



Mémoire
Présenté par
NDEYE BINTA

Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Institut de Population, Développement
et Santé de la Reproduction

**Effets des transferts de fonds des
migrants internationaux sur la santé
des ménages de DAKAR**

Année académique :
2012-2013

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



**Institut de Population, Développement
et Santé de la Reproduction**



Mémoire de Master



Sujet : Effets des transferts de fonds des migrants internationaux sur la santé des ménages de Dakar.

Sous la direction de :

Dr Papa SAKHO, maître-assistant

Dr Rosalie DIOP, maître-assistant

Pr Mohamadou SALL, Maître de conférences

Présenté par :

NDEYE BINTA KEITA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

REMERCIEMENTS

Merci au Seigneur Tout Puissant qui a permis l'élaboration du présent document. Que grâce et paix soient sur le Prophète (psl) ainsi que sur tous les saints (rta).



Remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document, particulièrement :

- 📖 Mes directeurs de recherche qui, sans leur abnégation ce travail n'aurait jamais vu le jour.
 - ◆ Dr Papa SAKHO, pour avoir soutenu et encadré sans réserve, aucune, ce travail.
 - ◆ Dr Rosalie DIOP, pour son soutien inestimable et la confiance accordée à ma modeste personne.
 - ◆ Pr Mohamadou SALL, pour sa grande disponibilité à lire et corriger le document.
- 📖 Mme Awa KONATE, pour avoir lu, corrigé et apporté des critiques et suggestions.
- 📖 M. El hadj Souleymane SOW, pour sa collaboration dans la réalisation de ce travail.
- 📖 Le projet MAFE_CoDEV, pour nous avoir offert l'opportunité de travailler sur cette thématique et pour son appui qui a été d'une grande aide.
- 📖 Le CODESRIA, pour avoir soutenu ce travail jusqu'à la fin et pour nous avoir offert la chance de faire partie de son prestigieux réseau.
- 📖 Pr Papa NDIAYE, pour ses remarques pertinentes et suggestions.
- 📖 Dr Mbacké DIAGNE, pour la correction du document.
- 📖 Dr Adama FAYE, pour sa disponibilité à lire et corriger le projet du document.
- 📖 Dr Marie Khémessse NGOM NDIAYE, médecin chef de la région médicale de Dakar.
- 📖 Dr Alioune GAYE, gynécologue, médecin chef du district sanitaire de Guédiawaye.
- 📖 M. COULIBALY, chargé de communication de l'hôpital Aristide LeDantec.
- 📖 L'ensemble du corps professoral et du personnel administratif et technique de l'IPDSR.

📖 Mes ami(e)s NERE Barkissa, Omar DIEME et Serge MOUNANGA, pour leur soutien.

📖 Tous mes camarades de promotion.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEDICACES



Au nom de DIEU (LTP) le Clément, le Miséricordieux. Que grâce et paix soient sur le Prophète (PSL) et sur le sceau des saints (RTA).

Ce travail est dédié à

- ☞ Mes chers parents Adjaratou Awa KONATE et Cheikhna KEITA. Jamais enfant n'a été chéri autant que je l'ai été par vous et jamais parents n'ont été ni ne seront aimés autant que je vous aime. Vous êtes tout pour moi.*
- ☞ Cheikh Seydi Mouhammadou Al Mansour SY, Borom Daara yi, in mémorium. Père, Khalife ne saurait égaler ta magnificence, ton élégance, ta bienveillance, ton indulgence, ta munificence, ta connaissance et ta gaieté. Tu seras à jamais dans nos cœurs.*
- ☞ Serigne Babacar SY Abdoul Aziz Dabbagh. Père l'on ne peut exprimer la gratitude et l'affection que l'on a à ton endroit. En plus de nous éduquer, tu ne cesses de nous conseiller, de nous encourager et de prier pour notre réussite.*
- ☞ Mes maîtres coraniques Serigne Baye Laye SARR et Oustaz Ablaye TALL, in mémorium. je ne vous oublierai jamais.*
- ☞ Mme Rosalie DIOP, non seulement vous êtes un professeur exemplaire, mais vous savez vous comporter en sœur et faire ressortir le meilleur de nous. Vous êtes une référence pour moi.*
- ☞ Ma famille au Sénégal comme au Mali.*

SIGLES ET AVBREVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement
APD : Aide Publique au Développement
BAD : Banque Africaine de Développement
BCEAO : Banque Central des Etats de l’Afrique de l’Ouest
BM : Banque Mondiale
DAES : Division des Affaires Economique et Sociale des Nations Unis
DPEE : Direction de la Prévision et des Etudes Economiques
DR : District de Recensement
DSP : Direction de la Santé et de la Prévention
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EMUS : Enquête Migrations et Urbanisation au Sénégal
EPCM : Enquête de Perception de la Conjoncture par les Ménages
ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESPS : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FMMD : Forum Mondial sur la Migration et le Développement
IDE : Investissement Direct à l’Etranger
INED : Institut National d’Etudes Démographiques
MAFE : Enquête sur les Migrations entre l’AFrique et l’Europe
MSAS : Ministère de la Santé et de l’Action Sociale
OIM : Organisation internationale de la Migration
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unis
PIB : Produit Intérieur Brut
PNB : Produit National Brut
PNDS : Plan National de Développement Social
PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement
RPGHAE : Recensement Général de la Population et de l’Habitat
RM : Région Médicale
SIDA : Syndrome de l’immunodéficience acquise
SNIS : Service National de l’Information Sanitaire
UCAD : Université Cheikh Anta DIOP

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
DEDICACES	4
SIGLES ET AVBREVIATIONS	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS	9
FIGURES	9
TABLEAUX	10
Introduction	1
1. Problématique :	2
1.1. Contexte :	2
1.2. Revue de la littérature :	7
1.2.1. Approche Migration et Développement :	7
1.2.2. Transferts de fonds	7
1.2.3. Migration, transferts de fonds et Santé :	13
1.3. Questions, Objectifs et hypothèses de recherche :	22
1.3.1. Questions de recherche :	22
1.3.2. Objectifs de recherche :	22
1.3.3. Hypothèses de recherche :	22
2. Cadre théorique :	23
3. Cadre conceptuel :	27
3.1. Définition des concepts :	27
3.2. Conceptualisation :	28
4. Cadre opératoire :	30
4.1. Variable indépendante :	30
4.2. Variables dépendantes :	30
5. Cadre méthodologique :	32
5.1. Cadre d'étude :	32
5.2. Méthodologie de la recherche :	35
5.2.1. Partie quantitative :	35
5.2.2. L'enquête qualitative :	39
5.3. Type d'étude :	40
5.4. Analyse des données :	40
5.4.1. Analyse quantitative :	40
5.4.2. Analyse qualitative :	40

5.5. Limites de l'étude :	41
5.6. Résultats attendus :	41
6. Analyse, interprétation des données et discussion des résultats	42
6.1. Caractérisation des ménages :	42
6.1.1. Le sexe :	42
6.1.2. L'âge :	43
6.1.3. Situation des membres par rapport aux ménages :	43
6.1.4. La taille des ménages :	44
Discussion sur les caractéristiques des ménages :	44
6.2. Caractérisation des transferts de fonds :	46
6.2.1. Distribution des fonds au sein des ménages migrants :	46
6.2.2. Montant des transferts	47
6.2.3. Fréquence des transferts	47
6.2.4. Utilisation et gestion des fonds	48
6.2.5. Part des transferts dans la couverture des besoins des ménages avec migrant :	49
6.2.6. Part des transferts dans la couverture des besoins des ménages récipients	50
Discussion sur les caractéristiques des fonds transférés :	51
6.3.1. Le logement	54
6.3.2. Le nombre de pièces :	56
6.3.3. L'aisance :	58
6.3.4. L'eau	60
6.3.5. L'�lectricit� :	62
6.3.6. Statut d'occupation du chef de ménage :	64
6.3.7. Utilisation des fonds pour les dépenses quotidiennes :	66
6.3.8. Utilisation des fonds dans l'�ducation	66
6.3.9. Utilisation des fonds dans la santé	66
Discussion sur les avantages comparatifs des conditions de santé des ménages :	67
6.4. Transferts de fonds et prise en charge des besoins sanitaires :	70
6.4.1. Utilisation des fonds issus de la migration dans la couverture des frais médicaux : ...	70
6.4.2. Quelques exemples de l'utilité des fonds dans la prise en charge :	70
Discussion sur l'utilisation des fonds dans la prise en charge des besoins sanitaires :	70
6.4.3. Niveau d'importance des fonds dans la prise en charge des maladies :	72
Discussion sur le niveau d'importance ou la part des fonds dans la prise en charge :	73
6.4.4. Envois exceptionnels	75
6.4.4.1. Demande exceptionnelle de fonds aux migrants en cas de maladie ou d'hospitalisation d'un des membres de la famille	75
6.4.4.2. Aboutissement des sollicitations auprès du migrant en cas d'urgence	75
6.4.5. Obstacles rencontrés dans l'acquisition des fonds	76

Discussion sur les envois exceptionnels et les obstacles rencontrés.....	77
7. Suggestions :	79
7.1. Niveau institutionnel :	79
7.2. Niveau migrant :	79
7.3. Niveau ménage :	79
Conclusion générale.....	80
BIBLIOGRAPHIE	82

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Evolution de transferts des migrants en millions de francs CFA (1999-2007).....	5
Figure 2 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	16
Figure 3 : Schéma synthétique de la santé et de ses déterminants.....	17
Figure 4 : Etat des lieux financement 2012, Sénégal, décembre 2012	18
Figure 5 : Etat de santé de la population sénégalaise.....	20
Figure 6 : Schéma conceptuel des relations entre les transferts et la santé.....	29
Figure 7 : Carte de la région médicale de Dakar. Source : Carte sanitaire, Sénégal 2010.....	32
Figure 8 : Répartition des membres du ménage selon le sexe	42
Figure 9 : Répartition des transferts au sein des ménages migrants	46
Figure 10 : Distribution des montants envoyés.....	47
Figure 11 : Fréquence des transferts	47
Figure 12 : Importance des transferts dans la satisfaction des besoins des ménages récipients.....	50
Figure 13 : Répartition des ménages suivant le type de logement.....	54
Figure 14 : Répartition des ménages avec migrant suivant le type de logement.....	55
Figure 15 : Répartition des ménages avec migrant suivant le type de logement 2	55
Figure 16 : Répartition des ménages suivant l'existence de la promiscuité	56
Figure 17 : Répartition des ménages migrants suivant le nombre de personnes par pièces	57
Figure 18 : Distribution du type d'aisance dans l'échantillon	58
Figure 19 : Répartition des ménages suivant le type d'aisance	58
Figure 20 : Distribution du type d'aisance au sein des ménages avec migrant	59
Figure 21 : Distribution de l'arrivée d'eau au sein des ménages	60
Figure 22 : Distribution de l'accès à l'eau au sein des ménages.....	60
Figure 23 : Distribution de l'accès à l'eau au sein des ménages avec migrant.....	61
Figure 24 : Disponibilité de l'électricité au sein des ménages	62
Figure 25 : Distribution de l'électricité au sein des ménages.....	62
Figure 26 : Distribution de l'électricité au sein des ménages avec migrant	63
Figure 27: Distribution du statut d'occupation du chef au sein de l'échantillon	64
Figure 28 : Distribution du statut d'occupation du chef suivant le type de ménage	64
Figure 29 : Distribution du statut d'occupation du chef au sein des ménages avec migrant.....	65
Figure 30 : Don de matériel de la part des migrants fait en mars 2013	90

Figure 31 : flux migratoires vers l'Europe.....	91
Figure 32 : flux migratoires dans le monde	91

TABLEAUX

Tableau 1 : Variable indépendante	30
Tableau 2 : Variables dépendantes	30
Tableau 3 : Recodage des variables d'enquête.....	31
Tableau 4 : Composition de la base de données utilisée	38
Tableau 5 : Estimation de l'âge.....	43
Tableau 6 : Situation des membres par rapport aux ménages	43
Tableau 7 : Estimation de la taille des ménages.....	44
Tableau 8 : Gestion des fonds transférés.....	48
Tableau 9 : Importance dans la couverture des besoins des ménages avec migrant	49
Tableau 10 : Distribution par intervalles du nombre de pièces à usage d'habitation	56
Tableau 11 : Distribution du nombre de personnes par pièces au sein des ménages avec migrant ...	57
Tableau 12 : Part des fonds allouée aux dépenses	66
Tableau 13 : Part des fonds allouée à l'éducation.....	66
Tableau 14 : Part des fonds allouée à la satisfaction des besoins médicaux	66

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

Introduction

La Migration est définie par l'Organisation des Nations Unies comme des déplacements exceptionnels, entraînant l'installation durable dans un lieu autre que le lieu d'origine, et s'accompagnant d'un changement du lieu de résidence habituelle.

Dans les pays en développement, les transferts de fonds issus de cette migration constituent une source externe de capitaux en augmentation régulière. Si l'investissement direct étranger et les mouvements de capitaux ont chuté de manière spectaculaire ces dernières années en raison de la récession qui a frappé les pays à haut revenu, les transferts de fonds opérés par les migrants ont continué à augmenter et devraient atteindre 441 milliards USD en 2014 selon l'AFD. Parallèlement, différentes études empiriques ont montré que les envois de fonds effectués par le biais des canaux informels pourraient représenter au moins la moitié des montants officiels estimés. Ceci en fait la principale source de capitaux extérieurs pour de nombreux pays en développement.

Au début des années 80, connaissant leur potentiel de stimulation de la croissance économique, on admettait déjà l'importance de ces transferts pour compenser la perte de capital humain des pays en développement du fait des migrations. Alors, un débat s'est engagé sur une large palette de questions liées à ces transferts. Ces dernières années, la recherche sur ces questions s'est intensifiée. Les travaux ont conduit à un foisonnement de publications relatives aux transferts de fonds, en partie à cause de la très forte augmentation du volume des transferts. En effet, en 2007, leur montant a été estimé à plus de 320 milliards de dollars US.

De nos jours, 1 personne sur 10 à travers le monde participe directement aux transferts de fonds, soit en envoyant soit en recevant ces fonds. En 2012, on a estimé à quelques 125 millions le nombre de travailleurs migrants qui aident de la sorte 500 millions de personnes, membres de leurs familles restés dans leur pays d'origine. Il convient dès lors de voir si ces fonds ont des effets sur les conditions de vie des bénéficiaires. Etant donné qu'ils sont considérés comme permettant d'asseoir le développement, il importe aussi de voir leurs effets sur la santé qui est un capital selon les économistes et un levier essentiel du développement d'un pays.

Pour pareille étude, le Sénégal, avec plus de 200.000 émigrés apparaît comme un cadre idéal.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent travail. Il s'articulera autour de trois (3) parties :

- Une première partie problématique qui comprend le contexte et la justification ainsi que la revue de la littérature, les objectifs, les hypothèses de recherche et le cadre conceptuel.
- La seconde partie abordera la méthodologie de la recherche. Elle regroupe le cadre opératoire, le cadre d'étude et les méthodes de recherche.
- La troisième partie sera consacrée à l'analyse et l'interprétation des données quantitatives qualitatives.

1. Problématique

1.1. Contexte

La migration est une question globale qui touche tous les pays du monde. Selon l'ONU (2010), la migration concerne plus les pays développés qui totalisent à eux seuls environ 128 millions de migrants. Néanmoins, tous les pays du monde sont concernés par la migration.

Dans le monde, la migration a connu une forte évolution au cours de ces dix dernières années. D'après la Division des Affaires Economique et Sociale des Nations Unis (DAES), le nombre total de migrants internationaux est passé de 150 millions de personnes en 2000 à approximativement 214 millions en 2009. En 2010, 3 % de la population mondiale étaient concernés par la migration (BM) et en 2013, la population de migrants s'établissait à plus de 232 millions de personnes (ONU).

Ces chiffres témoignent d'une évolution croissante des flux migratoires. D'après les projections, si la tendance des vingt dernières années se maintient, la population de migrants internationaux devra augmenter et atteindra 405 millions en 2050, OIM (2010). Ce chiffre se justifierait alors par la demande élevée en main d'œuvre des pays d'accueil due au vieillissement de la population et l'offre des pays de départ à population jeune. En effet, l'on estime que, dans les pays les moins avancés, la population active passera à 3 milliards en 2020 et à 3,6 en 2040. Cette population excédera alors le nombre de travailleurs dans les nations développées qui se maintiendra aux alentours de 600 millions jusqu'en 2050, PNUD (2009).

Parallèlement, le poids démographique des jeunes et l'accroissement rapide de la population dans beaucoup de pays en développement risqueraient d'accroître les pressions pour un accès plus large aux marchés du travail dans le monde développé et les économies émergentes (National Intelligence Council, 2008). Cette situation va dans le sens d'augmenter le flux migratoire des pays en voie de développement vers les pays développés et des migrations internationales au plan mondial.

L'Afrique subsaharienne sera au centre de cette pression selon les mêmes estimations de la National Intelligence Council (2008). En effet, les pays dont 60 % ou plus de la population seront âgés de moins de 30 ans en 2025 se situeront presque tous en Afrique subsaharienne.

Cette projection intervient dans un contexte où le continent africain est sujet à une migration importante. En 2010, les émigrations africaines s'élevaient à 21,8 millions soit 2,5 % de la population totale (BM). En 2011, cette population est passée à environ 30 millions d'après la même source, dont la plupart issue de l'Afrique subsaharienne.

Paradoxalement, seul le tiers des migrants de l'Afrique subsaharienne est concerné par les migrations Nord-Sud. Les deux-tiers (2/3) des migrations sont des migrations intracontinentales. De manière générale, les migrants issus de l'Afrique subsaharienne ont plus tendance à s'établir dans d'autres pays de la sous-région qu'à aller vers les autres continents. Les migrants d'Afrique du Nord, quant à eux, plus de 90 % se sont installés dans un autre continent (BAD, 2007).

Les principaux pays de destination de ces migrants sont la France (9 % du nombre total d'émigrés), la Côte d'Ivoire (8 %), l'Afrique du Sud (6 %), l'Arabie saoudite (5 %), les États-Unis et le Royaume-Uni (4 % chacun) (BAD, 2007).

Pour l'essentiel, les motifs fondamentaux de ces migrations restent la recherche d'opportunités économiques.

Cependant, bien que les raisons de la migration restent généralement les mêmes en dehors des cas de réfugiés, les pays de l'Afrique subsaharienne ne sont pas uniformément touchés par cette migration.

Au Sénégal, entre 1997 et 2002, environ 2 Sénégalais sur 100 ont quitté le pays pour au moins 5 ans et plus d'un ménage sur dix a été concerné par ce mouvement. En 2006, les estimations faisaient état de presque 200.000 personnes vivant en dehors du territoire national (BAD). Ce chiffre représentait 1,42% de la population totale qui avoisinait les 11,7 millions.

Plus d'un quart de ces migrants étaient des résidents de Dakar. En effet, selon le RGPH-2002, sur les 177.273 émigrés recensés au Sénégal en 2002, 27,5% avait leur résidence habituelle dans la région de Dakar avant leur départ. Cette dynamique migratoire de la région de Dakar apparaît aussi dans le fait qu'elle soit un pôle d'émigration vers les pays nordiques. D'après les résultats de l'enquête EMUS, les migrations survenues en 1988 et 1993 et dirigées vers les pays hors UEMOA provenaient essentiellement des régions de Dakar (26%), de Saint Louis (17%) et de Diourbel (13%) [DPS, 1998].

Si entre 1997 et 2002, les départs étaient assurés principalement par trois régions : Dakar (26% des départs), la région du « fleuve » (Matam et Podor) avec 12% des départs et le département de MBacké (7% des départs). De plus en plus, de nouveaux espaces d'émigration émergent. C'est le cas de Louga, Thiès, Backel, Kaolack, Bignona, Kolda.

Il convient aussi de soulever que si pour beaucoup de ces migrants Dakar est le lieu de départ, dans la réalité, nombre d'entre eux trouvent leur origine à l'intérieur du pays. La région de Dakar tient une place importante dans l'histoire de la migration interne. Elle se positionne ainsi comme une zone de transit pour l'émigration internationale.

En ce qui concerne les pays de destination, les migrations sénégalaises se caractérisent récemment par la baisse de la part relative des destinations africaines au profit des destinations du Nord. La diversification des destinations du Nord (Europe du Sud et Etats Unis) et d'espaces d'émigration varient fortement selon les régions d'origine.

Globalement, l'Europe est la principale destination des migrants sénégalais. Plus de la moitié des hommes et des femmes en situation de migration (73%) y étaient installés en 2008. Les migrants installés en Afrique et dans les autres continents représentaient respectivement 14% et 13%. Ces tendances convergent avec les résultats de l'Enquête Sénégalaise auprès des Ménages qui indiquent qu'en 2004, 64% des migrants originaires de l'agglomération dakaroise étaient installés en Europe, 19% en Afrique et 17% dans les autres destinations (DSP, 2004).

Cette préférence pour l'Europe par rapport aux autres destinations illustre les évolutions récentes du système migratoire sénégalais et dakarois en particulier comme décrites plus haut. Dans les années 1960, les mouvements d'émigration sénégalaise étaient orientés vers l'Afrique, et principalement vers la Côte-d'Ivoire, le Gabon et la RDC (RUSSEL et al., 1981 ; FINDLEY, 1991). Mais depuis quelques années, on note une réorientation de ces mouvements vers les pays du Nord (Robin et al., 1999), en particulier les pays européens de la bordure méditerranéenne. Ainsi, les flux migratoires du Sénégal sont principalement dirigés vers la France, l'Espagne et l'Italie, les pays voisins de l'Afrique Occidentale et Centrale.

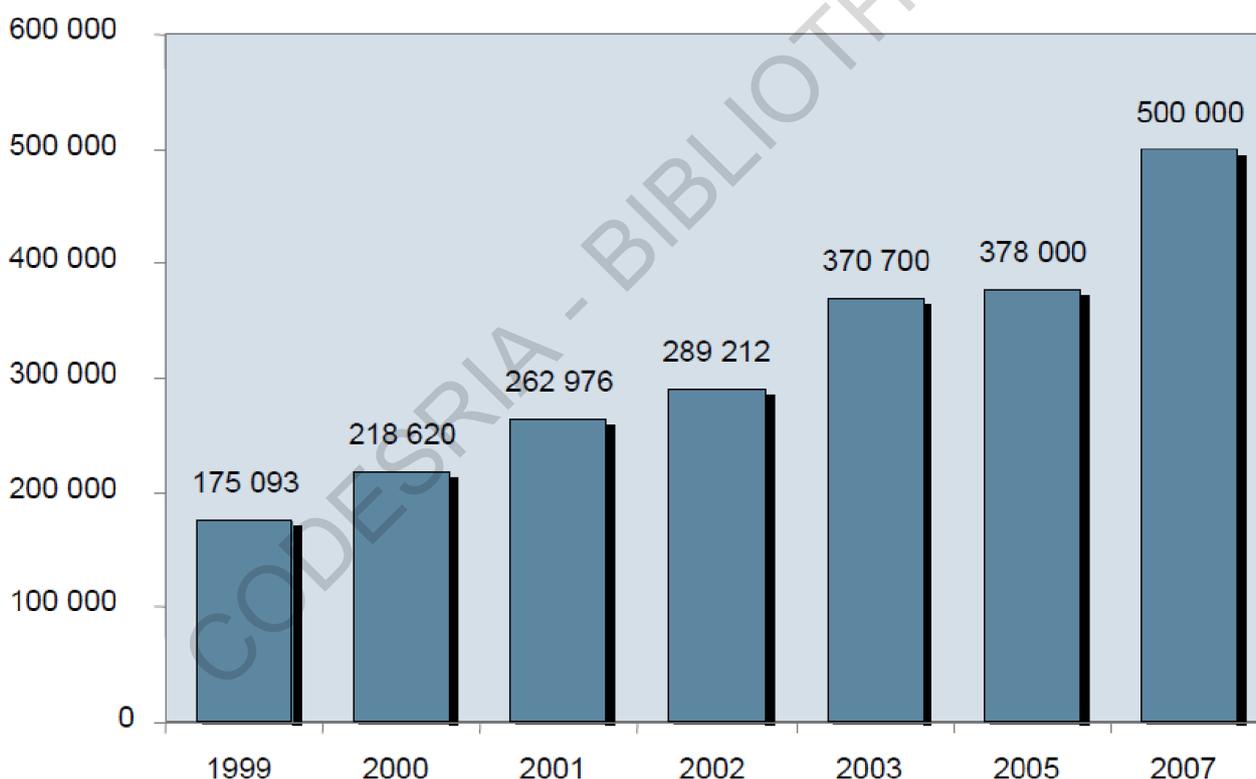
Ces évolutions de la migration internationale et des politiques d'immigration sont liées à un processus mondial de transformations économiques, culturelles et politiques auquel renvoie la « mondialisation ». Ces migrations interviennent ainsi dans un contexte de mondialisation de l'économie et où les Etats cherchent à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) constituent actuellement le cadre de référence de la politique internationale de développement. La question principale reste de déterminer dans quelle mesure la migration contribue à l'atteinte de ces objectifs. Même si la migration n'est pas formellement incluse dans les OMD, l'on se saurait la départir des autres points. Le premier des OMD, à savoir la lutte contre la pauvreté, convoque indirectement la migration en relation avec l'importance des transferts de fonds. En effet, la migration de la main d'œuvre pourrait contribuer à l'élimination de la pauvreté, à l'égalité des sexes, à l'amélioration de la santé et à l'établissement de partenariats mondiaux (FMMD, 2009).

En conséquence, la migration pourrait donc être considérée (désormais) comme un facteur clé pour toute stratégie visant à l'élimination de la pauvreté et à stimuler le développement. Cette réalité fait que de plus en plus, les migrations sont considérées dans leur dimension économique et surtout en termes de fonds transférés vers les pays d'origine. Elles sont conçues comme un important outil de développement dans les pays les moins avancés comme le Sénégal.

La présente étude trouve d'ailleurs sa justification dans le fait que le Sénégal est le troisième pays d'Afrique Subsaharienne, derrière le Nigéria et le Kenya, en terme de volume de transferts reçus et le quatrième, derrière le Lesotho, le Cap Vert et la Guinée Bissau, par l'importance de la part des transferts dans le PIB (GUPTA, PATTILLO et WAGH, 2007).

Le volume des fonds transférés en direction du Sénégal, en hausse depuis plusieurs années, est passé de 152 milliards de FCFA en 2000 à environ 397 en 2005 (BCEAO). La figure ci-après montre l'évolution des transferts des migrants entre 1999 et 2007.



Source : Compilation de données disparates

Figure 1 : Evolution de transferts des migrants en millions de francs CFA (1999-2007)

Ces fonds contribuent à la constitution de réserves de devises étrangères pour le pays et participe, à l'échelle familiale, à l'amélioration des conditions de vie et/ou à la réduction significative de la pauvreté comme l'ont indiqué Diagne & Diane (2008).

En effet, les fonds sont essentiellement destinés aux ménages qui en sont les principaux bénéficiaires (MAFE, 2008). Au sein des ménages, ils sont à plus de 70% destinés à la consommation (MAFE, 2008).

Dans un contexte national marqué par l'émergence des maladies chroniques et une élévation des coûts des soins, il convient de voir si les fonds transférés permettent aux ménages de faire face aux dépenses d'ordre sanitaire.

L'étude des effets des fonds sur la santé des ménages permettra de savoir si ces fonds placent les ménages migrants dans des situations favorables à l'amélioration de la santé des membres grâce notamment à l'amélioration de leurs conditions de vie d'une part et la prise en charge des soins médicaux des membres des ménages d'autre part.

La région de Dakar, principale région de départ avec plus du quart des départs vers l'étranger s'impose comme un cadre d'étude pour évaluer les effets de ces fonds sur la santé. De plus, il s'agit de la région est la plus peuplée du Sénégal avec une population qui s'établit à plus de 2 millions d'habitants. Cette caractéristique de la région agrée la construction d'un échantillon représentatif de la population sénégalaise en général.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

1.2. Revue de la littérature

La littérature sur les interrelations entre la migration et le développement entendu dans un sens très large est très fournie. Quelques aspects seront relevés dans cette partie.

1.2.1. Approche Migration et Développement

L'aspect purement démographique de la question, c'est à dire, les interrelations entre la migration et les autres phénomènes démographiques tels que la fécondité ou la mortalité, a longtemps constitué le point focal des discussions. Mais, depuis quelques années, les écrits cherchent à mettre en relation la migration et le développement. Le débat actuel s'oriente vers les effets de la migration dans les pays d'origine et ceux de destination à partir de variables qui interviennent dans le processus de développement social et économique.

De ce fait, d'autres dimensions de la migration sont apparues parmi lesquelles la dimension sanitaire et surtout la dimension économique qui occupe la prépondérance.

Cette approche Migration/Développement s'inscrit dans la perspective d'établir les liens qui existent et de déterminer l'influence que pourrait avoir le phénomène migratoire sur la société, l'économie, la santé... On entend d'ailleurs par intégration de la migration dans la planification du développement, « le processus d'évaluation des effets de la migration sur toute action (ou objectif) visée par une stratégie de développement et de lutte contre la pauvreté, y compris la législation, les politiques ou les programmes et sur tous les niveaux (individuel, local, national ou, le cas échéant, régional). Il s'agit d'un processus qui consiste à intégrer de manière équilibrée les questions de la migration dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et de programmes en matière de développement et de réduction de pauvreté.» (FMMD, 2009). Cette relation entre Migrations et développement passerait essentiellement par les transferts de fonds.

1.2.2. Transferts de fonds

Le regain d'intérêt pour les envois de fonds des migrants dans le monde s'explique par la croissance du volume des transferts de fonds financiers officiels et par leur importance potentielle dans le développement des pays bénéficiaires.

En augmentation forte et régulière depuis de nombreuses années, les envois de fonds des migrants représentent aujourd'hui la seconde source de financement extérieur de plusieurs pays en voie de développement, derrière les investissements directs étrangers et loin devant l'aide publique au développement (BM).

Selon le Recueil des statistiques de 2011 de la BM sur les migrations et les envois de fonds, les sommes que les migrants envoient vers les pays en développement représentent le triple de l'aide publique au développement et constituent une ressource vitale pour les populations pauvres.

Le montant de ces envois de fonds, qui avait chuté jusqu'à 307 milliards de dollars en 2009 en raison de la crise financière mondiale, s'élevait à 325 milliards de dollars en 2010, soit son niveau de 2008. En 2012, il s'estime à hauteur de 374 milliards de dollars (BM).

En Afrique, le niveau des envois de fonds déclarés a quadruplé entre 1990 et 2010 pour s'établir, à environ 40 milliards de dollars. Pour beaucoup de ces pays, le volume des transferts dépasserait l'aide publique reçue de la coopération internationale. Ce qui en fait effectivement la principale source de capitaux extérieurs après les apports d'investissements directs étrangers (BM).

La Banque Africaine de Développement (BAD), en 2007, a effectué une étude approfondie dans quatre pays (Comores, Mali, Maroc et Sénégal). Elle est parvenue à la conclusion selon laquelle les envois de fonds représentent 9 à 24 % du PIB et 80 à 750 % de l'Aide Publique au Développement (APD). En 2009, la BAD estima qu'une augmentation de 10 % des envois de fonds contribuerait à réduire de 3 % le taux de pauvreté.

Si l'on s'intéresse au cas spécifique du Sénégal, la zone septentrionale concentre les grands bassins de sécrétion de migrants. Elle regroupe principalement trois ethnies : les Soninkés, dans la haute vallée du fleuve Sénégal, les Haalpulaars dans la vallée moyenne et les Wolofs dans le delta. Les Soninkés et les Haalpulaars sont des populations d'une grande mobilité, mais chaque groupe possède des schémas de migration spécifiques. Les Soninkés émigrent presque exclusivement en France, pour travailler dans les usines, sur les quais et dans la voirie publique. Les Haalpulaars se rendent dans d'autres villes du Sénégal, dans les pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest pour y exercer le négoce (LERICOLLAIS et TRAORE, 1992).

Cette émigration a eu des répercussions économiques importantes. En 2000, selon les estimations du département des affaires économiques et sociales de l'ONU, les travailleurs migrants sénégalais ont envoyé près de 80 milliards de FCFA au pays, soit 2,7 % du PNB du Sénégal. En 2007, les envois représentaient 82% de l'aide publique du pays et en 2008, environ 7% du PIB. Par ailleurs, ils constituaient environ 23% des dépôts bancaires, plus de 50% des exportations et plus du double de l'IDE.

Parallèlement, différentes études empiriques montrent que les envois de fonds effectués par le biais des canaux informels pourraient représenter au moins la moitié de ces chiffres estimatifs officiels de la BAD (BAD, 2008).

Ces transferts s'expliquent selon les travaux de LUCAS et STARK (1985) par ces deux variables qui déterminent les motivations des migrants à envoyer de l'argent dans leurs pays. Ce sont : (1) l'Altruisme et (2) l'intérêt personnel. Dans le cas de l'altruisme, ils déclarent qu'en envoyant de l'argent dans leurs pays, les migrants permettent le bien-être de leurs familles en les pourvoyant des revenus supplémentaires. Concernant l'intérêt personnel, ils affirment que les migrants envoient de l'argent au pays pour l'achat des biens durables et pour investir dans le bâtiment, l'achat de terrains et le commerce.

Ces affirmations posent la question de l'utilisation des fonds des migrants.

La question de l'utilisation des fonds issus de la migration dans les pays d'origine a été l'objet d'importantes recherches. La revue de la littérature sur l'utilisation des fonds transférés peut se classer en deux grandes catégories : l'utilisation sociale et l'utilisation économique.

L'utilisation sociale des fonds envoyés par les migrants comprend les réalisations d'investissements collectifs financées par les associations des migrants (construction de centres de santé, d'écoles, de forage, de mosquées), ainsi que les envois personnels pour soutenir la famille. Ces derniers permettent aussi bien le soutien à la consommation que la couverture de plusieurs dépenses telles que:

- Les dépenses sur les besoins de santé et d'éducation des enfants ;
- L'achat de matériel de première nécessité (réfrigérateurs, télévisions, et téléphone) ;
- Le financement d'évènements socioculturels (naissance, mariage, décès)
- L'épargne des familles et le remboursement de prêts (pris pour payer le coût du voyage).

Selon les enquêtes de la BAD réalisées en 2009, au plan sectoriel des investissements des migrants africains, l'éducation venait en deuxième position de l'utilisation faite de ces envois au Nigéria et en Ouganda, en troisième au Burkina Faso et en quatrième position au Kenya.

L'utilisation économique des transferts comprend les initiatives de création d'activités économiques (quelle que soit leur taille). Elle se traduit par des investissements dans l'immobilier qui comprennent l'achat de terrains, la construction ou la réhabilitation d'un logement dans le pays d'origine, l'achat de terres, de décortiqueuse et d'autres outils agricoles (houes, machettes, graines, etc.) Le financement de voyages des membres de la famille sont aussi des utilisations des envois de fonds qui aboutissent à des fins économiques.

Toujours d'après la BAD (2009), les principaux emplois des envois de fonds de la diaspora

africaine ont pris sur place la forme d'investissements par l'achat de terrains, la construction de logements et la création d'entreprises. Ces actions ont représenté 36 % du niveau d'investissement global au Burkina Faso, 55 % au Kenya, 57 % au Nigéria, 15 % au Sénégal et 20 % en Ouganda.

Néanmoins, bien que les fonds contribuent de façon significative à la réduction de la pauvreté et au développement de l'entrepreneuriat, leurs effets positifs ne font pas l'unanimité dans la communauté de chercheurs.

En effet, au plan idéologique, une discussion se pose sur les impacts des envois de fonds des migrants. Ce débat peut être approché en se référant à des visions divergentes représentées par deux principales écoles (JONES, C. R. (1998)).

L'école fonctionnelle avec une approche optimiste aborde la question sous une perspective socio-économique. Leur idéologie souligne que les envois de fonds contribuent à l'amélioration de l'économie des familles, régions voire celle des pays. Ils contribuent également à la réduction des barrières et contraintes locales, à l'augmentation de l'investissement au niveau local, à la réduction des inégalités sociales et à l'accès au crédit des petits producteurs. Aussi, grâce aux effets multiplicateurs, les envois de fonds peuvent stimuler l'augmentation des revenus et la production dans les zones rurales (STARK, TAYLOR, et YITZHAKI (1986) ; Taylor (1987) ; AGGRAWAL et al (2006) ; TAYLOR et MORA (2006))

L'école structurale, quant à elle, analyse l'impact des transferts de fonds sous un angle purement économique. Elle postule que les envois de fonds des migrants placent les familles qui les reçoivent dans une situation de dépendance et qu'ils réduisent la compétitivité des pays sur le marché international. Elle soutient que les envois de fonds contribuent au déclin et à la dépendance économique à long terme dans les régions qui ont un taux élevé d'émigration. Par ailleurs, ils favorisent la consommation par rapport à l'investissement, intensifient les inégalités sociales, et entraînent la délocalisation des dépenses de consommation (PORTES (1978); MINES (1981); SHRESTA (1985)).

Les arguments théoriques développés par cette école restent discutables pour deux raisons :

La première critique a été formulée par LOWELL et DE LA GARZA (2000) qui posent qu'au lieu de favoriser une dépendance, un dollar provenant d'un transfert qui est dépensé pour satisfaire des besoins essentiels stimule le commerce de détail, ce qui dynamise la demande de

biens et de services, et celle-ci stimule à son tour la production et l'emploi.

La deuxième est que la migration s'effectue aujourd'hui sur des bases nouvelles. D'après MASSEY, la migration se positionne comme une stratégie de diversification des ressources financières de la famille, dans une situation d'imperfections des marchés. Dans cette logique, elle ne saurait porter à une dépendance dans la mesure où les familles disposent de sources de revenus autres que la migration. De plus, ce sont les ménages qui détiennent plus de ressources qui sont ceux qui peuvent mener cette stratégie complexe de diversification des risques car les ménages les plus pauvres ne peuvent pas financer le départ de l'un de leurs membres.

Ce travail s'inscrit à cet effet dans la logique de l'idéologie fonctionnelle selon laquelle les fonds contribuent à l'amélioration de l'économie des ménages migrants et par ce biais l'amélioration des conditions de vie des membres.

Selon, Hans TIMMER, de la Banque Mondiale, *« les envois de fonds constituent un apport financier crucial qui accroît directement les revenus des familles de migrants. Ces envois entraînent une augmentation des investissements dans la santé, l'éducation et les petites entreprises. Grâce à un meilleur suivi de l'évolution des migrations et des envois de fonds, les responsables de l'action publique peuvent agir en connaissance de cause pour protéger ces entrées massives de capitaux dont le montant est trois fois supérieur à celui de l'aide publique - et démultiplier leur impact »*.

Par conséquent, ces ressources pour l'essentiel profitent aux familles pauvres, notamment dans les zones reculées. Elles contribuent à satisfaire leurs besoins fondamentaux tels que la nourriture, l'éducation, les soins de santé et leur permettent d'acquérir des biens et services importants. À la différence de l'aide étrangère, les fonds envoyés par les migrants sont versés directement aux familles dans des zones qu'il est souvent difficile d'atteindre dans le cadre de l'aide au développement (BM).

Ce constat est confirmé dans les quatre pays couverts par une étude de la BAD en 2009, où la plupart des envois de fonds profite à des familles pauvres (80% des bénéficiaires) et permet à celles-ci de satisfaire leurs besoins fondamentaux, à savoir la consommation, l'éducation et la santé.

Cette étude de la banque vérifie les résultats des travaux de ADAMS et LOPEZ-CORDOVA qui montrent qu'un accroissement du volume des transferts financiers permet une réduction de la part d'individus vivant en dessous du seuil de pauvreté (ADAMS et PAGE, 2003; LOPEZ-

CORDOVA, 2006). Une étude menée par RATHA en 2007 a aussi révélée que les transferts financent l'éducation, la santé et parfois l'investissement.

Les travaux de DE BRUYN et WETS posent de manière explicite les éventuels impacts positifs des transferts de fonds des migrants :

- Ils Permettent aux familles de faire face à leurs besoins fondamentaux : Ouverture d'opportunités d'investissement dans l'agriculture (achat du matériel et intrants)
- Ils financent l'éducation des enfants, les soins de santé, etc.
- Ils constituent des ressources d'urgence et un filet de sécurité sociale
- Ils stimulent l'économie locale par les effets multiplicateurs des envois de fonds sur la demande des produits locaux.
- Ils servent à financer les projets de développement (construction de centres de santé, écoles).

Au Mali, les fonds transféré est utilisé pour construire des écoles et des dispensaires (MARTIN, MARTIN et WEIL, 2002).

A travers ces études sur l'utilisation des fonds par les ménages principaux bénéficiaires, on peut saisir l'importance des migrations dans le développement du pays d'origine, en général, et dans le domaine de la santé en particulier.

Mais, bien qu'il existe toute une littérature autour de la question de la migration, mesurer ses effets dans un champ spécifique reste difficile. C'est un phénomène aux effets transversaux dont les impacts touchent plusieurs domaines qui interagissent entre eux.

La présente étude s'inscrit dans une approche dualiste, essayant de voir les répercussions que peut avoir la dimension économique de la migration sur un aspect de sa dimension sociale. Elle se fera par l'étude d'une composante qui intègre ces dimensions : la santé.

1.2.3. Migration, transferts de fonds et Santé

Dans le champ des migrations, la santé a été étudiée sous plusieurs angles.

Les migrants effectuent des investissements dans les systèmes de santé des pays d'origine mais impliquant une circulation des personnes, la migration est aussi au cœur de la dissémination des pathologies d'importation notamment les maladies virales, les IST et particulièrement le VIH/SIDA.

Dans le nord du Sénégal, une étude réalisée en octobre 2003 par M. THIAM, R. PERRY et V. PICHE a montré que dans un contexte où le Sénégal a réussi à éviter l'épidémie du VIH/SIDA présente chez nombre de ses voisins africains, la migration pourrait constituer une menace importante pour ses populations.

Selon une étude, réalisée par Fadel KANE (1993) et ses collègues dans onze (11) villages autour de Matam, 27 % des travailleurs migrants, hommes, revenus de l'étranger, étaient porteurs du VIH/SIDA, par rapport à 1% d'hommes non migrants.

Dans une autre étude réalisée à Matam et à Richard-Toll, la mobilité contribue à la transmission de la maladie. Cette étude révèle que les comportements sexuels à risque sont courants pendant la migration, suivis de relations non protégées lorsque les migrants rentrent dans leurs foyers. Dans la région de Matam, 40 % des hommes qui ont émigré dans des pays africains à forte séroprévalence signalent avoir eu un comportement sexuel à risque, pendant leur séjour loin du foyer (PICHE et al, 2003).

Ainsi, ils font office de passerelle du VIH/SIDA qui transite des pays endémiques aux pays moins touchés.

Les taux de VIH/SIDA restent, quand même, peu élevés dans la population générale sénégalaise par rapport aux autres pays de l'Afrique sub-saharienne qui ont connu des taux jusqu'à six fois plus importants, dans leur population adulte (OMS).

L'aspect migration et santé a été aussi abordé sous l'angle de la vulnérabilité du migrants dans le pays de destination. Souvent synonyme de pauvreté et d'impuissance sociale, nombre de ces migrants n'ont pas de permis pour rester dans le pays d'accueil. Ces travailleurs clandestins représentent l'un des groupes les plus vulnérables face à la transmission des maladies. Craignant l'expulsion, les migrants évitent tout contact avec les autorités publiques officielles et ont donc peu accès aux services sociaux, de santé et aux informations qu'ils diffusent.

Outre cette approche migration/santé dans laquelle la migration est perçue comme vecteur de maladies, une autre cherche à étudier la relation migration/santé par le biais des fonds transférés et leurs effets sur la santé des populations.

Il s'agit de voir si les transferts de fonds des migrants influent sur la santé des populations.

D'après les études passées en revue dans ce domaine, les transferts de fonds sont non seulement utilisés par les ménages pour leurs besoins médicaux, mais servent aussi à la construction de centres de santé. Mais, excepté quelques études, ce champ, transfert de fonds et santé, n'a pas fait l'objet d'investigations majeures pour savoir comment les fonds agissent sur la santé d'une population.

DURYEA et al. (2005) se sont penchés sur les liens entre les transferts des migrants et la mortalité infantile. D'après les résultats de leurs analyses au Mexique, les auteurs concluent que les envois de fonds contribuent à une réduction significative du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et sont également associés aux naissances de nouveau-nés pesant au-dessus de la moyenne dans les familles receveuses des envois de fonds.

Dans ce même ordre d'idées, la présente étude cherche les effets des transferts de fonds des migrants sur la santé des ménages. Elle analysera comment les fonds transférés influent sur la santé, par quels canaux et par quels mécanismes particulièrement au Sénégal.

La santé est l'un des piliers du développement. Les économistes la conçoivent, à cet effet, comme un capital. C'est une notion dont la conception varie selon les champs d'étude.

Au sens restreint du terme, elle se conçoit comme une absence de maladies ou d'infirmités alors qu'au sens large, elle traduit un état de complet bien-être. Cette dichotomie rend la santé difficile à mesurer. Certains analystes ont choisi de mesurer la santé par la présence de maladies, d'infirmités ou par le taux de mortalité. Pour d'autres, la santé ne saurait s'étudier sans prendre en compte d'autres facteurs (qui peuvent être génétiques, environnementaux...) autrement dit, il faut considérer la santé dans sa globalité.

Prise dans la globalité ou dans le sens de bien être, la santé a plusieurs dimensions. Elle fait intervenir plusieurs paramètres étant donné que l'individu entretient des relations d'échanges avec son milieu de vie. Ces éléments qui peuvent influencer sur la santé de la personne sont appelés déterminants.

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999). Ces facteurs, souvent liés, ont la faculté d'influencer la santé de l'individu de deux manières ; soit directement, soit indirectement en ayant des effets sur un comportement ou une décision qui, en retour, agit sur la santé des individus.

Il existe plusieurs conceptualisations des déterminants de la santé.

Selon un modèle détaillé de catégorisation des divers déterminants de la santé issu d'une réflexion commune entre les instituts de santé et les services sociaux du Québec publié (2010), il existe quatre grands champs de déterminants dont par ordre de priorité les *caractéristiques individuelles*, les *milieux de vie*, les *systèmes* et le *contexte global*. Ces champs dépendent du temps et de l'espace en ce sens que les problèmes sanitaires dépendent du temps et du lieu géographique.

Ces quatre grands champs englobent les déterminants proprement dit.

Selon leur nature, ils sont des :

- Déterminants biologiques
- Déterminants Politiques et réglementaires
- Déterminants psychologiques
- Politiques de santé/Organisation du système de santé
- Déterminants sociologiques
- Déterminants anthropologiques
- Déterminants économiques
- Déterminants écologiques, géographiques, environnement physique
- Déterminants démographiques

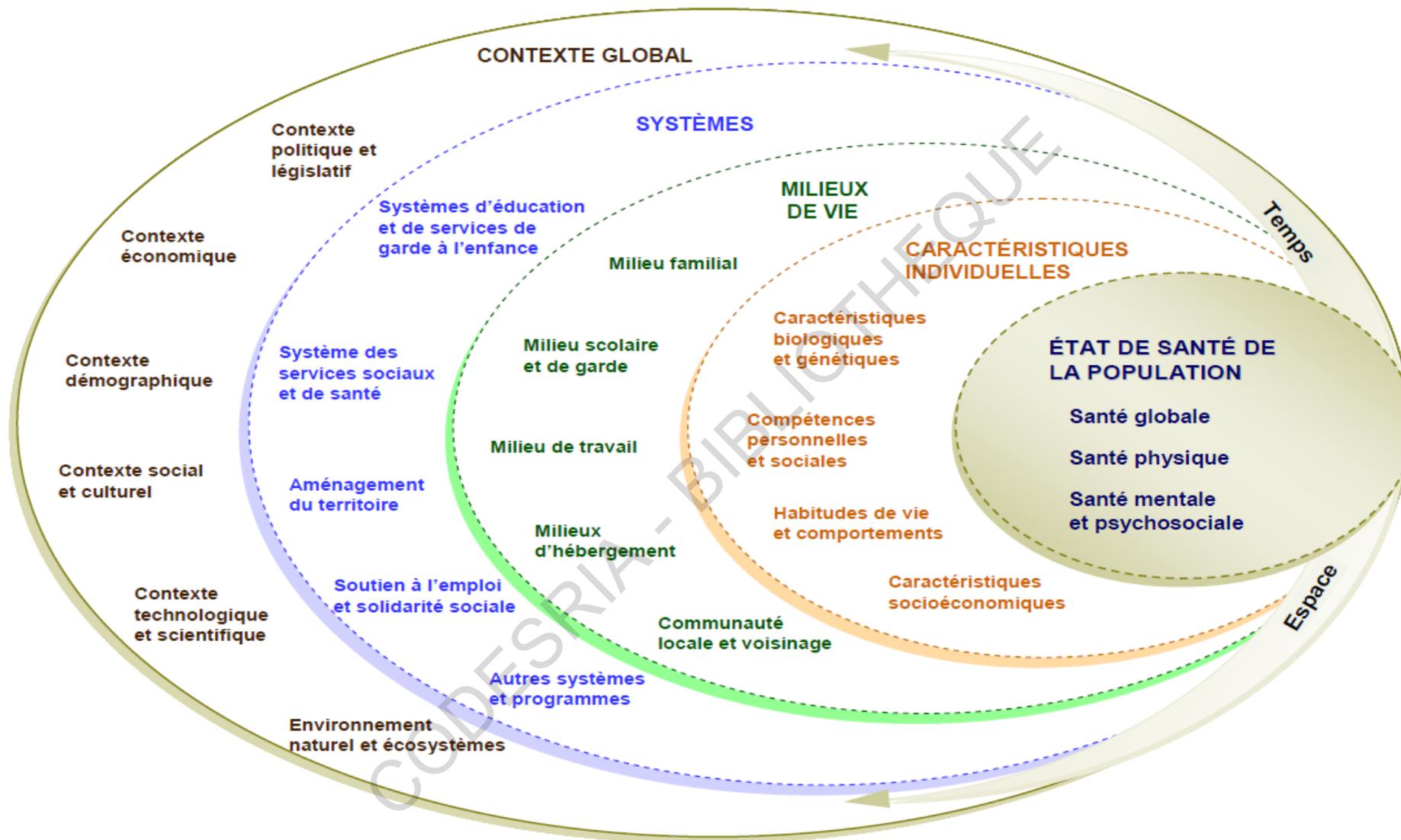


Figure 2 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. **Source** : Document Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, version mars 2010, Santé et Services sociaux, MSSS, QUEBEC

De manière plus synthétique, l'état de santé d'une population, d'après le rapport LALONDE (1974) et ultérieurement la commission ROCHON (1988), est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs : les *facteurs biologiques*, les *habitudes de vie*, les *conditions environnementales* et *l'organisation du système de soins*. Ces quatre paramètres intègrent à eux seuls l'ensemble des déterminants précédemment cités.

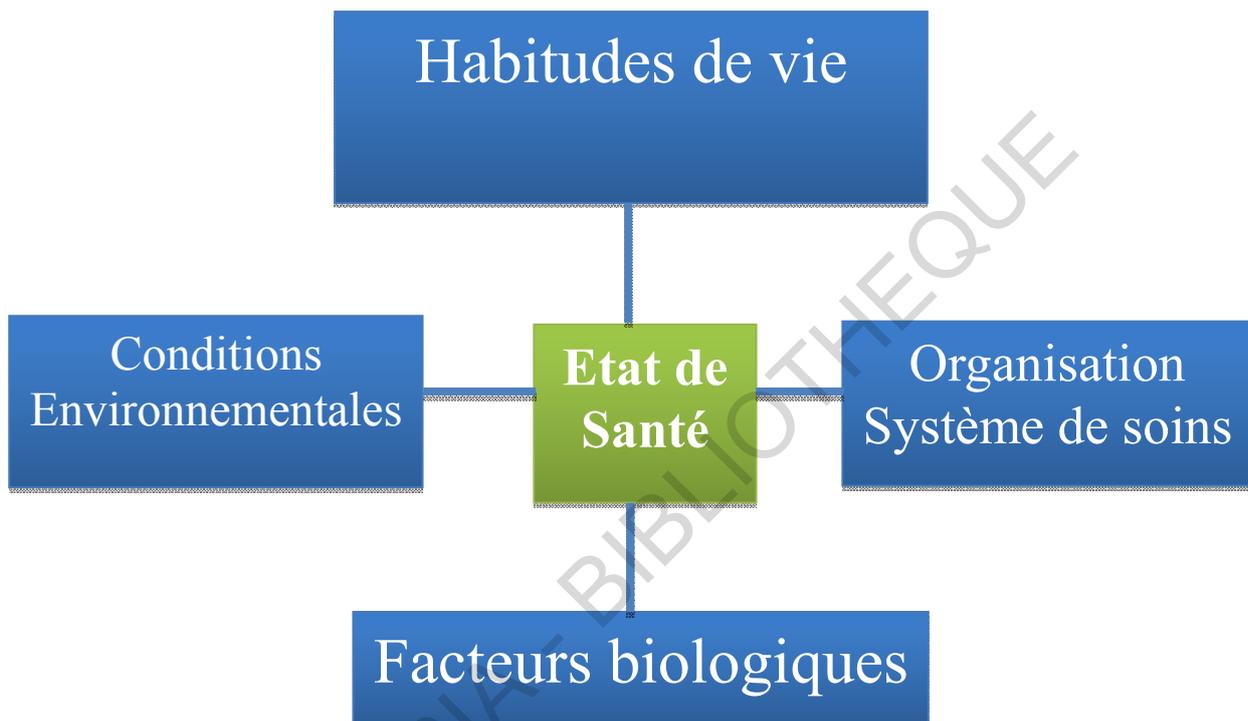


Figure 3 : schéma synthétique de la santé et de ses déterminants.

Sources : LALONDE (1974) ; RONCHON (1988)

L'étude de ces facteurs permet d'appréhender la santé d'un individu, d'une population.

De ce fait, mesurer les effets des transferts de fonds sur la santé revient à mesurer leurs effets sur ses facteurs. Surtout que comme étayé par les écrits précités, les études relatives aux «remittances » ou remises de même que l'ESAM II indiquent qu'ils sont essentiellement affectés à deux postes :

- Les dépenses de consommation courante des familles restées au pays (plus de 75% du volume total des transferts) ;
- Les dépenses sociales et le financement des infrastructures communautaires de base (puits ou forages, réseau électrique, écoles, cases de santé, etc.).

Néanmoins, partant de schéma conceptuel de RONCHON et LALONDE (figures 3), tous les

facteurs ne sont pas en rapport direct avec les fonds que reçoivent les ménages. Les facteurs biologiques étant intrinsèquement liés à l'héritage génétique de la personne ne sont pas conditionnés par les fonds. Les déterminants qui pourraient être liés aux fonds transférés seraient les suivants :

L'organisation du système de santé : Les migrants sénégalais investissent dans la construction de structures de santé dans plusieurs localités, dans l'achat d'ambulances, de médicaments... Selon le ministère de la santé du Sénégal, les investissements des migrants sénégalais dans le système de santé s'estiment à plus de 160 millions de francs CFA (MSAS, 2012). Or, l'accès à des services de prévention des maladies, de maintien et de promotion de la santé permet d'assoir la santé d'une population. Effectivement, l'accès facile à une structure de santé est essentiel pour la prise en charge des patients dès qu'un problème de santé se pose. En cela, ces investissements peuvent avoir des effets sur la santé des populations puisque ce sont les ménages qui sont les demandeurs des services offerts par ces structures.

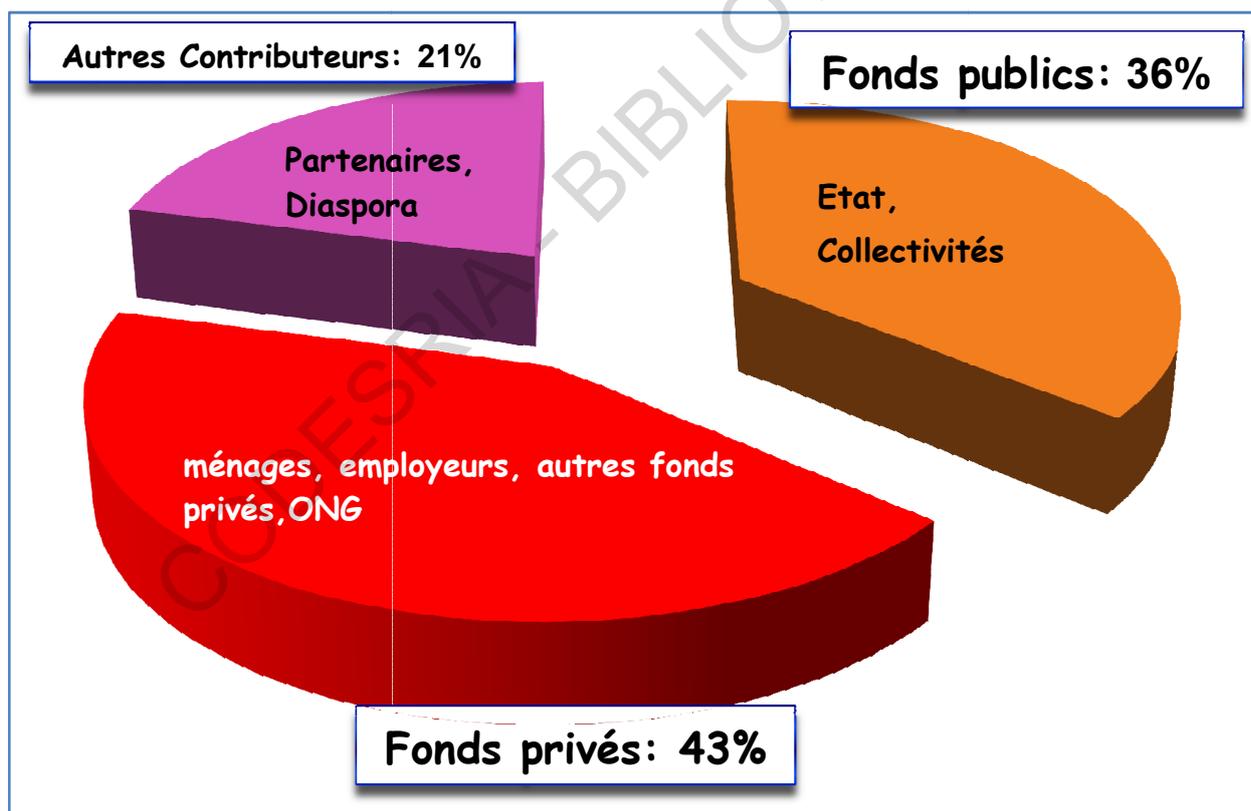


Figure 4 : Etat des lieux financement 2012. Source : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale / Sénégal, décembre 2012

- ◆ La rubrique **Autres contributeurs** pèse **53,4 milliards** dont 59% coopération bilatérale, 14% coopération multilatérale, 0,7% coopération décentralisée, 26% ONG, 0,3% sénégalais l'extérieur.

Les habitudes de vie : En plus de contribuer à la constitution de réserves de devises étrangères pour le pays, l'argent de la migration participe, à l'échelle familiale, à l'amélioration des conditions de vie et/ou à la réduction significative de la pauvreté comme l'ont indiqué Diagne & Diane (2008). Les études menées au Sénégal montrent même que les transferts impactent positivement sur la pauvreté. En effet, à Dakar, l'augmentation des dépenses par tête est de 95% dans les ménages qui reçoivent des *mandats* par rapport à ceux n'en bénéficiant pas (DPEE 2008). Les fonds perçus par les ménages contribuent selon les études à une élévation de leur niveau de vie. L'argent est majoritairement affecté aux dépenses quotidiennes des ménages bénéficiaires et 23% sont destinés à la prise en charge des frais à l'éducation et des besoins médicaux (MAFE, 2008). Or, les habitudes de vie agissent directement sur l'état de santé de la population. Elles sont vues comme des déterminants individuels largement influencés par les conditions socioéconomiques de l'individu ou du ménage. Par conséquent, en améliorant la situation économique du ménage, les fonds participent à l'amélioration de ces déterminants et donc l'état de santé des membres.

L'environnement : Il renvoie au cadre ou milieu de vie des individus. Selon la définition de l'OMS, « *un milieu est l'endroit où les gens vivent, apprennent et travaillent, qui comprend un lieu et son contexte social dans lequel les gens interagissent quotidiennement. La maison, l'école, le milieu de travail, le village, le quartier sont des endroits où les gens vivent et travaillent* ». Ces milieux de vie agissent directement sur les individus : ils favorisent ou entravent leur développement et leur capacité d'agir et d'exercer les rôles qu'ils entendent assumer. Ainsi, le milieu ou l'environnement dans lequel évolue l'individu doit être considéré tant dans ses aspects sociaux que dans ses aspects matériels et économiques, telles que les caractéristiques du logement et les ressources matérielles dont disposent les individus. L'environnement qui entoure l'individu joue ainsi un rôle déterminant dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, et il continue d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie. De ce fait, l'accès à un logement adéquat, à une eau potable, à des conditions d'habitation et d'aisance acceptables, à l'électricité... sont des facteurs qui améliorent le cadre de vie des ménages et donc a des effets sur la santé de ses membres. Or, les résultats des études ont montré que 20% des fonds issus de la migration sont utilisés par les ménages dans le paiement des factures d'eau, d'électricité... et du logement. En finançant ces facteurs qui relèvent du milieu ou du cadre de vie, les fonds agiraient positivement sur l'état de santé des membres du ménage.

Dans la présente recherche à cause de la relative faiblesse des investissements des migrants dans le système sanitaire de Dakar, ce dernier ne sera pas étudié. L'accent sera plutôt mis sur les

conditions de santé dans lesquelles vivent les ménages ainsi que les modalités de la prise en charge des besoins médicaux par les fonds. Ces deux éléments relèvent respectivement du déterminant « **Environnement** » et « **Habitudes de vie** ».

Le Sénégal étant le troisième pays d'Afrique Subsaharien, en termes de volume de transferts reçus, l'étude des effets de ces fonds sur la santé de sa population apparaît comme une question cruciale de développement. Ce, d'autant plus que les transferts sont en hausse continue depuis plusieurs années, passant de 152 milliards de FCFA en 2000 (BCEAO) à 242 milliards (BCEAO) voire 251 milliards en 2002 (DPS, Note de conjoncture, 4^e trimestre) pour atteindre quelques 500 milliards en 2007 (Coordination patronale du Sénégal).

Or, du point de vue sanitaire, l'ESPS (2005-2006) sur l'état de santé de la population sénégalaise montre que près de 17 personnes sur 100 ont déclaré avoir eu une maladie ou un problème de santé quelconque (au cours des quatre semaines précédant l'enquête). Ces chiffres n'incluent pas les malades mentaux et les handicapés qui représentent 1,4% de la population totale (1,5% en milieu urbain et 1,3% en milieu rural). Dakar qui est le cadre de la présente étude a la proportion de personnes malades ou blessées la plus importante (20,5% contre 14,1% dans les autres villes et 15,1% en milieu rural).

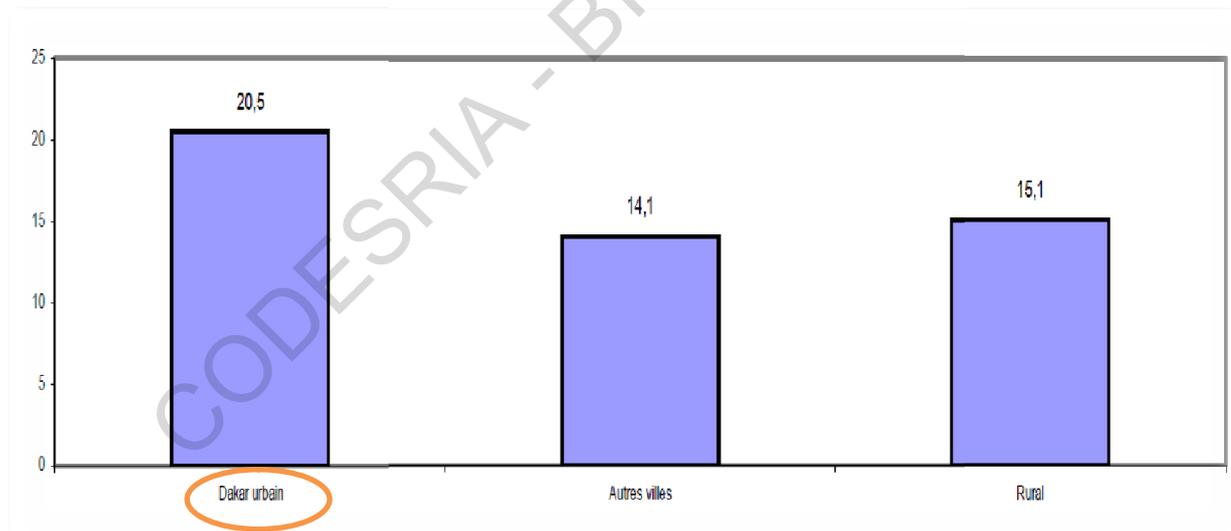


Figure 5 : l'état de santé de la population sénégalaise. Source : ESPS (2005-2006), ANSD, Dakar, SENEGAL

Parallèlement, il est établi que les problèmes de santé impactent sur la productivité du travail, sur la pauvreté en particulier, et sur le développement humain en général. C'est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. Les absences au travail pour cause de maladies peuvent être plus ou moins longues et affecter sérieusement la production et les revenus des ménages. D'une manière générale, la maladie peut contribuer à appauvrir le ménage

par l'amputation de ses revenus (journée sans travail donc sans gain) mais aussi de son patrimoine (vente de biens par nécessité pour soigner un malade) ou s'opposer au développement humain. C'est ainsi que la santé est perçue comme un capital important du développement en général et une ressource de la vie quotidienne en particulier. Elle est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (Charte Ottawa, 1986). Elle confère, de ce fait, aux individus la possibilité d'avoir un revenu leur permettant d'assurer la prise en charge de leurs besoins et de contribuer à l'émergence de leur pays.

Face au défi que pose la santé et le volume des fonds reçus, étudier la relation qui existe entre les deux se révèle particulièrement pertinent.

Par ailleurs, d'après les résultats de l'ESPS, la cherté du coût du service est la première difficulté à laquelle les patients sont confrontés au moment de la visite. Elle est le principal motif d'insatisfaction.

A cet effet, il sied de voir si les fonds reçus par les ménages leur permettent de faire face à ces coûts.

Selon les résultats de l'enquête MAFE (2008), les ménages sont les principaux bénéficiaires. Ils reçoivent de l'argent de la part des migrants, de façon régulière (au moins mensuellement) dans 40% des cas et 75% du volume total des transferts sont destinés à la consommation et donc à la satisfaction des besoins y compris médicaux (ESAM II ; MAFE, 2008).

Pour étudier les relations entre les fonds reçus et la santé des membres des ménages, un certain nombre de questions méritent d'être posées.

1.3. Questions, Objectifs et hypothèses de recherche

1.3.1. Questions de recherche

- ❖ Les ménages migrants récipiendaires sont-ils dans des conditions de santé meilleures que celles prévalant dans les ménages ne recevant pas de fonds issus de la migration ?
 - ◆ Les fonds transférés permettent-ils aux ménages migrants de prendre en charge leurs frais médicaux ?

1.3.2. Objectifs de recherche

1.3.2.1. Objectif général

La présente recherche vise à analyser les effets des transferts de fonds des migrants sur la santé des ménages de Dakar.

1.3.2.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Comparer les conditions de santé des ménages migrants récipiendaires à celles prévalant dans les ménages ne recevant pas de fonds issus de la migration.
- ❖ Vérifier si les fonds transférés aux ménages leur permettent de prendre en charge leurs besoins médicaux.

1.3.3. Hypothèses de recherche

- ❖ Les ménages migrants récipiendaires sont dans des conditions de santé meilleures que celles prévalant dans les ménages ne recevant pas de fonds issus de la migration.
 - ◆ Les fonds transférés permettent aux ménages d'assurer la prise en charge de besoins médicaux.

2. Cadre théorique

La migration est un champ d'étude où plusieurs théories ont été avancées.

L'une des premières sur les migrants travailleurs, a été postulée en 1885, par RAVENSTEIN qui présenta sept lois dans une perspective de formalisation de la migration :

1. La plupart des migrants n'effectue qu'une migration de courte distance. Ceux qui effectuent une migration de longue distance vont de préférence dans des centres de commerce ou industriels.
2. Il résulte alors un déplacement progressif de la population en direction des centres.
3. Chaque flux migratoire produit un contre - flux compensatoire.
4. Les personnes du milieu urbain migrent moins que celles du milieu rural.
5. Les femmes sont mieux représentées dans les flux de courte durée.
6. La migration augmente avec le développement de la technologie.
7. Le principal motif des flux migratoires est le désir de l'homme d'améliorer son statut sur le plan matériel.

Ces lois ont été à la base de l'élaboration de plusieurs postulats sur la migration.

Au plan international, les théories de la migration se classent en deux catégories celles qui traitent du **déclenchement** de la migration et celles qui étudient leur **perpétuation**.

Concernant les théories du déclenchement de la migration, la première est celle de LEWIS ou l'approche néo-classique. D'après LEWIS (1954), si dans un milieu, les facteurs qui poussent la personne à partir dominant ceux qui la poussent à rester, en comparant cette situation à celle du pays d'accueil, si ce dernier présente des facteurs plus attractifs pour la personne, elle sera tentée de partir. C'est la théorie de l'attraction/répulsion (*Théorie de l'attraction/répulsion*). Cette théorie est confirmée par celle de TODARO appelée également *théorie de l'actualisation des bénéfices* qui postule que les migrants espèrent un revenu meilleur dans le milieu de destination. S'inspirant d'un article de LEE (1966), HARRIS et TODARO (1970), la migration résulte de l'espoir d'une amélioration des conditions de vie dans le pays de destination.

Ce modèle néoclassique n'a pas fait l'unanimité. Nombre d'auteurs ont montré les limites de cette théorie. Pour PIORE (*théorie du dualisme du marché du travail*, 1979), l'immigration serait causée par des facteurs d'attraction (*pull*) dans les pays d'accueil (un besoin chronique et inévitable de travailleurs étrangers). PORTES et BOROCZ (1989, p. 625) considèrent, eux, que ces théories *attraction/répulsion* ne se vérifient pas au niveau macro. Car, si tel était le cas, les

courants les plus intenses d'émigration devraient provenir d'Afrique équatoriale or, ce fait n'a pas été confirmé par les recherches empiriques.

Visant un postulat qui collerait plus à la réalité STARK et BLOOM inaugurèrent la *théorie de la « nouvelle économie des migrations »* (1985). Cette théorie, développée par MASSEY et al., considère que les migrations résultent de décisions collectives prises dans des situations d'incertitude et d'imperfection des marchés. De ce fait, pour surmonter les risques liés aux insuffisances des institutions locales, les familles peuvent choisir de diversifier leurs activités en envoyant un de leurs membres à l'étranger. Ainsi, même s'il ne gagne pas plus qu'au pays, ce revenu sera soumis à des risques différents, et des compensations pourront s'établir. Ici, les différentiels de revenu entre pays d'émigration et d'accueil ne sont plus une condition nécessaire à la décision de migrer et « le développement économique des régions d'émigration ne réduit pas nécessairement les pressions à l'émigration » [MASSEY et al., p. 439].

Cette stratégie de diversification des ressources prônées par MASSEY ne cadre pas avec la vision de I. WALLERSTEIN (1974) et M. CASTELLS (1989), dans *l'approche par « l'économie monde »*. En effet, ce ne sont pas des microdécisions individuelles ou d'entreprises particulières qui provoquent les courants migratoires mais plutôt, la déstructuration des sociétés du Sud, par le colonialisme puis le néocolonialisme. Ces derniers « libèrent » une main-d'œuvre qui va alimenter les marchés du travail des pays du Nord.

Pour ce qui est des théories explicatives de la perpétuation des migrations, trois grandes théories occupent la prépondérance.

Pour certains, la perpétuation des migrations s'explique par *la théorie des réseaux* qui veut que les premiers migrants constituent des ressources pour les futurs migrants, un « capital social sur lequel les personnes peuvent s'appuyer pour trouver un emploi à l'étranger » (HUGO, 1981).

Pour d'autres, ce sont les institutions visant à formaliser et à réguler les migrations. Ces institutions « constituent de nouvelles formes de capital social sur lesquelles les migrants peuvent s'appuyer pour accéder aux marchés du travail étrangers » (MASSEY et al., p. 451).

La perpétuation du phénomène migratoire peut aussi découler selon MYRDAL (1957) de plusieurs facteurs qui, cumulés augmentent la probabilité de la migration. Ceci a donné naissance à la théorie de la « *causalité cumulative* ».

Pour le cas spécifique de l'Afrique, le schéma des migrations diffère du schéma des grands courants migratoires internationaux. Ainsi, des chercheurs africains ont essayé de caractériser les migrations africaines.

B. LUTUTALA a théorisé sur l'*ubiquité résidentielle* selon quoi la migration est non pas un changement de résidence mais une multiplication de lieux résidence. Par ailleurs, expliquant les migrations africaines, Samir AMIM a énoncé *la théorie de la dépendance* selon laquelle, le monde s'organise entre pays du Nord et pays du Sud. Le schéma Nord-Sud veut que les pays du Sud soient totalement dépendants de ceux du Nord ; le Sud approvisionne le Nord en matières premières, en retour, les pays du Nord leur fournissent des produits manufacturés. Dans un tel contexte, les populations des pays du Sud se voient obliger de partir au Nord où s'accumulent les richesses.

En outre, certains ont abordé la question en la mettant en rapport avec l'histoire. C'est le cas du *clientélisme migratoire* qui pose qu'il est plus facile pour un aspirant à la migration issu d'un pays colonisé de se rendre dans l'ancienne métropole que dans un autre pays.

Dans la présente étude, sur le plan théorique, l'idée que les migrants puissent soutenir leur famille, notamment dans la satisfaction de leurs besoins (alimentation, santé, habitat, ...) est à l'opposée d'une vision néo-classique de la migration, selon laquelle la migration est un acte décidé par les individus eux-mêmes et pour leur seul profit personnel.

L'argumentaire selon lequel les migrants internationaux, de par les fonds transférés, améliorent les conditions de vie des ménages s'inscrit plutôt dans la continuité de la théorie de la nouvelle économie des migrations. Selon celle-ci, la migration est un acte qui implique des groupes (familles, communautés) plus que des individus. Elle est conçue comme un moyen pour le ménage de diversifier les sources de revenus et de surmonter les situations d'incertitude et d'imperfection des marchés. Les familles choisissent d'envoyer un de leurs membres à l'étranger pour disposer d'une autre source de revenus mais qui n'est pas exposée aux aléas du marché local. Ainsi, pourront-ils faire des compensations pour une meilleure satisfaction des besoins familiaux. Les fonds envoyés par les migrants serviront donc à satisfaire les besoins fondamentaux des ménages tels que la nourriture, l'éducation, les soins de santé et leur permettent d'acquérir des biens et services importants (BM, BAD, 2009).

Les hypothèses de cette présente étude qui postulent que les fonds transférés agissent favorablement sur l'état de santé grâce à l'amélioration des conditions de santé des ménages et la prise en charge de leurs besoins médicaux, ne sauraient, elles, s'expliquer ni par les théories de déclenchement ni par les théories de perpétuation de la migration. En effet, l'ensemble de ces théories donnent des explications différentes du phénomène migratoire. Elles abordent la question de la migration du travail sous différents aspects mais ne mettent pas l'accent sur les effets de ces migrations dans le développement des communautés d'origine. MASSEY montrent

certes l'importance de la migration dans le ménage qui l'utilise pour diversifier ses revenus mais sa théorie ne permet pas de faire un cadrage théorique des rapports entre les fonds reçus et la santé des ménages, objet de cette présente étude. Elle ne permet pas aussi de voir par quels mécanismes les fonds agissent sur la vie des ménages.

Sur ce plan, la revue de la littérature donne plus de détails sur l'usage que les ménages, principaux bénéficiaires, font des fonds issus du travail des migrants. Il ressort qu'ils l'utilisent pour le logement, la nourriture, les soins de santé, l'éducation, l'investissement, l'épargne, etc. et que les fonds sont également utilisés pour d'autres investissements dont entre autres le système de santé via la construction de centre de santé, l'achat d'ambulances médicalisées... Les fonds sont donc essentiellement utilisés pour satisfaire des besoins.

Or, la santé, n'étant pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, requiert que la personne soit dans de bonnes conditions et qu'elle ait au moins la satisfaction de ses besoins primaires...

La satisfaction des besoins fait appel à la théorie de A. MASLOW. Cette théorie permet de comprendre comment les fonds sont utilisés dans la satisfaction des besoins. La pyramide montre l'importance graduelle des besoins de l'individu qui, lui aussi, tendrait à les satisfaire suivant ce même ordre graduel.

Cette théorie de MASLOW est un cadre qui permet aussi de comprendre comment les fonds transférés peuvent influencer sur la santé. Leur utilisation dans la satisfaction des besoins des ménages surtout les besoins essentiels permet aux membres de jouir une meilleure santé.

L'utilisation (U) des fonds transférés suivrait la logique de la théorie de la satisfaction des besoins (B) de MASLOW ; elle serait à cet effet en fonction des besoins des ménages [$U=f(B)$]. Ces fonds tendraient donc d'abord à satisfaire les besoins primaires liés au maintien de la vie surtout alimentation,... ensuite aux besoins liés à la sécurité et à l'intégrité physique et plus tard aux besoins de se réaliser par des investissements. En satisfaisant les besoins des membres des ménages, les fonds les placent dans des conditions favorables à un bon état de santé et donc ainsi contribuent à l'amélioration de la santé des membres des ménages. Ce, d'autant plus que parmi ces besoins satisfaits par les fonds figurent les besoins médicaux. D'ailleurs des études ont montré que 13% des transferts sont alloués à ces besoins. Ce qui conforte l'idée des effets positifs des fonds transférés sur la santé des membres des ménages.

Il convient ici de préciser ce que l'on entend par santé, transferts de fonds et autres concepts particulièrement importants pour le reste de l'étude.

3. Cadre conceptuel

3.1. Définition des concepts

3.1.1. Effet

Le dictionnaire universel, définit l'effet comme étant ce qui résulte d'une cause. Dit autrement, l'effet est le résultat produit par un phénomène mais sa conception change suivant le domaine d'étude. Dans le contexte de la présente étude, « effet » désigne l'« incidence », la « retombée » ou les « répercussions » que peut avoir un phénomène sur un autre dans le court terme en l'occurrence les transferts de fonds sur la santé des ménages de Dakar.

3.1.2. Migrant

La migration désigne dans la généralité, le déplacement d'une population passant d'une région à une autre pour s'y établir. Pour les spécialistes, c'est le fait pour un individu de quitter son lieu de résidence habituel afin de résider dans un autre lieu. Ainsi, techniquement, l'on ne saurait parler de migration que si il y a changement de résidence et on considère qu'il y a changement de résidence qu'après une absence de durée comprise entre 3 et 6 mois.

La Banque Mondiale, dans son rapport sur les migrations de 2006 / 2007, définit la migration comme un ensemble de flux de personnes permanents ou temporaires motivés par la volonté de vivre et de travailler dans un autre pays que le pays d'origine. Cette définition de la BM convient à cette étude, où la migration sera conçue comme le déplacement de personnes motivé par la volonté de travailler et d'amélioration des conditions de vie.

Conséquemment, le migrant est défini comme la personne qui quitte un pays dans la perspective de trouver un emploi dans un autre pays afin d'améliorer les conditions de vie de sa famille ou de sa communauté.

3.1.3. Transferts de fonds

Le transfert consiste à déplacer quelque chose d'un lieu à un autre d'une façon convenue et réglée. Ainsi, on pourrait entendre par transfert de fonds, le fait de déplacer des fonds d'un lieu à un autre. Selon la BAD, par envoi de fonds, on conçoit les transferts transfrontaliers récurrents de montants relativement modestes effectués par les travailleurs migrants au profit de leurs parents dans leur pays d'origine. On peut donc considérer le transfert de fonds comme l'envoi d'argent par un migrant de son pays d'accueil vers sa famille établie dans son pays d'origine.

3.1.4. Ménage

Terme qui désigne dans le langage courant la famille, le ménage diffère cependant de la famille. Dans le registre général, le ménage renvoie à l'administration domestique ou au couple d'époux.

En démographie, « Un ménage est une personne ou un groupe de personnes, liées ou non par la parenté, qui vivent normalement ensemble dans la même unité d'habitation, mettent en commun tout ou une partie de leurs moyens de subsistance, partagent leurs repas et reconnaissent comme chef de ménage une seule personne» (ANSD). Cette définition a été reprise dans l'étude MAFE pour sélectionner les ménages. Elle sera maintenue aussi pour cette recherche.

3.1.5. Santé des ménages

La définition du concept de santé paraît assez problématique. Certains définissent la santé comme l'état de l'être vivant et particulièrement de l'être humain chez lequel le fonctionnement de tous les organes est harmonieux et régulier (dictionnaire universel). Pour d'autres comme l'OMS, la santé ne traduit pas seulement le bon état physiologique mais intègre une dimension psychologique. C'est ainsi qu'en 1946, elle considère la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Mais, cette définition de l'OMS pose des problèmes d'opérationnalisation. Ainsi, d'autres ont tenté de donner une définition plus opérationnelle de la santé. Pour les épidémiologistes, la santé se définit par ce qu'elle n'est pas du tout : la morbidité, la mortalité, l'invalidité et l'incapacité, exprimées en taux. Les économistes quant à eux, la conçoivent comme un capital que l'on peut maintenir ou accroître par des investissements.

Quoi qu'il en soit, la santé se positionne comme un concept multidimensionnel : environnemental, social, économique, médical entre autres. Dans cette étude, l'accent sera mis sur sa dimension environnementale et socioéconomique. De ce fait, face à la difficulté de mesurer l'état de santé des membres des ménages, les conditions de santé des individus de même que la satisfaction de leurs besoins essentiels seront considérées pour appréhender l'état de santé. Ainsi, il sera question de voir si la situation dans laquelle évoluent les membres des ménages est favorable ou pas à un bon état de santé. Tout en sachant qu'un bon état de santé passe nécessairement entre autres par une amélioration du cadre de vie des individus, une prise en charge des besoins médicaux.

3.2. Conceptualisation

D'après la partie théorique, les ménages, principaux bénéficiaires des fonds, l'utilisent pour le logement, la nourriture, les soins de santé, l'éducation, l'achat de biens, l'investissement, l'épargne, etc. A Dakar, une infime partie des fonds est injectée sous forme de dons à certaines structures de santé.

Dès lors, on peut concevoir la santé comme le résultat de l'utilisation des fonds pour la

satisfaction des besoins familiaux tels qu’hiérarchisés par MASLOW, d’une part. D’autre part, comme le résultat de l’accès des ménages aux services de santé grâce aux transferts. Dans une moindre mesure, elle est le résultat des investissements effectués dans le système sanitaire. Mais comparés aux fonds destinés aux ménages, ces investissements sont minimes. Partant de ces observations, on peut établir un schéma conceptuel représentatif des liens entre les fonds transférés et la santé.

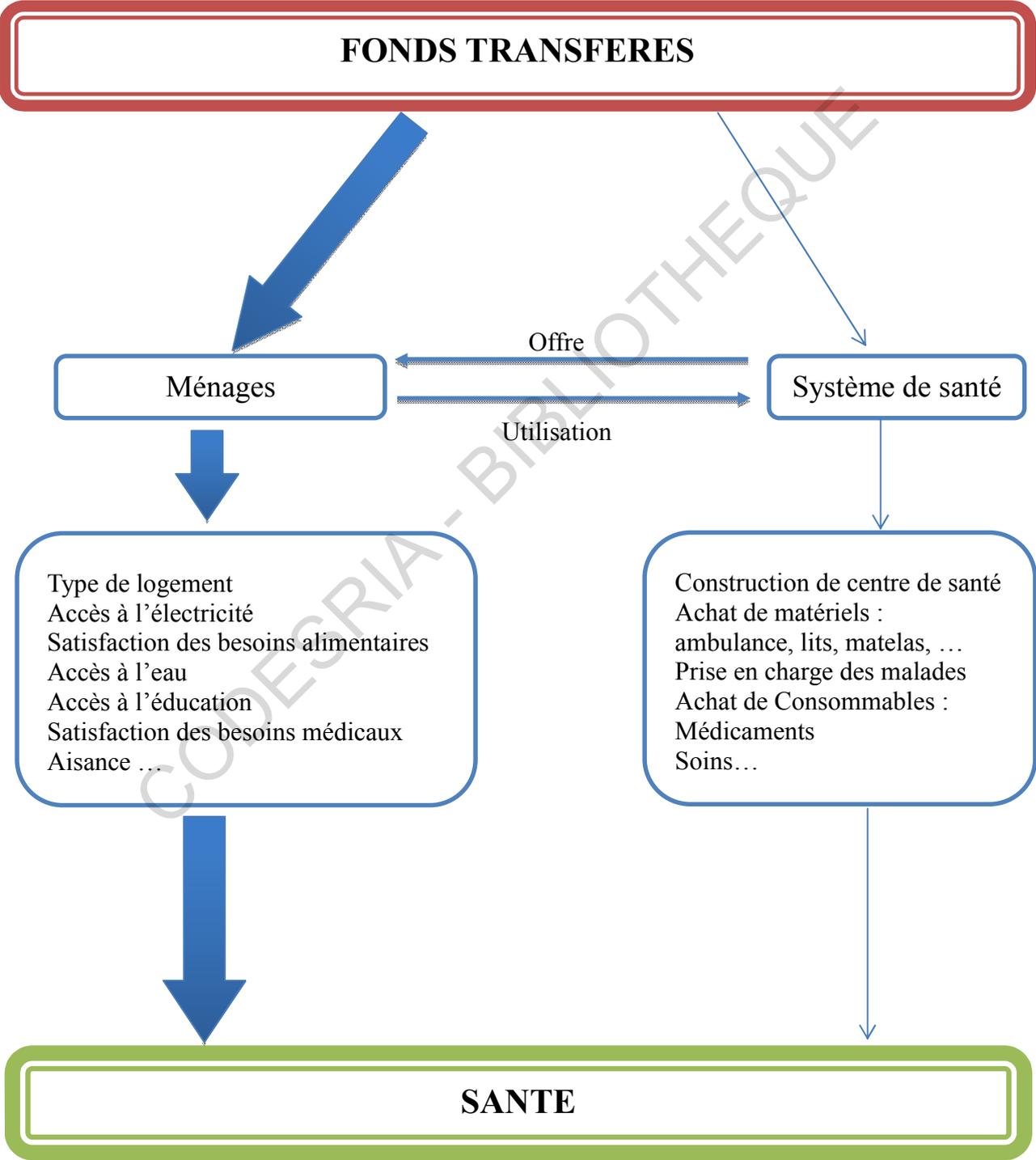


Figure 6 : Schéma conceptuel des relations entre les transferts et la santé

4. Cadre opératoire

4.1. Variable indépendante

Transferts de fonds des migrants

Les fonds sont considérés comme pouvant permettre d'expliquer l'état de santé. La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. De ce fait, les fonds dont disposent les ménages pourraient permettre de financer indirectement la santé des membres. Ces envois sont caractérisés par leur fréquence,.. Ces paramètres considérés comme indicateurs sont répertoriés dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Variable indépendante

VARIABLE	INDICATEURS
<input type="checkbox"/> TRANSFERTS DE FONDS	<input type="checkbox"/> Fréquence <input type="checkbox"/> Utilisation (part dans la couverture des besoins) <input type="checkbox"/> Montant

4.2. Variables dépendantes

Ensemble des variables qui peuvent agir sur l'état de santé en rapport avec les transferts fonds

L'influence des fonds sur l'état de santé se fait par l'intermédiaire d'un certain nombre de variables qui peuvent être liées aux transferts. Elles constituent ainsi les variables dépendantes.

Tableau 2 : Variables dépendantes

VARIABLES
<input type="checkbox"/> Type de logement <input type="checkbox"/> Nombre de pièces (surtout le rapport nombre d'individus par pièces) <input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Accès à l'eau <input type="checkbox"/> Accès à l'électricité <input type="checkbox"/> Statut d'occupation du chef de ménage <input type="checkbox"/> Utilisation des fonds dans les dépenses quotidiennes <input type="checkbox"/> Utilisation des fonds dans l'éducation <input type="checkbox"/> Utilisation des fonds dans la santé

Ces variables serviront à faire des comparaisons au sein des :

- Ménages avec migrant / Ménages sans migrant
- Ménages migrants bénéficiaires / ménages migrants non bénéficiaires

Dans la base de données MAFE, support d'analyse des données quantitatives, ces variables disposent de plusieurs modalités d'enquête que l'on peut regrouper pour faciliter les interprétations. A cet effet, un petit recodage interne a été effectué pour avoir des modalités d'analyse plus simples.

Le tableau ci-après présente les modalités d'enquête et les modalités d'analyse issues du recodage.

Le recodage des modalités des variables d'enquête effectué est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Recodage des variables d'enquête

Variables	Modalités d'enquête	Recodage	Modalités d'analyse*
Type de logement	1. Pièces dans une cour 2. Appartement dans 1 immeuble 3. Maison à étage (s) 4. Maison basse 5. Case ou une maison en banco 6. Baraque 7. Autre	2+3+4= Construction autonome (I) 1= Cour commune (II) 5+6= Case, baraque, banco (III) 7= Non Caractérisé (NC)	-Construction autonome -Cour commune -Case, baraque, banco -Non Caractérisé
Statut d'occupation du chef de ménage	1. Locataire 2. Co Locataire 3. Logé par le patron 4. Hébergé gratuitement 5. Propriétaire 6. Location-vente 7. Dans une maison ou une concession familiale	5+6 =Propriétaire (I) 7= Propriété commune (II) 1+2+3+4= Non propriétaire (III)	-Propriétaire -Propriété commune -Non propriétaire
Aisance	1. Chasse raccordée à l'égout 2. Chasse avec fosse 3. Latrines/fosses perdues 4. Toilettes publiques 5. Nature 6. Autre	1+2= Chasses (I) 3= latrines (II) 4+5= Nature et toilettes publiques (III) 6=NC	-Chasses et -Latrines -Nature et toilettes publiques -NC
Electricité	1. Oui 2. Non	1 = Electrifié (I) 2 = Non électrifié (III)	Electrifié Non électrifié
Nombre de pièces	Ici c'est le rapport (r) nombre de membres / nombre de pièces qui permet d'apprécier la santé	Si $r < 3$ = Pas de promiscuité (III) Si $3 \leq r < 5$ Moyenne promiscuité (II) Si $r \geq 5$ = Promiscuité (I)	-Pas de promiscuité -Moyenne -Promiscuité
Eau	1. Puits intérieur 2. Puits extérieur 3. Robinet intérieur 4. Robinet extérieur 5. Vendeur d'eau 6. Source, Cours d'eau 7. Autre	1+2+5+6= Eau non traitée (III) (3 ou 4) + (1ou2ou5ou6) = moyennement traitée (II) 3+4= Eau traitée (I) 7= NC	-Eau non traitée -Eau traitée -Eau moyennement traitée -NC

*Certains attributs (noms) des nouvelles modalités sont subjectifs et ne sont utilisés que pour faciliter le recodage

5. Cadre méthodologique

5.1. Cadre d'étude

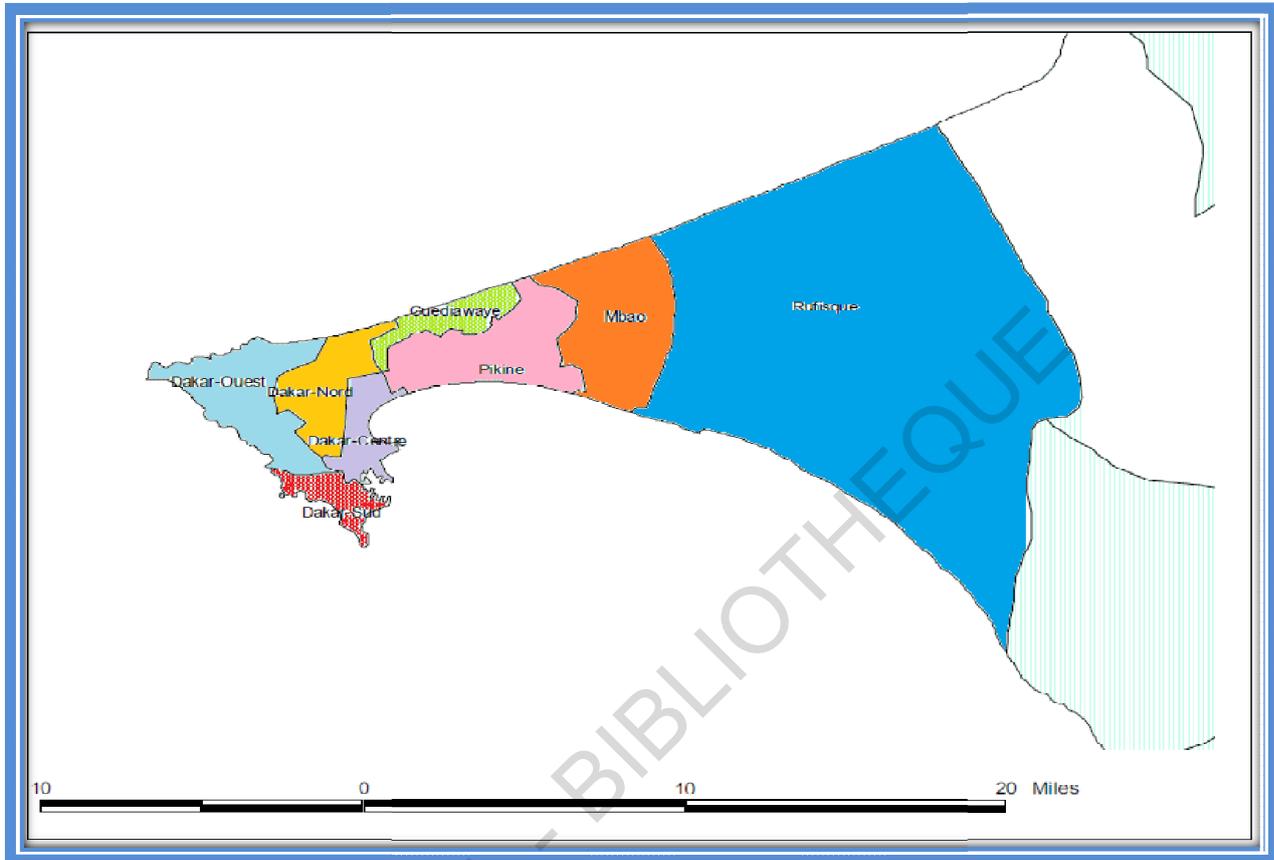


Figure 7 : Carte de la région médicale de Dakar. Source : NSIS, Sénégal 2010

La recherche se fera dans la région administrative de Dakar. La région de Dakar est la plus importante des 14 régions. Sa population est de 2 956 023 habitants en 2013, soit près du quart de la population totale (23%) sur une superficie représentant 0,3% seulement de celle du pays (RGPHAE, 2013). La région se démarque de loin des autres avec une densité de 5 404 habitants au km² (RGPHAE, 2013).

La structure urbaine actuelle de Dakar présente un tissu hétérogène. Cette population se caractérise par d'énormes disparités du point de vue socioéconomique. En effet, dans certaines zones, existe une population au niveau de vie élevé, alors que dans d'autres, celle-ci jouit d'un niveau de vie moyen. Cependant, dans les bidons villes, peuvent coexister plusieurs catégories socio-économiques avec par endroit des populations vivant dans la précarité.

Dakar est également une région qui reçoit un flux important de personnes venant de l'intérieur du pays. Par conséquent, sa population est en perpétuelle croissance et son extension assez rapide du fait de la pression démographique.

Sur le plan sanitaire, la proportion de personnes malades ou blessées y est plus importante 20,5% contre une moyenne nationale qui s'établissait à 17% (ESPS, 2006). La région médicale de Dakar compte 8 districts sanitaires : Guédiawaye, Pikine, Rufisque, Mboi, Dakar Sud, Dakar Nord, Dakar Ouest et Dakar Centre (NSIS, 2008). Le district sanitaire est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Parallèlement à ces centres de santé et postes, la région compte 12 hôpitaux (RM, 2013) :

- Hôpital Aristide Le DANTEC
- Hôpital Général de GRAND YOFF
- Hôpital de FANN
- Hôpital de PIKINE
- Hôpital d'enfants Albert ROYER
- Hôpital PRINCIPAL de Dakar
- Centre Hospitalier de l'Ordre de MALTE (Institut de Léprologie Appliquée De Dakar)
- Hôpital Roi BAUDOIN
- Hôpital Youssou Mbargane DIOP
- Hôpital POLYCLINIQUE
- Hôpital Militaire de OUAKAM
- Hôpital Abass NDAO

Néanmoins, malgré l'inégale répartition des équipements et du personnel de santé à l'échelle nationale au profit de la région de Dakar, le taux de fréquentation des structures sanitaires et des tradi-praticiens, par des personnes malades ou non, est basse 18,2% (ESPS, 2006). Cependant, ce taux est le plus élevé du pays où l'on dénote généralement un faible recours aux consultations par la population totale.

Par ailleurs, selon J-P. MINVIELLE, A. DIOP et A. NIANG in *La pauvreté au Sénégal* (2005) l'agglomération dakaroise est confrontée à de réels problèmes de santé. Certes, comparée aux autres villes du Sénégal, elle bénéficie de conditions nettement plus favorables. Malgré tout, cette situation sensiblement privilégiée masque beaucoup de disparités. Ces difficultés résultent, d'une part, de l'appauvrissement généralisé d'une grande partie de sa population qui, ne peut avoir recours aux centres de soins du secteur privé en raison du coût relativement élevé des traitements qui y sont offerts ; d'autre part la croissance démographique et l'urbanisation galopantes qui élargissent sans cesse le décalage entre les infrastructures sanitaires et des besoins

en permanent accroissement. C'est ainsi, qu'une ville comme Pikine ne dispose pas de véritable réseau d'assainissement. Raison pour laquelle, elle est le lieu d'éclosion de nombreuses épidémies. La malnutrition chronique et sévère souvent utilisée comme indicateur pour apprécier les conditions sanitaires des populations montre de très grandes différences dans la prévalence entre quartiers quasiment exempts (moins 1% de prévalence) et ceux fortement atteints (plus de 40% à Diamaguene). Cette malnutrition favorise l'apparition de pathologies qui peuvent être particulièrement graves en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants augmentant la mortalité infanto-juvénile.

C'est dans ce contexte de cherté des services de santé et de forte demande en soins que les transferts de fonds sont étudiés afin de connaître leur éventuel rôle dans la prise en charge des frais liés à la santé des membres des ménages bénéficiaires.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

5.2. Méthodologie de la recherche

La recherche sera de type mixte : qualitatif et quantitatif.

5.2.1. Partie quantitative

Pour le volet quantitatif, les 1141 ménages qui constituent la base de données MAFE sont étudiés. Ils seront catégorisés en vue d'une comparaison en :

- Ménages avec migrant / Ménages n'ayant jamais eu de migrant: ces derniers vont être considérés comme la référence puisque ne bénéficiant pas de fonds issus de la migration et ne comportant pas de migrants de retour.
- Ménages migrants récipiendaires de fonds / Ménages migrant non récipiendaires : tous les ménages avec migrants actuels ne reçoivent pas forcément de l'argent de la part des migrants. Pour étudier les effets des fonds, il faudra considérer uniquement les ménages qui en bénéficient.

Comme annoncé ci-dessus, l'étude utilisera une base de données existante sur les Migrations entre AFrique Europe (MAFE CoDEV) constituée par l'INED et l'UCAD en 2007. Les informations relatives aux techniques d'échantillonnage, à la taille de l'échantillon, aux outils quantitatifs sont tirées de la méthodologie utilisée pour constituer la base données MAFE. Ces données seront complétées par des données qualitatives à collecter.

5.2.1.1. Présentation de l'enquête quantitative sur les migrations entre l'Afrique et l'Europe

Le projet MAFE (Migrations entre l'Afrique et l'Europe) est un projet qui vise à étudier, par des méthodes quantitatives, les facteurs et les conséquences des migrations entre l'Afrique et l'Europe. Il repose sur l'idée que la migration africaine n'est pas un flux à sens unique et que les personnes et/ou leurs biens retournent vers l'Afrique. Cette étude à caractère comparatif permet de confronter les logiques des migrations internationales des Sénégalais, des Congolais et des Ghan ens. Conséquemment, la même enquête sociodémographique a été menée dans 3 pays africains de départ (Sénégal, République Démocratique du Congo, Ghana) et 6 pays européens de destination (France, Espagne, Italie, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Belgique).

5.2.1.1.1. Objectifs du projet

Le projet MAFE-Sénégal a été construit pour tester l'hypothèse selon laquelle la migration n'engendre pas de rupture définitive entre zones de départ et d'arrivée.

Pour tester cette hypothèse, le projet se décompose en trois objectifs :

1. D'étudier les logiques migratoires en s'intéressant aussi bien aux départs qu'aux retours. Cet objectif trouve sa pertinence dans le fait qu'il existe visiblement une contradiction entre la perception des migrations dans les pays africains de départ et les pays européens de destination. Dans les premiers, la migration est essentiellement conçue en termes de circulation : les migrants partent avec l'intention de rentrer et, de fait, les migrants de retour sont nombreux. Dans les seconds, le discours public s'inquiète d'une immigration qu'elle perçoit comme massive et définitive. Pour apporter des éclaircissements à ce débat, il s'agira de quantifier et d'expliquer les pratiques de retour, en tenant compte des conditions et facteurs de départ.

2. D'étudier les interactions entre migrations internationales et développement urbain. Il sera question ici de tester les hypothèses sur lesquelles se fondent les politiques publiques européennes : d'une part, que les migrants seraient des acteurs importants du développement et, d'autre part, que favoriser le développement serait un moyen de réduire les migrations du Sud vers le Nord.

3. D'étudier dans quelle mesure et à quelles conditions les migrations internationales induisent des mutations sociales en matière à la fois de pratiques familiales et de rapports de genre.

Il s'agira de tester, entre autres, l'idée, très répandue au Sénégal, selon laquelle les migrants préfèrent maintenir des familles transnationales plutôt que de recourir au regroupement familial.

5.2.1.1.2. Méthodologie de MAFE

Au Sénégal, le projet « *Circulation internationale et développement local au Sénégal* » aura permis de construire la méthodologie de MAFE qui a ensuite été répliquée dans les autres pays au cours de l'année 2009.

Le dispositif d'enquête de MAFE est fondé sur l'expérience de trois grands types d'enquête : le projet sur la migration mexicaine « *Mexican Migration Project* » (MASSEY, design général), les enquêtes biographiques conduites en Afrique francophone (conception des questionnaires) et le projet facteurs attraction/répulsion des migrations internationales « *Push and pull factors of international migration* » (échantillonnage). L'examen approfondi de ces trois systèmes d'enquête a conduit à la définition des principes méthodologiques. Dès lors, les échantillons se veulent transnationaux et représentatifs.

Par nature, la migration internationale implique plusieurs pays : minimalement un pays de départ et un pays d'arrivée. Le projet MAFE a transposé cette observation triviale en intégrant dans son dispositif d'enquête à la fois un pays de départ (en Afrique) et plusieurs pays de destination (en Europe).

Les ménages et les individus ont été sélectionnés de manière aléatoire et stratifiée. La stratification visait à assurer une représentation suffisante des ménages et des individus qui ont une relation à la migration internationale (ménages dont le chef déclare qu'il a des relations avec des migrants ; individus qui sont eux-mêmes migrants de retour ou conjoints de migrants).

5.2.1.1.3. Base de données MAFE

Elle est constituée de données sur les migrants eux même (organisation, investissements,...) et sur les ménages (conditions de vie, mode de vie,...).

5.2.1.1.3.1. Population d'étude

Les ménages avec migrant et sans migrant de la région de Dakar.

Les migrants originaires de Dakar établis en Europe ou de retour au Sénégal

Les non migrants.

5.2.1.1.3.2. Echantillonnage

L'étude a porté sur Dakar qui concentre 23% de la population du Sénégal (RGPHAE, 2013). De cette population une première stratification a été effectuée en trois étapes.

Pour la première, il s'agissait de constituer dix (10) strates de ménages basées sur les pourcentages des migrants internationaux.

La deuxième a été de constituer, à partir des 10 premières strates, deux autres strates : celle des ménages avec migrants et celle des ménages sans migrants.

La troisième et dernière étape consistait à scinder la couche des ménages avec migrant en deux (2) : ménages avec migrants actuel et ménages avec migrant de retour. Ce qui a donné au final, les ménages avec migrants de retour, ceux avec migrants actuels et ceux sans migrants.

Pour sélectionner les individus en l'absence d'une base de sondage à jour, un tirage à trois degrés a été effectué.

Le premier degré consistait au tirage des districts de recensements de 2002 (DR) : Après avoir réparti les DR en 10 strates selon la proportion de ménages migrants observée au recensement, 60 d'entre eux ont été sélectionnés sur une probabilité proportionnelle au nombre de ménages par strate. Ensuite, un dénombrement des ménages de chacun des 60 DR a été

réalisé. Dans chaque ménage, la présence d'un « migrant » a été relevée.

Le second degré a consisté en un tirage aléatoire de 22 ménages par DR sélectionné (11 dans les ménages avec migrant et 11 dans les ménages sans migrant).

Le troisième degré est la sélection des individus au sein des ménages (ménages avec migrants de retour, ceux avec migrants actuels et ceux sans migrants).

Tous les migrants de retour et conjoints de migrants actuel étaient interrogés, tandis qu'un individu était tiré au sort parmi les autres.

De ces ménages, un échantillon de 1320 ménages a été prélevé. Avec un taux de réponse de 86,4%, l'échantillon final est constitué de 1141 ménages suivant la distribution ci-après :

- Les ménages avec migrants de retour (205)
- Les ménages avec migrants actuels (617)
- Les ménages sans migrants (458)

Pour ce qui est des personnes, un échantillon de 1387 individus a été prélevé à partir des critères d'inclusion suivants :

- Avoir un âge égal ou compris entre 25 et 75 ans au moment de l'enquête
- Etre né au Sénégal
- Avoir ou avoir eu la nationalité sénégalaise

Avec un taux de réponse de 76,6%, l'échantillon final de 1062 individus se présente comme suit :

- Les migrants de retour (193)
- Les conjoints de migrant actuel (101)
- Les non migrants (768)

Cet échantillon d'individus est complété par les échantillons de migrants prélevés en Europe.

En France et en Italie, l'échantillon a été prélevé selon la méthode des quotas (suivant genre, âge et catégorie socio professionnelle en France, suivant genre et âge en Italie).

En Espagne, la sélection a été faite de manière aléatoire dans la base nationale des registres municipaux (le Padrón), qui inclut les migrants irréguliers.

Au final, la base de données MAFE présente la configuration ci-après.

Tableau 4 : Composition de la base de données utilisée. Source : MAFE, 2008

Pays	Sénégal	France	Italie	Espagne
Année	2008	2008	2008	2008
Ménages	1141	-	-	-
Personnes	1062	201	205	200

Quelques remarques sur les échantillonnages

- Une partie de l'échantillon en Europe a été constituée à partir de contacts obtenus lors de l'enquête ménage.
- Les migrants de retour ont été choisis parmi les migrants de retour dans les ménages sous la condition qu'ils étaient âgés d'au moins 18ans lors de leur première migration.
- Les conjoints de migrants ont été choisis dans les ménages.

5.2.1.1.3.3. Instruments de recherche

La constitution de la base a été faite à partir de deux (2) instruments de recherche :

- Un questionnaire pour les ménages
- Un questionnaire biographique pour les individus

5.2.1.1.3.4. Données extraites de la base et utilisées dans la présente étude

Dans cette base, c'est le questionnaire ménage qui fera l'objet d'une exploitation, notamment :

- Une partie du Module A qui porte sur l'identification des membres du ménage et de l'entourage du chef de ménage, ce pour avoir les caractéristiques des ménages.
- Une partie du module C sur les transferts durant les 12 derniers mois pour étudier les transferts.
- Une partie du Module E pour apprécier les conditions de santé des ménages.

5.2.2. L'enquête qualitative

Elle vise à collecter des informations sur l'utilisation des fonds par les ménages dans la prise en charge des besoins médicaux.

5.2.2.1. Population cible

Les ménages migrants récipiendaires de la région de Dakar. Au total, 50 ménages seront interviewés pour la collecte d'informations relatives à l'utilisation des fonds dans la santé.

5.2.2.2. Instruments de recherche

Le recueil de données se fera à l'aide du guide d'entretien semi directif. Il sera administré aux chefs de ménage ou aux responsables des ménages dans le cas où les chefs seraient absents.

5.3. Type d'étude

De par la nature longitudinale et comparative des données, l'étude sera de type :

- **Longitudinale rétrospective** : Pour voir les transferts des migrants dans le temps notamment les transferts effectués pendant les 12 derniers mois ayant précédés l'enquête et les investissements dans le domaine sanitaire.
- **Cas/témoins** : L'échantillon dispose de ménages ayant eu à bénéficier des fonds issus de la migration et de ménages dans lesquels on n'a jamais noté de migration (non migrant). Il est question ici d'identifier les différences entre les deux (2) types de ménages. Il en est de même pour les ménages récipiendaires et non récipiendaires.
- **Transversale** : Car elle cherche à apprécier l'utilisation des fonds dans la santé au moment de l'étude.

5.4. Analyse des données

5.4.1. Analyse quantitative

Pour analyser les données de la base, le logiciel STATA a été le principal outil de travail, les résultats ont ensuite été transférés dans MS Excel version 2010 pour faire les représentations graphiques.

Au final, les analyses suivantes ont été effectuées :

Analyse uni-variée : Pour caractériser les fonds envoyés et la situation socioéconomique des ménages.

Analyse bi-variée : Pour vérifier si les fonds influent sur les conditions de santé des ménages en comparant les ménages migrants et non migrants d'abord, ensuite les ménages migrants récipiendaires et ménages migrants non récipiendaires.

Dans les analyses, la significativité du lien statistique entre deux variables se basera sur le seuil de 0,05 soit 5%. Ainsi, il sera admis qu'il y a lien entre deux variables si le P est inférieur à 5% dans le cas inverse, il a été considéré qu'il n'existait pas de lien entre les variables en question.

5.4.2. Analyse qualitative

L'analyse de contenu de type catégoriel : Pour analyser l'utilisation directe des fonds par les ménages dans la satisfaction des besoins en soins médicaux.

5.5. Limites de l'étude

Dans l'étude, certains facteurs sont à prendre en considération dans l'interprétation des résultats. Ces biais se retrouvent aussi bien dans l'enquête quantitative que qualitative.

En ce qui concerne l'enquête quantitative,

- L'étude n'a pris en compte que 9 variables pour caractériser les conditions de santé des ménages.

- La présence de maladies dans la base n'a pas été étudiée pour faire le lien avec les fonds de même que la mortalité.

- L'enquête n'a pris en compte que quelques pays de destination à savoir l'Italie, la France et l'Espagne bien que ces trois pays concentrent 45% des migrants sénégalais, une bonne partie de la population migrante soit 55% est exclue. Ainsi, il faudra relativiser les interprétations.

- En Europe, pour des raisons financières, les effectifs ont été réduits. Ce qui peut diminuer la précision des résultats.

- Sauf en Espagne où le Padrón a constitué la base de sondage, en l'absence de bases de sondage, la méthode des quotas a prévalu. C'est le cas pour la France et l'Italie.

- Dans les trois pays, une petite partie des échantillons est constituée d'individus dont les contacts ont été obtenus au Sénégal dans le cadre de l'enquête auprès des ménages (8% de l'échantillon européen). Ceci introduit un biais d'information dans la mesure où l'individu peut être mis au courant de l'enquête et par conséquent préparer les réponses adéquates. Mais, ce biais est minimisé par le fait que seul 8% de l'échantillon est concerné.

- La présente étude ne prend pas en compte les migrants de retour car les transferts sont étudiés sur un an et qu'il est difficile de caractériser l'origine des fonds qui entretiennent actuellement les ménages migrants de retour.

Pour l'enquête qualitative,

- Les migrants font des dons aux structures de santé. Cependant, dans cette étude, les investissements dans le système sanitaire de Dakar n'ont pas été étudiés à cause de leur relative faiblesse alors qu'à l'intérieur du pays, ils sont visibles.

5.6. Résultats attendus

Confirmation des effets positifs des fonds sur la santé des ménages migrants grâce à de meilleures conditions de santé et leur utilisation dans la prise en charge des besoins médicaux.

6. Analyse, interprétation des données et discussion des résultats

Il sera ici question d'analyser les données quantitatives issues de la base de données MAFE et des données qualitatives collectées par interviews dans la région de Dakar.

Cette partie comporte quatre (4) grandes étapes pour vérifier les hypothèses de cette recherche.

- ◆ Le premier sera consacré à la caractérisation socioéconomique des ménages,
- ◆ Le deuxième point à la caractérisation des fonds transférés.
- ◆ Le troisième mettra en exergue la comparaison des ménages entre eux pour voir les effets des fonds sur les conditions de santé.
- ◆ Le dernier point abordera les effets des fonds dans la prise en charge des besoins médicaux.

6.1. Caractérisation des ménages

Avant de procéder aux analyses, il sied de caractériser les 1141 ménages, unités statistiques de la recherche.

Pour collecter les données de la base MAFE sur les ménages, le chef de ménage a été l'interlocuteur. Dans le cas, où il était absent, le questionnaire a été adressé à la conjointe.

6.1.1. Le sexe

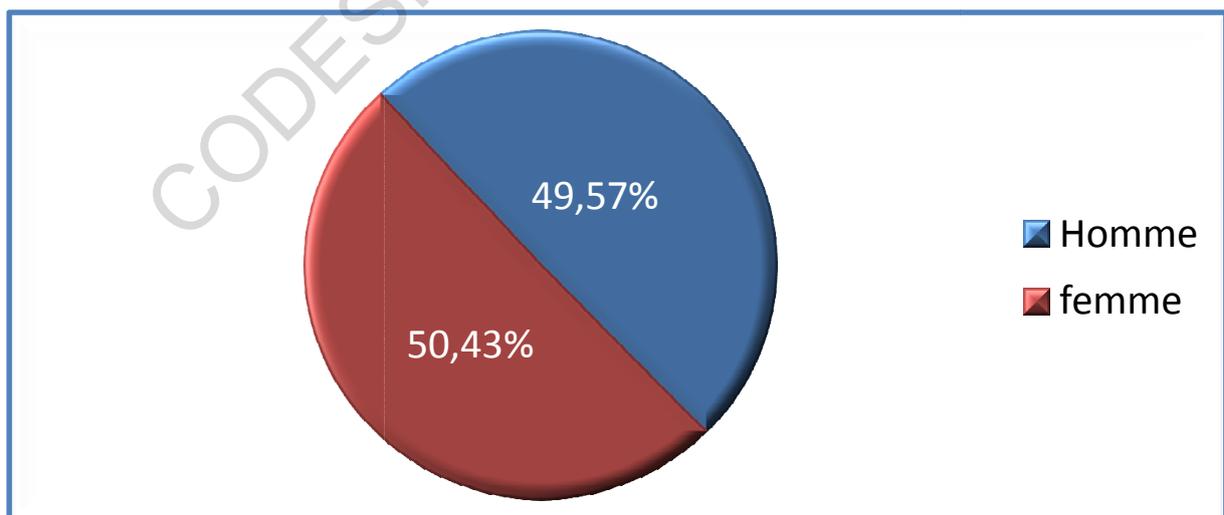


Figure 8 : Répartition des membres du ménage selon le sexe. Source : MAFE, 2008

Au sein des 1141 ménages de l'échantillon, la proportion de femmes est sensiblement égale à celle des hommes avec une légère prédominance de femmes (50,43%). Néanmoins, ces ménages

sont à 63,72% dirigés par des hommes contre 36,28% de femmes chef de ménage.

6.1.2. L'âge

Tableau 5 : Estimation de l'âge. Source : MAFE, 2008

Estimation de la moyenne d'âge des 1127 observations			
Moyenne	Ecart type	Coefficient de variation	Intervalle de confiance (95%)
25,14047	.1858282	.73916	[24,77621 25,50474]

La moyenne d'âge des membres des ménages est d'environ 25ans. La variance très faible (0,034532) indique que la distribution est homogène et que la moyenne est représentative de l'échantillon. Ce qui signifie que, du point de vue de l'âge, les ménages ont sensiblement les mêmes caractéristiques. Pour les chefs de ménage, la moyenne d'âge est d'environ 51ans. Ces moyennes témoignent de la jeunesse de la population. Cette jeunesse se reflète aussi à travers le fait que 25% des membres ont moins de 11ans, la moitié a moins de 22 ans et 75% ont moins de 35 ans.

6.1.3. Situation des membres par rapport aux ménages

Tableau 6 : Situation des membres par rapport aux ménages. Source : MAFE, 2008

Situation par rapport au ménage	Pourcentage
Membre du ménage	79,63
Autre parent hors ménage	20,37
Total	100,00

Dans les ménages, on peut trouver des personnes qui sont des membres effectifs du ménage et d'autres qui sont unis au ménage par un quelconque lien de parenté. C'est ainsi que 79,63% des personnes répertoriées au sein des ménages sont des membres à part entière alors que 20,37% sont liés au ménage par la parenté mais ne sont pas des membres effectifs.

6.1.4. La taille des ménages

Tableau 7 : Estimation de la taille des ménages. Source : MAFE, 2008

Estimations					
	Total	Ménages avec migrant		ménages sans migrant	
Taille	1140	616	52,62%	524	47,38%
Nombre moyen de personnes par ménage	7,94	8,57		7,40	

Dans l'ensemble, les ménages de l'échantillon ont en moyenne une taille de 7,94 soit environ 8 personnes par ménage. Les ménages avec migrants ont une taille au-dessus de cette moyenne alors que celle des ménages sans migrant est sensiblement en dessous de celle-ci. Ainsi, les ménages avec migrant ont une taille plus large que les ménages sans migrant (environ 9 personnes contre 7 pour les ménages sans migrants).

Discussion sur les caractéristiques des ménages

Les résultats montrent que les ménages sont constitués de membres essentiellement jeunes puisque 90% des membres ont un âge inférieur à 51ans. Cette jeunesse est corroborée par la moyenne d'âge assez basse des chefs de ménage (51ans). Ces résultats sont concordants avec ceux observés dans des enquêtes antérieures ESPS, 2005-2006, EDSI, II, III, ESAM I et II... D'ailleurs, la pyramide des âges du recensement général de la population (RGPHAE, ANSD, 2013) qui présente une base élargie se rétrécissant rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, illustre cette grande jeunesse de la population au niveau national. Cette forme de pyramide des âges est caractéristique des populations à forte fécondité et à mortalité élevée. Cette prédominance des jeunes dans la population se justifie par un temps de doublement relativement court estimé à 25ans. Par ailleurs, les résultats de l'enquête ont aussi montré que les chefs de ménage sont majoritairement de sexe masculin (63,72%).

Ces résultats viennent confirmer les résultats d'études précédemment menées à l'échelle nationale qui ont révélés que dans l'ensemble, au Sénégal, l'essentiel des ménages est dirigé par des hommes (EDS-MICS 2010-11). Néanmoins, il est a noté l'augmentation progressive de la proportion de ménages dirigés par des femmes entre 1992-2011. Sur ce point, Dakar, avec plus

de 36% de femme chef de ménage dépasse largement la moyenne nationale estimée à 25% (EDS-MICS 2010-2011). Cette augmentation importante de la proportion de femme chef de ménage peut s'expliquer en grande partie par l'émigration qui touche davantage les hommes.

Outre l'âge et le sexe, les ménages se caractérisent par leur taille relativement importante. On compte environ 8 membres par ménage avec une certaine variation suivant que ce soit un ménage avec migrant ou un ménage sans migrant. Cette taille pourrait s'expliquer par la fécondité élevée de la population sénégalaise en général et par le fait que l'on puisse trouver dans un ménage des personnes qui ne sont pas des membres à part entière mais liées au ménage par la parenté comme l'indique le tableau 6, 20% des membres sont des proches du ménage.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

6.2. Caractérisation des transferts de fonds

L'étude des effets des transferts de fonds sur la santé des ménages de Dakar a requis une enquête quantitative pour évaluer les conditions de santé des ménages et une enquête qualitative visant à apprécier l'utilisation à des fins sanitaires des fonds reçus par les ménages.

Les transferts de fonds ont été étudiés sur les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête MAFE. Leur étude a porté sur 609 ménages qui ont déclaré avoir au moins un « membre » vivant actuellement à l'étranger.

Ces données quantitatives ont été complétées par des données issues d'une enquête qualitative menée auprès de 50 ménages avec migrants.

En guise de rappel, le nombre de migrants par ménage a été estimé à 1,97 en moyenne. Du point de vue des caractéristiques, les ménages migrants ont une taille relativement plus large (8,57 en moyenne) que celle des ménages non migrants tournant autour de 7,40.

Les envois répertoriés se caractérisent par leur fréquence, leur montant, leur utilisation...

Durant l'année qui a précédé l'enquête, 582 transferts d'argent ont été enregistrés.

6.2.1. Distribution des fonds au sein des ménages migrants

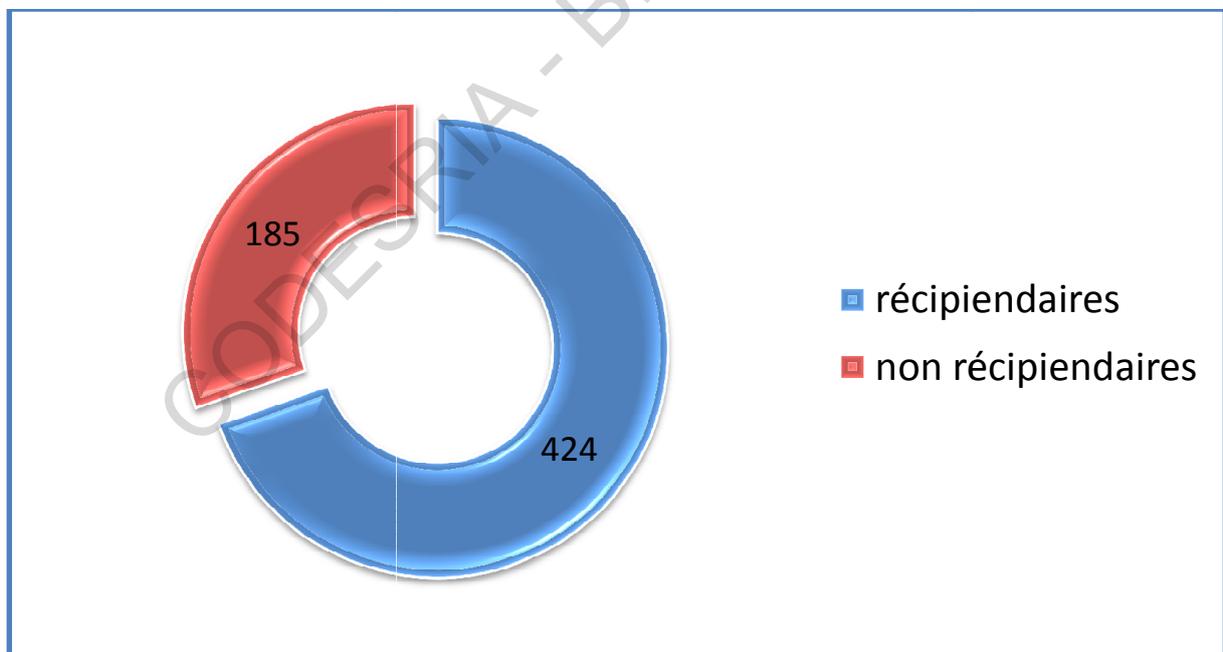


Figure 9 : Répartition des transferts au sein des ménages migrants

Au sein des ménages migrants, plus concernés par les transferts de fonds, 70% bénéficient d'envois de la part des migrants alors que 30% de ces ménages déclarent ne pas en avoir reçu. Ainsi, tous les ménages avec migrants ne sont pas récipiendaires de fonds.

6.2.2. Montant des transferts

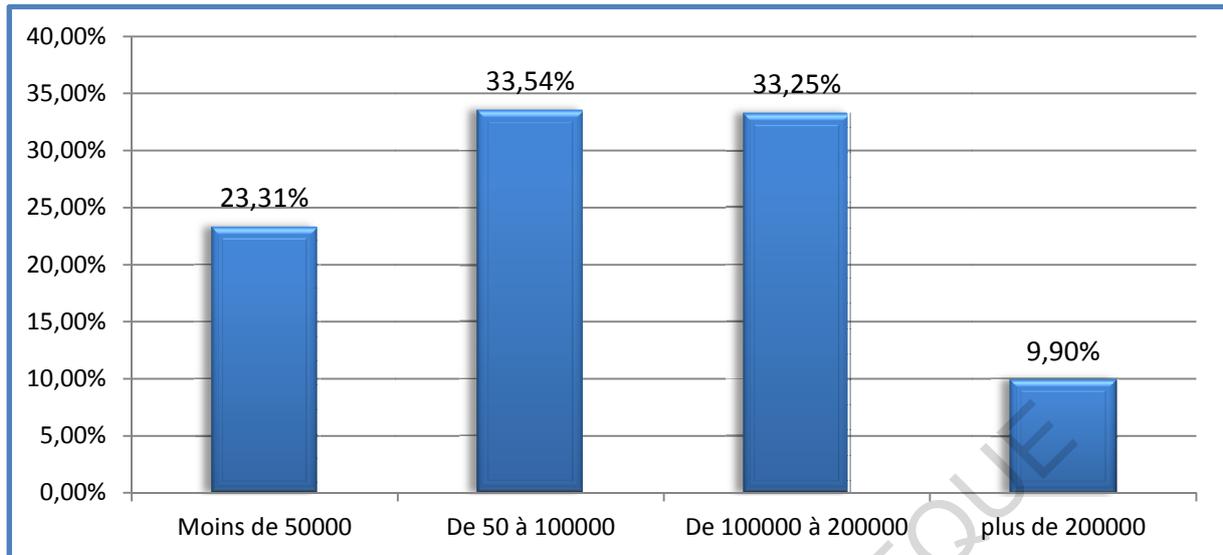


Figure 10 : Distribution des montants envoyés. Source : MAFE, 2008

Pour l'essentiel (66,79%), les migrants envoyaient des montants compris entre 50.000 et 200.000. Ceci s'est aussi reflété dans les données qualitatives recueillies où les ménages ont mentionné recevoir souvent 75.000, 100.000 et 150.000. Par ailleurs, les sommes envoyées étaient inférieures à 50.000 FCFA pour 23,31% des migrants tandis que ceux qui envoyaient des sommes supérieures à 200.000 FCFA représentaient 9,90%.

6.2.3. Fréquence des transferts

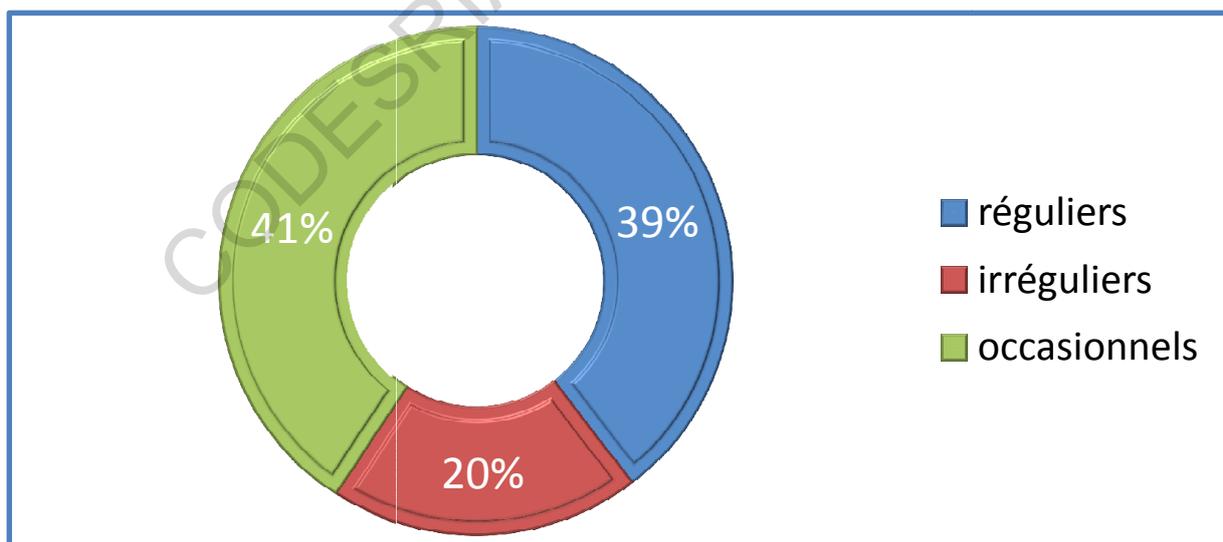


Figure 11 : Fréquence des transferts. Source : MAFE, 2008

Les envois ne se font pas suivant la même fréquence. En effet, les 431 ménages récipiendaires des 582 transferts d'argent recensés n'ont pas bénéficié de ces envois de la même manière. Les fonds étaient perçus soit régulièrement, soit de façon irrégulière soit occasionnellement. Par

régulier, on entend la réception d'un transfert au moins une fois par mois. Cette modalité a été le cas de 39% des ménages. A ce sujet, l'enquête qualitative a révélé une certaine récurrence des transferts dans une bonne partie des entretiens menés comme le montre les propos suivants *« Oui, le migrant envoie fréquemment, chaque mois. Nous, on dépend entièrement d'eux. Ils nous prennent entièrement en charge. »*, ou encore *« Oui, il envoie. C'est une personne responsable qui a fait les bancs. Il ne néglige en aucun cas sa famille. Il envoie très souvent, tous les mois. C'est une personne mature qui a un emploi stable qui sais ce qui se passe ici car il a travaillé ici avant de partir. Donc, il connaît nos réalités et il nous soutient. »*.

Pour 20% des ménages, ils étaient irréguliers car se faisant au moins une fois par trimestre : *« La famille reçoit souvent mais de manière irrégulière »* ou encore *« On reçoit de temps en temps pas toujours, pas tous les mois avec la crise c'est difficile. Il voudrait tout nous donner mais ils ne peuvent pas car ils doivent eux aussi vivre là-bas. »*.

Par contre, 41% des ménages ne reçoivent des transferts qu'occasionnellement : *« les migrants, pour les joindre c'est tout un problème. Ils ne sont pas accessibles du tout. Finalement, on se lasse de les appeler. De temps en temps, nous arrivons à les joindre pour qu'ils nous donnent quelque chose mais ce n'est pas toujours évident. Bref, nous ne dépendons pas des transferts »*. Dans un entretien différent : *« Nous sommes vraiment dans une situation difficile. Ceux qui sont à l'étranger ont oublié ceux qui sont au Sénégal. Ils ne prennent même pas en charge correctement leurs enfants qui sont ici. »*.

6.2.4. Utilisation et gestion des fonds

Tableau 8 : Gestion des fonds transférés

Utilisation	Pourcentage
Aux dépenses quotidiennes des ménages	32%
A payer les loyers et les factures	20%
A financer les cérémonies et fêtes religieuses	19%
Aux soins médicaux	13%
Aux frais de scolarité	10%
Epargne et autres achats	6%

L'argent reçu par les ménages est utilisé dans plusieurs besoins différents. *« Chaque mois, nous recevons de l'argent pour les factures d'eau et d'électricité et aussi pour l'alimentation. Quand on le sollicite pour d'autres besoins tels que la santé, l'ouverture des*

classes... il envoie. Il envoie aussi pour les cérémonies familiales, les fêtes, le ramadan...». Dans une interview une dame affirme « *Mes migrants sont mes deux enfants. Nous dépendons entièrement d'eux. Je n'ai qu'eux à part DIEU. Je n'ai aucune autre source de revenu. Je n'ai personne à qui demander. Ils font de leur mieux, ils prennent en charge tous nos besoins par la grâce de DIEU. Je ne me plains pas.* ». Ces données confirment celles quantitatives qui montrent que, l'essentiel des transferts (75%), est alloué aux besoins familiaux (dépenses quotidiennes, paiement loyers, factures, soins médicaux, frais de scolaire...). 6% de l'argent envoyé est réservé à l'épargne et aux autres achats (véhicule, terrain, logement...). Il convient aussi de relever la part importante accordée aux cérémonies et fêtes (19%).

6.2.5. Part des transferts dans la couverture des besoins des ménages avec migrant

Tableau 9 : Importance dans la couverture des besoins des ménages avec migrant.
Source : MAFE, 2008

Migrants	Part des transferts dans la couverture des besoins du ménage avec migrant
5,12%	Très élevée
15,16%	Elevée
24,60%	Moyenne
7,82%	Faible
6,10%	Insignifiante
41,19 %	Ne reçoit ni argent ni bien

24,60% des migrants, de par leurs transferts, couvrent une partie moyenne des besoins essentiels de leurs ménages. 20,28% d'entre eux prennent en charge une part importante dans la couverture des besoins de leurs ménages alors que 13,92% satisfont une part faible ou insignifiante des besoins des leurs. Par ailleurs, 41,19% des migrants ont leurs ménages qui ne reçoivent ni argent ni bien qui puissent entrer dans la couverture de leurs besoins de leur part.

En prenant spécifiquement le cas des ménages récipiendaires, la part des transferts dans la couverture des besoins des ménages présente la répartition ci-après.

6.2.6. Part des transferts dans la couverture des besoins des ménages récipiendaires

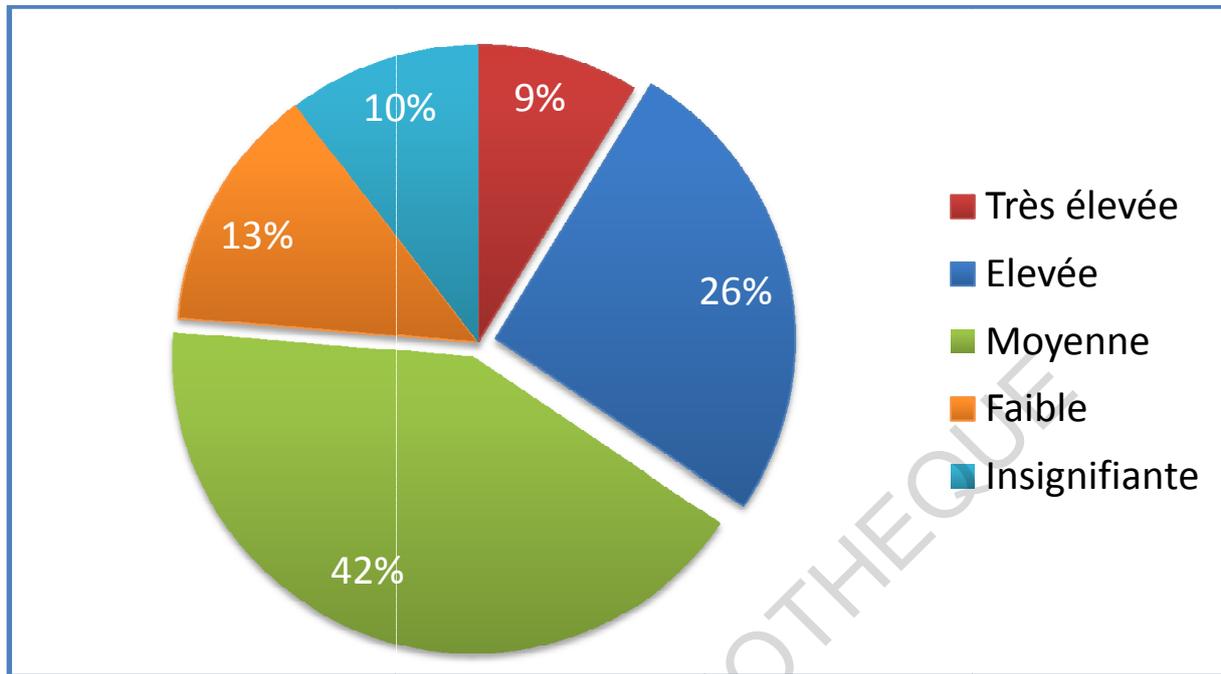


Figure 12 : Importance des transferts dans la satisfaction des besoins des ménages récipiendaires. Source : MAFE, 2008

Les migrants, de par leurs envois, ne couvrent pas les besoins de leurs ménages de la même manière. Ces variations dans les traitements se manifestent dans les divers discours. Pour certains ménages, les fonds prennent une part élevée à très élevée des besoins « *Ils constituent notre unique source de revenu. S'ils n'envoient pas ça ne serait pas bien pour nous. Par la grèce de DIEU, ils prennent en charge tous nos besoins. Il ne peut pas en être autrement car s'ils ne le font pas personne ne le fera à leur place et ils sont conscients de cela.* ». Pour d'autres, les fonds prennent moyennement en charge la satisfaction des besoins : « *le migrant envoie ce qu'il est en mesure d'envoyer le reste c'est à nous de nous débrouiller pour le compléter. La vie est dure des deux côtés. Les membres de la famille sont obligés de mettre la main à la pâte car avant de solliciter l'appui des migrants, c'est eux que l'on sollicite d'abord.* ». Dans un autre récit, « *Même quand c'est mensuel, l'argent reçu n'est pas suffisant pour prendre en charge tous les besoins. On l'utilise pour les besoins incompressibles les plus urgents, le reste, ce sont les autres membres qui s'en chargent* ». Cette dernière situation a été la plus récurrente dans les interviews, la plupart des ménages ont admis la contribution des autres membres dans la prise en charge des besoins du ménage. Les données quantitatives montrent, à cet effet, que la plupart des migrants prennent en charge une part moyenne des

besoins du ménage bien que globalement seuls 23% parmi eux ne couvrent que faiblement voire de manière insignifiante les besoins de leurs ménages.

Discussion sur les caractéristiques des fonds transférés

Contrairement à la conception populaire qui veut que tous les ménages avec migrants soient entretenus par l'argent de la migration, l'étude montre que les transferts de fonds ne concernent que 69,62% des ménages avec migrants. Ces transferts se comportent de manière différenciée. En effet, les ménages ne reçoivent pas l'argent selon la même fréquence. Si pour certains ménages, ils se font régulièrement pour d'autres, ils se font de manière irrégulière voire occasionnelle. Néanmoins, les migrants envoient aux ménages des sommes relativement considérables puisque pour 76,49% des migrants ces transferts sont supérieurs à 50.000FCFA. Ces fonds, quelle que soit leur fréquence, revêtent une importance pour les ménages. En effet, 77% des migrants prennent en charge une part moyenne à très élevée dans la couverture des besoins familiaux des ménages récipiendaires. Ils sont, principalement utilisés pour assurer les dépenses de consommation courantes qui absorbent 75% des fonds envoyés.

Ces résultats rejoignent les résultats de l'enquête auprès des ménages (ESAM) réalisée en 2004-2005 qui ont montré que plus de 75% du volume total des transferts est destiné aux dépenses de consommation courante des familles restées au pays. Le fait que ces fonds soient alloués aux dépenses familiales des ménages plus qu'aux investissements pourrait s'expliquer par le contexte socioéconomique du pays. La cherté de la vie, le chômage (estimé à 9,7% à Dakar d'après RGPHAE 2013) combinés à la taille élargie des ménages avec migrants fait que les besoins familiaux sont très importants au sein de ces ménages.

Par ailleurs, si l'on se base sur le cadrage théorique faite avec la théorie de priorisation des besoins de MASLOW (1943), cette utilisation s'explique. Les ménages utilisent ces fonds pour satisfaire leurs besoins primaires, essentiels avant d'orienter les fonds vers les autres besoins. Ainsi, l'argent envoyé est affecté, avant tout, à la satisfaction des besoins primaires ou essentiels des membres.

Seulement, la part importante de ces fonds dans la satisfaction des besoins des membres des ménages récipiendaires, ne saurait aplanir, comme énoncé plus haut, la proportion importante de ménages avec migrants (30,38%) qui ne bénéficie pas des transferts. Il s'y ajoute que 61% des ménages bénéficiaires reçoivent des fonds de manière soit occasionnelle soit irrégulière. En outre, 56,85% des migrants envoient des sommes qui n'excèdent pas 100.000FCFA. Ce dernier facteur mis en relation avec la taille des ménages avec migrant qui tourne autour 9 personnes et

les deux premiers points précédemment soulevés relativisent le poids des transferts de fonds dans la satisfaction des besoins des ménages avec migrants pris dans leur globalité. Dans l'échantillon de ménages avec migrant, les fonds ont une part très élevée dans la couverture des besoins que pour 5,12% des ménages. Ainsi, l'importance des fonds ne saurait faire l'objet d'une généralisation car elle varie d'un ménage à l'autre et donc son interprétation est à nuancer.

En résumé, même si pour le cas des ménages avec migrants, l'argent transféré est associé à une utilisation régulière, il ne peut, d'après les résultats, constituer pour la majorité de ces ménages, la seule source de revenus. Considérant l'ensemble des ménages avec migrants, les transferts de fonds ont des effets certes positifs pour les ménages récipiendaires mais ils sont minimisés par la proportion de ménages avec migrants non bénéficiaires et la taille des ménages par rapport aux montants envoyés. Néanmoins, ils demeurent une considérable source de revenus avec plus de 76% des migrants dont les envois sont au-delà de 50.000FCFA et le nombre de ménages migrants récipiendaires (environ 70%). Ceci combiné au fait que 40% des migrants qui effectuent des transferts le font sur une base mensuelle montre l'importance des fonds pour les ménages surtout dans le contexte socioéconomique actuel du pays.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

6.3. Etude comparative des conditions de santé des ménages

Comme il a été dit dans la partie méthodologie, pour faire cette étude, la base de données de l'Enquête sur les Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE) est l'outil de travail. De cette base, un certain nombre de facteurs considérés comme des conditions de santé a été extrait.

Sachant que les conditions de vie sont des facteurs qui impactent sur l'état de santé, il s'agira de vérifier si les fonds entraînent une différence dans ces conditions au sein des ménages.

En effet, les membres d'un ménage sont plus enclins à jouir d'un bon état de santé si leurs conditions de vie sont bonnes. Les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans l'état de santé de la personne de sorte que l'on ne puisse faire l'étude de la santé des ménages sans une appréciation de ces conditions.

Ainsi dans la base de données, nous avons sélectionné 9 éléments qui feront l'objet de cette partie de la recherche. Ces éléments sont les suivants :

- Type de logement
- Nombre de pièces (surtout le rapport nombre d'individus par pièces)
- Aisance
- Accès à l'eau
- Accès à l'électricité
- Statut d'occupation du chef de ménage
- Utilisation des fonds dans les dépenses quotidiennes
- Utilisation des fonds dans l'éducation
- Utilisation des fonds dans la santé

Pour étudier, ces conditions de santé et isoler les effets des transferts sur elles, il sera question de faire une analyse comparative graduelle pour chaque facteur de santé. L'analyse se fera entre :

- Les ménages avec migrants et les ménages sans migrants considérés comme ménages témoins.
- Ensuite, les ménages migrants bénéficiaires de fonds et les ménages migrants non bénéficiaires.

Pour tenir compte de la différence de poids entre les catégories de ménages dans le calcul des fréquences, des pondérations seront faites pour avoir les fréquences réelles.

6.3.1. Le logement

Malgré la crise économique, les conditions d'habitat des ménages dakarois se sont, en moyenne, notablement améliorées au fil des dernières décennies (meilleure qualité des logements, moindre précarité du statut d'occupation), (SAKHO et BEAUCHEMIN, 2008).

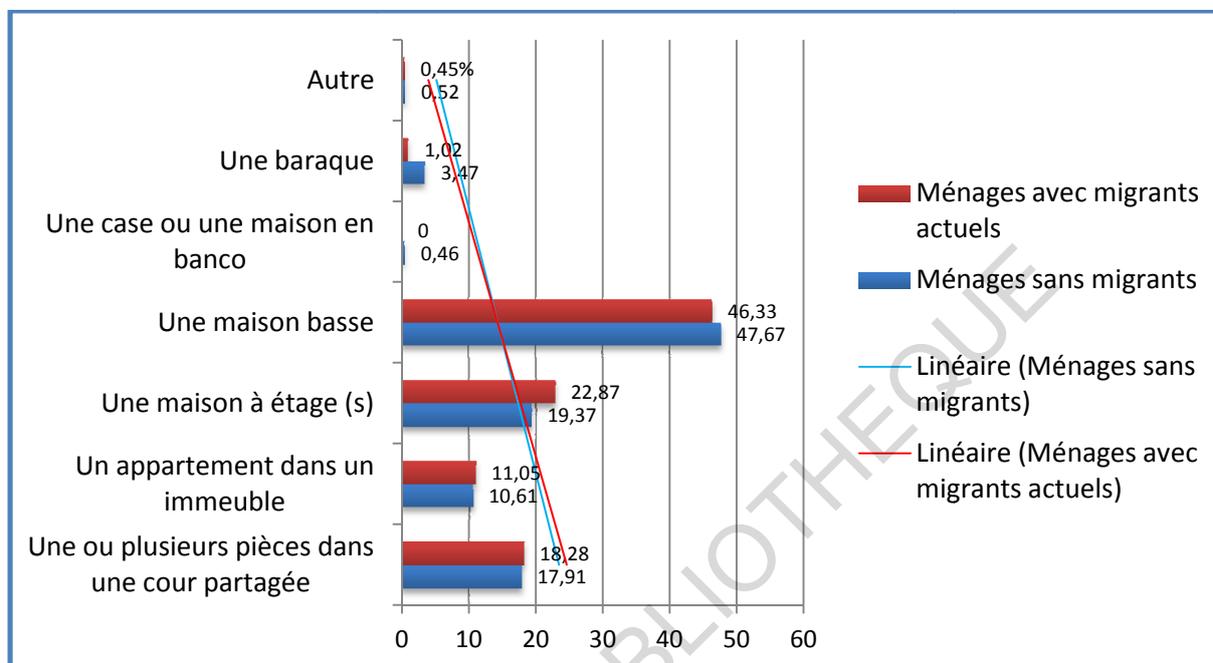


Figure 13 : Répartition des ménages suivant le type de logement. Source : MAFE, 2008

Dans l'échantillon (tout type des ménages confondus), 47,04% des ménages vivent dans une maison basse, 31,84% dans une maison à étage ou dans un immeuble, 18,08% ont une ou plusieurs pièces dans une cour commune. 2,55% habitent dans une maison en banco ou une baraque et 0,49 sont dans un type de logement non spécifié.

Comparativement, les ménages migrants présentent légèrement de meilleures conditions de logement. Ces ménages vivent plus dans les maisons à étages (22,87% contre 19,37%) et aucun de ces ménages ne vit dans une case ou une maison à banco. Seulement, on remarque qu'il y'a des ménages avec migrants qui vivent dans des Baraques (1,02%) même si la proportion est inférieure à celle des ménages sans migrants égale à 3,47%.

Ces résultats comparatifs sont confirmés par les courbes de tendances des deux types de ménages. Les positions des courbes et le fait qu'elles soient très proches montrent que les ménages présentent beaucoup de similitudes mais que les ménages avec migrants sont dans des conditions de logement légèrement meilleures que ceux sans migrant.

Au sein des ménages avec migrant, la comparaison des ménages récipiendaires et ceux non récipiendaires donne les résultats suivants :

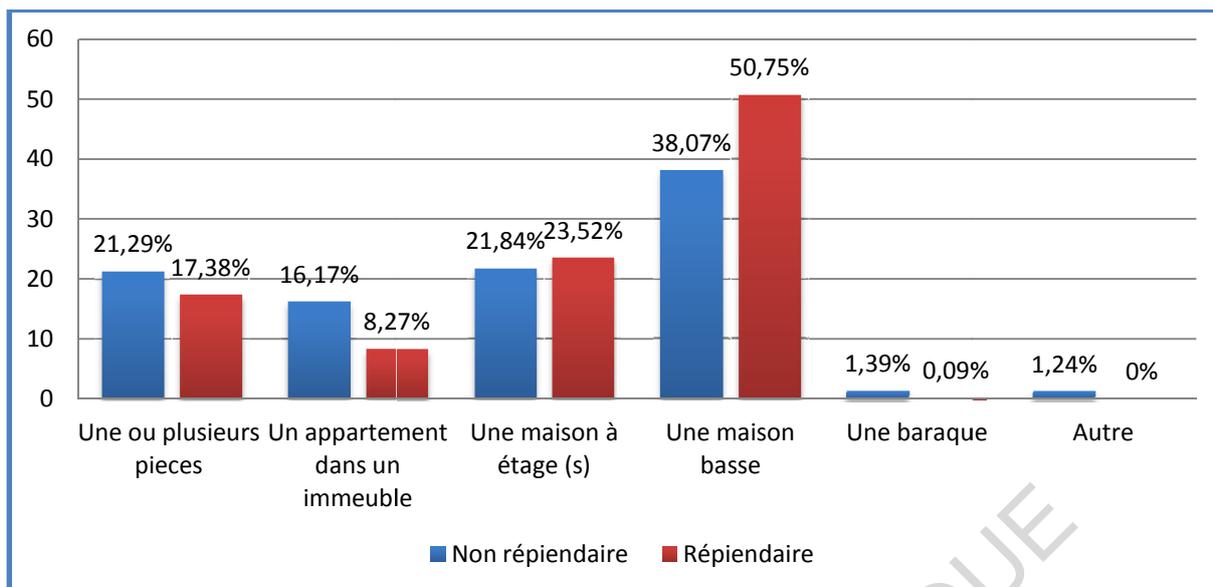


Figure 14 : Répartition des ménages avec migrant suivant le type de logement.
 Source : MAFE, 2008

On observe que les ménages récipiendaires habitent plus dans des maisons basses ou à étages tandis que les ménages récipiendaires logent plus dans les immeubles. Si l'on regroupe les modalités en « construction autonome », « cour commune » et « case, baraque, banco » on obtient la figure suivante.

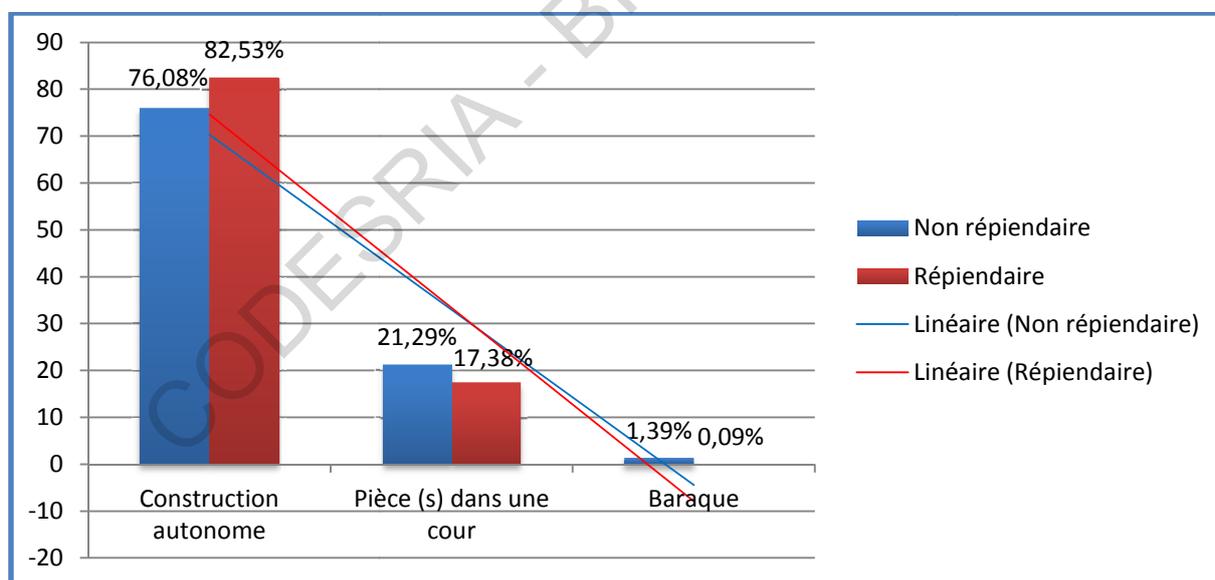


Figure 15 : Répartition des ménages avec migrant suivant le type de logement 2.
 Source : MAFE, 2008

La figure montre que les ménages récipiendaires de fonds vivent plus dans un logement construit et présentant une certaine autonomie que les ménages non récipiendaires. On remarque qu'il y a moins de ménages récipiendaires qui vivent dans une cour commune et qu'une très faible portion de ces ménages vivent dans des baraques. Mais comme le montrent les courbes de tendance, la différence entre ces deux types de ménages bien qu'elle existe, n'est pas grande.

6.3.2. Le nombre de pièces

Tableau 10 : Distribution par intervalles du nombre de pièces à usage d'habitation :
Source : MAFE, 2008

Nombre de pièces	Pourcentages
[1;5]	79,67
]5;10]	18,74
]10;15]	1,59
TOTAL	100

Dans l'échantillon global, les ménages disposent en moyenne de 4 pièces. Mais, la moitié (50%) des ménages dispose de moins de 3 pièces. Le nombre de ménages qui vivent dans une pièce et plus représentatif avec 19,19% des ménages. Par ailleurs, près de 80% des ménages vivent au plus dans 5 pièces.

Cette variable, nombre de pièces, est plus pertinente lorsqu'elle est étudiée par rapport au nombre de personnes qui vivent dans les chambres. Ce rapport permet de savoir, en se référant à une valeur égale à 3, s'il y a promiscuité ou pas.

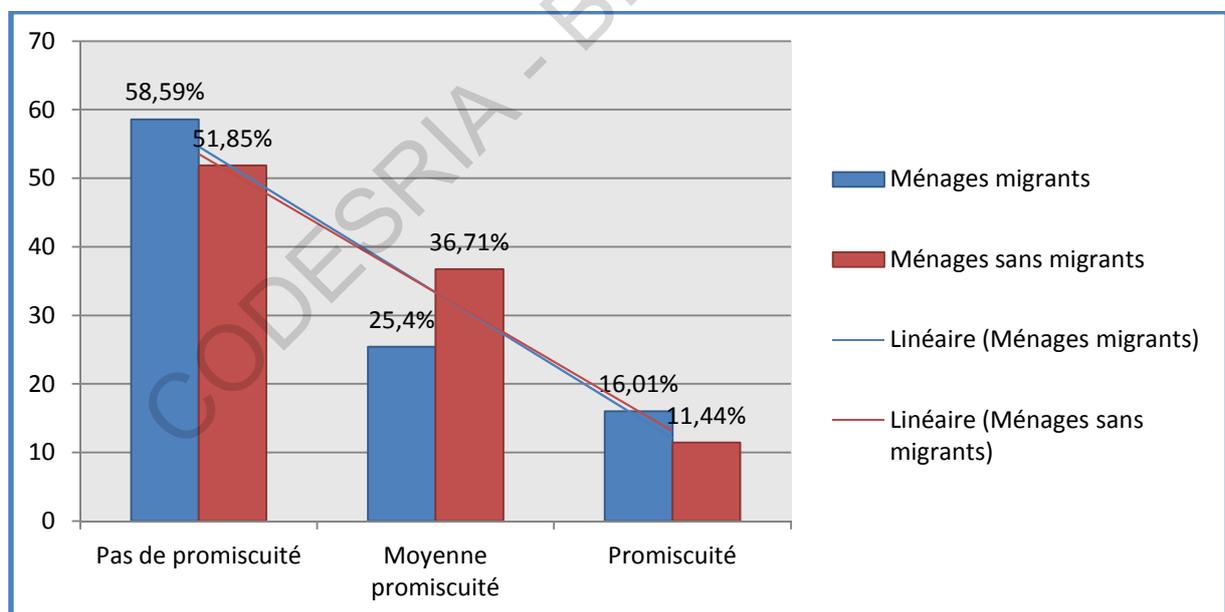


Figure 16 : Répartition des ménages suivant l'existence de la promiscuité.
Source : MAFE, 2008

Pearson chi2(2) = 13.9390 Pr = 0.001

D'après les résultats, il y a plus de ménages avec migrants qui ne vivent pas dans la promiscuité que de ménages sans migrants. Les proportions sont respectivement de 58% contre 51%. Les

courbes de tendance montrent un avantage chez les ménages migrants. Alors que la courbe des ménages non migrants est en dessous de celle des ménages migrants lorsque l'on tend vers la promiscuité.

De plus, le test de dépendance montre que le rapport nombre de personnes par pièce et donc la présence ou pas de la promiscuité dépend du fait que le ménage soit avec migrant ou pas.

La comparaison des ménages avec migrants selon qu'ils soient récipiendaires ou pas, donne :

Tableau 11 : Distribution du nombre de personnes par pièces au sein des ménages avec migrant. Source : MAFE, 2008

	Moyenne du nombre de pièces	Nombre de personnes par pièce
Ménages non récipiendaires	3,58	2,52
Ménages récipiendaires	4,61	2,39

La comparaison du nombre moyen de pièces montre que les ménages récipiendaires disposent de plus de pièces que les ménages non récipiendaires.

Sous l'angle du nombre de personnes par pièce aussi, les ménages récipiendaires sont moins nombreux par pièce que les ménages non récipiendaires.

En étudiant la promiscuité au sein des ménages avec migrants, les résultats donnent :

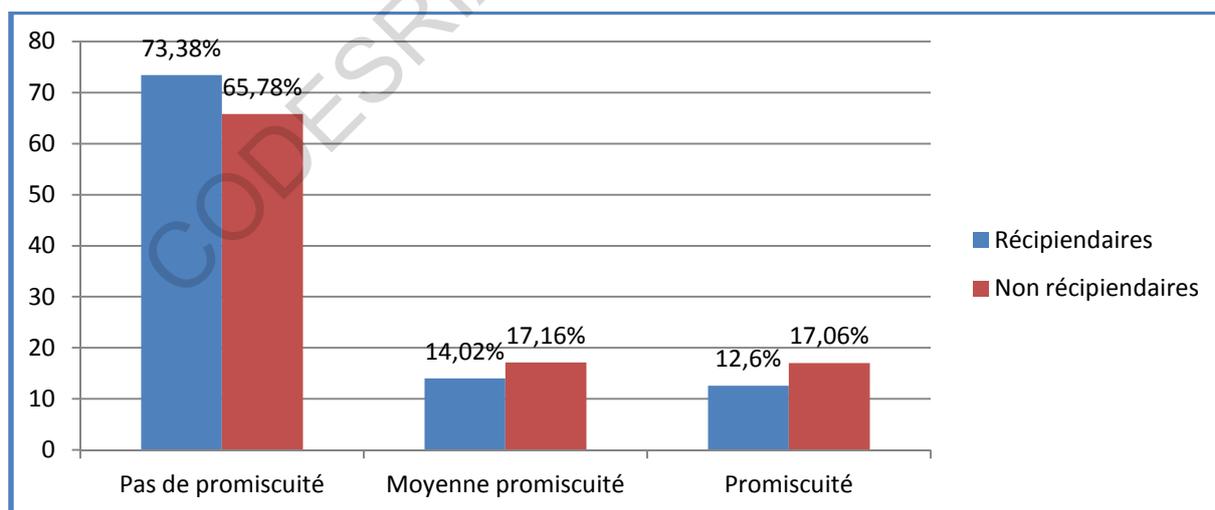


Figure 17 : Répartition des ménages migrants suivant le nombre de personnes par pièces. Source : MAFE, 2008

La promiscuité est plus présente chez les ménages non récipiendaires que chez les ménages non récipiendaires de fonds. En effet, 17,06% de ces ménages sont dans une situation de promiscuité contre 12,6% chez les ménages récipiendaires.

6.3.3. L'aisance

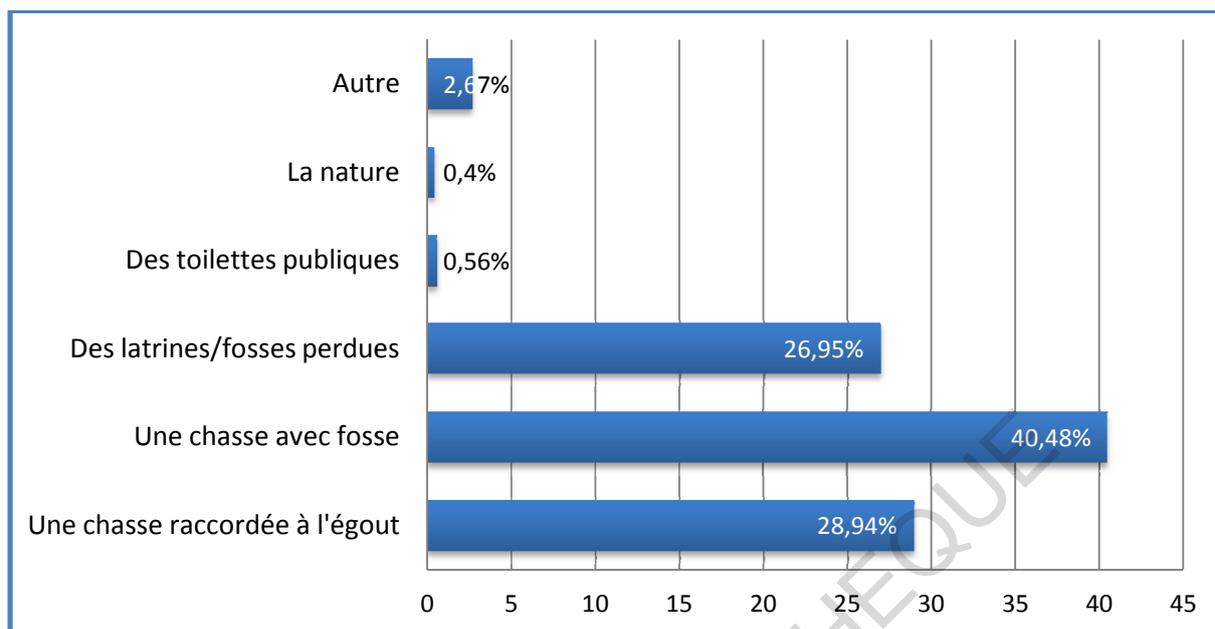


Figure 18 : Distribution du type d'aisance dans l'échantillon. **Source :** MAFE, 2008

Dans l'ensemble, 69,42% des ménages utilisent les chasses avec fosse ou raccordées à l'égout, 26,95% les latrines à fosses perdues et 3,63% ont, quant à eux, recours aux toilettes publiques, la nature ou d'autres formes d'aisance.

La comparaison entre les catégories de ménages du point de vue de l'aisance donne la figure suivante.

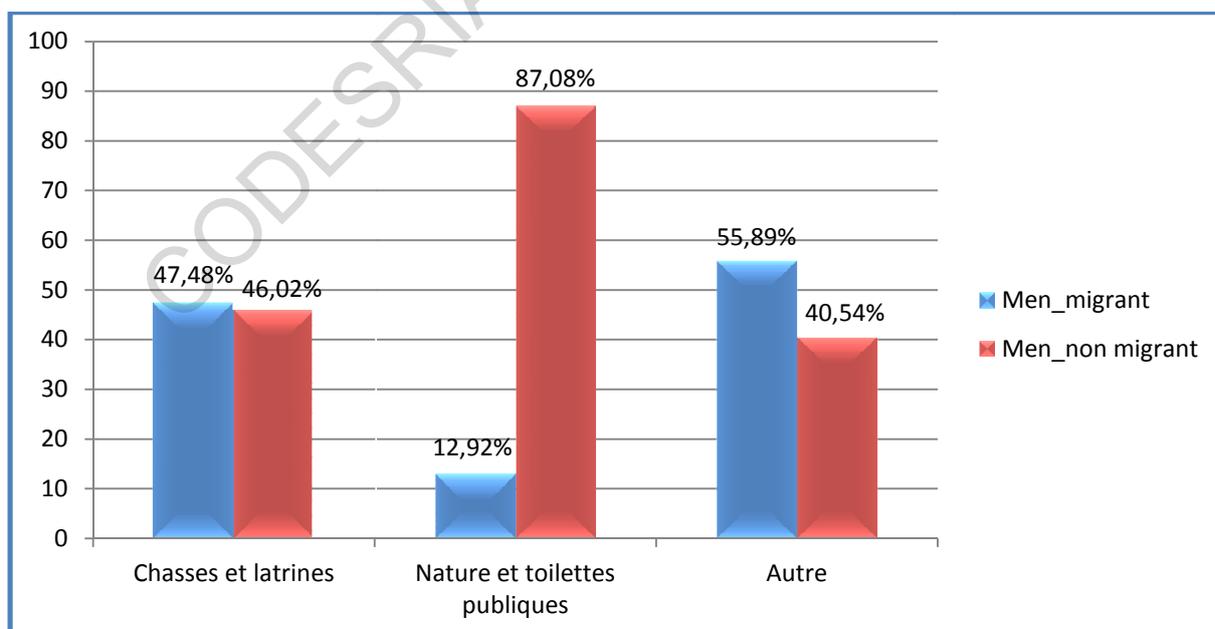


Figure 19 : Répartition des ménages suivant le type d'aisance. **Source :** MAFE, 2008

Les éléments de comparaison montrent que les ménages avec migrants disposent plus d'aisance avec chasse ou en latrine que les ménages sans migrant. Sur le pourcentage (1%) de ménages qui

utilisent les toilettes publiques et la nature, 87,08% sont des ménages sans migrant. La comparaison montre, en outre, que la différence, du point de vue de l'aisance, entre les ménages, est légère. En effet, les aisances en chasse ou en latrine, sont utilisées à 47% par les ménages migrants et à 46% par les ménages sans migrant.

La distribution de cette variable au sein des ménages avec migrant donne les résultats suivants :

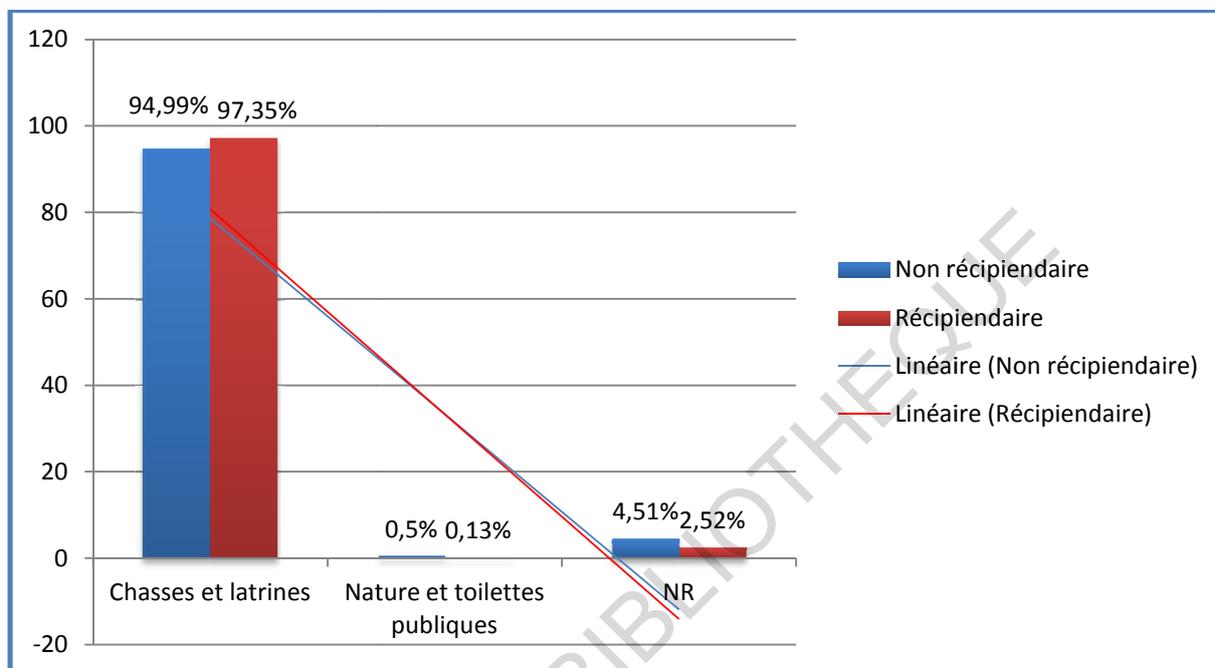


Figure 20 : Distribution du type d'aisance au sein des ménages avec migrant.
Source : MAFE, 2008

Il existe une petite différence favorable aux ménages récipiendaires qui disposent de plus de chasses ou de latrines tout en utilisant moins les toilettes publiques et la nature.

Les courbes de tendance montrent que, qu'il soit récipiendaire ou pas, les formes d'aisance sont pratiquement similaires au sein des ménages avec migrant.

6.3.4. L'eau

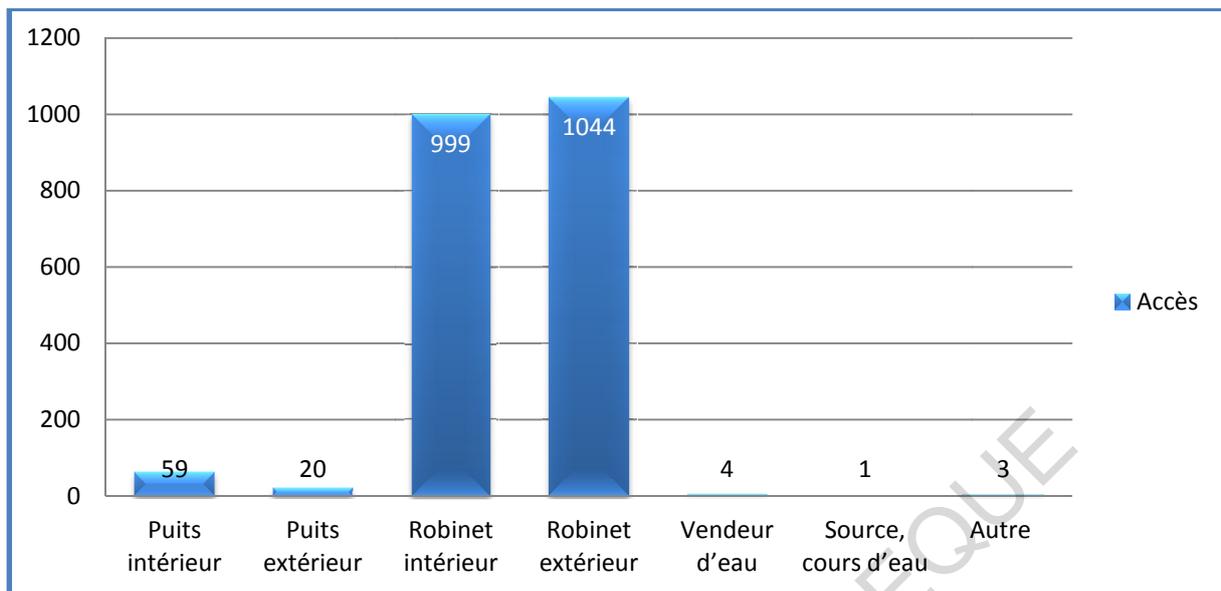


Figure 21 : Distribution de l'arrivée d'eau au sein des ménages. Source : MAFE, 2008

Les résultats bruts ont montré que les ménages peuvent avoir plusieurs sources d'approvisionnement en eau. Bien que l'eau des robinets soit plus utilisée, ils y adjoignent, par occasion l'eau des puits ou de source. Néanmoins, l'eau des robinets est plus prisée avec 92% des ménages qui l'utilisent comme principale source d'eau, même si 4% des ménages combinent plusieurs sources d'approvisionnement. 3% des ménages quant à eux n'ont pas accès à l'eau de robinet, ils utilisent uniquement l'eau de source ou du vendeur.

En utilisant les modalités d'analyse liées à la qualité de l'eau, pour voir les différences entre les ménages avec migrants et ceux sans migrant, on obtient la figure ci-dessous.

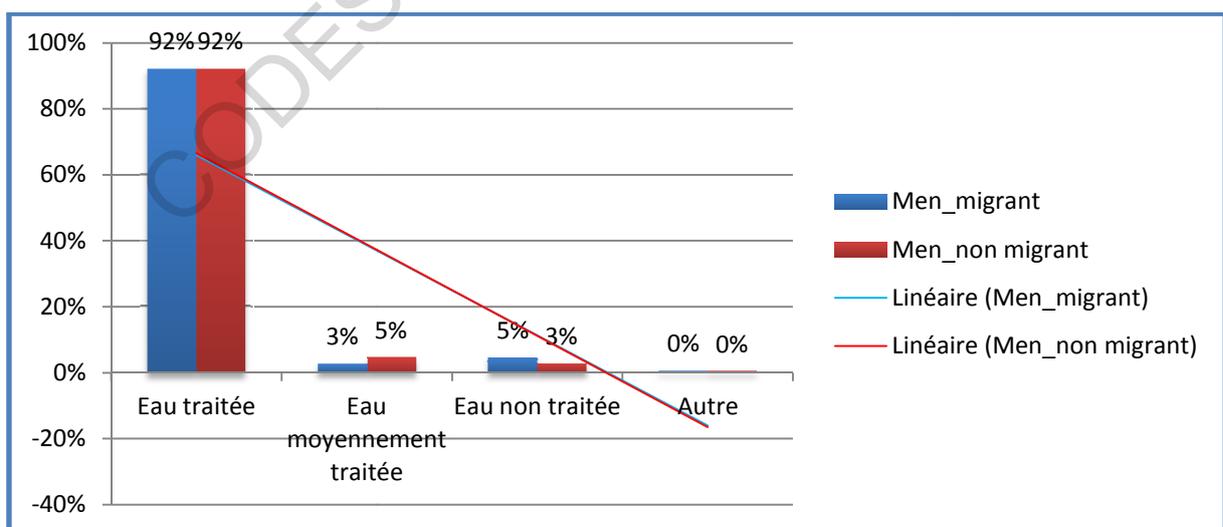


Figure 22 : Distribution de l'accès à l'eau au sein des ménages. Source : MAFE, 2008

En guise de rappel, la modalité « Eau traitée » renvoie à l'utilisation seule de l'eau de robinet, la modalité « moyennement traitée » fait référence à l'utilisation de l'eau de robinet mais combinée

à une autre source d'eau non traitée et la modalité « Eau non traitée » regroupe les eaux de puits, de source ou de vendeur.

Sur le plan de l'approvisionnement en eau, la comparaison montre que ces ménages n'ont pratiquement aucune différence. Leurs courbes de tendance se superposent, à cet effet, avec un infime avantage des ménages sans migrant qui, globalement, disposent d'une qualité d'eau sensiblement meilleure que celle des ménages avec migrants.

En effectuant la comparaison des ménages bénéficiaires de fonds et des ménages non bénéficiaires, il en résulte la figure suivante :

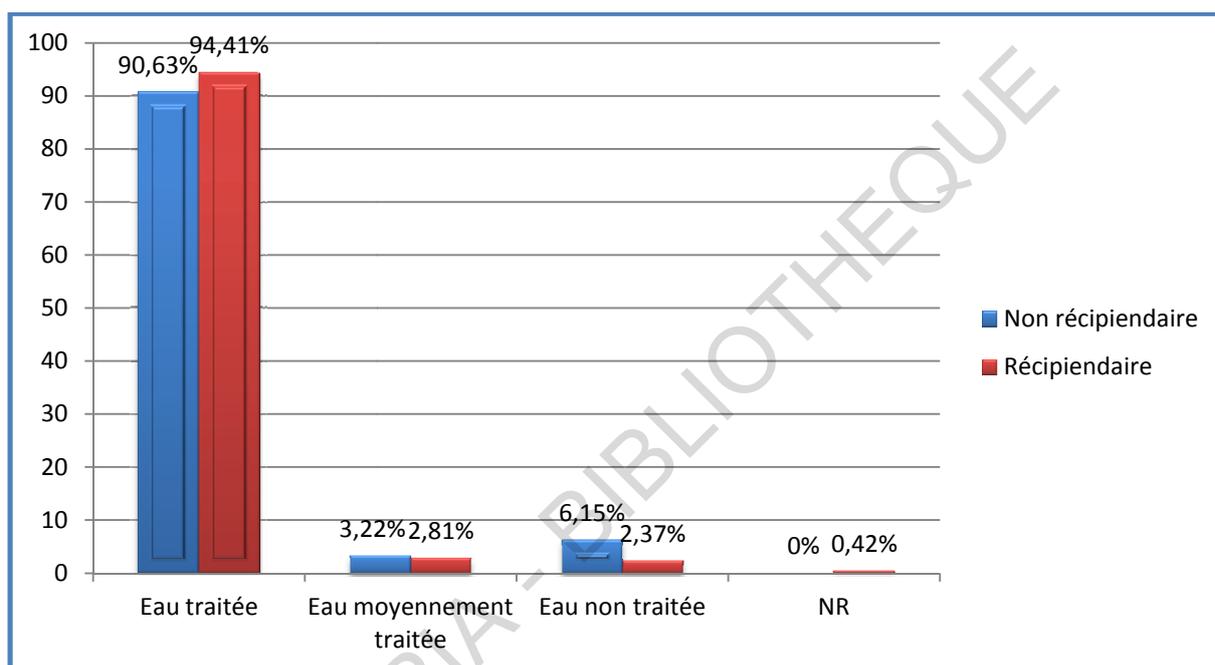


Figure 23 : Distribution de l'accès à l'eau au sein des ménages avec migrant.
Source : MAFE, 2008

On peut observer un léger avantage pour les ménages bénéficiaires qui jouissent plus d'eau de robinet que les ménages non bénéficiaires. Cela peut se comprendre dans la mesure où les fonds sont utilisés dans la satisfaction des besoins en eau de plusieurs ménages bénéficiaires.

6.3.5. L'électricité

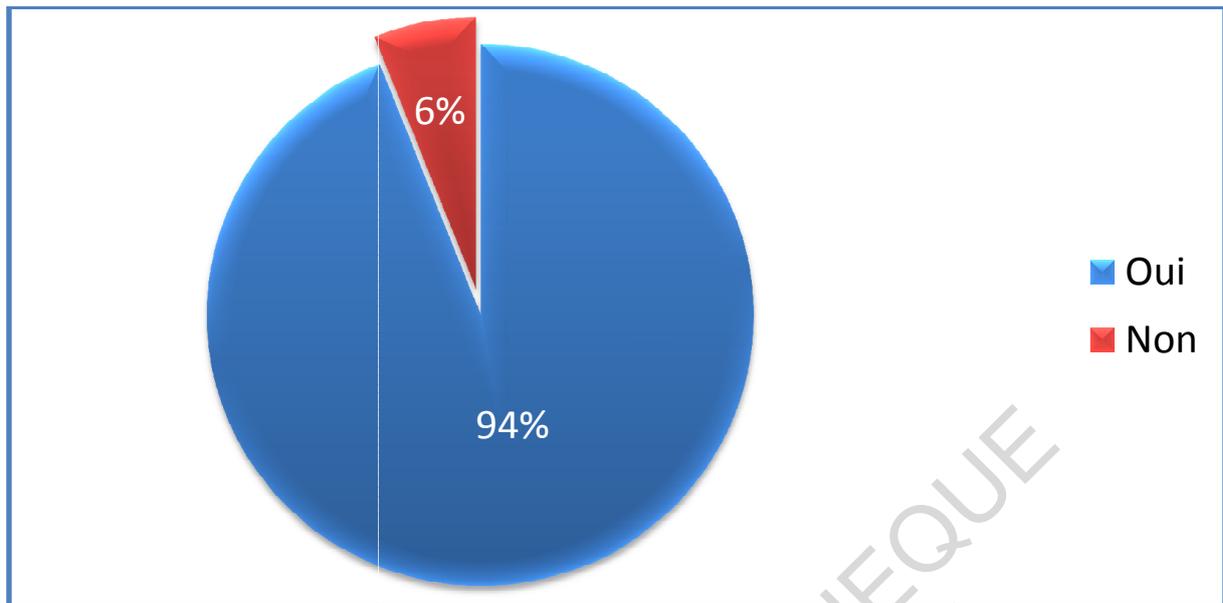


Figure 24 : Disponibilité de l'électricité au sein des ménages. **Source :** MAFE, 2008

Dans l'échantillon, 94% des ménages ont accès à l'électricité contre 6% qui n'en disposent pas. Sur l'ensemble des ménages qui ont accès à l'électricité 49,17% sont des ménages migrants contre 44,82% de ménages sans migrant. Alors qu'en considérant les 6% de ménages qui n'ont pas accès à l'électricité, 67% sont des ménages sans migrant.

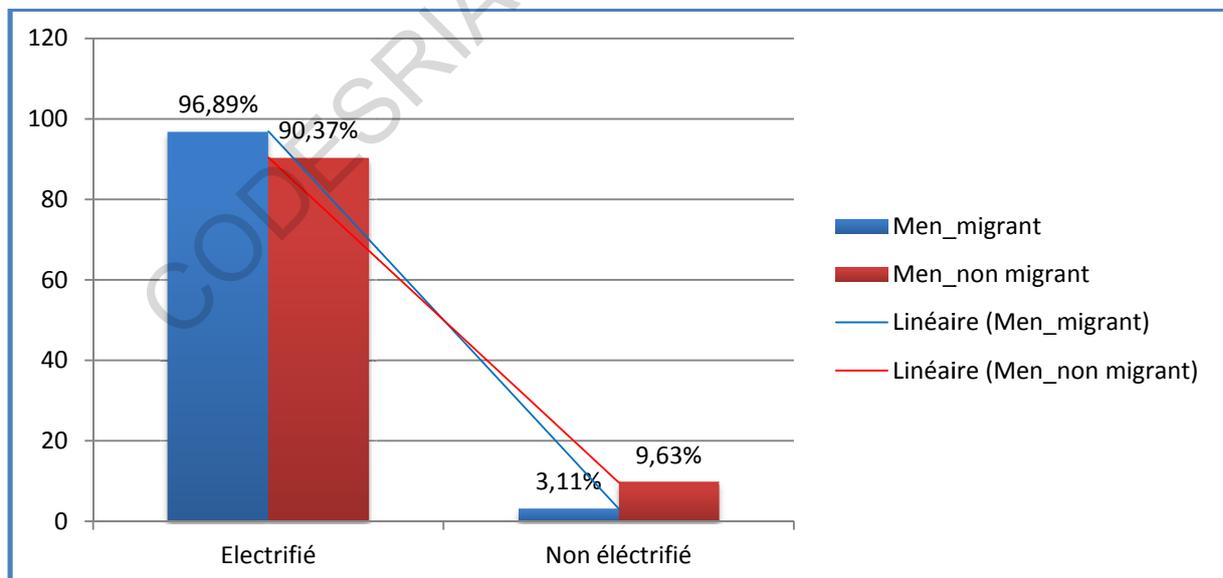


Figure 25 : Distribution de l'électricité au sein des ménages. **Source :** MAFE, 2008

Le tableau comparatif montre que les ménages avec migrants ont plus accès à l'électricité que les ménages sans migrant. L'électricité est disponible chez 96,89% des ménages avec migrants

actuels contre 90,37% chez les ménages sans migrant.

Les courbes de tendance montrent que cette différence entre les deux catégories de ménages bien qu'elle existe, n'est pas trop grande.

En prenant en compte uniquement les ménages avec migrants, les résultats se présentent de la manière suivante.

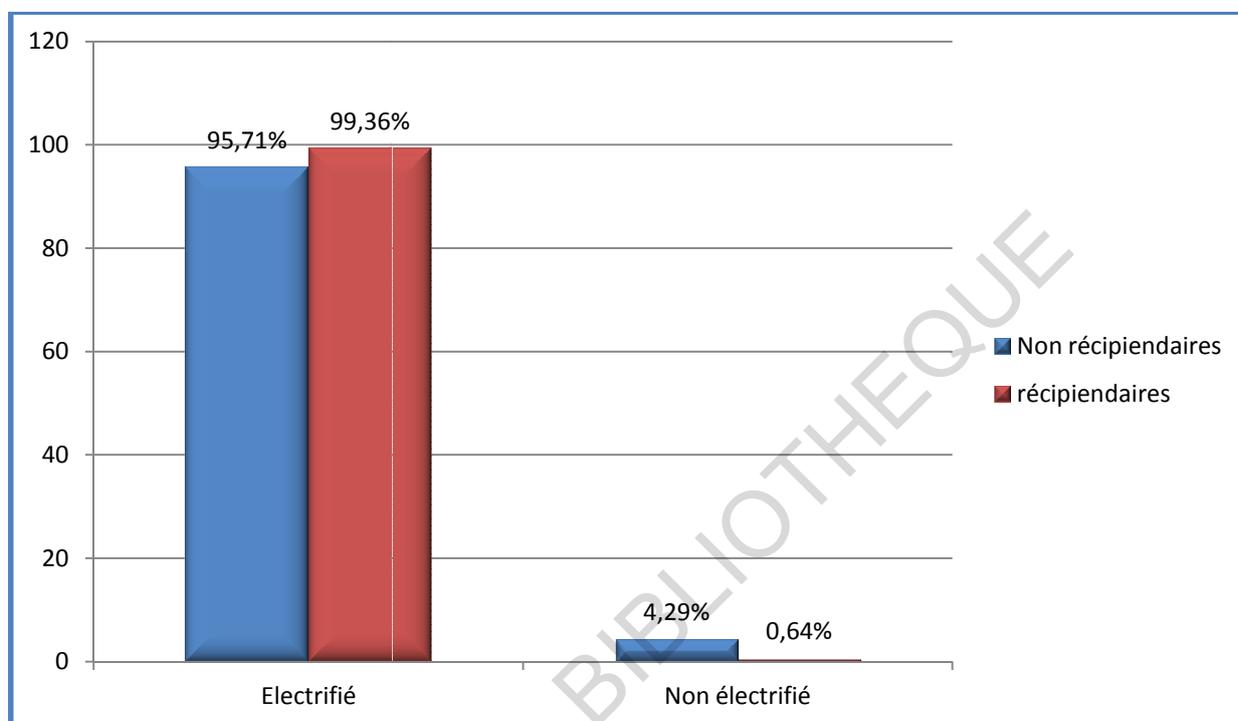


Figure 26 : Distribution de l'électricité au sein des ménages avec migrant.

Source : MAFE, 2008

Pearson $\chi^2(1) = 10.6751$ Pr = 0.001

Les ménages bénéficiaires ont sensiblement plus accès à l'électricité que les ménages non bénéficiaires. Les entretiens ont d'ailleurs montré que l'argent de la migration est souvent utilisé dans le paiement des factures d'électricité : « *l'argent permet de prendre en charge une partie de nos besoins. Nous l'utilisons surtout pour payer les factures, l'électricité par exemple* ». Dans un autre récit, « *c'est eux qui payent les factures d'électricité...les autres membres se débrouillent avec le reste.* ». Parallèlement, le test du χ^2 montre une dépendance entre la disponibilité de l'électricité et les envois de fonds. Autrement dit, l'accès à l'électricité au sein des ménages migrants dépend du fait que les ménages soient bénéficiaires ou pas.

6.3.6. Statut d'occupation du chef de ménage

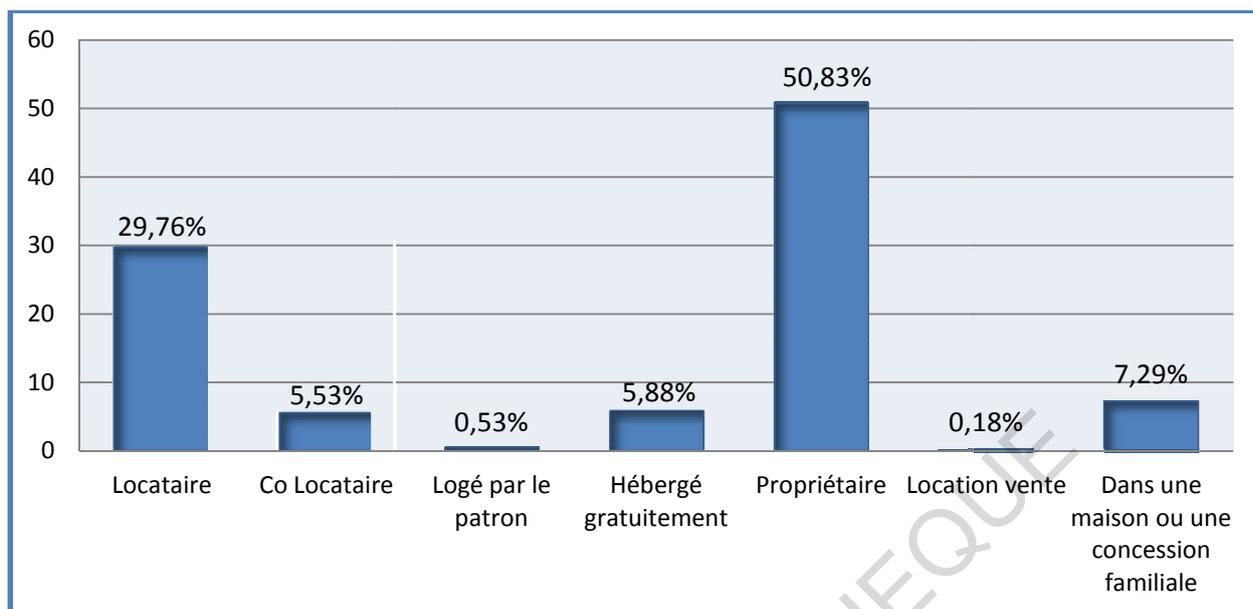


Figure 27: Distribution du statut d'occupation du chef au sein de l'échantillon.

Source : MAFE, 2008

Dans l'ensemble, les ménages sont propriétaires de leur logement. Dans 51,01% des cas, ils sont soit propriétaires effectifs soit en situation de location-vente. 29,76% des chefs de ménage sont locataires et 7,29% des ménages vivent dans une maison ou une concession familiale.

L'analyse comparative montre ce qui suit.

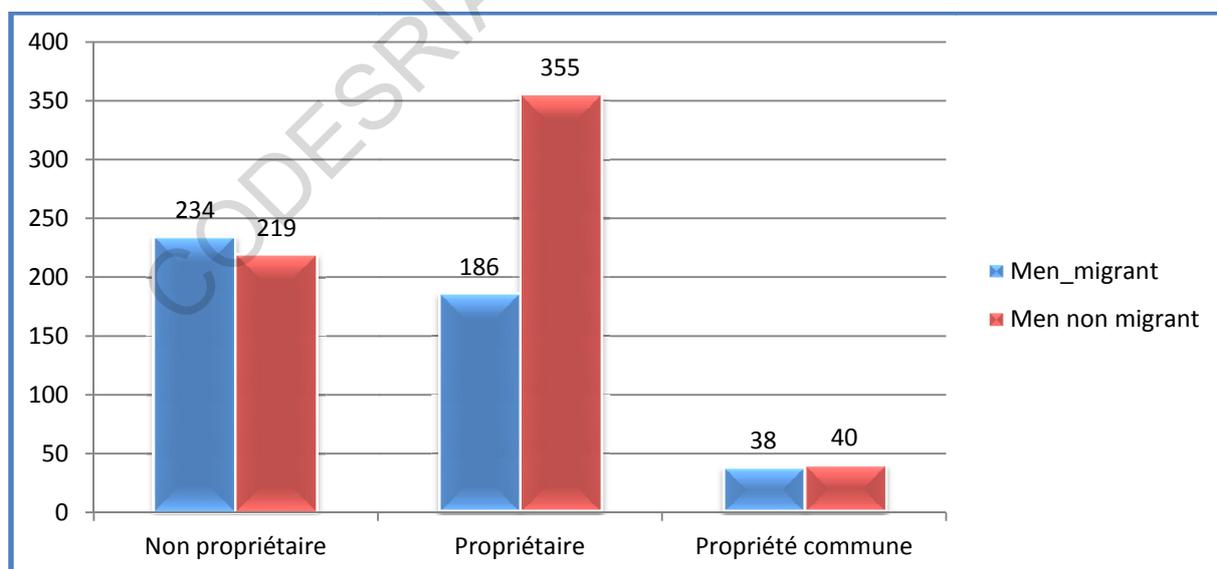


Figure 28 : Distribution du statut d'occupation du chef suivant le type de ménage.

Source : MAFE, 2008

Les résultats montrent que 54,23% des ménages non propriétaires sont des ménages sans migrant alors que 54,34% des ménages propriétaires sont des ménages migrants. Pour ce qui est des

7,29% de ménages vivant dans la maison ou concession familiale, 51,28% sont des ménages sans migrants contre 48,71% pour les ménages migrants.

En utilisant les modalités d'analyse au sein des ménages migrants, on a la distribution suivante :

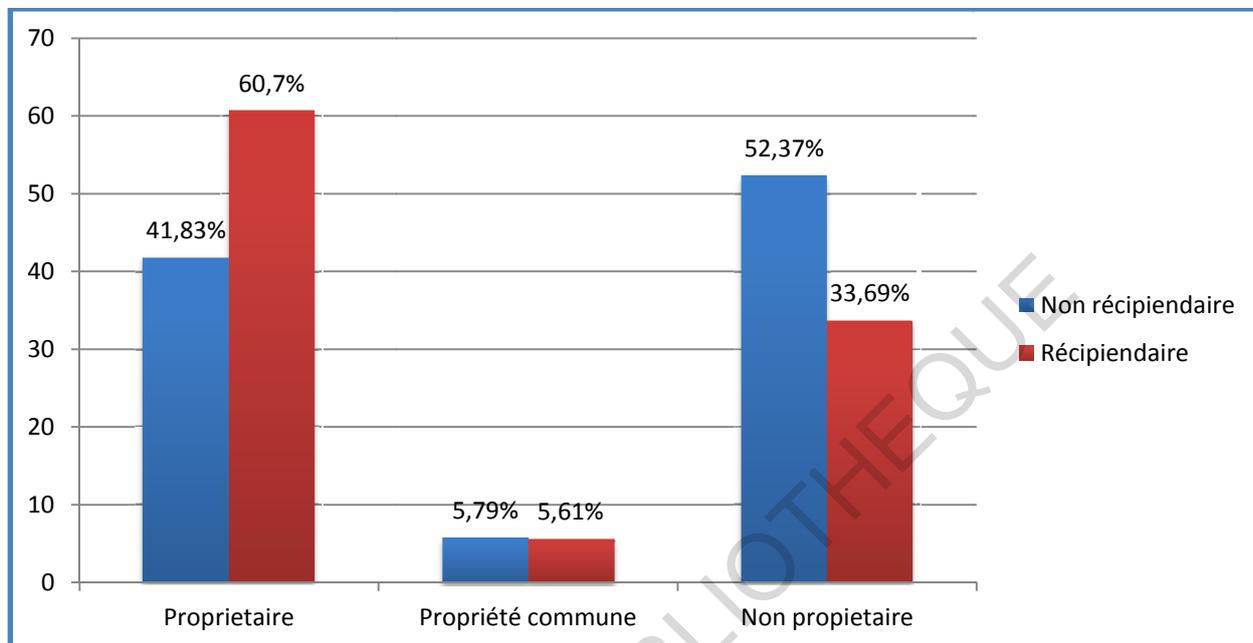


Figure 29 : Distribution du statut d'occupation du chef au sein des ménages avec migrant.
 Source : MAFE, 2008

Pearson $\chi^2(2) = 20.9921$ Pr = 0.000

Le χ^2 montre qu'il existe un lien de dépendance très fort entre le statut du chef de ménage et les transferts de fonds. Il y a plus de ménages bénéficiaires propriétaires que de ménages non bénéficiaires. Bien que sensiblement différentes, les proportions de ménages bénéficiaires et non bénéficiaires vivant dans des maisons ou concessions familiales (propriété commune) sont les mêmes.

6.3.7. Utilisation des fonds pour les dépenses quotidiennes

Dans le questionnaire qui a servi à la collecte des données, la dépense quotidienne a été étudiée uniquement au sein des ménages récipients.

Tableau 12 : Part des fonds allouée aux dépenses. Source : MAFE, 2008

Utilisation	Pourcentage
Aux dépenses quotidiennes des ménages	32%

32% des fonds envoyés étaient destinés à satisfaire les dépenses quotidiennes donc à l'alimentation.

6.3.8. Utilisation des fonds dans l' ducation

Tous comme pour la variable « dépenses quotidiennes », l'utilisation des fonds dans l'éducation a été uniquement étudiée auprès des ménages migrants récipients.

Tableau 13 : Part des fonds allouée à l' ducation. Source : MAFE, 2008

Utilisation	Pourcentage
Aux frais de scolarité	10%

Les résultats montrent que 10% des fonds transférés sont investis dans l'éducation des membres des ménages notamment dans « les frais scolaires ».

6.3.9. Utilisation des fonds dans la santé

Cette utilisation a été étudiée uniquement au sein des ménages migrants récipients.

Tableau 14 : Part des fonds allouée à la satisfaction des besoins médicaux. Source : MAFE, 2008

Utilisation	Pourcentage
Aux soins médicaux	13%

Il apparait que 13% des fonds envoyés sont utilisés dans la prise en charge des soins médicaux prodigués aux membres.

Discussion sur les avantages comparatifs des conditions de santé des ménages

L'étude comparative des ménages suivant qu'ils soient migrants ou non migrants montre que les ménages migrants vivent dans des conditions de santé meilleures. Cet avantage bien qu'il existe n'est que léger. Pour une variable telle que l'arrivée d'eau, l'avantage est favorable aux ménages non migrants. Ceci pourrait s'expliquer par la zone d'habitation du ménage. En effet, le financement de l'habitat montre qu'un ménage sur dix a utilisé de l'argent provenant de la migration pour acquérir le terrain et/ou le logement qu'il occupe. La ville étant saturée, la construction des nouveaux logements se fait dans la périphérie et ces lieux peuvent ne pas disposer de raccordement à l'eau. Ainsi, le manque d'eau dans les zones d'installation des ménages migrants pourrait justifier le fait que les ménages sans migrant soient plus favorisés de ce point de vue.

La comparaison des ménages migrants entre eux, pour affiner la recherche et isoler les effets des fonds, a mis en exergue les conditions de santé meilleures des ménages bénéficiaires de fonds par rapport aux ménages non bénéficiaires. Sur l'ensemble des variables considérées, les ménages bénéficiaires sont avantagés. Seulement, bien que ces variables soient favorables aux ménages bénéficiaires, l'on ne saurait pour autant parler de dépendance de toutes ces variables aux transferts de fonds, d'où la nécessité de relativiser l'interprétation.

En effet, hormis le statut d'occupation du chef de ménage et l'électricité qui sont liés aux transferts, c'est la promiscuité par le biais du rapport nombre de personnes par pièces qui est liée à la migration.

Que les ménages bénéficiaires vivent moins dans la promiscuité pourrait s'expliquer par le fait qu'ils occupent des logements avec plus de pièces (4,61 contre 3,58). Dans ce cas, la demeure est moins densément occupée d'où une moindre promiscuité.

Pour ce qui est du statut d'occupation du chef de ménage et de l'accès à l'électricité, ils pourraient s'expliquer par la disponibilité des moyens financiers issus de la migration pour l'achat de terrain et le raccordement à l'électricité.

Paradoxalement, la disponibilité des moyens financiers issus de la migration n'a pas de lien avec les autres variables (arrivée d'eau, type de logement, aisance.). Ce paradoxe pourrait être dû au fait que ces quatre paramètres se recoupent ; le type d'aisance est intrinsèquement lié au modèle de construction du logement, l'arrivée d'eau et le type de combustible, quant à eux, sont liés à la situation géographique du logement. Or, d'après des résultats de SAKHO et BEAUCHEMIN

(2008), la migration est postérieure à l'entrée dans le logement. Cet état de fait pourrait être la raison pour laquelle ces quatre éléments liés au modèle de construction du logement et à son emplacement, sauf rénovation, ne dépendent pas de l'argent issu de la migration puisque celle-ci leur est postérieure.

Par ailleurs, la répartition générale des fonds suivant les besoins montre que les dépenses quotidiennes sont prioritaires dans la hiérarchie des besoins pris en charge (*Tableau 9 : Gestion des fonds transférés*). Comme indicateurs de niveau de vie du ménage, la dépense traduit, d'une certaine manière, la capacité du ménage à se payer les biens et services nécessaires pour satisfaire au mieux ses besoins de consommation, et ainsi, améliorer son niveau de bien être (ESPS, 2005-2006). La part allouée à ces dépenses (32%) est plus grande que la part accordée aux autres besoins. Or, globalement, les ménages sénégalais consacrent la plupart de leurs dépenses à la nourriture : à lui seul le poste «Alimentation et boissons non alcoolisées» pèse près de 46% du budget des ménages (ESPS, 2005-2006). Cette structure de dépense très dépendante de l'alimentation est caractéristique des pays pauvres pour lesquels la faiblesse des revenus distribués aux ménages oblige ces derniers à privilégier les dépenses de survie, à savoir, la nourriture (ESPS, 2005-2006).

L'alimentation est un des facteurs de santé les plus importants. C'est un élément indispensable à la vie. Sa qualité et sa quantité ont des effets directs sur la santé. Une bonne alimentation permet de pallier les carences nutritionnelles qui constituent un problème majeur de santé public (Encyclopédie Encarta, 2010). Ainsi, les fonds en entrant dans la satisfaction des besoins alimentaires agissent favorablement sur l'état de santé des membres des ménages récipiendaires. Il en est de même pour l'éducation. L'instruction de la population est un élément important pour l'amélioration des conditions de vie des ménages et donc de leur santé. Entre autres, le niveau d'instruction des membres du ménage influe sur le comportement procréateur, le comportement en matière de santé, la scolarisation des autres membres du ménage, ainsi que sur les habitudes en matière d'hygiène et de nutrition (EDS-MICS 2010-11).

Parallèlement, les recherches ont démontré le lien qui existe entre les problèmes d'alphabétisation et la santé. Plus le niveau d'alphabétisation est faible, plus il est difficile d'obtenir un emploi ou du soutien social. Par conséquent plus l'individu est éduqué, plus il a de chance d'être en bonne santé (ORBAN et al, 2011). L'éducation est considérée comme un des « trois grands facteurs qui constituent la base de ce qu'on appelle le statut socioéconomique des individus. Ils ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur un grand nombre d'autres déterminants tels que les

comportements individuels et les facteurs de risque auxquels un individu est exposé au cours de sa vie.» (DESJARDINS, 2008).

Outre l'alimentation et l'éducation, les autres variables étudiées sont des facteurs qui ont des effets majeurs sur la santé des ménages. D'après la revue de la littérature, l'ensemble des huit (8) variables étudiées sont des facteurs appartenant aux déterminants « *milieu familial* » et « *comportements habitudes de vie* ». Le déterminant « milieu familial » comprend entre autre facteurs les « **conditions matérielles et socioéconomiques** » qui regroupent la qualité du logement, le statut du chef de ménage, l'aisance, l'électricité... Or, en santé publique, *"le milieu familial doit être considéré tant dans ses aspects sociaux que dans ses aspects matériels et économiques, telles que les caractéristiques du logement et les ressources matérielles dont disposent les individus qui en font partie. Le milieu familial joue un rôle déterminant dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, et il continue d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie"* (J. LEVESQUE, 2002). Quant aux « *comportements et habitudes de vie* », il inclut « **nutrition et alimentation** » et le facteur « **hygiène et soins** ». Ces facteurs sont des conditions essentielles de santé car *"ils agissent directement sur l'état de santé de la population. Ils incluent les comportements liés à l'alimentation, ... Ils se rapportent aussi aux mesures d'hygiène...ainsi qu'aux gestes qui favorisent un environnement plus sain....."* (N. DESJARDINS, 2008). Ainsi, les facteurs qui ont été soumis à l'étude sont tous des conditions préalables en matière de santé. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base. D'ailleurs, la vision développée par la charte d'Ottawa (1986) sur la promotion de la santé implique en deuxième lieu la mise en œuvre d'une stratégie pour assurer des milieux de vie plus favorables. En promotion de la santé, le cadre de vie est considéré comme étant un élément qui peut être une source de santé.

Ainsi l'amélioration de ces conditions entraîne irrémédiablement l'amélioration de la santé des ménages toute chose étant égale par ailleurs.

En définitif, il ressort que la **première hypothèse** selon laquelle les ménages migrants récipiendaires sont dans des conditions de santé meilleures que celles prévalant dans les ménages ne recevant pas de fonds issus de la migration se vérifie. Sur la quasi-totalité des critères sélectionnés pour analyser les conditions de santé, on a une meilleure représentation des ménages migrants récipiendaires.

Néanmoins, ces résultats bien qu'ils donnent une idée de l'importance des fonds sur la santé des ménages, n'explicitent pas leur rôle direct dans la prise en charge des besoins médicaux.

6.4. Transferts de fonds et prise en charge des besoins sanitaires

6.4.1. Utilisation des fonds issus de la migration dans la couverture des frais médicaux

L'analyse des données quantitatives montre que 13% des fonds transférés sont destinés à la couverture des besoins médicaux. Cette utilisation des fonds dans la prise en charge des besoins sanitaires des ménages apparaît aussi dans les différentes interviews menées. La plupart des ménages ont en effet affirmé faire recours aux fonds dans la prise en charge des besoins médicaux « *Une partie est parfois allouée aux frais médicaux* ». « *Oui l'argent est utilisé dans la prise en charge des frais médicaux* ». Néanmoins, les fonds ne sont pas toujours utilisés dans la prise en charge des besoins sanitaires « *Non, tout est utilisé dans la maison* ».

Par ailleurs, il apparaît que cette utilisation est liée à la présence de maladies dans le ménage « *Oui, l'argent est utilisé en cas de maladie* ».

La gravité de la maladie aussi semble avoir un impact sur l'utilisation. Ainsi, dans certains cas, les fonds sont partiellement utilisés « *Une très grande partie de l'argent va vers la prise en charge des besoins médicaux* ». Dans d'autres cas, les fonds sont totalement utilisés « *Oui, l'argent va presque entièrement aux soins médicaux* ». Alors que pour d'autres « *nous n'avons pas une caisse où nous stockons l'argent pour en cas de maladie. Nous l'utilisons pour nos besoins et en cas de maladie nous voyons ce qu'il y a à faire* »

6.4.2. Quelques exemples de l'utilité des fonds dans la prise en charge

Les fonds utilisés dans la prise en charge des besoins médicaux servent essentiellement au paiement des « *consultations* », « *soins et opérations* », des frais d'« *Hospitalisation* » et d'« *analyse* » ainsi qu'à l'achat de « *médicaments* ». Cet usage fait des fonds dans la prise en charge de besoins en service de soins est mis en exergue dans ces récits :

« Mon mari est tombé malade une fois, les migrants ont pris en charge l'hospitalisation. Ils l'ont mis dans une cabine. Ils ont pris en charge l'ensemble des frais médicaux qui s'élevaient à plus de 500.000 FCFA. Ils ont en charge le transport, les ordonnances, l'hospitalisation, les frais de consultation. Et ça, il n'y avait qu'eux qui pouvaient le faire les coûts étaient insupportables pour les autres membres du ménage ».

Source : enquête qualitative, 2013

Dans une autre interview, « *mon fils a eu un cancer à 24ans, la chimiothérapie étaient très dure. La maladie demandait des ressources que seuls les migrants pouvaient prendre en charge car ils sont les seules sources de revenus du ménage. Ils ont payé les analyses, les ordonnances, les médicaments, et l'hospitalisation... jusqu'à la fin* ».

« *La mère du migrant est tombée malade les coûts du traitement étaient très élevés. On l'a appelé pour lui dire. Il a pris les frais à sa charge, le traitement, l'alimentation et tout jusqu'à ce qu'elle sorte. Là encore le traitement continue à la maison et c'est lui qui fait tout* ».

Source : enquête qualitative, 2013

Discussion sur l'utilisation des fonds dans la prise en charge des besoins sanitaires

Les données quantitatives ont montré que dans la hiérarchie de la prise en charge des besoins par les migrants via les fonds transférés, la prise en charge des besoins sanitaires figure en 4^e position tableau 9. En effet, 13% des fonds envoyés sont injectés dans la santé des membres des ménages. Nombre de ménages migrants ont admis utilisé les fonds pour couvrir les besoins médicaux. Un des éléments explicatifs de cette utilisation des fonds dans la prise en charge est la présence de maladie au sein du ménage. Généralement, il apparaît dans les récits que les fonds ne sont alloués aux soins médicaux qu'en cas de maladie. Cela cadre avec les résultats d'études antérieures qui ont révélé la non-fréquentation des structures sanitaires par les populations en absence de maladie. L'ESPS 2005-2006 a montré, à cet effet, que 93,7% des personnes qui n'auraient aucun problème de santé estiment que leur état de santé ne nécessite pas de recourir à un service de santé. Cette proportion est restée presque inchangée depuis les 2001-2002 puisque l'ESAM II réalisée pendant cette période faisait état de 92,4%, le nombre de personnes qui ne recourrait aux services médicaux qu'en cas de maladie. Un autre élément explicatif de l'utilisation des fonds dans la prise en charge des besoins sanitaires est le coût des soins. En effet, l'étude des discours permet de voir ce paramètre : « *Quand les sommes sont élevées, insupportables pour les autres membres du ménage, ils les prennent entièrement à leur charge. Il n'y a qu'eux qui peuvent le faire* ». Ainsi, outre la présence de maladie au sein du ménage, la gravité de la maladie et donc la cherté du traitement est un élément clé de l'utilisation des fonds dans la prise en charge de besoins médicaux. L'utilisation des fonds dans la prise en charge revêt plusieurs formes, elle va de la couverture des frais d'hospitalisation à l'achat d'ordonnance, au paiement des consultations, analyses et traitements, à l'alimentation et au transport.

6.4.3. Niveau d'importance des fonds dans la prise en charge des maladies

6.4.3.1. Suffisance des fonds dans la prise en charge des frais médicaux

Certains migrants prennent entièrement les frais liés aux besoins médicaux de leur ménage comme en atteste ces extraits :

« Personne d'autre n'intervient dans la prise en charge des frais médicaux à part eux. La prise en charge revient entièrement aux migrants qui réunissent l'argent nécessaire et l'envoient »,

« Oui l'argent est utilisé. Quand les sommes sont élevées, ils les prennent entièrement en charge mais, il peut arriver qu'ils nous soutiennent dans les autres cas. »

« Oui, l'argent parvient à couvrir les frais. »

Source : enquête qualitative, 2013

Néanmoins, les entretiens ont aussi montré que dans la majeure partie des cas, la prise en charge est partielle. En effet, bien que les fonds soient utilisés pour les besoins médicaux, ils ne couvrent pas totalement ces besoins. Cette insuffisance des fonds pour prendre en charge l'ensemble des frais médicaux est visible à travers ces récits :

« Ce n'est pas toujours suffisant. Parfois, on te délivre une ordonnance alors que l'argent est épuisé. Dans ces cas, il va falloir attendre autre chose ou aller emprunter. Les transferts ne couvrent pas tout. On ne peut pas, en même temps, en vivre avec et se soigner avec. ».

« Parfois même, l'argent destiné à l'alimentation est réorienté vers la couverture des frais. Les frais médicaux sont coûteux de nos jours et l'argent n'est pas suffisant. Des fois, les transferts ne couvrent pas entièrement l'hospitalisation. »,

« Les fonds reçus ne permettent vraiment pas de couvrir tous les frais. Quelques fois, c'est à peine suffisant pour l'alimentation à plus forte raison pour l'achat d'ordonnance. ».

Source : enquête qualitative, 2013

Cela suppose que les ménages disposent de sources de revenus autres pour compléter la prise en charge.

6.4.3.2. Autres sources de revenus pour la prise en charge des besoins médicaux

La majorité des ménages enquêtés disposent d'autres sources de revenus pour prendre en charge les besoins médicaux. Souvent, ce sont les autres membres de la famille « *Le chef de*

famille », «*les jeunes de la maison* » qui aident à la prise en charge « *Les membres de la famille au sein du foyer contribuent également aux charges* ».

Les institutions peuvent également prendre en charge ces besoins « *Il y a une prise en charge par le biais de l'imputation budgétaire* », « *Les mutuelles pour les personnes âgées* », « *Certains membres disposent de prises en charge dans leur service.* ».

Cette prise en charge peut cependant être individuelle « *La prise en charge des besoins médicaux est personnelle. Chaque membre de la famille se prend en charge* ».

Discussion sur le niveau d'importance ou la part des fonds dans la prise en charge

Beaucoup de ménages ont affirmé que les fonds reçus avaient permis la prise en charge entière des frais médicaux. Ces cas se sont présentés dans les entretiens avec des ménages qui avaient plusieurs migrants qui font des transferts. Dans de pareils cas, les migrants se cotisent pour prendre en charge les frais comme le confirme ce verbatim « *La prise en charge est entièrement à la charge des migrants qui réunissent l'argent nécessaire et l'envoient* ». Dans un autre entretien, les migrants étaient les seules sources de revenu du ménage et donc la prise en charge des frais leur revenait entièrement. Dans un autre entretien, il ressort que la prise en charge entière pourrait être liée à la conscience et à la personnalité du migrant. En effet, d'après ces dires « *notre migrant est une personne responsable qui a fait les bancs et qui connaît les réalités du pays, il sait donc ce qu'il doit faire et DIEU merci, il le fait bien. Quand quelqu'un est malade ici, il le prend entièrement en charge.* ». Il peut être retenu que la prise de conscience des conditions dans lesquelles les autres membres du ménage évoluent apparaît comme une motivation à l'aide que le migrant fournit à ces derniers. Il en est de même du sens de la responsabilité qui renvoie à la personnalité du migrant. Cette prise de conscience et cette personnalité du migrant détermine son altruisme que LUCAS et STARK (1985) dans leurs travaux font ressortir comme un des facteurs qui motivent les migrants à envoyer de l'argent et donc à prendre en charge les besoins de leurs ménages.

Cependant, les fonds envoyés ne sont pas suffisants pour prendre entièrement en charge les frais dans la majorité des cas. En effet, nombre de ces ménages ont affirmé que si une bonne partie des fonds est allouée aux soins les autres besoins du ménage se voient lésés. C'est ce à quoi renvoie cette citation « *quand il y a quelqu'un qui tombe malade et qu'ils le prennent en charge, on est obligé de se serrer la ceinture pour s'en sortir car les dépenses quotidiennes et l'argent utilisé pour satisfaire d'autres besoins est réduit.* ». Ceci confirme les dires selon

lesquels « *les fonds, on ne peut pas vivre avec et se soigner avec* ». D'un autre côté, à en croire ces termes « *Parfois, il y a des imprévus qui font que les fonds deviennent insuffisants.* ». Cette insuffisance des fonds dans la prise en charge complète des frais médicaux pourrait s'expliquer par le montant des sommes reçues. L'analyse quantitative de cette variable « montant envoyé » a montré que la plupart des migrants envoyait entre 50 000 et 100 000 CFA ou entre 100 000 et 200 000 FCFA. Parallèlement, l'analyse de la taille des ménages avec migrant a montré que la « taille moyenne des ménages » migrants s'établit à 8,57 personnes. Ceci donne une idée de l'étendu des besoins des ménages avec migrant. Cette réalité conjuguée avec les montants envoyés montre que les fonds ne sauraient couvrir l'ensemble des besoins du ménage. D'ailleurs, l'observation de la variable « utilisation faite des fonds par les ménages » tableau 4 a, elle, montré que la priorité était accordée aux dépenses quotidiennes. Compte tenu de ces trois (3) variables, il est aisé de comprendre pourquoi les fonds sont insuffisants pour prendre en charge l'ensemble des frais médicaux. Cette appréhension est confirmée par ce verbatim « *L'argent ne suffit pas à couvrir tous les besoins alimentaires à plus forte raison les soins médicaux. On gère les maladies mais on n'a pas de fonds destinés exclusivement à cela.* ». Seulement, dans les cas où la situation l'exige, les fonds destinés à l'alimentation peuvent être réorientés dans la prise en charge des frais médicaux.

Il est aussi ressortit des analyses qu'en cas de maladies, outre les fonds issus de la migration, les ménages disposent de sources de revenus autres pour aider dans la prise en charge. En effet, pour pallier l'insuffisance des fonds envoyés pour prendre en charge les besoins du ménage, les autres membres apportent leur contribution pour la satisfaction des besoins. D'ailleurs, les discours montrent que les maladies sont d'abord prises en charge par les autres membres de la famille avant de faire appel au migrant pour une continuation de la prise en charge ou pour un éventuel remboursement « *en cas de maladie, on essaie de prendre en charge les premiers soins et ensuite on les appelle* ». Aussi, en cas d'urgence, la prise en charge immédiate revient souvent aux membres de la famille. Cette prise en charge commune des frais, frais médicaux y compris, vient corroborer les postulats de MASSEY qui voit en la migration une stratégie de diversification des revenus des ménages. Cette contribution des autres membres de la famille à la prise en charge revêt plusieurs formes. Elle peut se faire par prise en charge via les institutions publiques ou privées (imputations, mutuelles,...) ou par simple participation des membres.

6.4.4. Envois exceptionnels

6.4.4.1. Demande exceptionnelle de fonds aux migrants en cas de maladie ou d'hospitalisation d'un des membres de la famille

Il arrive qu'il y ait des envois exceptionnels en cas de maladie. La majorité des ménages enquêtés a déclaré avoir demandé un envoi à leur migrant quand un de leurs membres est tombé malade.

« Oui, nous les appelons. Parfois, ils nous envoient, parfois, ils nous demandent de patienter. Mais, ils envoient sans problème. Ils font de leur mieux. ».

« Oui. Nous les sollicitons en cas de besoin et ils nous envoient. Si l'argent n'est pas disponible, on patiente un peu jusqu'à la fin du moi. Ils se cotisent et nous envoient les fonds. Ils n'ont pas de problème. ».

« Quand on n'a pas le choix, on appelle et ils envoient ce qu'ils peuvent envoyer, à nous de voir avec le reste ».

Source : enquête qualitative, 2013

Le reste de ménages ne fait pas appel aux migrants en cas de maladies *« Il n'y a pas de demande »*. Dans une interview un homme déclare : *« Ce n'est pas tout le monde mais ils cherchent toujours des prétextes et ça ne sert à rien de donner à manger à quelqu'un si on ne l'aide pas en cas de besoin à prendre en charge ses frais médicaux. »*. Ces envois sont généralement des envois circonstanciels qui se produisent en cas d'urgence de la situation.

6.4.4.2. Aboutissement des sollicitations auprès du migrant en cas d'urgence

En ce qui concerne les ménages qui font appel aux migrants pour des envois exceptionnels, la plus grande majorité voient leurs demandes couronnées de succès.

« Oui, chaque fois que la demande est faite, il y a réaction du migrant. Les demandes sont toujours couronnées de succès. ».

« Parfois même, c'est lui qui demande si nous avons des besoins. Même si ce n'est pas toujours suffisant, chaque fois qu'on le sollicite, dans les 48h, il réagit. ».

« Il y a des fois où on appelle, ils nous demandent de patienter car eux aussi ils n'ont pas toujours de l'argent sur eux. Ils peuvent nous demander d'attendre le temps qu'ils réunissent quelque chose. ».

Source : enquête qualitative, 2013

Par contre, cet état de fait n'est pas le cas de tous les ménages si l'on se fie à ces propos « *Certains ne badinent pas avec la maladie. Il suffit de les contacter alors que d'autres ont tendance à les négliger.* ». En effet, une minorité de ménage est confronté à certaines contraintes de la part du migrant. Ils affirment que leur demande n'est pas couronnée de succès : « *Pas toujours, presque jamais* ». Dans un autre récit : « *Non, jusqu'à présent, le cas n'a pas été réglé* ». Il convient de souligner ici que les envois exceptionnels, se font suivant la disponibilité de fonds auprès du migrant comme l'attestent ces deux déclarations « *Pas toujours, quand leur situation financière est au mieux, ils envoient* », « *Les demandes sont satisfaites suivant la situation financière du migrant* ».

6.4.5. Obstacles rencontrés dans l'acquisition des fonds

6.4.5.1. Obstacles rencontrés

A la question de savoir s'il y avait des interférences qui pouvaient entraîner des retards dans l'acquisition des fonds à temps, des ménages ont affirmé que cela se produisait. En effet, diverses circonstances peuvent constituer un obstacle dans l'acquisition des fonds. Parfois c'est d'origine institutionnelle :

« Nous rencontrons des problèmes à l'approche des fêtes. Pendant cette période, les institutions financières sont tellement débordées qu'il y a souvent des blocages dans leur réseau. Si, quelqu'un à un malade pendant cette période, il va devoir trouver une alternative, faire un emprunt ou quelque chose du genre car il y a une telle affluence dans les institutions de transferts que l'on va déchanter. Et cela peut prendre une semaine avant de pouvoir retirer les fonds. ».

Source : enquête qualitative, 2013

Un autre obstacle qui peut se produire est le retard dû à la disponibilité des fonds auprès du migrant :

« Parfois, on appelle, ils nous demandent de patienter car ils n'ont pas d'argent. Ils peuvent te demander d'attendre le temps qu'ils réunissent quelque chose. »

« Des imprévus peuvent se produire à leur niveau et l'argent qu'ils devaient nous envoyé est utilisé pour régler cet imprévu.»

Source : enquête qualitative, 2013

Dans d'autre cas l'obstacle est lié à la conjoncture « *Oui, il y a des retards car parfois la personne peut se retrouver sans travail. Cela entrave les transferts.* ». Par ailleurs, avec le développement des institutions de transfert et des réseaux de transferts entre migrants, les ménages semblent de moins en moins confrontés aux problèmes de vol, d'arnaque ou de détournement des fonds qui leur étaient destinés. Beaucoup d'entre eux a affirmé que « *Non, on n'a pas ce problème. Les migrants utilisent les réseaux de transferts.* » ou encore « *Non, je n'ai jamais été confronté à ce genre de problème* ».

6.4.5.2. Voies de contournement de ces obstacles

Face à ces obstacles les ménages ont opté pour des emprunts provisoires et le remboursement une fois le transfert reçu. En effet, tous les ménages qui se sont confronté à ce genre de situation ont dit avoir eu recours à cette méthode :

« *Nous allons emprunter ailleurs avec le mandat à l'appui pour montrer que nous avons un chèque ou que nous devons recevoir un transfert mais on ne peut pas récupérer l'argent pour le moment. Or, nous avons un malade et avons besoin d'un prêt en attendant de pouvoir percevoir les fonds. Bref, on emprunte à nos voisins...parfois ça marche, parfois ça marche pas* ».

Dans un autre récit « *S'ils sont dans des situations difficiles. Ils peuvent nous demander de patienter ou d'emprunter jusqu'à ce qu'ils envoient. . Dans ce cas, on part solliciter de l'aide en attendant. Nous empruntons le temps que l'argent soit disponible à leur niveau. En d'autres termes, la solution est d'aller emprunter et de rembourser après* ».

Source : enquête qualitative, 2013

Dans le cas où cette stratégie d'emprunt ne marche pas certains optent pour une autre solution « *Il y a certains cas dans lesquels, la personne est obligée de se débrouiller ou de vendre certains biens pour assurer la prise en charge* ».

Discussion sur les envois exceptionnels et les obstacles rencontrés

Ces données montrent que les ménages font appel aux migrants en cas de d'urgence. Dans la plupart des cas, ces demandes sont couronnées de succès dans d'autres cas, non. Le fait qu'une demande soit couronnée de succès semble être lié à la disponibilité des fonds chez le ou

les migrant(s). L'indisponibilité pourrait d'après les résultats être liée à la perte d'emploi du migrant ou à des imprévus qui font qu'il ne soit pas en mesure d'effectuer un transfert. Des fois, dans le cas où le ménage a plusieurs migrants qui font des transferts, ces derniers peuvent se cotiser pour satisfaire la demande. Mais généralement, la satisfaction de la demande est intrinsèquement liée à la situation financière du migrant au moment de la demande. L'indisponibilité des fonds est ainsi un facteur qui peut constituer un obstacle dans la prise en charge des besoins de santé par le migrant. Un autre facteur qui peut constituer un obstacle à la prise en charge est d'ordre institutionnel et conjoncturel : la panne de réseau des institutions financières quand la demande en service est élevée surtout à l'approche des fêtes.

Face à ces blocages, les ménages ont trouvé comme stratégie de faire des emprunts pour faire face aux dépenses en attendant que le migrant envoie. Dans certains cas, c'est le migrant qui demande au ménage d'emprunter le temps qu'il réunisse la somme nécessaire. Cette pratique est une pratique courante au sein de ménages de sorte que certains sachant que le migrant ne peut faire un transfert dans l'urgence, se débrouille soit par une source interne ou externe aux ménages pour prendre en charge les premiers frais et ensuite se faire rembourser quand ils acquerront la somme envoyée. Ainsi, malgré les obstacles, il ressort que les ménages comptent sur les sommes envoyées pour prendre en charge les besoins en service de santé. Même si il y a des retards dans l'acquisition de ces fonds, les ménages ont trouvé des stratégies qui leur permettent de faire face aux charges le temps que le transfert s'opère.

Les résultats de cette partie confirment la seconde hypothèse de la recherche qui stipule que les fonds envoyés permettent aux ménages de faire face aux frais médicaux. En définitif, il peut être retenu que les fonds sont utilisés dans la prise en charge des frais médicaux des membres des ménages avec migrant(s). Les fonds interviennent dans l'achat des médicaments, dans le paiement des consultations, des analyses,... Les envois, bien que souvent insuffisants pour prendre la quasi-totalité des frais, contribuent beaucoup à la prise en charge surtout dans les cas où les frais deviennent insupportables pour les membres du ménage. De ce fait, les ménages comptent sur ces fonds pour prendre en charge la santé d'un membre. A cet effet, la plupart des ménages a admis demander un transfert à leur migrant en cas d'urgence maladie. Dans certains cas, même si les membres prennent en charge les frais, le migrant effectue un remboursement des sommes investies. Tout ceci montre l'importance des transferts dans la prise en charge des besoins médicaux.

7. Suggestions

7.1. Niveau institutionnel

- Mettre en place un cadre institutionnel performant afin de pouvoir quantifier les fonds. Une grande partie de ces fonds est transférée de manière informelle. Avoir des informations sur ces fonds, pourrait aider à mieux apprécier leurs effets.
- Faciliter l'accès des migrants à des habitations convenables via les associations de migrants en instaurant une politique un migrant une maison.
- Instaurer une mutuelle pour les membres de familles avec migrant pour éviter l'incertitude de l'endettement en cas de maladies.
- Mettre en place une coopérative des ménages avec migrant pour faciliter la prise en charge des besoins essentiels
- Mettre en place une interface web charger d'orienter les donateurs ou d'inciter les sénégalais de la diaspora à investir dans le système sanitaire de leur pays en mettant l'accent sur les structures à la base du pyramide sanitaire. Ceci contribuerait à relever le plateau des soins des postes et centres de santé.

7.2. Niveau migrant

- Epargner pour les cas d'urgence maladie qui peuvent se produire.
- Inciter les réseaux et les associations de migrants existants à œuvrer pour une prise en charge des besoins immédiats des migrants sous certaines conditions.
- Effectuer des donations dans les structures sanitaires pour soutenir le système.

7.3. Niveau ménage

- Faire des sensibilisations pour amener les familles à réduire les dépenses de prestige au profit au profit de la satisfaction des besoins des membres.
- Montrer l'importance du rôle que peuvent jouer l'amélioration des conditions de vie sur la santé des membres des ménages.

Conclusion générale

Les transferts de fonds ne revêtent pas la même importance chez les ménages. Certains ménages peuvent avoir des sources de revenus autres que la migration comme l'a explicité la théorie de MASSEY et al. Par contre, d'autres ménages peuvent présenter une forte dépendance à ces fonds.

Même à l'intérieur des ménages où la migration se présente comme une stratégie de diversification des revenus, on peut avoir des disparités ; certains ménages peuvent avoir des sources de revenus plus productives que celles d'autres ménages. Ce qui fait, en somme, que l'argent des migrations n'aura pas la même importance chez tous les ménages.

Mais un contexte national marqué par la pauvreté, les résultats mettent en évidence, que les fonds transférés contribuent à améliorer les conditions de santé des ménages avec migrants qui sont dans une situation légèrement meilleure que celle des ménages sans migrants. En approfondissant la recherche pour confirmer le rôle des fonds en comparant les ménages migrants entre eux, les résultats ont montré que les ménages récipiendaires de fonds sont dans de meilleures conditions. Ces conditions influent fortement sur la santé des membres des ménages. Les fonds, en améliorant ces conditions agissent favorablement sur la santé. Et ce, même si la différence favorable au ménages migrants ou récipiendaires reste légère.

Le fait que cette différence soit légère est en contradiction avec la conception populaire qui présuppose une influence plus grande. Un des facteurs explicatifs de cette faible différence pourrait être la taille des ménages migrants qui est plus élevée que la taille moyenne des ménages et qui est susceptible de capturer les fonds.

Outre intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie membres du ménage, les fonds permettent à ce derniers de prendre en charge les frais médicaux via l'achat de médicament le paiement de l'hospitalisation, les frais d'analyse, de transport, de traitement et l'alimentation.

L'analyse et l'interprétation des données ont permis de vérifier les deux hypothèses. D'une part il est ressorti que les transferts permettaient aux ménages d'être dans de meilleures conditions de santé et d'autre part qu'ils leur permettaient de prendre en charge leur frais médicaux. En les mettant dans un environnement favorable à la santé et en permettant la prise en charge des soins les fonds agissent favorablement sur l'état de santé des membres du ménage.

Ainsi, à la question « **Quels sont les effets des transferts de fonds sur la santé des ménages de Dakar ?** », nous répondrons que :

- ❖ Les fonds agissent positivement sur l'état de santé des membres car ils améliorent certaines conditions de vie, facteurs qui déterminent la santé.
- ❖ Les fonds permettent aux ménages de prendre en charge les frais médicaux de leurs membres.
- ❖ Les fonds favorisent l'installation d'un bon état de santé au sein des ménages car ils les placent dans une situation favorable à celui-ci.
- ❖ Ils leur permettent de gérer les imprévus en matière de santé (urgence maladie). Ainsi, ils sont un recours en cas d'urgence et d'insuffisance ou d'indisponibilité des moyens financiers pour faire face aux frais sanitaires.

En somme, les fonds ont des effets positifs sur l'état de santé des ménages.

Une perspective de recherche pourrait être de mener une étude semblable dans le Sénégal septentrional pour mieux voir les effets des transferts de fonds sur la santé des ménages. Beaucoup de migrants, bien qu'ayant pour lieu de départ Dakar trouvent leur origine à l'intérieur du pays et donc ont plus tendance à investir dans leur famille restée dans leur région d'origine. En outre, il est probable que les ménages établis dans le nord du pays soient plus dépendants de la migration, les sources de revenus étant moins nombreuses qu'à Dakar. Cela permettrait de mieux apprécier les rapports transferts de fonds et santé des ménages.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BEAUD Michel, (2011), *l'art de la thèse*, Paris, Editions La Découverte, 202 p.

COHEN Robin, (1996), *Theories of Migration*, Elgar, Cheltenham.

DIOP Mamadou, (2008), *Le Sénégal des migrations*, Paris, Karthala.

GUILMOTO Christophe, (1997), *Migrations et institutions au Sénégal : Effets d'échelle et déterminants*, les dossiers de CEPED N°46, Paris, ORSTOM.

GUILMOTO Christophe, (1994), "*Démographie et développement dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal*" de N'GUESSAN Koffi et al., eds., *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, ORSTOM, Éditions : 403-17.

LERICOLLAIS, (1975), "*Peuplement et migrations dans la vallée du Sénégal*", Cahier ORSTOM, Série Sciences Humaines 12, no 2: 123-35

MINVIELLE Jean-Paul, DIOP Amadou, NIANG Aminata, (2005), *La pauvreté au Sénégal*, Paris, Karthala, 287 p.

NGNEMZUE Ange, (2010), *Politique et émigration irrégulière en Afrique*, Paris, Karthala, 242p.

ORBAN Daniel, PRADIER Christian, STACCINI Pascal, (2011), *Santé Publique*, Paris, Editions ellipses, 328 p.

STARK, Oded, (1991), *The Migration of Labor*, Blackwell, Oxford and Cambridge, Mass.

TALL Serigne Mansour, (2009), *Investir dans la ville africaine - Les émigrés et l'habitat à Dakar*, Paris, Karthala, 286 p.

WIHTOL DE WENDEL, Catherine, cartographie de BENOIT-GUYOD Madeleine (2009), *Atlas des migrations dans le monde*, Paris, éditions Autrement.

Thèses et Mémoires

NAIDITCH Claire, (2009), *trois essais sur les transferts de fonds des migrants*, thèse de doctorat en Sciences Economiques, université de Paris I - Panthéon Sorbonne.

SAEZ Christophe, (2002), *Comportements sexuels et risque d'infection au VIH/SIDA chez les migrants haalpulaar de la vallée du fleuve Sénégal*, mémoire de maîtrise en Santé publique, université de Montréal.

SAMB Abdoulaye, (2004), *L'impact socio-économique des transferts d'argent de la migration internationale sur les ménages des émigrés : Exemple des parcelles assainies U.26*, Mémoire de maîtrise en Population, développement et santé, IPDSR, Université de Dakar.

TRAORE Sadio, (1992), *Dimension ethnique de la migration dans la vallée du fleuve Sénégal*, thèse de doctorat en démographie, université de Montréal.

Publications

DURYEA et al., (2005), Migrant Remittances and Infant Mortality: Evidence from Mexico, in *Mimeo*, Inter-American Development Bank.

GUILMOTO Christophe et SANDRON, (2003), Migration et développement in *La documentation française*.

KANE Fadel et al., (1993), "Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal" in *AIDS* 7, N° 9: 1261-65.

RATHA, D., (2003), « Worker's Remittances: An Important and Stable Source of External Development Finance », in *Global Developing Finance 2003*, World Bank, pp. 157-175.

SALL Madon Awissi, (2010), « Migration interne et migration internationale au Sénégal : Que représente Dakar dans ce processus ? », in *Population et développement en Afrique*, N°2, IPDSR,

SIMMONS Alan, (2002), « Mondialisation et migration internationale : tendances, interrogations et modèles théoriques » in *Cahiers québécois de démographie*, vol31, n°1, p.7-33

STARK Oded et LUCAS R., (1988), « Migration, Remittances and the Family » in *Economic Development and Cultural Change*, 36, pp.465-481.

Journaux

KATZ E. et STARK Oded, (1986), « Labor migration and risk-aversion in less developed countries » in *Journal of Labor Economics*, 4(1), pp.134-149.

LEWIS, Arthur, (1954), "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour", *Manchester School of Economic and Social Studies*, vol. 22.

LUCAS, R. and STARK, Oded, (1985), "Motivations to migrants remit: evidence from Botswana." in *Journal of migrants Political Economy* 93: - 901-18.

PICHE Victor et al., (2003), « Migration, sexualité et sida dans la vallée du fleuve Sénégal », *université de Montréal*.

RAVENSTEIN E.G., (1885), "The laws of migration" in *Journal of the Statistical Society*, London, 48(2), 167-227.

STARK, Oded, TAYLOR J.E. et YITZHAKI S., (1986), « Remittances and Inequality » in *The Economic Journal*, N° 96, pp. 722-740.

STARK, Oded, TAYLOR J.E. et YITZHAKI S., (1988), « Migration Remittances and Inequality: A Sensitivity Analysis using the Extended Gini Index » in *Journal of Development Economics*, N° 28, pp. 309-322.

TAYLOR et MORA, (2006), "Does Migration Reshape Expenditures in Rural Households? : Evidence from Mexico" in *World Bank Policy Research Paper*

THIAM Macoumba, PERRY Rebecca et PICHÉ Victor, (2003), « Migration et VIH dans le nord du Sénégal », *université de Montréal*

Rapports

ADAMS Jr. R. H., et PAGE John, (2003), "*International Migration, Remittances and Poverty in Developing Countries*", World Bank Policy Research Working Paper, 3179.

AGGARWAL R. et al. (2006), "*Do Workers' Remittances Promote Financial Development*", World Bank Policy Research Working Paper, No.3957.

ANSD, (2003-2004), *Enquête Sénégalaise Auprès des (ESAM)*, Sénégal

ANSD, (2003-2004), *Enquête Sénégalaise Auprès des (ESAM)*, Sénégal

ANSD, (2005-2006), *Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS)*, Sénégal

ANSD, (2010-2011), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS)*, Sénégal

ANSD, (2013), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RPGH)*, Sénégal

BAD (2009), « *L'approche de la Banque en matière de transferts de fonds des migrants* » : *L'initiative Migrations et Développement*

BARRO Dominique, BENNINGER Thomas, BITANG A TIATI Issa, GRUHL Simone, KOUKOUI Olga, MIHAI Andreea, (2009), *Rapport sur les migrations*

BM (2011), *Migration and Remittances Factbook*

Charte d'OTTAWA, (1986), Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

COIFFARD Marie, (2009), « *La régulation des transferts de fonds de migrants, vers un régime international ?* », CNRS-Université de Grenoble II, FRANCE

DIAGNE Alioune, RAKOTONARIVO Andonirina. « *Les comportements de transferts des migrants dakarois* », document de travail, UCL.

DIAGNE Alioune, « *Les comportements de transferts des migrants* », IPDSR.

DIAGNE Alioune, RAKOTONARIVO Andonirina, (2010), « *Pratiques de transfert des migrants sénégalais* », Université catholique de Louvain.

Etat du CANADA, (2010), *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants ; résultat d'une réflexion commune*, Québec, Gouvernement du Québec.

Etat du SENEGAL, (2004), *Arrêté fixant le ressort territorial et l'organisation des districts sanitaires*, MSP

FALL Papa Demba, (2009), « *Migrants de retour et développement durable dans les pays d'origine* », RÉMIGRAF/Institut fondamental d'Afrique noire-UCAD de Dakar.

FRIEDMAN Daniel J., HUNTER Edward L., PARRISH R. Gibson, (2002), *Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. Final Report November 2002.*

GUBERT Flore, « *Le comportement de transfert des migrants est-il guidé par un motif d'assurance ? L'exemple des Maliens de Kayes* », IRD-DIAL.

LALONDE, Marc, (1974) : *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, [Rapport Lalonde], Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé et du Bien-être social.

MAFE, (2008), *Rapport des enquêtes sur les Migrations entre l'Afrique et l'Europe.*

MEZGER Cora, BEAUCHEMIN Cris, (2010), « *La migration est-elle un facteur d'investissement?* », INED, Turin.

MOTUIN Lucie Bertille, (2009), « *Caractéristiques des transferts des migrants internationaux et des ménages récipiendaires dakarois* », IPDSR/UCAD, Dakar.

OCDE, (2006), *Perspectives des migrations internationales*, SOPEMI – Édition 2006 – ISBN

OIM, (2010), *Etat de la migration dans le monde 2010 l'avenir des migrations : Renforcer les capacités face aux changements.*

ONU, (2006), *Migrations internationales et développement*, UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division, dossier de presse.

RAZAFINDRATSIMA Nicolas, LEGLEYE Stéphane, BEAUCHEMIN Cris, « *Biais de non-réponse dans l'enquête Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE-Sénégal)* », INED

ROCHON, Jean et al., (1988) : *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec.

SAKHO Papa, BEAUCHEMIN Cris, « *Circulation internationale et développement local au Sénégal* », UCAD/INED

SARR Boubacar, « *Situation sanitaire du Sénégal* »

SNIS, (2008), *Annuaire MSP – Statistiques Sanitaires 2007*, Tome 1 et 2.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE Dakar



Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction



Guide d'entretien semi directif adressé aux ménages

*Thème : Effets des transferts de fonds des migrants internationaux sur la santé
des ménages de Dakar.*

I. Utilisation des fonds dans la prise en charge des besoins médicaux

I.1. A quelle fréquence recevez-vous des envois de la part de vos migrants ?

I.2. En cas de maladie, les frais médicaux sont-ils couverts par les fonds issus de la migration ?

I.3. Pourriez-vous donner quelques exemples de l'utilité des fonds dans la prise en charge.

II. Importance des fonds dans la prise en charge des maladies

II.1. Quelle appréciation faites-vous de la suffisance des fonds dans la prise en charge des frais médicaux ?

II.2. Mis à part les fonds transférés, quelles sont les autres sources de revenu qui interviennent dans la prise en charge des besoins médicaux, s'il y en a ?

III. Envois exceptionnels

III.1. En cas de maladie ou d'hospitalisation de l'un des membres de la famille, vous arrive-t-il de demander un transfert aux migrants établis à l'étranger ?

III.2. Quelle est généralement l'issue de ces demandes ?

IV. Obstacles dans l'acquisition des transferts

IV.1. Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'acquisition des transferts ?

IV.2. Par quelles voies contournez-vous ces obstacles ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



ONG FAWZI WANADIATY

**Y
I
S
A**

VISION. IDENTITÉ. STRATÉGIE. APPLICABLE

AGR.ONG : O10228 DU 26/09/11 /MINT

Dakar le,

A Madame le Ministre de la Sante

OBJET. Invitation

L'Organisation Non Gouvernementale Fawzi Wanadiaty et ses Partenaires Sénégalais de l'Extérieur, Originaires de OUAKAM et de MBAO, seraient très honorés de vous compter parmi leurs invités, à la cérémonie de remise de don de Matériels Médicaux, qui aura lieu ce Mercredi 27 Mars 2013 à 16 heures à la Place Publique de MBAO.

Cette cérémonie sera placée sous la présidence du Ministre de la Sante et du Ministre des Sénégalais de l'Extérieur.

Veuillez agréer, Madame nos sentiments les plus respectueux et dévoués.



Le Président

Thierno Amadou BA
Khalfé de Bambilor



FAWZI WANADIATY

122, Keur khadim II BP 13998 Grand Yoff Dakar N° 12380 /MINT/DAGAT/DEL/AS Tel: +221 33 827 77 57
Port: +221 77 637 69 00 / 77 616 05 66 ; www.ongfwn.org ; Email: hambilor@orange.fr

Figure 30 : Don de matériel de la part des migrants fait en mars 2013

Les flux migratoires

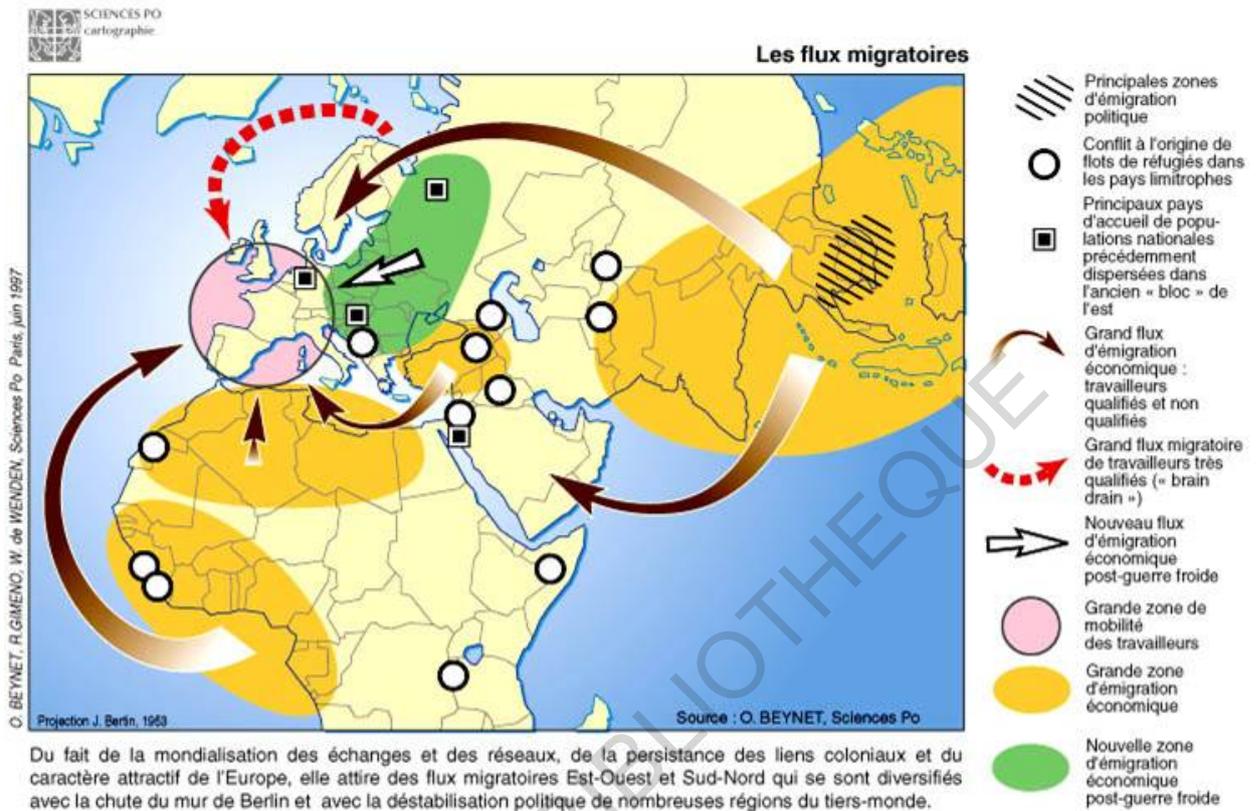


Figure 31 : flux migratoires vers l'Europe

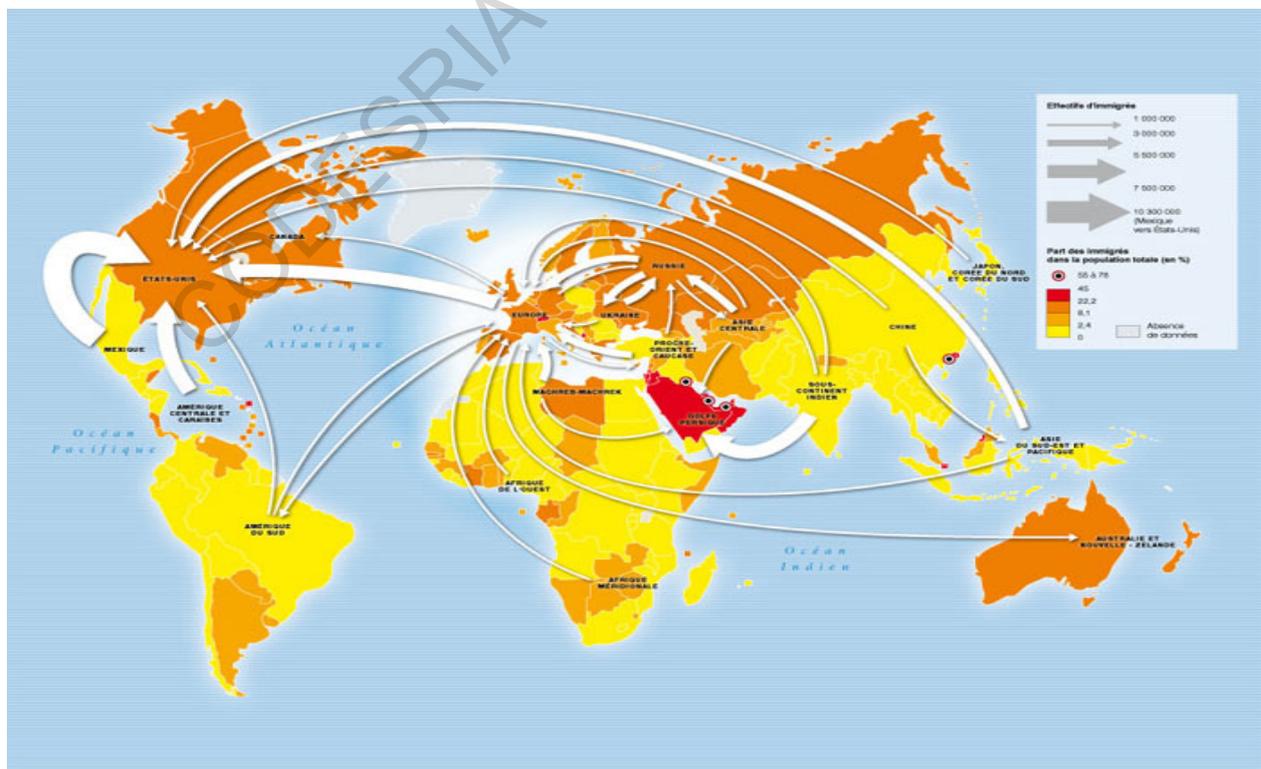


Figure 32 : flux migratoires dans le monde

RESUME

INTRODUCTION : Si l'investissement direct étranger et les mouvements de capitaux ont chuté ces dernières années, les transferts de fonds opérés par les migrants ont continué à augmenter pour atteindre environ 441 milliards USD en 2014 selon l'AFD. A cet effet, il a paru opportun de voir l'apport des flux migratoires et surtout des transferts dans le processus de développement des pays d'origine. Au Sénégal, le volume des fonds transférés est passé de 152 milliards de FCFA en 2000 à environ 500 milliards en 2007 (Coordination patronale).

Ces fonds, outre contribuer à la constitution de réserves de devises étrangères pour le pays, participent, à l'échelle familiale, à l'amélioration des conditions de vie et/ou à la réduction significative de la pauvreté (Diagne & Diané, 2008). D'ailleurs, selon les résultats des enquêtes ESAM II, MAFE (2008), les ménages sont les principaux bénéficiaires des fonds.

OBJECTIFS : Dans un contexte national marqué par l'émergence des maladies chroniques et une élévation des coûts des soins, il convient de voir si les fonds transférés permettent aux ménages de faire face aux frais médicaux et d'apprécier également les effets des fonds sur les conditions de vie des ménages qui sont, par ailleurs, des facteurs qui influent sur la santé.

METHODOLOGIE : Pour mener cette étude, la base de données de l'Enquête sur les Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE, 2008) a été utilisée pour comparer les conditions de santé des ménages suivant qu'ils soient ménages avec migrant/sans migrant. Ces informations ont été complétées par des données issues d'entretiens faits auprès de 50 ménages avec migrant pour apprécier l'utilisation des fonds dans la satisfaction des besoins médicaux. Les données quantitatives ont été traitées et analysées avec les logiciels STATA et MS Excel version 2010. Les analyses effectuées sont de type uni-varié et bi-varié avec un seuil de significativité de 0,05 soit 5%. Pour les données qualitatives, une analyse de contenu de type catégoriel a été faite.

RESULTATS : Il est ressorti de l'étude que les fonds agissent positivement sur l'état de santé des membres en améliorant certaines conditions de vie des ménages (accès à l'électricité, réduction de la promiscuité, accès à la propriété...). Ils leur permettent également de prendre en charge les frais médicaux de leurs membres. Par ailleurs, les fonds constituent pour les ménages un recours en cas d'urgence, d'insuffisance ou d'indisponibilité des moyens financiers pour faire face aux frais sanitaires. Ainsi, leur permettent-ils de gérer les imprévus en matière de santé.

MOTS CLES : Migration, Transferts de fonds, Santé, Conditions de santé