



*Equipe de recherche*

*Transition de la fécondité et*

*Santé de la reproduction*

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 10

---

**RECOURS AUX SOINS DES ENFANTS ET  
MIGRATION CIRCULAIRE RURALE – URBAINE**  
**Une étude de cas en milieu rural sénégalais**

---

Florence WAÏTZENEGGER-LALOU



Institut de recherche  
pour le développement

Paris, novembre 2000

Florence Waïtzenegger-Lalou, démographe, doctorante à l'Université de Montréal, membre de l'ETS, stagiaire au Laboratoire Population – Environnement.

LPE,

Centre Saint Charles, Case 10,

3 place Victor Hugo,

13331 Marseille cedex 3, France.

Tél. : (33) 4 91 10 85 18 – Télécopie : (33) 4 91 08 30 36

E-mail : waitzf@hotmail.com

© ETS/IRD 2000

ISSN 1274-9494

Ce document a été publié grâce à une subvention du Département Sociétés et Santé de l'IRD

Éléments de catalogage :

Recours aux soins des enfants et migration circulaire rurale-urbaine. Une étude de cas en milieu rural sénégalais / Florence Waïtzenegger-Lalou - Paris : ETS, IRD, 2000, 29 p. ; 30 cm. (Équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Documents de recherche n° 10, ISSN 1274-9494).

**WAITZENEGGER-LALOU Florence : Recours aux soins des enfants et migration circulaire rurale-urbaine. Une étude de cas en milieu rural sénégalais.**

**RÉSUMÉ :** L'objet de cette recherche est d'étudier l'influence de la migration et notamment de l'expérience migratoire en ville des mères lors du retour en milieu rural sur le recours aux soins curatifs des enfants. Cette étude conduite dans une zone rurale du Sénégal s'appuie sur une enquête quantitative menée en 1997 auprès de 467 mères. Les relations théoriques entre la migration circulaire rurale-urbaine et le recours aux soins pourraient s'articuler autour de trois processus : i) l'insertion urbaine, ii) la diffusion en milieu rural, iii) les transferts ville-campagne. Dans ce cadre, la migration a une capacité de diffusion dans la mesure où elle favorise la circulation de l'information et des idées entre les migrants, les migrants de retour et les non-migrants. Le migrant peut aussi produire des changements structurels, à l'échelle du ménage et à l'échelle de la communauté d'origine, lesquels peuvent être à l'origine de changements de comportements. Dans notre zone d'étude, bien que la population soit engagée dans une circulation intense avec Dakar, les changements en terme de comportements sanitaires de nature curative restent limités. Tout d'abord, la migration circulaire est une forme de mobilité peu porteuse de changements. D'autre part, les migrants, lors de leur retour, sont confrontés à une forte emprise de leur environnement économique et socio-culturel que la migration ne parvient que peu à lever.

**MOTS CLES :** Sénégal – Recours aux soins – Migration circulaire rurale-urbaine.

**WAITZENEGGER-LALOU Florence : Health care seeking behaviour and circular rural-urban migration. The case of rural Senegal.**

**ABSTRACT :** The purpose of this study is to assess the effects of rural-urban migration and notably of mother's urban experience on health care behaviour related to children in rural place of origin. This study was carried out in rural Senegal and is based on a quantitative survey conducted in 1997 on 467 mothers. Theoretical relationships between circular rural-urban migration and health care behaviour is likely to be based on three processes : i) urban integration, ii) rural diffusion, iii) urban-rural transfers. In this framework, migration is associated with diffusion insofar as it is a pathway for information and ideas to travel between migrants, return-migrants and non-migrants. The migrant is also likely to produce structural change at the household and community level which can influence behavioural change. Although involved in a high circular dynamic with Dakar, behavioural change related to health care, in our area of interest, is limited. First of all, circular migration is a form of movement less likely to lead to changes. Moreover, return migrants in our setting, encounter strong economic and social-cultural constraints that migration partially fails to overcome.

**KEYWORDS :** Senegal - Health care behaviour – Circular rural-urban migration.



## INTRODUCTION

Alors qu'en Afrique subsaharienne la migration circulaire et temporaire est prédominante sur les autres mouvements migratoires (CHAPMAN et PROTHERO, 1985 ; RUSSELL *et al.*, 1990 ; CORDELL *et al.*, 1996), les effets de la migration circulaire rurale-urbaine sur les comportements en milieu rural restent une question peu documentée à la fois sur le plan théorique et empirique dans la littérature en sciences sociales. Or, cette circulation est susceptible d'être à l'origine de tout un ensemble de transformations d'ordre démographique, économique et socioculturel dans les régions rurales de départ<sup>1</sup>.

L'objet de cette recherche est d'étudier l'influence de la migration et notamment de l'expérience migratoire en ville des mères, lors du retour en milieu rural, sur le recours aux soins curatifs des enfants. La prise en compte des changements de comportements en matière de santé, qui peuvent s'opérer dans une société rurale peu modernisée mais en contact étroit et répété avec le milieu urbain, permettrait une meilleure formulation et mise en œuvre des politiques sanitaires.

Cette étude, conduite dans une zone rurale du Sénégal, s'appuie sur une enquête quantitative menée en 1997 auprès de 467 mères. Les données collectées portent sur la biographie migratoire des femmes et sur leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de santé des enfants. Dans un premier temps, nous envisageons les relations entre le recours aux soins et la dynamique migratoire qui s'articule entre les milieux ruraux et urbains. Puis, après avoir présenté le contexte de l'étude, les données et la méthodologie d'analyse, nous évaluons l'effet de la migration sur le recours aux soins des enfants.

## LA MIGRATION DE RETOUR ET LE RECOURS AUX SOINS DES ENFANTS : UN CHAMP DE RECHERCHE PEU EXPLORÉ

L'étude des relations entre la migration et les comportements de santé s'insère dans un domaine de recherche plus vaste que recouvrent la migration et la santé. À notre connaissance, aucune recherche ne s'est portée sur une analyse du recours aux soins des ruraux selon leurs diverses expériences migratoires. Les analyses sur les interactions entre migration et santé ont surtout été abordées au regard de l'urbanisation ou de la migration internationale vers le Nord (HULL, 1979 ; CHESNEY *et al.*, 1982 ; VAN DER STUYFT *et al.*, 1989 ). Ces études envisagent le plus souvent les différences de mortalité ou de prévalence de la morbidité entre différents sous-groupes :

- i) entre les résidents du milieu rural et du milieu urbain (LALOU et LEGRAND, 1996 ; VERHEIJ, 1996 ; SASTRY, 1997) ;

---

<sup>1</sup> Je remercie toute l'équipe de Population Santé (IRD, Dakar) et en particulier Valérie Delaunay grâce à qui les résultats présentés dans ce texte ont pu être produits. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une thèse dirigée par Victor Piché et Thomas LeGrand de l'Université de Montréal. Qu'ils soient remerciés pour leur soutien et leur encadrement. Mes remerciements vont aussi à Patrice Vimard pour son accueil au Laboratoire Population-Environnement (Université de Provence) et la confiance qu'il me témoigne ainsi qu'aux deux lecteurs du document pour leurs nombreux commentaires et suggestions.

- ii) entre les migrants urbains, les natifs urbains et les non-migrants (ANTOINE et DIOUF, 1992 ; BENYOUSSEF *et al.*, 1973 ; BROCKERHOFF, 1990 ; BROCKERHOFF, 1994 ; BROCKERHOFF, 1995 ; BA, 1995) ;
- iii) entre les immigrants internationaux et les nationaux du pays d'accueil (JANES et PAWSON, 1986 ; HYMAN, 1992).

Pour expliquer la mortalité et la morbidité différentielle entre migrants et non-migrants, de nombreux facteurs ont été avancés tels que les changements de comportements et d'environnement, une modification du statut socio-économique ainsi que la sélectivité des populations migrantes et la variabilité des causes de migrations (MCKINLEY, 1975 ; HULL, 1979 ; HYMAN, 1992). Les stress physiques et psychologiques que subit le migrant dans son milieu d'accueil ont aussi été largement documentés (HULL, 1979 ; JANES et PAWSON, 1986 ; KAPLAN et MARKS, 1990).

L'utilisation différentielle des services de santé entre migrants et non-migrants est une question moins traitée dans la littérature que celle des morbidité et mortalité différentielles. Pour l'essentiel, les études portent, d'une part, sur des comparaisons entre les migrants et les natifs urbains et, d'autre part, sur l'utilisation différentielle des services de santé entre immigrants et nationaux dans les pays du Nord (TELLER, 1972 ; CHESNEY *et al.*, 1982 ; VAN DER STUYFT *et al.*, 1989 ; BA, 1995). D'autres analyses s'interrogent sur les différences de recours aux soins entre ruraux et urbains (BECKER *et al.*, 1993), entre non-migrants en milieu rural et migrants urbains (UYANGA, 1983) ou enfin entre migrants de retour en milieu rural et migrants urbains (OMS, 1975, cité par BA, 1995).

Tout comme sur la santé des individus, les effets de la migration sur le recours aux soins sont tributaires d'un ensemble de facteurs dont les principaux sont les caractéristiques de la migration, l'environnement du milieu d'accueil et la sélectivité des populations migrantes (MCKINLEY, 1975 ; HULL, 1979). Les conclusions varient selon que l'on compare les pratiques des migrants urbains à celles du milieu rural ou à celles des natifs urbains. Les migrants au contact de la culture urbaine et exposés à des valeurs et à des pratiques « modernes » adopteraient de nouveaux comportements (KROEGER, 1983). L'adaptation des migrants à leur milieu d'accueil augmenterait la susceptibilité d'utiliser des services médicaux modernes ou interviendrait sur la rapidité du recours (CHESNEY *et al.*, 1982 ; OMS, 1975, cité par BA, 1995 ; VAN DER STUYFT *et al.*, 1989). Par contre à Bamako, il a été observé une moindre utilisation des services modernes de santé par les migrants (BA, 1995) qui conservent des comportements sanitaires traditionnels lorsqu'ils séjournent en milieu urbain qu'ils soient migrants récents ou anciens. À l'égard des soins préventifs, il a été observé, en revanche, un plus fort taux d'utilisation de services préventifs par les migrants par rapport aux natifs au Honduras (TELLER, 1972) et des immigrants relativement aux nationaux en Belgique (VAN DER STUYFT, 1989).

Au terme de cette brève revue, il faut souligner, malgré tout, certaines lacunes dans la réflexion théorique sur les relations entre le recours aux soins et la migration.

## **LE RECOURS AUX SOINS CURATIFS DES ENFANTS : LES PRINCIPAUX FACTEURS**

Tout d'abord, le recours aux soins des enfants est influencé par des déterminants à l'échelle de l'individu ou du ménage. Nous pouvons mentionner les caractéristiques démographiques de la mère tels que l'âge et la parité qui peuvent être des indicateurs de l'expérience des femmes dans

le domaine des soins aux enfants et de leur pouvoir de décision. La parité, qui détermine la taille de la famille, a également une influence sur le recours aux soins (concurrence entre les enfants, manque de temps). Les caractéristiques des parents telles que l'instruction ou le niveau socio-économique sont susceptibles d'être associées aux comportements de recours aux soins (KROEGER, 1983 ; CALDWELL, 1993 ; BAYA, 1998). Le niveau socio-économique exprime l'accessibilité économique alors que les mécanismes à travers lesquels l'instruction influence le recours aux soins sont davantage culturels ; toutefois, les résultats empiriques sur les liens entre le niveau socio-économique ou niveau d'instruction d'une part et l'utilisation des services de santé d'autre part sont parfois contradictoires (FOURNIER et HADDAD, 1995). Ceci peut relever de différences méthodologiques ou du type de recours analysé (préventif/curatif ; privé/public) (FASSIN *et al.*, 1988). L'âge et le sexe de l'enfant sont également susceptibles d'intervenir dans les choix thérapeutiques. Enfin, les expériences antérieures dans l'utilisation des services de santé sont un élément qui peut influencer les comportements sanitaires.

Ensuite, le comportement de l'individu est influencé par les croyances et la « représentation » des maladies, valeurs qui appartiennent à la fois au système normatif de l'individu, mais aussi à celui de son ménage et de sa collectivité. Le comportement relié à la santé est aussi un phénomène social, c'est-à-dire qu'il s'effectue en fonction d'autres personnes (GODIN, 1988). Les choix thérapeutiques ont souvent un caractère collectif et par conséquent sont tributaires des structures d'autorité.

De surcroît, l'information sanitaire qui est transmise par les réseaux sociaux de l'individu, par les programmes IEC ou par les médias peut orienter la conduite thérapeutique.

L'environnement communautaire, caractérisé par son développement économique, son réseau de communication et son système de santé, agit directement ou indirectement sur les comportements en matière de santé. Le système de santé joue un rôle capital par le truchement de la pluralité des systèmes médicaux, de la disponibilité et de l'accessibilité des structures, de la qualité des services et des coûts d'utilisation.

Enfin, le comportement thérapeutique serait également fonction de perceptions individuelles de sa vulnérabilité et de la sévérité du problème de santé auxquelles s'ajoutent les attitudes en matière de santé (ROSENSTOCK *et al.*, 1988).

En somme, l'ensemble de ces facteurs peut interagir entre eux et agir soit directement sur le recours aux soins ou soit indirectement en modifiant les perceptions et les attitudes en matière de santé.

## **LA DYNAMIQUE MIGRATOIRE : QUELLES INFLUENCES ?**

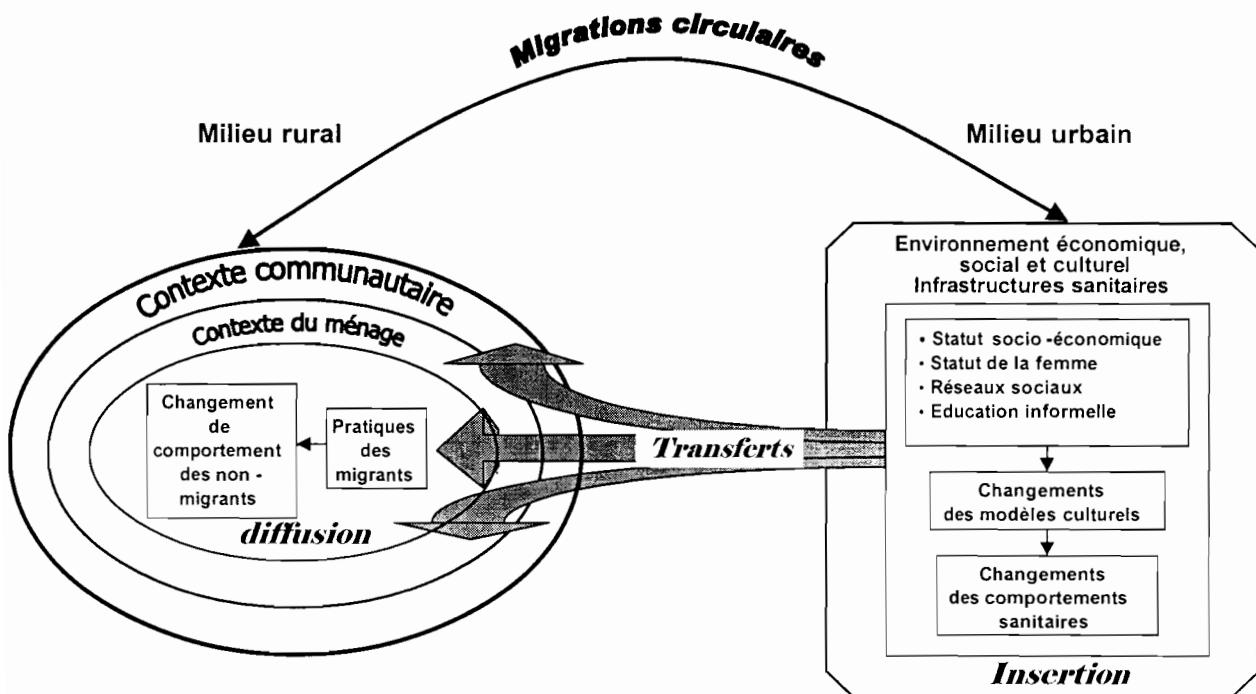
L'analyse du rôle de la migration dans les changements de comportements doit approcher la migration dans sa globalité et faire valoir que les mondes urbains et ruraux sont reliés et interagissent sous l'effet d'une forte circularité des individus, des biens et des idées. Les effets de la migration interne entre le monde rural et urbain sur le recours aux soins pourraient s'articuler autour de trois processus : i) processus d'insertion, ii) processus de diffusion, iii) transferts ville-campagne (figure 1).

## Processus d'insertion

Dans le cadre de cette étude, la question de l'insertion peut se poser autour de deux dynamiques conjointes que sont les changements avec le milieu de départ et la perpétuation de comportements acquis dans le milieu d'origine.

En arrivant en ville, le migrant est non seulement susceptible de s'insérer socialement et économiquement mais aussi de changer d'attitudes et de pratiques (BROCKERHOFF, 1995). Le processus de transformation, par rapport au milieu rural, se traduit par l'adoption de certains comportements de la société d'accueil par les migrants (HUGO, 1983 ; BROCKERHOFF, 1990 ; BARTIAUX et YANA, 1995). Du reste, l'insertion économique facilite l'insertion socioculturelle (ANTOINE et COULIBALY, 1989).

FIGURE 1. RELATIONS ENTRE LA MIGRATION CIRCULAIRE RURALE / URBAINE ET LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SANITAIRE EN MILIEU D'ORIGINE



Le fait de migrer en ville peut se traduire par une amélioration du statut socio-économique du migrant, même si celui-ci reste plus faible que celui des natifs urbains. Or le niveau socio-économique du ménage est susceptible d'être associé à l'accessibilité économique aux soins de santé (BELCHER *et al.*, 1976 ; FASSIN *et al.*, 1988). Une plus grande autonomie financière des migrants en milieu urbain pourrait faciliter l'adoption de nouveaux comportements en matière de santé.

En raison de la distance qu'elle introduit, la migration peut rendre plus difficiles les contrôles traditionnels qu'exerçaient, dans la famille au village, les « dominants » sur les « dominés » (LOCOH, 1991). Si le statut de la femme se développe dans le sens d'une plus grande autonomie financière et décisionnelle lors de la migration en milieu urbain, ceci pourrait être à l'origine de pratiques nouvelles en matière de santé.

Migrer en ville, c'est aussi bénéficier de certains avantages tels qu'une plus grande disponibilité et accessibilité des services de santé (LALOU et LEGRAND, 1996). La ville peut ainsi contribuer à changer les attitudes et les comportements des migrants en matière de santé.

Dans ce nouveau milieu, les migrants peuvent être exposés à des modèles culturels plus « modernes ». L'éducation informelle, véhiculée à travers le milieu professionnel et les médias, serait susceptible de modifier les comportements de santé des populations migrantes et d'accroître leurs utilisations des services de santé modernes (FOURNIER et HADDAD, 1995). La migration peut aussi favoriser, de par sa structuration en réseau, les changements de comportements. Les réseaux migratoires sont susceptibles de procurer aux migrants de l'information et de l'aide dans le domaine de la santé.

Dans une étude sur Dakar, l'insertion urbaine s'est révélée être une variable fortement associée à l'utilisation des services de santé (FASSIN *et al.*, 1988). Ce processus a été construit à partir de trois variables que sont : i) la connaissance de la langue vernaculaire (le Wolof), ii) la participation aux associations locales, et iii) la connaissance du responsable du quartier de résidence. Ainsi cette insertion semble influencer davantage le recours aux soins curatifs des mères et des enfants à Dakar que des facteurs socio-économiques et culturels.

Toutefois, les contacts que pourraient entretenir les migrants avec leur nouvel environnement socio-culturel peuvent être limités. En effet, le migrant en ville est susceptible de s'installer dans un quartier à forte concentration de migrants originaires de la même zone, et de s'appuyer sur des réseaux ou des associations reliés à son village (BROCKERHOFF, 1995 ; YACH *et al.*, 1990). De ce fait, la propension à adopter de nouveaux comportements pourrait en être diminuée.

De plus, le migrant arrive en ville avec un bagage culturel et des représentations de la maladie acquise dans le milieu d'origine. Ces antécédents médicaux et culturels auront sans nul doute une incidence sur les comportements en matière de santé en milieu d'accueil.

Au total, les facteurs d'insertion principaux identifiés dans la littérature sont les caractéristiques de la population migrante, les réseaux formels et informels de même que les conditions économiques et démographiques du milieu d'arrivée (LOCOH, 1991 ; ANTOINE *et al.*, 1995). Certaines recherches ont également fait valoir l'importance de l'âge à l'arrivée, du type de migration ainsi que la durée de séjour (KAPLAN et MARKS, 1990 ; CHESNEY *et al.*, 1982). L'ensemble des facteurs précédents rend compte de la complexité des influences auxquelles est exposé le migrant. Il peut donc en résulter toute une gamme de changements dans le domaine de la santé qui vont de l'adoption par le migrant du modèle dominant en milieu urbain, par des comportements empruntant à la fois aux modèles « ruraux » et « urbains » ou par un maintien de pratiques issues du milieu d'origine.

### **Le retour en milieu rural : des mécanismes de « diffusion » ?**

Le processus de « diffusion » est un mécanisme par lequel un comportement novateur adopté par des individus influence la possibilité que ce comportement soit adopté par d'autres (MONTGOMERY et CASTERLINE, 1993). Ce processus répond à deux principes de base :

- i) le comportement en question doit être un « nouveau » comportement c'est-à-dire un comportement encore inconnu ou rejeté par le groupe de référence ;
- ii) l'adoption de ce « nouveau comportement » doit être guidée par un processus d'imitation du comportement des autres. Mais cette imitation relève d'une prise de décision rationnelle (PALLONI, 1998).

Dans la littérature sur le changement social, le changement de comportement est décrit comme tributaire de trois mécanismes que sont la connaissance d'un nouveau comportement, l'évaluation par les populations des bénéfices nets associés à ce nouveau comportement et la légitimation de cette nouvelle conduite (COALE et WATKINS, 1986 ; WATKINS, 1995). Ces différentes étapes sont, selon certains auteurs, autant fonction de facteurs de diffusion que de facteurs structurels tels que les conditions socio-économiques des ménages (MONTGOMERY et CASTERLINE, 1993 ; PALLONI, 1998).

Dans le cadre théorique développé dans cette étude, la migration est associée au changement de comportement à un double titre. La migration a une capacité de diffusion dans la mesure où elle favorise la circulation de l'information et des idées entre les migrants, les migrants de retour et les non-migrants. Le migrant peut aussi produire des changements structurels, à l'échelle de la communauté d'origine et à celle du ménage, lesquels peuvent être à l'origine de changements de comportements. Ce dernier mécanisme est développé ultérieurement dans l'analyse des transferts.

Lors du retour en milieu rural, le migrant peut tout d'abord être porteur de changement puis promoteur d'un comportement innovant parmi les non-migrants de son ménage ou dans sa collectivité d'origine. Ainsi, lorsque les migrants ont adopté de nouveaux comportements en milieu urbain, ils sont susceptibles de poursuivre ces nouvelles pratiques lors du retour. Comme groupe de référence dans leur milieu d'origine, ils peuvent influencer les autres membres de la collectivité par un effet d'entraînement (MONTGOMERY et CASTERLINE, 1993 ; PALLONI, 1998). Les migrants de retour peuvent induire des changements en milieu rural en encourageant autour d'eux le recours à la vaccination des enfants ou aux structures de santé modernes ou en valorisant par exemple la scolarisation des enfants.

Cependant, le milieu socioculturel d'origine peut entraver la poursuite de pratiques innovantes. Des contraintes socioéconomiques ou environnementales telles qu'un manque de moyens financiers ou l'éloignement du dispensaire peuvent être responsables d'une suspension ou d'une adaptation de ces nouvelles conduites. Malgré la place centrale de la mère pour les soins des enfants, son manque de pouvoir de décision pourrait réduire sa capacité à gérer les problèmes de santé de ses enfants. Par conséquent, ces entraves pourraient freiner les capacités des migrants à diffuser des nouveaux comportements dans leurs communautés.

En dernier lieu, il faut signaler que, selon certains auteurs, les réseaux socialement hétérogènes sont plus susceptibles que les réseaux homogènes de véhiculer des changements (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1999). PALLONI (1998) fait aussi valoir le fait que les sanctions sociales peuvent davantage être imposées dans un milieu homogène pour les individus qui ne respecteraient pas les normes. Par conséquent, ceci pourrait expliquer la moindre grande capacité de diffusion en milieu rural par rapport au milieu urbain.

### **Les transferts ville – campagne**

Les changements de comportements en milieu rural peuvent aussi relever des échanges incessants et polymorphes qui existent entre le monde rural et urbain. Ils se traduisent par des mouvements de biens, de capitaux, de services, d'hommes et de valeurs. La ville peut envoyer au village des produits manufacturés, de l'argent et accueillir des malades ou des élèves du village. Le village peut, lui aussi, envoyer des vivres aux urbains et héberger des scolaires en provenance de la ville par exemple (ELOUNDOU-ENYEGUE, 1992).

L'accent est mis dans cette étude sur les transferts financiers ou les envois de biens matériels, du milieu urbain vers le milieu rural, même si les urbains reçoivent aussi parfois de l'argent ou des biens de leurs familles du village. Cette circulation est révélatrice de l'engagement que le migrant

garde vis-à-vis de sa communauté d'origine. Nous pouvons même dire que ces transferts sont inhérents à la stratégie migratoire. Le maintien des activités économiques dans le village est également une pratique importante chez le migrant qui souhaite rester en contact avec le village d'origine (FINDLEY, 1999).

Le retour des migrants est susceptible de contribuer à faire pénétrer des changements socio-économiques dans les régions rurales. Cette question a été appréhendée le plus souvent sous l'angle macroscopique des investissements d'associations de migrants et de leur impact pour le développement rural (KNOWLES et ANKER, 1981 ; STARK, 1980). Néanmoins, il est important de rappeler que ces réalisations à l'échelle villageoise sont peu probables dans certains contextes tels que celui envisagé dans cette étude où la migration, essentiellement saisonnière et interne au Sénégal, dégage peu de ressources monétaires.

Sur le plan microscopique, les transferts urbains sont susceptibles d'influencer les ressources des ruraux. L'impact de ces transferts est tributaire du montant et de la régularité des envois ainsi que de l'utilisation de ces fonds. Ces retours d'argent pourraient constituer une aide non négligeable pour faire face aux dépenses de santé (ELOUNDOU-ENYEGUE, 1992). En somme ces apports, qu'ils soient à l'échelle macroscopique ou microscopique, sont des dimensions susceptibles d'accroître l'accessibilité géographique ou économique des populations aux services de santé.

## LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette recherche porte sur une population rurale de la région de Niakhar située dans le bassin arachidier, à 150 km à l'est de Dakar. L'ensemble ethnique est homogène et sereer à 96,4 %. Peu d'hommes et de femmes ont atteint un niveau de scolarisation au-delà du primaire ou même terminé leur cycle primaire. L'économie repose principalement sur une agriculture d'autosubsistance (le mil) et de rente (l'arachide) ainsi que sur l'élevage.

### Migrer pour travailler : une dynamique répandue parmi les femmes

3

Une part grandissante de la population active de cette région est contrainte d'émigrer à la recherche de revenus additionnels en saison sèche sous l'effet de la dégradation du milieu agricole et de la faiblesse des ressources des populations (ROCH, 1975 ; PONTIÉ et LERICOLLAIS, 1995 ; TRINCAZ, 1987). En effet, ce processus économique est source de revenus supplémentaires pour les populations rurales de même qu'il permet un allègement des charges de la famille en raison du départ des migrants.

Selon nos résultats d'enquête, 85 % des ménages enquêtés comprennent au moins un migrant et 31 % plus de trois migrants. Ces mouvements sont presque exclusivement (à 80 %) tournés vers Dakar. La migration féminine est légèrement majoritaire (54 %).

Ce processus est également très fortement circulaire. En effet, 83 % des mères, résidant actuellement en milieu rural, ont effectué au moins un séjour à Dakar. Lors de leur dernier séjour à Dakar, 94 % d'entre elles exerçaient une activité dont la principale est celle d'employée de maison. Ces migrations ont été définies dans cette étude de la manière suivante :

- i) la migration saisonnière de saison sèche est un déplacement temporaire d'au moins six mois et de moins d'un an pour laquelle le départ se situe en saison sèche ;

- ii) la migration saisonnière d'hivernage (saison des pluies) est un déplacement temporaire d'au moins six mois et de moins d'un an pour laquelle le départ se situe pendant la période précédant l'hivernage ou en saison des pluies ;
- iii) la migration temporaire est définie comme un départ du village pour aller vivre dans un autre lieu pour une durée continue d'au moins un an. C'est une migration qui n'a pas un caractère saisonnier.

Dans la zone d'étude, 72 % des mères de 15-49 ans, résidentes au village, ont effectué au cours de leur vie 4,4 migrations de saison sèche vers Dakar. La migration d'hivernage sur Dakar concerne 14 % des mères avec 1,9 migrations en moyenne au cours de leur vie. Enfin, 36 % des mères ont effectué 4,4 migrations temporaires à Dakar. Certaines femmes ont pu entreprendre plusieurs types de migration au cours de leurs vies. Il semblerait que les flux saisonniers se transforment en séjours de plus ou moins longue durée et inversement au gré des opportunités en ville, des besoins de main-d'œuvre au village pour les travaux agricoles d'hivernage et des obligations familiales.

Les migrantes de saison sèche, nommés « noranes », sont le plus souvent des jeunes filles célibataires qui partent travailler comme « bonnes » à Dakar (GUIGOU, 1992 ; DELAUNAY, 1994). Nous observons que 80 % des femmes déjà mariées ont migré au moins une fois avant le mariage à Dakar. Les migrations saisonnières féminines se caractérisent par un âge moyen à la première migration de plus en plus précoce. C'est ainsi que l'âge moyen à la première migration s'élève à 14,4 ans pour les femmes âgées de 35-49 ans alors qu'il est de 12,4 ans pour les femmes de 15-24 ans.

Phénomène non seulement économique, cette circulation des jeunes filles rurales a été décrite par FALL (1987) comme un « phénomène culturel » qui agit par un effet d'entraînement au sein des classes d'âges dans les villages. En fait, ce système migratoire s'appuie fortement sur le réseau migratoire établi entre les migrants et les non-migrants le plus souvent sur la base de liens de parenté, d'amitié et d'appartenance à la même communauté (MASSEY *et al.*, 1993). Celui-ci aide les migrantes en ville dans leurs recherches d'hébergement et d'emploi et offre aux familles rurales un certain contrôle social des jeunes filles (FALL, 1988 ; DELAUNAY, 1994).

L'étude de PAQUËT (1992) sur les « noranes » sereer et celle de DIOP (1989) sur les migrantes saisonnières de Casamance à Dakar constatent toutefois que, même si les contacts entre le milieu rural et le milieu urbain sont nombreux, les expériences urbaines de ces migrantes ne conduisent ni à l'adoption de nouveaux comportements en milieu urbain ni a fortiori à la reproduction de nouveaux comportements lors du retour.

Cette dynamique migratoire concerne aussi, certes de façon plus limitée, des femmes plus âgées (mariée, divorcée ou veuve) qui partent seule ou en famille pendant quelques années. D'après nos résultats, 22 % des femmes mariées ont effectué au moment de l'enquête au moins un séjour à Dakar depuis leur premier mariage. Celui-ci a été célébré en moyenne à 17,4 ans. En outre, plus de la moitié des femmes qui ont migré à Dakar après le mariage y ont séjourné accompagnées d'un ou de plusieurs de leurs enfants ainsi que de leurs maris. Accompagnées de leurs enfants, elles ont probablement expérimenté le recours aux soins en milieu urbain. La migration après le mariage concerne non seulement des femmes plus âgées mais révèle également une durée de séjour à Dakar plus longue avec en moyenne 8 années au total alors que celles qui n'ont migré qu'avant leur mariage n'y ont séjourné en moyenne qu'environ 5 ans.

## Le recours aux soins : offre et demande

Dans la zone rurale de Niakhar, malgré une forte baisse depuis trente ans, la mortalité infanto-juvénile reste très élevée (192 pour mille pour la période 1992-1996), avec près d'un enfant sur quatre qui n'atteint pas l'âge de 5 ans (DELAUNAY, 1999). En outre, les enfants de Niakhar meurent avant l'âge de cinq ans deux fois plus que les petits Dakarois (97 pour mille). Les trois premières causes probables de décès des enfants (entre 1 mois et 5 ans) en 1996 sont, par ordre d'importance, celles qui sont attribuées au paludisme, à la diarrhée et aux maladies respiratoires.

Comme dans la plupart des pays en développement, le pluralisme thérapeutique est une réalité de la zone d'étude de Niakhar. Ce pluralisme s'observe à la fois dans la diversification de l'offre et dans la multiplication des stratégies de santé de la population rurale. Plusieurs systèmes de soins co-existent, incluant à la fois l'autotraitement familial, les traitements offerts par les guérisseurs, la médecine moderne et les programmes spécifiques de surveillance épidémiologique de l'IRD (Institut de recherche pour le développement).

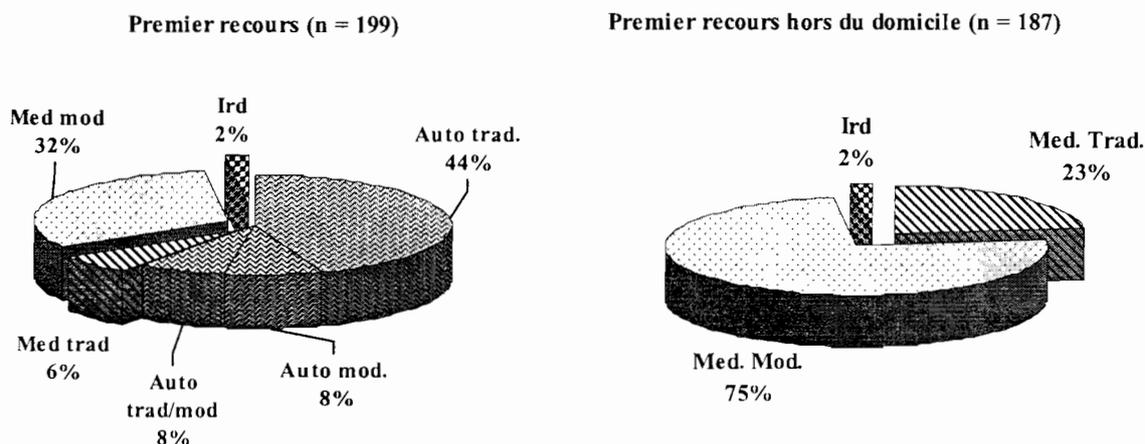
La médecine traditionnelle, lorsqu'elle est pratiquée hors du domicile, est du ressort quasi exclusif des guérisseurs. Très nombreux dans cette zone, ils offrent des traitements variés pouvant combiner l'herboristerie et des pratiques spirituelles qui font intervenir entre autres les pangols, « des demi-dieux intermédiaires entre l'homme et la divinité qui animent tout l'environnement des Sereer » (PÉLISSIER, 1966, p. 213).

L'offre de soins « moderne » se fait à partir de trois dispensaires dans la zone d'étude (Tukar, Diohine et Ngayokhem). Les dispensaires publics de Toucar et de Ngayokhem datent respectivement de 1953 et 1983. Celui de Diohine, qui est un établissement privé tenu par des sœurs catholiques, a été construit en 1956. Il existe également des cases de santé, réparties dans les villages, mais qui sont pour la plupart inopérantes. La population utilise également des établissements de santé situés en périphérie de la zone d'étude. Il s'agit des postes de santé de Niakhar et Ngoye et du dispensaire semi-privé de Thiadaye. La région comprend également deux centres de santé (Bambey et Fatick), respectivement à 18 et 25 km de Niakhar ainsi que les hôpitaux de Diourbel et de Kaolack à environ une soixantaine de kilomètres de la zone. Cette relative disponibilité des structures de soins ne doit pas occulter les problèmes d'accessibilité géographique et économique de celles-ci. De plus, cette zone présente une faible densité médicale, avec un indice estimé à 1 médecin pour 90 509 habitants (1995) dans l'ensemble du district médical dont fait partie la zone d'étude ; or, selon les normes de l'OMS, cet indice devrait être de l'ordre de 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants.

En dernier lieu, il est primordial de mentionner le rôle non négligeable de l'IRD (ex-Orstom) dans la panoplie des recours possibles des populations de la zone d'étude. En effet, depuis 1987, le programme élargi de vaccination de même que différents programmes de surveillance épidémiologiques en matière de coqueluche, rougeole et paludisme se sont juxtaposés dans cette zone et ont donc proposé aux populations une offre de soins. Depuis 1997, la présence médicale de l'IRD est moins importante, mais reste néanmoins influente.

L'autotraitement est le premier recours des mères envers leur enfant lorsque celui-ci présente un problème de santé. C'est ainsi que 60 % des mères traitent leurs jeunes enfants en premier lieu dans le cadre familial, de façon principalement traditionnelle, avant d'envisager de consulter hors du domicile. Le recours direct aux structures modernes ou aux guérisseurs correspond respectivement à 32 % et à 6 % des cas. Si l'on analyse le premier recours hors du domicile, qu'il y ait eu auparavant autotraitement ou non, le poids de la médecine moderne apparaît avec 75 % des mères qui utilisent une structure de soins modernes contre 23 % qui se rendent chez un tradipraticien (figure 2).

FIGURE 2. RÉPARTITION DES PREMIERS RECOURS AUX SOINS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, NIAKHAR, 1997



Le recours au dispensaire est tardif. Dans les deux premiers jours après le début de la maladie et en premier recours hors du domicile, les guérisseurs attirent 75 % de leurs patients alors que les structures modernes ne reçoivent que 42 % des petits malades.

Le choix thérapeutique des mères et de leur entourage est fortement influencé par l'étiologie attribuée et donc certaines catégories de maladies relèvent davantage de la médecine traditionnelle. Des maladies caractérisées par des symptômes brutaux et sévères ou avec un développement inhabituel sont souvent interprétées comme de causes surnaturelles du seul ressort du guérisseur. Dans le cas de convulsion, les mères se rendent significativement plus chez le guérisseur (dans 40 % des cas) que pour les autres types de symptômes déclarés (26 %) lors du premier recours hors du domicile.

## DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

### Sources de données

La zone d'étude de Niakhar au Sénégal couvre un observatoire de population mis en place par l'IRD (ex-Orstom) dans les années 60 mais dont le domaine a varié au cours du temps. Actuellement, cette zone comprend 30 villages et comptait au 1<sup>er</sup> janvier 1997 une population de près de 29 500 personnes. Celle-ci fait l'objet d'un suivi longitudinal au cours duquel on recueille des informations démographiques et épidémiologiques. Les données de cet observatoire de population ont constitué une base de sondage exhaustive et à jour de la population résidente de la zone de Niakhar.

Afin de mieux décrire les soins relatifs aux enfants de moins de 5 ans, notre sélection s'est portée sur des femmes entre 15 et 49 ans, résidentes de la zone et ayant eu au moins une naissance vivante dans les cinq dernières années. Pour ce faire, nous avons procédé à un tirage aléatoire de 590 sur 3 320 mères. L'enquête a été menée auprès de 467 femmes résidentes ; 117 femmes n'ont pas été enquêtées en raison d'une absence à Dakar ou en d'autres lieux de destination et 6 femmes ont refusé de répondre. Lors de cette recherche, les migrantes de Dakar ont été par la

suite retrouvées et enquêtées dans leur lieu de migration. Néanmoins, ces résultats ne sont pas présentés dans cet article.

L'objectif de cette recherche est de déterminer s'il existe des variations dans les connaissances, attitudes et pratiques selon l'expérience migratoire de la mère et selon l'existence de transferts monétaires réguliers dans le ménage. À cette fin, le questionnaire a recueilli deux catégories d'informations :

- des données relatives à la situation socio-économique et aux migrants du ménage ;
- des données individuelles portant sur : i) les caractéristiques socio-démographiques de la femme et de son mari (pour les femmes mariées), ii) la biographie migratoire de la femme depuis sa naissance, iii) les soins relatifs à la dernière grossesse (consultation prénatale et accouchement), iv) le recours aux soins lors du dernier épisode morbide des enfants de moins de 5 ans, v) les connaissances et attitudes par rapport aux convulsions, fièvre, diarrhée et toux chez l'enfant.

### Critiques des données

Sur un plan méthodologique, nous avons interrogé la mère, de façon rétrospective, sur le dernier épisode morbide, perçu sévère et étant survenu dans une période de six mois précédant l'enquête parmi un de ses enfants de moins de 5 ans, vivant ou décédé au moment de la collecte. Dans le cas où plusieurs enfants de moins de 5 ans étaient malades simultanément, l'épisode morbide du dernier-né était retenu. C'est ainsi que 200 épisodes morbides survenus entre juillet et décembre 1997 ont été enregistrés pour les mères résidentes de la zone. Sur ces 200 épisodes, 199 ont fait l'objet d'un recours et un enfant est décédé avant tout recours.

Dans les enquêtes de morbidité, il est souvent recommandé une période de remémoration de deux semaines afin d'obtenir une perte minimale d'information et garantir une fiabilité des enregistrements (KROEGER, 1983 ; SNOW et MARSCH, 1992). Néanmoins, afin de pouvoir collecter suffisamment de cas pour mener des analyses statistiques, nous avons dû adopter une période de référence plus longue (6 mois) car, d'une part, l'échantillon de femmes est restreint (467 femmes) et, d'autre part, la morbidité sévère est un phénomène relativement rare. Cette méthodologie est parfois utilisée dans le cas de collecte d'épisodes sévères (SAUERBORN *et al.*, 1989).

L'approche rétrospective utilisée dans cette enquête présente des biais liés principalement aux omissions. Les mères ont pu ne pas considérer certains épisodes morbides de leurs enfants dans la mesure où la perception de la sévérité de la maladie est variable. Du reste, la perception de la gravité d'un épisode morbide peut dépendre de l'expérience migratoire de la mère. Nous pouvons penser que la morbidité perçue sévère est davantage susceptible d'être sous-évaluée parmi les enfants de non-migrantes que chez les migrantes de retour. Ceci dit, les répercussions sur l'analyse des itinéraires thérapeutiques devraient être limitées.

Par ailleurs, les enfants de moins de cinq ans décédés pendant la période de référence étaient les enfants retenus<sup>2</sup> pour la collecte des épisodes morbides. En comparant les décès enregistrés dans le suivi de population de l'observatoire de Niakhar et les décès déclarés au cours de l'enquête, nous avons pu évaluer la sous-déclaration. Sur 11 décès d'enfants signalés au cours de cette période dans le suivi démographique, seuls 2 cas au cours de l'enquête n'ont pas été rapportés. Ils ont en fait été substitués par un frère, ou une sœur, plus jeune qui avait aussi connu un épisode morbide mais non léthal pendant cette période.

---

<sup>2</sup> Lorsque la mère déclarait, pendant la période de référence, plus d'un enfant de moins de cinq ans malade dont un décédé suite à cet épisode, c'est ce dernier qui était l'objet de l'investigation.

Au moment de l'enquête, 7 % étaient encore malades et n'avaient donc peut-être pas interrompu leur traitement. C'est ainsi que l'observation de l'itinéraire thérapeutique a été tronquée.

### **Méthodologie d'analyse**

Les perspectives théoriques des relations entre la migration et le recours aux soins ainsi que nos connaissances du contexte migratoire nous invitent à nous poser deux questions spécifiques. Tout d'abord, nous nous demandons si les mères résidentes de la zone qui ont eu une expérience urbaine après leur mariage utilisent davantage, et en priorité, les structures de santé modernes que les autres femmes quand leurs enfants sont malades. Il nous faut noter que les mères sont au moment de l'enquête résidentes de la zone d'étude (depuis au moins six mois) et qu'elles étaient présentes au moment du recours aux soins de leurs enfants dans cette même zone d'étude. De surcroît, l'expérience migratoire de la mère est antérieure à l'épisode morbide. En second lieu, il s'agit d'évaluer si les transferts d'argent réguliers des migrants augmentent l'utilisation des services de santé modernes pour les enfants malades. L'augmentation des ressources du ménage à la faveur des transferts monétaires des émigrants pourrait influencer l'accessibilité économique aux soins de santé.

Dans la mesure où la zone d'étude n'est qu'à l'amorce de sa transition démographique, nous supposons que, si les migrantes de retour avec une expérience après le mariage sont en effet des « précurseurs » d'un changement, le processus de diffusion parmi les autres membres de la collectivité rurale est encore limité. Dans le cas où la diffusion serait déjà manifeste, des différences de comportement observées entre les migrantes après le mariage et les autres sous-estimeraient l'impact de la migration comme véhicule de changement.

L'analyse porte sur deux variables dépendantes et neuf variables indépendantes selon trois modèles estimant l'effet de la migration avant le mariage (modèle 1), après le mariage (modèle 2) et lorsque les deux types de migration sont contrôlés (modèle 3). L'échantillon initial comprend les mères des 199 enfants de moins de 5 ans ayant déclaré un épisode morbide sévère dans les six derniers mois et ayant fait l'objet d'un recours. Les enfants malades se distribuent de façon pratiquement équivalente par sexe. Ces modélisations ont été réduites aux femmes mariées afin d'étudier l'impact des caractéristiques du mari réduisant l'échantillon à 192 observations. Les femmes de 15-24 ans ont été exclues de l'échantillon afin de ne retenir que les femmes qui ont eu le temps de s'exposer suffisamment à la migration après le mariage. Cette exclusion diminue l'échantillon à 155 observations. Dans la modélisation avant le mariage (modèle 1), nous ne retiendrons pas celles qui ont migré aussi après le mariage. L'évaluation des effets de la migration a été estimée à partir de régressions logistiques ordinaires et ordonnées selon le type de la variable dépendante.

### **Mesure des variables dépendantes : le recours aux soins des enfants**

L'appréciation du recours aux soins est mesurée par deux indicateurs : le premier recours aux soins en dehors du domicile et la rapidité de recours au service de santé moderne.

Il a été demandé aux mères ayant emmené leurs enfants pour un premier recours hors du domicile de préciser le type de médecine à laquelle elles se sont référées. Cette variable est dichotomique, prenant la valeur 1 si la mère a recouru à la médecine moderne et 0 s'il s'agissait de la médecine traditionnelle.

La rapidité de recours au dispensaire rend compte de la durée entre le début de l'épisode morbide et le recours, dans le cas où il y a eu un recours au dispensaire. Cette variable est ordinale et comprend quatre modalités : le même jour, le jour suivant, entre 3 et 7 jours et plus de 7 jours.

### **Mesure des variables indépendantes : les variables migratoires**

La migration, y compris la migration saisonnière, est définie dans cette étude comme tout déplacement d'une durée supérieure ou égale à six mois. En effet, pour les besoins de cette étude, nous postulons que six mois est un délai minimal en deçà duquel l'influence du milieu d'accueil est peu probable.

Pour approcher le rôle de la migration, nous avons utilisé trois indicateurs dichotomiques :

- avoir eu ou non une expérience migratoire de 2 ans ou plus à Dakar avant le mariage ;
- avoir eu une expérience migratoire de 2 ans ou plus à Dakar après le mariage ;
- bénéficier régulièrement de transferts monétaires ou de biens en nature envoyés par les émigrants du ménage. Dans les analyses, cette variable s'intitule « transferts ».

### **Mesure des variables de contrôle**

En plus de l'âge des femmes, du niveau d'instruction du père et de la mère de l'enfant malade, une variable « prise de décision » a été définie afin d'approcher les responsabilités dans la décision du recours. L'indicateur socio-économique a été construit selon la « méthode des scores » à partir des caractéristiques de l'habitat, de l'accès aux latrines et de la possession de certains biens dans le ménage tels que la radio, la télévision, la charrette etc.. En raison de la faible taille de l'échantillon, deux modalités ont été retenues : la classe pauvre (codée 0) et la classe plus aisée (codée 1).

Dans le contexte de Niakhar, la charrette représente un bien précieux aussi bien pour les activités agricoles que pour le transport de biens et de personnes et en particulier des malades. La distance à un dispensaire exprime également l'accessibilité aux structures de soins.

La nature du problème de santé et la perception de sa gravité déterminent pour une large part les choix thérapeutiques. Nous avons procédé à une classification des symptômes déclarés par les mères en 5 groupes afin d'approcher le type de pathologie : les convulsions (codée 1), la fièvre seule (codée 2), les symptômes digestifs (codée 3), les symptômes respiratoires (codée 4) et les autres symptômes (codée 5).

### **La sélectivité : un biais incontournable**

La migration est par essence un processus sélectif dans la mesure où ce phénomène ne touche pas l'ensemble de la population de façon égale. La plupart des études montrent que les migrants constituent une population particulière par leurs caractéristiques démographiques, économiques, sociales ou culturelles. Ces critères qui distinguent les migrants de ceux qui sont restés dans le milieu d'origine peuvent être à l'origine de comportements différentiels. Dans toute recherche où l'on compare des comportements entre des groupes de populations de statut migratoire distinct, il est capital d'évaluer précisément les effets d'une éventuelle sélectivité dans l'analyse des résultats, pouvant être à l'origine de biais systématique.

La population d'étude, telle que définie précédemment, est globalement assez homogène au regard de l'âge, de l'instruction, de la religion et de l'ethnie (tableau 1). Toutefois, il ressort que la parité, l'instruction du mari, le niveau socio-économique du ménage et la présence de transferts réguliers envoyés par les émigrants du ménage sont des variables discriminantes parmi ces deux groupes de femmes. Les variables de contrôles des analyses multivariées tenteront de réduire ces biais.

Il faut également noter que nous n'observons aucune différence significative entre les différents groupes de migrantes quant à la déclaration d'un épisode morbide. Près de la moitié des mères ont déclaré un épisode morbide relativement à leur enfant et cela quel que soit le statut migratoire.

TABLEAU 1. CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES DONT L'ENFANT MALADE A FAIT L'OBJET D'AU MOINS UN RECOURS SELON LEUR STATUT MIGRATOIRE. FEMMES MARIÉES (25-49 ANS), NIAKHAR, 1997

Variables	Mig. > 2 ans après mariage		Autres femmes	
	%	N	%	N
<i>Age de la mère</i>				
25-34 ans	58	11	57	78
35-49 ans	42	8	43	58
<i>Parité de la mère</i>				
1	0	0	3	4
2-6	74	14	54	73
7 et plus	26	5	43	59
<i>Instruction de la mère</i>				
Aucune + primaire incomplet	95	18	97	132
Primaire complet	5	1	3	4
<i>Instruction du père*</i>				
Aucune + primaire incomplet	88	14	93	122
Primaire complet	13	2	7	9
<i>Religion</i>				
Musulmane	79	15	70	94
Chrétienne	21	4	26	35
Animiste	0	0	4	6
<i>Ethnie</i>				
Sereer	100	19	97	132
Wolof	0	0	1	2
Autres	0	0	1	2
<i>Etat matrimonial</i>				
Monogame	63	12	63	86
Polygame	37	7	37	50
<i>Activité saison sèche</i>				
Inactive	53	10	68	92
Petit commerce	32	6	30	40
Autres	16	3	2	3
<i>Niveau socio-économique du ménage</i>				
Catégorie pauvre	74	14	89	121
Catégorie plus riche	26	5	11	15
<i>Taille du ménage</i>				
Moins de 5 personnes	0	0	1	2
5-9 personnes	37	7	21	28
10-14 personnes	32	6	29	39
15 personnes et plus	32	6	49	67
<i>Présence d'émigrants dans le ménage</i>				
Oui	95	18	86	117
Non	5	1	14	19
<i>Envois d'argent par les émigrants*</i>				
Pas d'argent ou irrégulier	28	5	64	81
Envois réguliers	72	13	36	46
Total	100	19	100	136

\* : Variable présentant des données manquantes

## **COMPORTEMENTS CURATIFS : EFFETS DE LA MIGRATION ?**

Nous avons procédé à un grand nombre d'analyses bivariées (tableau 2) pour lesquelles quelques associations sont significatives. Toutefois, afin d'être synthétique, nous nous concentrerons sur les analyses multivariées.

### **Le premier recours hors du domicile**

Nous allons considérer ici les femmes qui se rendent avec leurs enfants au dispensaire comme premier recours hors du domicile par rapport à celles qui ont emmené leurs enfants chez le guérisseur (tableau 3). Les résultats de la régression logistique semblent montrer que l'expérience migratoire avant le mariage n'a pas d'influence sur le comportement thérapeutique des mères (modèle 1). Alors que les femmes qui ont séjourné, durant au moins deux ans, après leur mariage à Dakar auraient tendance à recourir davantage aux structures de santé modernes en premier recours hors du domicile que les autres (modèle 2). Cependant la valeur élevée du rapport de chance est probablement hasardeuse en raison du faible effectif de ce groupe de femmes. Lorsque les deux types de migration sont contrôlés (modèle 3), l'effet de l'expérience migratoire après le mariage reste stable. En somme, en tenant compte des réserves précédentes, ces résultats semblent faire valoir le fait que les résidentes de la zone avec une expérience urbaine après leur mariage utiliseront davantage des services de santé modernes que les femmes sans expérience urbaine ou avec une expérience uniquement avant leur mariage.

Contrairement à nos attentes, les transferts des émigrants du ménage ont une influence négative sur le choix de recours vers les structures modernes lors du premier recours hors du domicile dans les trois modèles. Cette association est significative dans les modèles 2 et 3. Toutefois, lorsqu'on estime, par une régression logistique, l'effet des transferts sur le tout premier recours lequel tient compte de l'autotraitement, les retours financiers de la migration favorisent (de façon significative) le recours aux dispensaire par rapport aux autres recours.

Dans l'ensemble des modèles, l'âge de la mère est un facteur déterminant du comportement thérapeutique. Les femmes plus âgées (35-49 ans) sont plus susceptibles de recourir aux guérisseurs en premier recours hors du domicile que les femmes de 25-34 ans. Les femmes plus âgées représentent en quelque sorte les forces de la tradition, notamment en ce qui concerne les soins portés aux enfants.

A Niakhar, nous observons que lorsque le père ou la mère ou le couple parental décident seuls du type de traitement, les enfants seront plus susceptibles d'être emmenés dans une structure de santé moderne que lorsque la décision a été prise par une autre personne que les parents et en particulier par la belle-mère. Cependant, cette association n'est significative que pour le premier modèle.

Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, il faut souligner que les femmes avec une longue expérience urbaine après le mariage n'ont pas davantage de pouvoir de décision que celles qui n'ont pas migré ou qui ont migré comme célibataire. En effet, les femmes avec une expérience urbaine d'au moins 2 ans après le mariage qui ont décidé seul du choix thérapeutique pour leur enfant représentent 39 %. Cette proportion est comparable à celle du groupe des femmes sans expérience urbaine après le mariage ou dont l'expérience est antérieure à l'union (33 %).

TABLEAU 2. - DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DES VARIABLES INDÉPENDANTES UTILISÉES DANS L'ANALYSE EN FONCTION DES DEUX VARIABLES DÉPENDANTES : PREMIER RECOURS HORS DU DOMICILE ET RAPIDITÉ DE RÉPONSE AU DISPENSAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS. MÈRES MARIÉES (25-49 ANS), NIAKHAR, 1997

Variables	Premier recours hors du domicile				Rapidité de réponse au dispensaire					
	Recours mod. %	Recours trad %	N	p <sup>1</sup>	%				N	p <sup>1</sup>
					J1	J2	J3 -J7	J8 et +		
<i>Durée de séjour avant le mariage</i>										
Aucune mig ou mig avant mariage de 2 ans ou moins	69	31	29		10	35	45	10	20	
Plus de 2 ans	79	21	71		11	34	46	9	56	
<i>Durée de séjours après le mariage à Dakar</i>										
Aucune mig après mariage ou moins de 2 ans	74	26	121		11	33	46	10	90	
2 ans et plus	94	6	17		13	25	56	6	16	
<i>Argent</i>										
Pas de transferts ou transferts irréguliers	79	21	76		7	28	52	13	60	
Transferts réguliers	72	28	54		18	38	38	5	39	
<i>Groupes d'âges</i>				***						
25-34	85	15	80		12	31	49	9	68	
35-49	66	34	58		11	34	45	11	38	
<i>Instruction du mari</i>				*						**
Aucune + primaire incomplet	75	25	127		8	32	51	9	95	
Primaire complet	100	0	11		36	36	18	9	11	
<i>Décision du recours</i>										
Mère ou Père ou ( Mère et Père)	79	21	114		11	31	47	11	90	
(Mère et autres) ou (Père et autres)	75	25	8		0	33	67	0	6	
Belle-mère ou autres	63	38	16		20	40	40	0	10	
<i>Distance à un dispensaire</i>				*						
Inférieur à 5 km	73	27	102		12	31	43	14	74	
Supérieur ou égal à 5 km	89	11	36		9	34	56	0	32	
<i>Possession de charrette</i>				***						
Oui	84	16	91		9	36	46	9	76	
Non	64	36	47		17	23	50	10	30	
<i>Niveau socio-économique (du ménage)</i>										*
Catégorie pauvre	75	25	119		8	34	49	9	89	
Catégorie plus riche	89	11	19		29	24	35	12	17	
<i>Symptômes déclarés</i>										**
Convulsion	57	43	14		38	38	25	0	8	
Fièvre	80	20	20		0	56	44	0	16	
Symptômes digestifs+/- fièvre	82	18	56		13	30	48	9	46	
Symptômes resp. +/- fièvre	74	26	19		14	29	57	0	14	
Autres symptômes +/- fièvre	76	24	29		5	18	50	27	22	
Total	77	23	138		12	34	50	10	106	

<sup>1</sup> Niveau de signification (test du chi 2 de Pearson) : \* p<=0,10 ; \*\* p<=0,05; \*\*\* p<=0,01

Le niveau socio-économique n'influence pas, contrairement à nos attentes, le recours aux structures modernes. Par contre, la possession d'une charrette, laquelle exprime non seulement le niveau socio-économique mais également l'accessibilité aux structures de soins, influence positivement, et de manière significative dans le cadre du premier modèle, le recours aux structures de santé modernes. La distance au dispensaire ne produit pas l'effet escompté.

Le choix thérapeutique est influencé par la nature du problème de santé. Nous observons que dans le cas de convulsions, la probabilité de recourir au dispensaire est moindre que si l'enfant souffre de pathologies digestives<sup>3</sup>.

### **Rapidité de recours au dispensaire**

À présent nous abordons les facteurs qui influencent la rapidité du recours pour ceux qui ont fait le choix d'aller d'abord au dispensaire en premier recours hors du domicile. Pour ce faire, nous avons estimé une régression logistique ordonnée appropriée à analyser les relations entre une variable ordinale et plusieurs variables indépendantes. La rapidité du recours est codée 1, 2, 3 et 4 selon respectivement que le recours a lieu « le même jour », « le jour suivant », « entre 3 et 7 jours » et « plus de 7 jours ». Les paramètres estimés varient de moins l'infini à plus l'infini et indiquent la rapidité du recours associée à une variable indépendante spécifique. Cet effet estimé correspondra à un recours d'autant plus rapide qu'il sera négatif.

Il semblerait que ni la durée de séjour à Dakar avant ou après le mariage, ni les transferts réguliers de l'argent des migrants ne soient associés de façon significative à un recours plus rapide. De l'ensemble des variables analysées, seules deux ressortent significativement associées à ce comportement lors de la modélisation par régression logistique ordonnée (tableau 3).

L'instruction du père ressort de façon très nette. En fait, la différence de comportement selon le niveau de scolarisation du père est tellement importante que ce facteur s'affiche fortement dans le modèle de régression. Ainsi les pères qui ont terminé le primaire dans le système français emmèneront beaucoup plus rapidement leur enfant au dispensaire que les pères sans aucune instruction ou qui n'ont pas complété leur primaire.

L'étiologie perçue est un déterminant majeur dans la relative célérité du recours au dispensaire parmi ceux qui ont opté pour le dispensaire. Le recours est plus précoce lorsque le problème de santé est perçu comme grave, pour les convulsions par exemple, que lorsqu'il s'agit de pathologies perçues comme moins sévères telles que les affections du système digestif (diarrhées, vomissements).

---

<sup>3</sup> Significatif au seuil de  $p=0,01$ .

TABLEAU 3. RÉSULTATS DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES (RAPPORTS DE CHANCE) DONNANT LES FACTEURS ASSOCIÉS AU PREMIER RECOURS MODERNE HORS DU DOMICILE ET RÉSULTATS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE ORDONNÉE POUR LA RAPIDITÉ DE RECOURS MODERNE. MÈRES MARIÉES (25-49 ANS), NIAKHAR, 1997

Variables explicatives	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Effet de la migration avant le mariage		Effet de la migration après le mariage		Effet des deux types de migration	
	1 <sup>er</sup> recours moderne hors domicile	Rapidité de recours au dispensaire	1 <sup>er</sup> recours moderne hors domicile	Rapidité de recours au dispensaire	1 <sup>er</sup> recours moderne hors domicile	Rapidité de recours au dispensaire
<i>Durée de séjour avant le mariage</i>						
aucune mig ou moins de 2 ans	1	0	-	-	1	0
2 ans et plus avant le mariage	1,55	0,04	-	-	1,47	-0,001
<i>Durée de séjours après le mariage à Dakar</i>						
aucune mig après mariage ou moins de 2 ans	-	-	1	0	1	0
2 ans et plus	-	-	17,68**	0,7	15,76**	0,7
<i>Argent</i>						
pas de transferts ou transferts irréguliers	1	0	1	0	1	0
transferts réguliers	0,27*	-0,03	0,16***	-0,61	0,16***	-0,61
<i>Groupe d'âges</i>						
25-34 ans	1	0	1	0	1	0
35-49 ans	0,15***	-0,01	0,18***	0,01	0,20***	0,008
<i>Instruction du mari</i>						
Aucune + primaire incomplet	-	0	-	0	-	0
Primaire complet	-	-3,75***	-	-2,52***	-	-2,52***
<i>Décision du recours</i>						
Belle-mère ou autres	1	0	1	0	1	0
Mère ou Père ou (Mère et Père)	3,86	2,4**	2,37	1,56**	2,26	1,56**
(Mère et autres) ou (Père et autres)	2,19	2,7**	0,94	2,17	0,88	2,17*
<i>Distance à un dispensaire</i>						
Supérieure ou égale à 5 km	1	0	1	0	1	0
Inférieure à 5 km	0,15**	0,82	0,11***	0,90*	0,11***	0,89**
<i>Possession de charrette</i>						
Non	1	0	1	0	1	0
Oui	3,82**	0,41	2,67*	0,24	2,86*	0,24
<i>Niveau socio-économique du ménage</i>						
Catégorie pauvre	1	0	1	0	1	0
Catégorie plus riche	0,84	-0,24	0,89	-1,04*	0,83	-2,44*
<i>Symptômes déclarés</i>						
Symptômes digestifs +/- fièvre	1	0	1	0	1	0
Convulsion	0,18	-2,51**	0,17**	-2,44***	0,19**	-2,28**
Fièvre	0,56	-1,42*	0,81	-0,99*	0,84	-0,99
Symptômes resp. +/- fièvre	0,64	-1,09	0,64	-1,09*	0,65	-1,09*
Autres symptômes +/- fièvre	0,9	1,65	0,98	1,39**	1,02	1,40**
Nombre d'observations	87	71	119	99	119	99

Niveau de signification (test du score) : \*  $p < 0,10$  ; \*\*  $p < 0,05$  ; \*\*\*  $p < 0,01$ .

La variable « instruction du mari » a été éliminée des calculs relatifs aux facteurs associés au premier recours moderne. En effet, tous les pères ayant atteint au moins le niveau primaire ont recouru en premier lieu au dispensaire pour leurs enfants.

## **DISCUSSION**

Bien que la population de la zone de Niakhar soit engagée dans une dynamique migratoire intense vers Dakar, les changements en termes de comportements sanitaires de nature curative restent limités.

Nos résultats laissent penser à une modeste levée de certains verrous au regard de l'utilisation des services de santé modernes. Le recours au dispensaire semble moins fortement contrarié chez les femmes qui ont eu une expérience urbaine après le mariage d'au moins deux ans que parmi les autres. Ce groupe de femme a probablement été plus sensible à des comportements « novateurs » en milieu urbain. Puis, ces femmes ont eu la capacité de les reproduire lors de leur retour. Il s'agit là du seul indice de changement perceptible au travers de cette étude.

Ces faibles changements se découvrent parmi un groupe de femmes plus susceptible que les autres d'avoir migré en ville avec leurs enfants (souvent avant le sevrage) et par conséquent d'avoir été exposé à des modèles de comportements plus « modernes » relativement à la santé de leurs enfants. Le centrage de l'expérience migratoire par rapport à la situation matrimoniale de la femme nous a permis en quelque sorte de saisir les facteurs associés à la migration et facilitant les changements de comportements relativement à la santé des enfants, tels que l'âge à la migration et l'expérience des soins aux enfants.

En outre, cette variable « migration après le mariage pour une durée de deux ans ou plus » exprime une durée de résidence minimale en milieu urbain. Mais si l'on utilise un indicateur qui ne prend en compte que la durée de séjour totale à Dakar sans référence à la situation matrimoniale, aucune influence significative sur le choix du premier recours ne ressort. Ces éléments convergent pour signifier que la durée de séjour n'est associée positivement à des changements de comportements que lorsqu'elles s'adressent à des femmes plus réceptives à des pratiques de santé novatrices pour les enfants.

La migration des jeunes filles avant le mariage n'a pas, selon nos données, d'effet sur le recours thérapeutique. Ce constat peut relever d'un certain nombre de facteurs tels que la faible insertion urbaine des jeunes noranes en raison de leur précarité économique et du contrôle social auquel elles sont assujetties en ville. Les réseaux dans lesquels ces jeunes filles sont insérées contribuent à maintenir des liens étroits avec le milieu d'origine et à minimiser les contacts avec le milieu d'accueil (GURAK et CACES, 1992). Cette situation explique les freins à l'adoption de nouveaux comportements de ces jeunes noranes par le canal de la migration et donc à la réplication de ces derniers lors du retour au village. Par contre, les femmes qui migrent après le mariage, avec ou sans leurs maris, sont plus autonomes et plus sujettes à développer des liens en milieu urbain, tout en étant également fortement reliées à des réseaux villageois.

Le type de migration circulaire qui semble être associé à des changements dans le domaine sanitaire, c'est-à-dire la migration après le mariage et ce pour une certaine durée, représente une forme rare et spécifique (10,5 % de la population d'étude). Si cette migration s'avère véritablement porteuse de santé, et vérifiée pour cela par d'autres études, les migrantes pourraient être identifiées comme un « noyau novateur ». Ceci nous conduirait à nous interroger sur leur capacité de diffuser aux non-migrants de leur ménage et de leur communauté.

Nos résultats font valoir une influence négative des envois des migrants sur le recours au dispensaire alors que l'on pouvait penser que les revenus migratoires, en soulageant le budget familial, faciliteraient l'accessibilité aux structures de santé modernes. Ce constat invite à nous interroger sur la validité de nos résultats.

Il faut, à ce propos, souligner les limites de l'indicateur utilisé dans cette étude pour appréhender les effets économiques de la migration. L'existence d'envois réguliers d'argent ou de biens matériels de la part des membres émigrants du ménage ne nous n'éclaire ni sur les montants ou biens envoyés ni sur leur impact pour le budget familial. Des données précises sur les revenus migratoires et sur leur utilisation auraient permis une appréciation plus pertinente de l'effet des retours migratoires.

Les informations dans ce domaine sont toutefois complexes à collecter. Il faut en effet tenir compte de la circulation entre le village et la ville de l'argent ou de biens matériels. Il est aussi difficile de convertir monétairement les différents biens et produits qui peuvent être envoyés de part et d'autre. Les personnes enquêtées ont aussi quelquefois des difficultés à se souvenir des quantités d'argent reçues ou envoyées au cours d'une période donnée. Ces problèmes de mémoire sont amplifiés lorsque ces envois sont irréguliers. De plus, il faut noter les tabous qui existent parfois en matière de déclaration de revenus. En dernier lieu, il faut signaler la difficulté d'évaluer la part de ces retours dans le budget familial (STANDING, 1985 ; HUGO, 1983).

Nous allons tenter, à présent, d'expliquer la faible relation observée entre la migration circulaire des femmes et les changements de comportements en matière de santé.

Tout d'abord, la migration circulaire entre les villages de la zone de Niakhar et Dakar est un phénomène homogène qui touche plus de 80 % des femmes. C'est ainsi qu'il a été difficile de définir une variance forte dans ce phénomène sans réduire considérablement les effectifs analysés. Par conséquent, la portée de nos résultats en est réduit.

En deuxième lieu, il est possible que les comportements sanitaires étudiés soient peu sensibles à des changements qui seraient induits par la migration. La migration agit peut-être mais sur d'autres comportements sanitaires qui ont échappé à notre observation. Celle-ci se serait enrichie d'une démarche qualitative menée conjointement et capable davantage de repérer des micro-changements.

Nos résultats sont également susceptibles de traduire le faible impact de la migration circulaire sur les changements en matière de santé. En effet, la migration circulaire rurale-urbaine est une forme de migration qui limite l'insertion urbaine et par conséquent l'adoption de « nouveaux » comportements en milieu d'accueil. En outre, lors de leur retour, les populations rurales sont confrontées à une forte emprise de leur environnement économique et socio-culturel qui est susceptible de freiner leur capacité à reproduire d'éventuels « nouveaux » comportements acquis en milieu urbain.

Enfin, notre étude se base sur une opposition entre « médecine moderne » et « médecine traditionnelle ». Cette dichotomie sous-entend en fait que la « médecine moderne » est porteuse de santé alors que la « médecine traditionnelle », enracinée dans le passé, est un obstacle à l'amélioration de la santé des populations. Or cette perception est réductrice à plusieurs égards dans la mesure où les deux systèmes présentent des forces et des faiblesses. Si la « médecine moderne » a fait ses preuves et a contribué à faire baisser la mortalité des enfants, elle présente néanmoins des défaillances quant à la qualité des services de santé et des relations entre le soignant et le patient. Sur ces points, les tradipraticiens répondent davantage aux besoins des populations. Par ailleurs, l'opposition entre ces différents systèmes de soins n'est pas toujours perçue par les populations qui n'ont pas forcément de préférences absolues ou univoques et pour qui cette pluralité d'options accroît l'espoir de guérison. Le fait de catégoriser une population selon qu'elle ait davantage recours à la médecine « moderne » ou « traditionnelle » comme étant plus moderne ou traditionnelle doit prendre en considération ces différents éléments et nous conduit à fortement nuancer nos résultats.

Cette circulation intense avec Dakar implique une population sereer profondément enracinée dans ses terres et très attachée à ses valeurs (PÉLISSIER, 1966). La migration circulaire, très importante dans cette zone rurale, se caractérise par un séjour en ville entrecoupé de retours fréquents et répétés avec le village. Cette dynamique migratoire ne véhicule pas de projet d'insertion en milieu urbain et est engagée dans une logique tournée vers le soutien de la population du milieu d'origine. Ainsi, la migration circulaire est une forme de migration peu porteuse de changements. Toutefois, il reste que l'intensité de ces mouvements ruraux-urbains ne peuvent qu'induire des changements de comportements auprès de ces populations. Les changements relativement à la santé sont encore peu perceptibles. L'influence de la « culture urbaine » s'exprime peut-être davantage dans d'autres domaines tels que la fécondité hors mariage (DELAUNAY, 1994) ou les comportements matrimoniaux.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ANTOINE (P.) et DIOUF (P.D.), 1992, « Un exemple de mesure des différences de mortalité en milieu urbain : Pikine (Sénégal) », *Démographie et différences*, Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988), n° 4, AIDELF, PUF, pp. 138-146.
- ANTOINE (P.), BOCQUIER (P.), FALL (A.S.), GUISSÉ (Y.M.) et NANITELAMIO (J.), 1995, *Les familles dakaroises face à la crise*, ORSTOM, CEPED, IFAN, 209 p.
- ANTOINE (P.) et COULIBALY (S.), 1989, « L'insertion urbaine des migrants en Afrique », in *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, Actes du séminaire CRDI-ORSTOM-URD, Lomé 10-14 février 1987, Editions de l'ORSTOM, pp. 7-18.
- BA (A.) 1995, *Migration et santé des populations à Bamako (Mali)*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures, Université de Montréal, Canada, 166 p.
- BARTIAUX (F.) et YANA (S.D.), 1995, « Migrations internes et fécondité en Afrique sub-saharienne : L'exemple du Cameroun », in TABUTIN (D.), EGGERICKX (T.) ET GOURBIN (C.) (dir.), *Transitions démographiques et Sociétés*, Chaire Quételet, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp. 495-519.
- BAYA (B.), 1998, *Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : Cas de Bobo-Dioulasso*, Dossiers du CEPED, n° 48, 27 p.
- BECKER (S.), PETERS (D.H.), GRAY (R.H.), GULTIANO (C.) et BLACK (R.), 1993, « The Determinants of Use of Maternal and Child Health Services in Metro Cebu, the Philippines », *Health Transition Review*, vol. 3, n° 1, pp. 77-89.
- BELCHER (D.W.), WURAPA (F.K.), NEUMANN (A.K.) et LOURIE (I.M.), 1976, « A Household Morbidity Survey in Rural Africa », *International Journal of Epidemiology*, vol. 5, n° 2, pp. 113-120.
- BENYOUSSEF (A.), CUTLER (J.L), BAYLET (R.), COLLOMB (H.), DIOP (S.), LACOMBE (B.), VAUGELADE (J.) et LEVINE (A.), 1973, « Santé, migration et urbanisation : une étude collective au Sénégal », *Bulletin OMS*, 49, pp. 517-537.
- BROCKERHOFF (M.), 1990, « Rural-to-Urban Migration and Child Survival in Senegal », *Demography*, vol. 27, n° 4, p. 601-616.
- BROCKERHOFF (M.), 1994, « The impact of rural-urban migration on child survival », *Health Transition Review*, vol. 4, n° 2, p. 127-149.
- BROCKERHOFF (M.), 1995, « Child survival in Big Cities : The Disadvantages of Migrants », in *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 10, p. 1371-1383.
- CALDWELL (J.), 1993, « Health Transition : The Cultural Social and Behavioural Determinants of Health in the third World », *Social science and Medicine*, vol. 36, n° 2, pp. 125-135.

- CHAPMAN (M.) et PROTHERO (R.M.), 1985, « Themes on Circulation in the Third World », in R.M. PROTHERO et M. CHAPMAN (eds), *Circulation in Third World Countries*, Routledge and Kegan Paul, pp. 1-26.
- CHESNEY (A.P.), CHAVIRA (J.A.), HALL (R.P.) et GARY JR (H.E.), 1982, « Barriers to Medical Care of Mexican-Americans : The Role of social Class, Acculturation and Social Isolation », *Medical Care*, vol. XX, n° 9, pp. 883-891.
- COALE (A.) et WATKINS (S. C.) (eds), 1986, *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton University Press, Princeton.
- CORDELL (D.D.), GREGORY (J.W.) et PICHE (V.), 1996, *Hoe and Wage. A social history of a circular migration system in West Africa*, African Modernization and Development Series, Westview Press, 384 p.
- DELAUNAY (V.), 1994, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Les études du CEPED n° 7, CEPED, Paris, 326 p.
- DELAUNAY (V.), 1999, « La baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais : le cas de Niakhar », in A. ADJAGMAGBO, A. GUILLAUME et N. KOFFI (éds.), *Santé de la mère et de l'enfant*, Coll. Colloques et Séminaires, IRD Éditions, pp. 131-156.
- DIOP (M.), 1989, « Un exemple de non insertion urbaine : le cas des migrantes saisonnières de Basse Casamance », in *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, Coll. Colloques et Séminaires, Actes du Séminaire, CRDI, ORSTOM, URD, Lomé, 10-14 Février 1987, pp. 79-89.
- ELOUNDOU-ENYEGUE (P.M.), 1992, *Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun ? Evolutions récentes des échanges entre villes et campagnes*, Dossiers du CEPED n° 22, CEPED, Paris, 40 p.
- FALL (A. S.), 1987, *La migration rurale urbaine des Sereer du Sine vers Dakar et sa banlieue. Le cas des ressortissants de Naaxar, Ngayoxem et Sob*, F.L.A.S.H., Dakar, 121 p. (Mémoire de maîtrise de philosophie).
- FALL (A. S.), 1988, *Réseaux migratoires des Sereer Siin-Siin à Dakar*, mémoire de DEA d'anthropologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.
- FASSIN (D), JEANNEE (E), CEBE (D) et REVEILLON (M), 1988, « Who consults and Where ? Socio-Cultural Differentiation in Access to Health Care in Urban Africa », *International Journal of Epidemiology*, vol. 17, n° 4, pp. 858-864.
- FINDLEY (S.), 1999, « La famille africaine et la migration », in A. ADEPOJU (éd.), *La famille africaine. Politiques démographiques et développement*, Karthala, Paris, pp. 153-193.
- FOURNIER (P.) et HADDAD (S.), 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in H. GÉRARD ET V. PICHÉ (éds.), *La sociologie des populations*, PUM, AUPELF-UREF, pp. 289-325.
- GODIN (G.), 1988, « Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé », *Santé société*, n° 2, pp. 5-20.
- GUIGOU (B.), 1992, *Les changements du système familial et matrimonial : les Sérères Sine (Sénégal)*, EHESS, Paris, 548 p. (Thèse de doctorat).
- GURAK (D.T.) et CACES (F.), 1992, « Migration Networks and the Shaping of Migration Systems », in M.M. KRITZ, L.L. LIM et H. ZLOTNIK (eds), *International Migration Systems. A Global Approach*, Clarendon Press, Oxford, pp. 150-176.
- HYMAN (I.), 1992, *The Effect of Migrant Adaptation on Perinatal Health in Montreal*, thèse de doctorat en santé communautaire, Université de Montréal, 124 p.
- HUGO (G.J.), 1983, « Population Mobility and Wealth Transfers in Indonesia and Other Third World Societies », *Papers of the East-West Population Institute*, n° 87, 50 p.

- HULL (D.), 1979, « Migration, Adaptation and Illness : A review », *Social Science and Medecine*, vol. 13A, pp. 25-36.
- JANES (C.R.) et PAWSON (I.G.), 1986, « Migration and Biocultural adaptation : Samoans in California », *Social Science and Medecine*, vol. 22, n° 8, pp. 821-834.
- KAPLAN (M.S.) et MARKS (G.), 1990, « Adverse effects of acculturation : Psychological Distress among Mexican American Young Adults », *Social Science and Medecine*, vol. 31, n° 12, pp. 1313-1319.
- KNOWLES (J.C.) et ANKER (R.), 1981, « An Analysis of Income Transfers in a Developing Country : The Case of Kenya », *Journal of Development Economics*, 8 (2), pp. 205-226.
- KROEGER (A.), 1983, « Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in Developing Countries », *Social Science et Medecine*, 17, 3a, pp. 147-161.
- LALOU (R.) et LEGRAND (T.), 1996, « La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village », *Population*, 2, pp. 329-352.
- LOCOH (T.), 1991, « Structures familiales d'accueil des migrants et développement des structures familiales multipolaires en Afrique », in A. QUESNEL et P. VIMARD (éds.), *Migration, Changements Sociaux et Développement*, éditions de l'ORSTOM, collections Colloques et Séminaires, Paris. pp. 279-295.
- MASSEY (D.), ARANGO (J.), HUGO (G.), KOUAOUCI (A.), PELLEGRINO (A.), TAYLOR (J.E.), 1993, « Theories of International Migration : A Review and Appraisal », *Population and Development Review*, 19, n° 3, pp. 431-466.
- MCKINLAY (J.B.), 1975, « Some issues Associated with Migration, Health status and the Use of Health Services », *Journal of Chronical Diseases*, 28, pp. 579-592.
- MONTGOMERY (M.) et CASTERLINE (J.), 1993, « The Diffusion of Fertility Control in Taiwan : Evidence from Pooled Cross-Section Time-Series Models », *Population Studies*, 47, pp. 457-479.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, (1999), *The Role of Diffusion Processes in Fertility Change in Developing Countries*, Committee on Population, National Academy Press, Washington D.C., 30 p.
- OMS, 1975, *Comité OMS d'experts du paludisme, Dix-septième Rapport*, Série de rapports techniques, 640, Genève, 79 p.
- OMS, 1984, « Migration and Health », in *Population Distribution, Migration and Development*, Proceedings of the expert Group on Population distribution, Migration and Development, Hammamet (Tunisie), 21-25 Mars 1983, New York, ONU.
- PAQUET (N.), 1992, *Le mouvement migratoire saisonnier en milieu rural au Sénégal : la région de Niakhar*, Institut d'Études Politiques, mémoire de D.E.A., 108 p.
- PALLONI (A.), 1998, *Theories and Models of Diffusion in Sociology*, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison, CDE Working paper n° 98-11, 80 p.
- PÉLISSIER (P.), 1966, *Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance*, 939 p.
- PONTIÉ (G.) et LERICOLLAIS (A.), 1995, « Relations à distance des migrants sereer », in P. ANTOINE et A. BARA DIOP (dir.), *La ville à guichets fermés*, IFAN - ORSTOM, pp. 303-322.
- ROCH (J.), 1975, « Les migrations économiques de saison sèche en bassin arachidier sénégalais », *Cahier ORSTOM, série sciences humaines*, vol. XII, n° 1 : pp. 55-80.
- ROSENSTOCK (I.M.), STRECHER (V.J.) et BECKER (M.H.) (1988), « Social Learning Theory and the Health Belief Models », *Health Education Quarterly*, 15, pp. 175-183.
- RUSSELL (S.S.), JACOBSEN (K.) et STANLEY (W.D.), 1990, *International Migration and Development in Sub-Saharan Africa*, vol. I et II, n° 101 et 102, World Bank Discussion Papers.
- SASTRY (N.), 1997, « What Explains Rural-Urban Differentials in Child Mortality in Brazil », *Social Science and Medecine*, vol. 44, n° 7, pp. 989-1002.

- SAUERBORN (R.), NOUGTARA (A.) et DIESFELD (H.J.), 1989, « Low Utilization of Community Health Workers : Results from a Household interview Survey in Burkina Faso », *Social Science and Medecine*, vol. 29, n° 10, pp. 1163-1174.
- SNOW (B.) et MARSCH (K.), 1992, « Développement des autopsies verbales pour établir les causes de décès d'enfants : limitations et recommandations », *Bulletin de liaison, document OCEAC*, n° 100, juin 1992, pp. 52-59.
- STANDING (G.) (ed.), 1985, *Labour Circulation and the Labour Process*, ILO/WEP, Croom Helm, 416 p.
- STARK (O.), 1980, « On the Role of Urban-to-Rural Remittances in Rural Development », *Journal of Development Studies*, 16 (1), pp. 369-374.
- TELLER (C.H.), 1972, *Internal Migration, Socio-economic Statut and Health : Access to Medical Care in Honduran City*, A thesis presented to the Faculty of the graduate School of Cornell University for the degree of doctor of Philosophy.
- TRINCAZ ( P.), 1987, « L'importance de la famille dans les processus d'insertion urbaine des Sereer du bassin arachidier », in *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*. Colloques et Séminaires, Actes du Séminaire, CRDI, ORSTOM, URD, Lomé, 10-14 Février 1987, pp. 33-40.
- UYANGA (J.), 1983, « Rural-Urban Migration and Sickness /Health Care Behavior : A Study of Eastern Nigeria », *Social Science and Medecine*, vol. 17, n° 9, pp. 579-583.
- VAN DER STUYFT (P.), DE MUYNCK (A.), SCHLLEMANS (L.) et TIMMERMAN (C.), 1989, « Migration, Acculturation and Utilization of Primary Health Care », *Social Science and Medecine*, vol. 29, n° 1, pp. 53-60.
- VERHEIJ (R.A.), 1996, « Explaining Urban-Rural Variations in Health : A Review of Interactions Between Individual and Environment », *Social Science and Medecine*, vol. 42, n° 6, pp. 923-935.
- WATKINS (S. C.), 1995, « Etats, réseaux et rythme du déclin de la fécondité en Angleterre et en France », in H. GÉRARD ET V. PICHÉ (éds.), *La sociologie des populations*, PUM, AUPELF-UREF, pp. 171-188.
- YACH (D.), MATHEWS (C.) et BUCH (E.), 1990, « Urbanisation and Health : Methodological Difficulties in Undertaking Epidemiological Research in Developing Countries », *Social Science and Medecine*, vol. 31, n° 4, pp. 507-514.

## PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

### Documents de recherche

- n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain – André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p. (épuisé)
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien – Christophe Z. GUILMOTO, 22 p. (épuisé)
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise – Patrice VIMARD, 31 p.
- n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain – Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.
- n° 5 : Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ? – Annabel DESGREES DU LOÛ, Philippe MSELLATI, Ida VIHO et Christiane WELFFENS-EKRA, 21 p.
- n° 6 : Une approche qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise – Agnès ADJAMAGBO et Valérie DELAUNAY, 23 p.
- n° 7 : La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan) : une analyse des biographies contraceptives – Agnès GUILLAUME, 31 p.
- n° 8 : La santé de la reproduction : concept et acteurs – Doris BONNET et Agnès GUILLAUME, 20 p.
- n° 9 : La relation fécondité-pauvreté : une étude de cas en Tunisie – Bénédicte GASTINEAU et Frédéric SANDRON, 26 p.
- n° 10 : Recours aux soins des enfants et migration circulaire rurale-urbaine. Une étude de cas en milieu rural sénégalais – Florence WAÏTZENEGGER-LALOU, 29 p.

### Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p. (épuisé)
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche – Valérie DELAUNAY, 17 p. (épuisé)
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 – Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Une revue commentée de la littérature – Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.
- n° 5 : Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficacité des programmes de population – Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et Agnès ADJAMAGBO, 18 p.
- n° 6 : Bibliographie des membres de l'ETS 1996-1997 – Préparée par Raïmi FASSASSI, 34 p.
- n° 7 : Bibliographie des membres de l'ETS 1998-1999 – Préparée par Amoakon ANOH, 26 p.

Reproduit en France par INSTAPRINT S.A.  
1-2-3, levée de la Loire – LA RICHE – B.P. 5927 – 37059 TOURS Cedex 1  
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2000

L'ETS regroupe des chercheurs et des chercheurs associés de l'IRD, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, épidémiologie...), qui se sont réunis sur des problématiques relatives à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, IRD/LPE, Case 10, Centre St. Charles,  
3 place Victor Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 4 42 22 46 31

Email : [vimard@newsup.univ-mrs.fr](mailto:vimard@newsup.univ-mrs.fr)