

*Le risque et le stigmaté.
Les comportements sexuels
des migrants de retour et des séropositifs,
deux cas ouest-africains*

RICHARD LALOU et PHILIPPE MSELLATI

Les notions de risque et de stigmaté ont été particulièrement sollicitées ces dernières décennies par la recherche en sciences sociales, notamment dans le champ du sida. En particulier dans le domaine du VIH, le risque n'est pas seulement une donnée fixe, mesurée et objectivée par la recherche médicale et épidémiologique, mais il exprime aussi une construction sociale, individuelle et communautaire, qui se redéfinit au gré des situations de vie et des histoires collectives (Peto *et al.*, 1992 ; Bajos *et al.*, 1998 ; Van Campenhoudt, 1999 ; Delor et Hubert, 2000 ; Vidal, 2001). De même, très tôt dans l'épidémie du sida, les stigmates portés par les personnes soupçonnées d'être infectées ont été les marques non seulement de l'infection (ou de la maladie) mais également de son risque ; autrement dit, ils ont désigné une différence aussi bien réelle que virtuelle. En passant d'instrument de la connaissance épidémiologique à celui d'outil de gestion de la santé publique, on peut dire que le risque est devenu un élément de l'identité sociale, et le facteur de risque son stigmaté : homosexualité, toxicomanie, hémophilie, prostitution, étrangers originaires d'une zone d'endémie...

En Afrique, le classement des risques contenus dans les discours de santé publique dessine également des frontières discriminantes entre les populations

à risque et les autres. Mais au sein des populations africaines, ces contours sont parfois plus flous et se démarquent finalement d'une sexualité décrite comme très permissive. Les relations hétérosexuelles, déclarées comme le principal mode de transmission du VIH en Afrique subsaharienne, ont fait de l'activité sexuelle le seul paradigme pour l'analyse de l'épidémie du sida sur ce continent (Packard et Epstein, 1992). La pratique la plus fortement indexée est le multipartenariat sexuel, en plus de la fréquentation de prostituées. Selon les interprétations, cette pratique, soit, caractérise l'ensemble des Africains — le multipartenariat sexuel est alors une marque de leur identité culturelle et sexuelle (Hrды, 1987 ; Caldwell *et al.*, 1989 ; Rushton et Bogaert, 1989)¹ —, soit, affecte des groupes particulièrement sensibles aux processus de transformation des économies et des sociétés africaines (et à l'instabilité politique de ces pays), transformations qui induisent en retour un affaiblissement des liens sociaux et familiaux traditionnels et des modifications dans les comportements sexuels. Les groupes ainsi ciblés sont les travailleurs dans les mines, dans les grandes industries ou sur de grandes exploitations agricoles, les forestiers, les migrants de travail, les transporteurs routiers, les militaires, les réfugiés et les déplacés, les adolescents (scolarisés ou non), les femmes, les pauvres... En Afrique, ces groupes sont donc multiples, disparates et, pour certains, très importants et hétérogènes. Tous supportent néanmoins l'accusation sociale d'une sexualité débridée, même si le soupçon pèse sans doute plus lourdement chez certaines parties de la population, comme les jeunes et les femmes. Enfin en Afrique, comme ailleurs, les séropositifs souffrent à la fois du blâme d'une vie supposée dissolue — accusation qui peut s'exprimer au sein des situations sociales les plus ordinaires —, et du stigmatisme du corps contaminant, qui se manifeste davantage au moment des relations intimes et affectives (Delor, 1997 ; Théry, 1999). De

1. Dans les premières années de l'épidémie du sida, l'analyse portée sur la sexualité des Africains marque une continuité avec la tradition culturaliste de la recherche coloniale, intéressée surtout par les usages perçus comme exotiques et jugés déviants. La résurgence insistante de notions et de descriptions de pratiques, telles que la *promiscuité sexuelle*, le *vagabondage sexuel* ou encore le « *dry sex* » sont sans doute des expressions fortes de cette filiation idéologique (Dozon et Fassin, 1989 ; Leslie, 1990 ; Bibeau 1991 ; Le Blanc *et al.*, 1991 ; Packard et Epstein, 1992 ; Seidel, 1996).

même, rappelons que la question de la sexualité des personnes atteintes, et de la gestion des risques qui y sont attachés, n'est apparue qu'assez récemment dans la recherche en sciences sociales (Schiltz et Sandfort, 2000).

Cette thématique du risque et du stigmaté associés à l'épidémie du sida est si présente dans les espaces de l'intervention sanitaire et de la recherche, nous avons voulu la revisiter en comparant les comportements de prévention face à la transmission sexuelle et à la discrimination de deux populations identifiées à risque. Il s'agit des migrants de retour et des séropositifs, dont les risques assignés ne sont pas de même nature, ni de même ampleur, et qui ne les engagent pas de la même façon dans l'élaboration des stratégies de prévention.

Quelle que soit la lecture portée sur la relation entre la migration et le sida — que le migrant soit un vecteur de maladie ou qu'il soit une personne sexuellement vulnérable —, le risque qui lui est attaché est toujours un risque potentiel incorporel, à l'instar de celui de toute personne séro-agnostique. Il s'agit de la possibilité de rencontrer un partenaire porteur du virus lors d'une activité sexuelle, le migrant étant supposé plus susceptible d'avoir des conduites sexuelles à risques ou d'infecter le partenaire sexuel en particulier au retour (risque accru lorsque le migrant a séjourné dans des zones à forte endémie), tous ces risques étant auto-évalués à partir des connaissances, des perceptions et des pratiques du migrant. Dans le cas des séropositifs, le risque est, au contraire, médicalement avéré. Il s'agit du risque de contaminer l'autre, séronégatif, lors d'un rapport sexuel et d'être responsable de la diffusion de la maladie.

Par ailleurs, en disant que le risque est indissociable de la condition du séropositif et qu'il dépend des conduites du migrant, on signifie une différence essentielle dans les accusations souvent portées à ces deux groupes de population et dans les risques sociaux qu'ils ont à affronter. Dans leur communauté d'origine, les migrants de retour peuvent être confrontés au double soupçon de l'infection et de la transgression aux normes sexuelles collectives (virginité pré-nuptiale, fidélité conjugale) ; transgressions dont la communauté se veut indemne. L'accusation portée aux séropositifs met en jeu plus profondément leur identité sociale en désignant le corps et sa « blessure ». Le stigmaté est

celui du corps dangereux, qui menace le corps de l'autre (le partenaire) et le corps social « en bonne santé ». Dès lors, les migrants et les séropositifs peuvent maintenir leur appartenance à la communauté par une stratégie fondée sur la conformité sociale et sur le secret (dissimulation du stigmaté).

Face à ces risques médicaux et sociaux, les individus, qu'ils soient migrants ou séropositifs, composent diversement avec les pratiques de protection, en tenant compte à la fois de leur efficacité médicale et de leur signification sociale. On peut dire que les conduites de prévention visent, soit à réduire ou à éviter l'exposition au risque (diminution du nombre de partenaires, fidélité, abstinence...), soit à annuler le risque de transmission du virus (par l'usage du préservatif). Ces premières pratiques s'élaborent sur le mode du libre choix de l'acteur, tandis que les secondes induisent une nécessaire interaction (sous forme de négociation) avec le partenaire sexuel.

Les migrants et les séropositifs sont finalement deux populations dont les comportements sexuels sont jugés et désignés à risque(s). Ces risques assignés et intériorisés influencent bien évidemment les comportements de prévention. Cependant, les différences fondamentales dans les perceptions collectives et individuelles de ces risques (qu'ils soient sanitaires ou sociaux) engagent les migrants et les séropositifs dans des stratégies différentes.

Cette réflexion s'appuie sur l'analyse de deux enquêtes quantitatives, l'une menée au Sénégal auprès de personnes migrantes et non migrantes, l'autre conduite en Côte d'Ivoire chez des personnes séropositives informées de leur statut vis-à-vis du VIH. L'enquête sénégalaise a été réalisée en 2000 dans la ville industrielle de Richard-Toll et dans plusieurs villages du département de Matam, deux sites fortement touchés par les migrations internes et internationales (Piché *et al.*, 2003)². Nous proposons, dans un premier temps, une définition des concepts de risque et de stigmaté, avant de présenter brièvement les données et les méthodes utilisées dans l'étude sénégalaise. La présentation

2. Nous tenons à remercier Abdoulaye Tall, Florence Waitzenegger, Macoumba Thiam et Fara Mbodji pour leur collaboration au projet Mobilité, IST et sida au Sénégal, de même que le CRDI-Dakar, l'IRD et l'université de Montréal qui ont financé cette recherche.

des résultats s'attache ensuite à définir les stratégies élaborées par les migrants de retour pour s'adapter aux risques d'infection et de stigmatisation. Cette étude s'appuie également sur une description des contextes et une analyse des perceptions des risques et des stigmates. À partir de ces résultats, nous discutons sur les raisons et les façons dont une population précise compose avec le risque épidémiologique, avant d'envisager les implications pour la prévention. En ce qui concerne l'étude en Côte d'Ivoire, les données présentées éclairent, d'un jour un peu nouveau, le lien entre l'infection et les pratiques sexuelles, l'émergence de traitements accessibles rendant possible dans une certaine mesure le partage de l'information, jusque-là secrète, sur le statut sérologique.

Définition des concepts

Le risque et le stigmate sont les catégories centrales à partir desquelles est construite notre réflexion. Au regard du sida, nous pouvons dire que le risque est, en plus de son aspect médical, de dimension affective, sociale et culturelle ; il s'évalue tant au niveau de l'individu, de la relation et de la communauté, qu'en fonction du contexte social. Une définition peut en être proposée autour de quatre propositions.

Les campagnes d'information, accessibles maintenant au plus grand nombre, définissent un risque objectif et réduisent l'incertitude attachée à l'action et à son utilité. La prise de risque est donc de moins en moins un geste d'ignorance.

L'objectivation du risque personnel ne permet pas de donner sens aux conduites individuelles, notamment quand celles-ci s'écartent de la logique des probabilités. Au contraire, elle leur dénie toute rationalité. Agir volontairement au péril de sa santé est insensé. Selon la taxinomie des théories de la décision dans l'incertain, on dira que la décision transgresse le théorème de cohérence, puisque l'ordre des préférences d'utilité ne suit pas la distribution du risque objectif. Cependant, cette inadéquation entre le principe érigé par la théorie et l'observation dit davantage les limites du

raisonnement que l'irrationalité du comportement. L'irrationalité n'est pas un principe de décision, et la prise de risque ne peut être réduite à un geste d'inconscience ou d'incohérence.

Le risque perçu n'existe pas, hors ou avant l'expérience relationnelle de l'acteur. Il est une construction subjective, élaborée à partir d'un processus complexe d'évaluation et d'ordonnement des enjeux sociaux et affectifs de l'interaction, enjeux multiples et perçus parfois comme menaçants. La prise de risque est dans cette perspective une recherche incertaine de la meilleure satisfaction, à un moment donné, d'objectifs prioritaires et quelquefois en opposition entre eux et aux consignes de la prévention.

Le risque s'évalue à l'intérieur d'un contexte social, économique et culturel, ainsi qu'à l'aune de ses normes et sanctions sociales que les acteurs interprètent et intériorisent. Le contexte exprime la dimension socio-structurelle du risque. En outre, les représentations de la maladie au sein de la communauté et les constructions sociales des groupes à risque sont des éléments-clés qui dimensionnent le risque. La prise de risque relève donc du choix des individus en prise avec le monde, les structures sociales économiques et culturelles de leur environnement.

Le stigmatisme désigne un attribut ou un handicap qui jette le discrédit sur la personne qui le porte. Il est une information sociale qu'un individu incarne et transmet directement, à propos de lui-même et souvent malgré lui. C'est un signe habituellement fréquent et stable. Le handicap qu'il révèle compose son identité sociale ; il marque la différence, assigne une position et entraîne souvent le discrédit (Goffman, 1975). Au regard du sida, il existe en gros trois types de stigmatisme. Il y a les stigmates qui désignent la personne malade : ce sont les marques corporelles de la maladie (grande maigreur, problèmes de peau...)³ ; ceux qui peuvent signaler l'infection de l'individu : le préservatif, le médicament...(Delor, 1997), et ceux qui mettent à l'index l'individu parce qu'il est susceptible d'être infecté ; ces pratiques sont associées au risque d'in-

3. Il est à noter que ces symptômes du sida ont un caractère fluctuant. Ils ne sont donc pas des signes stables de l'affection qu'ils révèlent.

fection et souvent le symbole d'autres désignations stigmatisantes, telles que : prostitution, hétérosexualité dissolue, homosexualité, toxicomanie...

La première catégorie de stigmates appartient aux stigmates permanents et immédiatement perceptibles par les personnes présentes, quelle que soit la situation sociale considérée. La personne ainsi stigmatisée révèle nécessairement aux autres, inconnus ou familiers, une réalité souvent perçue comme une faille honteuse de son identité. Face à un stigmate aussi manifeste, le problème de l'individu désigné est par conséquent de gérer les tensions et les exclusions qu'engendrent les rapports sociaux quotidiens. Dans le cas du sida, la personne malade déploie des stratégies psychosociales qui oscillent souvent entre l'acceptation et le rejet, à la fois de sa maladie et des personnes dites normales. Néanmoins, les stigmates spécifiques au sidéen, bien qu'importants et très redoutés par les personnes infectées, ne sont pas ici ceux qui intéressent directement notre problématique de la gestion des risques associés à la sexualité.

Les deux autres types de stigmates s'inscrivent plus directement dans notre réflexion. Ils s'opposent globalement à la première catégorie de stigmates par le fait qu'ils marquent soit un handicap⁴ virtuel, chez le migrant de retour, soit une différence qui, n'est ni immédiatement apparente, ni déjà connue par les autres : la séropositivité. En d'autres termes, le migrant de retour se caractérise par un stigmate connu de tous : son statut migratoire, et par un handicap qui n'est que présumé ; tandis que la personne vivant avec le VIH supporte un handicap réel, mais invisible pour la plupart des personnes de son entourage.

La personne susceptible d'être discréditée, doit, alors, non plus gérer la discrimination, comme le sidéen, mais selon les cas, lutter contre les soupçons de l'infection et d'une sexualité dissolue, ou bien contrôler l'information disqualifiante, c'est-à-dire la séropositivité.

Dans le cas du séropositif, le choix n'est bien évidemment jamais absolu — annoncer ou taire totalement sa séropositivité, feindre ou se révéler —,

4. Habituellement, le handicap se définit, soit comme une déficience psychologique ou physiologique, soit comme une incapacité fonctionnelle ou encore comme un désavantage social. L'usage que nous faisons de ce concept renvoie à cette dernière acception. Le désavantage social comporte un aspect situationnel, car il produit, dans certaines circonstances, une limitation des rôles sociaux dits « normaux ».

mais varie selon les relations et les situations. Habituellement, les personnes confrontées à un stigmaté qui peut être dissimulé, doivent composer entre le silence et la parole, entre les risques de discrimination et leurs besoins de soutien. Selon E. Goffman, les situations de la vie publique, là où les relations sont impersonnelles et codifiées, favorisent souvent la dissimulation. À l'inverse, l'intimité des relations familiales et amicales, avec des personnes qui ont une connaissance personnelle de l'individu, permet la confiance et la sympathie. Mais ces variations usuelles dans le traitement du stigmaté, entre les sphères de la vie publique et de la vie privée, ne valent pas totalement quand les stigmates mettent en jeu précisément l'affectif et l'intime. La séropositivité et l'infidélité du migrant, pendant ses séjours hors du milieu d'origine, sont à l'évidence des caractéristiques qui contrarient la parole au sein du couple et de la famille⁵.

En ce qui concerne les migrants de retour, il faut préciser que le discrédit porté dans leur milieu d'origine n'est pas doublé, comme pour les migrants africains vivants dans les pays du Nord, de la déconsidération issue du facteur de risque supposé (homosexualité ou toxicomanie). Souvent, dans les pays d'accueil du Nord, le sida a introduit une discrimination envers les migrants, qui a servi aussi à renforcer une idéologie xénophobe. Au contraire, le migrant international retrouve souvent son pays d'origine avec souvent un nouveau pouvoir économique et la reconsidération de sa position sociale. La migration, notamment à l'étranger, revêt donc en milieu de retour le double symbole du stigmaté et du prestige.

À partir de toutes ces considérations sur les notions de risque et de stigmaté, nous proposons d'organiser l'étude autour des deux hypothèses générales suivantes. Premièrement, les représentations sociales des migrants et des séropositifs, et des risques sexuels qui leurs sont attribués, sont des déterminants forts des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour éviter la contamination et/ou la discrimination.

5. Il faut ajouter que la personne infectée souffre parfois d'exclusion au sein même de sa famille. Cet isolement à l'intérieur de l'espace domestique s'exprime alors par une chambre et/ou des repas à part, l'évitement des contacts corporels...

Les fils directeurs visant à comprendre les stratégies que les migrants et les personnes VIH+ déploient dans leur vie sexuelle et amoureuse, résident dans la dissimulation de leurs comportements hors normes pour les premiers, et le silence pour les seconds. Chez les séropositifs, cette stratégie se construit autour du préservatif et de sa perception au sein de la relation ainsi que le partage de leur statut. Chez le migrant, elle s'élabore en fonction de ses perceptions du risque sanitaire et de sa position économique et sociale au sein de la communauté. En second lieu, la stratégie de prévention est investie d'un message de conformité normative pour les migrants. Elle est une réponse à la perception collective du risque qui leur est attribué et au contrôle social par la communauté. Pour les personnes séropositives, les stratégies de protection expriment un désir d'anonymat sérologique vis-à-vis du partenaire. Autrement dit, les espaces privilégiés, mais non exclusifs, de la gestion des risques sont, selon le sens donné à la stratégie de prévention, la communauté ou la relation sexuelle et amoureuse.

L'enquête Mobilité et IST/sida au Sénégal

Données et méthodes d'analyse

L'enquête Mobilité et IST-sida au Sénégal (MISS) a été réalisée en janvier et février 2000, sur un échantillon représentatif de 1 872 personnes âgées de 15 à 49 ans. Les informations collectées auprès du chef de ménage portaient essentiellement sur la situation économique du ménage et sur les conditions d'habitat. Le questionnaire individuel fournissait des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques de l'individu et sur sa biographie migratoire. Par ailleurs, le questionnaire abordait les valeurs et les pratiques en matière de mariage et de sexualité. Il renseignait ainsi sur l'histoire sexuelle de la personne interrogée, dans les lieux de sa résidence, de sa dernière migration interne et/ou internationale et au moment de son dernier déplacement de courte durée. Enfin, deux modules portaient sur les infections sexuellement

transmises, et plus particulièrement sur le sida. L'individu était alors interrogé sur ses connaissances et ses perceptions au regard de ces problèmes de santé.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 46 % sont des hommes, 13,6 % ont effectué une migration internationale après 1985, et 81 % ont déjà eu des rapports sexuels. Les femmes sont moins de 4 % à rapporter des comportements sexuels potentiellement à risque au cours des douze mois précédant l'enquête, contre 34 % pour les hommes. Dans la zone de Matam, cette proportion correspond à trois femmes, toutes non mariées. Nous avons donc fait le choix d'analyser les effets de la migration sur le comportement sexuel potentiellement à risque, à partir de la seule population masculine. Cette option est en partie renforcée par le fait que la migration internationale est majoritairement le fait des hommes.

L'évaluation des effets de la migration sur le comportement sexuel potentiellement à risque a été estimée à partir de régressions logistiques multinomiales. Deux modèles sont considérés : un modèle pour la zone d'enquête Richard-Toll ($n= 322$) et un pour celle de Matam ($n= 105$). Les paragraphes suivants définissent les principales variables qui ont été introduites dans les équations.

Définition de la variable dépendante

À la suite de plusieurs travaux (Brockerhoff et Biddlecom, 1998) ; Adrien et Cayemittes, 1991 ; Caraël, 1995 ; Spira *et alii*, 1993), nous définissons le comportement sexuel à risque, à partir des informations recueillies sur l'histoire des relations sexuelles⁶ des personnes interrogées pendant la dernière année. On parlera de comportement sexuel à risque si une personne sexuellement active répond à au moins une de ces conditions⁷ :

- au moins un rapport sexuel avec une prostituée dans les 12 derniers mois ;
- au moins un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois ;

6. Une relation sexuelle avec un partenaire correspond à au moins un rapport hétérosexuel avec au moins une pénétration vaginale.

7. On trouvera une définition opérationnelle des notions de « partenaires réguliers » et « partenaires occasionnels » dans Lalou et Piché (2004).

— pour les personnes mariées, au moins un partenaire sexuel extraconjugal, régulier ou occasionnel ; pour les personnes non mariées, au moins deux partenaires sexuels réguliers.

En outre, la personne doit déclarer, qu'au cours de ces relations, elle n'a pas utilisé de façon systématique le préservatif.

À partir de cette définition, nous avons construit une variable exclusive à trois modalités. Cette variable dépendante vaut 0 lorsque qu'il y a absence de multipartenariat et de recours à la prostitution. Cette exposition réduite au risque de rencontrer une personne porteuse du VIH devrait exprimer en partie une stratégie d'évitement du risque par fidélité au partenaire régulier ou au conjoint. La variable prend la valeur 1 quand la personne interrogée déclare plusieurs partenaires sexuels et/ou un recours à la prostitution et qu'il indique, dans le même temps, avoir toujours utilisé le préservatif lors des rapports sexuels avec ces partenaires occasionnelles. L'usage systématique du préservatif en situation de risque devrait signaler ici une stratégie d'évitement du risque d'infection par protection. Enfin, la variable prend la valeur 2 si la personne mentionne des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et/ou avec des prostituées sans utiliser le préservatif ou en l'utilisant de façon épisodique. Ce comportement pourrait répondre à une logique de prise de risque⁸.

Les variables explicatives et de contrôle

Les analyses habituelles de la relation entre le sida et la migration appréhendent souvent cette dernière comme un phénomène uniforme. Pourtant, tous les types de mobilité ne produisent pas les mêmes niveaux de vulnérabilité et d'exposition au risque d'infection. Que la personne mobile se déplace seule ou

8. L'abstinence, c'est-à-dire l'absence de relations sexuelles au cours des douze derniers mois chez des personnes sexuellement actives, n'est pas ici prise en compte parmi les stratégies possibles d'évitement du risque. À Matam, notamment, cette situation est fortement associée à la migration internationale et ne correspond pas, à proprement parler, à un choix. En outre, les femmes dont les maris sont absents ont tendance à faire valoir leur abstinence, conformément aux normes sociales de leur milieu.

en famille, à la recherche d'un travail, pour des raisons commerciales, studieuses ou politiques, que ses déplacements soient de courte ou de longue durée, que la migration soit circulaire ou définitive, et que les zones de départ et d'arrivée soient, ou non, fortement touchées par l'épidémie, et les risques d'infection s'en trouveront vraisemblablement modifiés.

Afin de saisir une partie de cette diversité des situations migratoires face à l'exposition et à la perception du risque, nous avons distingué trois formes de mobilité spatiale. Elles se définissent par le lieu de destination, la durée et la période de référence. Sur cette base, nous avons établi une variable explicative, qui définit le statut migratoire à partir de modalités exclusives. Au total, cette typologie définit quatre groupes de personnes :

— Les personnes non mobiles, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas voyagé au cours des trois derniers mois avant l'enquête, et qui n'ont pas migré depuis 1985. Elles représentent 42,1 % de l'échantillon.

— Les migrants internationaux, c'est-à-dire les personnes qui ont effectué au moins une migration internationale pour une durée d'au moins six mois depuis 1985⁹. Ils constituent 13,5 % de l'échantillon.

— Les migrants internes, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas vécu à l'étranger depuis 1985 et qui ont réalisé, entre 1985 et 2000, une migration à l'intérieur du Sénégal d'une durée d'au moins six mois. Ils forment 23,5 % de l'échantillon.

— Les personnes qui ont passé au moins une nuit en dehors de leur domicile au cours des trois mois précédant l'enquête et qui n'ont effectué, ni une migration internationale, ni une migration interne depuis 1985. Elles représentent 20,9 % de l'échantillon.

Pour évaluer l'effet de l'expérience migratoire sur le comportement sexuel potentiellement à risque, nous avons utilisé les variables de contrôle suivantes : (1) l'âge au moment de l'enquête, (2) le statut matrimonial, (3) le niveau d'instruction de la personne interrogée et (4) le niveau économique du ménage.

9. La date de 1985 a été choisie proche de l'année de l'annonce du premier cas de sida au Sénégal, soit en 1986.

L'indicateur socio-économique a été construit selon la méthode des scores à partir des caractéristiques de l'habitat et de la possession de biens (la radio, la télévision, le salon, la charrette...) ¹⁰, d'animaux et de terres agricoles. En raison de la taille de l'échantillon, deux modalités ont été retenues : la classe riche et la catégorie moins aisée (non riches). Dans cette étude, l'effet du contexte social sur le comportement sexuel à risque est approché par la variable zone de résidence. Afin d'identifier l'interaction entre le contexte social et le statut migratoire, nous procéderons à une analyse stratifiée selon le critère du lieu d'enquête. L'utilisation de deux modèles statistiques différents, un premier pour Richard-Toll et l'autre pour Matam, signifie que les variables explicatives doivent être interprétées en terme d'interaction avec la variable de stratification, soit le contexte de résidence.

Le nombre des variables de contrôle et leurs modalités, est volontairement restreint en raison de la relative faiblesse des observations incluses dans les équations. En outre, nous avons choisi d'exclure les variables de croyance (opinions) et de perception des risques individuels, en raison du caractère probablement circulaire de l'association statistique. La question des perceptions du risque constitue néanmoins un élément central : elle sera discutée au moment de l'interprétation des stratégies mises en œuvre par les individus pour éviter le risque d'infection.

L'enquête ivoirienne sur l'évaluation de l'accès aux traitements du VIH/sida

Méthodes

Cette enquête a déjà été publiée dans un numéro spécial de *AIDS* (Moatti *et al.*, 2003). En 1998, la Côte d'Ivoire fut, avec le Chili, l'Ouganda et le Vietnam, un des pays s'inscrivant dans l'initiative pilote de l'Onusida quant à l'accès aux

10. Les zones rurales de l'étude étant toutes électrifiées, nous avons pu inclure les appareils électriques dans le calcul de cet indicateur.

médicaments contre le VIH/sida. En 1999-2000, deux institutions de recherche, l'ANRS française et les CDC américains ont mené une évaluation de cette initiative pilote en Côte d'Ivoire (Katzenstein *et al.*, 2003). Cette évaluation multidisciplinaire comprenait une enquête transversale auprès des patients infectés par le VIH et le sachant.

Elle fut conduite dans six des centres accrédités pour la prescription des antirétroviraux (ARV), dans un centre de suivi de l'Initiative Onusida et dans deux autres structures¹¹ de santé largement fréquentées par des personnes se sachant infectées. Pendant la durée de l'enquête, un questionnaire administré en face à face par un enquêteur, extérieur à l'équipe médicale du centre, était systématiquement proposé à tous les patients adultes se sachant infectés depuis au moins deux mois, venus consulter dans la structure. Un consentement écrit était sollicité avant toute passation du questionnaire.

L'enquête s'est déroulée dans chaque centre pendant une période de six semaines, comprise entre décembre 1999 et avril 2000. Le questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des informations démographiques, socio-économiques ainsi que des données sur les capacités physiques, l'état psychologique et le partage, ou non, du statut sérologique avec d'autres personnes. Il incluait trois questions sur les comportements sexuels et l'usage du préservatif (avec des partenaires réguliers ou occasionnels) durant les six mois précédant l'enquête. Une question supplémentaire s'intéressait aux circonstances du dernier rapport sexuel. La formulation des questions était analogue à celle validée dans l'enquête française sur les comportements sexuels dans la population générale (Spira *et al.*, 1994) adaptée au contexte ivoirien. Deux questions supplémentaires concernaient les patients sous traitement antirétroviral pour savoir s'ils avaient modifié leurs comportements depuis le début de celui-ci.

En plus des données biomédicales obtenues à partir des fichiers médicaux et des données socio-économiques, le questionnaire comprenait la version française de l'échelle de dépression cesd (Centre for Epidemiological Studies Depression) (Fuhrer *et al.*, 1989) adaptée et validée dans le contexte ivoirien

11. Centres anti-tuberculeux de Bouaké et de Treichville.

(Aka Dago Akribi *et al.*, 2001). Le score de l'échelle du cesd est de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant au maximum de vraisemblance d'une dépression nerveuse. Le questionnaire comprenait également une échelle de sept items sur les capacités physiques (MOS-SF), validée en français (Perneger *et al.*, 1995) : plus le score est élevé sur une échelle de 0 à 100, meilleures sont les capacités physiques individuelles du répondant. Ces données ont été complétées par des informations médicales et biologiques (numération des lymphocytes CD4 et CD8) obtenues d'une part auprès des médecins traitants, d'autre part grâce aux résultats de prélèvements sanguins réalisés avec le consentement des patients.

Par ailleurs, grâce au Projet Retro-CI qui assurait les analyses biologiques des prélèvements recueillis lors de l'inclusion des patients dans le processus de l'Initiative, nous avons pu obtenir pour ceux des patients de notre échantillon qui avaient été inclus dans l'Initiative, leur numération lymphocytaire lors du bilan initial. Pour les patients qui étaient encore en attente d'un traitement antirétroviral (ARV) au moment de notre enquête, une mise à jour des traitements reçus en date de décembre 2000, soit neuf mois après notre enquête, a été effectuée.

Le test du CHI², le test exact de Fisher et le test de Mann-Whitney ont été utilisés pour les comparaisons univariées des caractéristiques sociodémographiques, comportementales et cliniques sur l'échantillon global des répondants, qu'ils aient eu, ou non, une activité sexuelle dans les six derniers mois. Conformément avec les recommandations dans la littérature sur les comportements sexuels, ces analyses ont été conduites séparément selon le genre (Spira *et al.*, 1994).

Des comparaisons similaires ont été également menées dans le sous-échantillon des patients sexuellement actifs selon le caractère protégé ou pas de leurs relations sexuelles sur les six derniers mois. Dans ce dernier échantillon, nous avons également comparé les caractéristiques du dernier rapport sexuel selon que les patients étaient traités par antirétroviraux, ou non, au moment de l'enquête.

Des régressions logistiques ont été réalisées pour analyser les facteurs associés avec l'abstinence durant les six derniers mois dans les deux sous-échantillons d'hommes et de femmes. Nous avons procédé de même pour les rapports sexuels non protégés parmi les répondants ayant eu une activité sexuelle. Ces analyses ont également été réalisées pour étudier si le traitement par antirétroviral avait un impact sur ces comportements, après ajustement des autres variables. Dans les trois situations, toutes les variables explicatives associées avec la variable dépendante (abstinence, rapports sexuels non protégés) avec une valeur de $p < 0,1$ dans les analyses univariées ont été intégrées dans le modèle logistique initial. L'âge, le traitement antirétroviral et le sexe dans le cas du sous-échantillon des personnes sexuellement actives ont été également introduits dans le modèle, même si la valeur de p était supérieure à $0,1$ dans les analyses univariées. Les modèles finaux ont été obtenus en réalisant une procédure descendante pas à pas, en éliminant les variables non significatives ($p > 0,05$) tout en maintenant la variable « antirétroviraux ». Comme les données concernant la numération des lymphocytes CD4 manquaient pour certains patients, les trois analyses multivariées ont également été réalisées en introduisant cette nouvelle variable pour les patients dont l'information sur l'état immunologique était disponible.

Résultats de l'enquête sénégalaise

Présentation des contextes : Richard-Toll et Matam

Les principaux résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une publication (Lalou et Piché, 2004). Les quatre sites retenus pour ce projet se situent dans la partie sénégalaise de la vallée du fleuve Sénégal, au nord du pays. Ils appartiennent à deux zones assez fortement contrastées, tant sur le plan socioéconomique que migratoire. Un des sites appartient à la région du delta : la ville de Richard-Toll, tandis que les trois autres se situent dans la moyenne vallée (département de Matam).

Comme l'évoque le tableau 1, les zones d'enquête de Richard-Toll et de Matam constituent deux contextes sociodémographiques, économiques et migratoires contrastés. Sous l'effet de l'urbanisation, la population de Richard-Toll se caractérise par une grande diversité ethnique. Ainsi, tous les grands groupes ethniques du Sénégal (Haalpoular, Soninkè, Wolof, Sereer, Diola...) sont représentés à Richard-Toll. En revanche, la zone de Matam, très largement rurale, est habitée essentiellement par les Haalpoularen (77 %) ¹². Par ailleurs, la population de Richard-Toll est beaucoup plus instruite que celle de Matam. Les personnes qui n'ont jamais fréquenté l'école sont 1,45 fois plus nombreuses à Matam qu'à Richard-Toll (OR= 1,45 ; p=0,001) (tableau 1). De même, les habitants de la zone de Matam qui ont une mauvaise connaissance du sida sont beaucoup plus nombreux qu'à Richard-Toll (RR=3,70 ; p=0,000) ¹³. Sur le plan économique, signalons que, selon nos données, près d'un tiers (31,5 %) des hommes actifs de Richard-Toll ont été employés par la Compagnie sucrière du Sénégal au cours des douze mois précédant l'enquête. À Matam, au contraire, l'essentiel des activités économiques se tourne vers l'agriculture et l'élevage.

Les deux zones d'étude se caractérisent aussi par des dynamiques migratoires très différentes. Le développement des activités industrielles et commerciales fait de Richard-Toll un pôle d'attraction régional important. La population de la moyenne vallée du fleuve (zone de Matam) se caractérise, pour sa part, par une mobilité forte et ancienne, notamment vers l'étranger. Ainsi, nous notons que près de 21 % des hommes de Matam (15-49 ans) déclarent avoir vécu à l'étranger depuis 1985, contre 11 % à Richard-Toll (OR = 1,91 ; p de Fischer = 0,007). Enfin lorsque nous examinons les dyna-

12. Quatorze ethnies sont présentes dans l'échantillon de Richard-Toll contre six dans celui de Matam.

13. Un score permettant de mesurer le niveau de connaissance globale du sida a été construit à partir de 13 questions portant sur la connaissance de la maladie sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST), de sa sévérité, des modes de transmission du sida, des modes de transmission inexacts, ainsi que sur la connaissance du préservatif comme moyen de prévention du sida. Une mauvaise connaissance du sida correspond à un score inférieur à 8 sur une échelle comprise entre 0 et 13.

miques des migrations internationales dans les deux zones, il apparaît qu'à Richard-Toll la migration est surtout orientée (86 %) vers les pays frontaliers, essentiellement la Mauritanie où la prévalence du VIH est légèrement inférieure à celle du Sénégal, alors qu'à Matam, elle est dirigée en majorité (65 %) vers la Côte d'Ivoire et l'Afrique centrale (Centrafrique, Congo, Burundi...), c'est-à-dire vers des pays à séroprévalence élevée (tableau 1).

Les attitudes et les comportements en matière de sexualité paraissent peu différents d'une zone à l'autre. La virginité des femmes et la fidélité dans le mariage sont ainsi des valeurs partagées par plus de 90 % de la population (tableau 1). Du côté des pratiques sexuelles, les rapports prémaritaux sont observés dans 70 % de la population masculine. Chez les femmes, cette proportion avoisine seulement 0 %. Sur l'ensemble de l'échantillon, 10 % des hommes mariés ont déclaré avoir eu des rapports extraconjugaux au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, la pratique du lévirat constitue 3 % des mariages contractés par la population interrogée. Il n'y a pas de différence entre Matam et Richard-Toll.

Les deux-tiers des personnes sexuellement actives n'ont jamais utilisé de préservatifs. L'usage systématique du préservatif est plus fréquent lors de rapports occasionnels. Ce sont environ 45 % des personnes qui déclarent utiliser, à ces occasions, le préservatif de façon systématique (tableau 1).

Expérience migratoire et stratégies d'adaptation au risque sexuel : entre protection et fidélité

Les analyses par régressions multinomiales ont été réalisées séparément pour les zones de Richard-Toll et de Matam et ne prennent en compte que la population masculine. Il faut préciser que la relative faiblesse des effectifs globaux ($n=105$ à Matam et $n=323$ à Richard-Toll) induit une certaine imprécision des estimations : l'étendue des intervalles de confiance des coefficients est parfois importante. Cette situation ne remet en cause ni la signification statistique

Tableau 1. Caractéristiques de la population interrogée selon la zone d'étude. MISS, 2000

	Richard-Toll	Matam	Ensemble
Pays de destination des migrants (dernière migration)			
Mauritanie	86,0%	20,0%	65,1%
Autres pays frontaliers	11,6%	15,0%	12,7%
Autres pays africains (pays à séroprévalence > à 5%)	2,3%	65,0%	22,2%
Personnes n'ayant jamais été à l'école	43,8%	63,4%	48,5%
Attitudes			
Virginité : la virginité des femmes est une valeur importante	92,3%	95,4%	93,0%
Fidélité : la fidélité est une valeur importante	95,1%	93,7%	94,8%
Personnes ayant une mauvaise connaissance du sida (score inférieur à 8 sur une échelle de 0 à 13)	11,3%	42,2%	18,7%
Age moyen aux premiers rapports sexuels			
Hommes	18,2 ans	18,1 ans	18,2 ans
Femmes	17,1 ans	16,5 ans	16,9 ans
Rapports sexuels avant le premier mariage			
Hommes	73,9%	67,0%	72,2%
Femmes	13,9%	6,9%	12,5%
Rapports sexuels en dehors du mariage			
Hommes	9,3%	13,9%	10,3%
Utilisation du préservatif			
Jamais utilisé au cours de leur vie	63,1%	73,2%	65,3%
Utilisation non systématique lors de rapports occasionnels	56,8%	40,5%	54,1%
Effectifs non pondérés	925	395	1320

Source : LALOU, R. et V. PICHÉ, 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population*, F 59(2), pp. 233-268.

(les intervalles de confiance ne contiennent pas la valeur 1), ni le sens de l'association, mais elle ne permet pas d'en qualifier vraiment l'intensité¹⁴.

Au vu du tableau 2, le seul facteur commun aux deux zones, associé au comportement sexuel potentiellement à risque, indépendamment du contexte, est le statut matrimonial. Les hommes mariés évitent, plus que les non-mariés, les situations à risque (i.e. multipartenariat occasionnel ou régulier sans un usage systématique du préservatif), par rapport à un comportement de fidélité. Le statut matrimonial n'est pas, en revanche, discriminant entre le comportement de protection et la prise de risque. Le mariage constitue donc probablement, pour les hommes, un cadre limitant le multipartenariat, et l'infidélité, même s'il faut bien sûr ajouter que cette conformité à la norme sociale peut aussi être un effet de déclaration ; les hommes mariés n'ayant pas avantage à déclarer des relations extra-conjugales.

L'expérience de la migration est très diversement associée au comportement sexuel, en fonction du type de migration (nationale ou internationale) et du lieu d'enquête. On observe ainsi que les habitants de Matam, qui ont effectué une migration internationale, sont plus susceptibles d'être fidèles que d'avoir des rapports sexuels occasionnels non protégés, par rapport aux personnes non mobiles (OR = 10,3 ; $p=0,042$). En revanche, on ne constate pas de liaison statistique entre la migration internationale et un comportement de protection. Ces observations paraissent assez conformes à d'autres résultats (Piché *et al.*, 2003). En effet, les migrants internationaux de Matam déclarent beaucoup plus souvent avoir changé de comportements sexuels, depuis qu'ils connaissent le sida, dans le sens d'une plus grande fidélité (OR = 4,2 ; p de Fischer = 0,008). En outre, ce sont également ces migrants qui, à Matam, expriment les opinions les plus défavorables à l'usage du préservatif (OR = 4,5 ; p de Fischer = 0,0005)¹⁵. Il faut noter néanmoins que ces réticences envers le préservatif s'expriment essentiellement dans le contexte d'origine. Lorsque

14. En outre, tous les coefficients significatifs ont un rapport de Wald supérieur à 2 (l'erreur standard correspond à moins de la moitié du coefficient).

15. La réticence au préservatif a été évaluée à partir de quatre questions d'opinion (méthode des scores).

l'on interroge les migrants internationaux sur leurs comportements sexuels en migration, on note qu'ils ont souvent eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et des professionnelles du sexe. Par rapport au milieu de retour, ces comportements sexuels potentiellement à risque sont, pour les migrants de Matam, beaucoup plus fréquents sur les lieux de migration (OR = 13,9 ; p de Fischer = 0,002) (Piché, Lalou *et al.*, 2003). De même, on observe que les migrants internationaux sont les seules personnes mobiles à augmenter fortement leur utilisation systématique du préservatif en migration par rapport à une situation de sédentarité (OR = 2,1 ; p de Fischer = 0,001) (Lalou *et al.*, 2004). Finalement, des analyses multivariées indiquent que les migrants internationaux de Matam n'estiment, à leur retour, être plus à risque d'être contaminés par le VIH que les sédentaires (Lalou *et al.*, 2004).

À Matam, le comportement de protection n'est statistiquement associé qu'à une caractéristique sociodémographique : l'expérience migratoire à l'intérieur du Sénégal détermine l'usage systématique du préservatif avec des partenaires multiples ou occasionnels. Ainsi, à Matam, nous observons que les migrants internes de retour sont, toutes choses égales par ailleurs, plus nombreux que les personnes non mobiles à recourir à un usage systématique du préservatif sur les lieux d'enquête (OR = 8,6 ; p = 0,024). Ce choix en faveur de la protection est conforté par certaines déclarations des migrants de Matam : plus de la moitié d'entre eux affirment avoir changé de comportement depuis qu'ils connaissent le sida (58 %), dont 24 % d'entre eux ont désormais recours au préservatif. Chez les autres personnes interrogées à Matam, ils ne sont que 9 % à déclarer ce même choix (OR = 3,0 ; p de Fischer = 0,035)¹⁶. De même, nous constatons que plus d'un tiers des hommes qui ont effectué une migration à l'intérieur du Sénégal ont plusieurs partenaires sexuelles, en dehors de leur(s) conjointe(s). Le multipartenariat y est même significativement plus fréquent que parmi les personnes sédentaires (OR = 1,78 ; p = 0,032). Nous ne retrouvons pas ces tendances parmi les migrants internationaux et les

16. A Richard-Toll, les migrants internes sont également significativement plus nombreux à déclarer se protéger davantage depuis l'apparition du sida (32 % contre 15 %).

Tableau 2 : Rapports de probabilités des facteurs associés aux comportements de fidélité et de protection au regard d'une pratique à risque à Matam et à Richard-Toll (population masculine). Enquête MISS, 2000

Facteurs explicatifs	Variables dépendantes	MATAM		RICHARD-TOLL	
		Rapport de probabilités	Sign. p	Rapport de probabilités	Sign. p
Age à l'enquête (réf. 15-29 ans)					
30 – 45 ans	Protection vs Risque	1,06	0,952	0,62	0,466
	Fidélité vs Risque	0,20	0,107	0,94	0,919
Statut matrimonial (réf. Non marié)					
Marié	Protection vs Risque	0,92	0,935	0,62	0,525
	Fidélité vs Risque	14,32	0,007	22,1	0,000
Niveau d'instruction (réf. Sans instruction)					
Primaire et plus	Protection vs Risque	0,62	0,557	0,69	0,471
	Fidélité vs Risque	0,46	0,307	0,94	0,881
Statut migratoire (réf. Non migrant)					
Migrant international	Protection vs Risque	2,91	0,350	0,39	0,174
	Fidélité vs Risque	10,30	0,042	0,37	0,154
Migrant interne	Protection vs Risque	8,58	0,024	3,66	0,067
	Fidélité vs Risque	2,72	0,293	2,68	0,120
Déplacement temporaire	Protection vs Risque	4,35	0,216	0,90	0,879
	Fidélité vs Risque	3,35	0,229	0,53	0,16
Richesse du ménage (réf. Ménage non riche)					
Ménage riche	Protection vs Risque	0,64	0,720	0,77	0,755
	Fidélité vs Risque	2,57	0,309	1,16	0,856
Observations		105		323	

Source : Lalou R. et Piché V. , 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population*, F 59(2), pp. 233-268.

voyageurs. Enfin, des analyses multivariées (non présentées ici) ont montré, qu'à l'encontre des migrants internes de Richard-Toll, les migrants internes de Matam se perçoivent, à leur retour, plus à risque que les sédentaires de la même localité (OR = 2,21 ; $p = 0,026$) (Lalou *et al.*, 2004). Finalement, signalons que la fidélité, adoptée plus fortement par les migrants internes, n'est pas une stratégie d'évitement du risque sexuel (tableau 2).

À Richard-Toll, les comportements de fidélité et de protection ne sont pas associés à l'expérience d'une migration internationale ou d'une migration interne. Dans cette ville, aucune variable explicative introduite dans le modèle n'explique le comportement de protection.

Résultats de l'enquête en Côte d'Ivoire

Pendant la durée de l'enquête, 1 087 patients adultes infectés par le VIH, connaissant leur statut vis-à-vis de l'infection depuis plus de deux mois, ont fréquenté, au moins une fois, les centres de santé retenus.

Parmi ces patients, 342 (31,5 %) ne se sont pas vu proposer de répondre au questionnaire par leur médecin traitant, soit pour des raisons logistiques, soit parce que la dégradation de leur état de santé ne leur permettait pas de participer à l'enquête dans de bonnes conditions. Ce sont donc, au total, 745 patients (68,4 %) qui se sont effectivement vu proposer le questionnaire et 711 (taux de réponse = 95,4 %) ont donné leur consentement à cette étude.

Parmi ces 711 patients, 51,1 % sont des hommes, 53,9 % ont moins de 35 ans et 50,2 % vivent dans des cours communes, ce qui est un indicateur d'un statut socio-économique modeste dans la société ivoirienne.

Parmi les patients interrogés, 489 (69 %) ont partagé leur résultat sérologique avec quelqu'un. Le plus souvent, il s'agit d'un membre de la famille pour 327 d'entre eux, de leur partenaire principal (232) ou de professionnels de santé (384). Cette proportion de personnes ayant partagé leur statut avec d'autres est très différente, selon que le patient est traité par antirétroviraux (155/164, soit 95 %) ou non (334/546, soit 61 %).

Un total de 456 individus interrogés (64,1 %) déclarent avoir une relation stable avec un partenaire régulier, cette proportion étant significativement supérieure chez les hommes (73 %), comparé aux femmes (54,9 % $p < 0,001$).

Abstinence ou sexualité : un premier niveau de choix chez les personnes séropositives

Globalement, plus de la moitié des patients infectés par le VIH ($n = 377$, 53 %) déclarent une absence complète d'activité sexuelle durant les six derniers mois, cette proportion étant significativement plus élevée parmi les femmes (60,6 %) que parmi les hommes (45,7 %, $p < 0,001$).

La grande majorité des hommes et des femmes ne vivant pas dans une relation stable avec un partenaire régulier (respectivement 85,7 % et 92,4 %) déclarent avoir été abstinentes dans les six derniers mois. Parmi les 456 répondants qui ont une relation stable avec un partenaire régulier, moins d'un tiers (130, 28,6 %) connaissent le statut sérologique de leur partenaire. La majorité de ces 130 répondants (63,2 %) appartient à des couples dont les deux partenaires sont infectés par le VIH, mais les couples connus comme séroconcordants ou sérodifférents maintiennent des relations sexuelles dans les mêmes proportions (70,3 % et 65,3 % respectivement). Les analyses multivariées confirment la relation entre l'abstinence sexuelle et l'absence de partenaire régulier (tableau 3).

Au total, environ un quart des répondants (24,5 %) atteignent la valeur maximale du score d'aptitude physique. Cette proportion de patients sans atteinte de leurs capacités physiques tend à être plus élevée parmi les patients traités, que parmi les patients non traités (29,2 % versus 22,9 %, $p = 0,06$). Pour les hommes et les femmes, un score plus bas de capacités physiques est associé à une probabilité plus grande d'être abstinent, qu'il s'agisse d'analyses univariées ou multivariées.

Le tableau 3 détaille tous les autres facteurs associés à l'abstinence sexuelle en analyse univariée. Être plus âgé et illettré est clairement associé à l'abstinence

sexuelle en analyse univariée chez les femmes, alors que ces facteurs ne semblent pas jouer de rôle chez les hommes. À l'inverse, alors que l'on trouve différents indicateurs de statut économique faible associés à l'abstinence dans les deux sexes en analyse univariée, cette relation est confirmée en analyse multivariée seulement chez les hommes. Les hommes vivant dans de mauvaises conditions de logement (absence d'eau courante) dans un ménage comprenant plus de huit personnes, sans emploi et qui ne disposent pas de revenu leur permettant de contribuer aux dépenses du ménage sont plus enclins à l'abstinence. Nous avons aussi trouvé que le fait de ne pas avoir partagé son statut VIH positif avec les autres est en relation avec l'abstinence pour les hommes et les femmes, même si là aussi, en analyse multivariée, ceci est confirmé seulement chez les hommes.

Les données sur les lymphocytes CD4 sont disponibles seulement chez 321 hommes et 328 femmes (91,3 % de l'échantillon). Quand l'analyse est restreinte à ces patients, l'immunodépression (<200 CD4) est associée à l'abstinence sexuelle chez les hommes, mais pas chez les femmes.

Activité sexuelle des patients infectés par le VIH

Parmi les 334 répondants qui déclarent avoir été sexuellement actifs durant les six mois précédents, ils sont 14,7% ayant une relation sexuelle « plus d'une fois par semaine », 35,6% « deux ou trois fois par mois » et 49,7% « une fois par mois ou moins » durant cette période. La fréquence des relations sexuelles est plus importante chez les hommes (17,8% « plus d'une fois par semaine, 38% « deux ou trois fois par mois » et 44,2 % « une fois par mois ou moins ») que chez les femmes 10,2% « plus d'une fois par semaine » 32,1% « deux ou trois fois par mois » et 57,7 % « une fois par mois ou moins » ($p=0,05$) mais est similaire chez les patients traités, ou non, par antirétroviraux.

Parmi les 164 patients traités par antirétroviraux, 44,5 % ont renoncé aux rapports sexuels, 39 % ont réduit la fréquence de leurs rapports sexuels après que le traitement eut été initié, les 16,5 % restants ayant maintenu la même fréquence. La majorité des patients sous traitement antirétroviral (71,3 %) est

sous traitement depuis un an ou moins et aucune relation n'a été trouvée entre la durée de traitement et l'activité sexuelle.

Parmi ces patients VIH+ sexuellement actifs, 22,8 % déclarent plus d'un partenaire sexuel durant les six mois précédents. La proportion de ceux déclarant plus d'un partenaire sexuel est plus importante chez les hommes que chez les femmes (29,4 % *versus* 13,1 %, $p < 0,001$).

Un total de 146 sur les 334 patients sexuellement actifs (43,7 %) déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé durant les six mois précédents. La proportion de patients sexuellement actifs qui déclarent un tel comportement à risque est similaire chez les hommes (42,6 %) et les femmes (45,2 %) ($p = 0,64$), ainsi que chez les 308 répondants vivant dans une relation stable avec un partenaire régulier (43 %), et chez les 26 n'ayant pas de partenaire régulier (50 %) ($p = 0,50$). Les rapports sexuels non protégés surviennent dans les mêmes proportions avec des partenaires réguliers (46,5 %) ou occasionnels (47 %). Quoiqu'il en soit, les répondants ayant déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels sont plus enclins à toujours utiliser le préservatif (68 %) que ceux qui ont eu un seul partenaire durant les six mois précédents (53,5 %), cette différence étant seulement proche de la signification statistique ($p = 0,06$) (tableau 4).

Aucune relation n'a été trouvée entre l'âge des répondants, le stade de la maladie mesurée par la classification CDC pour le stade clinique et la numération des CD4 et les comportements à risque pour le VIH. Néanmoins, les patients qui n'avaient aucun épisode de maladie durant cette même période étaient plus enclins à déclarer des comportements à risque pour le VIH. Une relation a été également trouvée entre ces comportements à risque et un score plus élevé sur l'échelle CES-D mais ceci n'a pas été confirmé dans l'analyse multivariée (tableau 4).

Les patients traités par antirétroviraux étaient significativement moins enclins à déclarer des relations sexuelles non protégées (29,7 %) que les patients qui n'avaient pas accès à ces traitements (49 %) (tableau 3). Les résultats de l'analyse multivariée (tableau 4) montrent que les facteurs suivants restent significativement en liaison avec un plus grand risque de rapports sexuels

non protégés : avoir appris son statut sérologique récemment (depuis moins de 9 mois), ne pas connaître le statut sérologique de son partenaire régulier, consommation d'alcool élevée, avoir un partenaire unique, ne pas avoir eu d'épisode morbide récent, ne pas participer aux dépenses du ménage et ne pas être traité par antirétroviraux.

Le tableau 5 décrit les circonstances du dernier rapport sexuel pour les hommes et les femmes, qu'ils soient, ou non, traités par antirétroviraux. Il montre que les hommes non traités sont plus enclins à avoir leur plus récent rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle. Au total, 35,3 % des patients n'utilisent pas de préservatif lors de ce rapport sexuel, mais cette proportion est significativement plus basse chez les patients traités par antirétroviraux que chez les non traités.

Discussion

Avant de tenter une interprétation et une comparaison de ces résultats, il nous faut rappeler quelques évidences sur les données qui ont servi à ces analyses. Les enquêtes sur la sexualité, comme toutes les enquêtes où les personnes interrogées doivent déclarer des comportements sujets à une certaine réprobation sociale, appellent naturellement un questionnement sur la valeur des informations recueillies. Les risques de refus et de dissimulation sont encore plus à craindre lorsque, comme pour ces enquêtes, le recueil des données n'a pas été directement anonyme. En effet, le haut niveau d'analphabétisme des populations interrogées n'a pas permis une passation autoadministrée des questionnaires. Signalons néanmoins que les conditions d'entrevue — en face-à-face avec un enquêteur de même sexe pour le Sénégal, ou sans cette précaution en Côte d'Ivoire — n'ont pas produit un niveau critique de refus.

Ce résultat, qui doit sans doute être mis au crédit du travail de la sensibilisation précédant les enquêtes, ne retire rien aux risques d'un décalage entre le comportement réel et celui qui est déclaré. Nous ne pouvons pas exclure, en effet, à l'instar d'autres enquêtes sur la sexualité, qu'une partie des

Tableau 3. Facteurs associés avec l'abstinence sexuelle chez les hommes (n=363) et les femmes (n=348) infectés par le VIH consultant en Côte d'Ivoire (décembre 1999-février 2000)

	Hommes				Femmes			
	Activité sexuelle dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) multivariée ^a	Activité sexuelle dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) multivariée ^a
Non n=166 (45,7)	Oui n=197 (54,3)	Non n=211 (60,6)			Oui n=137 (39,4)			
Traités par ARV	33 (19,9)	55 (27,9)	0,08	0,60 ^c (0,30-1,19)	40 (19)	36 (26,3)	0,15	1,53 (0,72-3,22)
Âge>35 ans	99 (59,6)	108	0,36		82 (38,9)	39 (28,5)	0,05	2,65 (1,32-5,34)
Illettré	42 (25,3)	34 (17,3)	0,06		75 (35,5)	28 (20,4)	0,003	2,79 (1,47-5,34)
Éducation primaire	74 (44,6)	108 (54,8)	0,05		82 (38,9)	66 (48,2)	0,09	
Pas d'eau courante	66 (39,8)	53 (26,9)	0,009	2,18 (1,17-4,09)	67 (31,8)	26 (19,0)	0,009	
Sans emploi	71 (42,8)	31 (15,7)	0,000	2,21 (1,16-4,22)	121 (57,3)	70 (51,1)	0,25	
Ne contribue pas aux dépenses du ménage	44 (26,5)	13 (6,6)	0,000	2,58 (1,02-6,53)	126 (59,7)	96 (70,1)	0,05	
A perdu son travail depuis le diagnostic VIH	44 (26,5)	23(11,7)	0,000		92 (43,6)	42 (30,7)	0,015	

Pas de partenaire régulier	84 (50,6)	14 (7,1)	0,000	14,36 (7,01-29,41)	145 (68,7)	12 (8,8)	0,000	21,4 (10,6-43,4)
+ de 8 dans le ménage	50 (30,1)	38 (19,3)	0,02	1,81 (1,01-3,37)	72 (34,1)	34 (24,8)	0,06	
CD4 <200d	91 (61,5)	87 (50)	0,02	1,92 (1,05-3,52)	94 (46,1)	55 (44,4)	0,76	
Se sent en mauvaise santé	109 (65,7)	106 (53,8)	0,02		125 (59,2)	73 (53,3)	0,27	
Traitements : déjà informé	97 (58,4)	87 (44,2)	0,007		131 (62,1)	66 (48,2)	0,01	
Pas de partage du statut VIH	68 (41)	59 (29,9)	0,03	1,20 (1,02-1,56)	72 (34,1)	23 (16,8)	0,000	
Score de capacités physiques (médiane)	71,4	85,7	0,000	0,98 (0,97-0,99) ^e	78,6	85,7	0,004	0,97-0,99)

Source : Moatti J.-P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (suppl. 3) : pp. S69-S77.

a : modèle de régression logistique ;

b : test du Chi2 ou test de Mann Whitney ;

c : variable forcée dans le modèle ;

d : pour les 321 hommes et les 328 femmes ayant des CD4 disponibles ;

e : odd ratio par unité.

Tableau 4. Facteurs associés avec au moins un rapport sexuel non protégé chez des patients infectés par le VIH consultant en Côte d'Ivoire (n=334) (décembre 1999-février 2000)

	Rapports sexuels non protégés dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) univariée ^a	OR (IC 95 %) multivariée ^a
	Oui n=146 (%)	Non n=188 (%)			
Traités par ARV			0,002		
Non	119 (81,5)	124 (66,0)		1	1
Oui	27 (18,5)	64 (34,0)		0,44(0,26-0,74)	0,52(0,29-0,93)
Connait son statut VIH			0,000		
> 9 mois	60 (41,1)	116 (71,7)		1	1
≤ 9 mois	86 (58,9)	72 (38,3)		1,60(1,24-2,05)	1,90 (1,1-3,12)
Connait statut VIH partenaire principal			0,000		
Oui	22 (15,1)	68 (36,2)		1	1
Non (ou sans partenaire)	124(84,9)	120 (63,8)		3,19(1,86-5,49)	3,15(1,71-5,80)
Déjà informé sur les traitements			0,000		
Oui	60 (41,1)	121 (64,4)		1	
Non	86 (58,9)	67 (35,6)		2,59(1,66-4,04)	
Consommation d'alcool élevée			0,06		
Non	116(79,5)	164 (87,2)		1	1
Oui	30 (20,5)	24 (12,8)		1,77(0,98-3,18)	2,32(1,18-4,53)

Nombre de partenaires durant les 6 mois précédents			0,06		
1	120(82)	138 (73,4)		I	I
2 ou plus	26 (18)	50 (26,6)		0,74(0,52-1,03)	0,42(0,23-0,78)
Niveau d'éducation			0,03		
≥ secondaire	66 (45,2)	108 (57,4)		I	
<secondaire	80 (54,8)	80 (42,6)		1,32 (1,03-1,69)	
Accès à l'eau courante			0,000		
Oui	98 (67,1)	157 (83,5)		I	
Non	48 (32,9)	31 (16,5)		2,48 (1,48-4,16)	
Contribue aux dépenses du ménage			0,05		
Oui	90 (61,6)	135 (71,8)		I	I
Non	56 (38,4)	53 (28,2)		1,59 (1,00-2,51)	2,11(1,04-4,30)
A eu un épisode morbide dans les 6 mois précédents			0,01		
Oui	82 (56,2)	131 (69,7)		I	I
Non	64 (43,8)	57 (30,3)		1,79 (1,15-2,82)	1,79 (1,09-2,93)
Participe à des activités d'ONG			0,000		
Oui	22 (15,1)	60 (31,9)		I	
Non	124 (84,9)	128 (68,1)		1,83 (1,26-2,68)	
Score CES-D (médiane)	19,0	16,5	0,02	1,02 (1,00-1,05) c	

Source : Moatti J.-P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.

a : odd ratios (ORs) calculés en utilisant la régression logistique multivariée ;

b : test du Chi2 ou test de Mann Whitney c ORs par unité supplémentaire du score utilisé.

Tableau 5 : Comportement durant le dernier rapport sexuel parmi les patients infectés par le VIH sexuellement actifs consultant en Côte d'Ivoire (n=334) (décembre 1999-février 2000)

	Patients traités par ARV		Patients non traités par ARV		p (1+2 vs 3+4)	p (1+3 vs 2+4)
	Hommes (1) N=55	Femmes (2) N=36	Hommes (3) N=142	Femmes (4) N=101		
Quand ?						
Moins d'un mois	37 (67,3 %)	16 (44,4 %)	84 (59,2 %)	51 (50,5 %)	0,66	0,03
Un mois ou plus	18 (32,7 %)	20 (55,6 %)	58 (40,8 %)	50 (49,5 %)		
Avec qui ?						
Partenaire principal	53 (96,4 %)	34 (94,4 %)	117 (82,4 %)	94 (93,1 %)	0,02	0,04
Partenaire occasionnel	2 (3,6 %)	2 (5,6 %)	25 (17,6 %)	7 (6,9 %)		
Utilisation de préservatifs ?						
Oui	43 (78,2 %)	30 (83,3 %)	91 (64,1 %)	52 (53 %)	<0,001	0,15
Non	12 (21,8 %)	6 (16,7 %)	51 (35,9 %)	49 (47 %)		

Source : MOATTI J. -P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.

personnes interrogées aient ajusté leurs réponses aux normes en vigueur dans la communauté (fidélité et abstinence) ou promulguées par la santé publique (utilisation systématique du préservatif) (Lagarde *et al.*, 1995 ; Eggleston *et al.*, 2000). De plus, comme dans toute enquête rétrospective, les personnes interrogées peuvent être enclines à rationaliser *a posteriori* leurs pratiques sexuelles, et à les conformer notamment aux opinions qu'elles déclarent, ou aux attentes supposées de l'enquêteur (Bajos *et al.*, 1997). Ces problèmes, importants quand il s'agit de mesurer un niveau global de risque dans une population, doivent être pourtant relativisés dans le cas de ces études, qui se proposent d'analyser l'influence des trajectoires migratoires et sexuelles sur la gestion des risques et des stigmates. En l'absence de sources indépendantes pour vérifier la validité des réponses, il faut donc admettre que les biais de déclaration n'affectent pas l'analyse des effets de la mobilité ou de la séropositivité connue sur les comportements sexuels.

Le projet de ce chapitre était de mettre en perspective des stratégies, telles que mises en œuvre par des personnes infectées par le VIH à Abidjan et des migrants de la vallée du fleuve Sénégal, pour gérer les risques et les stigmates du sida. Ces deux populations, ancrées dans des réalités culturelles singulières, ont par définition, des expériences différentes de l'infection. Pour le migrant de retour, le sida est un risque et parfois un soupçon ; tandis que pour le séropositif, il est une secrète certitude, disqualifiante, rendue perceptible par l'usage du préservatif, le traitement et certains symptômes de la maladie. La connaissance effective du séropositif remplace donc la spéculation du migrant et ses zones d'incertitude.

Nous le voyons, cette comparaison entre le migrant et le séropositif, entre la vallée du fleuve Sénégal et la capitale économique de la Côte d'Ivoire, exige un franchissement des frontières épidémiologiques, culturelles et sociales. Pour autant, nous n'avons pas voulu tomber dans l'exercice artificiel d'une comptabilité insignifiante des ressemblances et des différences. En construisant une problématique commune, nous avons tenté de jeter des liens transversaux, transculturels et transnationaux entre ces deux populations et à partir de

catégories supposant la comparabilité, c'est-à-dire le risque et le stigmat. En outre, cette comparaison ne signifie pas que l'on analyse les comportements sexuels, tels des points d'aboutissement, mais que l'on mette en lumière les logiques qui les fondent à l'intérieur des espaces socioéconomiques et culturels.

Au départ de l'étude sénégalaise, nous avons supposé que les migrants de retour gèrent à la fois un risque d'infection et une discrimination « probabiliste », pour reprendre l'expression évocatrice de P. Simon (2003). Nous avons aussi posé l'hypothèse selon laquelle la gestion de ces risques diffère en fonction de l'itinéraire migratoire (migration interne ou internationale, migration dans un pays à prévalence VIH basse ou élevée...), la position sociale du migrant dans son milieu d'origine et le contexte de retour. Dans le cas de l'étude ivoirienne, nous avons considéré que la séropositivité, lorsqu'elle est connue par la personne atteinte, influence différemment ses relations sexuelles, affectives et sociales. Ces différences d'attitudes et de pratiques devraient se manifester selon que la séropositivité s'inscrit dans une relation stable ou dans des relations occasionnelles, selon qu'elle est partagée, soupçonnée ou encore secrète, et selon que le patient soit, ou non, soigné par antirétroviraux au sein d'une structure médicale.

L'étude menée au Sénégal a permis de mettre en lumière des logiques d'évitement du risque du sida différentes selon les itinéraires migratoires (migrants internes et migrants internationaux) et selon les contextes de retour (Richard-Toll ou Matam). Les personnes mobiles de retour à Richard-Toll ne semblent pas adopter des comportements sexuels distincts des sédentaires. À Matam, en revanche, les migrants internationaux, plus que les sédentaires, déclarent une sexualité limitée à la relation avec leur partenaire régulier, tandis que les migrants internes signalent une plus grande propension à utiliser le préservatif dans les relations occasionnelles.

Pour comprendre ces options en milieu de retour, il nous faut les interpréter non seulement en fonction de la valeur que les migrants accordent au résultat, mais aussi par rapport à la valeur (ou à la satisfaction) attribuée à la stratégie

qui produit ce résultat. À Matam, le choix de la fidélité par les migrants internationaux permet assurément d'éviter le risque d'infection¹⁷. Mais il est probablement aussi l'expression d'une volonté plus forte (notamment en comparaison des migrants internes) de respecter les normes sociales de la communauté. Dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal, l'émigration internationale est un phénomène incontournable, qui engage la société tout entière. Qu'il s'agisse du financement de la culture irriguée, de la promotion du secteur privé, de la satisfaction des besoins monétaires des ménages, de la modernisation de l'habitat ou de l'équipement des villages en infrastructures sociales et religieuses, tout est en rapport avec les migrants internationaux et avec l'argent de la migration (Daum, 1999). Les migrants de retour sont donc au centre de la communauté, plutôt qu'à sa périphérie : une centralité économique appelle aussi une centralité culturelle et sociale. Le retour des migrants internationaux de Matam s'inscrit donc souvent dans un processus de réintégration de la société d'origine, dont la logique n'est pas celle de la rupture ou du changement (surtout sur le plan social), mais celle de la conformité ; une conformité qui s'exprime aussi par le respect des codes sexuels prescrits et sanctionnés par la communauté. Enfin, le migrant international porte implicitement l'accusation « d'importateur de maladies ». Ainsi, les habitants de Matam identifient plus fortement les migrants internationaux comme un « groupe à risque » (25,3 %) que ceux de Richard-Toll (17,0 %) (OR=1,50 ; p=0,002), même si cette attitude ne produit pas les réactions qui ont pu menacer ailleurs les groupes discriminés, comme les homosexuels ou les immigrés dans les pays du Nord. Répétons-le, les migrants internationaux de retour à Matam ne sont ni hors de la communauté, ni en marge de celle-ci.

Le retour des migrants internes ne revêt pas les mêmes enjeux sociaux. En revenant dans sa communauté d'origine, le migrant interne ne change pas nécessairement de statut social ; il réintègre une communauté, mais sans en être au centre, comme le migrant international. En outre, et contrairement

17. Toutefois, ce choix ne permet pas d'annuler la possibilité de transmettre le virus à la conjointe du migrant.

aux migrants partis en Côte d'Ivoire ou en Afrique centrale, les migrants internes ne supportent pas le soupçon de la maladie. Dans ces circonstances, la communauté, comme le migrant, ne donnent pas à leur sexualité une signification sociale différente d'avant le départ. Autrement dit, les migrants internes, parce qu'ils ne sont ni un groupe de référence ni un groupe à risque pour la communauté, ne menacent pas, par leurs comportements sexuels, le corps social (transgressions aux codes sexuels) et le corps humain (contamination par le VIH). Enfin, pour le migrant interne, le risque ne s'inscrit dans un territoire, ni ne caractérise l'altérité, mais il est plus certainement associé aux conduites sexuelles avec des partenaires multiples et occasionnelles. Le fait qu'à leur retour les migrants internes de Matam se perçoivent plus à risques que les autres (contrairement aux migrants internationaux) va sans doute dans le sens de cette interprétation. Finalement, si la migration interne a pu favoriser le multipartenariat et l'usage du préservatif, le retour dans la communauté ne semble pas contraindre à des pratiques sexuelles et de protection différentes, et en plus grande conformité avec les normes du milieu.

En somme, si les migrants internes utilisent davantage le préservatif pour éviter le risque sanitaire, la stratégie déployée par les migrants internationaux de la région de Matam semble être tournée plutôt vers l'évitement du risque de stigmatisation que vers l'évitement du risque d'infection. D'autres analyses indiquent à ce propos que les migrants de retour à Matam sont plus susceptibles, que les autres résidents, d'avoir des rapports non protégés à l'occasion de voyages au Sénégal, mais hors de leur terroir (Thiam *et al.*, 2004), signalant ainsi l'influence du contexte sur les pratiques sexuelles.

En ce qui concerne l'étude ivoirienne, signalons tout d'abord qu'il y a très peu de données sur les comportements sexuels de personnes infectées par le VIH dans les pays du Sud et qu'elles sont encore plus rares chez les personnes traitées dans ces pays.

Le partage de l'information sur le statut sérologique est probablement un élément central dans les logiques comportementales des séropositifs. Ce partage est un processus qui peut être long ; nous savons par d'autres enquêtes

que chez les femmes enceintes ou en post-partum, moins de 60 % d'entre elles n'ont partagé leur statut avec quelqu'un qu'au bout de 18 à 24 mois (Desgrées du Lou *et al.*, 2002). Il dépend aussi de la visibilité de l'infection, voire de la maladie. Parmi les séropositifs interrogés dans cette étude en Côte d'Ivoire, nous notons que le partage du statut sérologique varie sensiblement selon que les personnes infectées sont ou non sous traitement médical. Elles sont ainsi 61 % à avoir partagé ce résultat avec quelqu'un lorsqu'elles ne sont pas traitées et 95 % lorsqu'elles sont traitées. Les personnes sous traitement sont sans doute plus enclines à partager leur statut sérologique dans la mesure où, tout d'abord, la maladie est certainement plus visible, puisqu'à la différence des femmes enceintes, ces personnes sont des malades à la recherche de soins et présentent sans doute des signes pathologiques perceptibles. Par ailleurs, le traitement ARV par sa lourdeur, sa visibilité et son coût rend difficile une dissimulation de l'infection, obligeant par là à partager l'information. Reste que si la déclaration de la séropositivité semble se faire souvent dans une situation contraignante, elle ne produit pas nécessairement la stigmatisation redoutée. Ainsi, parmi les personnes interrogées qui ont partagé leur statut, 94 % d'entre elles signalent de la compassion de la part des personnes avec qui elles ont échangé. Mais il faut penser aussi que la personne infectée choisit probablement ses confidents parmi des individus qui lui exprimaient déjà une certaine sympathie auparavant.

Dans notre enquête, les comportements sexuels des personnes infectées sont profondément modifiés, puisque plus de la moitié sont abstinentes et qu'un autre quart a une activité sexuelle de faible intensité. Cette baisse d'activité sexuelle est en rapport avec la maladie et la diminution d'activité physique qui lui est associée. Mais il s'agit aussi d'une stratégie choisie pour une partie non négligeable de notre échantillon. Cette dimension stratégique de l'abstinence sexuelle des séropositifs a déjà été notée¹⁸ parmi les femmes dépistées pendant la

18. Cette même recherche a montré qu'inversement, lorsque la femme était séronégative (ou séro-agnostique), elle avait à réduire la période d'abstinence post-partum pour éviter que le partenaire régulier ait des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et qu'il « ramène ainsi la maladie à la maison » (Desgrées du Lou *et al.*, 2003).

grossesse et qui prolongeaient la période d'abstinence post-partum pour mieux justifier leur refus de rapports sexuels (Desgrées du Lou *et al.*, 2002).

Même si nous ne pouvons pas distinguer dans les réponses des personnes interrogées, ce qui est une réponse « conforme » aux attentes du corps social d'une réponse sincère, l'abstinence est en accord avec ce qui est systématiquement recommandé aux personnes infectées par nombre de soignants en Côte d'Ivoire et peut apparaître comme la stratégie d'évitement et de prévention la plus facile à mettre en oeuvre pour les personnes infectées les plus vulnérables, et notamment pour les femmes.

Les facteurs associés avec les comportements sexuels à risque sont, pour certains, analogues à ceux décrits au Nord : consommation élevée d'alcool, multipartenariat sexuel, absence d'information sur le statut du partenaire principal... Si le partage du statut sérologique n'est pas une variable statistiquement associée au comportement sexuel à risque¹⁹, d'autres caractéristiques, qui rendent possible le soupçon voire la connaissance de la séropositivité, sont en revanche significativement discriminantes. Ainsi les personnes interrogées sous traitement ARV sont plus susceptibles d'utiliser un préservatif que les séropositifs non traités. Cet effet du traitement médical peut bien sûr être imputé à un conseil accru autour de la distribution des ARV, mais il exprime sans doute aussi un partage d'information avec les proches impliqués dans la gestion des soins, dont peut-être le partenaire sexuel régulier. Rappelons ici que l'absence d'information sur le statut du partenaire est associée à l'existence de rapports sexuels non protégés. De même, nous notons que les personnes qui n'ont pas connu d'épisode morbide au cours des six derniers mois sont plus enclines à ne pas utiliser de préservatif. Là encore cette association trouve plusieurs interprétations, du type : la maladie modifie la perception des risques de contamination. Cependant, nous pouvons aisément supposer aussi que les personnes infectées recourent plus fréquemment à l'utilisation du préservatif quand elles portent

19. Cette absence d'association statistique avec le comportement sexuel à risque pourrait s'expliquer en partie par le fait que le partage de l'information ne distingue pas les partenaires sexuels des autres personnes confidentes. Il peut donc y avoir eu une révélation du statut sérologique, sans que le partenaire sexuel ne possède cette information.

des stigmates qui désignent la maladie ou qu'elles se perçoivent plus exposée au soupçon : autant d'attitudes ou de situations qui favorisent le partage de l'information et les pratiques de protection.

Au total, nous pouvons raisonnablement penser que l'abstinence, quand elle n'est pas contrainte, est une stratégie de protection de l'identité de la personne infectée, dans la mesure où elle permet d'une part d'échapper à une sexualité qui la renvoie inévitablement à son infection et au risque, et d'autre part d'éviter l'échange douloureux d'une information qu'elle craint disqualifiante²⁰. Par ailleurs, nous notons que le recours au préservatif est facilité lorsqu'une situation révèle l'infection (ou du moins favorise le partage de l'information), comme une maladie qui devient plus visible ou la prise d'un traitement ARV. La maladie et son traitement libèrent ainsi une parole, sans nécessairement produire une attitude discriminatoire de la part des confidents. En plus d'éviter le risque, l'abstinence permettrait donc de gérer l'information et le soupçon, et la protection de maintenir le lien affectif et social, malgré une séropositivité révélée.

Au terme de ces analyses parallèles des stratégies de gestion des risques et des stigmates par les migrants du Sénégal et les séropositifs de Côte d'Ivoire, nous observons qu'au-delà des nécessaires différences épidémiologiques, sociales et culturelles de ces deux populations, leurs logiques comportementales (sexuelles et de protection) répondent, pour partie, à des ressorts communs. Toutes spécificités considérées, les comportements sexuels des migrants et des séropositifs signalent, selon les situations, un évitement du risque sanitaire, associé ou non à un évitement du risque de discrimination.

Pour les migrants internes, qui échappent à l'indexation, et pour les personnes atteintes dont la séropositivité est connue par leurs proches, le sida est un risque sanitaire (pour soi et pour le partenaire) qui se gère à l'intérieur de la relation affective et sexuelle et selon des processus d'arbitrage, de négociation

20. Certaines études sur les séropositifs résidents en Europe ont pu montré un recours semblable à l'abstinence, notamment parmi les femmes (Théry, 1999 ; Delor, 1997).

et d'adaptation. En outre, ce risque, même quand il est biologiquement attesté, est un élément que le couple redéfinit au gré de son histoire.

En revanche, pour les migrants internationaux, qui ont séjourné dans des pays fortement touchés par l'épidémie du sida, comme pour les séropositifs, que la peur et la honte enferment dans un silence supposé protecteur, le sida est une maladie qui peut générer le discrédit, voire l'exclusion. En d'autres termes, cette maladie met en jeu et en cause les relations sociales, surtout quand elle devient fortement discriminatoire. La fidélité des migrants internationaux de Matam, l'abstinence (voire les rapports non protégés) des séropositifs qui n'ont pas partagé leur statut sérologique avec leur partenaire et leur entourage sont ainsi autant de stratégies qui manifestent leur volonté de respecter les règles sociales et de préserver leur statut social au sein du groupe.

Références bibliographiques

- ADRIEN A., CAYEMITTES M., 1991, « *Le sida en Haïti : Connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population* », Centre d'études sur le sida, Hôpital général de Montréal, 106 p.
- AKA-DAGO-AKRIBI L. H., SOUVILLE M., DAKOURY-DOGBO N. et al., 2001, « *Adaptation et validation d'une échelle de mesure de la dépression chez les personnes atteintes par le VIH/sida en Côte d'Ivoire* », XII^e Congrès International sur le SIDA et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, 9-13 décembre 2001. Présentation orale. 13 BT1-4.
- BAJOS N., DUCOT B., SPENCER B., SPIRA A., 1997, « Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the French National Survey on Sexual Behaviour », *Social Science and Medicine*, vol. 44 (n° 1), pp. 25-40.
- BAJOS N., BOZON M., FERRAND A., GIAMI A., SPIRA A., et LE GROUPE ACSF, 1998, « *La sexualité au temps du sida* », Presses Universitaires de France, Paris, 494 p.
- BIBEAU G., 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 (n° 2-3), pp. 5-147.
- BROCKERHOFF M. et BIDDLECOM A., 1998, « Migration, Sexual Behavior and HIV Diffusion in Kenya », *International Migration Review*, vol. 31 (n° n° 4), pp. 833-856.

- CALDWELL J-C., CALDWELL P. et QUIGGIN P., 1989, « The Social Context of AIDS in subsaharan Africa » *Population and Development Review*, vol. 15 (n° 2), pp. 185-234. CARAËL M., 1995, « Sexual behaviour » (chapter 4) in J. Cleland & B. Ferry ed. *Sexual Behaviour and Aids in Developing World*, WHO, Taylor et Francis, London, pp. 75-123.
- DAUM C., 1999, « Migrations, lien au pays d'origine et développement », in Dewitte P. (éd.), *Immigration et intégration, l'état des savoirs*, La Découverte, Paris, pp. 385-390.
- DELOR F. et HUBERT M., 2000, « Revisiting the concept of "vulnerability" », *Social Science and Medicine* 50(11): 1557-1570.
- DELOR F., 1997, *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, L'Harmattan, Paris, 384 p.
- DESGRÉES DU LOU A., MSELLATI P., VIHO I. *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women, DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000 », *Int J STD AIDS*, vol. 13, pp. 62-68
- DESGRÉES DU LOÛ A., ET BROU H., 2003, « La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire », *Documents de Recherche du LPED n° 3*. LPED, IRD - Université de Provence, 12p.
- DOZON J-P., et FASSIN D., 1989 « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé* vol. 7 (n° 1), pp. 21-36.
- FUHRER R., ROUILLON F., 1989, « la version française de l'échelle CES-D », *Psychiatr Psychobiol*, vol. 4, pp. 163-6.
- GENTILINI M., BRÜCKER G., et MONTVALLON R., 1986, *La santé des migrants*, La Documentation Française, Paris.
- GENTILINI M., et DUFLO B., 1986, *Médecine tropicale*. Flammarion, Paris, 682 p.
- GOFFMAN E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 175 p.
- HRDY D. B., 1987, « Cultural Practices Contributing to transmission of HIV in Africa » *Review of Infectious Diseases*, vol. 6, pp. 1109-1119.
- HUNT C., 1996, « Social vs Biological : Theories on the Transmission of AIDS in Africa » *Social Science and Medicine*, vol. 20 (n° 9), pp. 1283-1296.
- KATZENSTEIN D., LAGA M., MOATTI J-P., 2003, « The evaluation of the HIV/AIDS Drug access initiatives in Côte d'Ivoire, Senegal and Uganda: how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa », *AIDS*, vol. 17, Suppl. 3, pp. 1-4.

- LALOU R. et PICHÉ V., 1994, « *Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Un bilan des connaissances* » Paris, CEPED, 51 p.
- LALOU R. et PICHÉ V., 1996, « Migrations, Sida et droit des personnes. L'exemple de l'Afrique de l'Ouest » *Sida, Sociétés et Populations*, Les Éditions du Quotidien du Médecin, Paris, pp. 215-227.
- LALOU R. et V. PICHÉ, 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population-F* 59(2) : 233-268.
- (2004) « Migrants and AIDS : Risks Management vs Social Control : An Example from the Senegal Valley River », *Population-E* 59(2) : 195-228.
- LALOU R., WAÏTZENEGGER F. et PICHÉ V., 2004, « Situations migratoires, connaissance du VIH/Sida et usage du préservatif dans la vallée du fleuve Sénégal : où sont les logiques ? » VIH, *Infections réémergentes et changements démographiques en Afrique*. Deuxième séminaire de la commission de l'UIESP « Nouvelles menaces sanitaires ». Ouagadougou, 12-14 février : 23 p.
- LE BLANC M-N., MEINTEL D. et PICHÉ V., 1991, « The African Sexual System : Comment on Caldwell *et al* » *Population and Development Review* vol. 17(3), pp. 497-505.
- LESLIE C., 1990, « Scientific Racism: Reflections on Peer Review, Science and Ideology » *Social Science and Medicine* vol. 31 (n° 8) pp. 891-912.
- MOATTI J-P., PRUDHOMME J., COULIBALY-TRAORE D. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS* vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.
- PACKARD R.M., EPSTEIN P., 1992, « Medical Research on AIDS in Africa: A Historical Perspective », in « *AIDS, The making chronic Diseases* » FEE E. et FOX D.M. (éd.), University of California Press, pp. 346-376.
- PERNEGER TV., LEPLÈGE A., ETTER J-F., ROUGEMONT A., 1995, « Validation of a French-language version of the MOS 36-item short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults », *J Clin Epidemiol*, vol. 48, pp. 1051-60.
- PETO D., REMY J., VAN CAMPENHOUDT L. et HUBERT M., 1992, « *Sida : l'amour face à la peur* », Paris, L'Harmattan, 224 p.
- PICHÉ V., LALOU R., TALL A, WAÏTZENEGGER F. et M. THIAM (2003) « Migration, sexualité et sida dans la vallée du fleuve Sénégal » Marseille, IRD — Université de Montréal : 144 p.
- RUSHTON J-P., BOGAERT A-F., 1989, « Population differences in susceptibility to AIDS: an evolutionary analysis » *Social Science and Medicine* , vol. 28, pp. 1211-1220.

- SCHILTZ M-A., SANDFORT T. G. M. , 2000, « HIV-positive people, risk and sexual behaviour » *Social Science and Medicine*, vol. 50, pp. 1571-1588.
- SEIDEL G., 1996, « The Competing Discourses of HIV-AIDS in subsaharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion » *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 3 : 175-194.
- SIMON P., 2003, « Le logement social en France et la gestion des “populations à risque” » *Hommes et Migrations*, vol. 1246, pp. 76-91.
- SPIRA A., BAJOS N. ET LE GROUPE ACSF, 1993, Les comportements sexuels en France, coll. Rapports officiels, La Documentation française, Paris, 352 pages.
- SPIRA A., BAJOS N., and THE ACSF STUDY GROUP, 1994, Sexual behaviour and AIDS. Avebury: Aldershot, 324 p.
- THÉRY I., 1999, « Une femme comme les autres, séropositivité, sexualité et féminité », in LERT F., SOUTEYRAND Y. (éd.), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. ANRS, Paris, pp. 113-136.
- THIAM M., PICHÉ V. et LALOU R., 2004, « Mobilité et sida dans la vallée du fleuve Sénégal: Les comportements sexuels à risque en migration et au retour? », (soumis à publication), 32 p.
- VAN CAMPENHOUDT L., 1999, « The relational rationality of risk and uncertainty reducing processes explaining HIV risk-related sexual behaviour », *Culture, Health and Sexuality*, vol. 1, n° 2, pp. 181-191.
- VIDAL L., 2001, « Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida », in DOZON J.-P., FASSIN D. (éd.), *Critique de la Santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, pp. 233-255.

Lalou Richard, Msellati Philippe.

Le risque et le stigmaté : les comportements sexuels des migrants de retour et des séropositifs, deux cas ouest-africains.

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 357-399.

ISBN 978-2-87209-832-3