique d'Iran au prisme d'une sociologie de la bien-faisance*

Collectes informelles au sein d'un cercle religieux de « bienfaitrices » de la ville sainte de Qom pour financer l'opération d'une « nécessiteuse » ; ouverture d'une clinique à bas cout au rez-de-chaussée d'une mosquée d'un quartier ouest de Téhéran pour aider les plus « démunis » ; galas et foires de « charité » organisées à Téhéran, Londres ou encore Los Angeles pour financer la constructions d'infrastructures destinées aux malades sans ressources : dans un contexte iranien où 90% de la population est couverte par l'assurance maladie, et où la santé est définie comme un droit constitutionnel, comment comprendre qu'une malade du cancer du sein trouve « naturel » le fait de mobiliser sa famille, son voisinage ou encore des ONG pour financer ses soins ? Le rôle central des entreprises dans la couverture santé ? Ou encore le financement public privé de cliniques dans les mosquées ? Cette communication propose d'identifier les acteurs qui contribuent à produire les distinctions public/privé, les modalités de production de ces distinctions, ou encore les conflits qu'elles soulèvent à partir d'une sociologie de la bien-faisance dans le secteur de la santé en Iran. Dans cette perspective je propose de sortir d'un face-à-face « bienfaiteurs » / « bénéficiaires » et acteurs publics/ acteurs privés se rencontrant dans le secteur de la santé, et de déplacer la focale sur la question de la définition de la responsabilité : qui est responsable de son malheur ?

### **Rosanna Sestito (Paris Ouest Nanterre/CRESPPA, Centre Maurice Halbwachs)**

*À qui s'adresse le système de soins public pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement ? Santé, normes et inégalités, à Yazd (2018-2020)*

Au cours des 30 dernières années les modèles de naissance technicisés et médicalisés pour les femmes enceintes en bonne santé sont devenus le modèle de soins dominant en Iran avec l'un des taux de césariennes les plus élevés au monde, en particulier dans les cliniques privées. Les politiques publiques de santé qui encadrent la grossesse et l'accouchement au cours des dernières décennies se sont principalement concentrées sur la formation de médecins spécialistes, tandis que le rôle des sages-femmes et des autres professionnelles dans les soins maternels, a été largement négligé. On observe ainsi une répartition inégale : 30 obstétriciens contre 15 sages-femmes pour 1000 naissances dans la

maternité publique de Yazd. Le modèle de santé qui est proposé aujourd'hui dans les maternités publiques et privées de Yazd, prévoit la rémunération des gynécologues à l'acte. Une telle organisation conduit à un système de santé marqué par de profondes inégalités dans l'accès au soin et l'argent devient une puissante motivation pour les professionnelles de la santé reproductive à pratiquer des actes médicaux inutiles. Et pourtant, depuis quelque temps, une forte campagne de sensibilisation est mise en place par l'État pour diminuer le nombre des accouchements par césarienne. Cette présentation s'interroge sur la mise en concurrence des hôpitaux et des cliniques pour ce qui concerne l'offre des soins et sur la "marchandisation" des soins maternels et néonatales.