

ISSN : 0850-8305

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



NUMERO SPECIAL

**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**
- **Psychologie**

**R.
S.
A.
P.**

N° 02 – 2010

PRESSES UNIVERSITAIRES DE DAKAR



REVUE

- **Sociologie**
- **Anthropologie**
- **Psychologie**

ISSN : 0850-8305

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



AGENCE
UNIVERSITAIRE
DE LA FRANCOPHONIE



NUMERO SPECIAL

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
- Psychologie

R.
S.
A.
P.

N° 02 – 2010



PRESSES UNIVERSITAIRES DE DAKAR

© PRESSES UNIVERSITAIRES DE DAKAR
Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
Réservés pour tous pays
Presses Universitaires de Dakar,
Dakar (Sénégal), 2009
ISSN : 0850-8305

REVUE DE SOCIOLOGIE, D'ANTHROPOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE (RSAP)

Directeur de publication

Moustapha TAMBA, Maître de Conférences

Comité de rédaction

Mouhamadou Moustapha DIEYE, Paul DIEDHIOU, Oumar BARRY,
Souleymane GOMIS, Lamine NDIAYE, Fatou NDIAYE.

Comité scientifique

Abdoulaye Bara DIOP, Professeur ; Gora MBODJ, Professeur ;
Abdoulaye NIANG, Maître de Conférences ; Boubakar LY, Maître de
Conférences ; Armel HUET, Professeur, Rennes (France) ; Jean
COPANS, Paris 1 (France) ; Valentin Nga NDONGO, Professeur
Yaoundé 1 (Cameroun) ; Jean-Luc PRIMON, Maître de Conférences,
Nice (France) ; Stéphane JONAS, Professeur, Strasbourg (France) ;
Dominique-Jacques JOUVENOT, Directrice de recherche LASA
(Université de Franche-Comté à Besançon) ; France ; Jean ZIEGLER,
Professeur, Université de Genève (Suisse) ; Michel WORONOFF,
Professeur émérite (Université de Franche - Comté à Besançon),
France.

Comité de lecture

Boubakar LY, Malick NDIAYE, Falilou NDIAYE, Alioune Badara
DIANÉ, Mamadou MBODJI, Harouna SY, Moustapha TAMBA.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

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

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

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

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.

humaines, marquée par une dimension clinique, centrée sur l'individu et 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 inefficacité 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'Ecole 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.

MOBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE DES ÉTRANGERS A DAKAR¹

Oumar BARRY*

Abstract : MOBILITY AND ACCESSIBILITY TO MENTAL HEALTH CARE OF FOREIGNERS IN DAKAR”.

The objective of this work is to show how the mobility of migrants is an obstacle to access to mental health care of foreigners in Dakar. Indeed, in all therapeutic practice, it is recognized that speech plays an important role in the process, both the therapist and patient. Yet, today many foreigners seeking counselling services and / or psychiatric in Dakar, without mastering the language used, which are French and Wolof. Similarly, structures that provide these services, already limited in the Senegalese capital, are increasingly facing a new class of plaintiffs in the particular profile to be taken into account. The data obtained through research demonstrate the importance of considering language in any discussion on the needs of people suffering from mental health problems, especially when they are foreigners who do not mastered languages uses in the supply of services in mental health care.

Keywords: mobility, migrants, mental health, languages, accessibility.

PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE

Ce n'est plus un secret pour les spécialistes de la santé mentale², la migration est une épreuve qui peut provoquer, chez certains sujets, une

-
1. Ce texte a fait l'objet d'une communication au Colloque International de l'AMADES "Santé et Mobilité au Nord et au Sud – Circulations des acteurs, évolution des pratiques", 16-18 septembre 2009 à Toulouse, France ; 30 septembre et 01 octobre à Dakar, Sénégal.
* Assistant de psychologie - Faculté de Lettres et Sciences Humaines (UCAD)
 2. Notion récente qui a peu à peu complété voire remplacé, celle de maladie mentale, en lien avec la définition par l'OMS de la santé qui considère qu'il ne s'agit pas d'une absence de maladie, mais d'un « *état complet de bien-être physique, mental et social* ». La santé mentale est alors sous-tendue « par le modèle bio-psycho-social », largement admis, et qui implique 3 dimensions:
- une dimension biologique à la fois génétique et physiologique ;

déstabilisation, une fragilité, liées à la perte de repères. Cette situation favorise un état de vulnérabilité propice à une décompensation somatique ou psychologique. Les exigences et les contraintes d'une vie au quotidien parsemée d'embûches, ajoutées aux difficultés liées à l'acculturation font que l'expérience migratoire constitue souvent un lit de stresses, susceptible de conduire à de sérieux problèmes de santé mentale.

Ces dernières années, avec les divers événements malheureux qui ont eu à se passer dans la sous-région ouest africaine³, on a assisté à un flux massif d'émigrants vers Dakar. A cela s'ajoutent des réfugiés venus de différents pays où règne l'instabilité politique, économique, ou sociale. Chassés de chez eux par l'insécurité et/ou la précarité, ces populations viennent s'installer dans la capitale sénégalaise dans l'espoir de pouvoir refaire une "vie brisée" ou de trouver des opportunités pour migrer vers l'Europe ou les Etats-Unis. A tous ceux-ci, s'ajoute également une toute autre catégorie d'étrangers, constitués, pour la plupart, de coopérants et de cadres internationaux venus de tous les continents et travaillant, essentiellement, pour le compte d'institutions internationales, de représentations diplomatiques ou d'organisations non gouvernementales. Ces derniers sont, en général, une population au profil spécifique, bénéficiant souvent d'un statut socioprofessionnel qui les met à l'abri de besoins économiques, mais ne les épargne pas des problèmes en rapport avec la santé mentale. Affectées ou exposées à des problèmes de santé mentale avérés ou potentiels⁴, ces étrangers sont souvent dans une logique de recherche de soins de santé mentale, car dans ce domaine, Dakar garde encore une image valorisée en

Afrique subsaharienne avec l'Ecole de Fann⁵. Cependant, ils rencontrent d'énormes difficultés pour accéder à des interlocuteurs qui soient à même, soit de les orienter vers les services spécialisés, soit de leur offrir les soins recherchés. Du fait de la méconnaissance ou de la non maîtrise des

- une dimension psychologique ou psychodéveloppementale, qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels ;

- une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans son milieu, sa culture et aux relations qu'il entretient avec celui-ci, qu'il s'agisse d'un niveau micro- ou macroscopique. Si tous s'accordent sur ces trois dimensions, leurs apports relatifs sont en revanche plus discutés, les uns mettant l'accent sur le biologique, les autres sur le psychologique et, enfin, sur le social.

3. Guerres au Libéria, en Siéra Léone, en Côte d'Ivoire, en Guinée Bissau.

4. Certains sont sérieusement affectés (ils sont parfois sous la surveillance de spécialistes, de leur famille ou leur communauté ou à la recherche de soins) par contre, d'autres, très exposés et vulnérables, n'accèdent pas encore aux services de soins pour diverses raisons.

5. Le Centre hospitalier national universitaire (CHNU) de Fann est un établissement hospitalier de Dakar (Sénégal), pionnier dans le domaine de la psychiatrie en Afrique subsaharienne et parfois connu sous le nom de École de Fann ou École de Dakar.

langues d'usage (français ou wolof)⁶ dans les structures sanitaires de Dakar, ils n'arrivent pas à accéder effectivement à une offre adéquate aux soins en santé mentale.

Cette situation pose, à nouveau, la question de la langue d'usage comme un des facteurs pouvant freiner l'accessibilité à l'offre de soins à Dakar, notamment dans le domaine des soins en relation avec la santé mentale ; surtout pour une catégorie de plus en plus importante de la population étrangère vivant à Dakar et culturellement très hétérogène⁷. Ceci est d'autant plus préoccupant, surtout quand on sait que la prise en charge des soins mentaux au Sénégal reste le maillon faible de son système sanitaire⁸. Parmi les étrangers qui vivent un mal-être psychique, un nombre croissant démontre quotidiennement des troubles psychologiques et/ou psychiatriques nécessitant le recours à des soins spécialisés et adaptés dans le cadre d'un accompagnement structuré. Même s'ils sont limités, il y a bien des offres de soins en santé mentale à Dakar, soit dans les hôpitaux publics, soit dans des cabinets privés. Toutefois, il faut déplorer que les thérapies généralement proposées n'intègrent pas suffisamment les approches culturelles dont la langue constitue un élément basique. Ceci limite ainsi très considérablement l'accès à des soins appropriés dans ces structures spécialisées en matière de prise en charge de la santé mentale. C'est pourquoi, si le souci du système et des professionnels est, tant soit peu, d'offrir des soins appropriés qui puissent alléger la souffrance psychique de certains de ces étrangers vivant actuellement à Dakar, il urge que la question de l'offre de soins mentaux à cette catégorie spécifique de la population dakaroise soit systématiquement discutée afin d'attirer davantage l'attention des autorités publiques.

Depuis la période coloniale, avec l'usage presque exclusif du français dans les services publics, la question de la langue d'usage dans les secteurs de la santé à Dakar avait toujours constitué un obstacle pour certaines catégories de la population en limitant leur accessibilité à des types services ou de soins médicaux. Cette situation, difficilement surmontable par les acteurs du système sanitaire, a été d'ailleurs à l'origine de beaucoup d'obstacles dans les communications entre les prestataires et les bénéficiaires de soins, même si le recours au personnel médical local, à titre d'interprètes-

-
6. Le français est la langue officielle pratiquée généralement dans les structures d'offre de soins, tandis que le wolof est la langue nationale la plus parlée au Sénégal et à Dakar en particulier. C'est aussi un médium de plus en plus utilisé par les spécialistes surtout avec les personnes qui ne sont pas alphabétisées en français
 7. De plus en plus de migrants proviennent de la sous région mais également de toutes les contrées du monde : Europe, Amérique, Caraïbes, Asie, etc., travaillant souvent pour le compte des institutions internationales ou des ONG.
 8. C'est seulement à Dakar où il existe des structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge des maladies mentales, il s'agit d'un département du CHU de Fann et de l'Hôpital Psychiatrique de Thiaryoye.

faciliteurs, a eu à jouer un rôle déterminant dans la mise en œuvre effective des interactions thérapeutiques quotidiennes.

L'arrivée sur l'échiquier sanitaire dakarois de personnels locaux qualifiés (médecins, techniciens et autres agents de la santé), s'exprimant presque tous aussi bien en français que dans les langues nationales, en particulier le wolof, en remplacement progressif des coopérants venus de l'hexagone, avait permis d'atténuer les innombrables situations de mécompréhensions, de mésententes, et parfois de biais diagnostics et thérapeutiques qui ont eu à avoir lieu dans le passé, en dépit du recours à des services d'interprétariat.

Aujourd'hui, malgré l'existence de références abondantes⁹ indiquant l'importance de la parole et de la culture dans le processus d'accompagnement psychothérapeutique, très peu d'informations sont encore disponibles sur les barrières réelles et potentielles que peut constituer la méconnaissance ou la non maîtrise des principales langues d'usage (le français et le wolof) dans les établissements d'offre de soins mentaux à Dakar. Le peu de structures et des professionnels concernés ont donc besoin de plus d'informations pour mieux identifier les principaux obstacles liés aux langues d'usage et organiser leurs offres de services de manière à pouvoir répondre aux besoins de cette population en désarroi pour qui, une écoute attentive et empathique la soulagerait.

Dans toutes les procédures psychothérapeutiques, il est reconnu que la parole joue un rôle important dans le processus thérapeutique, aussi bien pour le prestataire de soins que pour le patient. Elle permet à l'individu de formuler une demande d'aide en exprimant son vécu en mots, à des professionnels de la santé de poser un diagnostic, d'orienter la personne vers les services requis et de lui proposer un traitement et/ou un accompagnement approprié. Pourtant, nombre de ces étrangers demandent des services d'assistance psychologique et/ou psychiatriques sans maîtriser les langues d'usage (français ou wolof) dans les structures sanitaires de Dakar. De même, les services qui offrent les soins en santé mentale, déjà en nombre limité dans la capitale¹⁰, font aussi face à une nouvelle catégorie de demandeurs au profil particulier¹¹ qu'il faut prendre en compte.

Même s'il est aujourd'hui extrêmement difficile d'avoir une certaine idée sur la prévalence des phénomènes de pathologie mentale chez les étrangers à Dakar, seul le lourd fardeau qui est associé à la spécificité de ce type de problème de santé met en évidence l'importance que l'on doit

9. <http://pagesperso-orange.fr/geza.roheim/html/dakar.htm>

10. Seulement deux structures (CHU de Fann et Hôpital Psychiatrique de Thiaroye), même si à l'Hôpital Principal de Dakar, il existe un service qui prend en charge certaines formes de maladies mentales transitoires.

11. Hétérogénéité culturelle et linguistique.

accorder aux problèmes d'adéquation des services et soins de santé mentale dans la capitale sénégalaise par les autorités publics. Face aux besoins croissants en soins mentaux des étrangers vivant à Dakar, quelles réponses appropriées faudrait-il apporter pour ces personnes se trouvant, parfois, dans des états de détresse ou de décompensation psychologique, suite à des épisodes difficiles ou dramatiques de leurs itinéraires de vie, qui les ont les installés dans des angoisses et des anxiétés chroniques, sources de souffrances psychiques, très difficiles à contenir. Ces différentes considérations nous amènent à nous poser les questions suivantes :

- l'utilisation de langues autres que le français et le wolof par les étrangers constitue-t-elle une barrière à l'accès à des services appropriés en santé mentale dans la ville de Dakar ?
- au sein des structures sollicitées (hôpitaux, services sociaux, organismes et associations d'appui aux étrangers)¹², quelle est la réponse offerte pour accompagner et répondre aux besoins en santé mentale de populations usagères de langues étrangères ?
- est-ce que cela induit à une modification de pratiques ou d'offres de services ?

Les individus peuvent être confrontés à des problèmes d'accès à des services requis liés à des facteurs tels que le coût, les délais, la disponibilité des services, la distance et une certaine méconnaissance quant aux services qui sont disponibles, surtout quand ceux-ci sont des étrangers, (expatriés, émigrés ou réfugiés). De plus, le manque de connaissances concernant les problèmes de santé mentale et l'attitude des individus envers les troubles émotionnels et mentaux (tabous, préjugés, stigmates, discrimination), tant chez les dispensateurs de soins que les personnes requérant de l'aide, constituent également une barrière à l'accès à des services de santé mentale. Mais en plus de ces déterminants, la barrière linguistique est également citée. Les difficultés de communication qu'apporte le fait de parler une autre langue que celle généralement utilisée dans le réseau de la santé, souvent de concert avec d'autres facteurs, comme les facteurs socioculturels, qui lui sont souvent associés¹³, est en effet souvent considérées comme pouvant avoir un impact négatif sur l'accessibilité aux services¹⁴.

12. Organisation des Migrations Internationales (OMI), Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR), les Consuls, ONG, etc.

13. BLAIS, R. et MAÏGA, A. (1995) "Do Ethnic Groups Use Health Services like the Majority of the Population?" *Social Science Medicine*, no 48, p.1237-1245.

14. HYMAN, I. (2001). *Immigration and Health*. Health Policy Working Paper Series. Ottawa: Health Canada, 56 p.

Deux types de barrière linguistique sont classiquement décrits : une barrière à l'accès initial et une autre qui porte sur les difficultés de communication, celle-ci influençant le diagnostic et le traitement¹⁵.

La première barrière est liée aux obstacles à la communication, qui font que les personnes dont la langue d'usage n'est pas celle de leur lieu de résidence, sont souvent mal renseignées sur les services disponibles¹⁶. A cela s'ajoutent les barrières générales du premier contact (s'informer sur la manière de se rendre à la consultation, prendre rendez-vous)¹⁷. Il peut également exister d'autres obstacles à l'accès initial liés aux croyances relatives à la maladie mentale ou aux problèmes affectifs, au rapport particulier qu'entretiennent différentes cultures avec les services de santé et à la confidentialité pouvant nuire à la demande de services¹⁸.

La langue d'usage a également son importance sur le plan clinique. En effet, la qualité de la relation thérapeutique entre le clinicien et la personne qui le consulte repose sur une bonne communication et donc sur l'utilisation efficace de la langue parlée. Cette communication efficace est un des outils les plus importants que possèdent les intervenants lors de l'entrevue où la personne peut relater son histoire personnelle et décrire ses symptômes. C'est évidemment un élément-clef sur lequel reposent l'établissement du diagnostic et le plan de traitement approprié¹⁹. Étant donné que la barrière linguistique peut nuire à l'échange d'informations entre l'usager et le clinicien, la perte d'indices verbaux usuels peut perturber la façon dont ce dernier évalue les symptômes et résulter en un mauvais diagnostic²⁰. Interviewer des usagers dans une langue non-dominante peut limiter ce qu'ils ont à dire, particulièrement lorsqu'il s'agit d'exprimer leurs émotions²¹. Des auteurs mentionnent que « *de ne pas offrir à des clients bilingues la possibilité de s'exprimer dans la langue de leur choix dans des*

-
15. BOWEN S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Ottawa : Santé Canada, 141 p.
 16. MULVIHILL, M.A., MAILLOUX, L., et ATKIN, W. (2001). *Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada*. Winnipeg : Réseau canadien pour la santé des femmes, 58 p.
 17. BOWEN S. (2001). loc.cit, 141p ;
 18. GROUPE CANADIEN CHARGÉ D'ÉTUDE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS AU CANADA. (1988). *Puis la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés : rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*. Ottawa : Multiculturalisme et citoyenneté Canada, 127 p.
 19. KAPLAN H.I., SADOCK B.J. et GREBB J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*. 7th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 p.
 20. WOLOSHIN S., BICKELL N., SCHWARTZ L., GANY F. et WELCH G. (1995)op.cit, p. 724-728.
 21. BIEVER, J. (2002). "The Role of Language in Training Psychologists to Work with Hispanic Clients". *Professional psychology: research and practice*, vol. 33, no 3, p.330-336.

circonstances de stress, de fatigue et vulnérabilité, peut nuire à la relation thérapeutique ainsi qu'à la qualité des soins »²². De plus, des personnes habituellement bilingues, lorsqu'elles sont stables, ne réussissent pas, souvent, à s'exprimer dans leur langue seconde lorsqu'elles sont psychotiques²³. Des chercheurs considèrent donc que la barrière linguistique peut s'avérer une menace réelle à l'accès aux services de santé mentale²⁴. Cette barrière est d'autant plus préoccupante que le système de santé, qui vit avec des ressources limitées, peut être dépourvu de professionnels bilingues qui peuvent être contraints dans leur capacité à accorder plus de temps aux clients présentant des difficultés de communication²⁵.

Par ailleurs, comme pour toute relation mettant en rapport des communautés différentes, des préjugés peuvent marquer ces rapports et ainsi influencer les soins cliniques²⁶. Chez les usagers, la perception d'une discrimination possible, que cette menace soit réelle ou non, peut les amener à ne pas chercher de réponse à leurs besoins ou même à agir de façon à faire sentir leur amertume à leur interlocuteur ; ce qui a pour impact de rendre les cliniciens moins empathiques à leur égard²⁷. La capacité de la personne à comprendre les informations données sur son état de santé et sur le traitement à suivre peut être altérée par la barrière linguistique. Cela pourrait avoir un impact indésirable sur l'observance au traitement prescrit²⁸.

MÉTHODOLOGIE

Populations de l'étude

Trois catégories de cibles ont été visées par cette étude. Le premier groupe est constitué d'adultes étrangers (expatriés, émigrés, réfugiés) dont la langue d'usage²⁹ n'est ni le français, ni le wolof, affectés par une pathologie

-
22. GWERFYL, W. R. et PADEN, L. (2000). « Identifying the Factors Influencing Minority Language Use in Health Care Education Settings: a European Perspective ». *Journal of Advanced Nursing*, vol.32, no 1, p.75-83.
 23. OQUENDO, M. (1996). « Psychiatric Evaluation and Psychotherapy in the Patient's Second Language ». *Psychiatric services*, no 47, p.614-618.
 24. BOWEN S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 141 p.
 25. SMEDLEY, B.D., STITH, A. Y et NELSON, A.R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington: National Academy of Sciences, 764 p.
 26. SMEDLEY, B.D., STITH, A. Y et NELSON, A.R. (2003). *Op.cit*, 764 p.
 27. SMEDLEY, B.D, STITH, A. Y. et NELSON, A.R. (2003) *Op. cit*, 764 p.
 28. BOWEN S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 141 p.
 29. La langue d'usage est, dans ce travail, définie comme la langue dans laquelle la personne peut communiquer adéquatement notamment dans l'expression de ses sensations, de ses émotions, de ses états et qui permet de parler de façon assez précise de tout son vécu.

mentale ou dont la santé mentale est menacée. Ils sont utilisateurs ou non des services en offre de soins mentaux.

Le deuxième groupe est constitué de professionnels offrant effectivement des soins en santé mentale dans des structures publiques ou privées et qui, dans la pratique, tentent de prendre en charge, parfois, des étrangers confrontés à des problèmes de santé mentale.

Le troisième groupe est constitué d'acteurs impliqués ou susceptibles d'être impliqués dans la gestion des services psychiatriques (accueil, orientation, administration) pour des adultes étrangers vivant dans la région de Dakar, qui ont un problème de santé mentale et dont le français et le wolof ne sont pas leur langue d'usage.

Procédure de collectes des données

Les informations proviennent de plusieurs sources d'information et représentent deux perspectives : l'offre de services et les bénéficiaires de services.

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec un groupe constitué par deux cibles avec des personnes impliquées dans la gestion ou l'offre de services de santé mentale aux populations étrangères dont la langue d'usage n'est ni le français, ni le wolof et vivant dans la région de Dakar. L'échantillon de répondants a été constitué selon la technique dite de « boule de neige », dans laquelle des personnes-clefs interrogées ont identifié d'autres individus qui leur paraissaient informatifs et qui ont été, à leur tour, interrogés. Ainsi, des personnels administratifs et sociaux (majors, assistants sociaux), de professionnels des services en santé mentale provenant des réseaux institutionnels et non-institutionnels (psychiatres et psychologues, psychothérapeutes).

La deuxième cible été composée essentiellement des bénéficiaires actuels de services de soins mentaux et de personnes dont la santé mentale est affectée ou exposée mais non utilisateurs des offres de soins. Ainsi, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées, pour la plupart, avec des étrangers dont la langue d'usage n'est ni le français, ni le wolof et qui sont en train de bénéficier des services de professionnels en santé mentale dans des structures publiques ou privées de Dakar³⁰ et d'autres qui n'en bénéficient pas. Le recrutement des étrangers³¹ qui ont été interrogés a été négocié et facilité par les professionnels prestataires au sein des structures où ils exercent. Toutes les données ont été enregistrées et transcrites et ont été recueillies entre avril et juin 2009.

30. CHU de Fann, Hôpital Psychiatrique de Thiaroye et Cabinets privés.

31. Expatriés, émigrés et réfugiés.

Critères d'inclusion :

Chez les utilisateurs des services de soins mentaux

Être susceptible d'appartenir à la communauté étrangère;

- avoir recouru aux services de spécialistes à Dakar, à la suite à des problèmes de santé mentale ;
- avoir l'âge adulte, c'est-à-dire plus à partir de 20-25 ans jusqu'à 55-60 ans ;
- résider dans un des quartiers de Dakar depuis plus d'un an.

Pour ce faire, les définitions suivantes ont été utilisées :

- identification des membres de la communauté des étrangers. Trois variables ont permis d'identifier des personnes susceptibles d'avoir comme langue d'usage une autre qui n'est ni le français, ni le wolof :

- 1) la langue utilisée pour l'obtention de services;
- 2) la langue maternelle ;
- 3) la langue utilisée lors de l'intervention.

L'utilisation des trois variables a été retenue afin d'identifier les individus ayant une forte probabilité d'utiliser une autre langue qui n'est ni le français, ni le wolof, comme langue d'usage.

- trouble de santé mentale : les participants recherchés pouvaient présenter un trouble de santé mentale qualifié de sévère, transitoire ou menacé³²

Critères d'exclusion :

Les personnes dont l'inaptitude a été constatée ont été exclues de l'étude.

Chez les non utilisateurs des soins en santé mentale

L'identification de non-utilisateurs des services dont la santé mentale laisse supposer qu'ils pourraient ou devraient recourir à des soins représente un défi particulièrement difficile à relever. C'est la raison pour laquelle la participation de membres des réseaux associatifs d'aide aux réfugiés a été sollicitée. De ce fait, on a procédé au recrutement des participants non-

32. Un trouble grave est généralement persistant, associé à une détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base.

Un trouble transitoire se caractérise par une intensité variable, source de détresse psychologique, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener l'individu au niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

La personne dont la santé mentale est menacée est susceptible de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elle vit des situations ou affronte des conditions de vie qu'elle juge intolérable. À court ou moyen terme, ces conditions affectent son équilibre psychique, étant donné sa vulnérabilité.

utilisateurs dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire des individus ayant vécu une période d'adaptation difficile, à la suite d'événements majeurs survenus récemment dans leur vie et bénéficiant actuellement de l'appui d'associations caritatives. Les personnes ainsi mises au courant de l'étude, qui se sentaient intéressées à y prendre part, ont été contactées et dès qu'il y a eu un accord verbal, une rencontre suivie d'une entrevue était planifiée.

RÉSULTATS

La non maîtrise des langues d'usage dans le champs sanitaire sénégalais, un facteur limitatif de l'accessibilité des étrangers à l'offre de services en santé mentale à Dakar

Toutes les personnes interrogées mettent en évidence fait d'avoir la possibilité de s'exprimer dans la langue dans laquelle elles sont à l'aise est primordial, particulièrement lorsqu'il s'agit de discuter de sujets très personnels touchant à la souffrance psychique³³. En témoignent les propos de L. K, expatriée américaine fréquentant un psychologue dans un cabinet privé de Dakar : *Parler des problèmes personnels, comme les questions de ce genre et le fait que je puisse communiquer dans la langue de ma mère fera une grande différence pour moi. Il est tout à fait important qu'il soit possible d'accéder à des services dans ma langue maternelle pour mieux exprimer certaines choses que je ressens et qui m'angoissent. Parfois, trouver les mots en français pour vraiment dire exactement ma souffrance n'est pas toujours facile. Non pas que je ne parle pas français, mais si c'est quelque chose qui me tient à cœur et, ensuite je tiens à dire, à le sortir de moi, je ne sais pas, je veux le dire en anglais. Je serais plus heureuse de pouvoir parler en anglais et de communiquer avec les personnes en Anglais. Cela m'aiderait plus, je pense. Si je pouvais parler avec mon thérapeute en anglais, cela me libérerait davantage et je pourrais tout simplement faire sortir tout ce que j'ai dans mon cœur. C'est dommage qu'il n'y a pas cette possibilité à Dakar. Je n'ai pas le choix et je dois faire avec. Je vis des difficultés qui font que j'ai besoin d'être aidée actuellement pour traverser ces moments sombres. Je ne peux pas aussi arrêter mon travail pour aller chercher cette aide chez moi*

33. Le terme de souffrance psychique est utilisé pour rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable ; plusieurs dimensions coexistant dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère supportable d'une situation) et d'une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente), il est utilisé également les termes de «mal être» et de «façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie.

aux USA, alors que j'ai des engagements et des responsabilités professionnels qui ne me le permettent pas pour le moment.

On peut remarquer, à travers ce discours, tous les regrets de cette dame désemparée qui cherche résolument à recourir aux services d'un spécialiste en santé mentale, même si le médium utilisé ne lui permet pas d'exprimer tout son mal-être et de se « libérer ». Ce besoin de pouvoir disposer des offres de services dans la langue du requérant touche autant les étrangers disposant de moyens financiers pour se faire consulter chez les spécialistes privés, comme c'est le cas de cette dame américaine, que ceux qui sont dans des conditions économiques difficiles et fréquentant les structures publiques comme c'est le cas de R.T, émigré siéra-léonais, vivant à Dakar depuis presque 15 ans qui dit : *Je parle français, mais j'ai de la misère de m'exprimer des fois. Vous savez ce que je veux dire. Parfois, il est vraiment difficile d'exprimer ce que vous avez comme sentiment pour faire passer un message qui vous tient à cœur, mais j'ai essayé plusieurs fois et j'ai eu souvent du mal à me faire comprendre. Je pense que nous, les étrangers non francophones sommes très lésés par le fait qu'il n'y a pas de possibilité de nous exprimer dans la langue dans laquelle nous sommes à l'aise pour désigner chaque mal par un mot qui lui correspond exactement. A un moment j'ai fréquenté un psychiatre à l'hôpital de Fann, mais après j'ai quitté volontairement parce que je crois que je n'ai pas pu obtenir l'aide dont j'avais vraiment besoin, après les soins d'urgence. Je suis toujours en attente pour voir un psychiatre ou un psychologue anglais à l'hôpital (...). Après deux années, je n'ai plus l'espoir de pouvoir en trouver un jour ici à Dakar et je vis comme ça avec mes problèmes, même si beaucoup ne le remarquent pas.*

Chez certains réfugiés, qui ont souvent survécu à des événements dramatiques et traumatisants, donc très fragilisée et vulnérables, leur situation n'est guère enviable, comme l'indique ici un psychologue clinicien qui encadre des mémoires d'étudiants à l'ENTSS³⁴ de Dakar en ces termes: *Oui, les étrangers réfugiés qui ont quitté un pays où il y a la guerre, ils ont besoin de soins mentaux car ils arrivent le plus souvent dans un état de détresse assez avancé mais ils ne sont pas pris en charge psychologiquement. Ils ne peuvent pas généralement accéder à des spécialistes avec qui ils partagent le même médium linguistique. Ils viennent pour la plupart du Libéria, de la Sierra Leone, de la Guinée Bissau, etc. D'ailleurs, pour vous édifier sur ça, l'année dernière, j'avais envoyé au Commissariat des Réfugiés deux de mes étudiants qui faisaient leur mémoire sur cette cible, mais ils n'ont pas pu travailler. Ils sont revenus et les mémoires sont là ; ils sont encore vides. C'est "l'institution" qui leur a dit qu'on ne pouvait pas et ne devait pas les*

34. Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés.

mettre en rapport avec ces personnes là, d'abord parce qu'ils ne pourraient même pas parler avec elles, car ne pouvant s'exprimer ni en français, ni en wolof et elles risqueraient même d'être davantage perturbées. Les étudiants ont insisté, mais ils sont revenus avec des mémoires vides.

Des services adjacents handicapés par l'absence de personnels usagers des langues étrangères

Ce besoin de pouvoir disposer de services dans une langue étrangère touche aussi bien les soins proprement dits-par exemple, la possibilité de consulter et d'être suivi par un spécialiste à l'aise dans la langue du requérant- que les services adjacents qui aident le client à s'orienter à l'intérieur d'un réseau complexe qui implique de nombreuses organisations et intervenants. On déplore, par exemple, le manque d'intervenants-pivot dans les langues étrangères qui pourraient aider des individus à naviguer dans le réseau de soins de santé mentale et à obtenir le soutien pour la réalisation des activités de vie quotidienne, surtout pour ceux dont les ressources financières ne suivent pas comme M. B, étudiant bissau-guinéen, en soins psychiatriques au CHU de Fann qui dit : *je pense que les gens ici à l'hôpital ont besoin de quelqu'un pour venir en aide et leur donner des orientations avec des indications assez précises dans une langue que nous comprenons bien. Lorsque les gens passent par des moments difficiles, ils sont perdus et ont de la difficulté pour fonctionner et prendre soin d'eux-mêmes. je pense qu'ils ont besoin, dans une langue qu'ils comprennent bien, d'une personne qui puisse leur dire quoi faire, et comment s'y prendre pour accéder aux services dont ils ont vraiment besoin. Lorsque quelqu'un est très malade et en très mauvais état, cette personne a besoin d'être contrôlée et guidée pour arriver à restructurer sa vie.*

Pour tous les types de services requis, le désir d'obtenir une réponse plus appropriée aux besoins, de trouver une meilleure coordination et plus de continuité de services sont également évoqués par les personnes interrogées ; B. G ; réfugié libérien avance : « oui, j'ai essayé de trouver quelqu'un à qui je pourrais me confier et rencontrer régulièrement pour m'aider à trouver les ressources, à m'écouter, à me donner son soutien, mais au fond, ces personnes là étaient constamment occupées : "Allez là, oh ! N'allez pas là-bas, appelez ici, oh ! Il n'y a personne chez nous qui peut vous parler en anglais, appel ici de nouveau ", et ceci durant des mois. Et comme je n'ai pas pu persister comme il le fallait parce que je ne maîtrise pas les astuces du français ou du wolof qui sont les langues les plus couramment utilisées ici. Ainsi, je veux dire des choses, mais je n'y arrivais pas, j'étais vraiment triste, n'est-ce pas ? C'est pourquoi, je n'étais pas du tout motivé à vouloir continuer à fréquenter cet hôpital.

Par ailleurs, il ressort, à ce propos, qu'il existe une conscience générale chez les étrangers quant à l'inexistence des ressources disponibles en langues étrangères. L'inventaire de ces ressources et la diffusion de cette information sont un besoin majeur relevé par les utilisateurs de services comme S. J, néerlandais travaillant pour le compte d'une ONG à Dakar. Ainsi, dit-il : *Nous ne savions pas où appeler et je suis sûr qu'il y a eu des moments où j'avais un certain nombre de besoin à me confier à un professionnel, mais je savais qu'il était difficile d'aller quelque part et d'obtenir de l'aide dans la langue qui me permet d'exprimer tout mon mal être. Je pense que ces services n'existent pas en langues étrangères ici à Dakar, et s'ils existent quelque part, ils sont vraiment cachés et peut-être qu'il faudra penser à les faire connaître auprès des étrangers qui sont là à Dakar par la publicité. Vous savez, juste faire savoir qu'il y a des services en langues étrangères, les rendrait plus accessible, parce que ceux qui en ont besoin sont nombreux et feront tout pour les retrouver. Eh bien, je pense à un peu plus de promotion, comme il en existe pour d'autres services existant quelque part, vous le savez, le message doit être envoyé partout, à travers Internet, la TV, la radio, les brochures. Tout dépend de la manière dont elle est diffusée, je crois. Parce que, comme je disais, si les gens ne sont pas au courant de ce qui est disponible, ils ne vont jamais en faire la demande. Si la personne que je contacte pour une aide est au courant qu'il existe des services en langues étrangères, elle pourrait être mieux placée pour me référer à eux. Si des professionnels dans ce domaine connaissent, par exemple, l'existence de collègues anglophones, de sorte que, quand un anglophone vient vers eux, ils peuvent le référer à quelqu'un d'autre, si ils ne se sentent pas en mesure de fournir les services ou soins recherchés dans la langue de celui qui demande une aide ». Il apparaît ainsi à travers ces propos, que la non disponibilité des ressources en langues étrangères est reconnue comme étant une contrainte qu'il faut prendre en considération.*

Des spécialistes, parfois, un peu stéréotypés.

C'est évident que certains pourvoyeurs de soins cherchent peu ou prou à dialoguer avec leurs clients en utilisant essentiellement un langage souvent très technique comme en témoigne ce psychiatre sénégalais exerçant à l'hôpital de Fann en ces termes : *« On peut communiquer avec les étrangers en anglais. Nous avons des bagages en anglais. Nous faisons des publications en anglais. Nous connaissons l'anglais médical. Donc, nous pouvons communiquer avec eux parfois. Parmi les étrangers, on rencontre plus de patients qui parlent anglais que français, au cas échéant nous faisons appel à quelqu'un qui se débrouille un peu plus que nous dans les langues étrangères. Parfois, on en trouve dans l'hôpital même si ils ne sont pas*

toujours du corps médical. Cependant, il faudrait ajouter que la plupart de ces étrangers viennent de la sous région et ils parlent souvent des langues qui sont aussi pratiquées au Sénégal, comme le peulh, le mandingue, le soninké, etc. Et dans ces cas, nous recourons au système d'interprétariat avec l'appui de quelqu'un du personnel ou de l'accompagnant quand ceux-ci peuvent effectivement jouer ce rôle. En dehors du langage oral, il y a le langage imagé, pictural. Prendre une boîte de médicament et y marquer 3 traits ou 3 ronds veut dire pour 3 prises par jour. Le patient sourit ou hoche la tête pour te manifester sa compréhension ». A travers ces propos, on peut noter une certaine volonté à instaurer le dialogue avec les patients par divers subterfuges mais quand la communication devient difficile à établir les attitudes de médicalisation de la pathologie mentale, chez le psychiatre, se renforcent, occultant ainsi tous les autres aspects socioculturels. Ce qui peut se traduire, à la longue, par la marginalisation d'autres approches thérapeutiques qui pourraient donner plus de place à l'expression et à l'extériorisation de la souffrance psychique par la parole.

Malgré, les efforts consentis par certains spécialistes pour approcher davantage le requérant de soins en santé mentale, il apparaît que beaucoup d'entre eux (psychiatres notamment) sont encore un peu limités dans les autres approches thérapeutiques. Ils n'intègrent pas assez la question de la barrière linguistique et culturelle parce que souvent accrochés à des stéréotypes. Les aveux de S. F., psychiatre au CHU de Fann de nous démentiront pas quand celui-ci avance : *« Ah, même avec les Wolof, ça peut arriver parce que la compréhension que nous avons d'après la science cartésienne diffère de leur compréhension traditionnelle. C'est plus qu'une difficulté linguistique. C'est une difficulté conceptuelle. Ils ne peuvent pas comprendre culturellement notre explication. Nous comprenons leur position parce que nous sommes dans la même culture, mais nous avons été formés à l'occidentale. C'est comme si nous sommes montés d'un étage en associant le 1er et le 2^{ème} et nous sommes donc d'un niveau supérieur. Nous avons une explication cartésienne de la maladie mentale et une explication traditionnelle. Mais nous n'avons pas le droit de leur livrer l'explication traditionnelle parce que nous sommes des médecins. Cela nous permet d'appliquer un traitement. Il y a des difficultés avec surtout les Sénégalais. Le plus souvent les étrangers sont satisfaits parce qu'il y a d'abord la réputation de l'hôpital ».*

Le recours à l'interprétariat, une solution mitigée !

Les obstacles relevés par les requérants de soins sont presque du même ordre que ceux évoqués par le personnel de service, surtout dans les situations très fréquentes où ils sont obligés de recourir à des intermédiaires-

interprètes pour pouvoir échanger. C'est dire que cette solution, consistant à un système de traduction par de tierces personnes, pose un certain nombre de problèmes dans l'accompagnement de ces étrangers dont la santé mentale est affectée. De l'avis d'une assistante sociale, la procédure de traduction peut se dérouler sous diverses formes qu'elle décrit de la sorte : *Le médecin pose des questions et c'est à partir de là que nous donnons les réactions du patient au médecin. Donc, tout dépend de la traduction ou de la lecture que nous faisons des éléments que le patient donne. Ce qui pose problème le plus souvent, c'est la langue mais quand même on essaie de communiquer. Ce qui est le plus important avec le traducteur, c'est surtout d'avoir un bon communicateur pour qu'il aide dans la relation médecin-patient. L'interprète doit pouvoir aider à faire comprendre le discours du patient par rapport à sa maladie et le médecin par rapport au traitement qu'il propose. Il faut qu'il y ait un bon interprète quoi. On est obligé de faire une traduction parce que nous avons parfois aussi des médecins qui ne parlent ni le wolof ni le peulh. Actuellement, nous avons un médecin tunisien et un médecin rwandais. Ils ne parlent que le français. On est obligé de prendre dans l'équipe quelqu'un qui parle le wolof. Il parle au patient et ensuite il traduit pour le médecin. La traduction peut ne pas être fidèle surtout parfois il y a beaucoup de difficultés avec certaines langues et il y a vraiment ce facteur qui influence beaucoup. Mais la communication aussi pose problème parce qu'en psychiatrie on a besoin de discuter avec les patients, la famille ou les accompagnants pour recueillir certains éléments. Pour avoir ces éléments, il faut communiquer avec le patient lui-même, mais aussi avec la famille et avec l'accompagnant qui représente la famille au niveau de l'hôpital. Ça pose problème du côté médical comme du côté des familles qui ont parfois besoins de certains renseignements. Par exemple, nous avons actuellement une dame qui ne parle que le peulh. J'ai été obligé d'appeler le « quittancer » pour qu'il fasse la traduction. Ce dernier parle au malade en peulh, me parle en wolof et ensuite je faisais la traduction en français pour le médecin. C'est une triple communication qui, parfois, peut appauvrir le contenu du message que voudrait livrer le patient.*

Face à tous ces problèmes linguistiques évoqués, le pourvoyeur de soins mentaux doit pouvoir reconnaître la posture qu'adopte l'interprète lorsque le recours aux services d'un tel auxiliaire est nécessaire dans l'entretien diagnostique et thérapeutique. Le rôle qu'on en attend - à savoir la transposition d'un discours d'une langue dans une autre en s'effaçant personnellement devant leur auteur - correspond-t-il aux modèles dans la tradition. Dans la place qui lui est assignée, l'interprète peut se sentir socialement engagé auprès du patient (comme l'accompagnateur), et par le jeu des solidarités ethniques (n'est-il pas aussi un ambassadeur de sa culture ?), il va privilégier l'aspect culturel, normatif des propos du patient,

aux dépens de l'expression personnelle de ce dernier : A. D ; infirmier à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye : *Effectivement, c'est important que le patient puisse faire la demande sans passer par une tierce personne. Les entretiens médicaux doivent être confidentiels. Heureusement pour nous la personne qui fait l'interprétation fait partie de l'équipe médicale. Un membre de la famille pris comme interprète peut parfois poser un problème. Il peut arriver que le patient ne veuille pas que cette personne sache ce qui ne va pas chez lui. Il y a beaucoup de facteurs auxquels il faut tenir compte.*

A travers ce discours, on s'aperçoit que l'introduction d'une tierce personne dans la relation thérapeutique pose problème et ne favorise pas l'installation d'une relation de confiance, qui ne peut être établie que si les principes de l'anonymat et de la confidentialité sont effectivement garantis. C'est pourquoi, la situation idéale serait que les différents interlocuteurs puissent parler dans la même langue. On a beau faire des traductions, mais elles ne seront jamais fidèles, parce que se limitant à l'aspect signifiant du discours, alors que le signifié n'est pas souvent interrogé, surtout que c'est effectivement cet aspect-là, compris et intériorisé aussi bien par les requérants et les prestataires de soins qui posent les jalons d'une interaction psychothérapique efficace comme l'indique K. S, intervenant souvent dans le rôle d'interprète: *Donc, moi en tant qu'intermédiaire est-ce que j'ai transmis ce que le patient m'a dit. Je ne sais pas vraiment parce qu'il y a aussi des difficultés et des astuces linguistiques. Moi je suis sénégalaise, wolof, mais je ne parle pas le vrai wolof. Des fois j'ai des difficultés à traduire l'élément que le patient ou l'accompagnant me donne. Parfois, il y a des patients qui parlent un wolof que je ne comprends pas. Je dois le parfaire pour pouvoir traduire en bon français pour que le médecin puisse mieux le comprendre et en faire ce qu'il veut ».*

La relation thérapeutique : une interaction dialogique culturellement chargée

La relation thérapeutique est une transaction, un échange dans des codes spécifiés et chargés culturellement. Donc, il faut que le langage entre les deux interlocuteurs puisse être compris et décodé à partir des mêmes repères et signifiants culturels. Ainsi, la thérapie est alors garantie par l'utilisation d'un code commun, d'un fond culturel partagé. Même s'il peut y avoir de petits problèmes d'expressions, le thérapeute peut toujours comprendre davantage, s'il partage la même culture. Mais, le thérapeute et le patient n'ont pas ce code culturel commun, ça ne pourra pas tout à fait marcher et l'échange se fera juste au niveau des signifiants et non au niveau des signifiés. Les propos de ce clinicien nous démontrent tous les contours d'une démarche thérapeutique dialogique où la langue d'usage et les codes

culturels qui lui sont reliés sont assez importants pour instaurer la relation de confiance, une condition *sine qua non* pour arriver à des résultats probants. N. S psychologue clinicien explique : *Dans la relation thérapeutique verbale, il y a 4 ou 5 étapes. Il y a d'abord la demande. Le patient qui vient te dire « M. X, j'ai entendu dire que vous êtes psychologue, vous pouvez m'aider », c'est la première phase de la demande. « En quoi puis-je vous être utile ? », la phase de questionnement. Moi je ne sais pas exactement ce qui me prend, je me suis marié, mais les gens pensent que, etc., c'est ça la phase de la plainte. C'est un flou, il se plaint. La 3^{ème} phase est le travail sur la demande. Ça peut aller vite comme ça peut prendre du temps. A un moment donné, il vous dit : « M. X, je voudrais que tu m'aides avec tes connaissances à faire face à la peur que je ressens qui fait que j'ose me mettre devant les gens ». C'est ça la demande en tant que telle. « Est-ce que tu peux m'aider ? ». Tu lui dis « Merci de la confiance, j'ai appris cela, mais il y a d'autres qui peuvent le faire. Est-ce que tu me fais confiance ». Il te dit « non, je ne peux pas me fier à telle ou telle autre personne, c'est toi qu'il me faut ». C'est là la mise en contrat, vous vous embarquez dans cette affaire. Donc, « tu devras venir me voir chaque lundi de 9h à 10h. On va essayer de voir ce qu'on peut faire. Certes, Dieu m'a gratifié d'une certaine connaissance, mais toi aussi tu sais quelque chose. Tous les deux, nous pouvons régler le problème ». Déjà la culture commence à apparaître. Un psychanalyste parisien n'aurait pas dit ça. Tout ce travail là c'est du verbal. Ce qui veut dire que si vous n'êtes pas dans le même langage ça ne marchera pas... ».*

Par endroits, certaines pratiques commencent à évoluer.

Cependant, cela pourrait être compensé par une politique plus active de promotion des services existants dans le réseau de la santé et des services sociaux, d'une attitude plus respectueuse également face à une personne ayant un accent ou parlant une autre langue qui n'est pas le français ou le wolof. La patience d'un intervenant, sa disposition à chercher des moyens pour offrir des services adaptés contribuerait grandement à mettre le client à l'aise et à établir le lien de confiance, un des déterminants-clefs d'une réponse adéquate aux problèmes de santé mentale. M. H, camerounais affirme : *quand une fois, j'ai entendu le médecin essayer de parler en anglais avec un patient nigérian qui ne comprenait aucun mot en français, en tentant de lui expliquer les résultats de ses analyses et comment il devait prendre les médicaments, je me suis rendu compte que, quelque fois, le personnel cherchait à se débrouiller tant soit peu pour essayer de mieux nous comprendre. Ils cherchent divers moyens pour nous expliquer, par exemple, une des infirmières avait un petit dictionnaire français-anglais et c'est avec ça qu'elle arrivait parfois à nous*

faire comprendre certains mots que nous ne connaissons pas en français. Cela fait beaucoup de plaisir de voir que certains membres du personnel essaient de tenir compte du problème des langues pratiquées, et que nous les étrangers avons encore des difficultés à maîtriser.

Voilà qui montre bien comment il est important d'avoir un médium commun entre thérapeute et patient, un langage qui soit à même de permettre l'échange, l'expression d'émotions parce qu'il y a plusieurs significations que peuvent véhiculer les paroles. Parfois même, le verbal peut produire et influencer des comportements non verbaux que le « patient » peine à exprimer. Si le thérapeute n'appartient pas à la même culture, il lui est difficile de décoder certains actes linguistiques parce qu'il y a des expressions qui sont spécifiques à des cultures. Les mots sont importants et la confiance s'installe dès l'instant que le « patient » découvre une certaine complicité culturelle.

En guise de conclusion, nous disons que les données obtenues démontrent l'importance qu'il y a à considérer la langue dans toute réflexion sur la réponse aux besoins des populations souffrant de problèmes de santé mentale. Aucun acte thérapeutique ne peut être efficace en dehors du contexte relationnel. La relation "soignant-soigné" sous tend ainsi toute démarche thérapeutique, la potentialise, garantit sa continuité et préserve dans la diversité de chaque situation, le développement d'un lien personnalisé. L'impact de cette dimension relationnelle sur la guérison du malade, construit sur le fond de l'utilisation d'un code linguistique commun et chargé culturellement est primordial et doit pouvoir retenir l'attention afin de l'exploiter comme outil nécessaire à ce processus thérapeutique. Ainsi, l'implication du thérapeute, nourrie de sa culture, de ses valeurs, de ses croyances et de ses idéaux favorise l'évolution du processus thérapeutique. Le vécu émotionnel du thérapeute alimenté par ses "sensations corporelles", ses "perceptions" et ses "représentations", dans un espace privilégié, le renvoie à un questionnement qui concerne ses appartenances et son identité. Dans l'évolution de la relation "soignant-soigné", l'analyse de ce vécu peut être utilisée comme un levier thérapeutique que quand tous les deux utilisent des codes linguistiques et culturels partagés. C'est à ce moment que la rencontre des émotions du thérapeute peut entrer en résonance avec celles du patient et l'analyse de leurs fonctions dans cet espace privilégié qu'est la séance de thérapie pourra participer au processus de changement. C'est davantage sous cet angle qui a un caractère "très contextualisé" de la relation thérapeutique que nous considérons la question de la langue d'usage comme un facteur pouvant constituer une barrière pour les étrangers à l'accessibilité aux soins de santé mentale à Dakar.

BIBLIOGRAPHIE

- BIBEAU G., CHAN-YIP A.M., LOCK M., ROUSSEAU C. et STERLIN C. (1992). *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 289 p.
- BIEVER, J. (2002). "The Role of Language in Training Psychologists to Work with Hispanic Clients". *Professional psychology: research and practice*, vol. 33, no 3, p.330-336.
- BLAIS, R. et MAIGA A, A. (1995) "Do Ethnic Groups Use Health Services like the
- Bowen S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 141 p.
- CRANE J.A. (1997). "Patient Comprehension of Doctor-Patient Communication on Discharge from the Emergency Department". *The Journal of Emergency Medicine*, no 15, p.1-7.
- FREUD S. (1927), *L'avenir d'une illusion* in *Œuvres Complètes*, Paris, P.U.F. 1994, 141-197.
- FREUD S. (1932), *D'une vision du monde* in *Nouvelles suites des leçons d'introduction à la psychanalyse* in *Œuvres Complètes*, Paris, P.U.F. 1995, T.XIX, 242-268.
- GRUPE CANADIEN CHARGÉ D'Étudier les problèmes de Santé Mentale des Immigrants et des Réfugiés au Canada. (1988). *Puis la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés : rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*. Ottawa : Multiculturalisme et citoyenneté Canada, 127 p.
- GWERFLYL, W. R. et PADEN, L. (2000). « Identifying the Factors Influencing Minority Language Use in Health Care Education Settings: a European Perspective". *Journal of Advanced Nursing*, vol.32, no 1, p.75-83.
- HYMAN, I. (2001). *Immigration and Health*. Health Policy Working Paper Series. Ottawa: Health Canada, 56p.
- KAPLAN H.I., SADOCK B.J. et GREBB J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*. 7th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1257 p.
- KIRMAYER L.J., GALBAUD DU FORT, G., YOUONG, A., WEINFELD, M., et LASRY, J.C. (1996). *Pathways and Barriers to Mental Health in an Urban Multicultural Milieu : An Epidemiological and Ethnographic Study (6)*. Montreal: Culture and Mental Health Research Unit – Report No.11, Sir Mortimer B. Davis- Jewish

- General Hospital and Department of Psychiatry, McGill University, 144 p
- MASSE, R. (1995), *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 499 p.
- MARCOS L.R. et ALPERT M., (1979). "Effects of Interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English-Speaking Patients". *American Journal of Psychiatry* no 136, p.171-174.
- MARCOS L.R., URCUYO L., KESSELMAN M et MURAY A. (1973), "The Language Barrier in Evaluating Spanish-American Patients". *Archives of General Psychiatry*, no 29, p.655-659.
- MULVIHILL, M.A., MAILLOUX, L., et ATKIN N, W. (2001). *Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada*. Winnipeg : Réseau canadien pour la santé des femmes, 58 p.
- OQUENDO, M. (1996), "Psychiatric Evaluation and Psychotherapy in the Patient's Second Language". *Psychiatric services*, no 47, p.614-618.
- SILOVE D. VIJAYA M., BILLTRAN R., LE G., NGUYEN H., TUONG P. et BLASZCZYNSKI A. (1997). "Satisfaction of Vietnamese Patients and their Families with Refugee and Mainstream Mental Health Services". *Psychiatric Services*, no 48, p.1064-1069.
- SMEDLEY , B.D., STITH, A. Y. et NELSON , A.R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington: National Academy of Sciences, 764 p.
- VILLASENOR Y. et WAITZKIN H. (1999). « Limitations of a Structured Psychiatric Diagnostic Instrument in Assessing Somatization among Latino Patients in Primary Care". *Medical Care* ,vol. 37, no 7, p. 637-646.
- WINNICOTT D.W. (1951), *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels in De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1983, 109-125.
- WOLOSHIN S., BICKELL N., SCHWARTZ L., GANY Y F. et WELCH G. (1995). "Language Barriers in Medicine in the United States". *JAMA*, no 273, p. 724-728. 66.

LES INÉGALITÉS SOCIO-SPATIALES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE DAKAR

Mamadou SOW¹

Abstract

The objective of this study is to analyze the socio-space inequalities of health in the Area of Dakar. Information used results from the databases of the hospital Albert Royer (CHU of Fan), of the secondary center of Fan and the socio-medical investigations carried out near 525 households distributed in four communes of district (Fann/Point E/Amitié, Mermoz/Sacre-coeur, Thiaroye/Mer and Yeumbeul Sud). This study reveals socio-space inequalities in the access to the care of the populations and in mortality according to the socioprofessional categories.

I - INTRODUCTION

Dans les pays du Nord, la problématique des inégalités de santé mobilise à la fois les chercheurs, les acteurs de la santé et les hommes politiques. Ainsi, en France, en Angleterre et aux Etats-Unis, de nombreuses recherches ont été menées sur cette question (cf. travaux de Leclerc² et al, Salem³ G. et Vaillant Z.,) De même, sur le plan politique, des actions ont été entreprises dans ces pays pour réduire les inégalités de santé entre les catégories sociales.

Au sud, en particulier en Afrique, cette problématique rencontre de plus en plus une attention particulière de la part des chercheurs et des acteurs de la santé afin d'améliorer le bien-être des populations. C'est dans cette

-
1. Etudiant en maîtrise, Département de Géographie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université Cheikh Anta Diop.
 2. Leclerc A., Fassin, D., Greandjean, H., Kaminski, M., Lang, T (dir), *Les inégalités sociales de santé*, La découverte, 2000.
 3. Salem G., et Vaillant Zoé, *Atlas mondiale de la santé. Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?* Editions : Autrement, 2008.

perspective que nous avons entamé cette étude afin d'apporter notre modeste contribution à la compréhension des inégalités de santé.

Dans cette étude, nous cherchons à savoir : Quelles les sont inégalités de santé entre catégories socioprofessionnelles, entre groupes de population (genre, âge..) et entre territoires ?

II - OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est d'analyser les inégalités sociales et spatiales de santé dans la région de Dakar. Il s'agissait de manière spécifique d'analyser les disparités dans l'allocation des ressources sanitaires (à travers l'étude de l'offre de soins) ; d'étudier les inégalités sociales et spatiales dans l'accès aux soins, la morbidité et la mortalité dans la région de Dakar.

Nous tenons à préciser ici qu'il s'agit de la morbidité diagnostiquée au niveau de l'hôpital Albert Royer au cours du recours aux soins des enfants et de la mortalité déclarée par les populations au niveau de l'Etat civil de Fann.

Les résultats présentés dans cet article portent uniquement sur le recours aux soins hospitaliers des enfants, les comportements thérapeutiques des ménages et la mortalité enregistrée au niveau de l'Etat civil.

III - MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans cet article sont issues de plusieurs sources d'informations. Il s'agit des données des registres de consultation journalière et les rapports d'activités de l'hôpital Albert Royer de l'année 2007. Au cours de cette année, 40 118 patients (des enfants de 0 à 14 ans) ont été enregistrés, dont 35 249 sont issus de la Région de Dakar. Les registres renseignent sur l'âge, le sexe, la profession des parents, leur adresse et les motifs de consultation. L'exploitation de ces registres nous a permis d'analyser le recours aux soins hospitaliers des enfants et la morbidité diagnostiquée.

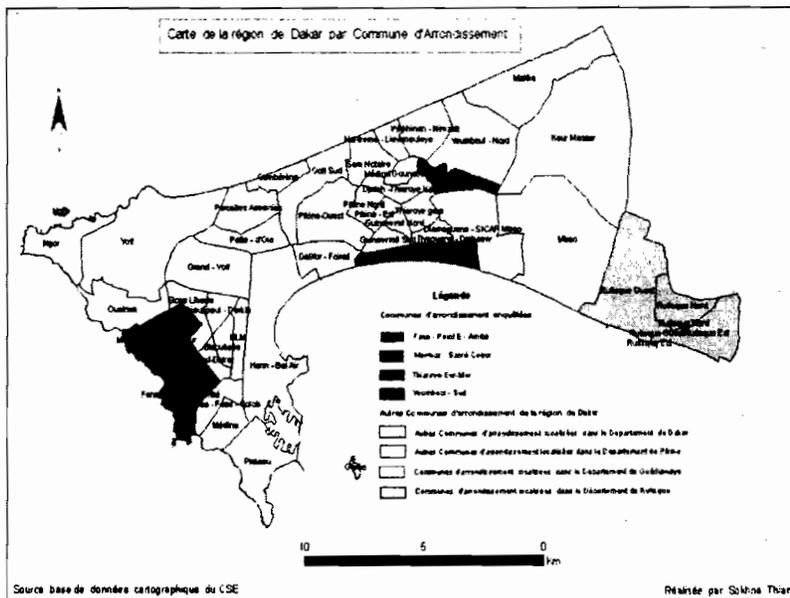
Les données de mortalité sont issues du Centre d'état civil de Fann, où 1499 cas de décès ont été enregistrés au cours de l'année 2007, dont 1293 originaires de la région de Dakar. Contrairement à la morbidité diagnostiquée, les données sur la mortalité déclarée concernent toutes les tranches d'âge.

Les registres renseignent sur l'âge, le sexe, la profession et le lieu de résidence des défunts. Ils fournissent également des informations sur la profession du défunt.

Pour comprendre les déterminants des inégalités de santé et les comportements thérapeutiques des populations, nous avons mené des enquêtes auprès de 525 ménages de 17 quartiers répartis dans quatre

communes d'arrondissement de la région Dakar (cf. carte 1). Le choix des quartiers est déterminé par leur niveau de vie et leur position par rapport aux structures de santé. Les questions portaient sur le niveau de vie des ménages, le dernier épisode morbide et le type de recours thérapeutique.

Carte 1 : Situation des communes d'arrondissement



IV - LE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS DES ENFANTS

4.1. Origine des consultants de l'hôpital Albert Royer

Les enfants originaires du département de Dakar représentent 71% des consultants de l'hôpital Albert Royer. Ils sont suivis par ceux du département de Pikine (20%), de Guédiawaye et de Rufisque, avec respectivement 2% et 7% des consultants.

Cette variation dans le recours à l'hôpital Albert Royer selon les départements pourrait être mise en relation avec la distance. En effet, le département de Dakar qui abrite l'hôpital Albert Royer a le pourcentage le

plus élevé. Comme le souligne (Arreghini, 1989), l'accès aux soins est soumis en premier lieu aux facteurs géographiques⁴.

Tableau 1: Répartition des consultants selon les départements de la région de Dakar

Départements	Nombre de consultants	Pourcentage
Dakar	25072	71
Guediawaye	2408	7
Pikine	7187	20
Rufisque	582	2
Total	35249	100

Source : Registre de consultation, Albert Royer 2007

4.2. La fréquentation selon l'âge

Les enfants âgés de moins d'un an et la classe des 6 à 14 ans ont davantage fréquenté l'hôpital au cours de l'année 2007. Ils représentent respectivement 36% et 39% des consultants. Les enfants de 1 à 5 ans constituent 26 % des patients.

Tableau 2 : Structure par âge de la population consultante et de la population générale

Classes d'âge	Population consultante		Population générale	
	Nombre de consultants	Pourcentage (%)	Nombre d'habitants	Pourcentage (%)
Moins 1 an	9961	36	72 532	9
1 à 5 ans	7079	26	328916	39
6 à 14 ans	10696	39	432402	52
Total	27736	100	833 850	100

Source : Registre de consultation, Albert Royer 2007-Projections ANDS, 2007

4. ARREGINI (L): Approche géographique de l'activité des systèmes de santé en milieu urbain africain : L'exemple des postes de santé de Pikine (Sénégal). Montpellier, Mémoire de DEA, Université Paul Valéry, UER « Espace et Société », 1989, 61 p.

La fréquentation élevée des 6 à 14 ans peut être mis en corrélation avec la structure de la population. Cette classe d'âge représente 52% des habitants de la Région de Dakar. Cependant, les enfants âgés de moins d'un an ont un recours plus élevé que les enfants âgés de 1 à 5 ans. La forte fréquentation des nourrissons s'explique par le fait que Albert Royer est une structure spécialisée pour enfant.

4.3. La fréquentation selon le genre

Les garçons représentent 58% des enfants ayant fréquenté l'hôpital Albert Royer contre 42% pour les filles. La prédominance des garçons pourrait être mis en relation avec la classique prépondérance masculine dans la population de moins de 5 ans et à leur vulnérabilité sanitaire. En 2007, les garçons et les filles faisaient respectivement 14,3 et 14,1% de la population de la région de Dakar⁵. Toutefois, il faut noter que cet écart est très important et pourrait suggérer une plus grande attention portée à la santé des enfants de sexe masculin. En effet, les filles qui constituent 49% de la population, ne représentent que 42% des patients de l'hôpital. C'est une hypothèse qui pourrait être vérifiée par des études socio-anthropologiques.

Tableau 4 : Répartition des consultants selon le genre et structure de la population générale

Genre	Population consultante		Population générale	
	Nombre de consultants	Pourcentage (%)	Nombre d'habitants	Pourcentage (%)
Garçons	16023	58%	428 112	51%
Filles	11713	42%	405 738	49%
TOTAL	27736	100%	833 850	100%

Source : Registre de consultation, Albert Royer, 2007. Projections ANDS, 2007

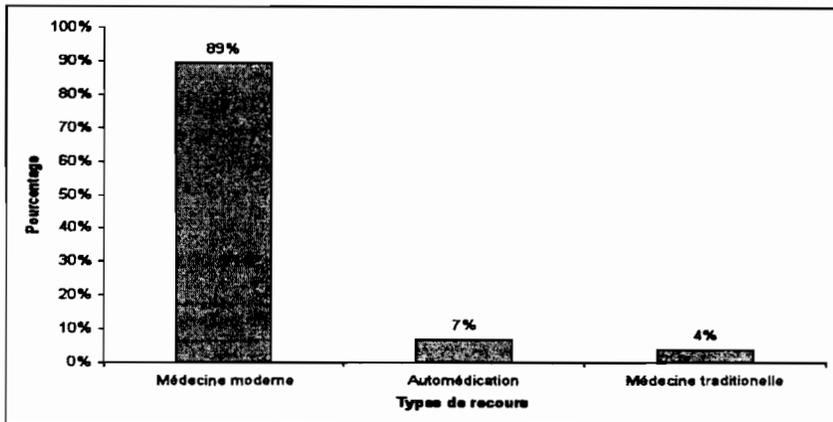
V - LES COMPORTEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le recours aux soins dépend de plusieurs facteurs : géographiques, sociaux, culturels, économiques etc. Ainsi, dans le cadre de cette étude, nous avons essayé d'analyser les comportements thérapeutiques des populations et les motifs de recours aux soins.

5. Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Situation économique et social de la région de Dakar de 2007.

Sur les 525 ménages que nous avons interrogés, les 424 ménages ont déclaré un épisode morbide au cours des six derniers mois précédant l'enquête. Lors de cet épisode morbide, la médecine moderne (recours aux structures modernes) constitue le premier type de recours thérapeutique déclaré par 89% des chefs de ménage interrogés. L'automédication (l'auto traitement à domicile sans recours à un spécialiste) vient en deuxième position avec 7 %. Enfin, La médecine traditionnelle constitue le troisième type de recours thérapeutique (4 %). Elle est définie par Picheral (1984) comme étant les formes et modes de représentation, de signification des connaissances et de pratiques médicales (recours aux soins) en dehors de la médecine officielle.

Figure 1: Types de recours thérapeutiques (en %)



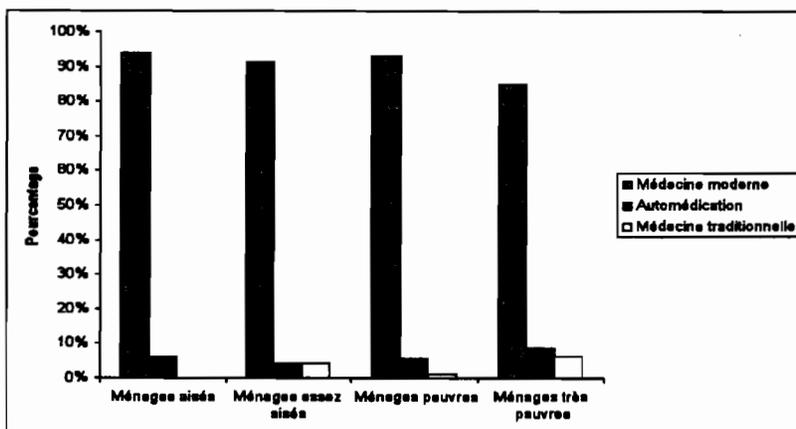
Source : Enquête dans les ménages, 2008

La figure 2 montre que le type de recours thérapeutiques varie en fonction du niveau de vie des ménages. Les ménages dits aisés n'ont pas fait recours à la médecine traditionnelle. Le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle est plus important chez les ménages dits très pauvres.

Les critères utilisés, en plus du revenu monétaire, pour différencier les ménages sont les éléments de confort (télévision, réfrigérateur, ordinateur, climatiseur, voiture).

La classification repose à la fois sur le nombre et le type d'équipement des ménages.

Figure 2 : Le type de recours thérapeutique selon le niveau de vie des ménages



Source : Enquête dans les ménages, 2008

Des études antérieures ont montré également que le type de recours aux soins est souvent lié au niveau de vie des populations. Ainsi, dans le cadre d'une étude réalisée dans la vallée du fleuve Sénégal, (Niang A, 1997) avait constaté que « les ménages aisés se réfèrent le plus souvent aux structures de soins secondaires (Centre de santé, Hôpital) alors que les ménages à faible revenus fréquentent plus la médecine traditionnelle, les structures de soins primaires et s'adonnent davantage à l'automédication »⁶.

VI - LES INÉGALITES DEVANT LA MORT

L'évaluation de la mortalité au Sénégal, comme dans la plupart des pays en développement est confrontée à des problèmes méthodologiques, qui tiennent à la fois à la disponibilité et à la qualité des données. Nous avons utilisé essentiellement les décès enregistrés au niveau des registres d'Etat Civil de Fann pour étudier la variation de la mortalité dans la population dakaroise. Ainsi, en tenant compte de ces réserves sur la qualité et la complétude des données, nous avons essayé d'analyser les inégalités devant la mort, du moins dans la mortalité déclarée. Au cours de l'année 2007, sur

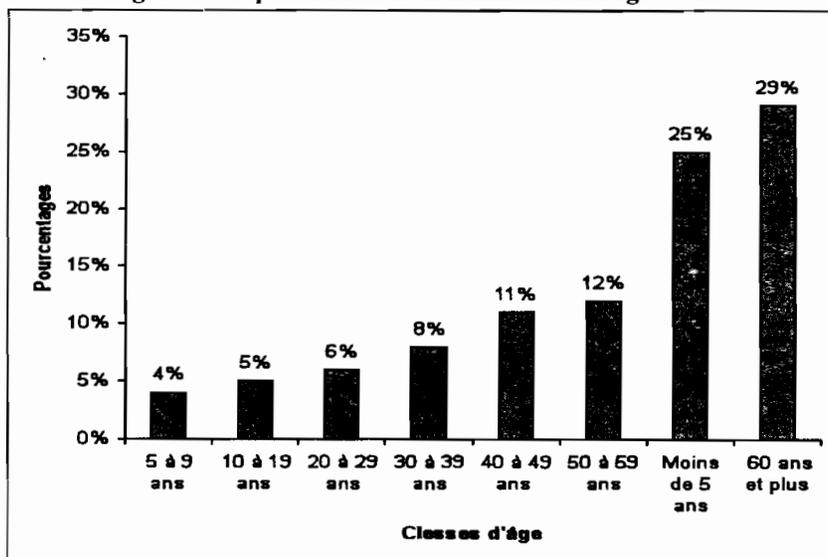
6. NIANG (Aminata) : l'évolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaires dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993) : Approche géographique. Thèse de géographie. Université Cheikh Anta Diop Dakar. 1997

les 1499 cas de décès enregistrés, 1293 ont déclaré être originaires de la région de Dakar.

5.1. La variation des décès selon l'âge

La figure 3 montre que mortalité varie selon l'âge. 29% de la mortalité déclarée concernent les personnes âgées (60 ans et plus). Elles sont suivies par les enfants âgés de moins de 5 ans. Ils représentent 25% des décès enregistrés. Les autres tranches d'âge sont moins concernées par les décès.

Figure 3 : Répartition de la mortalité selon l'âge en %



Source : Registre des actes de décès de l'État civil de Fann, 2007

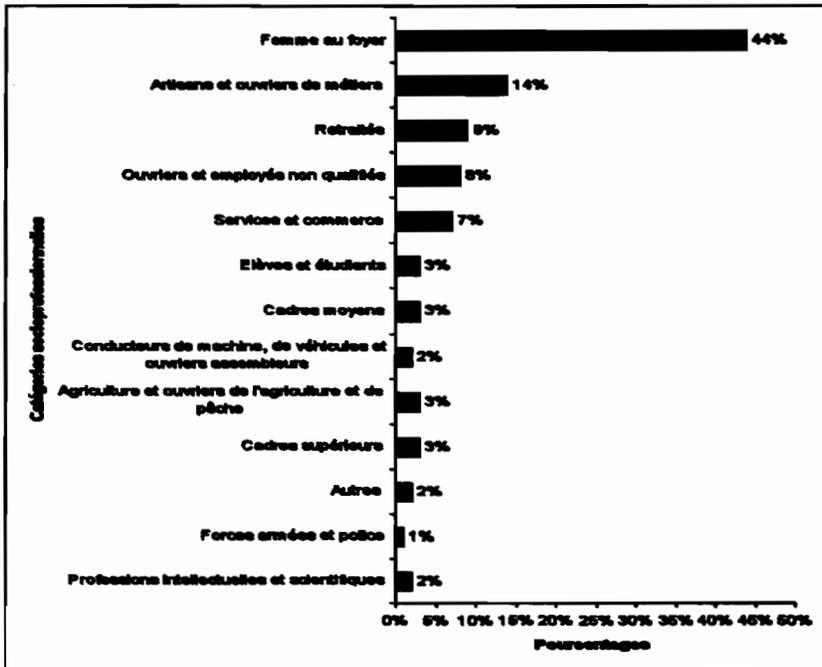
Le nombre de décès élevé chez les personnes âgées s'explique par leur vulnérabilité. Cette catégorie sociale souffre le plus souvent de diabète, d'hypertension artérielle etc.

La mortalité assez importante chez les moins de 5 ans peut être mise en rapport avec la mortalité infantile qui est très élevée au Sénégalais. Ainsi, dans la région de Dakar, le taux de mortalité infantile est de 44 %⁷.

5.2. Variation de la mortalité apparente selon la catégorie socioprofessionnelle

La figure 1 révèle que le nombre de décès déclaré varie selon la catégorie socioprofessionnelle. Les femmes au foyer enregistrent le plus grand nombre de cas de décès (44%). Elles sont suivies par les ouvriers et artisans de métiers avec 14% puis par les personnes retraitées (9%), les ouvriers et employés non qualifiés (8%) et les travailleurs du secteur des services et commerce (7%).

Figure 3: Répartition des décès selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)



Source : Registre des actes de décès, de l'État civil de Fann, 2007

Cette répartition interpelle sur la nécessité de comprendre les causes de décès des femmes au foyer qui semble présenter une surmortalité évidente. En effet, la comparaison avec la structure de la population montre que ces dernières concernent 58 % des décès alors qu'elles ne représentent que 15% de la population générale. Les ouvriers non qualifiés sont plus nombreux (47%), mais ils sont moins concernés par les décès (11%). Il serait intéressant

d'effectuer des enquêtes dans les ménages et au niveau de l'Etat civil pour analyser les conditions et les déterminants de cette mortalité féminine. D'autant plus que 54% d'entre elles sont en âge de procréation. Ces dernières sont souvent victimes de la mortalité maternelle. Dans la région de Dakar, le taux de mortalité maternelle est de 133 pour 100 000 naissances vivantes⁸.

Il serait intéressant de comparer les résultats ci-dessus avec les motifs de décès. Cependant, les données dont nous disposons ne permettent pas. Les causes de décès ne sont pas précisées dans les registres d'Etat civil.

Tableau 5: Répartition de la mortalité apparente et structure de la population générale

Catégories socioprofessionnelles	mortalité		Population générale	
	Nombre de décès	Pourcentage (%)	Nombre d'habitants	Pourcentage (%)
Femmes au foyer	305	58	18 524	15
Artisans et ouvriers de métiers	97	19	28 594	22
Retraités	63	12	20 418	16
Ouvriers et employés non qualifiés	59	11	60 853	47
Total	524	100	128 389	100

Source : ESAM et Registre des actes de décès de l'Etat Civil de Fann, 2007

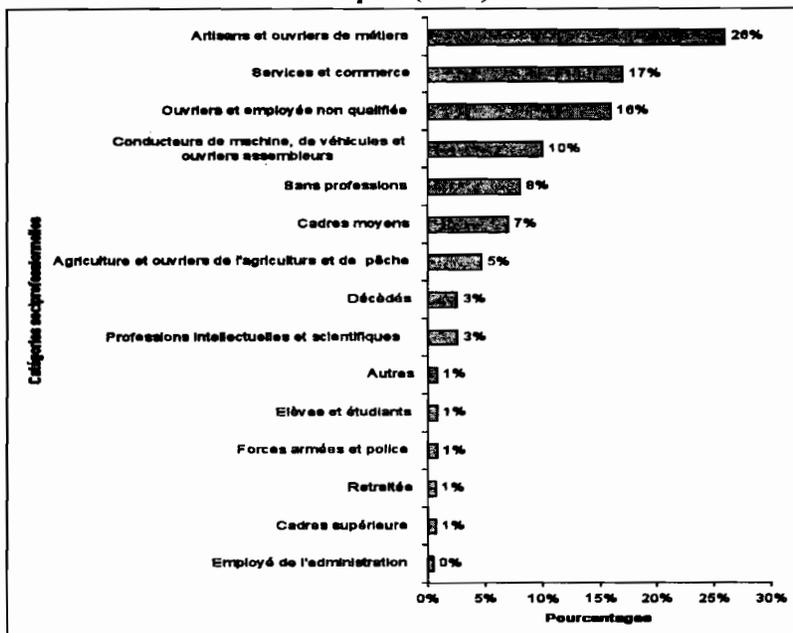
5.3. La mortalité des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle du père

Sur les 1293 cas de décès déclarés, les 400 concernent les enfants (0 à 14 ans). Cependant, le nombre de cas de décès déclaré varie selon la catégorie socioprofessionnelle du père. La figure 2 révèle que 26% des décès concernent les enfants dont le père est artisan ou ouvrier de métier. Les enfants des travailleurs du secteur des services et commerce constituent 15% des décès. Les enfants dont le père est ouvrier ou employé non qualifié représentent 16%. Les enfants des cadres supérieurs, des forces armées et police et des professions intellectuelles sont minoritaires. Dans une étude

8. *Loc.cit*, voir *supra*, page 6, n°5

réalisée à l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant en Guinée, Diallo⁹ et al. 2000, ont abouti à des résultats similaires. En effet, sur les 701 cas de décès enregistrés dans cet institut, les enfants des ouvriers sont plus nombreux (14, 35%).

Figure 2 : Répartition des décès selon la catégorie socioprofessionnelle du père (en %)



Source : Registre des actes de décès de l'État Civil de Fann, 2007

Le tableau 5 révèle que la mortalité des enfants ne dépend pas de la structure socioprofessionnelle du père. Les enfants des artisans et ouvriers concernent 37% des décès alors que dans la population générale leur père ne représente que 28%. Les ouvriers et employés non qualifiés représentent 59 % de la population. Or, leurs enfants ne font 24 % des décès. Les enfants des ouvriers et employés non qualifiés sont-ils sous déclarés à l'État civil ?

9. DIALLO (Souleymane), « La mortalité infanto-juvénile à l'Institut de Nutrition et de Santé », Médecine tropicale, 2004, 47, (12).

Tableau 5 : Répartition de la mortalité apparente des enfants et structure de la population générale

Catégories socioprofessionnelles	mortalité		Population générale	
	Nombre de décès	Pourcentage (%)	Nombre d'habitants	Pourcentage (%)
Artisans et ouvriers de métiers	107	37	28594	28
Conducteurs et ouvriers assembleurs	42	15	9738	9
Services et commerces	69	24	4467	4
Ouvriers non qualifiés	68	24	60853	59
TOTAL	286	100	103652	100

Source : ESAM et Registre des actes de décès de l'État Civil de Fann, 2007

VI- CONCLUSION

L'étude du recours aux soins hospitaliers des enfants a montré des disparités dans l'accès aux soins selon l'âge, le sexe et la profession des parents. Les quartiers du Département de Dakar ont le taux de recours le plus élevé au niveau de l'hôpital des enfants Albert Royer. Cette situation peut s'expliquer par la proximité.

Les nourrissons, les enfants âgés de 6 à 14 ans et les garçons ont une fréquentation plus importante. Les enquêtes socio-sanitaires ont révélé qu'à Dakar les comportements thérapeutiques varient selon le niveau de vie des ménages. Même si, quel que soit la catégorie sociale, les ménages ont en majorité recours aux structures de soins modernes, on note une différence dans le choix des lieux de recours en fonction des revenus des ménages.

L'analyse des données de mortalité du centre d'état civil de Fann a montré des inégalités dans la mortalité apparente. Les femmes au foyer et les artisans et ouvriers de métiers ont enregistré le plus grand nombre de cas de décès. Les enfants des artisans et ouvriers de métiers, des ouvriers et employés non qualifiés ont une mortalité plus importante.

Ces résultats incitent à approfondir les recherches sur les inégalités de santé au Sénégal. Des enquêtes devraient être réalisées au niveau des populations et des sources de données officielles (services de santé, état civil, etc.) pour mieux comprendre les déterminants des différences de morbidité et de mortalité qui sont révélées par cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

- DIALLO (Souleymane) et al, « *Mortalité infanto-juvénile à l'Institut de Nutrition et de Santé de l'enfant (INSE)* » Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (12).
- DRAME (Fatou Maria), *Une géographie de la santé de la reproduction : de l'offre de soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar (Sénégal)*. Thèse de géographie. Université Paris X. 2006.
- FASSIN (Didier), *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala, 2000, 342 pages.
- Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2008), Situation économique et sociale de la région de Dakar de 2007. Dakar
- Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2007), Enquête suivi de pauvreté au Sénégal ESPS (2005-2006). Dakar
- NIANG (Aminata), *Evolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaires dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993) : Analyse géographique*. Thèse de géographie : Université Cheikh Anta Diop. 1997.
- Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève : OMS, 2000.
- Organisation Mondiale de la Santé, 21 : la santé pour tous au 21 siècle. OMS, 1999.
- PICHERAL (Henri), *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Editions l'université de Montpellier III, 2001, 308 pages.
- PICHERAL (Henri), *Mots et concepts de la géographie de la santé*. Cahiers GEOS n°3. Montpellier, Université Paul Valéry, 1984, 30 pages.
- SALEM (Gérard), *La santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris : Editions Karthala et ORSTOM, 1998, 360 pages.
- SALEM (Gérard) et Vaillant (Zoé), *Atlas mondiale de la santé : Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?* Paris : Editions Autrement, 2008, 80 pages.

LA CHARTE DU MALADE : INTERPRÉTATIONS CROISÉES DANS UN SERVICE HOSPITALIER AU SÉNÉGAL

El Hadji Malick Sy CAMARA*

Summary

Seven years after its publication in public hospital services, we would like to know if the "patients' chart", that stands for patients' rights, is known, recognized and applied. A sociological enquiry held amongst patients and care providers in a hospital ward shows that they have diverse interpretations of advantage and risks related to its application. This study gives information on an aspect of the patient-healer relationship and mutual representations in Senegal.

INTRODUCTION

Après s'être fixé des objectifs en termes d'efficacité, tels que celui affiché par le slogan « Santé pour tous d'ici l'an 2000 », l'OMS propose des objectifs en termes de qualité et d'éthique des soins. La santé était un projet politique, elle devient également un droit et un devoir¹. Cette évolution s'inscrit dans une perspective de globalisation et de mondialisation des systèmes de santé. Elle favorise la généralisation de valeurs qui suivent un modèle issu des pays développés, telles que la notion de droit des patients, assez nouvelle en Afrique. L'émergence de cette notion n'est pas aisée là où, comme en Afrique de l'ouest, les médecins ont le sentiment qu'en utilisant à bon escient leur savoir et en fondant leur intervention sur l'altruisme, ils répondent aux besoins de patients sans que ceux-ci aient besoin d'affirmer des droits. D'autre part, le contexte sénégalais n'est pas, comme dans les

* Doctorant en socio-anthropologie de la santé, Ecole Doctorale ETHOS, Laboratoire LASAP

1. HOURS (Bernard). *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001.

pays riches, marqué par une « judiciarisation² » de divers aspects de la vie sociale, incluant les soins et les relations soignant-soigné.

Au Sénégal, la prise en compte de la notion de droits du patient a eu pour résultat l'élaboration d'une « Charte du malade » incluse dans la réforme hospitalière de 1998. Cette Charte constitue l'un des éléments les plus innovants de cette réforme. Cette charte est-elle connue par les soignants, approuvée et appliquée ? Les patients, qui n'ont pas tous un niveau d'éducation pour accéder à de tels documents, en ont-ils connaissance ? Quelles difficultés l'utilisation de cette charte a-t-elle soulevées ? Huit ans après sa parution, la charte apparaît-elle comme un instrument efficace pour défendre le droit des patients ? Notre enquête, dont les résultats sont présentés de manière résumée dans cet article, visait à répondre à ces questions.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené cette enquête dans un service hospitalier universitaire où la charte avait été diffusée dès sa parution. Nous avons eu exclusivement recours à la méthode qualitative. Nous avons interrogé différents acteurs dans le service et cherché à préciser leur niveau de connaissance de la charte, sa perception, son degré d'application, les modes de diffusion utilisés par service. Les entretiens ont eu pour cibles les médecins, les assistants sociaux, les infirmiers, les malades et les accompagnants de patients. C'est la « méthode de saturation de l'information³⁴ » qui a déterminé le nombre de patients enquêtés, alors que nous avons interrogé la totalité des soignants disponibles au moment de l'enquête (août 2008). En outre, nous avons, à l'aide d'une grille d'observation, identifié les lieux où la charte était présente ou affichée (les salles et halls des pavillons). Pendant notre période d'enquête (un mois environ), nous nous intéressions également aux interactions entre médecins et malades. Parallèlement, nous observions sporadiquement l'arrivée des malades dans le service.

-
2. Nous entendons par « judiciarisation » la propension à recourir à la justice en cas de différend ou de préjudice. Cette « judiciarisation » exprime là où elle est en œuvre une forte demande de droit et de justice. Elle se caractérise aussi par l'inflation de textes à caractère législatif et réglementaire, ce qui n'est pas encore le cas du Sénégal.
 3. L'anthropologue peut mettre fin aux entretiens s'il atteint le *seuil de saturation* qui correspond à la décroissance de l'information supplémentaire recueillie au fur et à mesure que le chercheur avance dans son étude.
 4. OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), « La politique du terrain », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, 1995, mis en ligne le 1 février 2007, URL : <http://enquete.revues.org/document263.html>, consulté le 18 décembre 2007.

SITE ET POPULATION D'ENQUÊTE

Cette étude s'est déroulée dans un service hospitalier universitaire de haut niveau, qui dispose d'une unité de réanimation et post-réanimation, trois unités d'hospitalisation avec 76 lits, une unité d'hospitalisation de jour. Il abrite aussi deux unités de consultations externes, une unité de vaccination et quatre laboratoires.

La population des patients interrogés est hétérogène tant au niveau de l'âge que du sexe. La majorité est non instruite ou a un faible niveau d'instruction. La population est composée d'une part, de patients qui viennent pour des soins ambulatoires et d'autre part, de malades hospitalisés. La durée d'hospitalisation de ces derniers, oscille entre 10 et 30 jours environ. Les patients viennent de différentes localités du pays et de la sous région et notamment des pays voisins.

Le personnel soignant qui a été interrogé est composé de professeurs agrégés, de maîtres-assistants, d'infirmiers d'Etats. Le personnel paramédical comprend des aides-infirmiers, des assistants sociaux, d'agents sanitaires, de filles de salle et de brancardiers.

LA CHARTE ET SA PUBLICATION

- **La Charte**

LA CHARTE DU MALADE

La charte du patient est un ensemble d'articles:

Article premier : l'accès au Service Public Hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination.

Article 2 : les personnes handicapées doivent être prises en compte dans l'aménagement des sites d'accueil.

Article 3 : les établissements publics de santé hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur.

Article 4 : l'information destinée au malade doit être accessible et juste afin que ce dernier accepte les choix thérapeutiques.

Article 5 : aucun soin ne peut être dispensé au malade sans son consentement libre et éclairé, celui des parents, des représentants légaux, sauf en cas de force majeure.

Article 6 : le malade hospitalisé dans un établissement public de santé, peut à tout moment quitter sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge.

Article 7 : le malade a droit au respect de sa vie privée, de ses croyances ainsi que de la confidentialité des informations médicales et sociales le concernant.

Article 8 : le malade peut accéder à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

Article 9 : le malade hospitalisé peut exprimer ses observations sur la qualité de l'accueil et des soins. Il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis.

Article 10 : le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent protéger le patrimoine de l'hôpital et la salubrité de son environnement.

Article 11 : le malade et son entourage doivent protéger le patrimoine de l'Hôpital. Ils ne doivent ni en abuser, ni le détourner de son utilisation.

Article 12 : le malade doit participer à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital.

Article 13 : les droits et les devoirs de chaque malade s'exercent dans le respect du droit d'autrui, de la morale et de l'intérêt commun.

Article 14 : le présent Arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Le contexte de publication de la Charte

Face aux multiples problèmes de gestion de la santé, qui se sont intensifiés durant la deuxième moitié des années 1990, l'État du Sénégal a entrepris des changements de politiques administratives, économiques et financières incluant la réforme hospitalière adoptée le 12 février 1998 par l'Assemblée Nationale. La mise en œuvre de la réforme a commencé en 2000 dans la plupart des hôpitaux. Elle tient compte de la loi sur la décentralisation qui donne aux collectivités locales de nouvelles prérogatives en matière de gestion des établissements publics de santé. Elle confère aux établissements une importante autonomie encadrée et contrôlée grâce à un conseil d'administration. Selon cette loi, un ensemble de normes doit encadrer l'espace hospitalier. Il s'agit d'assurer une meilleure qualité des soins et des conditions d'accueil, l'accessibilité des soins, une meilleure prise en charge des urgences et des indigents et la disponibilité permanente du service. A cela, s'ajoute une certaine dynamique de performance sous-tendue par le

relèvement du niveau du plateau technique, la motivation du personnel, sa promotion sociale et l'élaboration d'une « Charte du malade ».

Lors des Assises de la santé de 2000 de nombreux secteurs et acteurs de la société civile ont formulé des demandes sociales parfois précises et manifesté leurs préoccupations en matière de déontologie et d'éthique dans un contexte où les nombreux intervenants sanitaires agissent sans que des règles de fonctionnement claires soient connues⁵.

La Charte du malade est parue dans un contexte d'absence de textes ou de dispositions juridiques relatives à la bioéthique, notamment au clonage, aux greffes, à la génétique, aux essais vaccinaux, aux essais thérapeutiques, à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, etc. L'éthique médicale reste basée sur des textes fondateurs tels que les serments d'Hippocrate pour les médecins et de Galien pour les pharmaciens, dont les ordres professionnels sont les principaux garants. En ce qui concerne les sages-femmes et les infirmiers, les seuls textes disponibles datent d'avant l'Indépendance, alors qu'il n'y a pas de textes pour la plupart des autres personnels.

LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

• Présence et diffusion de la Charte sur le terrain en 2009

Dans le service hospitalier étudié, plusieurs séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) avaient été organisées dès la publication de l'Arrêté Ministériel. Le chef de Service, avec l'aide de l'assistant social, avait reproduit plusieurs exemplaires de l'arrêté tel que publié en français. Certains exemplaires étaient affichés dans les salles d'hospitalisation tandis que d'autres avaient été distribués aux médecins.

En 2009, on peut apercevoir la charte sur les tableaux d'affichage d'informations, à l'entrée du hall de « l'ancien pavillon » et du « nouveau pavillon ». Il convient de préciser qu'au moment de nos observations, hormis les salles d'hospitalisation du « nouveau pavillon », la charte n'était plus accrochée dans aucune des salles de « l'ancien pavillon » qui accueille plus de 90 % des malades hospitalisés, même si l'on ne peut nier qu'elle y existait avant que nous ne démarrions notre étude. La charte n'existe qu'en version française : elle n'est traduite dans aucune langue nationale.

5. BECKER (Charles), « l'État de la codification sanitaire au Sénégal : vers un code de la santé ? » in *Droit et Santé en Afrique*. Actes du Colloque international de Dakar 28 mars-1er avril 2005, 1ère Animation scientifique régionale du réseau « droit de la santé » de l'AUF, Éditions Les Études Hospitalière, 2006.

- **La Charte vue par les patients**

La plupart des patients interrogés ne sont pas au courant de l'existence de la Charte du malade. Au sujet de la Charte, la réponse la plus unanimement partagée chez les patients est : *« non ! c'est la première fois que j'en ai entendu parler »*.

Sur l'ensemble des patients que nous avons interrogés (une vingtaine), seule une patiente, âgée de 40 ans environ, ayant un niveau d'instruction de 3^{ème} (secondaire), a affirmé l'avoir une fois lue pendant qu'elle était hospitalisée dans un autre établissement. Elle ajoutait qu'elle ne se rappelait pas du contenu.

- **La Charte vue par les soignants**

Le niveau de connaissance de la charte diffère selon la catégorie professionnelle. En effet, tous les médecins interrogés ont dit avoir pris connaissance de la Charte. Par contre certains infirmiers l'ont vue pour la première fois pendant que nous les interrogeons. D'aucuns même m'en ont demandé des exemplaires.

Aucun soignant, hormis le chef de service, n'a pu nous rapporter avec précision l'historique de la publication de la Charte, ou l'origine de son élaboration. Tout ce qu'en savent les soignants, c'est qu'elle vient du ministère. La plupart d'entre eux pensent d'ailleurs que les patients ne connaissent pas davantage :

« Si vous faites le tour des salles même si c'est affiché, je vous assure que les patients, à 90%, ne connaissent pas la charte. »

Et d'aucuns se demandent : *« Quelle est la valeur de la charte, même si elle est affichée, si elle n'est pas connue ? »* (le chef de service).

Certains soignants pensent que la charte est un progrès car elle diminue les prérogatives du médecin, par rapport à l'époque où le médecin décidait de tout, ce qui laisse penser que la responsabilité des soins et des décisions est un peu plus répartie entre soignants et avec le patient. Les soignants généralement sont d'accord avec le fait que la Charte rende obligatoire l'information du patient par le médecin, qui leur semble nécessaire par exemple pour que le patient prenne bien son traitement. Il est cependant difficile de préciser si la Charte a introduit un changement puisque les médecins tentaient déjà de pratiquer cette information, dans les limites de leur disponibilité.

Lorsque les médecins ont relu la Charte en détail, les avis sont cependant partagés sur son intérêt : certains approuvent sa mise en place, mais d'autres craignent le pire si les patients connaissent la Charte. Ils se demandent si les populations sont suffisamment préparées pour en faire une

bonne utilisation. Ces soignants pensent que la charte s'adresse plus à l'exercice médical, au soignant en particulier, qu'aux patients. Ils nourrissent aussi la crainte de faire l'objet de poursuites juridiques si une question de responsabilité médicale se posait. Cette crainte est ainsi illustrée par les soignants :

« L'autre revers de la charte, c'est la peur des médecins face aux malades qui connaissent leurs droits. Moi, j'ai été en France mais (sous-entendu : là-bas) les médecins ont peur des malades », affirme un médecin spécialiste.

« Je ne pense pas que les patients connaissent la charte, le jour où ils la connaîtront, ce sera l'excès », s'inquiète un médecin âgé de 35 environ. C'est peut-être pour cela qu'aucun soignant n'a rapporté avoir une fois discuté avec un malade au sujet de la charte. Les raisons avancées sont presque toujours les mêmes. Ils évoquent souvent le manque de temps relatif au nombre important de patients consultés par jour —ce qui peut refléter la crainte des soignants, mais aussi signifier que le sujet est trop complexe pour être évoqué avec les patients dans un service ayant une activité importante.

DISCUSSION

• Une Charte d'accessibilité très limitée

Bien qu'elle soit affichée à l'entrée du bâtiment central, la probabilité que la Charte soit lue par les patients reste encore limitée ou incertaine, du fait de l'analphabétisme et du peu d'importance que les populations, de façon générale, accordent à la lecture des affiches même si elles savent lire. Hormis la version française, la charte n'est traduite dans aucune langue nationale. Qui plus est, la vulgarisation se focalise essentiellement sur les malades, alors que lorsqu'ils sont hospitalisés, ils sont justement en situation de vulnérabilité. L'information pourrait être plutôt orientée vers les accompagnants, ou s'intéresser à la population dans sa globalité, si l'on considère que tout le monde pourrait fréquenter l'hôpital demain.

• Les réticences des soignants

La charte semble consacrer des droits inaliénables aux patients. Or, l'acquisition de nouveaux droits par le patient est synonyme d'une perte d'autorité de la part du soignant⁶. Nous conviendrons avec FREIDSON⁷ que la profession médicale semble être une profession réfractaire aux

6. GAGNON (Eric), « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », in *Sciences sociales et santé*, vol.16, n° 1, mars 1998.

7. FRIEDSON (Eliot), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

changements dont elle n'est pas à l'origine : c'est une profession qui se caractérise par son autorégulation.

• Bien que la Charte ne soit pas connue par les patients, la plupart des soignants nourrissent des incertitudes et réticences en craignant les risques de poursuites par les patients. Or, avec la forte légitimité dont jouit le soignant dans notre société, l'on peut penser que les soignés sont moins enclins à entreprendre une poursuite judiciaire en cas de préjudice subi que dans des pays où le rapport entre soignant et patient est moins vertical car les patients y sont plus éduqués ou davantage soutenus et défendus, en particulier par des associations. Contrairement à ce que décrit PENEFF⁸ qui soutient que dans la médecine de ville en France, l'attitude de respect vis-à-vis du médecin, et le « colloque singulier » entre soignant et patient disparaît progressivement au profit d'un contact direct et collectif, nous constatons dans la société sénégalaise que le rapport médecin/malade est marqué généralement par l'hégémonie du soignant. Comme le résume le médecin chef de Service, « *Les gens ont peur du médecin. Le médecin se trouve dans une position de domination. Beaucoup de malades sont bloqués quand on porte la blouse ; ils pensent que tout ce que tu dis est vrai. Pour eux on ne dit jamais « non » à un médecin. Dans notre société le médecin vient après Dieu "astahfiroulah" (que Dieu me pardonne) ».* **Des inquiétudes infondées ?**

L'on peut considérer que les relations malades-médecins sont aussi des rapports de confiance fondés sur la reconnaissance collective du savoir du soignant. En effet, toute société attribue à ses thérapeutes le pouvoir de guérir, autrement dit, une légitimité d'agir sur le corps pour reculer l'échéance de la mort⁹. C'est pourquoi refuser ou discuter l'acte d'un soignant apparaît comme une contestation de l'autorité médicale¹⁰. C'est le même rapport au « savoir réservé » et ésotérique que nous observons à travers les rapports marabout/talibé ; le marabout étant celui qui ordonne et le talibé l'exécutant. Pour Morin¹¹, les valeurs telles que le désintéressement, l'altruisme, associées à une compétence technique institutionnellement légitimée du côté du médecin, doivent correspondre, chez le malade, à une obligation manifeste du désir de retrouver la santé perdue et de coopération à sa guérison. La revendication de droits par le patient n'a pas de place dans ce modèle.

8. PENEFF (Jean), *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

9. FASSIN (Didier), *L'Espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, Karthala, 1996.

10. GAGNON Eric, « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », in *Sciences sociales et santé*, vol.16, n° 1, mars 1998.

11. MORIN (Michel) et al, *La médecine générale face au sida*, Paris, Les Editions INSERM, 1997.

• Les devoirs du malade

Un des responsables du service nous a confié que « *la charte est incomplète parce qu'elle n'évoque pas le rôle de l'accompagnant du malade* ». C'est la raison pour laquelle, parallèlement à cette charte, un code de conduite du patient a été élaboré par le Service et dénommé « *Conduite à tenir d'un patient hospitalisé* ». On peut voir sur l'affiche qui présente le code le cachet du service, de même que la signature du responsable principal. Ce code insiste sur l'interdiction de l'introduction de certains médicaments et produits dans les salles sans l'avis du médecin et sur le rôle du patient et des accompagnants dans le maintien de la propreté du Service. Ce code semblerait vouloir combler un « vide » laissé vacant par la Charte qui insiste plus, pour certains, sur le rôle du soignant.

Dès lors, on peut se demander pourquoi ceux qu'on pense être les « entrepreneurs de l'éthique et de la morale publique¹² » manifestent des réticences par rapport à la charte quand bien même ils soutiennent que beaucoup de patients ne connaissent pas son existence. D'aucuns peuvent penser que cette posture des soignants relève d'un paradoxe. Mais c'est justement la prise de conscience par les patients de l'existence d'une « charte du malade » et notamment des droits que celle-ci leur consacrent qui semblerait faire « peur » aux soignants : c'est sans doute moins la charte qui fait peur que la « judiciarisation » du rapport soignant/soigné.

CONCLUSION

En définitive, quelques années après son entrée en vigueur, ni les soignants ni les patients ne se sont appropriés la Charte du malade, qui ne remplit pas sa fonction de défense des droits des patients.

L'implication des associations de malades à l'instar des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) pourrait considérablement contribuer à sa diffusion à grande échelle. En effet, parmi toutes les associations de malades, celles qui rassemblent des PvVIH sont particulièrement dynamiques. Ces derniers jouent un rôle plus crucial d'appui aux personnes ; elles ont aussi des rapports avec les médecins et les pouvoirs politiques plus étroits et plus complexes que dans le cas d'autres affections¹³. Elles seraient ainsi peut-être en mesure de donner un contenu concret à la Charte et de contribuer à sa diffusion.

12. MORIN (Michel) et *al. op.cit.*, 1997, p. 53.

13. ADAM (Philippe) et HERZLICH (Claudine), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.

Toutefois, cette méconnaissance n'empêche pas les soignants d'avoir une position ambivalente. Quand bien même certains parmi eux saluent la mise en place de la charte, la plupart exprimera des craintes par rapport à une éventuelle « judiciarisation » des relations soignant/soigné si les patients connaissent les droits que la charte leur consacre. Cette judiciarisation a-t-elle des chances de se concrétiser au Sénégal ? Il serait intéressant d'observer, à titre comparatif, l'extension de la « judiciarisation » dans d'autres aspects, tels que le traitement social des infections nosocomiales et des erreurs thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM (Philippe) et HERZLICH (Claudine), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.
- BECKER (Charles), « L'État de la codification sanitaire au Sénégal : vers un code de la santé ? » in *Droit et Santé en Afrique*. Actes du Colloque international de Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, 1^{ère} Animation scientifique régionale du réseau « Droit de la santé » de l'AUF, Éditions Les Études Hospitalière, 2006.
- FASSIN (Didier), *L'Espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, Karthala, 1996.
- FRIEDSON (Eliot), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GAGNON (Eric), « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », in *Sciences sociales et santé*, vol.16, n° 1, mars 1998.
- HOURS (Bernard), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001.
- MORIN (Michel), OBADIA (Yolande), MOATTI (Jean-Paul) et Groupe MG Sida, Marseille. *La médecine générale face au sida*, Paris, Les Editions INSERM, 1997.
- OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), « La politique du terrain », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, 1995, mis en ligne le 1 février 2007, URL : <http://enquete.revues.org/document263.html>, consulté le 18 décembre 2007.
- PENEFF (Jean), *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

LES « MIGRANTS » SÉNÉGALAIS À LA RETRAITE VOYAGEANT ENTRE LA FRANCE ET LE SÉNÉGAL : NORMES ALIMENTAIRES ET SANITAIRES EN DÉBAT

Chantal CRENN*

Abstract

The case of retired senegalese « migrants » making return trips between France and Senegal : food and sanitary norms in questions.

The fieldwork done both in France (Bordeaux, Urban Community of Bordeaux) and in Senegal (Dakar, M'Bour), is centred on the food paths (linked to the life track) of retired Senegalese people and their families, oscillating between settlement and going to and fro, between Senegal and France. This survey enables to present the way the confrontation with various nutritional speeches and food social and cultural realities can be lived by each of these retired or pre-retired people (men or women), leading to culinary acculturation processes which take into account the social framework of the original society and the new one (to and fro movement of those who are settled in France, resettlement in Senegal, migration for a training in France...) as well as globalization process. Beyond the migration dimension this survey also pinpoints how nutritional and food norms depend on gender, generation and social status.

INTRODUCTION

A Bordeaux, sont présents des « Sénégalais »¹ à la retraite² au capital

* *MCF en anthropologie sociale Universités de Bordeaux
En délégation CNRS UMI3189 Environnement, Sociétés, Santé (Dakar)*

1. « Sénégalais » : cette catégorie nationale n'est pas uniquement utilisée ici dans un sens juridique et légal mais aussi en tant que processus d'identification qui fournit une référence à des actions concrètes et portant des représentations de soi et des « autres » pertinentes pour une meilleure compréhension des processus de différenciation dans la société française où l'installation des populations dites « immigrées » est devenue une dimension structurelle. A certains moments, cette catégorie nationale est occultée en faveur de l'appartenance ethnique ou lui est juxtaposée. Interroger le lien entre ethnicité et nationalité n'est pas notre propos ici mais méritera qu'on s'y attarde.
2. La retraite est comprise ici comme le moment où un individu cesse son activité professionnelle et perçoit une pension. Il a fallu attendre l'après deuxième guerre mondiale pour que la vieillesse devienne, en France, véritablement « le temps de la retraite » et pour que les « vieux » se transforment en retraités. A ce sujet, on peut se reporter à l'article de DUMONS (Bernard), POLLET (Gérard), « retraité, une identité sociale nouvelle ?, 1994,

scolaire inégal. Ils sont originaires de territoires variés : ils viennent de Kolda en Casamance, du Delta du Saloum mais aussi de Thiès, de Dakar ou de Saint-Louis. Principalement musulmans, ils peuvent aussi être catholiques mais plus rarement. Ces anciens élèves talibés, étudiants ou pêcheurs sont devenus ouvriers chez Ford, chez Lu ou encore dans des usines d'embouteillage de propriétés viticoles bordelaises et sont désormais retraités³. Leurs épouses sont généralement originaires du même village que leurs maris. Elles les ont épousés au Sénégal et ont, pour certaines, effectué une première migration interne à Dakar avant de quitter leur pays. La plupart de ces femmes sont moins âgées que leurs maris retraités et sont souvent, toujours en activité au moment de nos observations. Elles possèdent aussi des niveaux scolaires inégaux qui vont jouer sur leurs pratiques alimentaires et sanitaires. Le plus souvent « agents d'entretien », selon leurs propres termes, dans les entreprises bordelaises, elles sont moins enclines à penser rentrer définitivement au moment de leur propre retraite. Toutefois, certaines optent pour le retour au pays (sans avoir d'ailleurs cotisé assez longtemps pour s'assurer une pension de retraite totale) quand les conditions financières le permettent (aide mensuelle des enfants, par exemple) et/ou lorsqu'elles espèrent, par leur présence, contrer le deuxième mariage de leur époux. L'alimentation liée (entre autres)⁴ à l'intime, à la dimension familiale de l'existence, nécessite de prendre en compte l'évolution globale des familles sénégalaises en France et au Sénégal. Les familles⁵ au sein desquelles ces

Ethnologie française, XXIV, n° 4, pp. 790-799. On peut aussi, spécifiquement sur le vieillissement des migrants, se reporter à l'ouvrage de Claude Attias Donfut qui caractérise « la condition de retraite par la perception d'une prestation de retraite résultant de droits propres ou dérivés comme les pensions de réversion » in ATTIAS-DONFUT (Claudine), *L'enracinement : enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, 2006, Paris, Armand Colin, p. 53.

3. La sociologue Claudine Attias Donfut en 2006 prend le contre pied de SAYAD (Abdel Malek), *La double absence*, 1999, Paris, Seuil, en posant l'hypothèse d'une « vieillesse enracinée » contre une « vieillesse illégitime ». Elle met en évidence dans son ouvrage le sentiment d'appartenance des retraités européens et maghrébins à une identité française mais aussi l'amélioration des conditions de retraite en général, amélioration des conditions de retraite auxquelles les migrants n'échappent pas, pense-t-elle. Toutefois, il me semble un peu trop rapide de balayer aussi d'un revers de main la question de « l'illégitimité » de la présence des retraités migrants en France ; en témoigne le désir de nombreux retraités sénégalais de rentrer au Sénégal, Sénégalais dont Claudine Attias Donfut parle peu.
4. Je renvoie la lectrice ou le lecteur à l'article de CRENN (Chantal) et DELAVIGNE (Anne-Elène) « méthodes en anthropologie de l'alimentation », *L'anthropologie biologique du vivant : nouveaux objets, nouvelles méthodes*, édition en ligne du CNRS (à paraître) qui montre la pertinence de l'usage du système alimentaire défini par Annie Hubert pour saisir la dimension « totale » de l'alimentation entre données micro, méso et macro sociologiques mais aussi environnementales, historiques, économiques et enfin symboliques.
5. La notion de famille est considérée, ici, comme situant Ego au centre d'un certain nombre de relations familiales ne se limitant pas à la famille nucléaire. En France, les membres de la famille présents sous un même toit peuvent varier, aller des grands-parents aux petits-

hommes et ces femmes vivent, peuvent être composées de leurs enfants, voire de leurs petits-enfants le plus souvent nés et installés en France mais aussi, d'une deuxième épouse restée au Sénégal avec ses enfants (les siens et ceux qu'elle a eus avec le « venant » à la retraite) ou encore des frères, sœurs, neveux du Sénégal.

Les pratiques alimentaires étant l'expression assez fidèle des relations familiales, elles révèlent comment la notion de « grande famille » (même si elle est réinventée aux conditions de la transplantation) reste importante : visites régulières, échanges de nourriture, hébergement d'un parent de passage, circulations d'aliments entre le Sénégal et la France. Proposer le partage d'un repas lors d'une visite familiale imprévue reste fortement valorisé tandis que l'attitude contraire risque d'entraîner la désapprobation de tous (ici et là-bas). Toutefois, maintenir ce type de pratiques n'est pas toujours envisageable, dans la mesure où la logique économique (ou « vérité de l'immigration »⁶) mais aussi individualiste peut supplanter la logique de la « paix » familiale : manger en solitaire, chacun son tour, avaler un repas réchauffé permettant de ne pas enrayer le rythme scolaire ou professionnel... Pour analyser la dynamique des normes alimentaires, à l'instar du sociologue Abdel Malek Sayad, il m'a semblé crucial de tenir compte certes des conditions de départ et donc du système alimentaire des émigrés « sénégalais » désormais à la retraite mais aussi de l'allongement de leur présence en France. Pourtant, à l'instar de ce sociologue, je constate que, dans le même temps, est entretenu « le temporaire » par les trois partenaires du phénomène migratoire : le pays d'émigration, le pays d'immigration et les émigrés-immigrés retraités. Toutefois, au moment de la retraite, « ce jeu de dissimulation » entre ces trois partenaires, « pour que l'émigré reste toujours un émigré et que l'immigré reste un immigré » est rendu difficile du fait, on l'a dit, de l'installation en France mais peut être, aussi, entretenu du fait que

enfants mais aussi, se limiter à la mère (divorcée) et ses enfants ou encore au beau-père, à sa belle-fille et son fils etc... ou au couple de conjoints âgés ou encore, à des frères et sœurs désormais adultes dont les parents retraités sont une partie de l'année au Sénégal. De la même manière, au Sénégal, celui ou celle qui rentre après un long séjour en France adopte des manières d'être en famille qui peuvent varier de la réduction à la famille nucléaire (le « venant » vivant seul ou les deux personnes revenues de France vivant seules), au partage du quotidien avec la famille étendue de la seconde épouse, ou encore à la participation à un réseau familial très étendu etc... il n'y a pas de règles définitives : on peut, à ce sujet, évoquer la notion de continuum familial, continuum dont il faudra tenir compte dans l'analyse des pratiques alimentaires. Dans les deux pays, l'élargissement à une parentèle extranucléaire est lié à la nécessité d'activer des solidarités familiales pour faire face aux difficultés économiques. On peut se référer à l'article d'Alain Marie « individualisation : entre communauté et société, l'avènement du sujet » in MARIE (Alain), ed *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, 1994, Paris, Karthala.

6. SAYAD, (Abdelmalek), *La double absence*, 1999, Paris, Seuil.

plus rien (sous-entendu le travail) ne devrait retenir, en France, le travailleur devenu retraité. Ainsi, pour ces retraités, qui sont conscients de l'« illégitimité de leur vieillesse » en France tout en vivant une « vieillesse enracinée » (Claudine Attias Donfut), il m'a semblé qu'une troisième voie pouvait se dessiner : celle de la « vieillesse combinarde ». Dans un contexte de globalisation,⁷ au lieu de considérer que ces retraités sont « condamnés »⁸ à se référer simultanément à deux systèmes alimentaires selon l'expression de Sayad, au lieu de penser que, comme les « immigrés » algériens, ces retraités « sénégalais » « rêvent de cumuler les avantages de deux choix opposés » sans pouvoir le faire, je pose l'hypothèse qu'ils tentent concrètement d'en tirer partie tout en tenant compte des « cadres sociaux » des sociétés de départ et d'arrivée. A l'instar de Bernard Lahire, j'estime que les retraités « sénégalais » vivent « simultanément et successivement dans des contextes sociaux différenciés »⁹ que ces acteurs sociaux vont « combiner » individuellement.

En ce début d'enquête, rien n'étant décidé par avance, du fait de l'adoption d'une posture inductive et du refus de réfléchir à partir de catégories préétablies, j'ai choisi de laisser mes interlocuteurs/trices donner leur version des moments de leur vie qui leur semblaient correspondre à des « changements » alimentaires influant sur leur santé. En même temps, j'ai observé les pratiques quotidiennes au moment du passage à la retraite¹⁰ et des allées et venues entre Bordeaux et le Sénégal que ces acteurs sociaux

-
7. Globalisation n'est pas synonyme pour moi de mondialisation. Celle-ci correspond à un mouvement ancien où les échanges se sont internationalisés. La globalisation, par contre, est récente. Certes, elle est économique et financière mais elle est aussi individuelle. Chacun pouvant, finalement, vivre ses attaches locales tout en ayant le sentiment d'appartenir à la « globalité monde » pour reprendre une expression de ABELES (Marc), *Anthropologie de la globalisation*, 2008, Paris, Payot.
 8. Les entretiens recueillis par Abdel Malek Sayad mettent en évidence que la « double absence » de l'émigré-immigré conjuguée au sentiment de culpabilité lié à l'éloignement d'avec le milieu d'origine – au fur et à mesure que « l'illusion du provisoire » se prolonge – place les émigrés-immigrés dans une situation de souffrance.
 9. LAHIRE (Bernard), *L'homme pluriel Les ressorts de l'action*, 1998, Paris, Nathan
 10. Au Sénégal, les retraités (ceux qui touchent une pension de retraite bimestrielle) sont peu nombreux et relèvent soit du Fond National des Retraites soit de l'Institut Prévoyance Retraite du Sénégal. Ils constituent une « minorité de privilégiés » COUDERC (Mathilde), « Les retraités sont fatigués » : le traitement social des personnes âgées retraitées à Dakar, Mémoire de DEA sous la direction d'Alice Desclaux et de Bernard Taverne, 2005, Univ Aix Marseille III, p.14. contrairement aux paysans, pêcheurs, éleveurs, artisans et commerçants du secteur informel qui n'ont aucune protection sociale. Selon Mamadou Coumé, médecin gériatre à l'IPRES, en 2009, « 70 % des personnes âgées n'ont pas de couverture sociale au Sénégal » (séminaire « gérontologie » : Deuxième Université d'Eté de Dakar en promotion de la santé du 19 au 23 octobre 2009). Je montrerai comment cette donnée aura des conséquences sur la manière dont les « venants » à la retraite et leurs conseils alimentaires et sanitaires sont perçus car ils constituent une « minorité d'hyper-privilégiés » pour paraphraser Mathilde Couderc.

perçoivent comme leur permettant de tirer au mieux partie de leur nouvelle situation. La particularité de cette recherche est, en effet, de se situer à la croisée de plusieurs territoires qui, mis en tension à travers les parcours individuels, permettent d'interroger la manière dont les pratiques alimentaires et sanitaires se transforment et/ou au contraire, perdurent en fonction des contextes de départ et d'arrivée, des hiérarchies sociales mais aussi du processus de globalisation. Je m'intéresse donc aux permanences et changements ou, pour reprendre la terminologie propre à Roger Bastide, aux continuités/ discontinuités intervenant dans les habitudes alimentaires et la conception du « bien manger »¹¹ de « migrant(e)s »¹² « sénégalais(e)s » à la retraite (ou ayant cessé toute activité professionnelle pour les femmes,) et pratiquant des allers-retours entre la France et le Sénégal.

Ainsi, ai-je pris en compte les effets, directs et indirects, à court et long terme, de la mise en position de minorité ethnique, du vieillissement, de la retraite, de la mobilité géographique entre Dakar, M'Bour et Bordeaux sur les pratiques alimentaires, en lien avec la santé et l'entretien du corps. Dans cette enquête, je m'attache à comprendre (à travers les discours et les pratiques sur l'alimentation et la santé), comment les normes alimentaires

11. Cette étude porte donc sur la construction sociale du « bien manger » et met en évidence le décalage entre ce que l'on pense, la norme, et ce que l'on fait, la pratique. On verra comment la médicalisation des aliments de plus en plus présente en France dans les médias, les institutions médicales, l'école, n'épargne pas les retraités et leurs familles concernés par cette recherche. Les problèmes de surpoids ou de sous poids, les considérations esthétiques et diététiques présentes dans les discours des Sénégalais à la retraite m'ont amenée à constater la pénétration des normes alimentaires et sanitaires dans leurs conceptions de l'alimentation quotidienne (reste à voir si elles le sont dans la pratique...). Reprenant le discours majoritaire, ils « satanisent » certains aliments « sénégalais » ou « américains » alors que, nous signale POULAIN (Jean-Pierre), *Manger Aujourd'hui, Attitudes, normes et pratiques*, 2002, Paris, Ed. Privat. « les décisions alimentaires ne sont ni des décisions individuelles, ni des décisions rationnellement simples » ; décisions où les dimensions culturelles, symboliques et identitaires ont aussi leur place, ce que je m'attacherai à montrer dans cette recherche.
12. L'usage du terme « immigrés » par le sens commun pour désigner les « Sénégalais » à la retraite mérite qu'on s'y attarde Malgré les regroupement familiaux, l'image dévalorisante, péjorative de « l'immigré » GALLISSOT (René), « Immigrant, Immigré » *Pluriel Recherches, Vocabulaire historique et critique des relations interethniques*, 1993, Paris, L'Harmattan, Cahier n° 1, pp.65-68., par définition de passage, subsiste et...ancr leurs enfants dans une sorte d'extériorité héritée « génétiquement ». Les termes « de la deuxième génération » ou « issus de l'immigration » pour les désigner en témoignent DERUDDER (Véronique), « Ethnicisation », in *Vocabulaire historique et critique des relations interethniques, Pluriel-Recherches*, 1995, Paris, L'Harmattan, Cahier n° 3, pp 42-44. . Si j'utilise tantôt les termes de « migrant » ou de « venant » pour désigner les Sénégalais à la retraite dans cette recherche, c'est pour me distancier de ce vocable « immigré ». Cela me permet aussi de mettre en évidence le passage de la sédentarité en France à la mobilité entre France et Sénégal. Il est également utile de signaler qu'ils restent pour les membres de leur famille du Sénégal, des « re-venants » d'Occident. Cette mobilité pose la question de la participation à plusieurs « scènes » au cours d'une même existence.

adoptées par les uns et les autres en fonction de l'âge, du genre, de la trajectoire sociale, du lieu (ici ou là-bas), sont loin d'être stables et dépendent du contexte politique et des hiérarchies sociales dans lesquels chacun ou chacune est pris mais aussi, des rapports Nord/Sud

Certains paradoxes apparents ont retenu notre attention : en même temps que des émeutes de la faim ont lieu, des maladies chroniques liées au surpoids se développent. La FAO et l'OMS soulignaient, dès 1992, la nécessité de se pencher sur le phénomène de « transition nutritionnelle »¹³ se développant en Afrique : alors que la malnutrition affecte encore une partie de la population au Sénégal, les maladies comme le diabète et l'hypertension sont également présentes. Ces données auront leur importance pour la suite de ma recherche.

Dans cet article, après avoir présenté le cadre théorique dans lequel je m'inscris, je prendrai en compte la manière dont ces migrants retraités et leurs épouses perçoivent leurs pratiques dans le pays d'immigration qu'est la France puis j'exposerai la manière dont au Sénégal, le pays de départ, les pratiques alimentaires de ces hommes et de ces femmes dénommés « venants », rentrent en tension avec celles des membres de leur famille.

Entrecroisements alimentaires ici, là-bas et trajectoires de vie

A travers leur consommation quotidienne et leurs discours à son propos, ces « Sénégalais » retraités et leurs familles (minoritaires au sens sociologique) signalent quelque chose d'eux-mêmes et de la position qu'ils occupent dans la hiérarchie socio-économique du pays d'immigration. M'inscrivant dans le cadre théorique des migrations internationales initié par Bastide, je me réfère à ses recherches sur le processus d'acculturation¹⁴ (1984) en général et sur l'alimentation¹⁵ en particulier (1946, 1960[1970]) ce

13. Le phénomène de « transition nutritionnelle » qui implique la densification calorique des aliments ainsi que la réduction de l'activité physique se manifeste par l'apparition de ce que l'on appelle dans le monde médical « les maladies de surcharge ».

14. Nous entendons par acculturation, non pas une perte irréparable mais plutôt un mouvement, un rapprochement entre cultures par les individus qui les portent. Selon Bastide, pour éviter la réduction des faits sociaux à des faits culturels, il faut replacer le processus d'acculturation dans les cadres sociaux de la société concernée. La notion d'acculturation, telle que nous l'utilisons, tient donc compte des résistances, des syncrétismes et des recompositions culturelles des personnes mises en contact. Pour une définition plus approfondie, on peut se référer à Bastide (Roger), "Acculturation", in *Encyclopedia Universalis*, 1984, pp. 1-114.

15. Rapidement, on peut dire que Bastide montre (grâce à des observations mais aussi à l'analyse des recettes des Yoruba au Brésil), comment il y a eu acceptation de la cuisine africaine à Bahia mais, en même temps, des transformations de cette cuisine pour l'adapter aux goûts des Portugais majoritaires (sociologiquement parlant) à l'époque.

qui, en tenant compte des relations interethniques et des hiérarchies sociales dans lesquelles ce processus s'effectue, permet d'avoir une définition dynamique des cultures des migrants à l'intérieur desquelles l'alimentation s'inscrit.

A sa suite, je me suis demandée si le contenu des bols des Sénégalais retraités de Bordeaux avait suivi le « goût des Français » en matière de ce qui était « bien » ou « bon » à manger ? Et réciproquement, si l'Afrique et l'Europe ne s'étaient pas déjà rencontrées dans les cuisines de ces familles sénégalaises avant même que celles-ci ne viennent en France ? Aujourd'hui n'y a-t-il pas, à travers la globalisation, des influences des manières de manger françaises sur celles du Sénégal et vice versa ?

Ce processus « d'entrecroisement des cultures alimentaires », certes asymétrique, ne se perpétue-t-il pas aujourd'hui par les allées et venues de ces migrants âgés entre Dakar et Bordeaux mais aussi, du fait de la globalisation des échanges économiques et de la circulation des informations par les médias¹⁶ ?

Ce que nos premières observations montrent au sujet de ces « Sénégalais » à la retraite, en position de minorité ethnique, c'est qu'ils ont pu et peuvent participer à des « scènes » (temporelles mais aussi spatiales) multiples relevant de l'alimentation. Ils sont placés en face de plusieurs types d'aliments et de manières variées de pouvoir se les procurer, les apprêter, les considérer, enfin les manger. L'offre d'aliments s'est multipliée, en France, par l'arrivée sur le marché de produits dits « exotiques » et de produits labélisés « halal », « bio », « du terroir ». Au Sénégal aussi, ils constatent la multiplication de l'offre des produits de l'industrie agro-alimentaire dans les supermarchés ainsi que l'apparition de « produits locaux »¹⁷ sur les panneaux publicitaires des grandes villes,

16. APPADURAI, (Arjun), *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, 2001, (1996) Paris, Payot, Collection petite bibliothèque Payot.

17. La Laiterie du Berger faisait l'an dernier une campagne de publicité (les affiches montrant la photographie d'un berger et ses vaches), pour ses yaourts, crèmes fraîches provenant directement de lait de collecte et de vaches laitières élevées au Sénégal (contrairement, sous-entendu, aux autres fabricants qui confectionnent à base de lait en poudre venu des marchés européens). Depuis septembre 2009, la Laiterie du Berger a mis son berger et ses vaches « en veille » pour lui préférer une publicité « moderne » aux couleurs vertes éclatantes. La laiterie a constaté que l'aspect « rural » de sa publicité n'entraînait pas l'adhésion de tous et notamment celle des classes défavorisées. Comme le note BRICAS (Nicolas), « L'alimentation des villes du Sud : les raisons de craindre et d'espérer, *Cahiers d'études et de recherches francophones/Agricultures. L'alimentation des villes*, Janvier-Février 2004, Volume 13, Numéro 1, pp.10-4, à partir des années 2000, l'idée de « la qualité » apparaît sur les marchés africains, « alors que la question de l'alimentation des villes se posait plus en termes de quantité (ravitailler les villes semblait le principal défi),, nombre de travaux récents insistent sur la segmentation des marchés et le rôle de la qualité dans la compétitivité des produits ». Selon lui, « l'une des idées communément admises dans les pays du Nord, selon laquelle la qualité était une question réservée aux sociétés de

juxtaposés avec ceux vantant la richesse de tel ou tel yaourt ou beurre ou la pureté de l'eau. Leur pouvoir d'achat en France et au Sénégal diffère toutefois. De plus, dans ce système alimentaire fort complexe au cœur duquel ils se situent, s'est aussi glissé, en France, ces dernières années, l'« obligation de bonne santé » par l'ingestion d'une alimentation « saine » et « équilibrée »¹⁸ tandis qu'en Afrique des émeutes de la faim ressurgissaient. Cette diversité de références, d'offres et de pratiques en matière de modèles alimentaires va avoir des conséquences sur les manières de considérer leurs modes de consommation en terme de « goût » et de « santé » tant en France qu'au Sénégal.

Je pose, alors, l'hypothèse que, au moment où ces migrants vieillissent, les énoncés et les pratiques alimentaires perdurent et se transforment, à la fois dans leurs relations à ce qui est considéré comme « bon à manger » et « bon pour la santé », en fonction du contexte contemporain français, (plus particulièrement en ce qui touche la santé), mais aussi en fonction de l'état des relations interethniques (valorisation de l'identité nationale, chasse aux sans papiers, violences urbaines de 2005, chômage). A cela s'ajoute l'intérêt porté par les majoritaires aux produits « africains », à la musique « africaine ». De la même manière, au Sénégal, ces énoncés et ces pratiques vont perdurer ou se transformer en fonction de la place que va occuper le ou la « venant(e) » dans les rapports hiérarchisés aux membres de sa famille, aux institutions locales : douanes, réseau parlementaire Migrations/Emigration, projet de développement et réinsertion économique des migrants, centres de santé, hôpitaux, cliniques. Les rapports entre Etats (accord franco-sénégalais sur la gestion concertée des flux migratoires en septembre 2006, contrôles des importations alimentaires...) auront aussi leur rôle.

satiété, vole en éclat. Même si leur pouvoir d'achat est faible et limite justement les efforts des producteurs pour améliorer la qualité des aliments, les consommateurs du Sud se révèlent exigeants ». Toutefois, il démontre dans son article combien « la qualité » ne se limite pas, pour les urbains sénégalais, à rejeter les produits locaux au profit des produits importés. Selon Nicolas Bricas, ils diversifient leur alimentation et ce n'est pas parce qu'ils adoptent des produits exogènes qu'ils adoptent les manières de manger de l'Occident. Finalement, la qualité se construit entre milieu interne et externe. La laiterie du berger produit de la qualité mais aussi de la modernité. Quant au riz... Sur RFM, le mardi 4 novembre 2009, les journalistes s'interrogeaient sur les raisons qui poussent les Sénégalais à préférer le riz de Thaïlande au riz sénégalais. Le journaliste concluait en se demandant si les Sénégalais étaient les seuls à préférer ce qui venait de l'extérieur ? Pourtant , mes observations sur le « terrain » montrent que ce riz importé n'empêche pas non plus les Dakarais de considérer le contenu de leur assiette comme étant absolument sénégalais et de « qualité ».

18. HUBERT(Annie), « L'anthropologie nutritionnelle : aspects socioculturels de l'alimentation », « Cahiers d'études et de recherches francophones », 1991, *Santé*, n°2, vol 1, pp.165-168.

Fragments de vie, fragments culinaires et rapport à la santé

Ces familles sénégalaises vivent en migration une situation complexe en ce qui concerne les pratiques alimentaires et la santé. Elles sont face à plusieurs types de références tant en ce qui concerne les aliments à manger que la manière de les préparer, de les ingérer et de considérer leur valeur sanitaire.

Les premiers récits de vie alimentaire que j'ai recueillis auprès des retraités et de leurs épouses (et qu'il serait trop long d'exposer ici), mettent en évidence les contraintes économiques et les nouvelles normes alimentaires et sanitaires auxquelles ils ont été confrontés tout au long de leur installation à Bordeaux et qu'ils ont en partie intégrées. Mais ces récits montrent aussi et surtout que ces reconstitutions alimentaires ne prennent sens que par rapport au présent : la fin de leur salariat. Salariat qui, seul, selon eux, justifiait leur présence en France.

Par ailleurs, les ingrédients de leur présent sont multiples : le sentiment de non-reconnaissance de leur participation à l'enrichissement de la France (mis en parallèle à la non-reconnaissance de la place des tirailleurs sénégalais), le vieillissement de leur corps, (caractérisé par l'hypertension, le diabète et l'arthrose), l'installation définitive de leurs enfants en France, le racisme vécu par eux-mêmes et leurs enfants, le sentiment de culpabilité par rapport à la famille restée au Sénégal. De plus, ils opposent la valorisation du statut de « vieux » au Sénégal au « jeunisme » présent en France qui, selon eux, relèguerait hors la société les retraités, inactifs, inutiles...

A travers ces récits alimentaires et les observations effectuées tant en France qu'au Sénégal, on s'aperçoit que leur identité -en constant débat- connaît bien des vicissitudes. Ces hommes disent volontiers puiser dans le registre culinaire tant « sénégalais » que « français » s'opposant aux pratiques culinaires de leurs femmes, considérées tantôt trop « sénégalaises », trop grasses, trop importantes en quantités, tantôt trop « françaises », voire mauvaises pour leur santé : une cuisine en trois minutes, à base de surgelés à réchauffer, les obligeant parfois à s'approvisionner eux-mêmes et à se faire, eux-mêmes, ce qu'ils appellent une « bonne cuisine ». Il s'agit, pour certains, d'une cuisine de « vieux » qu'il faut « soigner », qui demandent « de l'affection », « du temps », « une cuisine légère » contrairement à celle de leurs épouses qui sont « jeunes » et peuvent manger comme les enfants (nous verrons que cette réflexion a toute son importance).

Au moment de mes observations, l'alimentation fait l'objet de conflits conjugaux (où la question de l'argent¹⁹ est certes centrale mais pas seulement). Elle met en évidence les transformations des préparations culinaires du fait, selon eux, du salariat des femmes qui est vécu comme une entrave à leur « bon vieillissement » (obligation d'assumer l'approvisionnement, les tâches ménagères, solitude au moment du repas, cuisine vite faite)... De fait, les femmes possèdent une grande autonomie dans l'organisation de la préparation des repas. Contrairement aux hommes, leur cuisine m'est exprimée sur le mode de la « continuité » avec le Sénégal, tout en évoquant, pour les plus âgées, les difficultés qu'elles ont eues, au départ, à « cuisiner comme au Sénégal » du fait de l'absence d'ingrédients de base tels le mil, le fonio, le gombo, l'oseille africaine, le gros piment, le manioc. « Enfin, un Chinois s'installe rue Fondaudège à Bordeaux » se souvient l'une d'elles. Outre les aliments déjà cités, elles s'y approvisionnent en « petit riz » ou brisures de riz. « Les Français ne mangent pas le même riz que nous ». Toutes font le récit de leur approvisionnement en ingrédients « africains », les amenant à circuler avec leur mari (situation nouvelle car l'approvisionnement est plutôt féminin ou se fait plutôt séparément) dans les diverses alimentations *chinoises* puis *hindous de Bordeaux*. Elles attendaient aussi le retour de Paris d'un compatriote à qui elles avaient passé commande et qui allait directement s'approvisionner chez les commerçants sénégalais. Des aliments de substitution ont aussi permis de « continuer » à cuisiner comme au pays: le couscous de blé vendu en supermarché, la dakatine pour le maffé aux Nouvelles Galeries, le poisson local au Marché de Capucins ou par le réseau des pêcheurs sénégalais d'Arcachon²⁰.

Depuis, l'offre s'est considérablement multipliée suivant le fantastique essor du marché de « l'exotique » en France. Mais si la référence aux pratiques alimentaires de la société d'origine reste très mobilisée dans leurs discours et pratiques, elle entre toutefois en concurrence avec le modèle culinaire français. La société française contemporaine propose une autre manière de concevoir « le manger », qu'elle donne à voir à la télévision par la publicité, les messages de l'INPES qui défilent sur l'écran mais aussi à l'école, dans les centres sociaux...centres sociaux qu'elles ont beaucoup

19. L'argent est considéré comme un moyen de permettre à l'un des deux conjoints de maintenir son pouvoir sur l'autre. Toutefois, au fil de l'installation, la prise en charge financière totale de l'approvisionnement par les hommes se trouve modifiée du fait du salariat des femmes et de l'obtention du permis de conduire. Elles sont également organisées en associations autonomes (l'association des femmes *serere* par exemple), ce qui leur permet d'échapper au contrôle du mari. La maîtrise du budget alimentaire n'est donc plus uniquement réservé au mari et particulièrement au moment de son passage à la retraite où on peut noter qu'il passe souvent aux mains de leurs épouses.

20. Le souvenir des week-ends à Arcachon, logés dans les chambres des pêcheurs, est très vivace dans leurs esprits car il est associé à la consommation de coquillages, de homards...

fréquentés à leur arrivée pour apprendre la langue française, « la cuisine française », et « la diététique pour bien nourrir leurs nouveaux nés »... A l'époque, elles sont loin, disent-elles, d'être insensibles à ces manières de cuisiner car elles les ont vite identifiées à la richesse de l'Occident et ressenties comme porteuses des valeurs de civilité, de politesse, de raffinement²¹ proprement français. Accéder à une alimentation variée toute l'année, pour celles qui viennent de zone où l'autosubsistance était la règle, constituait « une chance pour les enfants qui allaient bénéficier d'une meilleure croissance » (Mariétou, 59 ans, à Bordeaux en juin 2009). Bintou (64 ans, à Dakar en septembre 2009) : « Quand j'ai vu tous ces fruits dans les magasins, j'ai pleuré. J'ai pleuré en pensant à mes enfants restés au Sénégal... Il fallait vite les faire venir pour qu'ils puissent bien grandir ».

De la même manière, éduquer leurs enfants aux manières de table française constituait une ouverture vers la société d'immigration, ouverture associée à une sorte d'ascension sociale (et ce, d'autant plus, que les élites sénégalaises ont en partie adopté la cuisine française comme manière de distinction à Dakar). Mariétou : « On est en France. On a la chance de pouvoir nous ouvrir sur cette cuisine-là... ça n'est pas comme au Sénégal, on n'y aurait pas accès... alors on en profite ». Aussi, ont-elles eu du mal à comprendre, disent-elles, quand elles étaient jeunes mères de famille, que les membres de la société française donnent à leurs enfants un modèle de pratiques alimentaires essentiellement axées sur les normes « diététiques ». C'est au moment où elles sont pour elles-mêmes ou leurs enfants confrontées à la maladie (obésité, cholestérol, hypertension, diabète) que ces valeurs prennent sens.

Toutefois, avec leur salariat, la fréquentation des cantines par leur mari et enfants, elles constatent qu'il est difficile dans le quotidien de se plier à ces règles diététiques. Elles estiment que le mode de vie urbain, qui tend à intégrer les pratiques alimentaires à la fonctionnalité économique, réduisant le temps de préparation des repas et favorisant la consommation en solitaire pour répondre au rythme de travail, n'est pas propice à une « bonne alimentation ».

Finalement, pour ces femmes, l'enjeu diététique n'est pas aujourd'hui situé au niveau d'un choix entre cuisines « sénégalaise » et « française » mais plutôt, dans une situation d'immigration qui est considérée comme déstabilisante pour leur famille. Si le recours à l'alimentation « traditionnelle sénégalaise » (le plus fréquemment après un séjour au pays où elles se sont

21. Selon Jacques Barou, in BAROU (Jacques) et VERHOEVEN (Moniel), « Alimentation et rôles familiaux. La cuisine familiale des immigrés africains », *Ethnologie Française* 1997, n° 27 (1), pp. 96-102. « la complexité des manières de table de la bourgeoisie française n'est pas sans rappeler les rituels de distinction par lesquels les groupes dominants affirment, dans leurs propres sociétés, leur différence par rapport à la masse. »

aperçues de l'écart culinaire entre leurs enfants et leurs neveux) a pu, à un moment donné de leurs parcours (adolescence de leurs enfants), être considéré comme une façon de transmettre les bonnes manières de table²² ainsi que le moyen de « manger équilibré » en opposition aux cantines scolaires. L'alimentation française, considérée comme plus « légère » (les salades de légumes crus sont souvent citées) faite de « petits repas », apparaît, au moment de leur vieillissement et de la retraite de leurs maris, comme un moyen de contrer la maladie (et ce d'autant plus que leurs petits enfants peuvent aussi être suivis par une diététicienne pour cause d'obésité). Un des apports de Bastide, selon lequel les « faits de culture » ne peuvent s'analyser sans tenir compte des « faits sociaux », se constate dans les pratiques et les discours de ces femmes. En effet, mes interlocutrices « font » de la continuité culinaire dans la discontinuité, du fait des rapports sociaux inégaux entre minoritaires et majoritaires en France : menus « sénégalais » et « français » s'entrecroisent dans la semaine en fonction du rythme et de la disponibilité professionnelle des enfants, des petits-enfants, du souci de suivre les prescriptions médicales... ingrédients « français » ou manières de faire françaises pouvant aussi servir à perpétuer un « plat sénégalais ». Les pratiques alimentaires féminines rendent compte de la production de symboles culturels, ethniques, religieux ou sanitaires, réinterprétés, hiérarchisés, opposés tant dans l'alimentation quotidienne que de fin semaine. De plus, toutes privilégient, à travers leur cuisine, la relation avec leurs enfants au détriment de celle avec leurs maris même s'ils s'accordent, hommes et femmes, pour considérer que la situation d'immigration est responsable de la perte de « toutes les valeurs positives » : tant les leurs « sénégalaises » que les « françaises » auxquelles ils sont attachés.

Ainsi, les hommes retraités n'hésitent pas, à s'opposer à leurs enfants qui se disent pourtant « Sénégalais » et « musulmans » mais qui ne mangeraient, selon eux, que des plats « français américanisés » à base de frites, de pâtes, de pizza, de hamburgers, et ce de manière individualiste (en passant par le four micro-onde) ...oubliant de venir déjeuner ou dîner avec eux alors qu'ils sont désormais disponibles. Ils critiquent aussi les enfants qui revendiquent l'usage du label *halal* dans la sélection de leurs aliments

22. Bonnes manières de table souhaitées pour contrer de manière implicite l'incorrection supposée de leur comportement dans l'espace public en France (renvoyée par les médias). Comportement qui ne supporterait pas, selon elles, le regard des « aînés » au Sénégal, aînés dépositaires des valeurs de respect et de civilité. D'ailleurs, nombre de familles ont « envoyé » leurs fils (le plus souvent) en séjour d'un ou deux ans au Sénégal pour les « remettre dans le droit chemin » et, entre autre, manger comme il se doit, « sénégalais », dans le bol commun, en respectant les règles d'aïnesse, la silence à table etc (alors que ces règles sont elles-mêmes en plein bouleversement au Sénégal, du moins à Dakar).

alors qu'eux-mêmes y voient un danger²³ pour leur santé du fait, selon eux, du manque de contrôle sanitaire sur l'origine de la viande. La relégation des manières de manger « sénégalaises » sans acquisition en retour de manières de manger françaises « correctes » vues à la télévision (avec des manières de tables distinguées, respectant un équilibre entre viandes et légumes, sans trop de matières grasses) n'est pas un problème anecdotique pour ces retraités surtout quand leurs femmes s'associent à ces changements. C'est pour eux, outre la crainte que leurs enfants développent plus tard des maladies de surpoids « comme les américains » ou soient infectés par des maladies nouvelles, le reflet d'une modification profonde des rôles familiaux qu'ils ne maîtrisent pas.

Le « savoir-pouvoir »²⁴ des venants

De retour au Sénégal de manière temporaire, ces Sénégalais à la retraite (hommes ou femmes) sont confrontés à d'autres différences. Ils arrivent avec des habitudes d'achat, achat des produits de l'industrie agro-alimentaire, d'aliments contrôlés... mais aussi un système de valeurs où l'alimentation est devenue un « problème » en terme de diététique, d'hygiène, d'entretien du corps. Ils craignent alors d'être repoussés au-delà de la frontière ethnique dite « sénégalaise » par les membres de la famille restés au pays, surtout lorsqu'ils remettent en question, de façon trop radicale leur manière de s'alimenter, la question de l'hygiène étant souvent centrale. Tijane (65 ans à Dakar) : « ils me disent que je suis un *Toubab* (blanc) quand je critique leur manque d'hygiène. » Au Sénégal comme en France, ça n'est que lorsque la maladie survient que les « propositions diététiques » de l'émigrant prennent sens (isolement alimentaire du diabétique par exemple, diminution des quantités, du sel, du gras, obligation de maigrir).

Ces propositions diététiques transférées prennent sens d'autant plus fortement que les valeurs nutritionnelles présentes au Sénégal par le biais du retour de certains travailleurs comme des ONG et de l'aide au développement participent aux manières de se nourrir des classes sociales moyennes et aisées. Au Sénégal, la place des prescripteurs de normes provoque, chez ceux qu'ils ou elles aident une certaine ambivalence du fait même des conseils donnés. Et ce d'autant plus qu'au Sénégal (du moins dans les classes sociales aisées), on attend dans le même temps du migrant qu'il ait adopté les normes occidentales alimentaires pour lui-même. De fait, ces prescriptions sont

23. Cette opposition autour du label *halal* entre « pères » et « enfants » est en cours d'analyse comme je l'ai fait au sujet des familles d'ouvriers agricoles venues de Tunisie, du Maroc ou d'Algérie s'installer dans le vignoble bordelais.

24. En référence au concept de FOUCAULT (Michel), *La volonté de savoir*, 1976, Paris, Gallimard.

énoncées autant pour soi que pour les autres, tant l'apparition d'une maladie comme le diabète chez un des membres de sa famille, par exemple, est vécue comme porteur de risque pour soi-même. Les normes alimentaires d'hygiène et les conseils donnés entrent dans des jeux de pouvoir et de distinction sociale au sein même des familles. Indépendamment de sa situation sociale en France, celui qui a migré devient un prescripteur de normes par le partage du monde des « Occidentaux ».

Il permet dans le même temps, par son aide financière, d'accéder à la technologie de l'Occident. Il participe donc autant à la consolidation / perpétuation des pratiques alimentaires du pays d'origine qu'à leur transformation. Par exemple, un « venant » en apportant régulièrement des médicaments mais aussi un testeur de glycémie à sa sœur diabétique lui permet de manger de temps en temps avec la famille et de rompre son isolement. Dans ce contexte, les problèmes de santé liés à la transition nutritionnelle²⁵ se pose avec plus d'acuité. Le contexte international « d'insécurité alimentaire » mais aussi, de remise en cause du « progrès » (les médecines dites « traditionnelles » ressurgissent comme en Occident d'ailleurs,) aggravé par le fait qu'accéder au monde médical devient de plus en plus coûteux et inaccessible, rend complexe le « savoir médical » acquis en France par ces retraités car perçu comme un pouvoir supplémentaire (celui de leur pensions de retraite, 15 fois supérieures à celles de leurs congénères sénégalais). Cette remise en question du savoir-pouvoir des venants peut se combiner à la remise en question de l'idéologie du « progrès », à laquelle le « venant » à la retraite est accusé/envié d'appartenir.

En conclusion, cette incursion dans les pratiques alimentaires quotidiennes des retraités « Sénégalais » de Bordeaux revenant au Sénégal, met en évidence la pluralité des situations et des identifications individuelles en fonction du genre, de l'âge et de la classe mais aussi des contextes. Il est donc intéressant d'émettre, pour le cas de ces retraités redevenus mobiles, cette hypothèse de Bernard Lahire sur « l'incorporation par chaque acteur d'une multiplicité de schèmes d'action, d'habitudes (de pensées, de langage...) qui s'organisent en autant de répertoires que de contextes sociaux pertinents qu'il apprend à distinguer »²⁶. Comme en témoigne leurs pratiques alimentaires, les retraités sénégalais pratiquant les allées et venues ne seraient donc pas forcément des « agents doubles »²⁷, doublement absent mais des « combinards ».

Dans ces combinaisons possibles, les identités nationales française et

25. MAIRE (Bernard) et DELPEUCH (Francis) , « La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement », *Cahiers agricultures*, 2004, n° 13, pp. 23-30.

26. LAHIRE (Bernard), *L'homme pluriel Les ressorts de l'action*, 1998, Paris, Nathan, p. 46

27. *ibid.*, p. 47

sénégalaise²⁸ m'ont paru constituer les références les plus transversales certainement, comme le note Denys Cuche²⁹, parce que « l'Etat-nation moderne se montre infiniment plus rigide dans sa conception et son contrôle de l'identité que ne l'étaient les sociétés dites « traditionnelles » ». Les discussions, de ces retraités, autour des changements alimentaires liés au vieillissement, à la santé, mettent en évidence les modifications incessantes des prescriptions alimentaires, très fréquemment conçues dans le discours savant comme dans celui du sens commun, comme relevant d'un « noyau dur » culturel transmissible de manière immuable. La construction sociale du « bien manger » par mes interlocuteurs, ici recontextualisée dans des relations familiales en France et au Sénégal, montre sa labilité qu'elle fonde sur un discours médical, religieux ou identitaire...

BIBLIOGRAPHIE

- ABELES (Marc), *Anthropologie de la globalisation*, 2008, Paris, Payot.
- APPADURAI, (Arjun), *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, 2001, (1996) Paris, Payot, Coll petite bibliothèque Payot.
- ATTIAS-DONFUT (Claudine), *L'enracinement : enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, 2006, Paris, Armand Colin.
- BARTH, (Frédéric), *Ethnic Groups and Boundaries : The Social Organisation of Cultural Differences*, London and Oslo, 1969, Allen and Unwin & Forgelet.
- BASTIDE (Roger), « Acculturation », in *Encyclopedia Universalis*, 1984, pp. 114-117.
- BRICAS (Nicolas), « L'alimentation des villes du Sud : les raisons de craindre et d'espérer », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Agricultures. L'alimentation des villes*, Janvier-Février 2004, Volume 13, Numéro 1, pp.4-10.
- COUDERC (Mathilde), « *Les retraités sont fatigués* » : *le traitement social des personnes âgées retraitées à Dakar*, Mémoire de DEA sous la direction d'Alice Desclaux et de Bernars Taverne, 2005, Univ Aix Marseille III, p.14.

28. Au-delà de la relation interpersonnelle avec l'anthropologue française que je suis évidemment favorable à la mise en exergue de ces deux références nationales.

29. CUCHE, (Denys), *La notion culture dans les sciences sociales*, 1996, Paris, Collection repères, La Découverte.

- CRENN (Chantal) et DELAVIGNE (Anne-Elène) « méthodes en anthropologie de l'alimentation », *L'anthropologie biologique du vivant : nouveaux objets, nouvelles méthodes*, édition en ligne du CNRS (à paraître).
- CUCHE, (Denys), *La notion culture dans les sciences sociales*, 1996, Paris, Coll repères, La Découverte.
- DERUDDER (Véronique), « Ethnicisation », in *Vocabulaire historique et critique des relations interethniques, Pluriel-Recherches*, 1995, Paris, L'Harmattan, fascicule 3, pp.34-40.
- DIOP (Moumar-Coumba), *Le Sénégal des migrations, mobilités, identités et sociétés*, 2008, Paris, CREPOS, Karthala, ONU Habitat.
- DUMONS Bernard, POLLET (Gérard), « retraité, une identité sociale nouvelle ? », *Ethnologie française*, XXIV, n° 4, 1994, pp. 790-799.
- FOUCAULT (Michel), *La volonté de savoir*, 1976, Paris, Gallimard
- HUBERT (Annie), « L'anthropologie nutritionnelle : aspects socioculturels de l'alimentation », « Cahiers d'études et de recherches francophones », 1991, *Santé*, n°2, vol 1, pp.165-168.
- FALL (Mar), *Des Africains noirs en France : des travailleurs sénégalais au ... Blacks*, 1986, Paris, L'Harmattan.
- GALLISSOT (René), « Immigrant, Immigré » *Pluriel Recherches, Vocabulaire historique et critique des relations interethniques*, 1993, Paris, L'Harmattan, Cahier n° 1, pp.65-68.
- LAHIRE (Bernard), *L'homme pluriel Les ressorts de l'action*, 1998, Paris, Nathan.
- MAIRE (Bernard) et DELPEUCH (Francis), « La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement », *Cahiers agricultures*, n° 13, 2004, pp. 23-30.
- MARIE (Alain), ed *l'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, 1994, Paris, Karthala.
- PALOMARES (Elise), « les cadres sociaux de l'identification culturelle », *Bastidiana, Cuisine, alimentation, métissages*, 2000, n° 31-32, pp. 207-224.
- POULAIN (Jean-Pierre), *Manger Aujourd'hui, Attitudes, normes et pratiques*, 2002, Paris, Ed. Privat
- SAYAD, (Abdelmalek), *La double absence*, 1999, Paris, Seuil.

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DÉPLACÉS DE LA CRISE IVOIRIENNE A ABIDJAN¹

KOFFI Brou Emile*

Abstract

The crisis caused a massive exodus of the populations, fleeing the zones of conflict, in direction of the countries bordering, the areas under control of the national army and mainly the town of Abidjan. About 1.300.000 people have moved to Abidjan as refugees. Vis-a-vis the urgency, a system of assumption of responsibility of moved was imagined and implemented in a country where the policy of social security (A.M.U) was still under discussion. Supported on medical establishments presenting of the varied technical plates, this device mobilized a plurality of actors. In addition to the State and the decentralized communities (general municipalities, districts and councils), the device had to make a place with the actors of the private sector like to the associative sector.

Key words: Crisis - moved - Abidjan - Catch of load - Health - medical formations

INTRODUCTION

Dans les années fastes de l'économie ivoirienne, les autorités avaient adopté la gratuité des prestations de services de santé dans les établissements publics : médicaments, consultations, etc. A partir de 1980, la crise économique et les politiques d'ajustements structurels imposés par les

1. Article élaboré à partir d'une communication présentée au colloque international « santé et mobilités au nord et au sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques » à Dakar (30 septembre 2009) organisé par Amades.

* Géographe, Maître Assistant, Université de Bouaké (Côte d'Ivoire).

baillleurs de fonds conduisent à un désengagement progressif de l'État -et même souvent brutal- des secteurs non productifs.

Les prestations sociales en général et sanitaires en particulier sont soumises à des recouvrements de coût à la charge des usagers. Afin de permettre aux citoyens de bénéficier des soins de santé à moindre coût, les nouveaux dirigeants ivoiriens avaient initié un programme d'Assurance Maladie Universelle (AMU). Les textes étaient à l'étude lorsqu'éclate la rébellion² en septembre 2002. Les « rebelles » se replient sur la moitié nord du pays dont ils prennent le contrôle. La multiplication des fronts de guerre, de septembre à décembre 2002, s'est traduite par l'exode massif des populations installées dans les différentes régions de belligérance vers les régions sous contrôle de l'armée nationale, considérées comme plus sécurisées. Cette sécurité intègre la sauvegarde de l'intégrité physique et morale, celle des biens, mais aussi celle des libertés de mouvements et des facilités d'accès aux services socio-collectifs. Ainsi, Abidjan est demeurée la principale destination finale des populations déplacées, surtout pour celles qui sont natives des régions de belligérance. Elle l'a été également pour les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. État ou sociétés privées, les employeurs des salariés fuyant les zones de guerre, étaient basés à Abidjan, localisation de leurs sièges respectifs.

Face à l'affluence des déplacés, l'État a dû mettre en place une stratégie d'assistance dans différentes régions mais surtout à Abidjan. Le ministère de la santé et ses différentes structures furent particulièrement sollicités, à travers un système public de prise en charge de ces déplacés. Un autre système de prise en charge des déplacés a été expérimenté dans quelques établissements de santé à base communautaire par la fédération des associations de santé communautaire.

Appuyé sur des établissements sanitaires présentant des plateaux techniques variés, ce dispositif a mobilisé une pluralité d'acteurs. Outre l'État et les collectivités décentralisées (municipalités, districts et conseils généraux), le dispositif a dû faire une place aux acteurs du secteur privé ainsi qu'au secteur associatif...

Au-delà de l'urgence, s'agit-il d'un dispositif fondateur d'un système national de prise en charge ? L'objectif de cet article est de présenter et d'analyser cette expérience, originale en certains points.

2. En fait, c'est une tentative de coup d'État qui ayant échoué, conduit les putschistes et mutins à se replier vers le nord où ils se transforment en mouvement de rébellion.

Cette contribution est basée sur l'exploitation des résultats d'une enquête pour le compte de la Direction Régionale de la Santé d'Abidjan Lagune, effectuée en 2004 et du dépouillement des données techniques recueillies auprès des services de santé.

Les enquêtes, par questionnaire, ont été menées dans une quarantaine de formations sanitaires, réparties dans toutes les communes d'Abidjan et relevant des différents districts sanitaires de la ville. Elles ont été réalisées lors des six premiers mois de la crise, soit d'octobre 2002 à avril 2003.

Les données des registres de consultation ont été exploitées dans les services de santé. Quant ces registres étaient inexistant, nous nous rabattons sur les fiches individuelles de prise en charge délivrées par les instances compétentes : ministère de la santé, mairie, formations sanitaires, etc. Dans quelques rares centres, il a été possible de consulter à la fois les registres et les fiches individuelles (Yopougon Attié, Abobo Sud et Attécoubé).

L'exploitation de ces différentes sources a permis de dénombrer 7 690 déplacés au niveau des 37 formations sanitaires visitées. Un bref rappel du contexte de la crise suivi d'une esquisse du profil des déplacés ; une présentation du dispositif de prise en charge, et de son fonctionnement ; une analyse des apports de ce dispositif et des perspectives tels sont les axes structurants de la communication.

I. BREF RAPPEL DU CONTEXTE DE LA CRISE

Présenté à ses débuts comme une révolte de jeunes soldats, le mouvement du 19 Septembre 2002 se révèle comme une rébellion armée, qui occupe dans un premier temps la moitié du territoire ivoirien avant de prendre des dimensions régionales. La crise ivoirienne affectera des pans entiers de l'économie de certains pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger). Il s'en suivra un vaste déplacement interne de populations, mais aussi des flux de réfugiés dans les pays voisins (Libéria, Mali, Guinée, etc.) et du retour forcé d'immigrants de la sous-région dans leurs pays d'origine, notamment le Burkina Faso et le Mali.

L'ampleur de cette crise se mesure d'abord par le nombre de personnes déplacées. Si de façon unanime, toutes les sources reconnaissent l'ampleur des déplacés du fait de la guerre, les données statistiques varient profondément. Selon les sources des organismes humanitaires, le nombre

d'individus ayant fui s'élèverait à un total d'au moins 1 300 000³ personnes. De cet effectif, entre 600 000 et 800 000 personnes proviendraient du nord et du centre du pays et 300 000 de l'ouest. Une étude gouvernementale a estimé le nombre de déplacés à 709 377 personnes dont 69% ont trouvé refuge à Abidjan⁴, la capitale économique.

D'un point de vue territorial, par contre, l'insurrection armée a abouti à une partition presque égale (cf. carte 1). Les mouvements rebelles (MPCI, MPIGO et MJP) regroupés désormais sous l'appellation de « forces nouvelles » contrôlent un peu plus de la moitié nord du pays avec les villes importantes telles que Bouaké, Korhogo, Katiola, Odienné et Ferkessédougou et Man et les régions frontalières avec le Burkina Faso, le Mali et la Guinée.

Le gouvernement, quant à lui, contrôle un peu moins de la moitié de la superficie du territoire national, dans la partie méridionale du pays, qui comprend toute la zone côtière.

3. Côte -d'Ivoire : Humanitarian operations threatened by lack of funds, Abidjan, 4 février 2003, *IRIN*.

4. Ministère de la solidarité et des victimes de Guerre, 2007, Conditions de vie des personnes déplacées et des familles d'accueil en zone gouvernementale : résultats de l'enquête, FNUAP-ENSEA, 184 p.



Il est intéressant de souligner que le territoire sous contrôle des forces loyalistes est néanmoins la partie riche du pays, où se trouve la quasi-totalité des structures de production et les voies d'accès et de transit les plus importantes (aéroport international d'Abidjan, port d'Abidjan et port de San Pedro). Une ligne de démarcation, « zone de confiance », est instaurée entre les forces loyalistes et les forces rebelles depuis la signature du cessez-le-feu du 17 octobre 2002 et tenue par les forces impartiales (Onuci et Licorne).

II. ESQUISSE DU PROFIL DES PATIENTS DÉPLACÉS

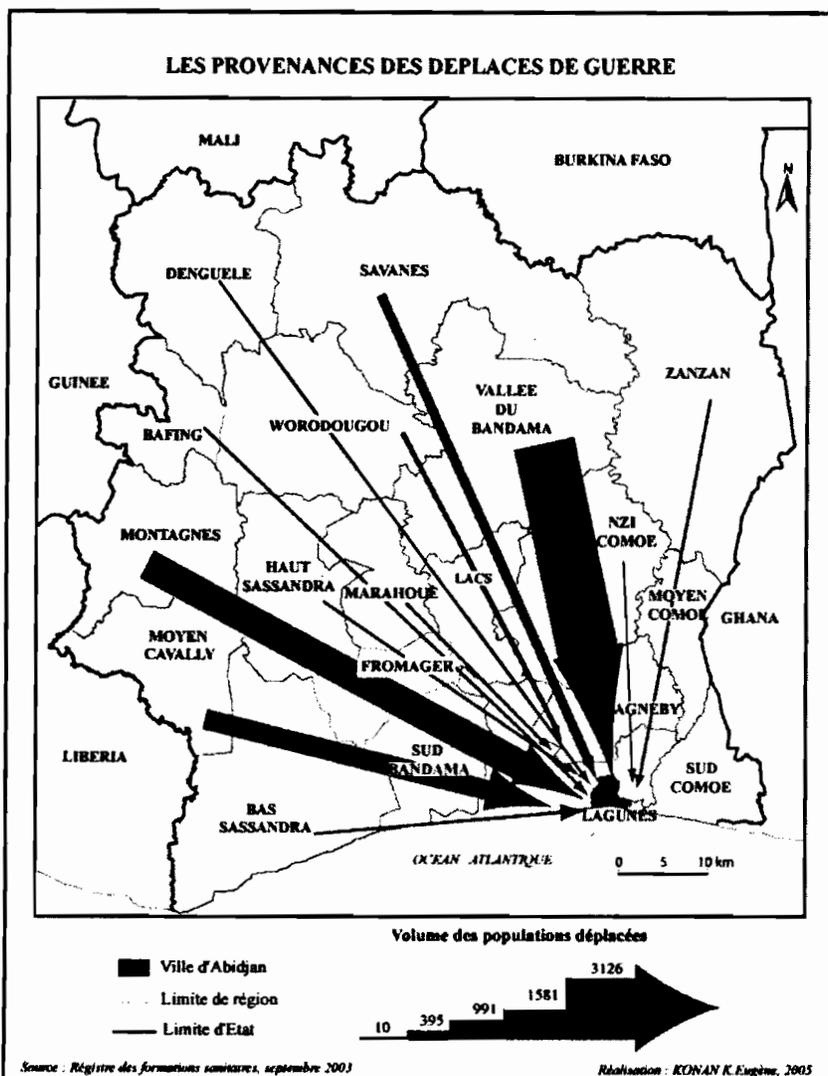
Au-delà des provenances géographiques, le profil intègre les caractères démographiques et socioéconomiques des déplacés. Les profils

pathologiques et les conditions sanitaires de consultation sont présentés et analysés.

Les régions de provenance des déplacés

On s'intéresse aux régions habitées au moment du déclenchement de la crise et non à celles de naissance, dans le contexte, rappelons le, d'un pays d'immigration et de forte mobilité qu'est la Côte d'Ivoire.

Les déplacés proviennent de la quasi-totalité des régions affectées par la crise (cf. carte 2). Situées dans la « zone de sécurité », sous contrôle de l'armée nationale et des forces d'interposition, n'y figurent pas les régions de l'Agnéby, du Sud Comoé, de l'Indénié, du Sud-Bandama et des Lagunes.



La Vallée du Bandama représente à elle seule 40,7% des déplacés recensés dans les registres de consultation, suivie par les Montagnes (20,6%) et le Moyen Cavally (12,9%). Alors qu'elles figurent parmi les premiers terrains d'affrontement, les Régions du Denguelé et du Worodougou enregistrent des fréquences marginales, au même titre que la Région des Savanes. Est-ce le signe d'un exode plus timide, dans ces régions vers

Abidjan ? On pourrait émettre l'hypothèse ces populations se sont réfugiées au Mali, en Guinée, au Burkina Faso ou ont intégré la rébellion. Une évaluation de la pression des déplacés dans les pays frontaliers du Nord ivoirien serait un bon moyen de vérifier cette hypothèse. Signe d'une faible capacité de ces régions à attirer des migrants et à les sédentariser ? Les cas du Haut Sassandra et du Zanzan peuvent renvoyer à des hypothèses similaires. Toutefois, il faut relever qu'il s'agit de Régions incluses dans la zone dite de confiance.

Les populations jeunes et féminines, les plus affectées

Les femmes et les enfants sont les populations les plus vulnérables lors des conflits armés. Cette frange de la population est la première à fuir les zones de belligérance alors que les hommes restent sur place pour sécuriser leurs biens. La répartition des déplacés reçus dans les formations sanitaires selon le sexe affiche un effectif de femmes plus élevé que les hommes : 3 131 hommes pour 4 126 femmes soit respectivement 43,3% et 56,7% de cette population. Au niveau de l'agglomération, les proportions sont de 52% de femmes et 48% d'hommes⁵. Le déficit de sécurité a été le motif de départ le plus cité : 81 % des femmes ont évoqué des questions de sécurité contre 76 % des hommes.

Une diversité des professions représentées

Les déplacés de guerre s'inscrivent sur une longue liste de professions (cf. tableau 1).

En dehors des ménagères (939), des élèves (1 053) et des étudiants (213), les groupes de professions les plus représentés sont les commerçants (336), devant les agriculteurs (214) et les enseignants (212). Les gardes de sous-préfectures, les employés régies financières, les employés municipaux, les surveillants des établissements pénitenciers, les acteurs évoluant dans le secteur informel complètent la liste.

5. Ministère de la solidarité et des victimes de Guerre, *op. cit.*

Tableau n°1 : Répartition des déplacés selon les professions ou les études

Activités /Professions	Effectif	%
Elèves	1 053	26,5
Etudiants	216	5,4
Commerçants	336	8,4
Travailleurs agricoles	214	5,4
Personnels enseignants	212	5,3
Couturières	194	4,9
Personnels sociaux et de santé	76	1,9
Coiffeuses	67	1,7
Chauffeurs	58	1,5
Secrétaires	53	1,3
Autres professions	430	10,8
Ménagères	939	23,6
Sans emploi	80	2,0
Retraité	51	1,2
Ensemble	3 979	100,0

Sources : Registres des formations sanitaires, septembre 2003

L'analyse fine de ces professions déclarées corrélée aux résultats des études sur la structure des emplois dans les régions de départ, permet de caractériser ces déplacés comme des travailleurs relevant massivement de l'administration et secondairement seulement du secteur privé, avec une prédominance de la sphère dite informelle de ce secteur. La proportion non négligeable de ménagères confirme le poids des déplacés de sexe féminin (*cf. supra*), de même que la prédominance des jeunes apparaît nettement dans la forte représentation des élèves et étudiants et des enfants⁶.

6. RIEU, 2004 - L'impact de la crise sur les établissements sanitaires d'Abidjan, Abidjan, 59p.

Tableau n°2 : Répartition des déplacés selon l'âge et le sexe

Classe d'âge	Sexe		Total	
	Masculin	Féminin	Effectif	%
01-05 ans	679	606	1 285	17,7
06-10 ans	266	193	459	6,3
11-15	185	204	389	5,4
16-20	235	300	535	7,3
21-25	251	377	628	8,6
26-30	253	380	633	8,7
31-35	175	360	535	7,3
36-40	175	299	474	6,5
41-45	103	250	353	4,9
46-50	123	171	294	4,0
51-55	89	119	208	2,9
56-60	45	84	139	1,9
61-65	46	87	133	1,8
66-70	27	51	78	1,0
71-75	17	23	40	0,5
76-80	11	5	16	0,02
81-85	2	7	9	0,01
86-90	2	4	6	0,08
Plus de 90 ans	27	54	81	1,0
Non précisé	420	552	972	13,4
Ensemble	3131	4126	7257	100,0

Sources : Registres des formations sanitaires, septembre 2003

La morbidité diagnostiquée chez les déplacés

Les registres renseignent très peu sur les pathologies qui, affectant les déplacés, les motivent à fréquenter les établissements de santé. Des listes ne contiennent aucun renseignement sur les pathologies chez 82,6% des déplacés recensés ! Sans doute faudrait-il recourir à d'autres enquêtes pour obtenir des informations plus fournies.

Tableau 3 : Répartition des déplacés selon les maladies diagnostiquées

Maladie diagnostiquée	Effectif	%
Paludisme	588	43,8
Dermatose	110	8,2
Toux	71	5,3
Diarrhée	62	4,6
Carie dentaire	51	3,8
Céphalée	51	3,8
Séropositif	44	3,3
Grippe	42	3,1
Pneumopathie	32	2,4
Courbatures	31	2,3
Autres	259	19,3
Ensemble	1 341	100,0

Source : Registre des formations sanitaires, septembre 2003

Dans les autres cas (1 341 patients représentant 17,4% de la population considérée), on notera la prévalence du paludisme : elle représente à elle seule 43,8% des pathologies déclarées. D'autres pathologies assez bien présentes sont les dermatoses, les IRA, les maladies diarrhéiques, etc. L'urgence des interventions est requise surtout dans les cas de malnutrition avancée. Leur état permet de comprendre l'imprécision avec lequel les experts rencontrés abordent les motifs de consultation.

III. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET SON FONCTIONNEMENT

Plusieurs systèmes de prise en charge des déplacés de guerre ont été mis en place par différentes institutions au lendemain de la crise. D'abord instituée par le ministère de la santé et des affaires sociales, la procédure de prise en charge des déplacés de guerre s'adresse aux différentes catégories de formations sanitaires constitutives du dispositif national dans le domaine de la santé : établissements publics, établissements à base communautaire, formations sanitaires à base associative et/ou caritative. Dans le cadre de l'effort de paix, la fédération des associations de santé à base communautaire met en place son système de prise en charge, les exécutants étant les établissements communautaires. La procédure d'accès à la prise en charge comprend plusieurs étapes. Il nous paraît utile pour la compréhension des

résultats de l'enquête de rappeler brièvement la procédure en vigueur ainsi que le circuit du déplacé.

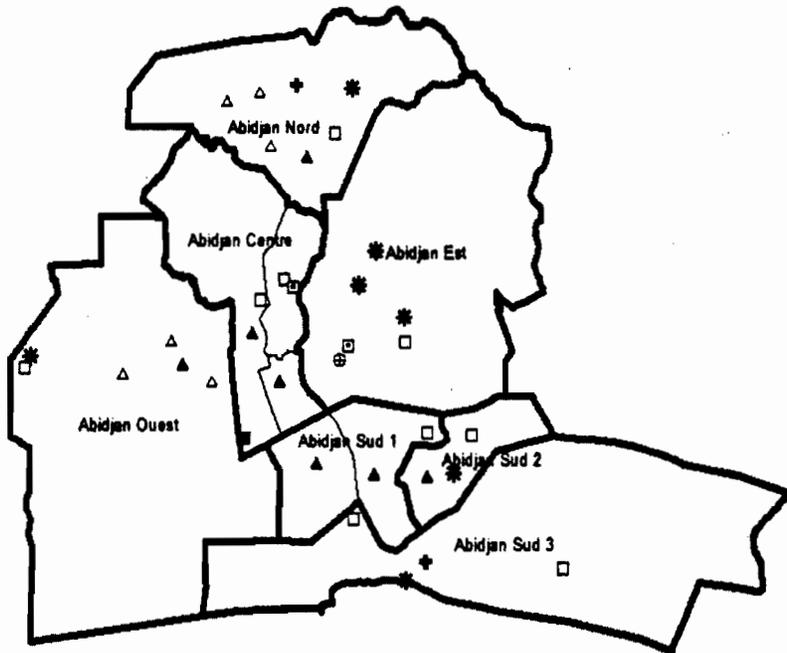
Les centres identifiés pour la prise en charge des déplacés

Plusieurs structures sanitaires réparties dans les districts sanitaires d'Abidjan ont été identifiées par le ministère de la santé. Elles comprennent en priorité des établissements publics et quelques Organisations Non Gouvernementales.

Sur les 37 centres visités, 19 ont été sélectionnés dont 14 par le ministère de la Santé pour la prise en charge des populations déplacées ; les autres l'ont été par la fédération des associations communautaires.

Les informateurs avancent que le ministère a affecté des fonds spéciaux et des médicaments dans 17 des 19 formations sanitaires concernées. Ces fonds ont été libérés sous forme de médicaments pour 13 des 19 établissements considérés (soit 76,5%) et de bons de prise en charge dans les autres cas (4 soit 23,5%). Dans les détails, examinons le système de pris en charge selon les plateaux techniques des différentes catégories d'établissements.

Repartition des Formations Sanitaires enquêtées



Formations sanitaires à base communautaire

- △ Formation Sanitaire Urbaine
- Centre Santé Urbain

Formations sanitaires publiques

- ▲ Formation Sanitaire Urbaine
- ✚ Hôpital Général
- Centre Santé Urbain
- ▣ Dispensaire Urbain
- ⊕ Protection Maternelle et Infantile

Autres formations sanitaires

- * ONG, Confessionnel, Associatif
- ▭ Limite de District Sanitaire

Le système de prise en charge des déplacés dans le secteur public

Un dispositif gouvernemental de prise en charge des déplacés a été pensé dès le début de la crise et effectivement mis en place dès le début du mois de novembre 2002 soit environ un mois après le début de la guerre. Les établissements identifiés étaient de statut public, créés et gérés par l'Etat. Au nombre de 15 dans l'échantillon, ils comprennent des formations sanitaires urbaines, des centres de santé urbains et des hôpitaux généraux. Selon la chronologie de leur installation, les établissements de cette catégorie sont les plus anciennement installés dans la ville, puisque les premiers remontent aux années 1960 (D.U. Cocody Nord). Leur ancienneté se double d'une meilleure représentation spatiale, suivant en cela la dynamique spatiale d'une part, et témoignant de la mise en œuvre d'un urbanisme intégral⁷.

Ainsi, parmi ceux dans lesquels l'enquête complémentaire a été menée, tous étaient identifiés par le Ministère pour faire parti du dispositif gouvernemental de prise en charge des déplacés de guerre, excepté le CSU d'Adiopodoumé. D'un point de vue organisationnel, le Ministère de la Santé de l'époque a décidé de financer l'achat de médicaments à la Pharmacie de la Santé Publique qui devait se charger de leur distribution auprès des districts sanitaires ou auprès des établissements sanitaires sélectionnés.

Les établissements ont été livrés deux ou trois fois entre octobre 2002 et juillet 2003. Le volume de ces subventions en médicaments est estimé à près de 9 millions de FCFA pour 11 des établissements visités concernés par le dispositif gouvernemental.

Les responsables des structures appartenant au dispositif, avant d'être livrés en médicaments, étaient chargés d'établir leurs besoins. D'après les déclarations des responsables interrogés, il semble toutefois que les médicaments distribués n'aient pas été en relation avec les besoins exprimés. Ce problème a donc pu avoir des répercussions sur la qualité de la prise en charge au cours de cette période. Cela a également conduit certains établissements à prendre en charge les déplacés sur leur ligne budgétaire en ressources propres destinées à la prise en charge des indigents. Notons en particulier, que tous les responsables disposent d'une ligne de ce type dont le montant varie de 80 000 à 400 000 FCFA par an selon l'établissement. En

7. HAERINGER Ph., 1967, *Structures foncières et créations urbaines d'Abidjan*, Paris, Orstom, 270 p

2002-2003, cette ligne a servi essentiellement à la prise en charge des déplacés.

Outre les médicaments mis gratuitement à la disposition des déplacés se rendant dans les établissements du dispositif de prise en charge, les établissements ont généralement consulté gratuitement les déplacés ou ont proposé des réductions de tarifs (généralement pour les consultations de spécialistes, comme c'est le cas à la FSU du Plateau)⁸. Certains établissements ont offert des examens à leurs patients (HG d'Abobo Nord), ou ont pratiqué des accouchements gratuitement (FSU d'Abobo, FSU de Marcory). Ces deux derniers cas trouvent leur explication pour le premier établissement, FSU d'Abobo Sud, dans le fait que cet établissement a bénéficié de personnels déplacés de guerre redéployés parmi lesquels se trouvait notamment un spécialiste de gynécologie. Quant à la FSU de Marcory, elle a, en plus du soutien ministériel, bénéficié d'un appui du Rotary Club de Biétry qui lui a livré des kits d'accouchements. C'est d'ailleurs le seul établissement enquêté qui a déclaré avoir bénéficié d'une aide en dehors du dispositif gouvernemental d'aide aux déplacés de guerre. C'est également la seule, avec la FSU du Plateau, à nouer des relations de partenariat avec l'équipe communale de leur localisation.

La prise en charge des déplacés de guerre par les établissements communautaires

Apparus dans le paysage du dispositif de santé dans les années 1990, à la faveur d'une réorientation de la politique de gestion du secteur de la santé, les établissements associatifs à base communautaire sont gérés par des associations locales, à l'échelon des quartiers. De plus, contrairement aux établissements publics, ils recrutent des adhérents qui sont sensés constituer leur clientèle de base. Faisons mention du cas spécifique de la FSU-COM de Anonkoua Kouté, qui est gérée par des religieuses de confession catholique.

8. Les établissements sanitaires publics, à deux exceptions près (dont une est assez surprenante), proposent des tarifs de consultations à 500 Fcfa et des tarifs de mises en observation à 1 000 Fcfa. La première exception concerne les hôpitaux généraux dont les tarifs de consultations ne varient pas lorsque les patients ne sont pas assurés, mais sont fixés à 5 000 Fcfa lorsque les patients sont assurés sociaux. La seconde exception concerne le CSU d'Abobo Doumé qui propose des consultations à 1 000 Fcfa et des mises en observation à 1 500 Fcfa.

Tableau n°4 : Liste des établissements à base communautaire

Établissement	Statut / Gestion	Plateau technique	Commune	Date de création	Prise en charge des déplacés
Abobo Sagbé	Communautaire	FSU	Abobo	1994	FASCOM(05/2003)
Anonkoua Kouté	Communautaire	FSU	Abobo	1995	
Abobo Avocatier	Communautaire	FSU	Abobo	1995	
Kennedy-Clouétcha	Communautaire	CSU	Abobo	2000	
Toit Rouge	Communautaire	FSU	Yopougon	1994	FASCOM
Port-Bouët 2	Communautaire	FSU	Yopougon	1997	
Wassakara	Communautaire	FSU	Yopougon	1996	
Adiopodoumé	Communautaire	CSU	Yopougon	1999	
Williamsville	Communautaire	CSU	Adjamé	2000	FASCOM
Agban Village	Communautaire	CSU	Attécoubé	2001	
Anono Village	Communautaire	CSU	Cocody	2001	
Alliodan N.E	Communautaire	CSU	Marcory	2001	
Grand Campement	Communautaire	CSU	Koumassi	1999	FASCOM(02/2003)
Pointe aux Fumeurs	Communautaire	CSU	Port-Bouët	2002	
Gonzagueville	Communautaire	CSU	Port-Bouët	2000	FASCOM(05/2003)

Source : Enquête RIEU-CI, 2003

Aucun des ESCOM n'a été retenu par le dispositif gouvernemental pour la prise en charge des déplacés. Néanmoins, un dispositif a été initié par la Fédération des Associations communautaires (FASCOM-CI). Cette initiative a consisté en l'émission de bons de prise en charge destinés aux déplacés de guerre. Trois types de bons ont été émis : pour les consultations d'une valeur de 1 300 FCFA, pour les soins et les médicaments d'une valeur de 2 500 FCFA et pour les accouchements d'une valeur de 5 500 FCFA. Les bons ont été mis à la disposition du Ministère de la Solidarité et des Actions Sociales chargé par l'intermédiaire des centres sociaux communaux de la prise en charge des déplacés. Chaque établissement affilié à la FASCOM disposait par ce biais d'un montant destiné à la prise en charge des déplacés.

Par exemple, la FSU-Com de Wassakara pouvait prendre en charge des déplacés pour l'équivalent de 70 bons de consultations, 70 bons de médicaments et soins et 6 bons d'accouchement pour un montant total de 299 000 FCFA. Le CSU-Com d'Abobo Kennedy a bénéficié de bons

équivalents à 111 500 FCFA pour prendre en charge des déplacés 25 consultations et médicaments et 3 accouchements.

Dans la pratique, les déplacés de guerre qui en faisaient la demande aux services sociaux communaux, après un entretien déterminant leur statut de déplacés se voyaient remettre un ou plusieurs bons leur permettant, une fois rendus dans un établissement communautaire affilié à la FASCOM-CI, d'être pris en charge gratuitement ou bénéficier de réductions si la valeur de leurs soins dépassait la valeur des bons reçus. Dans la pratique, tous les ESCOM affiliés à la FASCOM n'ont pas accepté de prendre en charge gratuitement les déplacés de guerre se présentant avec ces bons. C'est le cas notamment de la FSU-Com d'Abobo Avocatier qui a refusé d'adhérer aux choix de la FASCOM et du CSU-Com d'Abobo Kennedy qui a justifié sa décision par les difficultés financières de l'établissement et par un manque de médicaments. En effet, ce système, dans la pratique nécessitait une avance financière de la part des structures de soins que la FASCOM se serait engagée à rembourser à la remise des bons par les responsables d'établissements.

Les ONG dans la prise en charge des déplacés de guerre

Les autres établissements sanitaires émanent d'associations privées, elles-mêmes de natures diverses et hétéroclites ; certains déclinent leur appartenance à l'univers des organisations non gouvernementales (ONG), et d'autres, au nombre de deux sont des établissements à caractère confessionnel. Ces deux établissements confessionnels (le centre de santé de la Caritas et le centre de santé Sainte Thérèse de l'Enfant Jésus) sont tenus et gérés par des religieux.

Tableau n°5 : Liste des autres établissements ayant pris en charge des déplacés

Etablissement	Statut / Gestion	Plateau technique	Commune	Date de création
ASAPSU	ONG		Cocody	1997
CARITAS	Confessionnel	ONG	Port-Bouët	*
BETHESDA	Associatif	ONG	Cocody	1992
Croix Rouge	Associatif	ONG	Plateau	1960
Initiative pour le Développement de l'Enfant (IDEE)	Associatif	ONG	Abobo	1993
Croix Blanche Internationale	Associatif	ONG	Yopougon	1993
Soins Aides Préventions Hygiène Intégrale et Rationnelle - Santé (SAPHIR-Santé)	Associatif	ONG	Cocody	*
Sœurs Missionnaires Saintes Thérèse de l'Enfant Jésus (SMSTEJ)	Confessionnel	CSU	Koumassi	2000

Source : Enquête RIEU-CI, 2003

Les ONG sont hétéroclites tant du point de vue de leur degré d'implantation et de leur rayonnement que du point de vue de leur nationalité. Deux Organismes d'implantation ancienne et de réputation mondiale (Caritas et Croix Rouge) côtoient ainsi de jeunes organisations d'influence parfois locale (IDEE, SAPHIR-Santé, etc.).

L'implication des ONG dans la prise en charge des déplacés de guerre s'est presque imposée aux pouvoirs publics par la promptitude de leurs interventions dès le déclenchement de la crise, et ce, en l'absence de toute autorisation officielle. A la suite de l'évolution de la situation militaire sur le terrain, il s'est avéré nécessaire de mieux organiser les ONG pour réglementer, intensifier et renforcer leur dispositif de travail : l'objectif étant celui d'une meilleure prise en charge des déplacés de guerre. Cette intervention ministérielle auprès des ONG répondait à une préoccupation stratégique, face aux agissements de certaines organisations qui profitaient de leur situation pour s'ériger en informateurs des rebelles. Aussi le ministère a-t-il décidé d'assujettir les ONG à la détention d'un agrément préalable des services ministériels de la santé. Au terme d'une séance de travail, des ONG ont été identifiées avec des zones d'intervention bien déterminées.

La plupart des ONG déclarent prendre en charge des déplacés même en n'étant pas élues par le ministère. La prise en charge se fait sur la base de

la détention de leur ticket d'identification délivré dans les centres sociaux assermentés auprès des mairies par ceux qui se présentent aux structures.

La prise en charge s'adresse à des personnes déplacées de guerre, recensées par un service social et présentant un problème de santé.

La prise en charge comprend les soins curatifs, les soins préventifs, les examens biologiques et radiologiques et les médicaments. Pour les médicaments, il existe une liste pour la prise en charge. Ces médicaments dits essentiels sont mis à la disposition des structures à leur demande et conformément à la dite liste. La gestion de ces médicaments doit être distincte de celle des stocks habituels. Et les prescripteurs doivent se conformer à la liste des médicaments retenus au titre de la prise en charge.

Les changements observés du fait de la crise

Au total 21 établissements sur 37 (soit 56,8%) ont répondu être concernés par des changements. Il ressort des enquêtes que les formations sanitaires ont été diversement affectées : soit elles ont enregistré de nouvelles activités (11, soit 29,7%), soit elles ont arrêté des activités (4 soit 10,8%), soit encore elles ont procédé à la réorganisation de leurs activités (14 soit 37,8%).

Tableau n°6 : Nature des changements observés dans les formations sanitaires

Nature du changement	Nombre de formations	%
Réduction des tarifs de consultation	1	4,8
Instauration de l'urgence médicale	1	4,8
Augmentation du temps de travail des personnels	1	4,8
Recrutement de personnels	1	4,8
Adoption de la journée continue	1	4,8
Rotation du personnel	2	9,5
Suppression des gardes	1	4,8
Ouverture de nouvelles spécialités	2	9,5
Instauration de la garde aux heures de couvre feu	4	19,0
Création d'un comité de prise en charge	1	4,8
Recrutement + Nouvelles spécialités	2	9,5
Réduction des prestations + Nouvelles spécialités	1	4,8
Nouvelles spécialités + Augmentation des charges	1	4,8
Réduction du tarif + Augmentation des charges	1	4,8
ENSEMBLE	21	100,0
Aucun changement	16	

Sources : enquêtes RIEU-CI, 2003

D'après les réponses restituées dans le tableau ci-après les changements sont de diverses natures. Ils vont du niveau des activités à l'organisation des services, en passant par les structures de gestion des établissements.

La nature des changements varie ou diffère en fonction du statut des établissements, comme on peut le constater sur les « témoignages qui suivent » : celui d'un établissement public, celui d'un établissement à base communautaire, celui encore d'un centre géré par une organisation caritative et celui, enfin, d'une ONG non confessionnelle.

BETHESA (ONG) déclare avoir instauré une garde de nuit, engagé une sage-femme, un chirurgien, un gynécologue, un pédiatre ainsi que les services d'un anesthésiste.

Pour sa part SAPHIR Santé a mis en place une unité mobile de soins et d'assistance psychologique, placé sous la responsabilité d'un psychologue. Celui-ci intervient dans certaines écoles du district d'Abidjan Est pour la prise en charge psychologique des élèves.

Le centre CARITAS de Port-Bouët a dû renforcer son service social déjà existant par la mise en place d'un service chargé plus spécifiquement de la prise en charge des déplacés de guerre. Ce centre de santé, structure confessionnelle, dont la mission est l'aide aux plus démunis, dispose d'un service social géré classiquement par un responsable s'appuyant sur un réseau de personnes capables de repérer et d'identifier les personnes démunies, réseau qui constitue la principale qualité du système de prise en charge... Il arrive, après enquête permettant de déterminer le statut d'indigence de la personne sollicitant une aide, que le service social réfère des malades au service social de l'Hôpital Général de Port-Bouët, voire à celui du CHU de Treichville lorsqu'il ne dispose pas suffisamment de fonds pour prendre en charge les personnes⁹.

La FSU COM de Toit Rouge a réduit le niveau de ses services de maternité, supprimé les gardes de nuits, arrêté certains autres services pendant la période de couvre feu...

La FSU d'Abobo Sud a remis en service son bloc opératoire qui était fermé de longue date, réorganisé ses services pour tenir compte de

9. JUILLET Amary et al, - Etude sur les modalités de prise en charge médicale des indigents à Abidjan les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) d'Abidjan, 2002.

l'affectation de nouveaux personnels, en fait des spécialistes déplacés de guerre anciennement en poste au service de gynécologie du CHU de Bouaké

Au CSU COM de Williamsville, les tarifs ont été réduits de moitié pour les consultations pour permettre l'accès aux soins par les déplacés de guerre.

IV. ANALYSE DES PERSPECTIVES DE CE DISPOSITIF

Des actions ponctuelles de solidarité ont été initiées aussi bien par l'Etat que par les individus. Ces diverses actions gagneraient à être formalisées et canalisées e vue de mettre en place une sécurité sociale.

La société, de l'effort de guerre à l'effort de paix : mouvements de masse et pratiques sociales citadines

La crise révèle le poids et la profondeur des fractures politiques et sociales qui ont longtemps traversé la société abidjanaise. Des fractures longtemps contenues. La crise apparaît aux yeux des différentes composantes de cette société comme une opportunité d'expression de leurs différences et de leurs antagonismes ou a contrario, le temps de leurs solidarités partisans et intéressées.

Des mouvements organisés ou non émergent, tendant à manifester leur soutien au pouvoir en place. Les marches se succèdent dans la ville à l'appel des différents mouvements et associations. La presse rend compte de ces manifestations. Elle publie des communiqués d'organisations non gouvernementales, dont certaines sont nées dans la conjoncture. Appels à des marches de soutien au pouvoir en place, appels à la mobilisation sociale et à la solidarité à l'endroit des forces militaires positionnées sur les différents fronts de combat et des services de sécurité : c'est l'effort de guerre. Cet effort de guerre a également pour cible les populations des zones assiégées qui en deviennent bénéficiaires ; celles-ci étant plus directement affectées par la crise.

Ces appels à la solidarité s'étendent à toutes les composantes de la société ; ils trouvent un écho auprès des organisations syndicales, des associations professionnelles, des organisations locales et régionales de développement, des fameuses associations de ressortissants, et des institutions publiques. Les unes après les autres toutes ces structures

appellent leurs adhérents ou leurs agents à faire des dons. L'Etat ne peut que se réjouir de ce mouvement. Parallèlement à ces apports libérés à son profit, l'Etat effectue des prélèvements sur les salaires de ses agents, en janvier 2004. Les autorités municipales et celles des jeunes collectivités départementales mobilisent les ressortissants de leurs différentes circonscriptions à participer financièrement à cet effort de guerre devenue par la suite *effort de paix*.

Ces engagements ont lieu alors qu'aucun des protagonistes de la crise ne se hasarde à parier sur l'imminence d'un dénouement viable du conflit armé. Ce dénouement qui demeure la condition d'un retour progressif des déplacés dans leurs villes et villages assiégés, et pour nombre de ces déplacés le retour à une nouvelle vie professionnelle. C'est dans ce contexte de mobilisation générale pour la sécurité et la défense du territoire d'une part, et de solidarité nationale d'autre part que les différentes institutions fonctionnent, avec des adaptations inévitables.

Peu d'établissements de santé liés aux instances communales

La présence au sein du dispositif de santé, de formations sanitaires à base communautaire et le contexte de crise mobilisant les institutions nationales devaient justifier cette préoccupation. Au demeurant, les textes définissant les domaines de compétence des collectivités locales font obligation à ces derniers de consacrer des ressources pour des investissements devant améliorer la santé des administrés. L'objectif visé est de déterminer la nature et la qualité des rapports entre les formations sanitaires et les instances communales.

Un premier niveau de ces rapports a été recherché à travers l'établissement ou non de relations formelles entre les établissements sanitaires et les communes ; le support de ces relations pouvant être une convention. D'autres niveaux de ces relations ont été révélés au cours de l'enquête ; ils seront explicités plus loin.

Il ressort des enquêtes que 78,4% des établissements sanitaires ne sont pas liés aux instances de leur commune d'accueil par des conventions. Les établissements engagés dans des rapports fondés sur ce type de document sont constitués essentiellement de formations à base communautaire : Grand Campement (Koumassi, en 1999) ; Port-Bouët 2 (Yopougon, 2000) ; Adiopodoumé (Yopougon, 2000) ; Agban-village (Attiécoubé, 2002) ; Avocatier (Abobo, 1998) ; Sagbé (Abobo, 1994).

Deux ONG sont également concernées : Croix Blanche Internationale (Yopougon, 2003) et BETHESDA (liée au ministère de la Santé, 2000).

Les établissements publics n'ont pas fait cas de rapports fondés sur un protocole d'accord avec les communes. Le fait de disposer de ressources garanties par l'Etat serait à l'origine de l'apparente fermeture de ces formations envers les collectivités locales.

CONCLUSION

Si les différents systèmes de prise en charge institués ont permis de résoudre des problèmes de santé pour nombre de déplacés, la gestion de ce système a soulevé des problèmes, en même temps que son adoption ouvre des perspectives nouvelles pour fonder une politique de prise en charge. Soit les formations n'ont pas été préparées à ce type d'activité, et elles ont été rapidement débordées sous la pression de la demande. Soit elles ne semblent pas avoir disposé des ressources requises pour faire face à ces catégories de populations. Cette hypothèse pourrait conduire à s'interroger sur les ressources alternatives ou complémentaires des efforts de l'Etat en vue d'instaurer un système de prise en charge durable, au-delà des situations d'urgence. L'Assurance Maladie Universelle pourrait constituer une alternative.

S'avancer vers une telle hypothèse suppose de penser à une claire définition des règles à l'établissement de normes préservant les cas sociaux des abus et de l'arbitraire, comme ce fut le cas en matière de prise en charge des indigents.

BIBLIOGRAPHIE

- DEMBELE (Ousmane), Abidjan : de la territorialisation de la sécurité à la fragmentation de la société urbaine ? *in* Leimdorffer F. et Alain Marie (éds), « *L'Afrique des citoyens* », Paris, Karthala, 2003, pp. 155-194.
- DUPONCEL (Jean Louis), *projet « équité dans l'accès aux soins en zone urbaine », qualité des soins à Abidjan : rapport global*, Abidjan, CF/UNICEF/DRL, 2001, 92p.

- Gramizzi (Claudio), *la crise ivoirienne : de la tentative de coup d'état au gouvernement de réconciliation nationale*, rapport du Grip, 2003, 45p.
- GUILLAUME (Agnès) et YAPI-DIAHOU (Alphonse), *Femmes, Enfants et crise en Côte d'Ivoire*, Abidjan, UNICEF, 1989, 113p.
- HAERINGER (Philippe), *Structures foncières et créations urbaines d'Abidjan*, Paris, Orstom, 1967, 210p.
- JUILLET (Amary) et al, - *Etude sur les modalités de prise en charge médicale des indigents à Abidjan les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) d'Abidjan*, 2002, 101p.
- Ministère de la solidarité et des victimes de Guerre, *Conditions de vie des personnes déplacées et des familles d'accueil en zone gouvernementale : résultats de l'enquête*, Abidjan, FNUAP-ENSEA, 2007, 178p.
- Organisation Mondiale de la Santé, *stratégie de coopération de l'Oms avec les pays : République de Côte d'Ivoire 2004-2007*, 2004, 43p
- OUATTARA (Issa), L'Etat, les collectivités locales et l'intégration urbaine des pauvres à Abidjan in Parizot et al, « *les mégapoles face au défi des inégalités* », Paris, Flammarion-Santé, 2002, pp 117-123.
- Partenariat Afrique Canada, *Côte d'Ivoire : consolidation d'une paix fragile, actes du colloque international sur la Côte d'Ivoire*, Ottawa, Université Saint-Saul, 2004, 108p.
- PAULAIS (Thierry), - *Le développement urbain en Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 1995 183 p.
- YAPI-DIAHOU (Alphonse), Territoires et profils de la précarité à Abidjan, in Parizot et al, « *les mégapoles face au défi des inégalités* », Paris, Flammarion-Santé, 2002, pp. 72-86.
- RIEU, - *L'impact de la crise sur les établissements sanitaires d'Abidjan*, Abidjan, DRS Abidjan Lagune/SCAC, 2004, 59p.

LA PRÉSENCE CHINOISE AU CAMEROUN ET SON INFLUENCE SUR LES PRATIQUES DE SANTÉ

WASSOUNI François*

Résumé

Sur la base de documents écrits, de témoignages et d'observations, cet article analyse l'influence de la présence chinoise au Cameroun dans le domaine de la santé. La médecine chinoise y est présente à plusieurs niveaux. D'abord dans les hôpitaux de Mbalmayo, Guider et Ngoussou où exercent des équipes médicales chinoises à la faveur des accords signés entre le Cameroun et la Chine depuis 1973. Outre la présence des spécialistes chinois, ces structures de santé ont bénéficié de gros investissements en termes de bâtiments et d'appareils médicaux. Là, les Chinois pratiquent des soins de type moderne et traditionnel dont l'acupuncture et les massages constituent quelques spécificités. Des cabinets de soins privés chinois dans les villes du Cameroun sont tenus par des Chinois d'une part et par des Camerounais formés à cette pratique médicale asiatique d'autre part. Les soins dispensés là sont de type traditionnel avec un grand usage des produits naturels et les malades qui ne trouvent satisfaction dans les hôpitaux modernes y sont souvent traités avec succès. La médecine chinoise est aussi et surtout présente dans les rues où les « produits de soins » sont vendus par des Camerounais recrutés pour ce travail. Enfin, depuis quelques années, une société chinoise, la *Chinese Pharmaceutical Cameroon*, distribue les produits de soins. Au total, les influences chinoises sont notables en matière de santé, concernant : la densification et l'amélioration de l'offre de soins, l'attraction des populations, l'enrichissement de la pratique médicale avec des techniques nouvelles comme l'acupuncture, l'amélioration de la perception de la médecine traditionnelle africaine. Cependant, des critiques virulentes s'élèvent contre cette pratique de soins qu'exercent parfois des amateurs, et soulignent la nécessité de contrôler son exercice.

Mots clés : présence chinoise, pratiques de santé, médecine chinoise, Cameroun.

INTRODUCTION

La présence des Chinois alimente les débats dans de nombreux pays africains depuis quelques années. Habituees jusqu'à une époque récente aux

* Doctorant en Histoire, Université de Ngaoundéré (Cameroun)wassoumifrancois@yahoo.fr.

Européens exerçant une activité professionnelle ou touristique dans leurs pays, les populations de nombreuses villes d'Afrique furent « surprises » de constater l'arrivée et l'implantation des Chinois. Leur nombre croissant et leur activisme ne laissent personne indifférent². Dans un dossier de *Jeune Afrique Economie* intitulé : « *Les Chinois bousculent le commerce et la coopération* », Marie-Josée Paul écrit que « *l'arrivée massive de la Chine sur les marchés africains est l'évènement politique et économique le plus important de la période post-coloniale* »³. Au Cameroun les asiatiques sont de plus en plus présents dans les grandes et les petites villes, comme en attestent les nombreux commerces et le nombre des Chinois rencontrés dans la rue. Leur fréquentation de ce pays n'est pas nouvelle puisque quelques-uns venaient déjà y séjourner dans le cadre de la coopération entre les deux pays, soit pour travailler dans des centres médicaux créés dans les années 1970 et 1980, soit pour réaliser des forages. Mais leur nombre n'était alors pas important et on ne les retrouvait pas encore dans des secteurs d'activité aussi divers qu'aujourd'hui. Ils sont désormais surtout présents dans le secteur du commerce et vendent de nombreux produits⁴. Certaines sources révèlent même une immigration de prostituées chinoises dans quelques grands hôtels à Yaoundé⁵. Ils sont aussi présents dans le secteur de la santé et c'est ainsi que la pratique des thérapies chinoises a commencé au Cameroun.

Depuis quelques années, les rapports sino-africains constituent une thématique qui attire l'attention des chercheurs. Lumumba-Kasongo (2007), Konings (2007), Allen (2005), Kaplinsky et McCormick (2006), Mauro (2007), ont abordé la présence chinoise en Afrique selon des approches multiples⁶. Cependant, leurs travaux ont jusqu'à présent négligé le domaine

-
2. Dans de nombreux pays, la presse locale est féconde sur cette présence. Au Cameroun par exemple, les quotidiens *Le Messager*, *Mutations*, *Le Jour* ont consacré plusieurs dossiers à propos.
 3. PAUL (Marie-Josée), « Les Chinois bousculent le commerce et la coopération », *Jeune Afrique Economie*, N° 375, juillet 2008, Dossier Coopération Internationale, p. 243.
 4. Appareils électroniques, électroménagers, bouquets de fleurs, pendules murales, beignets, etc.
 5. DEUTCHOUA (Xavier), « ATOP/CA/AYH/GL Immigration : 700 000 Chinois frappent aux portes du Cameroun », *Mutations* du 02 mars 2007, Yaoundé. Des articles de la presse camerounaise ou des sites internet abordent régulièrement divers aspects de l'intervention chinoise en matière de santé.
 6. TUKUMBI LUMUMBA-KASONGO, « Les relations sino-africaines dans la période de l'après guerre froide », *Bulletin du CODESRIA*, N° 1&2, CODESRIA, 2007, pp. 9-18 ; PIETS KONINGS, « La Chine à l'ère de la mondialisation néolibérale », *Bulletin du CODESRIA*, N° 1&2, CODESRIA, 2007, pp. 19-25 ; ALLEN (Chris), « China in Africa », *Survival*, 47 (3), 2005 : 147-164 ; KAPLINSKY (Raphaël) & MC CORMICK (Dorothy), « The impact of China on Sub-Saharan Africa », University of Sussex : Institute of Development Studies, 2006 ; MAURO (De Lorenzo), « China and Africa : New Scramble ? », *China Brief*, 6th avril 2007.

de la santé. Au Cameroun, excepté les travaux de Ningouloubel et Mawoune, les publications scientifiques relatives à cette question sont rares⁷. Aussi, comme le recommande Konings: « *compte tenu de l'impact de plus en plus grand de la Chine sur l'Afrique, il est urgent de mener une recherche plus poussée aux niveaux national et local. [...] La recherche future devrait mener des études détaillées aux niveaux national et local, montrant les grandes variations de l'engagement de la Chine envers le continent et les réponses de l'Afrique à l'influence grandissante de la Chine* »⁸. S'inscrivant dans cette perspective, cet article ambitionne de répondre à la question suivante : quelle est l'influence de la présence chinoise dans le domaine de la santé au Cameroun ?

Cette recherche est basée sur l'utilisation de trois méthodes :

- la consultation d'écrits divers: ouvrages, articles de revues et de journaux, archives du ministère de la santé.
- la réalisation d'entretiens auprès de plusieurs catégories de personnes : les Camerounais travaillant avec les Chinois et des observateurs de la pratique de la médecine chinoise ont été rencontrés à Guider, Ngaoundéré et Yaoundé. Il n'a pas été possible d'interroger les Chinois à cause de leur réticence ; pour pallier ce problème, nous avons exploité des enquêtes réalisées par des quotidiens camerounais qui avaient pu interviewer quelques Chinois exerçant la médecine.
- l'observation des activités des Chinois et de leurs collaborateurs.

Le traitement de ces données a permis de structurer ce travail en trois parties, qui concernent la coopération bilatérale entre le Cameroun et la Chine, la médecine chinoise au Cameroun à différents niveaux et les influences chinoises dans le secteur de la santé.

La coopération bilatérale sino-camerounaise, à l'origine de la présence chinoise

Pour bien comprendre la présence chinoise au Cameroun, il importe de s'intéresser à l'histoire des relations entre la Chine et ce pays africain.

-
7. NINGOULOUBEL (Jean-Marie), « La coopération médico-sanitaire internationale du Cameroun », Mémoire de Maîtrise en Science Politique, Université de Yaoundé, 1983 ; BOUBAKARI MAWOUNE, « L'aide médicale chinoise au Cameroun : le cas de l'hôpital de district de santé de Guider (1976-2006) », Mémoire de Maîtrise d'histoire, université de Ngaoundéré, 2006-2007. Une revue camerounaise consacrée aux questions de géopolitique de l'Afrique Centrale a fait paraître un numéro relatif aux questions de santé. Curieusement, aucun article ne s'intéresse à l'implication des Chinois. FPAE, « La sécurité sanitaire en question : pouvoirs et maladies en Afrique Centrale », *Enjeux*, N° 31, avril-juin Yaoundé, AMA, 2007.
8. PIETS KONINGS, *op.cit.*, p. 24.

L'évolution de ces rapports peut s'analyser en trois temps : la période de distance et de suspicion (1960-1972), celle de la détente (1973-1982) et enfin celle des échanges multidimensionnels (1982-2009).

La période qui va de 1960 à 1972 est marquée par des rapports tendus entre le Cameroun et la République Populaire de Chine (RPC). Dans un contexte où la diplomatie camerounaise était conditionnée par la présence de l'Union des Populations du Cameroun (UPC), mouvement nationaliste qui s'opposait au régime d'Ahidjo, les autorités de Yaoundé soupçonnaient la RPC d'être l'un des supports de ce mouvement rebelle. Le gouvernement de Yaoundé reproche à ce pays et à d'autres démocraties populaires d'apporter une assistance militaire à l'UPC, mouvement clandestin⁹. Le pays de Mao Tsé Toung aurait accueilli plusieurs militants de ce mouvement camerounais à l'instar de Feuzeu Ndjulong¹⁰. Lors d'un passage à Paris en 1965, le Président Ahidjo déclare à propos de la Chine : « *Nous n'avons rien contre ce pays. Nos relations pourront être normalisées lorsqu'il aura cessé de se mêler de nos affaires intérieures* »¹¹. Ces mots traduisent clairement la suspicion et la distance prise par l'Etat camerounais vis-à-vis de la Chine à cause de son ingérence. Il faut attendre la fin de la rébellion upéciste au début des années 1970 avec l'arrestation et l'exécution d'Ernest Ouandié, l'une des dernières grandes figures de la lutte « sous maquis », pour assister à un revirement des rapports sino-camerounais¹².

Dès la fin de l'année 1970, des négociations en vue de l'établissement des rapports diplomatiques commencent entre les deux pays. C'est au terme de celles-ci que des accords d'établissement des liens entre le Cameroun et la RPC sont signés le 26 mars 1971 avec l'échange des ambassadeurs. Par la suite, le Président Ahidjo effectue deux visites en RPC, respectivement en 1973 et 1977. A l'issue de ces séjours, plusieurs accords de coopérations sont signés entre les deux parties¹³. Depuis lors, les rapports entre les deux nations ont connu une évolution remarquable, car le Président Paul Biya qui accède à la magistrature suprême en 1982 fait de la Chine l'un des partenaires diplomatiques les plus privilégiés du Cameroun. Le président effectue plusieurs visites en Chine et le Président chinois Hu Jintao séjourne au Cameroun du 30 janvier au 1er février 2007. Au cours de sa visite,

9. MOUELLE KOMBI (Narcisse), *La politique étrangère du Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 1996, p. 157.

10. HIEN (Pierre), « L'aide chinoise au Cameroun et son impact socio-économique : le cas du barrage hydroélectrique de Lagdo dans le Nord-Est Benoué (1978-2000) », Mémoire de Maîtrise d'Histoire, Université de Ngaoundéré, 2003, p. 15

11. Ahmadou Ahidjo cité par MOUELLE KOMBI (Narcisse), *op.cit.*, p. 157.

12. HIEN (Pierre), *op.cit.*, p. 20.

13. MOUELLE KOMBI (Narcisse), *op.cit.*, p. 158.

plusieurs autres accords de coopération pour un montant total de 50 milliards de FCFA ont été signés entre les deux républiques¹⁴.

De 1973 à 2009, la Chine a réalisé de nombreux projets au Cameroun. Ce sont, entre autres, le barrage hydroélectrique de Lagdo, le Palais des Congrès, des milliers de forages dans le Nord-Cameroun et à l'Est, le Palais des Sports¹⁵. La réalisation de ces projets a donné lieu à l'immigration provisoire de nombreux Chinois. Depuis quelques années, l'on assiste à une autre forme d'immigration, de plus en plus importante, de Chinois qu'on retrouve dans plusieurs secteurs d'activité. Certaines personnes établissent un rapport entre la visite du Président chinois au Cameroun et cette présence remarquée. Le confidentiel *La Lettre du Continent* laisse entendre que l'ambassade du Cameroun à Beijing a enregistré 700 000 demandes de visas entre 2006 et 2007¹⁶. Le Cameroun devient ainsi l'une des destinations privilégiées des Chinois en Afrique même s'il est difficile d'avancer des chiffres exacts. Peng Jingtao, conseiller aux affaires politiques de l'ambassade de Chine à Yaoundé, parle d'un millier d'individus, mais certaines sources estiment que ce chiffre est bien en deçà de la réalité¹⁷. Il semblerait que certains Chinois arrivent par des voies illégales et ne soient par conséquent pas enregistrés. Quoi qu'il en soit, la communauté chinoise au Cameroun est importante. « *Les rues de Yaoundé, Douala [...] sont pleines de Chinois qui sont même vendeurs ambulants, secteur informel traditionnellement occupé par les populations locales* »¹⁸. Ils investissent également l'univers de la santé, d'où l'exercice de la médecine chinoise au Cameroun.

Les différents niveaux de déploiement de la médecine chinoise : le formel et l'informel

La Chine est présente dans l'univers médical au Cameroun au même titre que la France, la Belgique, les Etats-Unis, l'Italie, la Suisse. Cependant, l'intervention chinoise en la matière est assez particulière, si l'on s'en tient aux différents niveaux de son déploiement. Tandis que les pays sus-cités apportent leur contribution dans la médecine formelle (hôpitaux, centres de

14. BELIBI (Jean Francis), « Coopération : cette amie bienveillante », <http://www.cameroon-info.net/stories/0,18985,@immigration-700-000-chinois-aux-portes-du-cameroun.html>, consulté le 27/01/2010

15. Les investissements chinois au Cameroun sont nombreux ; seuls quelques exemples sont évoqués ici. Le volet santé qui est l'un des plus importants n'est pas mis en exergue ici.

16. Antoine Glaser (dir.), « 700 000 visas chinois pour le Cameroun », *La Lettre du Continent*, bimensuel édité à Paris, parution du 22 février 2007.

17. PENG JINGTAO cité par DEUTCHOUA (Xavier), *op.cit.*

18. DEUTCHOUA (Xavier), *op.cit.*

santé modernes), la Chine, quant à elle, va au-delà du formel. Elle déploie une médecine à cheval entre la tradition et la modernité dans les hôpitaux, les cabinets de soins privés et dans la rue.

La médecine chinoise dans les hôpitaux, effective depuis 1975

La présence de la médecine chinoise dans les hôpitaux camerounais trouve son fondement dans les premières heures de l'établissement des relations diplomatiques entre le Cameroun et la Chine. Dès lors, une attention particulière a été accordée au secteur de la santé. Ainsi un protocole d'accord relatif à l'envoi par la Chine d'une équipe médicale au Cameroun a été signé le 09 juin 1975. Ce document stipule que chaque équipe chinoise a un mandat de deux ans. Sa tâche est de coopérer étroitement avec le personnel médical camerounais afin de lui fournir son assistance en médecine curative, de travailler en coordination avec les collaborateurs médicaux et paramédicaux, d'échanger les expériences, d'enseigner la technique médicale et de favoriser éventuellement la formation des Camerounais en Chine¹⁹. Le Ministère camerounais de la santé choisit les localités d'intervention des équipes chinoises : Mbalmayo dans la partie méridionale et Guider dans la partie septentrionale ont été retenues. Les bases de cette coopération étant jetées, les premières équipes rejoignent Mbalmayo dès 1975 et Guider à la fin de l'année 1976²⁰.

L'équipe médicale chinoise comprend généralement une dizaine de personnes par site d'activité. La première qui débarque à Guider en 1976 par exemple se compose de quatorze personnes : deux chirurgiens (un orthopédiste et un généraliste), un ophtalmologue, un radiologue, un gynécobstétricien, un anesthésiste, un acupuncteur, un spécialiste de l'oto-rhinolaryngologie, un interprète, un cuisinier et un chauffeur²¹. Le constat qui se dégage de la composition de cette équipe est qu'elle est formée en majorité de spécialistes, d'où son originalité par rapport aux médecins camerounais qui sont pour la plupart des généralistes. Depuis l'établissement de cette coopération, toutes les équipes qui se succèdent dans les deux localités sont composées de la même manière à quelques exceptions près. Entre 1975 et

19. Archives Non classées (ANC) du MINSANTE, Protocole d'accord entre la République Unie du Cameroun et la RPC relatif à l'envoi par la Chine d'une équipe médicale au Cameroun, 1975. Il est à noter que cet accord a connu plusieurs révisions entre 1975 et 2009.

20. NINGOULOUBEL (Jean-Marie), « La coopération médico-sanitaire internationale du Cameroun », Mémoire de Maîtrise en Science Politique, Université de Yaoundé, 1983.

21. Archives Non classées/hôpital de district de santé de Guider (ANC/HDG).

2008, quatorze missions chinoises ont travaillé au Cameroun, soit un total d'environ 700 médecins²².

La Chine a réfectionné et agrandi à hauteur de plusieurs milliards les hôpitaux de ces deux localités, offrant ainsi un meilleur cadre de travail. C'est ce qui fait figurer ces établissements sanitaires parmi les plus grands du pays²³. En dehors des deux zones d'activité, l'aide médicale chinoise s'est renforcée avec l'ouverture d'un autre hôpital dans le quartier Ngouso à Yaoundé, qui est l'un des fleurons infrastructuraux les plus gigantesques réalisés par la Chine. Situé en pleine capitale, cet hôpital spécialisé en gynéco-obstétrique et pédiatrie qui est aujourd'hui l'un des plus grands du pays, a coûté cinq milliards de FCFA. En plus de l'équipe médicale chinoise, on note la présence de techniciens chargés de la maintenance des équipements de cet établissement sanitaire²⁴.

Dans ces hôpitaux, le personnel soignant chinois travaille en collaboration avec le personnel camerounais qui découvre et assimile les connaissances de la médecine chinoise malgré les difficultés linguistiques et les difficultés de collaboration. La Chine fournit également des médicaments et des appareils médicaux²⁵. A Guider par exemple, l'hôpital a bénéficié en 2004 d'un générateur qui permet l'alimentation en énergie électrique en cas d'interruption du courant fourni par la société nationale d'électricité. Il permet ainsi de limiter les risques de décès causés par les pannes d'électricité au cours des opérations chirurgicales. Il en est de même en 2005 d'un don d'équipements d'une valeur de 91 millions de FCFA composé des matériels suivants : un appareil radio multifonction, deux électrocardiographes, un appareil d'échographie, quatre cardioscopes, un appareil d'anesthésie multifonction, un ophtalmoscope, un lit électrique, une table dentaire, deux ordinateurs, un autoclave, un microscope chirurgical, un moniteur fœtal, un instrument électrique d'acupuncture, deux lampes infrarouges, deux appareils de réanimation des nouveaux-nés, deux aspirateurs, trente tensiomètres et un photocopieur numérique. Le 06 mai 2006, un appareil radio est installé et le 10 mai de la même année, un don de matériel destiné à cet hôpital d'une valeur de 1,300 millions de yuans, soit 93,583 millions de FCFA est remis au gouvernement camerounais. Ces dotations dont la liste n'est pas exhaustive, contribuent à faire de cet hôpital l'un des plus complets en termes

22. Pr TANG, chef de la mission chinoise au Cameroun cité par MVOGO (Raphaël)

« Cameroun : la coopération médicale chinoise très appréciée »,

<http://www.meridiens.org/mrd/spip.php?breve124>, consulté le 20 septembre 2009.

23. Archives Non classées (ANC) MINSANTE, *op.cit.*

24. NDOUYOU MOULIOUM, "China Cameroon special documents" *Cameroon Tribune*, N° 8824/5023 du vendredi 27 février 2007, p. 7.

25. FOLEFACK, médecin du district de santé de Guider et AHOURLIOM, infirmier major du bloc opératoire de l'hôpital chinois de Guider. Entretien du 12 août 2009.

d'équipements au Cameroun²⁶. Il convient de préciser qu'entre 1975 et 2009, l'hôpital de Mbalmayo a aussi bénéficié de nombreux investissements chinois. Pour ce qui concerne les produits de soins, des pharmacies chinoises cohabitent avec les pharmacies habituelles. Les hôpitaux de Mbalmayo, Guider et Ngouso disposent d'une 'gamme de produits chinois et de nombreux appareils fournis par la RPC.

La pratique des soins proprement dite associe la médecine traditionnelle chinoise (*Traditional Chinese Medecine* [TCM]) et la médecine occidentale dite moderne. Cette association très efficace permet, selon certains infirmiers camerounais, de soigner les maladies telles que le paludisme, l'arthrose, les rhumatismes, l'hypertension artérielle, la fièvre typhoïde, les infections nasales, buccales, oculaires pour ne citer que celles-là. L'hôpital est devenu ainsi un lieu d'interactions entre les systèmes de santé moderne et traditionnel. La présence des médecins spécialistes chinois permet ainsi de soigner plusieurs patients souffrant de maladies qui ne trouvent pas toujours de soulagements dans les autres hôpitaux. L'acupuncture ou « *l'art de soigner par les aiguilles* »²⁷, désormais pratiquée dans ces hôpitaux camerounais, est l'une des spécificités de la médecine chinoise. Il s'agit d'une « branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique »²⁸. Les personnes souffrant de problèmes divers, notamment chroniques, ont de plus en plus recours à cet art de soin chinois²⁹. A l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Ngouso, le Dr Liu, responsable du service d'acupuncture affirme : « *Nous recevons entre 30 et 40 malades par jour pour des séances d'acupuncture. Cette médecine douce dont la pratique repose sur des massages attire beaucoup de monde, de toutes les catégories d'âge et les couches sociales... La particularité de ce traitement réside dans les types de maladies traitées qui varient des paralysies aux rhumatismes en passant par le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, le mal d'estomac, les problèmes de nerfs et de cœur, etc* »³⁰.

26. ANC/HDG cité par BOUBAKARI MAWOUNE, *op.cit.*, pp.63-64.

27. CANDELISE (Lucia), « Construction, acculturation et diffusion de l'acupuncture traditionaliste française au XX^e siècle », *Documents pour l'Histoire des Techniques, Nouvelle série, n°16, 1er semestre*, Paris, SaeCDHTE, CDHTE-CNAM, décembre 2008, p. 79.

28. Larousse médical. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/acupuncture./10945>, consulté le 6 janvier 2010

29. GUEBEDIAN A BESSONG (Sorèle), « Acupuncture : des soins de fil en aiguille. Les Camerounais ont de plus en plus recours à cette technique de la médecine chinoise », *L'actualité de la santé en Afrique, Mutations-Cameroun* du 16 février 2004.

30. Dr LIU cité par MVOGO (Raphaël), *op.cit.*

Contrairement à la médecine occidentale qui accorde une large place à la prévention, et à la médecine chinoise exercée en Chine, la médecine chinoise exercée au Cameroun semble davantage curative. Elle utilise des produits de soins pharmaceutiques, mais aussi des produits naturels, surtout utilisés par les cabinets de soins privés. Les injections sont presque absentes de cette médecine asiatique. Ces spécificités expliquent que de nombreux patients préfèrent cette pratique médicale, aux effets secondaires moindres³¹.

Il faut noter que l'accès aux soins dans les hôpitaux sus-cités a été gratuit jusqu'en 1980. Cette gratuité profitait à tous les malades sans distinction, d'où l'attraction des patients en provenance des régions reculées du Cameroun et des pays voisins comme le Tchad, la République Centrafrique, la Guinée et le Gabon. Après la trêve observée de 1980 à 1985 où la coopération marque un temps d'arrêt avec la suspension du séjour des équipes chinoises, elle reprend 1985 avec la signature d'un nouvel accord. Ce n'est qu'à partir de ce moment que l'accès aux soins devient payant. Et aujourd'hui, les prix des ne cessent de grimper, d'où les plaintes des patients devenues récurrentes³².

Au total, la présence de la médecine chinoise, fruit des accords de coopération médicale entre le Cameroun et la République Populaire de Chine, a permis aux hôpitaux camerounais d'accueillir des médecins spécialistes rares auparavant, d'améliorer et d'agrandir leurs lieux de travail, de doter les hôpitaux d'appareils médicaux divers et de produits de soins chinois. Elle a donné lieu à la pratique de nouvelles techniques de soins comme l'acupuncture qui donne satisfaction à de nombreux malades ; certains infirmiers camerounais ont été formés à cette technique. Malgré certains problèmes, « *la coopération chinoise en matière de santé s'est toujours imposée comme un modèle de relations Sud-Sud. L'intervention chinoise dans notre pays est efficace, elle se distingue par ses nombreuses réalisations concrètes et remarquables* »³³. La médecine chinoise au Cameroun se déploie aussi dans d'autres contextes, avec d'autres particularités.

La médecine chinoise dans des cabinets de soins privés, une extension récente

Ce développement semble avoir vu le jour avec l'arrivée massive des Chinois entre la fin des années 1990 et le début des années 2000. A côté

31. Entretien avec un groupe d'infirmiers à l'hôpital de Guider en août 2009.

32. BOUBAKAI MAWOUNE, *op.cit.*, pp. 51-52.

33. BABISSAKANA (Thomas), chef de la Cellule de Communication du MINSANTE cité par MVOGO (Raphaël), *op.cit.*

de nombreuses cliniques en biomédecine qu'on retrouve surtout dans les grandes villes, des cliniques de médecine chinoise ont été créées.

L'émergence de ces structures se situe dans un contexte où les structures de soins privées, spécialisées surtout dans la médecine traditionnelle africaine, sont en plein essor dans les agglomérations camerounaises. Il est courant de découvrir au coin de la rue des plaques indicatives de ces centres de soins de santé informelle. Ces formes de médecine aux appellations diverses, « *médecine douce, médecine naturelle, médecine par les plantes ou par les herbes, médecines parallèles, alternatives, complémentaires* »³⁴ sont devenues l'un des faits marquants de l'histoire de la santé au Cameroun, en Afrique et même en Occident. Le commentaire de Schmitz, qui avance à propos de l'Europe que « *la coexistence d'une multiplicité de médecines est devenue monnaie courante et plus personne ne s'en étonne* »³⁵, pourrait s'appliquer au Cameroun.

Au Cameroun, l'on retrouve des cabinets de soins tenus par des Chinois qui travaillent en compagnie des Camerounais qu'ils ont recrutés et formés. D'autre part, des cabinets d'exercice de cette médecine asiatique sont tenus par des Camerounais formés en Chine et par ceux qui ont été formés « sur le tas » sur place. Ces cabinets sont généralement de petites pièces exiguës à l'intérieur desquelles on retrouve un espace tenant lieu de pharmacie. On y trouve surtout des produits de la pharmacopée chinoise, quelques petits appareils de diagnostic et des lits sur lesquels les patients subissent des soins. Dans certains cas, le diagnostic se fait sur un ordinateur avec un petit appareil médical sous forme d'un « testeur » que le spécialiste fait passer sur la paume de la main du malade. Cet instrument qui frappe comme le courant électrique permet, selon ses détenteurs, de déterminer la nature des maux³⁶.

L'essentiel des soins pratiqués consistent en des massages, la pratique de l'acupuncture et le traitement des maladies citées plus haut par le Dr Liu. Entre 1997 et 2000, on dénombrait par exemple dans le quartier de Biyem Assi à Yaoundé quatre cabinets de soins chinois : 2 tenus par des Chinois et 2 autres par des Camerounais. A Ngoussou, le Centre de Santé de

34. Au sujet de ces dénominations, voir SHARMA, *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*, Paris, Londres, Tavistock/Routledge, 1992.

35. SCHMITZ (Olivier), (dir.), « Multiplicité des médecines et quête de soins dans les sociétés occidentales contemporaines », *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 2006, p. 6. Dans un rapport intitulé *Médecine traditionnelle et couverture ses soins de santé* en 1993, l'OMS a dressé la liste, non exhaustive, de 280 médecines alternatives les plus couramment pratiquées en Occident.

36. GUEBEDIAN A BESSONG (Sorèle), « Acupuncture : des soins de fil en aiguille. Les Camerounais ont de plus en plus recours à cette technique de la médecine chinoise », *L'actualité de la santé en Afrique, Mutations Cameroun* du 16 février 2004.

Médecine Traditionnelle Chinoise situé à côté de l'hôtel Paradis reçoit de nombreux patients qui sont soignés par un Chinois assisté d'une Camerounaise. La liste n'est pas exhaustive, car d'autres cabinets existent dans les quartiers de Tsinga et Mendong³⁷. Ici, les prix d'accès aux soins ne sont pas toujours élevés par rapport aux hôpitaux. Il est des cas où le malade négocie avec le soignant pour bénéficier des tarifs préférentiels. Il existe d'autres cabinets qui ne sont pas facilement identifiables dans certains quartiers de Yaoundé et Douala³⁸. A Ngaoundéré, nos observations ont permis d'en dénombrer deux : un cabinet dentaire et un cabinet de médecine générale. En dehors de ces lieux de soins, la rue est devenue le terrain de prédilection de la vulgarisation des traitements à base des produits chinois.

La médecine chinoise dans les rues, un phénomène en pleine ampleur

C'est l'un des phénomènes les plus spectaculaires au Cameroun ces dernières années. Parallèlement à ce qui passe dans les hôpitaux et les cabinets de soins où se rendent les malades, les produits de la pharmacopée chinoise sont de plus en plus présents sur les artères des métropoles telles que Douala, Yaoundé, Bafoussam, dans les moyens de transport entre ces villes et surtout dans les wagons des trains voyageurs qui assurent le transport entre le nord et le sud du Cameroun.

Ce qui est curieux ici, c'est que les Chinois ne sont pas visibles dans ce circuit marqué plutôt par une présence fort remarquable de jeunes Camerounais, généralement bien habillés, qui vendent ces produits de soins. Il s'agit de personnes généralement bien instruites, très douées en matière de marketing. Recrutés pour ce commerce, nombre d'entre eux sillonnent l'intérieur des villes, tandis que d'autres voyagent par car ou par train. Dans ce cas, ils vont de wagon en wagon pour faire le marketing de ces produits. Selon Teje Gaétan, « *la stratégie de marketing des produits consiste à les faire connaître, les faire aimer, faire acheter et en faire parler* »³⁹. Une fois dans un wagon ou dans un car, leur prestation commence par des salutations adressées aux voyageurs, une demande d'indulgence de la part de ceux-ci afin qu'ils prêtent une oreille attentive pendant quelques minutes à leur discours. Le vendeur d'abord décline d'abord son identité et celle de la société pour laquelle il travaille avant de sortir un par un les produits chinois en expliquant leurs vertus. Il marque un temps d'arrêt pour délivrer l'essentiel

37. Ibid. Il est impossible pour l'instant de donner le nombre exact de cabinets de soins chinois dans cette ville et même au Cameroun en général.

38. ONANA, tradipraticien, entretien du 25 juillet 2009 à Yaoundé.

39. TEJE (Gaétan), « Le marketing du bus ». Les stratégies des vendeurs ambulants pour conquérir les voyageurs interurbains », *Les dossiers experts de la masse* N°1, août 2007, p.

de la composition de ces produits fabriqués à base des produits naturels. La dernière étape du discours consiste à donner les prix desdits produits en pharmacie, qui sont élevés par rapport à ceux pratiqués dans ces lieux où ils sont « en promotion » avec des réductions considérables : un produit vendu à 500 FCFA dans le train coûterait environ 2000 FCFA dans les pharmacies, un tarif inaccessible aux démunis. Après avoir passé quelques échantillons à ses auditeurs, le vendeur commence la vente proprement dite. C'est cette forme de commerce qui a vu le jour très récemment, que nous observons régulièrement dans le train, et qui connaît un grand succès.

En dehors de ces lieux, des observations faites à Maroua ont permis de découvrir un Chinois spécialisé dans cette vente. Résidant dans cette ville de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, il va de quartier en quartier pour vendre les produits de soins. Il fait des voyages réguliers vers d'autres marchés de la région avec d'importants stocks. L'activité de ce Chinois rappelle ceux de la ville de N'Djaména au Tchad, nombreux dans cette activité, vendant plutôt eux-mêmes leurs produits dans la rue⁴⁰.

Il est difficile de dénombrer les différents produits vendus qui permettent, selon leurs promoteurs, de soigner une multitude de maladies. La faiblesse sexuelle, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les empoisonnements, la teigne, les hémorroïdes, le diabète, l'hypertension, les nausées, les maladies de la peau, la fatigue, la fièvre typhoïde, les règles douloureuses, sont quelques-unes des indications annoncées. Les produits proposés sont présentés sous des formes diverses : emballés dans des sachets sous forme de poudre, en liquide contenus dans des bouteilles, dans des boîtes semblables à celles qu'on retrouve dans des pharmacies ordinaires, mais avec des inscriptions en chinois. Les noms comme « *Gensen* », « *Ammacatoumatoumatoumitoumtoum* », « *Fionching* » et ceux de divers baumes de massage sont désormais familiers des voyageurs. Dès lors, un trajet sans la présence de ces vendeurs est devenu plutôt objet d'étonnement⁴¹. À propos du *Gensen*, les résultats d'une enquête réalisée en août 2007 par Gaétan TEJE révèlent ceci : 99% des voyageurs connaissent ce produit ; 57% de personnes interrogées reconnaissent l'avoir déjà acheté au moins une fois durant le voyage ; 73% affirment l'acheter habituellement ; 62% de personnes qui voyagent font confiance aux produits de la médecine herboriste et 84% des consommateurs de *Gensen* sont satisfaits de son utilisation⁴². « *Les vendeurs de cette plante vantent ses mérites contre les IST (Chlamydia), le poison rapide et lent, les rhumatismes, la fatigue sexuelle et*

40. SALI ET PALAÏ, étudiants tchadiens à l'Université de Ngaoundéré, entretien d'août 2009.

41. La promotion des produits chinois dans le train ressemble à un sermon qui amuse très souvent les voyageurs. Ce sont surtout les noms de ces produits qui font souvent rire.

42. TEJE (Gaétan), *op.cit.*, p. 4.

la prévention de la stérilité, les douleurs rénales, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le paludisme, la goûte, les problèmes de trompes, la prévention des accouchements difficiles, l'éjaculation précoce, l'érection faible, « le poison de nuit », l'hypertension, les problèmes de foie, les palpitations du coeur, le régime amaigrissant, etc.. C'est dire que ce produit est une véritable boîte à pharmacie à la seule condition de respecter les posologies et de connaître les produits d'accompagnement respectifs : eau, miel, sel, les feuilles de ndolé, citron, placenta de plantain »⁴³.

Il serait intéressant d'identifier les filières chinoises qui pourvoient ces produits et de comprendre leurs mécanismes de fabrication ou d'importation, mais l'absence des Chinois dans les marchés et le silence des vendeurs à ce propos ne le permettent pas pour l'instant. Mais selon les informations glanées, bien des produits sont fabriqués à base d'éléments extraits des forêts et savanes du Cameroun et d'autres pays africains⁴⁴. La transformation se ferait tantôt sur place, tantôt en Chine.

L'importation et la distribution de médicaments par la Chinese Pharmaceutical Cameroon

Le développement récent de la médecine chinoise en Afrique a « donné du tonus » à l'exportation des plantes médicinales chinoises. En 2001, cette exportation a atteint 9,76 millions d'USD. La Chine exporte des médicaments auprès de 37 pays d'Afrique et on estime à 137 le nombre des sociétés chinoises qui exercent cette activité⁴⁵. L'apparition de médicaments antipaludéens issus de la pharmacopée chinoise, les ACT (dérivés de l'artémisinine), a permis à une de ces sociétés de pénétrer le secteur public de la santé au Cameroun : la Chinese Pharmaceutical Cameroon. Agréée par le Ministère de la Santé publique, cette société a reçu l'exclusivité de la distribution au Cameroun d'un médicament destiné au traitement du paludisme et fabriqué par *Guilin Southern Pharmaceutical*. C'est un laboratoire chinois qui a la réputation d'être le plus grand fabricant de matières premières des médicaments contre cette maladie qui fait des ravages en Afrique. L'utilisation des dérivés de l'artémisinine est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2001⁴⁶, et ce traitement a

43. TEJE (Gaétan), *op.cit.*, p.4.

44. AYISSI (Fidèle), vendeur de produits chinois, entretien de juin 2009 dans le train de voyageurs entre Yaoundé et Ngoundéré ; ONANA, tradipraticien, entretien du 25 juillet 2009 à Yaoundé.

45. Exportation de plantes médicinales chinoises en Afrique, www.french.china.org.cn/french/43419ht, consulté le 26 août 2009.

46. L'utilisation des antipaludiques: rapport d'une consultation informelle de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/CDS/RBM/2001.33)

été qualifié en 2005⁴⁷. Il se présente sous deux formes : comprimés (Artesunate) et injections (Arsuamoon®). « *Arsuamoon peut être utilisé dans le traitement de toutes les formes de paludisme. Artesunate intervient quant à lui dans le traitement des cas liés au neuro-paludisme et le traitement en urgence des cas critiques, particulièrement les patients ayant perdu la conscience. Pour lutter efficacement contre la maladie, l'OMS a proposé une combinaison entre Artesunate et Amodiaquine* »⁴⁸. Les deux produits sont officiellement vendus au Cameroun depuis avril 2008. Il s'agit là d'une distribution planifiée par les institutions publiques camerounaises sous l'autorité du Ministère de la santé, qui se déploie dans le secteur formel.

La variété des pratiques et des contextes d'exercice évoqués ci-dessus conduit à évoquer non pas « la » médecine chinoise, mais « des » médecines chinoises. Les équipes chinoises présentes dans les hôpitaux de Mbalmayo Guider et Ngouso pratiquent une médecine moderne qui inclut des aspects traditionnels ; les tradipraticiens chinois et camerounais vulgarisent une médecine issue de la tradition ; les produits de la pharmacopée chinoise sont présents dans les rues ; la pharmacopée est aussi présente dans le secteur formel sous la forme de produits pharmaceutiques dénués d'identité marquée par leur pays d'origine. Cette présence multiple contribue à faire connaître la MTC (médecine traditionnelle chinoise)⁴⁹, qui, sous ses diverses formes, exerce une influence notable.

Les influences chinoises en matière de santé

Le registre d'influences exercées par les médecines chinoises au Cameroun est dense. Elles concernent simultanément les populations camerounaises en général, le personnel des hôpitaux et les tradipraticiens.

Le développement de la MTC et l'attraction des populations

Nombreux sont les Camerounais qui ont été soignés et qui continuent de s'intéresser à la médecine traditionnelle chinoise, surtout l'acupuncture. Il en est de même des patients en provenance des pays voisins qui viennent se soigner dans des hôpitaux d'accueil des Chinois. Dans les trois hôpitaux étudiés, des milliers de malades ont subi avec succès des séances d'acupuncture tandis que le nombre de malades consultants a connu

47. Source : site internet Guilin Pharmaceuticals, <http://www.guilinpharma.com/english/about/default.asp>

48. ZHANG HONGYU, chinoise, Vice directeur général de *Chinese Pharmaceutical Cameroon* cité par MVOGO (Raphaël), *op.cit.*

49. Par commodité, nous continuerons à utiliser le singulier pour la qualifier, malgré la diversité de ses formes qui pourrait exiger d'utiliser une variété de termes.

une augmentation considérable avec la présence chinoise⁵⁰. Les cabinets de soins privés et les produits vendus dans la rue attirent de plus en plus au point que les personnes qui sollicitent les soins chinois ne semblent plus pouvoir être caractérisées par un profil particulier : les plus nantis comme les démunis vont vers les spécialistes de la médecine chinoise -et souvent même les professionnels de santé biomédicaux- car certaines maladies que la biomédecine est incapable de soulager sont soignées par les spécialistes de la médecine chinoise⁵¹.

L'immigration chinoise au Cameroun a entraîné d'autres formes de mobilités. L'une à l'intérieur du Cameroun concerne les déplacements des patients d'une région quelconque pour se faire soigner dans les localités où existe une activité chinoise ; l'autre est celle des patients en provenance d'autres pays d'Afrique Centrale.

La médecine chinoise est entrée dans la culture camerounaise et le vocabulaire médical chinois est désormais bien connu. C'est notamment ce qu'indiquent des documents ministériels : « *Très prisée, la médecine traditionnelle chinoise attire de nombreux malades (acupuncture et massage) ainsi que la pharmacopée traditionnelle chinoise pour les dérivées du Quingaoshu, les différentes huiles essentielles et le Danshen à quoi s'ajoutent les pratiques aisées et peu coûteuses telles que l'orthopédie, l'ORL* »⁵². Ceci peut s'expliquer de diverses manières :

- Cette médecine s'est développée pour des maladies qui ne trouvent pas de solutions dans les hôpitaux. Or, les Chinois tiennent un discours inverse à celui des médecins en donnant de l'espoir à des personnes qui n'ont pas été soulagées dans les hôpitaux, souvent même les plus réputés, situés en Occident.
- La médecine traditionnelle chinoise semble proche de la tradition médicale africaine qui fait large usage des plantes, contrairement à la médecine occidentale aux produits pharmaceutiques dont les effets secondaires sont multiples. Sharma et Budd écrivent que « *le recours aux médecines parallèles peut donc être compris comme une alternative culturelle tout à fait légitime et induite par la biomédecine. L'extrême technicisation de celle-ci s'est souvent faite, en effet, au détriment de la relation entre le médecin et son*

50. ANC de l'hôpital de Guider cité par BOUBAKARI MAWOUNE, *op.cit.*, p. 52.

51. Entretien avec un groupe d'infirmiers à l'hôpital de Guider en août 2009.

52. ANC du MINSANTE, « *Coopération Chine-Cameroun. Célébration des trente (30) ans de partenariat dans le secteur de la santé* », 2006.

patient »⁵³. Massé établit quant à lui un rapport étroit entre l'usage des éléments de la nature et le succès de ces types de médecine en disant que « *la valorisation de la nature sous toutes ses formes envisagée comme pourvoyeuse de bien-être est de toute évidence l'une des lignes de force de leurs discours* »⁵⁴.

- La stratégie qui a consisté à soigner gratuitement pendant près d'une décennie dans un environnement de pauvreté est un autre un facteur d'attraction de la médecine chinoise.
- En plus, les Chinois accordent une attention particulière aux malades sans discrimination aucune, attitude qui n'est pas toujours d'actualité dans les centres de santé camerounais où la corruption, le manque d'attention aux patients et d'autres formes de comportements contraires à la déontologie médicale sont récurrents.

L'exercice de la MTC a entraîné la création d'associations qui en font la promotion, à l'instar de l'Association Camerounaise de Promotion de la Médecine Chinoise (ACPMC) qui va même au-delà du territoire camerounais offrir des prestations d'acupuncture. Des brochures qui présentent des soins inspirés de la médecine chinoise ont été éditées au Cameroun par des Camerounais. Des exemplaires circulent dans les rues du Cameroun, dont les auteurs mentionnent qu'ils ont séjourné en Chine afin de se former⁵⁵.

Cette évolution de la MTC au Cameroun rappelle l'histoire de l'acupuncture en France qui, après avoir été combattue, finit par être acceptée et même pratiquée avec des originalités françaises. Des associations et syndicats aux tendances diverses ont vu le jour et il existe désormais des revues internationales d'acupuncture dans ce pays d'Europe⁵⁶.

53. SHARMA et BUDD, (dir.), *The health bonding. The patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*, Londres, New-York, Routledge, 1994.

54. MASSE, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et sociétés*, 21 (1), 1997, pp. 53-72.

55. Voir par exemple TANDA (Diétrick) avec la collaboration de plusieurs laboratoires de recherche en plantes naturelles (sans date de publication), *La nature dévoile ses secrets. La médecine cent pour cent naturelle, près de 150 maladies pour plus de 400 traitements qui marchent*, Edition TDF, Collection Antyanice

56. Lire à ce sujet CANDELISE (Lucia), *op.cit.*, pp. 76-88.

La densification, le renforcement et l'amélioration de l'offre de soins

Les hôpitaux mis en place ou agrandis par les Chinois et les cabinets de soins de médecine chinoise ont densifié l'offre de santé au Cameroun, ce qui constitue une « bouffée d'oxygène » pour la société camerounaise en général. Cet effet est renforcé par la disponibilité en quantité des produits de soins chinois dans des pharmacies des établissements sanitaires et dans la rue. *« Au même titre que les produits manufacturés (appareils électroménagers, articles d'habillement, etc), les Chinois ont démocratisé l'accès aux produits médicaux. Ce qui est un avantage pour la société camerounaise »*⁵⁷. La présence des médecins chinois tous spécialistes à côté des médecins camerounais généralistes pour la plupart, apporte un « plus » dans l'univers sanitaire. Ceci permet aux hôpitaux cités de pallier à un large éventail de problèmes de santé. Les cabinets de soins privés chinois apportent aussi un complément en matière d'offre de soins. Tout cela, ajouté aux investissements chinois dans les infrastructures de santé et leur dotation en équipements médicaux, a considérablement amélioré l'environnement sanitaire au Cameroun.

La pratique de l'acupuncture, des massages et des soins d'ORL, constitue un enrichissement en matière de soins. Des Camerounais qui travaillent avec les Chinois dans les hôpitaux et les cabinets privés de soins maîtrisent désormais ces spécificités de la tradition médicale chinoise très prisée.⁵⁸

Un autre aspect qu'il convient de relever est la culture du goût du travail que les Chinois semblent avoir appris au personnel médical des hôpitaux camerounais. Les Chinois soient réputés travailleurs ; leur présence a progressivement cultivé cette bonne habitude qui n'était plus d'actualité dans les centres publics de soins camerounais où exercent des infirmiers locaux.⁵⁹

57. WOUNDAMMIKE (Joseph), doctorant en Histoire et observateur des activités des Chinois, entretien du 16 août 2009 à Ngaoundéré.

58. Sur un tout autre plan, la médecine chinoise est devenue un facteur de résorption du chômage des jeunes camerounais. Ils sont nombreux à être recrutés par les Chinois pour vendre les produits de soins sur lesquels un certain pourcentage leur revient, ce qui leur permet d'avoir de quoi survivre dans un contexte où l'emploi est rare ; de même pour ceux qui travaillent dans les cabinets de soins.

59. DOUDOU ISSA, Infirmière major, accoucheuse à l'hôpital chinois de Guider, entretien du 10 septembre 2009 à Guider.

La médecine chinoise comme renfort de la pratique traditionnelle

Le développement de la médecine traditionnelle chinoise est venu donner du souffle à la pratique de la médecine traditionnelle qui fait l'objet d'une attitude méfiante des autorités en charge de la santé au Cameroun. Or ce que font les Chinois avec leur phytothérapie est très proche de la médecine africaine qui fait un large usage des herbes médicinales. L'OMS elle-même reconnaît aujourd'hui cette médecine à laquelle une journée mondiale est d'ailleurs consacrée. Dans ce sens, la présence de cette médecine d'Asie constitue une véritable leçon pour nombre de Camerounais et d'Africains qui accordaient jusqu'à une époque récente peu de crédit à la médecine traditionnelle. Thomas Babissakana pense dans cette lancée que « *la médecine traditionnelle chinoise, qui se distingue notamment par sa spécificité, peut nous aider à développer notre pharmacopée traditionnelle. Il faut penser envoyer des gens se former en Chine pour préparer la relève des missions chinoises* »⁶⁰. Les professionnels camerounais formés à cette pratique médicale ont à leur tour développé l'exploitation des éléments de l'environnement de leur pays à des fins médicinales. En dehors des produits en provenance de la Chine, ils fabriquent de nombreuses potions servant à soigner, ce qui enrichit les possibilités de soins et suscite des adaptations de la médecine chinoise au Cameroun. C'est dire que les produits utilisés dans la médecine chinoise au Cameroun ne sont pas forcément importés de la Chine.

Dérives de l'application des médecines traditionnelles chinoises au Cameroun

Par ailleurs, l'exercice de la médecine chinoise au Cameroun a entraîné l'émergence des pratiquants camerounais de tous genres qui ont investi le domaine de la santé, sans avoir véritablement de qualifications. La prolifération des cliniques de médecine chinoise à Yaoundé en 1997-1998 a très vite attiré l'attention de l'Ordre National des Médecins. Dans un contexte où le sida fait des ravages, l'exercice de l'acupuncture par des amateurs présente un risque. Informé, le Ministère de la Santé Publique a organisé une campagne en 1999 en vue de vérifier la légalité des cabinets de soins et le profil des pratiquants ; plusieurs cabinets ont été fermés, incluant ceux tenus par des Chinois⁶¹.

60. BABISSAKANA (Thomas), chef de la Cellule de Communication du MINSANTE cité par MVOGO (Raphaël), *op.cit.*

61. ELIWO MANDJALE AKOTO et al., « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », *Le Bulletin de l'APAD, n° 21, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [en ligne], URL : <http://apad.revues.org/document101.html>, consulté en août 2009.

Outre l'implication de pratiquants aux qualifications incertaines, la vente des produits chinois dans la rue constitue un autre danger. D'une part, certaines de ces personnes ont pour seul souci d'écouler le maximum de produits pour être mieux rémunérés. Elles offrent leurs produits à n'importe qui, sans se soucier du diagnostic, du dosage et des usages que les acheteurs peuvent en faire. Cette attitude qui peut mettre la vie d'autrui en danger est contraire à l'éthique médicale de la responsabilité. Enfants, adultes, femmes enceintes peuvent s'approvisionner sans problèmes, d'où les nombreux risques que présente ce commerce. De plus, le développement de l'automédication peut générer des risques sur le plan de la santé publique. Tout cela porte par ailleurs un coup dur aux pharmacies ordinaires et aux cliniques de biomédecine qui, contraintes à un minimum d'éthique sur ces aspects, sont les victimes économiques de la médecine traditionnelle chinoise.

Tel qu'on le voit, l'influence chinoise dans la santé au Cameroun est grande. Cela ne signifie pas que cette médecine est unanimement acceptée et qu'elle ne prête pas à controverses. Tandis que les autorités étatiques, en commençant par le Président de la République, parlent d'une coopération exemplaire et efficace⁶², le personnel médical ne cesse de relever des défaillances. Il est reproché aux Chinois d'être peu ouverts aux soignants camerounais avec qui ils travaillent ; ils sont taxés d'incompétents et plutôt préoccupés par les entrées financières que génère la vente de leurs produits. Il est rapporté qu'ils ont une attitude dénigrante vis-à-vis des produits de soins autres que les leurs. Les tradipraticiens chinois et camerounais exercent quant à eux sans aucun contrôle de la part des autorités et beaucoup d'entre eux seraient même des amateurs dans le domaine de la santé. D'autres personnes trouvent que les produits chinois sont de mauvaise qualité et relèvent parfois de la contrefaçon des produits autorisés par l'OMS⁶³. Ce sont là autant de critiques virulentes sur la médecine chinoise qui méritent d'être étudiées en profondeur.

Conclusion : de la nécessité de contrôler l'exercice de la médecine chinoise et d'approfondir des recherches à propos

En fin de compte, la présence des Chinois au Cameroun et leur implication dans le domaine de la santé, effective depuis 1975, s'est renforcée avec

62. A plusieurs circonstances, le Président Paul BIYA a salué cette coopération en ces termes. Ses discours à l'occasion de l'ouverture de l'hôpital gynéco-obstétrique de Ngouaso et de celle des Palais des Sports en 2009 en sont quelques exemples.

63. Beaucoup d'infirmiers camerounais que nous avons interrogés et qui ont requis l'anonymat sont très critiques vis-à-vis des Chinois qu'ils taxent d'incompétents et d'égoïstes, mais selon eux les hautes autorités du pays ferment l'œil sur tout ce qu'ils font.

l'avènement plus récent d'une part des tradipraticiens chinois, d'autre part des firmes pharmaceutiques. La tradition sanitaire chinoise est progressivement entrée dans les habitudes camerounaises au point d'exercer des influences multiples. La médecine chinoise semble avoir légitimé des pratiques de santé dites informelles et surtout donné de l'impulsion à la médecine traditionnelle africaine. Les produits de soins utilisés ne proviennent pas forcément de Chine, mais souvent des forêts et savanes du Cameroun où les Camerounais formés à cette pratique médicale se ravitaillent. La médecine chinoise a renforcé l'offre de soins, instauré de nouvelles techniques à l'instar de l'acupuncture et des massages, qui sont de plus en plus utilisées. Cependant, sa présence a ouvert la voie à des pratiques dangereuses par des amateurs qui ont investi le secteur de la santé. Ceci constitue un véritable problème, d'où la nécessité et l'urgence de contrôler l'exercice de cette activité.

L'étude de la médecine chinoise au Cameroun est un thème de recherche riche. Le démarrage du chantier de construction d'un hôpital de même type que celui de Ngoussou à Douala qui sera le double de ce dernier, le projet de création d'un centre de recherches sur la prévention et le traitement du paludisme à Yaoundé, sont des signes qui montrent que la médecine chinoise a encore de beaux jours devant elle au Cameroun. C'est le moment d'inviter la communauté des chercheurs africains à consacrer des recherches à cette pratique médicale afin de mieux la comprendre. Ce serait important également d'analyser les enjeux qui l'entourent, car comme l'écrit Olivier Schmitz, « *le succès croissant que connaissent les médecines « différentes » nous interdit désormais de les considérer comme une tendance sociale passagère. Il est devenu inévitable de les prendre en compte pour une meilleure compréhension des enjeux et de la dynamique médicale* »⁶⁴. Des projets de recherche pluridisciplinaires à l'échelle du continent devraient être initiés dans cette perspective. Ce thème que nous avons esquissé mérite d'être approfondi avec un échantillon plus dense et des observations dans toutes les villes du Cameroun.

64. SCHMITZ (Olivier), *op.cit.*, p. 7.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANONYME, Exportation de plantes médicinales chinoises en Afrique, <http://french.china.org.cn/french/43419.htm>. Consulté le 28 septembre 2009.
- ALLEN (Chris), "China in Africa", *Survival*, vol. 47, N° 3, Automne : pp. 147-163.
- ANC, « Protocole d'accord entre le gouvernement de la République Unie du Cameroun de la RPC relatif à l'envoi par la Chine d'une équipe médicale au Cameroun, 1975.
- BELIBI (Jean Francis), « Coopération : cette amie bienveillante), <http://www.cameroun-info.net/stories/0,18985,@,immigration-700-000-chinois-aux-portes-du-cameroun.html>
- BOUBAKARI MAWOUNE, « L'aide médicale chinoise au Cameroun : le cas de l'hôpital de district de santé de Guider (1976-2006) », Mémoire de Maîtrise d'histoire, université de Ngaoundéré, 2006-2007.
- CANDELISE (Lucia), «Construction, acculturation et diffusion de l'« acupuncture traditionaliste française » au XX^e siècle, *Documents pour l'Histoire des Techniques*, Paris, CHDTE, n° 16, décembre 2008, pp.76-88.
- DEUTCHOUA (Xavier), « ATOP/CA/AYH/GL Immigration : 700 000 Chinois frappent aux portes du Cameroun », *Mutations* du 02 mars 2007, Yaoundé.
- ELIWO MANDJALE AKOTO et al, « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », *Le Bulletin de l'APAD, n° 21, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, 2004 ;[article en ligne ,mis en ligne le 24 mars 2004].
- FPAE, « Sécurité sanitaire en question : pouvoirs et maladies en Afrique centrale », *Enjeux*, N°31, Yaoundé, AMA, avril-juin 2007.
- GUEBEDIAN A BESSONG (Sorèle), « Acupuncture ; des soins de fil en aiguille. Les Camerounais ont de plus en plus recours à cette technique de la médecine chinoise », L'actualité de la santé en Afrique, *Mutations-Cameroun* du 16 février 2004.
- HIEU (Pierre), « L'aide chinoise au Cameroun et son impact socio-économique : le cas du barrage hydroélectrique de Lagdo dans le Nord-Est Benoué (1978-2000) », Mémoire de Maîtrise d'Histoire, Université de Ngaoundéré, 2003.

- KABAYA BAYA, « La coopération internationale en matière de santé : cas du Cameroun et l'OMS », Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de 3^e cycle en Relations Internationales, Yaoundé, IRIC, Université de Yaoundé, 1981.
- MASSE, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et sociétés*, 21 (1), 1997, pp. 53-72.
- MOUELLE KOMBI (Narcisse), *La politique étrangère du Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- MVOGO (Raphaël) « Cameroun : la coopération médicale chinoise très appréciée », http://cozop.com/casafree/cameroon_la_cooperation_medicale_chinoise_tres_appreciee
- NDOUYOU MOULIOUM, "China Cameroon special documents" *Cameroon Tribune*, N° 8824/5023 du vendredi 27 février 2007.
- NINGOULOUBEL (Jean-Marie), « La coopération médico-sanitaire internationale du Cameroun », Mémoire de Maîtrise en Science Politique, Université de Yaoundé, 1983.
- OMS, *Médecine traditionnelle et couverture ses soins de santé*, Rapport, 1993.
- PAUL (Marie-Josée), « Les Chinois bousculent le commerce et la coopération », *Jeune Afrique Economie*, N° 375, juillet 2008, Dossier Coopération Internationale, pp. 242-244.
- PIETS KONINGS, « La Chine et l'Afrique à l'ère de la mondialisation néolibérale », *Bulletin du CODESRIA*, n° 1&2, 2007, pp. 19-25.
- SCHMIT (Olivier), (dir.), « Multiplicité des médecines et quête de soins dans les sociétés occidentales contemporaines », *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 2006.
- TANDA (Diétrick) avec la collaboration de plusieurs laboratoires de recherche en plantes naturelles (sans date de publication), *La nature dévoile ses secrets. La médecine cent pour cent naturelle, près de 150 maladies pour plus de 400 traitements qui marchent*, Edition TDF, Collection Antyanice.
- TEJE (Gaétan), « Le marketing du bus ». Les stratégies des vendeurs ambulants pour conquérir les voyageurs interurbains », *Les dossiers experts de la masse* N° 1, Marketing-etudiant.fr Le portail des étudiants en Marketing, août 2007, Douala.
- TUKUMBI LUMUMBA-KASONGO, « Les relations sino-africaines dans la période de l'après guerre-froide », *Bulletin du CODESRIA*, n° 1&2, 2007, pp. 9-18.