

Chiara Quagliariello est anthropologue, chercheuse post-doctorante contractuelle au Centre d'études des mouvements sociaux (CEMS, EHESS/CNRS UMR8044/INSERM U1276). Ses recherches explorent le lien entre inégalités ethno-raciales et santé maternelle en Europe, en Afrique de l'Ouest et aux États-Unis.

Mots-clés : santé reproductive — accouchement — remèdes religieux — islam
— hôpital — migrantes sénégalaises

Se soigner avec le Coran, donner naissance à l'hôpital. Bricolages thérapeutiques dans la migration sénégalaise en Italie

Chiara Quagliariello,
CEMS/EHESS

Introduction

Cet article porte sur les formes de cohabitation entre pratiques religieuses et domaine médical dans les expériences reproductives des migrantes¹ sénégalaises² en Italie. De nombreuses études ont analysé le lien entre expériences migratoires et inégalités de santé en France et à l'étranger³. Le recours à d'autres systèmes de santé face aux difficultés d'accès aux soins médicaux a été souligné (Musso, 2017 ; Stan, 2015). Le pluralisme thérapeutique, voire la circulation de différentes pratiques de soin, en contexte migratoire ont été également étudiés⁴. Néanmoins, contrairement à d'autres domaines médicaux – telle la santé mentale, où l'imbrication entre plusieurs systèmes de soin a fait l'objet d'études socio-anthropologiques (Petit et Wang, 2018) –, les analyses concernant la santé sexuelle et reproductive se sont notamment focalisées sur l'état de santé des femmes et le traitement différencié qu'elles connaissent dans les services de maternité (Sauvegrain, 2012 ; Sauvegrain, Azria *et al.*, 2017). Moins d'études se sont intéressées au rôle joué par les pratiques religieuses et le pluralisme médical lors de l'expérience reproductive en exil (Kotobi et Lemonier, 2015). Cet article souhaite apporter une contribution à ces débats en cours à partir d'une étude de cas en Italie.

Notre étude s'appuie sur les résultats d'une recherche ethnographique menée entre 2009 et 2012 dans le territoire du Val d'Elsa (Toscane). Comme dans le reste de l'Italie, la présence sénégalaise dans cette région remonte aux années 1990. Il s'agit au départ exclusivement d'hommes qui ne veulent rester qu'un temps pour gagner de l'argent

¹- Ce terme désigne des femmes nées hors du territoire italien qui y résident temporairement.

²- Dans cet essai, nous utiliserons l'expression « migrantes sénégalaises », mais nous ne parlerons que des femmes appartenant au groupe ethnique wolof. Toutes les pratiques décrites ici se réfèrent à ce groupe, correspondant à la majorité de la population sénégalaise présente sur le territoire du Val d'Elsa.

³- Citons les travaux de Cognet, Hoyez et Poirat (2012), Gabarro (2018), Hoyez (2015) et Willen (2012).

⁴- Cohen et Rossi (2011), Sakoyan, Musso et Mulot (2011) ainsi que Sicot et Touhami (2018).

avant de rentrer au Sénégal. Les femmes n'arrivent qu'à partir des années 2000. La plupart d'entre elles ne travaillent pas à l'usine – contrairement aux hommes –, ni dans l'assistance aux personnes âgées pratiquée par d'autres groupes d'étrangères, ni dans le commerce saisonnier pratiqué par d'autres migrantes sénégalaises en Italie⁵. La migration féminine sénégalaise dans le Val d'Elsa vise principalement une réussite sociale. L'investissement dans la carrière de mère (Gojard, 2010) joue un rôle important dans la décision des femmes de quitter le Sénégal pour rejoindre les maris en Italie. Leur décision de quitter le statut d'épouses à distance ou de « demi-épouses » (Diop, 1985 ; Mondain, 2009), vécu pendant plusieurs années au Sénégal, va généralement de pair avec l'acquisition ou le renforcement du statut de mères en Italie. À partir des histoires d'Aida, Fatou et Aminata, nous réfléchissons aux solutions mobilisées par les migrantes face à (1) la difficulté de tomber enceinte, (2) la perte de l'enfant pendant la grossesse (fausse couche) et (3) le moment de l'accouchement. La reconstruction des facteurs qui, selon les migrantes sénégalaises, contribuent à la réussite ou à l'échec de la grossesse recherchée par beaucoup d'entre elles en Italie, ainsi que l'analyse des parcours de soin mis en place pour vivre une « bonne expérience » d'accouchement nous permettront de réfléchir à deux aspects complémentaires – la dimension préventive et celle curative – des pratiques religieuses employées à côté des traitements médicaux lors de leur expérience reproductive en Italie.

Méthodologies

Les analyses développées dans cet article sont basées sur une recherche ethnographique menée entre 2009 et 2012 dans la communauté sénégalaise du Val d'Elsa (dans la province de Sienne, en Italie) et dans le service de maternité de Poggibonsi (également dans la province de Sienne), où accouchent la plupart des migrantes issues de cette communauté, car il se trouve dans l'hôpital public le plus proche de leur domicile. Les activités de recherche à l'intérieur et à l'extérieur de la maternité de Poggibonsi ont été financées et se sont déroulées dans le cadre d'un programme doctoral en anthropologie culturelle et ethnologie de l'université de Sienne, avec l'approbation de son comité d'éthique. La principale méthodologie employée a été l'observation participante au sein de la maternité, où il y a environ 1 100 naissances par an, auprès d'une population de patientes fortement hétérogène. En 2013, 26 % des patientes étaient des migrantes, parmi lesquelles 10 % étaient sénégalaises. Des données statistiques ont également été recueillies auprès de la maternité pour la période 1983-2013, où un total de 23 700 naissances a été enregistré. Enfin, nous avons mené 47 entretiens semi-directifs : 15 avec des professionnels de la santé (5 gynécologues et 10 sages-femmes) travaillant à la maternité de Poggibonsi et 32 avec des migrants du Sénégal (25 femmes et 7 hommes) qui habitent le territoire du Val d'Elsa. Les membres de cette communauté proviennent principalement de Baol (actuelle région de Diourbel), soit l'une des régions du Sénégal à majorité wolof et mouride (Diouf, 1994), et de la banlieue proche de Dakar (en premier lieu, du

⁵- Cette tendance a changé ces dernières années à la suite de la crise économique en Europe, dont les effets se sont également fait sentir dans le Val d'Elsa. La perte de travail de certains hommes sénégalais a poussé les femmes à rechercher un travail salarié. Les deux principaux secteurs où elles ont trouvé un emploi sont l'industrie hôtelière, en tant que femmes de ménage, et la restauration, en tant qu'aide-cuisinières.

quartier de Parcelles Assainies). Au moment de notre enquête, les femmes issues de cette communauté avaient entre 25 et 38 ans. Dans la plupart des cas, elles étaient mariées depuis au moins deux ans avec des hommes qui vivaient et travaillaient en Italie depuis plus de cinq ans. Dans plus de 90 % des cas, elles étaient arrivées en Italie à la suite de la demande de regroupement familial effectuée par leurs maris. Toutes les migrantes interrogées étaient membres de la confrérie mouride. Elles appartenaient à des milieux socio-économiques moyens-inférieurs (20 femmes sur 25 étaient des femmes au foyer). Leur scolarité s'était arrêtée au collège ou, dans 5 % des cas, aux études supérieures. Le travail d'observation et les entretiens n'ont eu lieu qu'après avoir expliqué les objectifs de recherche aux participants et avoir obtenu leur consentement. Les entretiens avec les professionnels de santé ont été menés en italien, ceux avec les migrants en français. Pour les entretiens en wolof (6 sur 32), un traducteur nous a aidé. La traduction en français des extraits d'entretiens a été réalisée par l'auteure de cet article. Afin de protéger l'anonymat des personnes qui ont pris part à la recherche, les prénoms qui apparaissent dans l'article sont des pseudonymes.

Histoire d'Aida

Originnaire de Mbacké (région de Diourbel), Aida est la troisième d'une fratrie de six enfants. Son enfance se déroule à Dakar, dans le quartier des Parcelles Assainies, où sa famille s'installe quand Aida a environ trois ans. C'est là qu'elle fait ses études pour ensuite trouver un emploi comme secrétaire dans une entreprise gérée par un ami de son père. En 1997, à l'âge de 19 ans, elle rencontre Moustapha, immigré depuis 1991 en Italie et rentré à Dakar pour les vacances. Pendant deux ans environ, ils restent en contact téléphonique. En 1999, Moustapha vient de nouveau à Dakar et décide de demander la main d'Aida à sa famille. Dans un premier temps, le père d'Aida s'oppose à marier sa fille à quelqu'un qui habite à l'étranger. Il préférerait un mariage en famille, avec l'un des cousins d'Aida. En 2001, après une période de négociation entre les deux familles, le père d'Aida consent à son mariage avec Moustapha, qui se déroule à Dakar en 2002. Comme son mari est absent, Aida ne déménage pas auprès de la famille de Moustapha et continue à vivre avec ses parents. Entre fin 2002 et fin 2004, l'absence de grossesse est un des principaux thèmes de discussion lors de ses visites à la famille de Moustapha. Cette situation l'amène à espacer ses visites à sa belle-famille, qui commence à exprimer ouvertement des doutes sur sa fertilité. Ces perplexités, alimentées principalement par la sœur de Moustapha, sont contestées par la mère d'Aida, qui insiste sur le fait que les deux sœurs d'Aida ont des enfants avec leurs maris au Sénégal. Préoccupée par ce conflit grandissant entre les deux familles, Aida décide d'en parler avec Moustapha. Ils envisagent alors la solution migratoire pour tenter d'avoir un enfant et reconstruire la paix entre leurs familles. À la suite d'une demande de regroupement familial, Aida s'installe en Italie en 2006. La pression exercée par la belle-famille continue malgré la distance géographique. En 2010, après avoir passé quatre ans en Italie avec Moustapha sans revenir au Sénégal, Aida n'est pas encore mère. Cette situation, devenue de plus en plus problématique pour Moustapha aussi, est une source de conflits jusqu'en 2012, année où Aida tombe enceinte, ce qui débouche sur une réconciliation progressive entre les deux familles.

Histoire de Fatou

Originaire de Dendeye (région de Diourbel), Fatou est la cinquième de six enfants. Contrairement à leurs frères, couturiers comme leur père propriétaire d'un atelier, Fatou et sa sœur Asi ont consacré leur jeunesse au travail domestique. En 1998, à l'âge de 18 ans, Fatou rencontre Amadou, immigré en Italie en 1992 et rentré au Sénégal pour les célébrations mourides du Grand Magal de Touba⁶. Ils restent en contact téléphonique jusqu'en 2000, quand Amadou rentre de nouveau au Sénégal et demande Fatou en mariage. Les noces ont lieu en 2001 au Sénégal. Jusqu'en 2004, le couple ne se voit qu'une fois par an, lors des vacances d'Amadou au pays. À ces périodes, Fatou réside à Touba dans la famille de son mari, pour ensuite revenir à Dendeye auprès de sa famille d'origine. Fatou ne tombe pas enceinte. Soucieuse, la mère d'Amadou se rend souvent à la mosquée de Touba pour tenter de résoudre ce « problème familial » par la prière. Entre-temps, les frères de Fatou se sont mariés et, avec l'arrivée de leurs épouses dans la maison familiale, il y a plus de femmes pour s'occuper de l'assistance aux vieux parents. Déchargée de cette tâche, Fatou décide de rejoindre son mari en Italie. Elle s'installe dans le Val d'Elsa en 2007. Trois mois plus tard, elle tombe enceinte mais fait une fausse couche. La mère d'Amadou est de plus en plus encline à organiser un deuxième mariage pour son fils avec l'une de ses cousines. En 2009, Fatou est à nouveau enceinte. Son premier enfant, Fallou, naît en 2010 à la maternité de Poggibonsi. Convaincue que ses prières ont eu le résultat escompté, la mère d'Amadou fait un important don monétaire à la mosquée mouride de Touba.

Histoire d'Aminata

Originaire de Dakar (quartier des Parcelles Assainies), Aminata est la troisième d'une fratrie de cinq enfants. Comme ses frères et sœurs, Aminata a fait ses études à Dakar, avant de travailler comme coiffeuse dans un centre d'esthétique dirigé par la sœur de son père. En 1995, à l'âge de 20 ans, elle rencontre Bubacar, parti en Italie en 1993 pour rejoindre un de ses cousins qui avait émigré à la fin des années 1980. Ils restent en contact téléphonique. En 1998, Bubacar retourne au Sénégal et demande Aminata en mariage. Le fait que les deux familles se connaissaient déjà facilite les négociations matrimoniales. En 1999, le mariage est célébré au Sénégal et Aminata informe sa famille de son projet de vivre avec son mari en Italie. Pendant l'été 2000, le couple se revoit à Dakar. Aminata tombe enceinte. La naissance de Mohamed ralentit le départ d'Aminata, qui ne s'installe en Italie qu'en 2002, après avoir confié la garde de son fils à la mère de Bubacar. Quelques mois après son arrivée en Italie, Aminata est à nouveau enceinte. En 2004, Magette naît à la maternité de Poggibonsi. Comme son frère, au bout de deux ans environ, elle est confiée aux soins de sa famille paternelle, au Sénégal. À cette occasion, Aminata apprend par sa sœur que, selon les rumeurs qui circulent, Bubacar a commencé les démarches pour avoir une deuxième épouse. Cette nouvelle est confirmée par Bubacar lui-même. Fin 2008,

⁶- C'est la principale fête religieuse de la confrérie mouride, durant laquelle on célèbre la naissance de son fondateur. Sur l'histoire de la fraternité mouride et le lien historique entre cette organisation religieuse et la migration sénégalaise en Italie, voir Cruise O'Brien (1971) et Copans (1980).

Aminata est à nouveau enceinte. Elle accouche pour la deuxième fois à la maternité de Poggibonsi. La grossesse difficile d'Aminata et la nécessité de pratiquer une césarienne d'urgence limitent les déplacements de son mari, qui ne rentre au Sénégal qu'en 2010, après avoir passé deux ans sans voir sa deuxième épouse, Bineta. Celle-ci tombe enceinte, un événement auquel Aminata décide de « répondre » en essayant d'avoir un quatrième enfant en 2013.

Les obstacles à la grossesse

Pour interpréter la difficulté à tomber enceinte malgré une activité sexuelle « régulière » dans le couple, il est nécessaire d'analyser les éléments qui, selon les migrantes interrogées, permettent aux couples d'avoir un enfant. Bien qu'imaginée comme le résultat de la rencontre entre sang (féminin) et sperme (masculin), la possibilité de tomber enceinte ne dépend pas uniquement de l'activité sexuelle des deux conjoints. Selon Aida :

« Cette activité est nécessaire. Cependant, pour faire un enfant la rencontre des matériels [biologiques] fournis par l'homme et par la femme ne suffit pas : l'intervention d'autres acteurs, humains et non humains, est nécessaire aussi ».

L'anthropologue Maurice Godelier (2007) montre que cette vision de la reproduction humaine est également répandue dans d'autres contextes culturels. Il cite plusieurs cas célèbres (Inuit, Baruya, Trobriandais...) où le processus de reproduction est imaginé comme une expérience impliquant l'intervention de forces supérieures, humaines et non humaines (divinités, ancêtres, esprits). Dans notre cas, la conception de l'enfant est étroitement associée à la volonté d'Allah : la possibilité de tomber enceinte dépasserait le potentiel biologique humain et dépendrait de ce que la divinité a prévu (ou pas) pour la femme et le couple. Selon cette vision, Allah peut faciliter l'arrivée d'un enfant ou s'opposer au projet de reproduction en empêchant le couple d'avoir des enfants ; la divinité s'interpose pendant l'activité sexuelle du couple, aidant ou entravant la rencontre entre le sang et le sperme. Pour beaucoup de migrantes interrogées, l'opposition d'Allah au projet reproductif est perçue comme une réaction divine à leur choix de se marier avec un homme extérieur au groupe familial, contrairement aux règles de mariage au Sénégal, telles que le mariage entre cousins croisés (Diop, 1985). Aida m'a expliqué pendant nos entretiens que sa difficulté à devenir mère était due à l'opposition d'Allah à son projet reproductif, ce qui avait empêché le sperme de son mari d'être fécond pendant plusieurs années. Aida répète là l'explication que lui a fournie le marabout (*seriñ* en wolof) qu'elle a consulté au Sénégal, grâce à l'aide de sa mère. Comme Aida, de nombreuses migrantes choisissent de se tourner vers un marabout quand elles peinent à tomber enceintes en Italie. Ces figures religieuses, principalement masculines, sont considérées au Sénégal comme des intermédiaires entre Allah et les êtres humains. Leur savoir repose essentiellement sur une connaissance approfondie du Coran, dont un certain nombre de sourates posséderait des vertus thérapeutiques. Les figures des marabouts, grands experts du Coran, sont perçues comme opposées à celles des guérisseurs traditionnels (*fajkat* en wolof), dont le savoir repose sur des connaissances mystiques (*manne* en

wolof) historiquement condamnées par la tradition islamique. La classification de ces savoirs proposée par les anthropologues Rivers (1924) et Fassin (1992), où le premier est défini comme un « savoir blanc » et le deuxième comme un « savoir noir », résume cette opposition entre systèmes de connaissances respectivement liés à l'univers de la religion et à celui de la magie. Conformément à cette (di)vision des savoirs, les migrantes ayant des difficultés à tomber enceintes font généralement appel au domaine de la religion pour trouver un remède, voire une solution. Comme pour Aida, dans la plupart des cas, ces consultations ont lieu par l'entremise de femmes de la famille habitant au Sénégal, en premier lieu les mères qui se rendent à la place de leurs filles au domicile des marabouts. Dans d'autres cas, les femmes de la communauté migrante font appel aux marabouts qui voyagent régulièrement du Sénégal vers l'Italie lors des fêtes religieuses de la confrérie mouride (Tabaski, Grand Magal...). Dans d'autres cas encore, on demande aux marabouts une consultation téléphonique au Sénégal, au lieu de s'adresser à ces figures en Italie. Ce dernier choix repose sur la confiance à l'égard de certains marabouts que d'autres membres de la famille ont déjà consultés pour des problèmes de santé au Sénégal.

Dans tous les cas, que le marabout soit consulté au Sénégal, en Italie ou dans les deux endroits, l'intervention de ces figures religieuses se déroule généralement en deux phases, celle du « diagnostic » et celle du « pronostic », selon le vocabulaire (bio) médical. La principale technique utilisée par les marabouts pour établir le diagnostic consiste à réciter des prières (*listixaar* en wolof) afin de comprendre la cause des problèmes, ici reproductifs, rencontrés par les migrantes. À partir des images visualisées par les marabouts, les femmes recevront une réponse à leur questionnement (Sow, 2009). Pour beaucoup de migrantes interrogées, ces consultations visent à découvrir l'avis (positif ou négatif) de la divinité vis-à-vis de leur projet reproductif. La vision d'une cascade d'eau annonce que, selon la volonté d'Allah, la femme tombera bientôt enceinte. Au contraire, l'image d'un feu indique que, pour le moment, cette possibilité est exclue. Ces consultations (*seet* ou *gisaane* en wolof) sont généralement accessibles aux migrantes pour un prix compris entre 2 500 et 3 500 FCFA, c'est-à-dire entre 3 et 5 euros, au Sénégal, et pour un prix compris entre 15 et 20 euros en Italie.

Une fois le « diagnostic » établi, le parcours d'assistance commence. En cas de difficulté à tomber enceinte, le premier remède suggéré aux femmes est un plus grand investissement dans la relation individuelle avec Allah, par une intensification des prières quotidiennes. Cet « appel à la divinité » s'accompagne d'offrandes faites aux marabouts afin de recevoir en échange des « prières supplémentaires », que ces derniers réalisent au nom des femmes. La majorité des migrantes interrogées considère les prières effectuées par les marabouts comme plus « puissantes » que celles réalisées par les femmes elles-mêmes. Il s'agit, à leur avis, de l'un des outils les plus efficaces pour tomber enceinte. Selon Khady, arrivée en Italie en 2013 : « Les prières des marabouts ont la capacité de multiplier les chances de tomber enceinte pour une femme ». Pour sa part Kinné, arrivée en Italie en 2012, affirme : « Pour les gens qui n'arrivent pas à avoir des enfants, les prières des marabouts peuvent faire des miracles ». Les marabouts donnent également aux femmes des objets sacrés, telles des amulettes contenant des versets du Coran (*teere* en wolof ou *gris-gris* dans le

français du Sénégal). Il est recommandé aux femmes de porter ces amulettes autour du ventre pendant leurs rapports sexuels avec leur conjoint. Là encore, l'objectif est d'augmenter les chances de tomber enceinte. Les migrantes rencontrées en Italie décrivent ces objets comme des outils parmi les plus fiables pour accroître le niveau de fécondité des femmes et du couple. Il s'agit, à leur avis, d'un moyen pour « assurer » la présence d'Allah pendant leurs rapports sexuels. Si la difficulté persiste, la dernière solution proposée par les marabouts est l'organisation d'un pèlerinage à la Mecque ou bien à la mosquée mouride de Touba au Sénégal. Le coût élevé de certaines pratiques suggérées par les marabouts – parfois plusieurs centaines d'euros – montre, ainsi que les propos d'Aida le laissent deviner, que la décision d'y recourir ne dépend pas de leur accessibilité, mais de leur capacité à donner une réponse aux besoins de soins et de sens (Augé et Herzlich, 1984) partagés par les femmes :

« Avant d'avoir mon bébé, j'ai essayé beaucoup de choses. Tout d'abord les prières des marabouts. J'ai fait ça pendant un an mais elles n'ont pas fonctionné. J'ai alors cherché d'autres remèdes. À un moment donné, je suis partie à La Mecque avec ma mère. Pour faire un enfant, il faut le soutien d'Allah. S'il [Allah] n'est pas d'accord, c'est à toi de le convaincre. Parfois, il te faut beaucoup d'argent, mais ce n'est que comme ça que les gens arrivent à avoir ce qu'ils veulent ».

Protéger la grossesse

Une fois enceintes, les femmes consultent habituellement les marabouts pour la protection de leur grossesse. Dans l'imaginaire des migrantes sénégalaises, les risques liés à la grossesse sont nombreux et ils concernent surtout les premiers mois. Les principales entités susceptibles d'agir au détriment de la santé du fœtus sont identifiées dans la figure des *jinné* ou *seytaané*, des esprits d'origine musulmane considérés comme capables de pénétrer à l'intérieur du ventre maternel et d'échanger le corps de l'enfant avec celui d'un être non humain. Les malformations découvertes lors de la naissance de l'enfant sont souvent expliquées par cette intervention néfaste, remarquée au moment de l'accouchement seulement. Les *jinné* peuvent également pénétrer dans le corps de la femme pour « se nourrir » du principe vital de l'enfant (*fit* en wolof), c'est-à-dire ce que les femmes appellent « eau du ventre » – le liquide amniotique – qui, soustrait par les *jinné* à l'enfant, causerait sa mort prématurée (Badji, 1993). Aminata précise que les attaques éventuelles de ces forces du monde invisible se produisent également à l'étranger :

« Lorsque tu es enceinte, le risque de subir les actions de forces négatives qui existent au Sénégal est également présent en Italie. C'est pourquoi, pour que l'enfant grandisse bien, il est préférable de faire tout ce qui est nécessaire pour éviter ces problèmes. »

Aminata interprète les difficultés rencontrées lors de sa deuxième grossesse en Italie, qui s'est terminée par une césarienne d'urgence, comme le résultat de l'action des *jinné*. De même, Fatou raconte sa première fausse couche en Italie comme un événement provoqué par l'action des *jinné*. Dans les deux cas, leurs explications montrent que, dans la logique des migrantes sénégalaises, ce qui se passe à l'intérieur du corps maternel

est directement lié à l'influence de facteurs externes au corps lui-même et au monde des humains. Ces idées, rassemblées dans la catégorie de « rationalité symbolique » par le sociologue sénégalais Ibrahima Sow (2009), se reflètent également dans la façon dont les migrantes tentent d'échapper aux risques en question. Pour protéger l'enfant à naître, elles évitent, par exemple, de sortir à certains moments de la journée, tels que le début de l'après-midi et le coucher du soleil, où le risque d'exposition aux actions négatives de *jinné* est considéré comme le plus important. Parallèlement, comme pour la « production » du bébé, elles tentent de protéger le développement du fœtus par des prières quotidiennes, des « prières supplémentaires » demandées aux marabouts, et par le port des amulettes que ces derniers leur ont fournies à cet effet. Le témoignage de Fatou montre que, tout comme les prières, les amulettes sont perçues comme une barrière de protection contre les dangers venant du monde extérieur à celui des êtres humains. Cette protection serait liée au contenu qu'elles recèlent, tel qu'un certain nombre de sourates considérées comme capables de contribuer au bien-être de l'enfant à naître. Grâce à l'influence positive de la parole d'Allah, les futures mères arriveront à la fin de leur grossesse sans problèmes :

« La chose la plus importante à faire dès que tu apprends que tu es enceinte est de contacter un marabout pour te faire donner un *gri-gri*. Les dangers qui nous entourent sont si nombreux qu'il est très facile de perdre le bébé si tu ne te protèges pas. Cette chose m'est déjà arrivée une fois, alors je sais ce que je dis. Grâce à ces protections, nous pouvons avoir une plus grande certitude qu'il n'y aura pas de problèmes ».

Pendant leur grossesse, les femmes utilisent souvent plusieurs amulettes simultanément. Les migrantes interrogées considèrent ces objets comme une ressource fondamentale pour accroître le bien-être de l'enfant à naître. Les propos d'Aminata sont exemplaires à cet égard :

« Quand je suis tombée enceinte pour la première fois en Italie, je ne savais pas combien de *gris-gris* porter, au début j'en utilisais un, fabriqué par un marabout qui connaissait ma mère. Après quelque temps, j'ai décidé d'en prendre un autre. J'ai contacté un autre marabout au Sénégal, vers lequel ma sœur s'était tournée lorsqu'elle était enceinte. En fin de compte, plus tu te protèges et plus nombreux seront les avantages pour l'enfant ».

Dans cette même optique de prévention des risques, beaucoup de femmes interviewées font le choix de consommer également une boisson particulière (*safara* en wolof), que les marabouts leur donnent pendant la grossesse. Selon les dires des femmes, cette boisson se compose d'eau bénite mélangée avec des versets du Coran calligraphiés sur un papier soluble. Ce remède, consommé par les futures mères une fois par semaine à partir du quatrième ou cinquième mois de grossesse, s'ajoute aux prières et aux amulettes. Comme les migrantes rencontrées en Italie l'expliquent, une fois introduit dans le corps de la future mère, le contenu du *safara* se mélange avec l'« eau du ventre » maternel (*fit*). Ainsi, l'enfant à naître sera nourri à la fois par la « parole divine » et le liquide amniotique. Cette « alimentation sacrée » aidera le développement du fœtus, tout en éloignant les risques de malformations et de

problèmes de santé. Cette boisson est également considérée comme une ressource fondamentale contre le risque de césarienne, vue comme une mauvaise façon de faire naître les enfants, car elle aiderait le bébé à se placer avant l'accouchement dans la bonne position (la tête vers le col utérin) et à le faire se retourner s'il ne se trouve pas dans cette position. À cette fin, suivant les conseils des marabouts, la tendance parmi les migrantes qui accouchent en Italie est d'augmenter la consommation de cette boisson d'une à deux fois par semaine à partir du septième mois de grossesse. Cette « approche cumulative » des remèdes coraniques vise donc à fortifier la santé de l'enfant à naître et à s'assurer une « bonne expérience » d'accouchement.

La référence aux remèdes basés sur le Coran se poursuit également dans la phase du *post-partum*. Comme les migrantes le racontent, la décision de continuer à consommer le *safara* après la naissance du bébé a pour objectif de « nettoyer l'intérieur du corps maternel » en favorisant l'expulsion des restes de l'accouchement, tels que le sang accumulé dans l'utérus durant la grossesse. Ce fluide (*meret* en wolof) est considéré comme particulièrement dangereux et décrit comme une des causes principales de psychoses puerpérales (Durand-Comiot, 1977 ; Gueye, 2008). Selon Mareme, arrivée en Italie en 2010, cet état pathologique serait provoqué par le *meret* qui, au lieu de sortir par le vagin, prendrait la direction opposée et remonterait jusqu'à la tête de la mère (*meret bi mo yek*). De même, le premier « médicament » que les mères donnent à leur bébé consiste en quelques gouttes d'eau bénite contenant la parole d'Allah (*tocantal* en wolof) : ce remède néonatal vise à protéger le bébé contre toutes les infections et les maladies pendant les premiers mois et années de vie.

Les remèdes basés sur le Coran décrits jusqu'ici sont porteurs d'une dimension à la fois préventive et curative. Le recours à ces remèdes apparaît comme un besoin fondamental pour les migrantes sénégalaises rencontrées en Italie. Malgré la distance géographique qui les sépare de leur pays d'origine, la plupart d'entre elles y ont accès grâce à l'aide de leur mère et d'autres femmes de la famille vivant au Sénégal, mais aussi grâce aux technologies de communication (téléphones mobiles, applications pour smartphones, Skype, Facebook). Par le biais des appels vidéo, il est possible, par exemple, d'organiser des consultations à distance avec les marabouts. De leur côté, les marabouts et les autres femmes de la famille peuvent donner conseils et instructions à partir des images envoyées par les migrantes via les applications numériques (Viber, WhatsApp). Dans de nombreux cas, c'est ainsi qu'elles font face aux problèmes rencontrés pendant la grossesse ou au cours des premiers mois de vie de l'enfant en Italie. Quand elles ne peuvent pas accéder aux remèdes préconisés par les marabouts, elles recherchent des « remèdes de substitution » en Italie. C'est ainsi que certaines des migrantes interrogées utilisent le chapelet musulman au lieu des amulettes pour augmenter leurs chances de tomber enceintes, ou encore qu'elles se servent de la lecture à haute voix du Coran au lieu du *safara* pour protéger la santé de l'enfant à naître et essayer d'éviter la césarienne.

Coexistence du religieux et du médical chez les migrantes sénégalaises

Parallèlement, les migrantes sénégalaises ont recours aux soins hospitaliers. Ces derniers sont décrits comme une ressource tout aussi indispensable au succès de

l'expérience reproductive. L'attitude prévalente consiste en une accumulation, voire un mélange, de plusieurs systèmes de soins (Benoist, 1996). Face à la difficulté à avoir des enfants, les femmes font habituellement appel aussi aux solutions proposées par la médecine hospitalière. À la suite des conseils reçus par les marabouts, Aida, par exemple, a contacté le personnel médical du service de maternité de Poggibonsi pour réaliser plusieurs tests de fertilité. Sur le conseil d'un des gynécologues du service, elle a ensuite suivi un traitement pharmacologique hormonal. Cependant, elle n'a pas abandonné les prières pour autant, puisque celles-ci avaient contribué, selon elle, à lui permettre de tomber enceinte en 2012 :

« Les médecins ont fait beaucoup de choses pour moi. Les médicaments qu'ils m'ont donnés m'ont fait du bien. C'est sûr que ces traitements m'ont aidée à débloquer la situation. Cependant, je n'aurais pas pu tomber enceinte sans les prières. Le fait de continuer avec ça [les prières] pendant des années a été également fondamental pour moi ».

La référence mêlée au domaine religieux et médical vaut aussi pendant la grossesse et pour l'accouchement. Après sa fausse couche, Fatou insiste sur l'importance de se défendre d'une série de dangers contre lesquels la médecine hospitalière n'a aucun pouvoir :

« Même si les médecins disent que tout va bien, il peut y avoir quand même des dangers pour nous et les enfants. Les médecins n'y peuvent rien contre ce genre des choses. Il n'y a pas besoin d'aller à l'hôpital pour cela. Il est préférable d'aller voir les médecins une fois que l'enfant a suffisamment grandi : à ce moment-là il y aura moins de risques de tomber malade à cause de ces dangers ».

De ce fait, la tendance parmi les migrantes sénégalaises est de s'adresser au personnel hospitalier autour du quatrième ou cinquième mois de grossesse seulement. Ainsi que le montrent les propos de Fatou, c'est au nom du bien-être de l'enfant à naître que les femmes sous-utilisent les parcours de la médecine hospitalière au début de leur grossesse. Dans la plupart des cas, elles ne se rendent pas aux consultations prénatales au premier trimestre alors qu'elles se servent des protections suggérées par les marabouts dès les premiers mois de la grossesse. Comme les dossiers médicaux le confirment, la première phase de la grossesse est donc non médicalisée ; plus tard, il y aura un mélange entre techniques de la médecine hospitalière et pratiques recommandées par les marabouts. Un exemple de cette synthèse entre remèdes religieux et traitements médicaux se trouve dans l'emploi des « *gris-gris* » destinés à protéger la santé du fœtus, non seulement en parallèle de, mais aussi lors des consultations prénatales à l'hôpital. Le rapport que les migrantes sénégalaises ont avec l'échographie est également révélateur quant à leurs bricolages entre techniques médicales et univers du religieux (Camara, 2008). Parlant de sa première grossesse en Italie, Aminata explique que cette technique est une source d'attraction pour les migrantes, car elle leur permet de « visualiser » les résultats obtenus grâce aux protections données par les marabouts :

« Pour ma première grossesse en Italie, j'ai fait une échographie pour voir si les protections que je portais allaient bien pour le bébé. Grâce à leurs machines, les médecins peuvent voir s'il y a des problèmes, mais aussi les effets positifs de ce que nous faisons pour le bébé ».

Cette position explique la fréquence assez importante avec laquelle les migrantes recourent à cette technique dans la maternité étudiée en Italie, où l'échographie est gratuite, alors qu'elle est assez coûteuse dans leur pays d'origine (Olivier de Sardan et Jaffré, 2003)⁷. Le mélange entre religieux et médecine hospitalière se manifeste également dans le cas où une anomalie du fœtus est diagnostiquée. Les explications données par les migrantes reposent principalement sur le système de pensée suggéré par l'islam, tel que l'échange du corps de l'enfant par les *jinné*. Or la plupart d'entre elles écoutent les conseils des gynécologues, si bien que, si nécessaire, elles acceptent l'avortement thérapeutique. Le recours à cette pratique, interdite par la religion musulmane après le quatrième mois de grossesse, c'est-à-dire le moment où, selon le Coran, l'âme est insufflée au fœtus, montre que la référence à l'islam peut être redéfinie ou exprimée différemment en contexte migratoire. D'autre part, la frontière entre domaine religieux et domaine médical n'est pas fixée une fois pour toutes, elle change d'une expérience subjective à une autre. C'est ainsi que certaines femmes refusent d'interrompre leur grossesse, tandis que d'autres profitent des opportunités médicales qui leur sont offertes en Italie en cas de malformation fœtale. En revanche, leur attitude à l'égard de l'amniocentèse est plus méfiante qu'à l'égard de l'échographie. Cette deuxième technique prénatale, visant à s'assurer de l'absence de maladies génétiques chez le fœtus, ne semble pas « attirante » pour les migrantes interrogées, qui font souvent le choix de la refuser. Cette décision semble reposer sur la crainte que cette technique médicale soit dangereuse pour la santé du fœtus, voire pour leur propre vie. Elles perçoivent la soustraction d'une partie du liquide amniotique comme une forme d'affaiblissement de la santé du fœtus. Selon Fatoumata, arrivée en Italie en 2010, pendant l'amniocentèse, le fœtus serait privé d'une partie de son principe vital (*fit*) – l'« eau du ventre » ou le liquide amniotique –, alors que celui-ci doit être préservé. Cette intervention risque d'attirer l'attention des *jinné* et de provoquer la mort prématurée du fœtus. Par conséquent, la plupart des femmes rencontrées en Italie refusent cette technique qu'elles définissent comme une source de danger, car elle expose les enfants à l'action de ces agents du mal (Augé et Herzlich, 1984). Loin d'être attirées indifféremment par l'offre hospitalière rencontrée en Italie, les migrantes sénégalaises réalisent donc une sélection minutieuse parmi ses éléments en fonction des avantages et des risques, réels ou imaginaires, associés au parcours reproductif (Quagliariello, 2019).

On retrouve la même attitude au moment de l'accouchement. Le principal remède utilisé par les migrantes face à la douleur du travail est l'invocation de l'aide d'Allah. Cet « appel à Dieu » se fait à travers la récitation de prières en salle d'accouchement ou encore le recours à l'eau bénite qui, appliquée sur le ventre, est considérée comme à même d'accélérer la naissance de l'enfant. Ces pratiques, conseillées aux femmes par les marabouts, visent à garantir un accouchement rapide et sans douleur, sans interventions pharmacologiques, telle la péridurale, ou chirurgicales, telle la césarienne. Enfin, le désir d'accueillir les nouveau-nés en suivant les recommandations du Coran se retrouve aussi après l'accouchement. En Afrique de l'Ouest (et ailleurs),

⁷ - Les coûts des ultrasons au Sénégal sont compris entre 25 et 50 euros en contexte urbain. Les femmes ont rarement accès à ce test de diagnostic en contexte rural.

les premières heures de vie sont considérées comme un moment extrêmement délicat pour le nouveau-né (Bonnet, 1988 ; Fainzang, 1986 ; Razy, 2007). Le bébé, qui serait encore dans une phase liminale entre la vie et la mort (Barry, 2001), est exposé aux actions négatives des *jinné* qui pourraient s'opposer à la poursuite de son existence extra-utérine – ce phénomène est indiqué en wolof par l'expression *nit ku bon*, littéralement l'« enlèvement du nouveau-né par les êtres du monde invisible » (Zempléni et Rabain, 1965). Les remèdes employés dans la maternité de Poggibonsi montrent l'importance accordée par les mères sénégalaises à ces dangers. Parmi les pratiques les plus répandues, on trouve la « prophylaxie » du bébé avec quelques gouttes d'eau bénite (*tocantal*) avant de commencer les vaccins et l'allaitement au sein, ceci afin de créer une barrière de protection contre ces dangers et toute maladie néo-natale.

Quelle cohabitation entre religieux et médical dans l'assistance aux migrantes sénégalaises ?

La maternité de Poggibonsi a été l'une des premières en Italie à introduire une philosophie de la naissance centrée sur une personnalisation de l'assistance hospitalière offerte aux femmes. Depuis les années 1980, les critiques avancées dans ce service contre la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement ont été accompagnées par la promotion d'autres formes de prise en charge des femmes, tel l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement dit « humanisé » (Quagliariello, 2017). L'histoire particulière de cette maternité où les migrantes sénégalaises viennent accoucher par hasard explique en grande partie l'ouverture manifestée par le corps médical vis-à-vis des pratiques exportées depuis le Sénégal. On lit, dans les témoignages des sages-femmes interrogées, la conviction que, pour que les patientes étrangères se sentent « bien accueillies », il faut accepter, et non rejeter, leur vision du monde. Selon ce groupe de professionnelles, la possibilité pour les migrantes de s'appuyer sur une « façon de faire » propre à leur contexte d'origine les aiderait à se sentir « plus à l'aise » pendant la grossesse et « moins stressées » pendant l'accouchement. C'est entre autres l'avis de Marina, sage-femme à la maternité de Poggibonsi depuis 1994 :

« Pour beaucoup d'entre nous [sages-femmes], il n'y a rien de mal à accepter que les patientes étrangères aient une autre façon de faire. Beaucoup de mères sénégalaises portent des amulettes. Certaines se lavent avec de l'eau qu'elles pensent être sacrée, d'autres encore font des prières. Elles sont convaincues que c'est grâce à ces choses-là que l'accouchement et la naissance de l'enfant se passent bien. C'est leur culture ! La seule chose que nous obtiendrions en interdisant ce genre de choses serait une détérioration de leur assistance à l'hôpital.»

Le choix des sages-femmes de ne pas contrarier les habitudes des patientes sénégalaises répond donc à la volonté de leur fournir une assistance basée sur le respect de leurs besoins culturels. Selon la vision de ces professionnelles, les pratiques « exportées » du Sénégal fonctionnent comme un soutien psychologique pendant l'expérience reproductive. Ces professionnelles attribuent donc à ces

pratiques une « efficacité symbolique » (Lévi-Strauss, 1958) qui a partie liée avec le « confort psychologique » à l'étranger. Le choix de ne pas abandonner sa propre façon de faire, qui permettrait aux femmes de se sentir « moins éloignées » de leur contexte d'origine, serait fondamental pour l'intégration des patientes étrangères dans la maternité étudiée.

L'attitude des médecins interrogés diffère de celle des sages-femmes. Parmi eux prévaut la mise en avant de la nécessité pour toutes les patientes, quelle que soit leur origine, de respecter les normes hospitalières. De ce fait, ils sont dans l'ensemble opposés aux pratiques non médicales mises en place par les migrantes sénégalaises. Francesca, obstétricienne à la maternité de Poggibonsi depuis 2003, décrit ces pratiques comme contraires au savoir scientifique et incompatibles avec les règles établies par les protocoles hospitaliers. Dans les discours de ce deuxième groupe de professionnels, la lutte contre les infections ainsi que la prévention des maladies sont des priorités dans l'assistance aux parturientes et aux nouveau-nés. C'est pourquoi ils s'opposent à la présence des « *gris-gris* » dans les consultations prénatales, des boissons bénites (*safara*) en salle d'accouchement et des liquides sacrés pour le nouveau-né (*tocantal*) dont l'origine et le contenu ne sont pas connus par le personnel médical. Il en résulte une division accrue entre sages-femmes et médecins dans l'assistance aux patientes étrangères, où les premières accusent les seconds de ne pas respecter la culture d'origine des migrantes. Cette division du corps médical conduit parfois certaines sages-femmes à soutenir les pratiques des migrantes en les cachant aux médecins. Une telle attitude comporte néanmoins un risque de « culturalisme » (Nacu, 2011 ; Bridges, 2011) : les sages-femmes tolèrent et valorisent la culture d'origine des migrantes, sans envisager *de facto* une articulation entre plusieurs systèmes de soins. Autrement dit, si, pour les obstétriciens, le seul système légitime est celui de la médecine hospitalière, l'attitude des sages-femmes se limite à une « posture inter-culturelle » (Moro, 2008) ; la négation de toute fonction préventive et thérapeutique des pratiques mises en place par les migrantes est emblématique à ce propos. La diversité culturelle est tolérée dans cette maternité, mais pas la cohabitation de plusieurs modèles de soins respectivement issus du domaine religieux et médical.

Conclusion

Comme nous l'avons montré à partir des histoires d'Aida, de Fatou et d'Aminata, l'expérience reproductive recherchée par les migrantes sénégalaises en Italie repose sur l'articulation entre deux domaines qui ne sont indépendants qu'en apparence : celui du religieux et celui de la médecine. Selon les migrantes rencontrées en Italie, le discours biologisant distinctif du savoir (bio)médical n'explique qu'en partie les problèmes liés à la fertilité, au déroulement de la grossesse et à l'accouchement. La possibilité de tomber enceinte, de mener sa grossesse à terme et d'accoucher sans embûches dépendrait aussi de facteurs externes au fonctionnement du corps féminin (et masculin). Les résultats de notre recherche montrent que l'expérience reproductive se présente comme un parcours entre plusieurs systèmes de connaissance et de représentations du corps. Ces formes de bricolage se manifestent à toutes les étapes de l'expérience reproductive, où la religion et la médecine s'entrecroisent à plusieurs niveaux. Le choix d'utiliser conjointement les prières et les traitements hormonaux

pour tomber enceinte, la tendance à porter des amulettes et à réaliser des échographies pendant la grossesse, ou encore le recours en parallèle à l'eau bénite et à d'éventuels médicaments pour assurer la santé du nouveau-né en sont des exemples. Cela vaut également pour les figures savantes que les migrantes ont l'habitude de consulter avant, pendant et après l'accouchement, tels les représentants du savoir coranique (marabouts) et de l'univers médical et hospitalier (sages-femmes et gynécologues).

Cependant, la recherche de « solutions » et les itinéraires thérapeutiques (Kleinman, 1978) mis en place à l'étranger montrent que les remèdes religieux priment généralement sur les remèdes médicaux (Touag, 2012). Malgré l'attraction pour les techniques médicales disponibles en Italie et absentes au Sénégal, dans la plupart des cas, les migrantes sénégalaises utilisent d'abord les prières et ensuite les tests de fertilité quand elles ont des difficultés à tomber enceintes. De même, elles essaient d'assurer le « bon développement » du fœtus à travers les protections basées sur le Coran, en premier lieu, pour faire des échographies à l'hôpital, en second lieu. Ou encore, elles utilisent d'abord le *tocantal* pour ensuite se tourner vers les médicaments afin d'assurer la bonne santé du bébé. Dans ce scénario, leurs propres mères jouent un rôle décisif malgré la distance géographique. Ce sont elles et, dans une moindre mesure, les autres femmes de la communauté migrante qui rendent possible la consultation des marabouts ainsi que le recours aux amulettes en Italie. Enfin, les résultats de notre recherche montrent que la cohabitation entre plusieurs systèmes de soin n'est pas acceptée par tous les professionnels de santé qui assistent les mères sénégalaises en Italie. La friction entre domaine religieux et domaine médical prend différentes formes selon les catégories professionnelles : l'opposition à tout remède lié à la religion dans le cas des obstétriciens et la réduction de ces remèdes à une « simple expression » de la culture d'origine des migrantes dans le cas des sages-femmes. Il en résulte un échec du dialogue entre religion et médecine en tant que systèmes de soins qui, à la fois préventifs et curatifs, sont mobilisés conjointement par les migrantes sénégalaises.

En examinant la combinaison des remèdes religieux et médicaux lors de l'expérience reproductive en Italie, cet article apporte une contribution à l'étude des itinéraires de soin en contexte migratoire. Les données collectées montrent notamment à quel point les femmes étrangères jouent entre et s'approprient différents systèmes de santé afin de trouver des réponses à leurs besoins de soin avant, pendant et après l'expérience d'enfantement. Plusieurs pistes d'analyse restent ouvertes et méritent d'être approfondies à l'avenir, en particulier l'étude de l'influence des expériences reproductives vécues en Italie lorsque les femmes retournent vivre au Sénégal, c'est-à-dire dans un contexte où les articulations entre religion et domaine médical sont différentes par rapport à ce qui se passe dans l'expérience migratoire.

Références bibliographiques

Augé M. et Herzlich C. (dir.),

1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, L'Harmattan.

Badji B.,

1993, *La folie en Afrique. Une rivalité pathologique*, Paris, L'Harmattan.

Barry A.,

2001, *Le corps, la mort et l'esprit du lignage. L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine*, Paris, L'Harmattan.

Benoist J. (dir.),

1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Bonnet D.,

1988, *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi (Burkina Faso)*, Paris, Éditions de l'ORSTOM.

Bridges K. M.,

2011, *Reproducing Race. An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialisation*, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press.

Camara N. A.,

2008, « La représentation de l'enfant dans la psyché maternelle : nouvelles perspectives à la lumière de l'échographie obstétricale », *Psychopathologie Africaine*, 34 : 283-299.

Cognet M., Hoyez A.-C. et Poiret C.,

2012, direction du numéro « Expériences de la santé en migration », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28/2.

Cohen P. et Rossi I.,

2011, « Le pluralisme thérapeutique en mouvement », *Anthropologie & Santé*, 2. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/606>

Copans J.,

1980, *Les marabouts de l'arachide. La confrérie mouride et les paysans du Sénégal*, Paris, Le Sycomore.

Cruise O'Brien D. B.,

1971, *The Mourides of Senegal. The Political and Economic Organisation of an Islamic Brotherhood*, Oxford, Clarendon Press.

Diop A.B.,

1985, *La famille wolof : tradition et changement*, Paris, Karthala.

Diouf M.,

1994, *Sénégal. Les ethnies et la Nation*, Paris, L'Harmattan.

Durand-Comiot M. L.,

1977, « La psychose puerpérale ? Étude en milieu sénégalais », *Psychopathologie Africaine*, 13 : 269-335.

Fainzang S.,

1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.

Fassin D.,

1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Gabarro C.,

2018, « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion », *Migrations Société*, 171/1 : 93-104.

Godelier M.,

2007, *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*, Paris, Albin Michel.

Gojard S.,

2010, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute.

Gueye M.,

2008, « Troubles psychopathologiques de la gravido-puerperalité », *Psychopathologie Africaine*, 34 : 51-84.

Hoyez A.-C.,

2015, « Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France. La santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement », *Migrations Société*, 161/5 : 157-172.

Kleinman A.,

1978, « Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research », *Annales of Internal Medicine*, 88 : 251- 258.

Kotobi L. et Lemonnier C.,

2015, « Ethnographier les itinéraires thérapeutiques en santé reproductive pour mieux comprendre le recours aux soins : le cas des femmes en difficulté dans le Médoc », *Revue Sociologie Santé*, 38 : 199-233.

Lévi-Strauss C.,

1958, *Anthropologie structurale*, Paris, Presses Universitaires de France.

Mondain N.,

2009, « Maternité et mariage en milieu rural sénégalais : quel avenir pour les mères célibataires ? » in Mondain N. (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Louvain, Presses universitaires de Louvain : 111-130.

Moro M. R.,

2008, *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Paris, La Pensée sauvage.

Musso S.,

2017, « Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations », *Idées économiques et sociales*, 189 : 20-27.

Nacu A.,

2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes 'migrantes' dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 53 : 109-130.

Olivier de Sardan J.P. et Jaffré Y. (dir.),

2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Petit V. et Wang S.,

2018, « Éditorial : La santé mentale en migrations internationales », *Revue européenne des migrations internationales*, 34/2-3 : 7-20.

Quagliariello C.,

2017, « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? Une étude de cas en Italie », *Anthropologie & Santé*, 15 : 1-18.

Quagliariello C.,

2019, « Birth Models in and between Italy and Senegal: a Cross-cultural Inquiry on the Risks related to Childbirth and Birth Technologies », *Health, Risk & Society*, 21/3-4 : 207-225.

Razy E.,

2007, *Naître et devenir. Anthropologie de la petite enfance en pays Soninké (Mali)*, Paris, Société d'Ethnologie.

Rivers W.H.R.,

1924, *Medicine, Magic and Religion*, London, Kegan Paul.

Sakoyan J., Musso S. et Mulot S.,

2011, « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie & Santé*, 3 : 1-13.

Sauvegrain P.,

2012, « La santé maternelle des 'Africaines' en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28 : 81-100.

Sauvegrain P. et al.

2017, « Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy: a Qualitative Study », *BJOG*, 124/12 : 1858-1865.

Sicot F. et Touhami S.,

2018, « Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives », *Revue européenne des migrations internationales*, 34/2-3 : 101-130.

Sow I.,

2009, *Divination, marabout, destin. Aux sources de l'imaginaire*, Dakar, IFAN.

Stan S.,

2015, « Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe », *Social Science & Medicine*, 124 : 346-355.

Touag H.,

2012, « Guérir par l'islam : l'adoption du rite prophétique – *Roqya* – par les salafistes en France et en Belgique » in Maréchal B. et Astri F. (dir.), *Islam belge au pluriel*, Louvain, Presses Universitaires de Louvain : 201-218.

Willen S.,

2012, « Migration, 'Illegality' and Health: Mapping Embodied Vulnerability and Debating Health-related Deservingness », *Social Science and Medicine*, 74/6 : 805-811.

Zempléni A. et Rabain, J.,

1965, « L'enfant *nit ku bon*. Un tableau psycho-pathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Psychopathologie Africaine*, 1 : 329-441.

« **Se soigner avec le Coran, donner naissance à l'hôpital.**
Bricolages thérapeutiques dans la migration sénégalaise en Italie. »

Résumé

À partir d'une enquête ethnographique menée en Italie, cet article porte sur les solutions thérapeutiques mobilisées par les migrantes sénégalaises face à (1) la difficulté de tomber enceinte, (2) la perte de l'enfant pendant la grossesse (fausse couche) et (3) le moment de l'accouchement. La reconstruction des facteurs qui, selon les migrantes, contribuent à la réussite ou à l'échec de la grossesse et de l'accouchement nous permettra de réfléchir aux formes de cohabitation entre pratiques religieuses et domaine (bio)médical lors de l'expérience reproductive en exil.

Mots-clés : santé reproductive – accouchement – remèdes religieux – islam – hôpital – migrantes sénégalaises

“ **Healing with the Koran, giving birth in the hospital.**
Therapeutic tinkering in the Senegalese migration to Italy.”

Abstract

Based on an ethnographic survey conducted in Italy, this article focuses on the therapeutic solutions mobilized by Senegalese migrants in the face of (1) the difficulty of becoming pregnant, (2) the loss of the child during pregnancy (miscarriage) and (3) the moment of delivery. Reconstructing the factors that, according to the migrants, contribute to the success or failure of pregnancy and childbirth will allow us to reflect on the forms of cohabitation between religious practices and the (bio)medical field during the reproductive experience in exile.

Keywords: reproductive health – childbirth – religious remedies – Islam – hospital – Senegalese migrants