



Retours contraints au Sénégal : maladie mentale et interactions familiales

Véronique Petit

► To cite this version:

Véronique Petit. Retours contraints au Sénégal : maladie mentale et interactions familiales. APAD Conférence PANEL : Retourner, circuler, rester : analyse des stratégies familiales des migrants africains, APAD, May 2018, Roskilde, Danemark. halshs-02113375

HAL Id: halshs-02113375

<https://shs.hal.science/halshs-02113375>

Submitted on 28 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PANEL : Retourner, circuler, rester : analyse des stratégies familiales des migrants africains

Retours contraints au Sénégal : maladie mentale et interactions familiales.

Véronique PETIT

UMR CEPED - Université Paris Descartes – IRD
Professeure des Universités, démographe
veronique.petit@ceped.org

Cette présentation a pour objectif de rendre compte d'une situation marginale mais qui éclaire certains aspects des retours de migrants sénégalais et de la fragilité de leur statut lorsque le retour est contraint par la maladie – maladie mentale en l'occurrence-, et qu'il n'est préparé, ni forcément souhaité par les acteurs que ce soit le migrant ou sa famille. Il s'agit à travers la mobilisation de données ethnographiques d'interroger l'impact de la santé mentale sur les parcours migratoires et ce qu'ils révèlent des liens familiaux. Les migrants peuvent à leur demande ou selon la volonté de leur famille choisir de revenir par leurs propres moyens ou d'être rapatriés pour des raisons sanitaires afin d'être soignés dans leur pays d'origine lorsque survient une crise psychique en migration. L'apparition d'une pathologie peut ou pas être liée à l'expérience migratoire, mais qu'elle qu'en soit l'origine elle a des conséquences sur le projet migratoire. Dans un premier temps nous rappellerons comment le retour est (ou pas) intégré aux théories des migrations internationales, puis nous reviendrons sur la place du migrant au sein de la société et des familles sénégalaises, et à partir de nos données d'enquête nous examinerons la gestion du retour d'un migrant malade au sein de sa famille.

1-Le migrant et sa famille : dynamiques économiques et socio-culturelles

Si la prise de décision d'émigrer a été largement théorisée, la question du retour l'a été beaucoup moins ou elle reste latente dans les théories. Sans doute parce qu'au départ les théoriciens adoptaient implicitement le point de vue des pays d'immigration du Nord (Amérique, Europe), et qu'il leur importait de modéliser les motivations des migrants afin de comprendre quelles pouvaient être leurs contributions aux économies et leurs capacité « d'intégration » par le travail aux sociétés qu'ils rejoignaient dans cette époque de croissance. Cette prise de décision se résume à un calcul, à une comparaison mettant en perspective les avantages et les coûts à rester ou à partir (Lee, 1966 ; Harris et Todaro 1970). Dans cette perspective, le migrant - acteur individuel- est un être rationnel, un *homo oeconomicus* qui réagit aux déterminants structurels (différentiels de niveaux de salaires, d'opportunités d'emplois, de mobilité sociale) qui orientent les flux migratoires. Le migrant maximise son intérêt en choisissant une destination qui lui permet de satisfaire ses attentes et en fonction de son capital humain (Schultz 1961 ; Becker 1964). La théorie du choix rationnel est une théorie de l'action.

A partir des années 1990, la nouvelle économie des migrations (la NEM) en se fondant sur la micro économie des familles (Becker 1992) va renouveler et élargir ce cadre théorique. Les migrations internationales sont analysées non plus comme une stratégie de maximisation des gains, mais comme une stratégie de diversification des risques

afin de les minimiser. Ce renversement de perspectives s'explique par le fait que ce soit au Nord ou au Sud les économies depuis la fin des années 70- début des années 80 sont entrées dans une période de crise et d'instabilité. Les acteurs doivent donc prendre leurs décisions dans un contexte économique (imperfection des marchés), sociopolitique et environnemental caractérisé par un fort degré d'incertitude. On passe d'une valorisation absolue à une valorisation relative dans les critères d'évaluation de l'opportunité de migrer, donc à une complexification du processus migratoire. Les coûts et les bénéfices doivent être calculés, de même que les probabilités d'échec ou de succès, pour l'ensemble du ménage (migrants et non migrants) et non seulement pour l'individu migrant. La migration elle-même est une stratégie de gestion du risque (Stark, 1984, 1989 ; Stark et Taylor, 1989). Dans ce contexte d'incertitudes multiples et pour répondre du mieux possible aux attentes familiales et assurer leur quotidien, les migrants sont amenés à accepter des emplois ou des conditions de vie difficiles dans l'espoir de voir leur situation s'améliorer à moyen terme.

Autre avancée, le processus de décision de migrer et donc la nature du projet migratoire ne sont plus considérés comme une initiative individuelle, mais un projet défini et décidé au niveau de la famille. La famille ou le ménage¹ est qualifié par Thomas Faist (1997) de « *the crucial meso level* » et devient déterminant dans les recherches sur les migrations internationales à travers l'analyse des réseaux et les diasporas. La structure familiale, les rôles sexuels dans l'organisation du travail et des tâches domestiques, et les relations de parenté élargissent ce contexte décisionnel. Les théories économiques intègrent donc les apports de la sociologie, dès lors la famille joue le rôle d'une unité décisionnelle, d'une institution qui supporte la réalisation du projet migratoire (mobilisation de ressources financières matérielles humaines symboliques) et d'un acteur impliqué dans la migration que ce soit dans les pays de départ ou d'arrivée. En adoptant le point de vue interne des familles, elle explique aussi pourquoi la migration de certains de ses membres est plus souhaitée que celle d'autres.

Dans cette perspective, C.Z. Guilmoto et F. Sandron (2001) définissent la notion de contrat migratoire entre la famille et son migrant, la première investit sur le second, qui doit rendre de manière différée les investissements dont il a été l'objet. Ce contrat est a-temporel, son caractère implicite et tacite rend possible une renégociation au fur et à mesure que la vie en migration se déroule en fonction des contraintes et des opportunités dans les régions de départ et d'arrivée. Les transferts garantissent au migrant un « droit au retour » en lui permettant de conserver un accès au foncier, au marché matrimonial et à la vie politique (Stark 1984 ; Stark et Lucas 1988). Dans une perspective plus anthropologique, Hamidou Dia (2009) développe l'idée d'une « esthétique du mensonge » qui fait référence à l'idée que l'ensemble des acteurs familiaux ici et là-bas travestissent la réalité de leurs existences, du côté des migrants afin de résister aux multiples sollicitations dont ils sont constamment l'objet et du côté de leur parenté afin de tenter de tirer le meilleur avantage de la rente migratoire.

Dans le contexte de crise économique précédemment évoqué, les solidarités deviennent de plus en plus sélectives et choisies (Calvès et Marcoux 2007, Marie 2007 ; Leimdorfer et Marie 1997)). Parallèlement du fait de la transition démographique on assiste à une évolution des structures familiales, la famille élargie se délitant au profit d'une nucléarisation des familles. L'intégration du niveau méso (familles et communautés) conduit également à expliquer l'accroissement de la migration au sein

¹ On ne reviendra pas sur les discussions entre démographes et sociologues sur cette question d'unité d'analyse.

de sociétés celle-ci devenant un modèle de réussite (théorie de la relative déprivation) et sa reproduction à travers l'émergence d'une culture de la migration. Le désir de migration et les imaginaires migratoires sont alimentés par les récits et les pratiques des migrants lors de leurs retours (Massey et al. 19 87). Loin de freiner la migration, le développement contribue à son expansion et à la diversification des formes de mobilités (De Haas et Fokkema 2011 ; De Haas 2005 ; Skeldon, 2008).

2- Le « bon migrant », maladie mentale et rapatriement au pays

Implicitement ce cadre théorique semble pensé dans un contexte d'une migration « réussie » et régulière, dans un contexte où le migrant s'insère dans marché de l'emploi et s'intègre dans la vie sociale. Grâce à cette « intégration », il est en mesure d'effectuer des remises qui lui permettent à la fois de rembourser les investissements dont il a bénéficié afin d'émigrer, d'entretenir des liens avec sa famille et de préparer un éventuel retour dans son pays d'origine. Du point de vue des Etats et des institutions chargées de promouvoir le développement, le migrant devient un acteur essentiel du développement, et son rôle est officialisé à travers des politiques nationales (co-développement en France par exemple) et européennes. Ces institutions attendent de ce dernier qu'il investisse dans son pays et y développe des activités économiques et financières productives. Pourtant, bien que les données empiriques et la modélisation des relations macro économiques entre transferts et PNB ne soient nullement concluantes (Charbit 2007, 2008), progressivement la figure du migrant de retour investisseur / entrepreneur émerge. Elle fait l'objet d'une véritable promotion idéologico-politique (par exemple par l'AFD en France au sein de la théorie du co- développement). Il incarne une forme de succès et s'intègre parfaitement à la vision portée par l'OMI (Organisation pour les migrations internationales) et les agences des Nations unies d'une migration gagnante-gagnante (*win-win*) pour l'ensemble des acteurs impliqués (Etats de départ, le migrant, sa famille, Etats d'arrivée) pourvu qu'elle soit régulière et contrôlée.

Cette figure du « bon migrant » s'oppose ainsi à celle par exemple du rapatrié ou des mineurs isolés étrangers (MIE) dont les devenir, en particulier les retours, sont vus comme problématiques par les Etats d'arrivée et d'origine (sur l'exemple de la Guinée-Conakry, Petit et Baldé, 2018 à paraître). Davantage que la question du retour, c'est la question de la solidarité et des liens qui unissent le migrant à sa famille qui est au cœur des travaux théoriques. Le retour est pensé dans le cadre du contrat migratoire et de l'économie morale. Le migrant est redevable à sa famille à travers la logique de redistribution qui s'est mise en place autour de lui, ce qui implique que le retour doive être préparé et anticipé (investissements immobiliers, fonciers, activité professionnelle, création d'entreprise, etc.). A la rente migratoire doit se substituer d'autres formes de revenus ou modalités d'aide, à son absence doit se substituer une présence qui oblige à un repositionnement de tous. De retour « au pays », le migrant est supposé capitaliser les ressources accumulées matérielles et immatérielles qu'il a acquises et accumulées durant son expérience migratoire et tirer partie du prestige acquis qui rejaillit également sur la famille. Dans cette perspective son retour est attendu, légitime, fêté parce qu'il s'ancre dans une migration associée à la réussite et à la promotion sociale. Néanmoins si cette vision du retour comme une étape logique correspond à certains profils de migrants (entrepreneur, étudiants ayant acquis une formation, retraités), d'autres migrants pour diverses raisons échappent à ce parcours « idéal » ou idéalisé (MIE refoulés par d'autres pays de transit, migrants en situation

irrégulière rapatriés, migrants expulsés en cas de conflit par exemple). Pour d'autres migrants le retour est vécu comme une impossibilité : en situation irrégulière, sans papiers d'identité et sans statut de résident, dénués de ressources suffisantes et d'accès à la circulation, leur projet migratoire est un échec. Ne pouvant répondre aux attentes de leur famille, ayant parfois rompu les communications, ils vivent dans la honte et n'envisagent pas de rentrer quelle que soit leurs souffrances et leur solitude (exemple du Congo Brazzaville, Pénicaud, 2017).

Les migrants sénégalais étudiés ici sont en situation régulière, ils ont une activité en France, en Italie, au Canada, aux Etats-Unis, en Belgique. Le plus fréquemment ils sont célibataires ou seuls ayant laissé leurs épouses au Sénégal. Affectés par une pathologie mentale, leur situation économique et sociale se dégrade faute d'un suivi psychiatrique, certains préfèrent recourir à des traitements traditionnels auprès de marabouts immigrés² ou se font envoyer des médicaments. Conduits dans des services psychiatriques en situation de crise, ils font l'objet de rapatriement sanitaire soit à leur demande, soit à la demande de leur famille, en particulier quand une hospitalisation se prolonge. D'autres, sous traitement psychiatrique souhaitent rentrer au Sénégal afin de poursuivre leur traitement près d'un psychiatre sénégalais qu'ils jugent plus à l'écoute et plus apte à comprendre leurs problèmes de santé et leurs difficultés familiales en raison d'une proximité socioculturelle qu'ils ne partagent pas avec les médecins dans les pays d'arrivée. Il faut ici rappeler que le Sénégal dispose d'une offre en santé mentale, une psychiatrie culturelle incarnée par l'école de Fann³. Mais dans tous les cas évoqués, leur retour n'est pas préparé, il est imposé par la situation. La gestion de la maladie et les choix thérapeutiques engageant à l'avenir du migrant vont constituer un puissant révélateur des dynamiques familiales.

Il n'existe pas de statistiques nationales permettant de mesurer la prévalence des maladies mentales dans la population et au Sénégal⁴. Les données de routine (registres de consultations et d'hospitalisation) des différents services psychiatriques ne renseignent pas le statut migratoire qui n'est pas inclus dans les caractéristiques sociodémographiques de base des individus. Le passé migratoire d'un patient et sa situation actuelle sont appréhendés à travers le dossier médical du patient. Les psychiatres lors des entretiens avec le malade et son accompagnant (nous reviendrons sur le rôle de l'accompagnant) vont établir « *ses antécédents* » en cherchant à recomposer son histoire personnelle. Des fiches de suivi des rapatriements sanitaires sont établies par les services administratifs entre les structures hospitalières au nord

² Constant Hamès, « Liliane Kuczynski, Les Marabouts africains à Paris », Archives de sciences sociales des religions [En ligne], 124 | octobre - décembre 2003, document 124.26, mis en ligne le 25 octobre 2005, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://assr.revues.org/849>

³ Nous ne reviendrons pas ici sur l'histoire de la psychiatrie coloniale en AOF et la création de l'école de Fann, on peut se référer aux nombreux travaux sur la question, le lecteur pourra se référer par exemple à la *Revue de psychopathologie africaine* ; COLLIGNON René, La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : Esquisse d'une historisation comparative, *Revue Tiers-Monde*, 2006, n°187, 527-546. GUEYE Momar, 1995, The Interface between Culture and Mental Illness in French Speaking West Africa, in *Handbook of Culture and Mental Illness : An international perspective*. Al-Issa, I. ed. - Madison (Connecticut) : International UP, 93-112. ORTIGUES Marie-Claude et Edmond, 1966, *Cedipe Africain*. Plon. Danièle Storper-Pérez, 1976, *la folie colonisée*, Paris, Maspéro. Zempléni Andrea, La maladie et ses 'causes', *L'ethnographie*, 1985, 2, 13-44. LACHAISE Joris (2013) Que reste-t-il de la folie ? France, Production KS visions Jean-Pierre Krief et BABEL XIII, 1h33, couleur.

⁴ Au Sénégal comme dans la plupart des pays en développement (et développés...) la santé mentale ne constitue pas une priorité en matière de santé publique malgré la charge morbide qu'elle représente et son coût social et économique. (+référence The Lancet).

et le Centre national hospitalier universitaire de Fann à Dakar ou l'hôpital psychiatrique de Thiaroye. Il n'est pas possible d'y avoir accès. Même si certains praticiens commentent ou autorisent un accès direct aux dossiers médicaux, ceux-ci se révèlent difficiles à exploiter pour plusieurs motifs (écriture illisible, abréviations, vocabulaire technique, etc.) et indépendamment de questions éthiques évidentes. Ils se révèlent assez pauvres sur l'histoire des patients du point de vue du chercheur en sciences sociales, mais ils démontrent que la migration est une donnée récurrente dans les récits familiaux des patients.

Mon enquête ethnographique est en cours (2016-) dans différents services psychiatriques dans le pays : le CHU de Fann à Dakar (clinique Moussa Diop et centre Keur Xaleyi, hôpital psychiatrique de Thiaroye (urgences et pédopsychiatrie), le centre catholique de santé mentale Dalal Xel à Thiès et leurs consultations itinérantes à Louga et Bakel, le centre de santé mentale Emile Badiane à Ziguinchor⁵. J'ai réalisé des observations à l'accueil des unités de soins, dans les salles d'attentes, les lieux de vie des patients (chambres, jardins, couloirs, etc.), j'ai assisté à des consultations et recueilli des entretiens auprès des personnels soignants (psychiatres, infirmiers, aides soignants, pharmaciens), auprès de tradipraticiens (marabouts, guérisseurs, exorcistes), auprès de personnes malades au moment d'un rendez-vous ou lors d'une hospitalisation avec l'accord des chefs de service et de l'administration, et auprès de leurs accompagnants. Certaines personnes sous traitement malades ont été également rencontrées en dehors des unités médicales dans un lieu de leur convenance. Au Sénégal, les personnes malades doivent avoir obligatoirement « un accompagnant », c'est-à-dire une personne désignée par la famille pour rester constamment à leurs côtés durant leur hospitalisation (chambre avec 2 lits) ou durant les rendez-vous de suivi au cours du traitement. Les accompagnants (du même sexe que le malade) assistent aux échanges avec le médecin et sont chargés de faire de lien entre le psychiatre, l'institution médicale et la famille. Habituellement l'accompagnant est un membre proche du malade : père ou mère, fils ou fille, frère ou sœur, oncle ou tante. Néanmoins avec la crise économique et l'évolution des conditions de vie, certaines familles rétribuent une personne extérieure à la parenté afin qu'elle joue ce rôle, les médecins parlent alors « *d'accompagnants mercenaires* »⁶, pratique qui traduit le relâchement des solidarités familiales et l'abandon des malades mentaux.

3. Le retour du migrant « VIP »

Un contexte de stigmatisation

La maladie mentale impacte non seulement la personne malade, mais également l'ensemble de son entourage. Elle constitue une déflagration sociale qui ébranle l'organisation familiale : de même que la réussite du migrant rejaillit sur sa famille, la honte liée à la folie s'abat sur celle-ci. En effet, loin des représentations d'une Afrique bienveillante à l'égard de ses « fous », les personnes désignées comme folles par

⁵ Réparties sur le territoire, ces unités de soin renvoient à des profils de malades spécifiques ainsi qu'à des contextes culturels et migratoires particuliers.

⁶ KILROY-MARAC K., 2014. "Of Shifting Economies and Making Ends Meet: The Changing Role of the Accompagnant at the Fann Psychiatric Clinic in Dakar, Senegal", *Culture Medicine and Psychiatry*, 38 : 427-447.
KOUNDOUL A. (2015) « La professionnalisation de l'accompagnement des malades en milieu psychiatrique au Sénégal », *Le journal des psychologues*, 10, 332, p. 42-51.

l'entourage et celles qui sont conduites dans les services psychiatriques⁷ font l'objet d'une forte stigmatisation, elles sont exclues de la commensalité, et font parfois l'objet de mauvais traitements (contention, enchaînement, réclusion). Elles perdent leur statut, toute autorité et pouvoir, leur parole est discréditée. Parfois, elles sont abandonnées à leur sort dans la rue⁸. Pour les familles, la maladie mentale est fortement associée à la honte et au déshonneur car le malade par ses comportements transgresse les codes sociaux, en étant trop agité et bruyant, ou au contraire étant plongé dans un mutisme et un abattement prolongé. Il trouble les relations au sein de la famille et avec le voisinage. Incapable de suivre une formation ou d'avoir une activité professionnelle, il constitue une charge pour la famille qui doit l'entretenir et rechercher des soins.

Dans un contexte de fort pluralisme médical, l'analyse des parcours thérapeutiques montre que le recours à l'offre psychiatrique intervient presque toujours systématiquement en dernier recours. Les malades « ordinaires » sont conduits en état de crise dans les unités psychiatriques, sous contraintes, parce que les voisins ont appelé la police ou les pompiers, parce que désespérés ils se résignent à franchir le pas, après des années de quête thérapeutique où le malade est conduit de marabouts en guérisseurs en exorcistes. Tandis que l'ensemble des tradipraticiens est consulté quelle que soit la religion des familles et des thérapeutes, l'état de la personne malade se dégrade. Ces soins ont également un coût et comme le souligne Didier Fassin, « le cheminement d'un malade à la recherche d'un diagnostic ou d'un traitement apparaît comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (systèmes de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et des causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rendent vaine toute tentative de formalisation stricte... d'où la nécessité de restituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique. » (Fassin 1992 : 118). Le traitement réservé au malade mental sera dès lors très dépendant des autres impératifs familiaux, des ressources au moment, du contexte économique et social. Les personnes malades évoquent fréquemment un sentiment d'insécurité et un manque de confiance vis-à-vis de leur famille, affirmant que celle-ci n'a pas à plusieurs reprises respecté leurs choix thérapeutiques, leur imposer d'autres solutions ou en cesser de financer leurs traitements. Ces tensions familiales sont exacerbées par les symptômes de la maladie qui suscitent incompréhension et effroi et par le fait que les personnes malades disent très directement ce qu'elles ressentent contrairement au code politesse. D'ailleurs un proverbe wolof assure : « *Il est fou il dit la vérité* ».

⁷ L'institution psychiatrique secrète une image qui modifie progressivement bien au-delà du consensus de l'entourage, les images traditionnelles du fou et de la folie. Elle fait de celle-ci une maladie. Le fou qui n'est plus assumé par le consensus social et culturel et est rejeté vers l'hôpital psychiatrique des anciens colonisateurs pour y être soigné, du moins enfermé, gardé, relégué (cf. D. STORPER-PEREZ, 1976, *La folie colonisée*, Paris, Maspéro). « L'introduction d'une nouvelle culture, les transformations sociales rapides et profondes bouleversent obligatoirement le statut du malade et l'image de la maladie mentale. Ce bouleversement peut se faire au détriment du malade » : COLLOMB H. et A. ZEMPLÉNI, 8 août 1965, maladie mentale et acculturation, *Médecine d'Afrique noire* n°8, pp. 293-296.

⁸ Papa Mamadou DIAGNE, « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 13 | 2016, mis en ligne le 29 novembre 2016, consulté le 11 mai 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2171> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.2171

Un parcours thérapeutique spécifique : « remettre le migrant en état »

Les migrants qui sont des rapatriés sanitaires arrivent à l'aéroport de Dakar où une ambulance les attend et les conduit en général au CHU de Fann. Ceux qui reviennent par leurs propres moyens sont accueillis par leur famille qui là aussi les emmène le plus vite possible à Fann, car il n'est pas souhaitable que le migrant malade soit vu dans cet état par le voisinage. Son état de faiblesse ou d'incapacité ne doit pas apparaître publiquement et donner lieu à des rumeurs et nuire à la réputation familiale. La famille réunit un conseil afin de formaliser une solution en définissant le type de recours et les contributions des uns et des autres au financement du traitement en fonction de leurs connaissances et de conseils. Le choix de la psychiatrie est établi en raison de la réputation de « Fann »⁹ dans tout le Sénégal depuis la colonisation et parce qu'en dépit de la peur et de la honte liées à la fréquentation de l'institution psychiatrique, la médecine des Blancs est perçue comme la plus efficace pour rétablir la situation. Des mères nous expliquent qu'elles avaient déjà aidé leurs fils à émigrer, et que dans cette situation de crise, elles vendront leurs bijoux, mobiliseront leurs ressources pour payer les médicaments et l'hospitalisation pourvu que leur fils puisse repartir. Dans la société sénégalaise, elles sont tenues comme responsables de la réussite de leur enfant, et son succès rejaillira sur elles, elles auront la reconnaissance de leur famille et de leur belle-famille quand le fils se mariera. Il faut noter également que loin des vertus de savoir supporter, d'avoir le courage d'endurer (*mun*) avec pudeur (*kersa*) et décence (*sutura*) afin de préserver l'honneur (*jom*) et d'éviter la honte (*rus*), les émotions et les sentiments sont souvent plus extériorisés comme si le service psychiatrique constituait un lieu à part, un bouleversement profond non seulement pour le malade mais également pour ceux qui l'accompagnent.

Les observations réalisées aux urgences à Fann et Thiaroye et aux admissions montrent des migrants arrivant encadrés par des frères et des cousins tandis que fréquemment les femmes marchent derrière effondrées et éplorées. Le migrant n'est pas accompagné d'une ou deux personnes comme ordinairement pour les autres patients, mais c'est une délégation familiale qui se présente, qui rapidement instaure une pression verbale sur les médecins. Avant même que tout diagnostic soit posé, les représentants de la famille demandent de « *faire taire* » leur malade et de le « *remettre en état* » grâce à des injections et des médicaments (c'est-à-dire des comprimés) qui sont investis du pouvoir quasi instantané de modifier dans le sens souhaité l'état du malade (Petit et al, 2014). La demande est très explicite : les psychiatres doivent obtenir que le migrant retrouve sa bonne santé et ce dans les délais les plus rapides car l'objectif est que migrant soit apte à repartir. Son retour n'était pas « *au programme* » et n'étant « *pas calculé* », il ne peut durer car il modifie l'économie familiale en remettant en cause les projets de ses parents.

Il faut souligner que le migrant dans cette phase est totalement exclu des discussions familiales. Il est en quelque sorte dessaisi du projet migratoire. La maladie ayant rompu le contrat migratoire, celui-ci ne fait plus l'objet de négociations. Si la réussite fait du migrant une figure centrale de la famille, la maladie mentale va créer une mise à distance et interroger la force des liens familiaux. Ce qui est vrai pour tous les malades l'est encore plus pour les migrants, on voit alors combien leur statut est lié à l'avoir, comme en témoigne de jeunes hommes migrants malades : « *si tu possèdes rien, tu n'es rien* », « *la famille wolof n'est pas généreuse* ». Si le statut de migrant international offre

⁹ Les premiers malades ont été accueillis en 1956.

un accès rapide aux services psychiatriques, contrairement aux parcours thérapeutiques longs et chaotiques des autres patients, l'investissement sur la santé mentale du migrant est précaire et soumis à l'évolution de la maladie.

4- le parcours thérapeutique

Des soignants en posture difficile

On l'a dit, le migrant incarne au Sénégal une des figures de la réussite. Si dans les années 1950-70, la réussite et la promotion sociale sont symbolisées par le succès dans les études qui donne accès à la fonction publique, à partir années 80, suite à la crise et aux plans d'ajustement les migrations internationales deviennent le nouveau modèle de réussite : « *le migrant c'est un very VIP ici* ». Les psychiatres expliquent qu'ils doivent faire face et résister aux injonctions des familles car les impératifs thérapeutiques se heurtent à la logique de la rente migratoire. La maladie mentale implique un temps de diagnostic, d'hospitalisation et d'observation, un traitement qui relève du moyen ou long terme. Cette temporalité s'accorde mal avec les exigences des multiples investissements réalisés sur le migrant. Les médecins soulignent également que les familles sont dans une sorte de déni de la souffrance du malade. Les médecins interrogent brutalement le coût de l'expérience migratoire faisant passer l'aspect doré au second plan : ils rappellent aux parents qui leur demandent instamment de rendre à nouveau performant leur migrant malade, ce que ce dernier a vécu : la distance, l'isolement, la « plus haute des solitudes »¹⁰, les conditions de vie et de travail difficiles, les pressions et la charge qu'ils doivent supporter. C'est le médecin qui se place en posture de protection et de défense du migrant alors que la famille est dans une posture plus ambiguë alors qu'elle est censée être une cellule protectrice.

A la fin des années 70, la sociologue Danièle Storper-Perez évoquait déjà un « univers de contradictions » (1977) afin de décrire les difficultés que les individus éprouvent à se situer dans une société en transition, elle note également que l'apparition des troubles mentaux parmi les membres d'une famille oblige ceux-ci à actualiser leurs liens. Plus récemment une psychologue sénégalaise du centre Keur Xaleyi à Fann rendait compte d'un discours récurrent chez les psychiatres : la difficulté qu'ont les individus à assumer et articuler les différents rôles dont ils sont les porteurs (être « un bon fils », « un bon migrant », « un bon musulman », un époux moderne, etc.) car ceux-ci les placent face à des dilemmes et des contradictions. Les choix sont difficiles à effectuer par des individus, car ils ont des conséquences directes en matière de relations familiales et sociales. Les individus réalisent avec l'aide des psychiatres et plus rarement de psychologues que l'émancipation et l'autonomisation est un processus douloureux, qui implique plus que des discours, des décisions et des actes, une forme de mise en cohérence personnelle. Les praticiens pointent de manière récurrente « *le manquement de communication* », « *la circulation très lente de la communication au sein des familles* ». Un psychiatre du CHU de Thiaroye ajoute que leur rôle est « *d'aider les patients à être eux-mêmes* », alors que le contrôle social pousse « *les gens à aller dans le même sens ; c'est comme s'il y avait un comportement routinier à adopter avec tout le monde et ça peut aller très loin...* ». Les cadets sociaux ont été confrontés durant toute leur vie à des décisions qui leur ont été imposées par les chefs de famille, sans qu'elles soient justifiées ou expliquées alors qu'elles impactent

¹⁰ Pour reprendre le titre de l'ouvrage de l'écrivain Tahar Ben Jelloun, psychiatre dans une première vie (1977) Paris, Edition du Seuil.

directement leurs existences. Les relations familiales sont donc caractérisées par « *le poids des non-dits* » et la difficulté « *à se différencier* » « *du malaise* » et « *du magma familial* ». Au fil des entretiens, les migrants dénomment rarement leurs parents, ils évoquent le « *ils* » qui incarne l'autorité familiale. De leur côté, les psychiatres, en critiquant implicitement l'obligation de l'accompagnant, expriment la différence très sensible de l'expression du malade lorsqu'il est seul avec son thérapeute ou lorsqu'il est sous le regard de son accompagnant. Un psychiatre de Dalal Xel m'expliquait que lors des consultations il donnait toujours la parole en premier lieu à son patient et veillait à ce qu'il ne soit pas interrompu par son parent. La production du récit individuel et son imbrication dans le récit familial est donc un enjeu premier dans les relations familiales.

Dilemmes moraux au sein des familles

Si le statut de migrant international permet au malade une prise en charge psychiatrique, la confrontation entre la temporalité du traitement et celui des exigences familiales révèlent les dilemmes moraux des acteurs au sein de la famille. Si les familles expriment très fortement leur volonté que leur migrant recouvre au plus vite sa performativité, elles ne sont pas uniquement animées par un sentiment utilitariste. S'expriment à travers des paroles, des gestes d'attention, des formes de reconnaissance et de loyauté vis-à-vis de celui qui a permis par son travail le mieux-être de la famille. Même si les médecins soulignent que les migrants et leurs familles sont fréquemment issus du monde urbain et que leurs expériences du monde occidental les ont rapprochés de la psychiatrie, il n'en reste pas moins qu'ils ne partagent pas le même univers discursif que les psychiatres. Ils conservent des interprétations traditionnelles ou musulmane de l'irruption de la folie : un esprit (un *jinn*, un *seytaane*, un *rab*) est venu agressé le malade ou celui-ci victime d'un maraboutage (*liggéey*). La causalité de la maladie reste extérieure. Selon Ibrahima Sow¹¹ dans la conception africaine l'individu malade apparaît à la fois comme victime et comme informateur du danger qui guette le groupe. Les familles cherchent avant tout le soulagement et l'effacement des symptômes en psychiatrie, l'interprétation de la maladie, l'imputation étiologique ne relèvent pas de la biomédecine. Selon les croyances profanes, on ne guérit jamais un fou. Un proverbe est constamment cité par les familles de patients migrants ou non : « *le fou ne guérit pas mais va mieux* » (« *dof du wér day tane* »).

Du côté des malades, les discours expriment l'ambivalence liée à l'idéologie du *tekki*. Cette idéologie exprime la volonté de dénouer des nœuds, sortir de la dépendance, sortir de la pauvreté afin de s'assurer une voie vers la réussite et la reconnaissance de son groupe. Cette pensée est très présente dans la culture jeune urbaine wolofisée sénégalaise. Lors d'entretiens réalisés à Fann, les jeunes migrants hospitalisés disent dans la même « *vouloir se débrouiller seul* » et reconnaître que « *la famille est toujours là* » exprimant clairement la tension entre un fort désir d'émancipation et un besoin de reconnaissance puissant. Moteur d'autant plus puissant, qu'il est sous-tendu par un investissement mystique dans le travail pour ceux qui adhèrent au mouridisme. Les migrants malades vivent douloureusement le fait de retomber dans une situation de dépendance alors qu'ils avaient conquis une position de soutien de famille, mais dans le même temps ils expriment les obligations que leurs parents ont à leur égard.

¹¹ Ibrahima SOW (1977) *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris, Payot.

L'enjeu est donc pour les psychiatres que non seulement leur patient adhère au traitement mais également sa famille, et qu'ensemble ils construisent « *une alliance thérapeutique* », celle-ci passant par une convergence sémantique. En dépit du fait que la psychiatrie soit le recours d'urgence au retour du migrant, on constate que les médecins peinent à interpeler la famille sur ce qu'est une maladie mentale et sur le sens de la guérison. Les parents implicitement souhaitent que la biomédecine ait le même pouvoir qu'ils prêtent ordinairement à la médecine traditionnelle (guérir d'un coup définitivement), alors que les psychiatres souhaitent amener les familles à s'interroger sur le sens et la réalité de la guérison. Que signifie être guéri ? Est-ce un effacement des symptômes, un arrêt de la crise, une mise sous traitement, une stabilisation, un retour à la vie sociale, un retour à la vie active avec un suivi ? Ce travail de discussions conduit par le psychiatre avec l'accompagnant voire d'autres parents, le patient lui-même, relève de ce que certains psychiatres nomment une « *éducation psychologique* ». Cette éducation psychologique constitue un exercice nécessaire mais périlleux, car les psychiatres doivent éviter l'écueil d'un discours qui d'une certaine manière corroborerait le proverbe selon lequel un fou ne guérit jamais, et préparer les familles à modifier leur point de vue sur l'avenir du migrant et une redéfinition du projet migratoire. Les membres de la famille sont en général assez réticents à s'exprimer et à être d'une certaine manière « *inclus dans le problème* » par la démarche psychiatrique qui remet en cause leur positionnement. En effet, celle-ci a des implications peu compatibles avec les attentes de la famille : cette temporalité thérapeutique est trop longue, le type de guérison souhaité n'est nullement garanti (recouvrir une santé permettant une ré-migration) et le questionnement réflexif sur le coût psychique et émotionnel de la migration heurte « *le déni des familles qui ne sont pas prêtes à entendre la souffrance de leur migrant. Elles ne veulent pas connaître le coût de ce qu'elles possèdent* » (psychiatre à Fann). Aussi si le migrant ne recouvre sa santé, assiste-t-on à un découragement familial induisant l'arrêt du traitement psychiatrique au profit d'un traitement traditionnel, voire d'un arrêt complet de toute quête thérapeutique, celle-ci pouvant reprendre en cas de crise.

Le mouridisme : l'institution qui reste présente aux côtés des migrants

Parmi les recours succédant parfois à la psychiatrie il est intéressant de mentionner le fait que certains marabouts guérisseurs revendiquent une forme de spécialisation dans le traitement de la folie au regard de l'importance du mouridisme dans la migration internationale sénégalaise. Certains marabouts développent ce qu'ils appellent des « *villages thérapeutiques* » en reprenant abusivement l'appellation de l'expérimentation thérapeutique initiée par Henri Collomb au Sénégal (des malades suivant une cure psychiatrique seraient confiés à un village, le « *milieu* » rural apparaissant plus sain et plus proches des patients)¹². Cette forme de captation de l'héritage de Collomb, alors qu'inversement ses héritiers naturels le délaissent, est une tentative de se construire une légitimité aux regards (réservés) des chercheurs occidentaux, des ONG mais aussi de l'institution psychiatrique avec qui ils souhaitent créer des partenariats. Cette stratégie s'inscrit dans une quête plus large visant à capter et à intégrer certaines pratiques modernes (médicaments, analyses médicales, fichiers des malades avec un diagnostic reprenant parfois la nosologie psychiatrique,

¹² COLLIGON René, « A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire. Les dispositifs villageois d'assistance. Eléments pour un dossier. *Psychopathologie africaine*, 1983, XIX, 3 : 287-328.

relations avec les médias) afin de renforcer sa visibilité et sa reconnaissance. Nous avons pu en particulier observer et conduire des entretiens dans les concessions de Serigne Dame Dieng à Tobor et Abdul Karim Sane à Mawa dans les environs de Ziguinchor en Casamance.

Alors que le centre de santé mentale Emile Badiane à Ziguinchor a une capacité d'accueil d'une trentaine de malades pour un psychiatre et un interne en formation (unique centre pour toute la Casamance), le marabout à Tobor accueille, certes dans des conditions de logement et de vie sommaires, une soixantaine de malades que les familles viennent lui abandonner ou qu'il recueille lorsqu'il les trouve errant dans les rues de Ziguinchor, de Kolda ou d'autres localités. Ces personnes, dont des migrants, sont encadrées par d'anciens malades qui se présentent comme étant guéris grâce au traitement traditionnel¹³ (bains, prières, amulettes) prodigué par le marabout et grâce aux effets du travail agricole (culture de l'arachide, maraichage) sur les champs de la concession. Selon une organisation pyramidale, les rôles et les fonctions de chacun dans l'organisation de la concession sont parfaitement définis et respectés. Le malade doit devenir un « bon malade » afin de voir son état s'améliorer. Bien que le traitement ne soit pas présenté comme une conversion au mouridisme, le malade recueilli doit s'engager à respecter à la fois les prescriptions thérapeutiques établies par le marabout (cure mystique) et à développer une activité physique grâce au travail agricole. D'après le discours du marabout, relayé par les encadrants, ce travail adapté en fonction de son état ou de ses compétences particulières, permet au malade d'être actif, de contribuer à la production de la concession et lui procure le sentiment d'être inséré et considéré dans la collectivité, alors qu'à l'extérieur il est soumis à l'exclusion et rejeté des relations de don / contre don.

A l'intérieur de la concession, les malades célibataires ont des chambres qu'ils partagent (hommes et femmes séparés), les couples avec leurs enfants ont une chambre pour eux. Le marabout célèbre également des mariages afin de régulariser les relations qui peuvent s'instaurer entre malades et les naissances qui en découlent. Ces pratiques posent évidemment un certain nombre de questions éthiques, thérapeutiques et judiciaires, puisque le marabout se substitue aux institutions politiques et médicales. Cependant comme le soulignent certains psychiatres, personne au Sénégal ne vient contester ces pratiques discutables, car les marabouts occupent le vide laissé par ces institutions faute de politiques efficaces en matière de santé mentale.

On est alors face à un paradoxe tragique, puisque nombre de jeunes hommes migrants ont émigré en étant portés par les valeurs des Mourides (Lacombe 2000 ; Bava 2007). La nécessaire réussite par le travail, l'investissement constant dans ce projet migratoire et la pression qu'il implique a participé à la rupture de leur équilibre psychique (surmenage, fatigue, stress, dépression) (Ebin 1990), rentrés au pays pour être soignés ou poursuivre un traitement psychiatrique initié en Europe ou en Amérique du Nord, ils échouent finalement chez un représentant de l'idéologie qui a contribué à leur situation. Alors que le mouridisme les a accompagnés dans leur quête de prestige, il les accompagne désormais dans leur quête thérapeutique alors qu'ils sont devenus marginaux, oubliés, dans leur propre société. Alors que la société, l'Etat,

¹³ Nous avons découvert qu'un des infirmiers venait visiter ces malades, indépendamment de toute obligation professionnelle, et qu'il donnait des médicaments en particulier à ceux qui sont dans un état de santé le plus précaire. Les marabouts n'hésitent pas à mêler soins traditionnels avec des recours à des médicaments ou examens biomédicaux.

les ONG se désintéressent d'eux, ces marabouts leur donnent une place ce qui en soi n'est pas rien.

5- Conclusion : glissement de la figure de la réussite à celle du fou

Sans que ce soit exprimé, il est évident que du côté du migrant malade et du côté de sa famille, se pose la question de la résistance des nœuds qui lient le premier à sa parenté face à la maladie mentale qui se prolonge. Si l'expérience de la mobilité modifie les relations de pouvoir à l'intérieur de la famille, l'expérience de la maladie mentale peut les renverser de manière brutale et irréversible. Le migrant qui était le héros perd progressivement la protection liée à ce statut, et glisse vers sa figure antinomique celle du fou (cf. tableau 1).

Tableau 1. La figure du migrant à l'opposé de celle du fou.

La figure du migrant « VIP »	La figure du « fou »
Performant, actif, productif	inactif, sans qualité, improductif
Reçoit et distribue la parole, l'information	parole discréditée, sans pouvoir
capacité de (re)distribution, dépendance vis-à-vis de la rente migratoire, sollicitations multiples	Exclu de la sociabilité, de la commensalité, dépend de sa famille
Incarne la réussite	Incarne l'échec
Succès, promotion	Précarité, déchéance
Honneur, fierté	Honte
Force, solidité	Vulnérable
Sécurité (soutien de famille)	Dangereux (imprévisible)
Position d'aîné, parole performative, de prestige	Position de cadet social, soumission aux autorités
Position de centralité	Position de marginalité

Cette enquête en cours présente pour l'instant deux limites. L'offre privée de santé mentale n'a pas été investiguée alors que les migrants les plus favorisés et éduqués peuvent y accéder et ce dans une relative discrétion. Je n'ai pas non plus présenté une face complémentaire de ce tableau qui ressort également de la fréquentation des services psychiatriques : dans la région de Louga, on constate la présence d'enfants et d'épouses de migrants qui eux aussi sont affectés par la distance, l'absence, le manque d'information en provenance du migrant. Ces conséquences négatives de la migration étaient apparues dès les années 1960 dans les pays d'émigration situés sur le pourtour du Bassin méditerranéen. Charbit (1985) en avait révélé l'ampleur, en particulier dans le domaine de la santé mentale et des dysfonctionnements intra familiaux. La question du retour, ou plus exactement d'un retour sans cesse différé pour des raisons personnelles (constitution d'une autre famille) ou en raison des effets des politiques migratoires, produit également des effets morbides sur la famille du migrant. Elles restent à étudier en Afrique sub-Saharienne indépendamment des situations dans les camps de réfugiés.

6- Bibliographie

BAVA Sophie, « De la « baraka aux affaires » : ethos économique-religieux et transnationalité chez les migrants sénégalais mourides », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 19 - n°2 | 2003, mis en ligne le 19 avril 2007, consulté le 02 octobre 2016. URL : <http://remi.revues.org/454> ; DOI :

- BECKER G. (1964), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, University of Chicago Press.
- BOULLY Emmanuelle (2008) Les enjeux féminins de la migration masculine : le collectif des femmes pour la lutte contre l'immigration clandestine de Thiaroye-sur-mer, *Politique Africaine*, n°109 mars 2008, p. 16-31.
- CALVES Anne et Richard MARCOUX (2007) Présentation : les processus d'individualisation "à l'africaine, *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 2,, 5-18.
- CHARBIT Yves
- (2007) Transferts, retours et développement : données, concepts et problématiques in Véronique Petit ed.: *Les migrations internationales de retour dans la perspective des pays du su 7*, pp. 44-75.
 - (2008) Les migrations internationales et les transferts de ressources vers les populations des pays en développement. *Mondes en Développement* Vol. 36 N°2, pp. 53-66)
- COMAROFF Jean and COMAROFF John, The madman and the migrant: work and labor in the historical consciousness of a South African people, *American Ethnologist*, 1987, 14/2, 191-209.
- de HAAS Hein and Tineke FOKKEMA (2011) The effects of integration and transnational ties on international return migration intentions, *Demographic research*, vol. 25, article 24, pp.755-782 published 6 december 2011, <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol25/24/> DOI: 10.4054/DemRes.2011.25.24
- de Haas, H. (2005). International migration, remittances and development: Myths and facts. *Third World Quarterly* 26(8): 1269-1284. doi:10.1080/01436590500336757
- DIA Hamidou (2009) *Espaces domestiques, espaces villageois, espaces urbains multi-situés. Cinquante ans de migrations à partir de la moyenne vallée du fleuve Sénégal*, thèse en sociologie sous la direction de J. Copans, Paris, Université Paris Descartes.
- DIME Mamadou Ndongo, Remise en cause, reconfiguration ou recomposition ? Des solidarités familiales à l'épreuve de la précarité à Dakar », *Sociologie et sociétés*, 2007, 39/2, 151-171
- EBIN Victoria (1990-1991) Laissez venir à moi vos peuples, vos émigrants exténués »... et je leur donnerai une boîte de gélatine en poudre : étude d'un syndrome d'allure somatique parmi les émigrés sénégalais à New York, *Psychopathologie africaine*, XXIII, 3, 365-385.
- FAIST Thomas (1997) *The Crucial Meso-Level. International Migration, Immobility and Development*. T. Hammer, G. Brochmann, K. Tamas and T. Faist. Oxford, Berg Publishers.
- FAYE Papa Lamine, Momar GUEYE, Mamadou Habid THIAM (2007-2008), Aspects psychopathologiques de l'émigration. À propos de neuf observations à la clinique psychiatrique du CHU de Fann, *Psychopathologie africaine*. Vol XXXIV, n°1, pp. 85-

- FAYE Papa Lamine (2006) *Analyse d'aspects psychopathologiques de la migration chez les émigrés sénégalais. A propos de 14 cas colligés à la clinique psychiatrique Moussa Diop de Fann*. Thèse de médecine, Université Cheick Anta Diop, Dakar, 130p.
- FASSIN Didier (1992) *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, PUF.
- GUEYE Momar (1989) Santé mentale et migration vers la ville » in *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires* - Salem, Gérard & Jeannée, Emile (eds.). Paris, ORSTOM, 297-303.
- GUILMOTO C. Z. and F. SANDRON (2001) "The Internal Dynamics of Migration Networks in Developing Countries." *Population: An English Selection* 13(2): 135-164.
- HARBISON S. F. (1981) Family Structure and Family Strategy in Migration Decision Making. *Migration Decision Making*. G. d. Jong and R. Gardner. New York, Pergamon Press.
- HARRIS J. and M. TODARO (1970) "Migration, Unemployment and Development: ATwo-Sector Analysis." *The American Economic Review* 60: 126-142.
- LACOMBA Joan. Immigrés sénégalais, islam et confréries à Valence (Espagne). In: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 16, n°3, 2000. pp. 85-103 ; doi : <https://doi.org/10.3406/remi.2000.1742>
https://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_2000_num_16_3_1742
- LEIMDORFER François et MARIE Alain (1997) *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine*. Paris, Karthala.
- MARIE Alain (2007) Communauté, individualisme, communautarisme : hypothèses anthropologiques sur quelques paradoxes africains, *Sociologie et sociétés*, 39/2, 173-198.
- MIQUEL-GARCIA Evelyne et Sokhna NDIAYE (2009-2010) A propos de tentatives de suicide de trois jeunes femmes. La question du choix du conjoint dans la société sénégalaise. *Revue de psychopathologie africaine*, vol. XXXV, n°1, pp.9-24.
- MASSEY Douglas, Rafael ALARCON, Jorge DURAND et Humberto GONZÁLEZ (1987) *Return to Aztlan. The Social Process of International Migration from Western Mexico*. University of California Press, 354p.
- MASSEY, D. S. (1984) "Social Structure, Household Strategies, and the Cumulative Causation of Migration." *Population Index*, 56(1): 3-26.
- PENICAUD Mélanie : *Dire et écrire la migration. Anthropologie des expériences migratoires congolaises (Congo Brazzaville) vers la France*, Université de Poitiers, mars 2017. Thèse sous la direction de V.Petit
- PETIT V. (dir.), 2007. *Migrations internationales de retour et pays d'origine*, Paris, Centre Population et Développement.
- PETIT V., M. LY et G.PIZZOLATO (2014) La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours, imaginaires, in Cécile Canut et Catherine Mazauric (eds) *La migration prise aux mots*. Paris, Le cavalier bleu, pp. 221-237.

- SALEM Gérard et Thierry LANG (1993) Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, 11(2), 27-40.
- SJAASTAD L. (1962) "The Costs and Returns of Human Migration." *Journal of Political Economy*, 70(5): 80-93.
- SAYAD A. (1998) Le retour, élément constitutif de la condition de l'immigré, *Migrations et société*, volume 10(57), pp. 9-47.
- SKELDON Ronald (2008) International Migration as a Tool in Development Policy: A Passing Phase? *Population and Development Review*, Vol. 34, No. 1, pp. 1-18.
- STARK Oded (1984) "Migration Decision Making: A Review Article." *Journal of Development Economics*, 14: 251-259.
- STARK O. & Lucas, R.E.B. (1988) Migration, Remittances, and the Family. *Economic Development and Cultural Change*, 36(3), 465-481.
- SYLLA Aïda, Ndèye Dialé NDIAYE NDONGO, Lamine FALL et Momar GUEYE (2011-2012) Difficultés de réinsertion familiale de malades mentaux ayant élu domicile à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye, *Psychopathologie africaine*, vol. XXXVI, n°3, 317-334.
- SYLLA DIALLO Tabara. « Femmes d'émigrées et conjugopathie au Sénégal : une souffrance banalisée », *Psychopathologie africaine*, 2009-2010, vol. XXXV, n°1, pp.9-24.
- SYLLA O. et MBAYE M., « Psychopathologie et migration : un cas de 'wootal' », *Psychopathologie africaine*, XXIII, 3, pp. 353-363.
- TODARO, M. (1969). "A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Developed Countries." *The American Economic Review*, 59 (March 1969): 138-148.