

REGARDS CROISÉS SUR MIGRATION ET SANTÉ AU NORD ET AU SUD : ANALYSES SÉNÉGALAISES

Sylvain Landry FAYE, Aminata Niang DIENE, Alice DESCLAUX,

Longtemps l'interface entre mobilités et santé a été pensée par la psychologie, la sociologie et l'anthropologie, en termes de « santé des migrants ». Cette approche a permis le développement d'un champ de recherche très productif, qui a nourri des courants allant de la psychologie inter-culturelle à l'ethnopsychiatrie. Elle s'est particulièrement développée en Europe dans les années 1980 et 1990, alors que davantage de migrants originaires notamment d'Afrique sud-saharienne et du Maghreb éprouvaient les difficultés d'une existence de plus en plus contrainte par la brutalité des rapports sociaux concernant des personnes sommées de « s'insérer » dans des sociétés inégalitaires et peu attentives aux cultures de leurs origines. Des psychothérapeutes, des psychiatres et des médecins du travail furent souvent les initiateurs de ces recherches, confrontés aux souffrances générées par ces situations¹.

Aussi la mobilité fut-elle articulée avec la santé dans les sciences humaines et sociales avec une connotation « négative », les migrants étant considérés principalement comme des personnes vulnérabilisées sur le plan économique, psychologique et sur le plan des droits, soumises à des risques importants liés à la pénibilité de la vie professionnelle, à l'isolement et à la dureté de leurs conditions d'existence. Ce « risque psychologique et culturel » venait s'ajouter au cumul des risques sanitaires d'ordre biologique induits par le cumul des expositions à des contextes pathogènes dans les pays d'émigration (marqués notamment par le risque parasitologique) et dans les pays d'immigration (marqués notamment par le risque professionnel). La réflexion sur ces questions fut de ce fait d'abord portée par les sciences humaines, marquée par une dimension clinique, centrée sur l'individu et

1. Voir notamment : BEN JELLOUN (Tahar), *La plus haute des solitudes*. Paris, Seuil, 1977 ; NATHAN (Tobie), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Dunod, 1986 ; BAUBET (Thierry) et MORO (Marie-Rose), *Psychiatrie et migration*. Paris, Masson, 2003 ; BAUBET (Thierry) et MORO (Marie-Rose), *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte*. Paris, Masson, 2009 ; Revue L'Autre.

destinée à le guérir : plus qu'une connaissance des logiques sociales collectives, cette approche visait à identifier les voies du traitement singulier.

Les sciences sociales ont alors contribué à la connaissance en santé publique en montrant le caractère pathogène de la mobilité et notamment de la migration –au moins jusqu'à ce que des mécanismes d'adaptation permettent aux personnes de reconstruire leurs repères culturels tout en « s'acculturant ». Elles questionnaient aussi parfois des thèmes invariants de la pensée de sens commun qui dictent notamment que l'épidémie vient toujours de l'étranger et que la maladie est apportée par les migrants. L'un des objectifs appliqués des sciences sociales était l'adaptation des institutions sanitaires –en particulier l'hôpital- à des populations venues avec leurs différences culturelles et linguistiques. Parallèlement, en sciences humaines et sociales, l'étude auprès des populations immigrées était et reste une façon d'aborder la question de la diversité et de l'identité culturelle.

Au Sénégal, les travaux en sciences humaines menés à la même époque, notamment ceux issus de l'école de Dakar, ont offert une autre approche de la psychopathologie, d'autant moins articulée avec la migration que la diversité et la mobilité sont constitutives des sociétés ouest-africaines, où se pratiquent des circulations fluides et anciennes à travers des frontières nationales récentes et poreuses. De plus les migrations inter-Etats, surtout dans une aire culturelle commune et entre pays ayant un niveau de développement économique similaire, ne créent pas les ruptures équivalentes à celles générées par des mobilités entre continents. Le rapport entre mobilité et santé apparaît d'ailleurs assez peu dans les articles publiés depuis vingt ans dans la revue *Psychopathologie Africaine*. Il ne s'agit pas ici d'énoncer que la migration est moins source de pathologie du corps ou de l'esprit qu'en Europe, mais d'avancer que les sciences humaines et sociales de la santé n'ont pas au Sénégal articulé systématiquement mobilité, migration et pathogénèse. Ceci ne préjuge en rien de la pertinence de ce rapport pour certains types de mobilité –notamment dans le cas tragique des migrations clandestines récentes entre le Sénégal et l'Europe, auxquelles est associée une mortalité probablement très élevée et impossible à documenter de manière exacte.

D'autre part, l'approche développée par l'Organisation Mondiale de la Santé à partir de 1978, qui a mis en exergue les soins de santé primaires et l'objectif d'articuler au mieux l'offre et la demande de soins, a encouragé les sciences sociales à développer des travaux portant sur l'accès aux ressources sanitaires, mettant en lumière les mobilités motivées par la recherche de soins et destinées à amener les populations aux services de santé. Rapprocher les soins des populations par l'extension de la couverture sanitaire ou par le développement de soins mobiles : de nombreux travaux sur l'accessibilité des services, motivés par cette interrogation ou d'autres du même ordre, ont

élargi le champ de la réflexion sur les rapports entre mobilité et santé en analysant les conditions et les effets de micro-mobilités induites par la recherche de soins. Ces interrogations portant sur la couverture sanitaire et l'articulation entre répartitions spatiales des pathologies, des populations et des soins, associées à d'autres approches articulées avec des préoccupations de santé publique, ont construit le rapport entre mobilités et santé au Sénégal en évitant sa réduction aux effets pathogènes de la migration.

Au tournant du siècle, la mondialisation a « émergé » dans les sciences sociales. L'extension et l'accélération des échanges accroissent les situations de contacts entre populations et cultures. La circulation des idées et des modèles culturels au travers des media et grâce aux technologies de l'information conduit à une mondialisation des références culturelles parallèlement à une « individualisation » des personnes². En favorisant la circulation des produits davantage que des individus dont la mobilité est contrôlée par le politique, la mondialisation économique a des effets sociaux spécifiques. La prééminence donnée à la construction de rapports sociaux sur des logiques économiques fait craindre une « mac-donaldisation du monde ». Les ancrages antérieurs sont remodelés par l'émergence de territoires géographiques ou d'espaces sociaux qui échappent aux souverainetés locales et apparaissent comme transnationaux. Simultanément, les identités culturelles se dé-territorialisent, notamment sous l'effet des diasporas. Dans ce contexte, la notion de mobilité ne peut plus être limitée aux « migrants », ni même aux individus ou aux populations ; elle est étendue aux idées, aux objets, aux moyens. Elle ne concerne plus seulement la translation d'un lieu géographique à un autre, mais englobe le déplacement vers des territoires transnationaux physiques ou imaginés³.

Les sciences sociales ont montré que, loin de conduire à une uniformisation, l'accélération des échanges et la diffusion de modèles est articulée avec des phénomènes d'affirmation identitaire ou d'hybridation culturelle, suivant des configurations locales⁴. En Afrique, les échanges se diversifient et s'affranchissent des rapports avec les anciennes puissances coloniales ; les diasporas jouent un rôle important dans cette dynamique. Ces observations conduisent à affirmer la nécessité d'examiner ces phénomènes thème par thème et site par site, de manière spécifique et approfondie⁵.

2. MARIE (Alain), Ed. *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine* (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey). Paris, Karthala, 1997

3. APPADURAI (Arjun). *Après le colonialisme : les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris, Payot, 2005

4. ABELES (Marc). *Anthropologie de la globalisation*. Paris, Payot, 2008.

5. SAILLANT (Francine) et GENEST (Serge) eds. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec, Presses de l'Université Laval, 2005.

Le champ de la santé offre un cadre particulier pour aborder ces questions, dans la mesure où la globalisation de la santé est en marche depuis que l'OMS produit des normes techniques et diffuse un modèle culturel à vocation internationale – à partir des années 1950, et plus particulièrement à partir de la fin des années 1970 pour l'Afrique et les pays « en développement ». De ce fait, les situations de confrontation sont éprouvées depuis plus d'un demi-siècle entre un savoir biomédical global universellement légitime reconnu par les Etats, et des savoirs locaux spécifiques, qualifiés d'ethnomédicaux, aux reconnaissances localement construites. Après l'étude des ethnomédecines, l'anthropologie de la santé a analysé les situations de contact entre la biomédecine et des « traditions thérapeutiques » conçues comme ancrées dans un territoire⁶. Elle a ensuite décrit, sur quelques sites, l'élargissement progressif du champ des propositions thérapeutiques au cours des dernières décennies du vingtième siècle, conduisant à un pluralisme thérapeutique qui a émergé d'abord dans les capitales africaines. Les données de terrain parlent d'elles-mêmes : elles montrent que les rapports entre mobilités et santé ne sont pas résumés à la santé des migrants, mais concernent également les déplacements des pratiques de soins, des savoirs et objets thérapeutiques et des thérapeutes. La mobilité des thérapeutes et de leurs pratiques apparaît comme un élément de reconfiguration des systèmes de soins, qui permet d'insérer l'innovation thérapeutique dans des cultures locales et de revitaliser les propositions thérapeutiques traditionnelles, favorisant l'émergence de thérapies « néo-traditionnelles »⁷. Cette évolution des offres thérapeutiques dans un espace de soins soumis à la mondialisation, alors que les soignants ou les thérapies viennent d'ailleurs, n'est pas encore complètement analysée.

Les mobilités motivées par la recherche de soins sont également assez peu documentées en Afrique, qu'elles concernent le recours dans une autre région ou un autre pays à des soins qui ne sont pas disponibles chez soi pour des raisons techniques ou sociales, qui y sont moins accessibles administrativement ou financièrement, ou associés à des pathologies stigmatisantes ou connotés de manière péjorative. Si ces questions ont été peu étudiées en Afrique de l'ouest, c'est peut-être parce qu'elles concernent en grande partie des populations disposant de ressources, alors que les chercheurs en sciences sociales sont plus enclins à analyser les pratiques de santé des populations les plus pauvres, dans l'objectif notamment de fournir des connaissances qui permettent d'améliorer leur situation. C'est peut-être aussi parce que les études portant sur les personnes qui se lancent dans des

6. PORDIE (Laurent) ed., *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Paris, Karthala, 2005.

7. GOBATTO (Isabelle) ed., *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Paris, Karthala, 2003.

itinéraires transnationaux de recherche de soins ont rarement mis en lumière leurs stratégies, leurs ressources et les compétences qu'ils mobilisent, tant les contraintes, notamment liées au contrôle juridique des flux migratoires dans les pays aux systèmes de soins techniquement développés, déterminent les pratiques⁸. Néanmoins, les effets culturels de ces recours –privilegiés ou pas, soutenus ou empêchés- mériteraient d'être analysés, qu'ils concernent les secteurs de soins biomédical, alternatif ou traditionnel. Les mobilités pour des recours thérapeutiques associés à des démarches spirituelles, notamment dans le cadre de pèlerinages, sont également justifiables d'études. Il en est de même pour les recours « dé-territorialisés » que représentent les démarches sur internet, qu'il s'agisse de recherches d'informations ou de conseils médicaux, d'achats de produits ou de consommation de tests, comme dans le cas des diagnostics pour le VIH et des tests génétiques, dont l'accessibilité suit l'extension des réseaux numériques.

La question de la mobilité des thérapeutes se pose de manière particulière en Afrique de l'ouest, et plus généralement dans les pays à ressources limitées, sous l'angle de la « fuite des cerveaux » qui fragilise les systèmes de soins du Sud. Si le Sénégal semble relativement protégé d'un exode de ses agents de santé vers les pays du Nord, la mobilité des professionnels de santé depuis les régions vers la capitale est indéniable ; ses effets sociaux, dans un contexte d'exode rural, n'ont pas été pleinement analysés. Il en est de même à propos des effets de la venue, selon des temporalités diverses, des professionnels de santé de pays limitrophes en situation de conflit et de crise. Là où d'autres facteurs structurels conduisent à des déficits en personnels, comme c'est le cas dans des pays européens où un nombre insuffisant de professionnels ont été formés eu égard aux besoins d'une population vieillissante, l'attraction de professionnels de santé génère des situations inédites de rapport entre soignant et soigné marqués par la différence culturelle. Bien d'autres situations de distance culturelle entre soignant et soigné, ou entre membres d'une même équipe soignante, peuvent créer des décalages dans les pratiques et des conflits de valeurs, qu'il reste à analyser : c'est particulièrement le cas dans les espaces transnationaux que constituent les recherches médicales ou les projets sanitaires mis en œuvre par des organisations humanitaires, nombreux au Sénégal.

La santé est donc un domaine d'illustration particulièrement riche des questions sociales et culturelles liées à la mobilité au temps de la mondialisation, que l'on peut aborder selon d'autres approches que celles, usuelles, qui s'intéressent à la psychopathologie des migrants ou à

8. FASSIN (Didier). « Compassion and repression : the moral economy of immigration policies in France ». *Cultural anthropology* 2005, vol 20, n°3, pp. 362-387.

l'épidémiologie de la diffusion géographique et sociale des pathologies. En complémentarité avec les approches démographiques et sociologiques centrées sur la caractérisation des flux migratoires et l'analyse des logiques sous-jacentes aux diverses formes de migration et de leurs effets sociaux, l'étude des mobilités offre des objets multiples pour des travaux en anthropologie, en sociologie ou en psychologie, à condition qu'elle concerne patients et thérapeutes, pratiques de soins et savoirs thérapeutiques, remèdes et valeurs. Le thème ne sera pas aisément épuisé : une première vague d'études portant sur les formes locales du rapport entre santé et mobilités –au sens de « capacité à se mouvoir ou à être mû »⁹ sera nécessaire avant d'explorer les applications d'une autre acception du terme, qui correspond à une « facilité à changer, à se modifier ». Différentes échelles de mobilité impliquent des analyses distinctes –leur catégorisation étant rendue plus complexe par la notion de dé-territorialisation associée à certaines formes de mobilité. D'autre part, l'approche de ce domaine de recherches ne saurait être purement culturelle, tant les dimensions économiques, sociales, politiques, sont intriquées autour de thèmes politisés car ils peuvent toucher au contrôle des flux migratoires et à l'identité individuelle et collective, et font de ce fait l'objet de politiques publiques. Enfin, les réinterprétations locales d'influences mondialisées ou générées par la migration, les formes d'hybridation ou de métissage, ne sont pas limitées à des processus micro-sociaux et peuvent induire des transformations de l'ensemble du système de soins, incluant ses dimensions macro-sociales : elles prennent donc une signification particulière au-delà du seul champ de la santé.

Le dossier inclus dans ce numéro présente quelques études s'intéressant à ces questions.

Dans un article portant sur la prise en charge sanitaire des déplacés de la crise ivoirienne à Abidjan, Emile Brou Koffi décrit, sur la base d'une étude géographique, la manière dont un système de prise en charge a été imaginé et mis en œuvre dans un contexte d'urgence. Pour les institutions nationales, l'accueil dans la capitale économique et la réponse aux besoins sanitaires de plus de 500 000 personnes issues des zones de belligérance représentait un défi. Le profil sociologique de cette population, majoritairement jeune et féminin, pouvait poser la question de la nécessité d'interventions adaptées. Le dispositif gouvernemental de prise en charge, mis en place un mois après le début des mouvements de population, s'est appuyé notamment sur des mesures spécifiques et temporaires (telles que la mise en place d'un système de bons de prise en charge parmi d'autres stratégies) et sur l'intervention des ONG ; l'absence de relations entre services de soins et instances communales

9. Dictionnaire de l'Académie française, 9ème édition, en ligne, <http://www.cnrtl.fr/definition/mobilité>, consulté le 8 février 2010.

est apparu comme une limite. L'article montre la complexité de la mise en place d'un dispositif d'urgence qui doit associer des institutions diverses, dans un contexte de « pression de la demande de soins ». L'auteur discute la possibilité de transformer cette situation de crise liée à l'afflux des déplacés en opportunité pour la mise en place d'un nouveau système de protection sociale favorisant l'accès aux soins.

Chantal Crenn présente les premiers résultats d'une étude sur les trajectoires alimentaires de sénégalais retraités et de leurs familles. Ces personnes ont travaillé et vécu en France, et l'enquête est menée en partie au Sénégal (Dakar, M'bour) et en partie en France (Bordeaux, Arcachon). L'auteur s'intéresse à la manière dont ces personnes perçoivent le rapport entre leurs conditions d'existence et l'adoption de pratiques alimentaires plus ou moins néfastes pour leur santé, en explorant les conditions et circonstances des changements alimentaires ou, à l'inverse, du maintien de pratiques alimentaires quel que soit le contexte. En vivant à Bordeaux, ces Sénégalais ont-ils adhéré au « bien manger » bordelais et l'ont-ils rapporté dans leurs cuisines de Dakar ? Les déplacements dans les deux sens ont-ils conduit à des mélanges, ou à la pratique alternative de deux modes d'alimentation alors que la gamme des produits disponibles et accessibles s'est étendue dans les deux pays ? L'analyse de l'entrecroisement des cultures alimentaires montre bien comment des modes de vie quotidienne différents dans le pays d'émigration et dans celui d'immigration conditionnent la possibilité de cuisiner, et comment les épouses des retraités produisent une certaine continuité alimentaire, sous la menace que leurs enfants n'adoptent des modes d'alimentation considérés ni comme sénégalais ni comme français mais « américanisés », délétères pour la santé.

Dans un article qui analyse la contribution chinoise au système de soins camerounais, François Wassouni montre l'actuelle étendue et la variété des interventions de la part de la puissance chinoise et de ses ressortissants, nouvellement immigrés. Si la présence chinoise dans ce domaine a commencé avec des projets publics d'appui au développement, en particulier à l'hôpital, elle s'est étendue récemment à de très nombreuses initiatives privées, notamment pour la diffusion de produits thérapeutiques dans le secteur informel. Parallèlement, l'émergence des ACT (combinaisons thérapeutiques d'antipaludéens dérivés de l'artémisinine) a ouvert aux entrepreneurs chinois les portes du système de soins biomédical public. Cet article montre très bien un phénomène assez exceptionnel : la manière dont des interventions sanitaires très diverses, qui toutes revendiquent un lien plus ou moins direct avec la médecine traditionnelle chinoise, concernent simultanément les secteurs biomédical, alternatif et traditionnel, mettant en question les limites entre ces trois secteurs. Il aborde également la question

de l'influence d'une médecine traditionnelle extérieure sur les thérapies traditionnelles locales.

Dans un article sur l'accessibilité des soins de santé mentale pour les étrangers à Dakar, Oumar Barry analyse les effets de la différence linguistique sur la communication et la relation entre soignant et soigné. Son enquête menée auprès de personnes nécessitant des soins en santé mentale et ne parlant ni wolof ni français, de professionnels de santé et d'acteurs impliqués dans l'accueil et l'orientation des patients ou l'administration dans les services de soins, montre à quel point la non maîtrise par le patient de la langue d'usage dans le secteur sanitaire limite l'accès à l'offre de services, induit des échanges limités et n'autorise qu'une compréhension stéréotypée de la part des soignants. Le recours à l'interprétariat ne résout pas parfaitement le problème, créant des situations de « communication à trois » parfois difficiles à maîtriser. Néanmoins, l'auteur plaide pour que ce type d'intervention soit davantage disponible dans les services de soins de Dakar, car la compréhension mutuelle entre soignant et soigné est particulièrement nécessaire dans le domaine de la santé mentale.

L'article de El Hadj Malick Camara s'intéresse aux usages, dans un service hospitalier sénégalais, de la Charte du patient hospitalisé, promulguée par le Ministre de la Santé en 2001. Cette charte, qui définit les droits et les devoirs du patient, de ses accompagnants, et des soignants, n'a pas été initiée par les associations de patients sénégalaises mais découle de l'application de textes internationaux dont elle véhicule les conceptions et les valeurs. Huit ans après sa promulgation, l'étude montre que la charte reste très méconnue des soignants comme des patients. Elle fait l'objet d'un intérêt général qui reste assez « théorique », mais aussi d'inquiétudes de la part de certains soignants qui redoutent la possibilité qu'elle soit utilisée par des patients porteurs de revendications et qu'elle ne participe à une juridicisation des rapports entre soignants et soignés. L'étude montre que cette charte a fait l'objet de peu d'adaptation au contexte local, ce qui explique son inefficience dans la vie quotidienne du service, illustrant le fait que des modèles concernant les pratiques de soins qui ne sont pas réinterprétés dans les contextes locaux peuvent rester sans effets.

L'article de Mamadou Sow analyse les inégalités socio-spatiales de santé dans la région de Dakar à partir de quatre sources de données : la base de données de l'hôpital Albert Royer du CHU de Fann concernant la morbidité des enfants, et des enquêtes socio-sanitaires effectuées auprès de 525 ménages répartis dans quatre communes d'arrondissement et portant sur les comportements de soins et la mortalité déclarée auprès de l'état civil. Cet article éclaire indirectement la question des mobilités, puisqu'en montrant les différences de recours et les inégalités d'accès aux soins, il explore l'un des motifs des micro-mobilités associées au recours aux soins. L'un de ses

résultats les plus pertinents en rapport avec notre thème est que les recours ne se font pas « au plus proche », mais selon des combinaisons entre accessibilité géographique et économique des soins, de manière stratifiée selon les catégories socio-professionnelles des ménages.

Ces articles ont, sous une version antérieure, été présentés oralement à Dakar et Yaoundé lors du colloque « Mobilités et santé au Nord et au Sud : circulation des acteurs, évolutions des pratiques »¹⁰. Les perspectives ouvertes montrent la voie pour des études localisées au Sénégal et en Afrique de l'ouest, ainsi que des études multi-sites en psychologie, sociologie et anthropologie.

10. Ce colloque a eu lieu le 30 septembre et le 1er octobre 2009 à Dakar, en visioconférence avec Yaoundé. Il était organisé par l'Institut de Recherche pour le Développement (UMR 145), l'Université Cheikh Anta Diop (Département de sociologie) dans le cadre de la collaboration entre l'IRD et l'École doctorale ETHOS, l'AMADES (Association d'Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé), l'Université Toulouse Le Mirail (Laboratoire LISST) et l'Association des Etudiants en Sociologie de Dakar. Le colloque a reçu l'appui financier de l'IRD, de l'Agence Universitaire de la Francophonie et de l'Ambassade de France, que nous remercions ici.

ISSN : 0850-8305

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
Faculté des Lettres et Sciences Humaines
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



NUMÉRO SPÉCIAL

**Santé et Mobilité au Nord et au Sud –
Circulations des acteurs, évolution des pratiques,
Octobre 2009 à Dakar, Sénégal**

Coordonné par
Sylvain Landry FAYE, Aminata Niang DIENE, Alice DESCLAUX

REVUE

- **Sociologie**
- **Anthropologie**
- **Psylochologie**

R.

S.

A.

P.

N° 02 – 2010



PRESSES UNIVERSITAIRES DE DAKAR

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Regards croisés sur Migration et Santé au Nord et au Sud, par Sylvain Landry Faye, Aminata Niang Diène, Alice Desclaux.....	1 10
---	------

Oumar Barry

Mobilité et accessibilité aux soins de santé mentale des étrangers à Dakar.....	11
--	----

Mamadou Sow

Les inégalités socio-spatiales de santé dans la Région de Dakar.....	31
---	----

El hadji Malick Sy Camara

La charte du malade : interprétations croisées dans un service hospitalier au Sénégal.....	45
---	----

Chantal Crenn

Les « migrants » sénégalais à la retraite voyageant entre la France et le Sénégal : normes alimentaires et sanitaires en débat.....	55
---	----

Emile Brou Koffi

La prise en charge sanitaire des déplacés de la crise ivoirienne à Abidjan.....	71
--	----

Wassouni François

La présence chinoise au Cameroun et son influence sur les pratiques de santé	95
---	----

MEMOIRES DE MAITRISE.....	117
----------------------------------	------------

MEMOIRES DE DEA.....	149
-----------------------------	------------

THESES DE DOCTORAT.....	175
--------------------------------	------------