

# SIDA ET MIGRANTS AU BURKINA FASO : L'ILLUSION D'UNE PREVENTION CIBLEE

B./TAVERNE\*

## RESUME

Le rôle majeur des migrations dans la progression de l'épidémie à VIH a été mis très tôt en évidence. Actuellement, de nombreux intervenants dans la lutte contre le SIDA multiplient les déclarations affirmant qu'il faut agir de manière urgente et ciblée auprès des migrants.

Cette recommandation trouve son origine dans la désignation des migrants en tant que groupe cible. Or il s'avère que pour un pays de forte émigration tel le Burkina Faso, il est impossible d'identifier les migrants avant leur départ en migration, aussi aucune stratégie de communication satisfaisante ne peut leur être proposée.

Considérer les migrants comme un groupe cible procède d'une confusion entre groupe à risque et groupe cible : le premier est défini à partir d'observations statistiques, le second dans le but d'une intervention en santé publique à partir de critères sociologiques ; ils ne peuvent se superposer.

Continuer à affirmer qu'il faut agir de manière ciblée en direction des migrants produit un discours de stigmatisation et d'exclusion identique à celui tenu à l'égard des prostituées. De tels propos favorisent la déresponsabilisation de la population générale : le SIDA n'étant considéré que comme le problème des "Autres" (migrants ou prostituées).

Dans le domaine de la politique sanitaire, le discours sur les migrants - et les prostituées - agit comme un écran qui occupe le devant de la scène ; il entraîne une mobilisation disproportionnée des efforts de lutte en dehors de toute réflexion sur la pertinence du choix de ce groupe en tant que cible.

*Mots-clés : SIDA, migrant, migration, Burkina Faso.*

## SUMMARY

*AIDS and migrants in Burkina Faso : the illusion of a "targetted" prevention*

The chief role of migration in the spread of the HIV

epidemic was brought to the force very early. Several actors in the area of AIDS control are presently affirming, per repeated statements, the need to act on migrants in a targetted and urgent fashion.

This recommendation stems from the fact that migrants have been pinpointed as a target group ; but for a country such as Burkina with a high emigration rate, it isn't possible to identify migrants prior to their departure from the country. Thus, non satisfactory communication strategy can be presented to these migrants.

To consider migrants as a target group is the result of a mix-up between target group and group at risk ; the latter is group is defined on the basis of statistical observations, while the former is done, with a public health goal, based on sociological criteria. The two cannot be superimposed.

Insisting on the need to act on migrants as a target group is producing a language of exclusion and stigmatization akin to that is said of prostitutes. Such statements help to make the public irresponsible ; the outcome being that AIDS is thought of as being the problem of "Others" (migrants or prostitutes).

In the area of health policy, migrant-related speeches and others pertaining to prostitutes, act as a screen which occupies the foreground and brings about a disproportionate mobilization of control efforts, outside the framework of brainstorming the relevance of choosing this group as a target.

*Key-words : AIDS, migrant, migration, Burkina Faso.*

Dès le début de l'épidémie et dans la plupart des pays à travers le monde, les premiers sidécens identifiés furent souvent des migrants ; le rôle majeur des migrations dans la progression de l'épidémie a été mis très tôt en évidence (7, 13).

En Afrique de l'Ouest, il est admis que l'infection à VIH diffuse des pays côtiers (Nigeria, Bénin, Ghana, Côte

\*Ethnologue, médecin, Chargé de recherche à l'ORSTOM, 01 BP 182, Ouagadougou 01 (Burkina Faso)



d'Ivoire) vers les pays de l'intérieur (Mali, Niger, Burkina) par l'intermédiaire des mouvements migratoires circulaires existant entre ces différents pays (12).

Au Burkina Faso, 80 % des migrants ont pour destination la Côte d'Ivoire (3) qui aurait l'une des plus fortes prévalences dans la région. Cette migration est ancienne, elle a débuté vers 1947 ; elle est massive : "en 1985, le nombre de Burkinabè présents dans ce pays est estimé à 620.000 personnes" (3)<sup>1</sup> ; elle est constante : en 1985, 25.000 personnes auraient quitté le Burkina et 50.000 y seraient revenues (4). Aussi tant du point de vue épidémiologique et démo-géographique, que de l'orientation des stratégies préventives, la situation au Burkina Faso, est caractéristique de ce qui se passe en Afrique de l'Ouest entre les pays côtiers et ceux de l'intérieur.

De nombreux intervenants (Etats ou organismes internationaux) donnent la priorité à l'action auprès des migrants pour limiter l'épidémie. Un consensus international paraît établi autour de ce choix. Les planificateurs de santé semblent certains de pouvoir mettre en œuvre les actions qui en découlent.

Ce choix est-il vraiment pertinent ? Permet-il des interventions ? Quelles en seraient les conséquences ? Qui sont et où se trouvent les migrants ?

### LE MIRAGE DE LA CIBLE

Dans un pays d'accueil, l'identification des immigrés est considérée comme facile ; il n'en va pas de même dans un pays d'émigration. Affirmer que les migrants sont ceux qui sont partis ou ceux qui reviennent conduit à l'impasse ; une stratégie de communication fondée sur cette définition se solde par un dilemme : ceux qui sont partis ne peuvent pas être informés, ceux qui reviennent peuvent être déjà contaminés. Une définition plus fine du groupe est donc nécessaire. D'après le recensement de 1985, les migrants burkinabè sont en majorité des hommes (80 %) jeunes (80 % ont entre 15 et 39 ans) et d'origine rurale (95 %) (3). Plus d'un million d'individus répartis sur l'ensemble du territoire, près de 12 % de la population totale du pays, correspondaient à cette définition en 1991 (INSD). Faute de renseignement plus précis, l'"action" serait logiquement destinée à l'ensemble des jeunes ruraux de sexe masculin, puisque les migrants seront issus de cette population.

A l'inverse des migrations internationales, les déplacements et les migrations à l'intérieur du pays<sup>2</sup> n'ont pas

1 - Selon le recensement ivoirien, il y aurait plus de 1,5 million de Burkinabès en Côte d'Ivoire (19) ; le code ivoirien de la nationalité considère comme "étranger" les personnes d'origine étrangère mais aussi leurs descendants nés sur le territoire de la Côte d'Ivoire (8).

2 - Au Burkina Faso, le recensement de 1985 définit comme migrants

encore retenu l'attention. Les risques de contamination qui leur sont liés sont occultés. Pourtant, ces mouvements touchent une plus large proportion de la population que la migration internationale (13,9 % de la population résidente contre 10,5 % en 1985) (3). Si la durée de ces déplacements est courte, en revanche, leur fréquence est élevée. Nombre de jeunes ruraux viennent régulièrement passer de quelques jours à plusieurs mois dans les grandes villes, pour des raisons scolaires, économiques ou familiales. Nos observations montrent qu'ils y entretiennent alors des "réseaux personnels"<sup>3</sup>, réactivés de manière épisodique à l'occasion de chacun de leur séjour ;

Les substrats de ces réseaux font fréquemment appel à des relations sexuelles - sans pour autant être liés à la prostitution. Si l'on évoque avec ces jeunes le risque de contamination, certains le rejettent selon l'argument qu'ils connaissent très bien leurs partenaires, souvent depuis plusieurs années. Ces pratiques révèlent la connexité entre les fragments de réseaux sexuels urbains et ruraux ; elles désignent une des voies de propagation de l'épidémie. Le migrant intérieur est considéré comme "resté au village" même s'il s'en est absenté pour quelques semaines ; il n'est jamais l'objet de la suspicion qui entoure le migrant de retour de l'étranger.

La recherche d'une cohérence dans la diffusion de l'information contre le SIDA imposerait de ne plus parler de "migrants et SIDA" mais de "personnes mobiles et SIDA". La "cible" devient bien plus large. Le "groupe" ne serait-il qu'un mirage ?

### ILLUSION DE L'ACTION

Trois stratégies d'intervention sont généralement envisagées pour diffuser une information spécifique auprès des migrants ; chacune tente de contourner la difficulté d'identification des migrants :

- . agir le long des voies de circulation,
- . intervenir sur les lieux de destination finale,
- . intervenir lors du retour.

#### Le long des voies de circulation

Il s'agit d'agir dans les gares routières ou ferroviaires et sur les lieux de repos ou d'arrêt durant le voyage (16). De nombreuses interventions de ce type sont déjà réalisées en

internes toutes personnes dont le lieu de résidence diffère de son lieu de naissance ; les aller-retour de courtes durées ne sont pas pris en compte.

3 - Le terme réseau est employé par référence au concept défini et utilisé entre autre par MITCHELL (13), BOISSEVAIN & MITCHELL (5).

divers pays à l'attention des personnes qui vivent de la route ou sur la route et qui se trouvent là dans leur lieu de vie habituel (1, 15). Si l'on peut espérer qu'un travail suivi et régulier avec ces personnes soit efficace, il ne peut être de même avec des migrants au cours de leur voyage. Quelle attention peut-on attendre d'une personne inquiète du voyage qui débute, préoccupée par la surveillance de ses bagages, de l'heure et le lieu de départ de son véhicule, par la crainte d'un racket ou fatiguée par quelques dizaines d'heures de transport dans des conditions rarement confortables ? Point n'est besoin d'être spécialiste de la communication pour savoir qu'il est impossible de convaincre, ou ne serait-ce qu'informer, une personne préoccupée ou fatiguée. L'impact de ce type d'intervention est impossible à apprécier autrement que par l'intermédiaire du nombre de préservatifs gratuitement distribués ou le décompte des personnes qui sont passées à proximité d'un stand d'information.

### Sur les lieux de destination finale

L'action sur les lieux de destination finale des migrants, dans le pays d'accueil, revient à laisser la totale responsabilité de cette activité au pays hôte et préjuge de ses capacités et de sa volonté d'intervention auprès des populations étrangères implantées sur son territoire. La charge est énorme pour un pays de forte immigration comme la Côte d'Ivoire ; environ 17 % de ses 10,8 millions d'habitants recensés en 1988 sont des "immigrants internationaux réels" originaires de tous les pays d'Afrique de l'Ouest (8). Les difficultés ne sont pas négligeables, techniques (dispersion géographique des migrants, diversité des langues) ou économiques (coût).

### Lors du retour

L'intervention lors du retour est destinée à prévenir la contamination des "familles". C'est la stratégie apparemment la plus facile puisqu'il serait aisé d'identifier les migrants de retour à qui délivrer l'information. Cette prévention de deuxième ordre est censée éviter l'apparition de cas secondaires à partir d'un cas primaire. C'est la stratégie du pis-aller parce qu'elle n'évite pas la contamination du migrant.

Une autre légitimation de ces actions serait de créditer les migrants d'un rôle de vecteur de l'information vers le reste

de la population. Un migrant correctement informé pourrait-il, par exemple, imposer l'usage du préservatif en revenant dans son village ?

Les usages sexuels sont très rigoureusement codifiés par le groupe social (2) ; toute tentative de modification ne peut être acceptée et durable que si sa légitimité est comprise par la communauté. Ainsi, certains jeunes utilisent des préservatifs en ville mais pas dans leur village car "les filles de la campagne ne sont pas civilisées et ne connaissent pas l'amour moderne" ; elles refuseraient une relation sexuelle plutôt que d'employer un préservatif.

Des campagnes "efficaces" d'information auprès des migrants, au mieux creuseront l'écart entre eux et le reste de la population ; on peut craindre que l'utilisation des connaissances n'en soit compromise. Destiner une information uniquement aux migrants, en tant que groupe, c'est leur attribuer une responsabilité qu'ils n'auront pas les moyens d'assumer.

## LES EFFETS PERVERS

### Le SIDA, c'est les autres

Désigner un groupe conduit inévitablement à l'exclusion et à la stigmatisation ; dans ce domaine, il y a symétrie de discours entre l'Occident et l'Afrique ; là, sont désignés les toxicomanes et les homosexuels, ici, les migrants et les prostituées. Dans la définition et la désignation de ces groupes, le discours populaire a pu satisfaire le besoin universel de rejeter l'origine du mal ; en Afrique, les migrants représentent un ailleurs géographique ; les prostituées, un ailleurs social. Une fois rejeté à la marge, le SIDA n'est pas considéré comme le problème de l'ensemble de la population mais celui des "autres" (9).

Un discours sur les migrants ou adressé en priorité aux migrants renforce l'idée d'une maladie venue d'ailleurs. Cela revient à les désigner comme responsables de la diffusion de la maladie d'abord dans le pays d'accueil puis au retour :

- dans le pays d'accueil, si une information est spécifiquement destinée aux migrants, alors les "étrangers" sont bien synonymes de "SIDA"<sup>4</sup> et l'ensemble de la population s'estimera moins concernée ;
- au retour, la désignation des migrants comme groupe à risque accrédite l'idée que seul ceux qui migrent à l'étranger s'exposent à la maladie ; elle conforte tous ceux qui ne sont jamais partis dans la certitude qu'ils ne

4- Les conséquences sociales de ce glissement ont rarement préoccupé les professionnels de la santé ou les responsables politiques (cf. les Haïtiens aux Etats-Unis (10))

sont pas concernés. La rumeur publique et l'expérience des dernières années multiplient les histoires de migrants "maigres, malades et sans argent" venant se soigner et mourir dans leur village.

De plus en plus souvent, les migrants de retour de Côte d'Ivoire sont mis en observation par leurs proches. Certains organisateurs de "campagne d'information" contre le SIDA y voient la preuve d'une "bonne réception des messages d'éducation sanitaire" par la population. Or cette mise en quarantaine est parfaitement illusoire. Le délai devrait être défini en fonction du temps écoulé entre la contamination et l'entrée dans la phase de maladie. Il n'est pas encore connu précisément ; dans les pays du Nord, on sait qu'il peut atteindre un dizaine d'années (17, 18) ; en Afrique, des données précises sur de longues périodes ne sont pas encore disponibles, il est possible que ce délai soit plus court mais pour la plupart des personnes contaminées il demeure supérieur à une année (14), durée dans tous les cas bien supérieure au délai de quarantaine.

Faussement rassurante, elle peut se révéler dangereuse. Un individu séronégatif qui présente un ou plusieurs épisodes de diarrhée à son retour est-il considéré comme sidéen ? Un homme sans la moindre manifestation pathologique parce qu'il se trouve dans les premières années de sa séropositivité, est-il considéré comme sain et bon à marier ? Il s'agit en fait d'une "quarantaine identitaire" (6) dans la mesure où elle est mise en place d'après l'identité des personnes isolées, définie par ceux qui se pensent à l'abri de la contamination parce qu'ils font partie de la "population générale" ; sans portée réelle sur la diffusion de l'épidémie, elle est un exemple supplémentaire de la stigmatisation des migrants. Elle peut être en partie attribuée aux messages d'information qui les désignent.

### **Le SIDA en s'en fout !**

Dans la plupart des situations d'immigration à travers le monde, les immigrés se retrouvent dans une position de marginalisés et d'inadaptés ; leur désignation comme groupe cible les place en position d'accusés, d'abord dans le pays d'accueil où ils sont déjà enclins au repli sur les valeurs et les normes de leur communauté d'origine, puis au retour où ils n'échappent pas à cette accusation ; ils sont alors suspectés de rapporter la maladie.

Ils rejettent évidemment cette accusation sur leur conduite présente ou passée qui met en cause leur moralité. Ils savent bien que "le SIDA s'attrape lorsqu'on fait le

vagabondage sexuel" mais ils n'acceptent pas les soupçons sur leurs "comportements sexuels". Selon eux, le séjour à l'étranger ne modifie pas notablement leurs pratiques sexuelles. Le rejet de l'accusation va parfois jusqu'à la provocation et au déni du risque : "le SIDA on s'en fout !".

### **CONFUSIONS ET PRET-A-PENSER**

Définir un groupe cible est un préalable indispensable à toute action d'information en santé publique. Il est a priori plus facile d'informer un groupe bien circonscrit et homogène qu'une population large et hétérogène. Les groupes reconnus à risque, notamment les migrants, semblent tout désignés. pourtant, ce choix repose sur deux confusions qui s'associent :

- une première confusion entre pratiques contaminantes et contextes dans lesquels elles ont lieu ; la migration est décrite comme une "pratique à risque" qui, en elle-même, exposerait le migrant à la contamination alors qu'elle n'est qu'un contexte pouvant être plus ou moins propice à la prise de risque ; un glissement est effectué entre les modes de transmission et les circonstances dans lesquelles ils se produisent comme en témoignent les propos suivants : "la prééminence (de la transmission) revient à la voie sexuelle (...) cependant, il est un autre domaine inhérent au comportement humain qui joue un rôle très important (...) et qui a été largement négligé dans la recherche comportementale (...) il s'agit des migrations" (11),
- une deuxième confusion entre groupes à risque et groupes cibles ; les groupes à risque sont identifiés par les épidémiologistes sur la base de critères statistiques alors que les groupes cibles sont définis par les professionnels de santé publique sur la base d'arguments épidémiologiques et sociologiques ; or, on ne peut passer des statistiques épidémiologiques à l'action de santé publique sans en référer à la complexité du social, car c'est bien sur ce terrain que la partie sera jouée ; aussi "l'aveuglante réalité" statistique - la forte prévalence du SIDA chez les migrants - ne permet pas de fonder directement une action pertinente en santé publique si elle n'est pas au préalable l'objet d'une analyse tenant compte du contexte sociologique.

Dans un pays d'émigration tel le Burkina Faso, considérer les migrants comme un groupe cible relève d'un prêt-à-penser facile ; sa vertu est de se référer à une entité

conceptuelle bien définie mais à laquelle ne correspond pas une entité pertinente en santé publique ; cela conduit à rejeter l'indispensable réflexion préalable à la définition de groupes cibles.

Pourtant ce choix rassure. Il rassure les organismes qui croient tenir une cible accessible et souhaitent prouver leur efficacité. Il rassure les bailleurs de fonds internationaux, qui veulent démontrer leur implication à moindre coût. Il rassure la population, qui constate avec soulagement qu'elle n'est pas concernée... Désigner le mal, n'est-ce pas d'abord se rassurer en croyant le combattre ?

### D'ABORD, NE PAS NUIRE

Les critères conduisant à la définition d'un groupe cible doivent être étudiés en fonction des particularités de chaque environnement social dans lesquels les actions sont prévues ; les cibles ne peuvent être identiques dans un pays d'émigration et dans un pays d'immigration, de même qu'elles sont différentes en Europe, en Amérique ou en Afrique.

Le SIDA mobilise ou réactualise de manière rapide et profonde des attitudes de stigmatisation et d'exclusion envers les malades dans toutes les sociétés ; aussi il convient d'être extrêmement prudent dans la définition d'un groupe cible, afin que ce ne puisse être la première étape d'un processus de différenciation d'un groupe de personne au sein d'une population par le seul fait qu'il apparaisse comme le destinataire privilégié ou exclusif de l'information diffusée et donc le seul concerné par la maladie.

L'identification d'une cible dans le domaine de la communication sur le SIDA est un processus délicat, la crainte d'effets secondaires néfastes doit être une préoccupation constante, les intervenants dans ce domaine doivent reprendre à leur compte la recommandation des cliniciens : "d'abord, ne pas nuire".

L'identification d'une cible dans le domaine de la communication sur le SIDA est un processus délicat, la crainte d'effets secondaires néfastes doit être une préoccupation constante, les intervenants dans ce domaine doivent reprendre à leur compte la recommandation des cliniciens : "d'abord, ne pas nuire".

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - A.F.V.P. (Association Française des Volontaires du Progrès) Burkina Faso, 1993, Prévention du SIDA chez les routiers. Rapports d'activité trimestriels de 1991 à 1993, AFVP, Ouagadougou, n.p.
- 2 - BALANDIER G.  
Le sexuel et le social, lecture anthropologique.  
Cahiers International de Sociologie, LXXVI : 5-19.
- 3 - BLION R.  
Phénomènes migratoires et migration de retour : l'analyse socio-économiques du retour des migrants burkinabè de la Côte d'Ivoire.  
Mémoire de D.E.A., univers. Paris I, 1990, 150 p. + annexe.
- 4 - BLION R.  
Retour au pays des Burkinabès de Côte d'Ivoire.  
Hommes et Migrations 1992, n°1160 : 27-31.
- 5 - BOISSEVAIN J., MITCHELL J.C.  
Network analysis. Studies in human interaction.  
Mouton, The Hague, Paris, 1973.
- 6 - CRAWFORD R.  
The Boundaries of the self and the unhealthy other : reflections on health. Cultures and AIDS.  
Social, Science and Medecine, 1994, 38(10) : 1347-1365.
- 7 - DAWSON M.H.  
AIDS in Africa : historical roots.  
pp. 57-69 in AIDS in Africa, the Social and policy impact, MILLER n., ROCKWELL R.,(Ed),  
Studies in African health and Medecine.  
The Edwin Mellen Press, Lewiston, USA 1988, 336 p.
- 8 - FAURE Y.A.  
Petits entrepreneurs de Côte d'Ivoire, des professionnels en mal de développement.  
Ed. Karthala, Paris 1994, 385 p.
- 9 - GOLDIN C.S.  
Stigmatization and AIDS : critical issues in public health.  
Social, Science and Medecine, 1994, 39 (9) : 1359-1366.
- 10 - GRMEK M.D.  
Histoire du SIDA.  
Ed. Payot, Coll. Médecine et sociétés, Paris, 1990, 418 p. (1e édition 1989).
- 11 - GUERNY (du) J.  
Migrations et SIDA en Afrique.  
La chronique du CEPED, 1994, (15) : 4-5.
- 12 - LALOU R., PICHE V.  
Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest : un état des connaissances.  
Les dossiers du CEPED, 1994 (28) CEPED Paris, 53 p.
- 13 - MITCHELL J.C. (Ed).  
Social networks in urban situations, analyses of personal relationships in Central African towns.  
Manchester University Press, 1969, 333 p.
- 14 - MUDLER D.W, NUNN A.J., WAGNER H.A. et al.  
HIV I incidence and HIV 1 associated mortality in a rural Ugandan population cohort.  
AIDS, 1994, 8 : 87-92.
- 15 - ORUBUJOYE I.O., CALDWELL P., CALDWELL J.C.  
The role of high-risk occupations in the spread of AIDS : truck drivers and itinerant market women in Nigeria.  
International Family Planning Perspectives, 1993, 19 : 43-48.
- 16 - PAINTER T.M.  
Migrations et SIDA en Afrique de l'Ouest : étude des migrants du Niger et du Mali en Côte d'Ivoire, contexte socio-économique, caractéristiques de leur comportement sexuel et implications pour les initiatives en matière de prévention du SIDA.  
HIV/AIDS reports, Care, New-York 1992, 98 p.
- 17 - RUTHERFORD G.W., LIFSON A.R., HESSOL N.A.  
Course of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men : an 11 years follow-up study.  
Br. Med. J. 1990 301 : 1183-1188.
- 18 - RUTHERFORD G.W.  
Long term survival in HIV 1 infection . Some people may remain free of AIDS 25 years after initial infection.  
Br. Med. J. 2 : 310-311.
- 19 - ZANOU C.B.  
Migrations.  
Séminaire national de présentation des résultats du recensement général de la population et de l'habitat (R.G.P.H. 1988), Direction de la Statistique et de la comptabilité nationale, République de Côte d'Ivoire, 1991, 13 p.

# Médecine d'Afrique Noire

Revue mensuelle d'informations médicales et d'enseignement post-universitaire

TOME XXXXIII - N°1

JANVIER 1996

## DIRECTEURS SCIENTIFIQUES

Pr. L.J. ANDRE  
Pr. A. BOURGEADE  
Pr. J.P. COULAUD  
Pr. M. GENTILINI  
Pr. M. LEBRAS  
Pr. P. PENE

- . EDITORIAL  
Présentation de la plaquette des IVèmes Journées des Sciences de la Santé  
Santé Urbaine - Santé Rurale - Migrations humaines - Bobo-Dioulasso  
(Burkina Faso) - 5 au 8 avril 1995  
G. DURAND, Président du Comité Scientifique..... 3
- . Suivi par le monitoring de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako :  
l'expérience du District de HOUNDE  
D. NACOULMA, F. PETITJEAN, A. SANOU..... 7
- . La cryptococcose neuro-méningée au cours du SIDA : étude préliminaire  
à l'Hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)  
G. KI-ZERBO, A. SAWADOGO, A. MILLOGO, J.N. ANDONABA, A. YAMEOGO,  
L. OUEDRAOGO, M. TAMINI, G. DURAND..... 13
- . Pathologie gastrique et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) à  
l'Hôpital National de Ouagadougou  
D. ILBOUDO, A. BOUGOUMA, P. BONKOUNGOU ..... 20
- . Evolution d'une action d'information et d'éducation sur le SIDA chez des  
chauffeurs routiers du Burkina Faso  
J. TESTA, B. SONDO, M. CROCHET, G. OUANGO, L. EUSTACHE, D. OUOBA,  
R. SOUDRE ..... 25
- . SIDA et migrants au Burkina Faso : l'illusion d'une prévention ciblée.  
B. TAVERNE..... 31
- . Morsures de serpents à Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques,  
thérapeutiques et évolutifs à propos de 70 cas.  
Y.J. DRABO, S. SAWADOGO, J. KABORE, J. CHABRIER, R. TRAORE, C. OUEDRAOGO. 37
- . La sérothérapie antivenimeuse en Afrique, cent ans après CALMETTE  
J.P. CHIPPAUX ..... 45
- . Annonce des 5èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso  
(Burkina Faso) - 10 - 13 avril 1996..... 51
- . Hépatite aiguë au cours du traitement antituberculeux : cause iatrogène ou  
étiologie virale ?  
C. KUABAN, P. HAGBE..... 53
- . Hypertension artérielle des populations originaires d'Afrique Noire  
Ed. BERTRAND, O.O. AKINKUGBE, Y; FRANCES, R.F. GILLUM, J. LANGLOIS,  
P. LIJNEN, J.R. M'BUYAMBA-KABANGU, W.F.T. MUNA, N.R. POULTER,  
P. TCHERDAKOFF, J.E. TOUZE, J.P. VAN DE WALLE  
(Paru aux Editions PRADEL, 4 passage de la Main d'Or, 75011, Paris) ..... 56

PM 91  
S. in  
COTE