

Sida et migrants internationaux :

Cadre analytique, éléments de réflexions et premiers résultats à partir d'un exemple ivoirien ¹

Richard LALOU & Victor PICHE

Orstom, Dakar

Université de Montréal

INTRODUCTION

L'intensification des mouvements de population et le développement des moyens de transport rapides ont fait du sida une maladie pandémique (Gallo 1987). Dire que le sida se propage au rythme accéléré des déplacements humains est donc une évidence. Cependant ce constat classique dissimule, en dépit de sa simplicité, une relation entre la migration et le sida à la fois complexe et méconnue. Pour certains auteurs, la migration ne se cantonne pas à son rôle de véhicule de la maladie, mais participe à un processus de changements profonds des comportements sexuels qui favorisent la contraction du VIH par le migrant (Hunt 1989 et 1996 ; Packard et Epstein 1992 ; Arnafi 1993). En somme, la relation entre la migration et le sida s'exprime sous une dynamique double, à la fois distincte et séquentielle, soit celles de la contraction et de la diffusion de la maladie.

L'objet central de cette réflexion est de proposer un cadre analytique pour l'étude, dans le contexte ouest-africain, des mécanismes causaux qui associent la migration aux risques de contraction du sida. Notre modèle de la contraction s'appuie sur les différents éléments théoriques contenus dans la littérature et prolonge l'analyse amorcée par Anarfi (1993). Selon notre lecture, les explications apportées à l'association entre la migration et le sida expriment trois perspectives d'analyse distinctes. La première considère les facteurs de vulnérabilité engendrés par la migration comme responsables d'un recours fréquent à des comportements sexuels à risque : c'est l'approche sociale. La deuxième analyse, d'inspiration plus médicale, suppose une prévalence élevée de la séropositivité chez les migrants en raison de leur mauvais état de santé général. Enfin la troisième perspective, issue des préoccupations liées aux programmes d'intervention, met l'accent sur la moindre réceptivité des migrants aux campagnes de sensibilisation. Toutes ces analyses insistent sur les caractéristiques individuelles du migrant et ignorent les influences du ménage et de la communauté d'accueil. Ces niveaux d'analyse et leurs interrelations constituent la structure du cadre conceptuel proposé.

Ce questionnement trouve une résonance particulière en Afrique de l'Ouest. Sur le thème de la migration internationale, les recherches nombreuses des historiens, des géographes comme des anthropologues et des sociologues soulignent toutes le haut niveau de mobilité des Africains de l'Ouest à la fois vers les pays de la sous-région et en direction des pays du Nord. Même si la mobilité internationale des ouest-africains s'exprime par une multitude de déplacements réalisés à des titres commerciaux, familiaux ou encore pour les études, la migration de travail reste une forme très importante de migration internationale en Afrique de l'Ouest. Sur le plan épidémiologique enfin, l'Afrique de l'Ouest apparaît aujourd'hui comme une région africaine fortement touchée par le VIH-1 et constitue le foyer du VIH-2.

Avant de présenter en détail le cadre analytique, nous considérerons en premier lieu les grandes caractéristiques migratoires des Ouest-africains, afin d'en dégager les risques de

¹ Cette recherche s'inscrit dans le cadre du "Projet migrants" du Programme de Lutte contre le Sida placé sous la responsabilité du Centre de Coopération en Santé et Développement de l'Université Laval (Québec) et financé par l'Agence Canadienne pour le Développement International.

situation les plus favorables à la contraction du sida. Nous envisagerons ensuite comment différents courants de recherche ont interprété le rôle de la migration dans la contraction du sida. En conclusion, nous illustrerons la pertinence de notre cadre analytique à partir d'une étude exploratoire menée en Côte-d'Ivoire.

LA MOBILITÉ COMME FACTEUR DE RISQUE EN AFRIQUE DE L'OUEST

L'Afrique de l'Ouest est une des régions du monde où la liaison entre la migration internationale et le sida est sans doute la plus forte et la plus claire ². L'intensité des mouvements de population, les caractéristiques des migrants et les hauts niveaux de séroprévalence en sont les raisons les plus immédiates.

Plus qu'ailleurs en Afrique sub-saharienne, l'Afrique de l'Ouest se caractérise par une très grande mobilité et par des migrations polymorphes et multidirectionnelles (Cordell, Gregory et Piché 1996). Même si les données usuelles ne donnent souvent qu'une mesure simplifiée et partielle des migrations internationales, on peut néanmoins estimer qu'à la fin des années 1980, un peu plus de 80 millions de personnes résidaient en dehors de leur pays de naissance (Ricca 1990 ; Stalker 1995). Parmi ceux-ci, environ 35 à 40 millions se trouvaient en Afrique sub-saharienne. Bien que l'on ne puisse donner d'évaluation chiffrée précise, il est admis que l'Afrique de l'Ouest présente une des plus fortes concentrations de migrants du continent (Russell 1993) ³. Signalons enfin que pour certains auteurs, la crise économique et les contraintes juridico-politiques en matière de migration favoriseraient actuellement une intensification de la circularité des migrants et un élargissement de leurs espaces migratoires (Lalou 1996).

Assez peu de certitudes sur les configurations migratoires et sur la composition des migrants ressortent de la littérature. Les auteurs s'entendent néanmoins pour dire que l'Afrique de l'Ouest est dominée par une migration de travail, temporaire ou circulaire, de plus ou moins longue durée. La migration internationale de travail peut être tout à la fois rurale - rurale et rurale - urbaine (Ricca 1990 ; Adepoju 1990 ; Russell et al. 1990 ; Russell 1993). Elle implique surtout des hommes, d'origine rurale, jeunes (15-34 ans), célibataires ou migrant seuls (i.e. sans leur conjoint), faiblement scolarisés, et vivant parfois dans des baraques fournies par les employeurs ou dans des concessions avec d'autres migrants. D'ores et déjà, nous pouvons donc noter que la migration de travail définit des caractéristiques qui facilitent l'adoption de comportements sexuels à risque et qui, par conséquent, favorisent la contraction puis la diffusion du VIH.

Au delà de ces quelques caractéristiques communes, les mouvements ouest-africains présentent le visage de la diversité. Ils sont aussi bien trans-frontaliers, intra-régionaux et intra-continentaux. Les migrations intra-régionales sont les plus importantes. Mais ces migrations s'articulent fortement avec les autres systèmes migratoires orientés vers l'Afrique Centrale et Australe et vers les pays du Nord (notamment de l'Union Européenne).

La mobilité légendaire des Ouest-africains ne tient pas seulement aux migrants de travail, elle s'exprime aussi par une multitude de déplacements internationaux. Parmi les personnes qui se déplacent au sein de la région, on trouve tout à la fois des nomades, des commerçants, des étudiants, des travailleurs actifs et des migrantes passives (les femmes qui accompagnent leur mari). Ces migrations sont individuelles ou familiales, temporaires et quelquefois définitives. Elles sont difficiles à chiffrer, mais elles revêtent une importance majeure du point de vue

² Des recherches récentes sur l'Asie du Sud-Est, et notamment sur la Thaïlande, indiquent aussi une liaison importante entre la migration et le sida (Singhanetra-Renard, 1994).

³ Pour souligner l'importance de ces mouvements de population, rappelons que la migration internationale est devenue pour un grand nombre des pays de cette partie du monde un élément-clé de leurs économies. On peut signaler à ce titre, que depuis déjà plusieurs années, le Burkina Faso et le Cap-Vert parviennent à équilibrer leur balance des paiements avec l'argent des émigrés. Pour étude de cas détaillée sur le Burkina Faso voir l'ouvrage de Cordell, Gregory et Piché (1996).

notamment de la diffusion du sida. Enfin, faut-il rappeler que près de la moitié des réfugiés dans le monde se trouve en Afrique subsaharienne. L'Afrique de l'Ouest n'est pas la région africaine la plus touchée. Cependant, les populations de réfugiés y progressent rapidement depuis le début des années quatre-vingt dix, alimentés notamment par les guerres civiles du Liberia et de la Sierra Leone et le conflit sénégal-mauritanien.

Sur le plan épidémiologique, mentionnons pour terminer ce tour d'horizon que l'Afrique de l'Ouest apparaît aujourd'hui comme une seconde région africaine (après l'Afrique Centrale) fortement touchée par le VIH-1 et que la Guinée, le Cap-Vert et la Guinée-Bissau - pays d'émigration - forment le foyer du VIH-2. Au regard de ces quelques faits démographiques et épidémiologiques, l'Afrique de l'Ouest est donc clairement au coeur de la dynamique entre la mobilité et le sida.

MIGRATIONS MASCULINES ET FACTEURS DE RISQUE DE CONTRACTION DU SIDA : UN CADRE ANALYTIQUE

Habituellement perçu comme un porteur de la maladie, la personne mobile est aussi probablement un individu à risque. Il est à signaler que ce risque majoré de contamination par le VIH reste souvent envisagé de façon théorique ou à partir de présomptions.

En règle générale, la majoration du risque de contracter le sida tient aux éléments suivants : la personne mobile est avant tout un étranger, dont l'anonymat dans le milieu de destination augmente sa liberté sexuelle et réduit ses possibilités de rencontre. Un voyageur international, qui n'a pas d'attaches sentimentales ou de connaissances personnelles dans le lieu de destination, n'est pas suffisamment inséré dans son nouveau milieu pour rencontrer, et courtiser, les femmes de son entourage. Aussi, en offrant des relations impersonnelles, les prostituées sont-elles souvent les seules femmes qui soient aisément et rapidement accessibles. En outre, l'adaptation au milieu d'accueil, tant du point de vue culturel que socio-économique, peut créer des pressions et des stress qui facilitent le recours à des relations occasionnelles et à la prostitution (Anarfi 1993). Ces mécanismes élémentaires, qui associe la mobilité et le sida, sont résumés dans la figure 1.

FIGURE 1

Au regard du sida, la mobilité favorise des situations à risque. Mais, l'intensité et les mécanismes du risque de contraction varient, fort probablement, selon la nature et le type de la mobilité considérée. Que la personne mobile se déplace seul ou en famille, à la recherche d'un travail, pour des raisons commerciales, d'étude ou politiques, que ses déplacements soit 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 déjà infectées, et le schéma de contraction de la maladie s'en trouvera vraisemblablement modifié. Il y a donc autant de formes et d'intensités de contraction du sida qu'il existe de types de mobilité.

Comme nous venons de le rappeler, la migration de travail est une des formes de mobilité les plus importantes en Afrique de l'Ouest. Notre propos est donc de considérer de façon plus spécifique la relation entre la migration de travail et le sida. Comme l'illustre la figure 2, trois modèles causaux importants ressortent de la littérature ; modèles que nous pouvons qualifier de social, médical et d'interventionniste (Lalou et Piché, 1994).

FIGURE 2

Le modèle social

Il faut souligner tout d'abord que les quelques analyses des sciences sociales sur l'association entre la migration et le sida sont en majorité de nature théorique et ont été développées par des anthropologues à partir du contexte spécifique de la migration de travail en Afrique australe, telle que décrite entre autres par Stichter (1985). Par ailleurs, elles élargissent

au VIH/SIDA une problématique déjà explorée par rapport aux maladies sexuellement transmissibles (Doyal 1981).

Le premier modèle, issu des sciences sociales, insiste sur les facteurs de vulnérabilité socio-économique et psychologique (voir Figure 2). Cette approche fait valoir que la migration de travail, générée par un système économique hérité du colonialisme, favorise la séparation des ménages, entretient la précarité économique du migrant et suscite en conséquence, et comme exutoire, des comportements sexuels à risque : relations avec des partenaires sexuelles multiples et/ou avec des prostituées.

D'après certaines analyses (Hunt 1989 et 1996; Sanders et Sambo 1992), les plus nombreuses, si la migration masculine de travail est associée à un haut risque d'infection par VIH, c'est tout d'abord parce qu'elle suscite l'adoption de nouveaux comportements sexuels particulièrement à risque (partenaires occasionnels et surtout recours aux prostituées). Tout d'abord, le migrant arrive généralement dans un environnement nouveau et contraignant, auquel il ne s'adapte que difficilement, tant sur le plan socioculturel, économique que psychologique (Anarfi 1993). En outre, cette difficulté d'insertion est accrue par les faibles niveaux économique et d'instruction du migrant vis-à-vis de la population d'accueil. Pour finir, l'état de célibat, réel ou de fait, et la séparation avec les autres membres de sa famille et les amis, placent le migrant dans une situation d'isolement social, affectif et sexuel. Ces facteurs, propices au stress psychologique et physique (Anarfi 1993), et auxquels s'ajoute un entourage presque exclusivement masculin, favorisent finalement le changement des comportements sexuels des migrants, dans le sens d'une multiplication des partenaires occasionnelles et du recours aux prostituées (Doyal 1981 ; Hunt 1989 et 1996 ; Prual et al. 1991 ; Packard et Epstein 1992). Signalons que, dans le cas des femmes qui migrent seules, leur précarité économique s'accompagne de difficultés à s'insérer sur le marché du travail salarié notamment et provoque parfois un recours à la prostitution ⁴.

En somme, la tendance des migrants à avoir des partenaires multiples et à fréquenter les prostituées est, selon ces auteurs, le produit d'une logique migratoire qui, en favorisant la séparation des ménages et la concentration des migrants sur les lieux de travail, augmente les facteurs de stress et de vulnérabilité qui favorisent à leur tour l'adoption de comportements sexuels à risque (Hrdy 1987; Hunt 1989 et 1996; Jochelson et al. 1991; Sanders et Sambo, 1992; Bassett et al. 1993).

Le modèle médical

Le deuxième modèle de risque de contraction, moins répandu que le précédent, provient surtout des littératures anthropologique et médicale. D'après les auteurs, le migrant peut être associé à l'infection par VIH par une plus grande exposition à l'usage d'aiguilles souillées et à la transfusion de sang contaminé. La majoration de ces risques " médical " et transfusionnel chez le migrant repose sur l'hypothèse que sa santé est plus menacée que celle du non-migrant, à la fois par la maladie, la sous-alimentation et les MST.

Considérons tout d'abord les maladies sexuellement transmissibles. Selon l'analyse développée dans le modèle des sciences sociales, il est logique que les migrants de travail, en plus d'encourir un plus grand risque de contracter le VIH, soient davantage victimes des MST (Doyal 1981). Or, la littérature médicale suggère que les maladies sexuellement transmissibles peuvent être doublement associées au VIH/SIDA.

Les MST favorisent tout d'abord l'infection par VIH de façon directe, c'est-à-dire en augmentant la probabilité de transmettre le virus. Plusieurs études épidémiologiques et médicales ont pu montrer que les MST et notamment les maladies génito-ulcéraires altèrent l'épithélium génital et facilitent ainsi le passage du VIH lors de relations sexuelles (Ryder et al. 1989).

⁴ Les modèles conceptuels présentés dans la littérature ne concernent presque toujours que les hommes. Quant aux femmes, dans la littérature sur le thème migration et sida, elles n'apparaissent qu'en temps que prostituées, ce qui à notre avis fournit une image fort caricaturale et péjorative de la réalité (Lalou et Piché, 1994: 50).

D'autres auteurs, moins nombreux, font valoir que le traitement des MST nécessite souvent le recours à des injections. Dans le cas, peut-être fréquent, d'une utilisation de seringues souillées, il y a alors un risque assez élevé de transmission du VIH (Packard et Epstein 1992).

Ces auteurs ajoutent que le risque d'infection des migrants par injection est d'autant plus élevé qu'ils sont en général plus susceptibles d'être malade. Les stress physique et psychologique, auxquels ils sont soumis, comme la grande précarité de leurs conditions de vie, les exposent à la sous-alimentation et/ou aux maladies (Anarfi 1993) ⁵.

Enfin, certains chercheurs avancent l'idée que les migrants encourent un risque plus grand de contracter et de transmettre le VIH à cause d'un système immunitaire déprimé par la maladie et la sous-alimentation (Hunt 1989 et 1996; Packard et Epstein 1992).

Le modèle de l'intervention

Le troisième modèle de risque de contraction est surtout apparu à l'occasion des interventions menées dans les pays du Nord. De nombreuses études, réalisées essentiellement sur les populations migrantes des pays développés, font valoir une méconnaissance assez importante des modes de transmission du VIH, des symptômes de la maladie et des mesures de prévention (Adrien et al. 1991 ; Haour-Knipe et al. 1992). De même, il a été observé, qu'en dépit de leur prise de conscience de l'épidémie du sida, les migrants montrent un certain désintérêt pour une maladie qu'ils jugent souvent ne concerner que la population d'accueil. Ces attitudes et croyances résultent ordinairement d'un manque de réceptivité aux campagnes de sensibilisation et d'une inadaptation du matériel pédagogique à la langue et à la culture du migrant.

Même si les populations d'Afrique sub-saharienne sont encore généralement assez peu sensible à la question du sida et maintiennent des comportements sexuels à risque, certaines études ont pu montrer que les migrants constituent un groupe particulièrement peu réceptif aux campagnes existantes et donc très vulnérable. Ainsi, une enquête sur les connaissances, attitudes et comportements des Abidjanais sur le sida révèle que les immigrants (26,9% de l'échantillon) connaissent mal ou ignorent les modes de transmission du VIH (Yelibi et al. 1993). Les auteurs expliquent cette situation, en partie, par l'analphabétisme plus fréquent des immigrants (18% des hommes et 38% des femmes ne comprennent pas le français, langue de diffusion des messages de sensibilisation). D'après ces auteurs, les migrants encourent donc peut-être plus de risque d'attraper le VIH en raison d'une culture allogène, qui les rend moins réceptifs aux campagnes de sensibilisation contre l'épidémie VIH/SIDA.

Les déterminants proches

Comme nous pouvons le voir sur la Figure 2, ces trois modèles causaux conduisent à la contraction du VIH par l'intermédiaire de cinq facteurs, que nous pouvons qualifier de déterminants proches de l'infection par VIH. Deux de ces déterminants sont des indicateurs de comportement sexuel à risque : (1) les rapports sexuels avec des partenaires multiples et/ou avec des prostituées - liés au modèle social -, et (2) les rapports sexuels non protégés - associés plutôt au modèle d'intervention. Trois déterminants proviennent du modèle médical : (3) la contraction de maladies sexuellement transmissibles (autres que le sida) ; (4) le système immunitaire déprimé ; et (5) le traitement médical par injection et transfusion de sang. Depuis la découverte du rétrovirus, toutes ces voies de transmission du VIH (hormis peut-être le quatrième facteur) ont largement été démontrées dans les littératures épidémiologique et médicale. Nous ne reviendrons donc pas sur ces recherches.

⁵ Il est à noter que cette analyse se départit quelque peu du courant général. Sans être tout-à-fait contestée, l'hypothèse de la diffusion du sida par transfusion de sang ou par injection est souvent réduite à un rôle très secondaire dans la diffusion du VIH en Afrique sub-saharienne, le mode dominant de transmission du virus étant les contacts hétérosexuels.

Les déterminants de niveau communautaire

Malgré son importance, la littérature n'épuise pas la liste des facteurs explicatifs qui agissent dans la relation entre la migration et le risque de contraction du sida. En ce sens, une des principales lacunes de ces analyses est l'absence des déterminants communautaires.

Pour la plupart des auteurs les caractéristiques susceptibles d'influencer indirectement la probabilité de contracter le VIH, c'est-à-dire par l'intermédiaire des variables proches - partenaires sexuels multiples, recours à la prostitution et rapports non protégés -, se situent surtout au niveau l'individu. Or, la sexualité loin de relever de la seule sphère privée, est aussi une activité sociale dont les comportements et les normes sont déterminés en partie dans la sphère communautaire. Selon les propos de Locoh (1995), " la famille, la communauté et plus largement la société qui accueillent le migrant exercent un contrôle social sur sa sexualité, à la fois par les valeurs qu'elles transmettent, par les rôles qu'elles assignent et par les modes de vie résidentiels qu'elles favorisent ".

Les réseaux d'entraide des migrants

Les cadres conceptuels proposés n'intègrent qu'imparfaitement les structures d'accueil communautaires et familiales dans la zone de destination ainsi que les particularités socioculturelles de la société hôte en matière de sexualité. Les migrations légales vers l'Afrique du Sud, - qui ont inspirées les modèles social et médical -, ne sont pas en principe conditionnées ni même favorisées par l'existence d'un réseau d'accueil ⁶. Or, de ce point de vue, l'Afrique de l'Ouest exprime une réalité fort différente. Nombre de chercheurs ont souligné combien la présence, sur le lieu de destination, de membres de la famille lignagère ou de personnes originaires du même village est importante dans la décision de migrer et dans la réussite de la migration (Descloîtres 1972 ; Locoh 1989 ; Grégory 1988, 1989 ; Antoine, 1991). C'est au travers de ces structures d'accueil du migrant que s'exprime alors la fidélité aux solidarités traditionnelles et au devoir d'hospitalité ⁷.

Ainsi, le travailleur qui migre pour la première fois dans un pays d'Afrique de l'Ouest est très souvent pris en charge et hébergé temporairement par un parent ou un familier de même origine. Dès lors, le stress, si souvent évoqué, résultant d'un environnement nouveau, parfois agressant, et de l'isolement du migrant, est sans doute réduit et son influence sur l'adoption de comportements sexuels à risque peut-être diminuée.

Par ailleurs l'entourage du migrant, quand il est composé de parents de la même famille ou du même lignage, peut exercer un certain contrôle sur la vie du migrant, et entre autres sur sa sexualité. Si le migrant est employé dans une activité familiale ou qu'il sollicite une aide économique des parents qui l'accueillent et s'il est simplement hébergé par des proches, " il dépendra (alors) largement de la famille dans laquelle il s'insère (...) et devra en subir les contrôles " (Locoh 1991:288). Cette forme de surveillance nous semble d'autant plus commune que le migrant est généralement accueilli à son arrivée par des membres de sa famille ⁸.

⁶ Depuis 1963 et jusqu'à une période très récente, le droit d'immigrer en Afrique du Sud pour des raisons de travail était exclusivement réservé aux hommes (Adepoju 1988). Par ailleurs, tous les étrangers travaillant en Afrique du Sud sont engagés par contrat, pour une durée limitée (vingt quatre mois environ) et n'ont aucune possibilité de se fixer définitivement dans le pays d'accueil (Lory 1975; Adepoju 1988). Quand ils ne sont pas clandestins, ces travailleurs sont généralement recrutés directement par la Chambre des Mines (Oosthuizen 1993).

⁷ Comme l'exprime Locoh " Presque toujours la famille a déjà des représentants dans une zone d'accueil et l'on enverra le candidat de préférence là où il y a une possibilité d'accueil, "une tête-de-pont" de la famille. Dans l'amortissement des coûts liés à des migrations, les réseaux familiaux vont donc jouer un rôle clé, en l'absence quasi générale de structures institutionnelles. L'hébergement à l'arrivée, la recherche d'un emploi sont des domaines où les solidarités familiales sont les plus sollicitées " (1991:281).

⁸ A ce sujet, Diop observe que les jeunes Sénégalaises qui s'engage dans des migrations saisonnières en milieu urbain sont habituellement logées par des parents. Or ce système d'accueil "renforce (selon l'auteur) le contrôle du

Enfin, les associations réunissant les personnes originaires d'une même région ou d'un même village sont des éléments fondamentaux de la vie sociale du migrant, et peuvent, à ce titre, diminuer l'isolement et le stress psychologique potentiel du migrant. De surcroît, comme les réseaux familiaux, ces structures communautaires " jouent (à un moindre degré) un rôle clé pour maintenir des liens privilégiés avec le milieu d'accueil et aussi pour renforcer le contrôle social... " (Antoine 1991:48).

Si le migrant Ouest-africain est très certainement confronté à un environnement et à des situations générateurs de perturbations psychologiques, surtout au début de sa migration, les réseaux familiaux d'accueil et les structures communautaires sont néanmoins autant de facteurs susceptibles d'atténuer sa vulnérabilité et de contraindre sa liberté en matière de sexualité⁹. Moins vulnérable et peut-être plus contrôlé, le migrant de l'Afrique de l'Ouest est donc peut-être moins enclin à adopter des comportements sexuels à risque.

Mais cette hypothèse centrale dans le contexte ouest-africain pourrait se trouver déjà dépassée, sous l'effet des crises économique et sociale. L'entraide au cours du processus migratoire est une stratégie qui structure les migrations, autant internes qu'internationales. Cependant, cette dynamique serait aujourd'hui remise en cause par la crise. Les signes les plus nets de cet affaiblissement possible des liens d'entraide s'observent surtout en milieu d'accueil. La crise économique, la précarité juridico-politique des migrants et le flux croissant de nouveaux immigrants semblent avoir érodé la capacité des réseaux à faciliter l'insertion administrative, professionnelle et résidentielle des migrants (Ba 1995 ; Bredeloup 1995). En outre la crise tend actuellement à maintenir le migrant (surtout lorsqu'il est récent) dans les marges de la société, voire même à l'en exclure. Or, il est probable que toutes ces évolutions accroissent le stress psychologique du migrant et favorise les comportements sexuels à risque.

Le contexte sexuel en milieu de destination

La susceptibilité d'avoir des comportements sexuels à risque en zone d'arrivée n'est pas seulement fonction de l'individu, et de ses caractéristiques socio-démographiques, mais elle dépend également de l'environnement social et culturel qui accueille le migrant. Ainsi, le choix des partenaires sexuels du migrant est tributaire du degré de liberté des jeunes femmes, au regard de leur vie sexuelle et affective, de leur âge au mariage et du niveau général de permissivité de la société d'accueil (Antoine et Nanitelamio 1990). Nous pouvons penser qu'une société, qui exerce un fort contrôle sur la sexualité des jeunes filles, limite le marché sexuel des migrants et favorise la fréquentation des prostituées. A l'opposé, une grande tolérance sociale à l'égard de la sexualité aura pour effet de favoriser le développement des relations sexuelles avec des partenaires multiples et occasionnelles. Mais, dans cette éventualité le risque serait alors partagé par les migrants et les non-migrants (Somsé et al. 1993). Finalement, on peut s'attendre à d'importantes variations des comportements sexuels des migrants selon le contexte culturel et social des zones d'immigration.

Compte tenu de ces critiques, nous avons complété le cadre théorique par deux facteurs de niveau communautaire (figure 2). Nous avons introduit une variable de régulation intitulée " réseaux d'entraide ". Cette variable devrait réduire les comportements sexuels à risque du migrant, soit directement par le contrôle que ces réseaux peuvent exercer sur sa sexualité, soit indirectement en atténuant les facteurs de vulnérabilité et de stress du migrant. Nous avons également ajouté la variable " contexte sexuel " qui détermine l'exposition au risque de recourir à des partenaires occasionnelles et à des prostituées.

Le modèle que nous avons conçu se veut donc être à la fois une systématisation de la littérature théorique et un approfondissement de ces réflexions notamment par la prise en compte des caractéristiques de la communauté qui accueille le migrant.

groupe de ressortissants d'un même village sur les conduites individuelles car un oncle, une tante ou un frère surveille de près ou de loin le comportements de ses protégées" (1989:81).

⁹ Il est à noter que ces éléments d'analyse (contrôle des migrants par les réseaux familiaux et les structures communautaires d'accueil) nuancent sensiblement la perception habituelle de la ville comme lieu d'émancipation et de rupture avec les valeurs traditionnelles (voir Hdry 1987).

IMMIGRATION INTERNATIONALE ET SIDA : UN EXEMPLE IVOIRIEN

Nous avons tenté une première modélisation quantitative des relations causales entre migration et sida, telles que définies par notre modèle, à partir des données d'une enquête menée en 1993 auprès d'immigrants résidant en Côte-d'Ivoire. Cette enquête, élaborée et conduite par l'Institut d'Ethno-Sociologie de l'Université Nationale de Côte-d'Ivoire a pour objectif principal l'étude des comportements sexuels et des connaissances en matière de sida des migrants de Côte-d'Ivoire ¹⁰. Les informations recueillies présentent un intérêt évident pour l'analyse des mécanismes causaux entre la migration internationale et le sida. Cependant, le type d'enquête choisi, la méthode d'investigation et la définition de la population d'étude introduisent des limites importantes et ne permettent qu'une évaluation partielle du modèle défini. La vérification empirique sera donc nécessairement exploratoire et les résultats indicatifs.

Objectif et hypothèses

Notre objectif principal est d'établir les relations causales qui expliquent les comportements sexuels des migrants au regard du risque de contracter le sida en zone d'accueil puis de le diffuser en milieu d'origine. En d'autres termes, il s'agit de savoir si, comme l'indique le cadre d'analyse proposé (figure 2), les caractéristiques individuelles et communautaires des migrants sont les conditions de base qui permettent de relier la migration à l'épidémie du sida. En raison des données disponibles nous ne considérerons ici que les modèles social et de l'intervention.

Rappelons brièvement deux des grandes hypothèses théoriques contenues dans ces cadres d'analyse. Ces deux hypothèses sous-tendent l'analyse des données.

1. Les migrants ont des comportements sexuels à risque en raison de leur plus grande vulnérabilité et par de leur décalage socioculturel vis-à-vis de la société d'accueil. Cette situation de vulnérabilité est autant socio-économique que juridico-politique ou qu'affective. Elle produit des stress psychologique et physique, dont un des dérivatifs est la pratique de comportements sexuels à risque. Cependant, l'influence des facteurs de vulnérabilité est amoindrie par le rôle joué, notamment en Afrique de l'Ouest, par les réseaux de solidarité et le contrôle social exercé sur la sexualité des jeunes. De même, certaines sociétés d'accueil accordent une relative liberté sexuelle aux jeunes filles, fournissant ainsi une alternative aux pratiques sexuelles à risque.

En milieu de destination, les migrants internationaux récents se trouvent en décalage culturel et social par rapport à la société qui les accueille. Ils perçoivent moins facilement les dangers du sida et sont moins réceptifs aux campagnes de sensibilisations. Ce faisant, les rapports sexuels des migrants sont moins protégés.

Données et méthodologie

Les données utilisées proviennent d'une enquête quantitative, de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques), conduite sur un échantillon de trois cents personnes résidant à Abidjan (quartier de Mossikro) et sur une plantation d'hévéas située dans la sous-préfecture d'Alépé (village de Bongo). Les questionnaires ont été administrés à des migrants sexuellement actifs et qui maintiennent un lien physique avec le milieu d'origine. La première condition a été remplie en sélectionnant des individus en fonction de leur âge. Quant au caractère temporaire de la migration, il fut établi par la durée de la migration et la pratique de

¹⁰ Le professeur Souleymane Yeo-Ouattara a été le concepteur et le maître d'œuvre de l'enquête ivoirienne. L'Université de Montréal a participé aux réflexions préliminaires sur la méthodologie et les questionnaires. Elle a défini les lieux d'enquête. Comme notre propre travail, cette étude s'inscrit dans le cadre du projet "Migrants" du Programme de lutte contre le sida du CCISD/ACDI. Les résultats de cette enquête sont présentés dans Souleymane Yeo-Ouattara, *Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Étude socio-anthropologique du comportement des migrants burkinabè de Côte d'Ivoire face au sida*, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, Université Laval, 1994.

retours périodiques au village d'origine. Enfin, sachant que la migration de travail, même lorsqu'elle est familiale, est presque toujours initiée par les hommes, seuls les migrants masculins ont été interrogés. Concrètement, la personne enquêtée est donc un homme adulte âgé de 15 ans et plus, né hors de Côte-d'Ivoire et dont la dernière installation dans le pays d'accueil date de plus de six mois et de moins de dix ans¹¹. En outre, le migrant doit être retourné dans son pays natal au moins une fois au cours de cette période.

Toute recherche repose sur des choix et comporte par conséquent des limites. Dans le cadre de cette étude, les trois limites les plus importantes proviennent de la définition des concepts et de la méthode d'enquête.

Il faut signaler tout d'abord que les caractéristiques méthodologiques de l'enquête apportent une contrainte forte aux objectifs de l'étude. En portant uniquement sur les migrants, cette enquête ne permet pas de répondre à un objectif pourtant essentiel de l'étude : vérifier si les migrants ont plus de comportements sexuels à risque (partenaires multiples, fréquentation des prostituées et rapports sexuels non-protégés) que la population d'accueil non-migrante. Cette limite est d'autant plus importante que les recherches empiriques épidémiologiques et socio-anthropologiques sont, en la matière, rares et contradictoires (Lalou et Piché, 1994).

Par ailleurs, les données sont issues d'une enquête transversale, c'est-à-dire qu'elles donnent une description des comportements sexuels des migrants (multipartenariat et fréquentation des prostituées) au moment de l'enquête. L'analyse des changements de comportement est donc impossible. Cette limite est importante car les comportements sexuels observés ne sont peut-être déjà plus ceux qui ont pu favoriser une séropositivité. En d'autres termes, les comportements sexuels d'un individu séropositif peuvent se modifier dans le temps et ne plus exprimer le "risque sexuel" qui est à l'origine de son infection. Notre approximation du risque peut donc être sous-évaluée et son analyse perturbée.

Enfin pour obtenir une représentativité minimale de l'échantillon, on a recouru à une variante de la méthode des itinéraires. Cette technique s'apparente à une méthode aléatoire (choix aléatoire des itinéraires) et ne nécessite aucune base de sondage. L'enquête n'a pu cependant éviter certains biais de sélection liés notamment aux effets de ségrégation géographique de la population d'étude. De plus, en comparant nos résultats à ceux du recensement ivoirien de 1988, nous avons pu noter une assez forte sous-représentation des migrants de moins de 25 ans et une sur-représentation des migrants urbains. Pour pallier une partie de ces biais, toutes les données ont été redressées en fonction de l'âge et du milieu d'habitat, au moyen d'un facteur de pondération.

Migration et sida : les premiers résultats

Parmi toutes les informations recueillies lors de l'enquête, seules les plus pertinentes, au regard de notre cadre d'analyse, ont été retenues. En voici une brève description.

Les données disponibles autorisent une double analyse du risque comportemental : le risque d'avoir un comportement sexuel favorable à la contraction du VIH sur le lieu de destination et celui qui pourrait en permettre sa diffusion en zone d'origine. En milieu d'accueil, le comportement sexuel à risque se définit, en conformité avec un certain usage, par le multipartenariat - qui comprend ici le recours à la prostitution - (indicateur de risque) et les rapports sexuels non-protégés (facteur de risque). Les informations qui identifient ces pratiques ne sont pas toujours suffisamment précises pour en permettre une bonne mesure. Cependant, elles restent performantes pour une évaluation plutôt grossière du risque. Dans l'enquête, la fréquentation des prostituées et le multipartenariat sexuel se rapportent à une période de référence assez longue : les douze derniers mois. De même, la question sur le port

¹¹ La borne supérieure de 10 ans répond d'abord au souci de considérer les migrants temporaires, et qui donc ne se sont pas engagés dans un processus d'installation définitive et d'intégration totale dans la société d'accueil. Cependant, cette limite a été imposée également par la chronologie de l'épidémie de sida en Afrique. Dans l'état actuelle de nos connaissances, le sida est devenu une maladie épidémique en Afrique de l'ouest vers le début des années 1980. Quant à la borne inférieure de six mois, elle a été retenue pour exclure autant que possible du champ d'étude les voyageurs et les visiteurs.

du préservatif reste vague : avez-vous utilisé un préservatif au moins une fois dans votre vie ? Elle nous permet de connaître l'usage du préservatif, mais non la fréquence de cet usage. A partir de ces trois informations, nous avons construit un indice de risque sexuel, dont la valeur varie entre 0 (risque le plus faible) et 2 (risque le plus élevé). En raison du caractère multinomial et ordonnée de la variable dépendante, son analyse se fera par régression logistique ordonnée. La mesure du risque de diffusion repose plus simplement sur l'existence de relations sexuelles multiples et occasionnelles avec les jeunes filles du village au moment des visites. Notre variable dépendante se présente ici sous forme dichotomique et sera donc traitée par une régression logistique simple.

En dépit de sa richesse informative, l'enquête ne fournit pas toutes les données nécessaires pour opérationnaliser l'ensemble des concepts contenus dans les modèles social et de l'intervention (figure 2). Nous ne disposons pas d'informations pour connaître le statut juridique du migrant, ni pour évaluer son sentiment de rejet ou ses stress physique et psychologique.

A un niveau individuel, les variables indépendantes retenues peuvent être regroupées en deux grandes catégories : les caractéristiques de vulnérabilité et les variables socio-économiques et culturelles (figure 3). La jeunesse, le faible degré d'insertion et l'isolement affectif du migrant expriment sa vulnérabilité au regard des comportements sexuels à risque. Nous avons considéré les personnes de moins de 25 ans comme de jeunes migrants. Le niveau d'insertion a été approché par la durée de résidence sur le lieu d'enquête. Un migrant récent est un migrant résidant à Abidjan ou à Bongo depuis moins de 5 ans. Enfin, l'isolement affectif du migrant est mesuré par sa situation matrimoniale sur le lieu de destination. Les migrants célibataires et les migrants mariés non-accompagnés sont considérés affectivement isolés. Parmi les variables socio-économiques et culturelles, nous avons sélectionné de façon assez classique le niveau économique et le niveau d'instruction. Les revenus mensuels et le niveau scolaire atteint sont les informations utilisées. Finalement, la faible réceptivité aux campagnes de sensibilisation a été estimée par la connaissance du sida. Nous avons retenu ici le fait que le migrant sache, ou ignore, que le sida se transmet aussi par des relations sexuelles non-protégées.

FIGURE 3

Les variables communautaires ne sont pas très nombreuses dans l'enquête, surtout pour évaluer les soutiens et les contrôles exercés par les réseaux de solidarité. L'hébergement du migrant par un parent ou un membre originaire de son village est une des expressions fortes des systèmes d'entraide des migrants. Aussi, avons-nous considéré cette information pour mesurer l'influence modératrice des réseaux sur les comportements sexuels du migrants. Le contexte sexuel est encore plus difficile à appréhender et seul le lieu d'enquête - Abidjan et le village de Bongo - peuvent en fournir une indication. Abidjan propose à l'évidence un marché sexuel plus accessible et plus large que le village de Bongo.

En dépit des insuffisances des données et de la méthodologie d'enquête, les analyses multivariées montrent des relations causales fortes et plutôt significatives (seuils de signification à 5 et 10% d'erreur). En général, ces liens causaux vont dans le sens des hypothèses exprimées par le modèle (tableau 1).

Parmi les migrants interrogés, ce sont les personnes vulnérables qui adoptent plus fréquemment des comportements sexuels à risque. La jeunesse, l'isolement affectif et le caractère récent de la migration augmentent la probabilité d'avoir des comportements sexuels favorables à la contraction du VIH (tous les coefficients sont de signe positif). Cependant, seules la durée de la migration et l'unité migrante (homme seul ou accompagné) sont associées de façon significative au risque sexuel ($p < 0,033$ pour la durée de la migration et $p < 0,061$ pour le situation matrimonial en milieu de destination). Il est à noter que ces caractéristiques de vulnérabilité sont spécifiques aux migrants et, qu'en comparaison avec la population générale, elles pourraient produire une différence de comportements sexuels défavorable aux migrants. Mais, il ne s'agit là que d'une supposition.

A l'instar des critères de vulnérabilité, les précarités économique et sociale favorisent, chez les migrants, l'adoption de comportements à risque. La pauvreté accroît fortement et de façon significative le risque sexuel ($p < 0,019$). En revanche, les migrants qui ont eu une scolarité de

niveau secondaire ont une probabilité d'avoir des comportements sexuels favorables à la contamination beaucoup plus faible que les migrants non scolarisés. Cette caractéristique présente le coefficient le plus fort de l'équation. Au regard de la connaissance du sida, on note que les migrants qui savent que le sida se transmet par les voies sexuelles ont moins de comportements à risque que les migrants qui ignorent ce mode de transmission (le coefficient est de signe négatif). Cependant, cette relation ne ressort pas significative, peut-être en raison de la très forte collinéarité entre l'instruction secondaire et la connaissance du sida.

Les variables communautaires présentent enfin un pouvoir explicatif non négligeable. Ainsi, l'adoption de comportements sexuels à risque dépend de façon significative du milieu de vie du migrant. La ville, avec un marché sexuel sans doute plus large et plus ouvert, facilite l'adoption de comportements sexuels à risque, comparativement au milieu rural (village de Bongo). Conformément à nos hypothèses, nous observons enfin que les réseaux d'entraide, identifiés ici par l'hébergement du migrant, réduisent les risques d'avoir des comportements sexuels propices à la transmission du VIH, relativement aux migrants non-hébergés. La relation est significative ($p < 0,064$). Cet effet modérateur des réseaux d'entraide pourrait s'expliquer par ses fonctions de contrôle et de soutien du migrant.

L'analyse des déterminants des comportements sexuels en zone de départ nous renseigne sur la capacité des migrants à diffuser le VIH/sida au moment des retours temporaires. Pour mesurer ce risque, on a interrogé les migrants sur leurs relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles dans la région d'origine.

Tableau 1

Déterminants de la probabilité d'avoir des comportements sexuels à risque en milieu d'accueil (Côte-d'Ivoire) et en milieu d'origine Burkina Faso)

Caractéristiques (exprimées par la modalité de référence)	Régression logistique	
	Ordonnée	Simple
	Comportement sexuel à risque en milieu d'accueil	Partenaires occasionnelles en milieu d'origine (lors de visites au Burkina Faso)
moins de 25 ans	0,425	0,407
non accompagné	0,644 **	1,114 **
célibataire	-	-0,365
arrivé il y a moins de 5 ans	0,567 *	-0,668 *
instruction primaire	0,027	-0,112
instruction secondaire	-1,246 **	-0,649
revenu < à 20 000F CFA	0,737 **	-0,277
résidence à Abidjan	0,673 **	-0,370
migrant hébergé	-0,793 *	0,046
sait sida = MST	-0,375	-0,043
partenaires multiples en RCI	-	0,926 **
nombre d'observations	250	253

Seuils de signification (tests bilatéraux) : ** $p < 0,05$ et * $p < 0,10$. La constante et les points de coupure sont présentés sous forme de coefficient. Pour le niveau d'instruction, la personne de référence est le migrant qui n'a jamais fréquenté l'école. Seuls les migrants ayant des données valides pour toutes les variables sont incluses dans les calculs.

Pour l'essentiel, les variables indépendantes sont identiques à celles introduites dans l'équation précédente. Seuls le statut matrimonial " réel ", qui se distingue du fait que le migrant soit ou non accompagné en milieu d'accueil, et la pratique du multipartenariat en Côte-d'Ivoire ont été ajoutés aux variables explicatives précédentes. Comme pour les comportements sexuels en milieu d'accueil, la vulnérabilité du migrant sur le lieu de destination explique assez fortement la fréquentation de partenaires occasionnelles en milieu d'origine (tableau 1). Parmi les critères de vulnérabilité retenus, le fait de migrer seul constitue l'indicateur de risque comportemental le plus important. Le coefficient de la variable est le plus élevé de l'équation et la relation est significative ($p < 0,014$). La durée de la migration explique également de façon significative la probabilité d'avoir des comportements à risque en zone d'origine ($p < 0,049$). Cependant, sans que nous puissions l'expliquer, le sens de la relation n'est pas celui attendu, puisque les migrants récents ont une probabilité moindre d'avoir des comportements à risque en milieu d'origine. Parmi les variables associées de façon significative à des rapports sexuels occasionnels en zone de départ, l'expérience d'une sexualité à risque en milieu d'accueil apparaît comme une des plus importantes. En effet, les migrants qui ont eu des rapports avec des partenaires multiples et/ou des prostituées en Côte-d'Ivoire ont plus souvent des relations occasionnelles en milieu d'origine que les autres migrants. Ce sont donc les migrants qui sont le plus à risque de contracter le sida qui, au retour au village, sont le plus à risque de le diffuser.

Au terme de ces analyses, nous observons que les migrants les plus vulnérables (c'est-à-dire les migrants récents et non-accompagnés) et en situation de forte précarité socio-économique sont aussi les personnes les plus à risque au regard de la contraction du sida par voies sexuelles. Ce risque semble toutefois être atténué par les actions de contrôle et de soutien des réseaux de solidarité (figure 2). Ces résultats ne démontrent pas totalement que les migrants internationaux sont en situation de risque dans la zone d'arrivée, mais ils en apportent une présomption assez forte. En revanche et conformément à la plupart des études sur la migration et le sida, le migrant de retour montre assez clairement une capacité à diffuser le sida en milieu d'origine. Cette dynamique de diffusion pourrait être d'autant plus forte que les risques de contraction et de diffusion du VIH présentent une corrélation positive (tableau 1).

Deux éléments limitent pourtant la portée de ces observations. Le premier tient à l'absence d'une population de référence, soit les non-migrants. Quant au second élément, il provient de l'insuffisance des données susceptibles de soutenir une modélisation complète de la relation entre la migration et le sida. Des études longitudinales, qui intègrent les non-migrants et qui comprennent plus d'informations au niveau communautaire et sur les comportements sexuels devraient dans l'avenir permettre une meilleure connaissance statistique du phénomène migration-sida.

CONCLUSION

Le lien entre la migration et le sida est souvent abordé dans la littérature de la façon la plus simple et la plus immédiate. Le migrant, et plus largement la personne mobile, est un " importateur " de maladie. Bien sûr, les impératifs de la santé publique nous empêchent d'ignorer ce risque. Cependant cette analyse, si elle est exclusive, peut favoriser des stratégies d'intervention très peu efficaces et des attitudes qui menacent les droits de la personne (Lalou et Piché, 1995).

En toute logique, l'analyse diffusionniste conduit à développer des interventions de sensibilisation dans villages d'origine des migrants. Or à notre sens, cette démarche est probablement incapable de réduire véritablement le risque de propagation du sida. Tout d'abord, ce risque de diffusion n'appartient pas aux seuls migrants internationaux comme on est parfois tenté de le croire un peu trop facilement. Toute personne mobile présente un risque de diffusion du sida, même si ce risque n'est pas partagé de façon égale par l'ensemble des individus qui se déplacent. Dans certaines régions d'Afrique de l'Ouest, comment se préserver alors de ce danger, quand la mobilité est si ancienne, si forte, qu'elle constitue presque un trait culturel de la population ? Par ailleurs, la migration internationale est de plus en plus

multidirectionnelle et le retour se fait souvent hors de la région d'origine. Enfin, est-il besoin de rappeler que cette approche devrait être réprouvée, ne serait-ce que parce qu'elle repose implicitement sur une stigmatisation des migrants.

La migration est une situation qui favorise le risque de contraction du virus, avant d'être éventuellement le véhicule de la maladie. Cette perception, si elle était plus répandue, conduirait alors à des actions peut-être plus efficaces et certainement plus respectueuses des droits de la personne. Car concevoir le migrant comme une personne vulnérable c'est aussi définir des politiques de santé publique où le migrant est une personne responsabilisée et agissante pour sa propre santé, et non le coupable que l'on doit exclure ou la victime qui doit expier.



Références bibliographiques

- Adepoju, A. (1990), "La migration Sud-Nord: La situation de l'Afrique", *Séminaire de l'OIM sur la migration*, 4-6 décembre 1990, Genève, document n°1.1., OIM, 24p.
- Adrien A. et al. (1991). *Le Sida et les Montréalais d'origine haïtienne: connaissances, attitudes, croyances et comportements de la communauté*, Centre d'Études sur le Sida, Hôpital Général de Montréal, Montréal, 85 p.
- Anarfi, J.K (1993). "Sexuality, Migration and AIDS", *Health Transition Review*, vol. 3, numéro supplémentaire, p. 45-67.
- Antoine, P. et J. Nanitelamio (1990). "La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan et Brazzaville", *Les Dossiers du CEPED*, n° 12, 26 p.
- Antoine, P (1991). "Migrations et insertion urbaine en Afrique", *Pop Sahel*, n° 16, p. 43-50.
- Ba, C.O. (1995), "Impacts des politiques migratoires du Cameroun et du Gabon sur les réseaux de solidarité des ressortissants de la moyenne vallée du Fleuve Sénégal", *Colloque Territoire, lien ou frontière?*, 2-4 octobre 1995, Orstom et Université de Paris IV.
- Bassett, M. et al. (1993). "Separation from Wife, High Risk Behavior and HIV among Male, Urban Workers in Harare, Zimbabwe", *Ville Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé T.R.T. 028.
- Bredeloup, S. (1995), "Sénégalais en Côte-d'Ivoire, Sénégalais de Côte-d'Ivoire", *Mondes en développement. Dynamiques migratoires et recompositions sociales en Afrique de l'Ouest*, tome 23, n°91, pp.13-29.
- Cordell, D., J. Gregory et V. Piché (1996) *Hoe and Wage. Social History of a Circular Migration System in West Africa*, Westview Press, Colorado, 384 p.
- Descloîtres, R. (1972). "Évolution des structures familiales et migrations à Abidjan. Incidence de la parenté sur l'urbanisation en Afrique Noire", in *La croissance urbaine en Afrique Noire et à Madagascar*, Éd. CNRS, Paris.
- Diop, Marième (1989). "Un exemple de non insertion urbaine : le cas des migrantes saisonnières de Basse Casamance à Dakar", *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, ORSTOM, Colloques et Séminaires, p. 79-89.
- Doyal, L. with I. Pennell (1981). *The political Economy of Health*, Boston, South End Press.
- Gallo, R.C. (1987). "The AIDS Virus", *Scientific American*, 256, p. 39-48.
- Gregory, Joël (1988). "Migration et urbanisation", in *Population et société en Afrique au Sud du Sahara*, D. Tabutin éd., l'Harmattan, p. 369-399.
- (1989). "L'insertion des migrantes et migrants en villes. Interrogations méthodologiques", *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, ORSTOM, Colloques et Séminaires, p. 161-172.
- Haour-Knipe, M et al. (1992). "HIV/AIDS Knowledge and Migrants Workers", in *AIDS : Rights, risk and reason*, The Falmer Press, London, p. 85-101.
- Hrdy, D.B. (1987). "Cultural Practices Contributing to the Transmission of HIV in Africa", *Review of Infectious Diseases*, 6, p. 1109-1119.
- Hunt, C. (1989). "Migrant Labor and Sexually Transmitted Diseases : AIDS in Africa", *Journal of Health and Social Behavior*, n°4, p. 353-373.

- Hunt, C. (1996). "Social vs biological: theories on the transmission of AIDS in Africa", *Social Science and Medicine*, 20, 9, pp. 1283-1296.
- Lalou Richard, (1996) " Les migrations internationales en Afrique de l'Ouest face à la crise ", in J. Vallin ed., *Changements démographiques et crise en Afrique sub-saharienne*, CEPED, 40 pages (à paraître).
- Lalou Richard et Victor Piché, (1994). *Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Un bilan des connaissances*, Cahiers du CEPED, n°28, 51 pages.
- , (1995). " Migrations, sida et droits de la personne. L'exemple de l'Afrique de l'Ouest ", in *Sida, Sociétés et Populations*, Les Éditions du Quotidien du Médecin, 18 pages (à paraître).
- Locoh Thérèse, (1991). "Structures familiales d'accueil des migrants et développement des structures familiales multipolaires en Afrique", in A. Quesnel et P. Vimard eds., *Migration, changements sociaux et développement*, Orstom, Colloques et Séminaires, p. 279-295.
- , (1995). *Familles africaines, population et qualité de la vie*, Les dossiers du CEPED, n°31, CEPED, 48 p.
- Packard, R.M. and P. Epstein (1992). "Medical Research on AIDS in Africa : A Historical Perspective", in *AIDS, The Making of a Chronic Disease*, Edited By E. Fee and D.M. Fox, University of California Press, p. 346-376.
- Pruat, A., S. Chacko et D. Koch-Weser (1991). "Sexual Behaviour, AIDS and Poverty in Sub-saharan Africa", *International journal of STD and AIDS*, n° 2, p. 1-9.
- Ricca, S. (1990), *Migrations internationales en Afrique. Aspects légaux et administratifs*. L'Harmattan, 280 p.
- Russell, S.S., Jacobsen, K.J. et Stanley, W.D. (1990), *International Migration and Development in Sub-Saharan Africa*, vol. 1 et 2, World Bank Discussion Papers, n°101 et n°102, The World Bank.
- Russel, S.S. (1993). "International Migration", dans Foote, K.A., Hill, K.H. et Martin, L.G. eds, *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Washington, D.C. : National Academy Press, p. 297-349.
- Ryder, R. et al. (1989). "Extramarital Prostitute Sex and Genital Ulcer Disease (GUD) are Important HIV Risk Factors in 7068 Male Kinshasa Factory Workers and Their 4548 Wives", *Vth International Conference on Aids*, Montréal, 4-9 juin, abstract M.A.O.35.
- Sanders, D. and A. Sambo (1992). "AIDS in Africa : The implications of Economic Recession and Structural Adjustment", *Health Policy and Plannig*, n° 2, p. 157-165.
- Somsé, P. et al. (1993). "Multiple Sexual Partners : Results of a National HIV/AIDS Survey in the Central African Republic", *AIDS*, n° 7, p. 579-583.
- Stalker, P. (1995), *Les travailleurs immigrés. Etude des migrations internationales de main-d'oeuvre*, Bureau international du Travail, Genève, 346 p.
- Stichter, S. (1985). *Migrant Laborers*, Cambridge University.
- Yelib, P. et al. (1993). "Sociocultural Aspects of Aids in an Urban Peripheral Area of Abidjan (Côte-d'Ivoire)", *AIDS Care*, n° 2, p. 187-197.
- Yeo-Ouattara S. (1994). *Migration et Sida. Étude socio-anthropologique du comportement des migrants burkinabè de Côte-d'Ivoire face au sida*, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, Université de Laval, Québec, 95 p.



Figure 1 Mobilité et facteurs à risque dans la contraction du sida

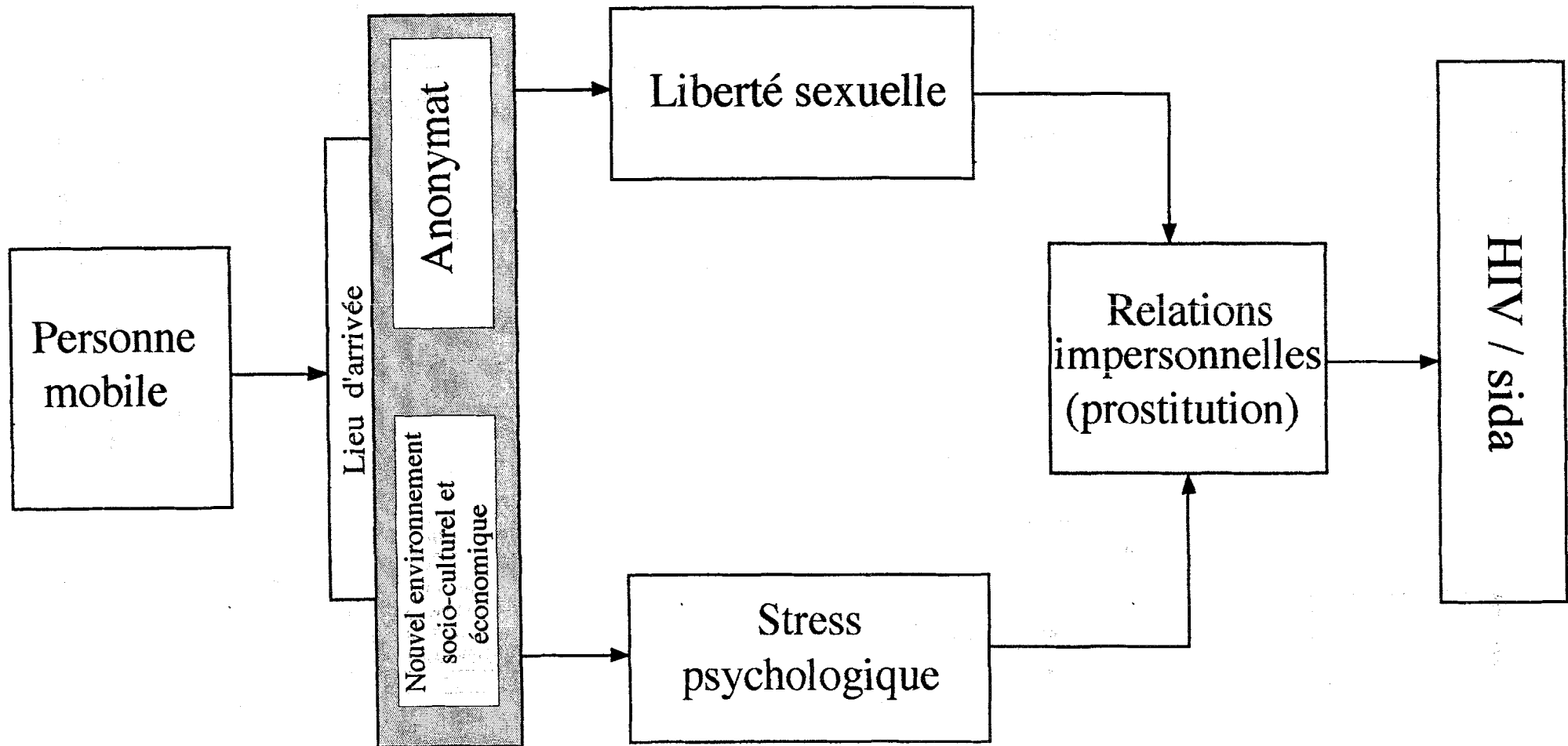


Figure 2 Cadre conceptuel pour l'analyse des mécanismes de contraction du VIH chez le migrant de travail

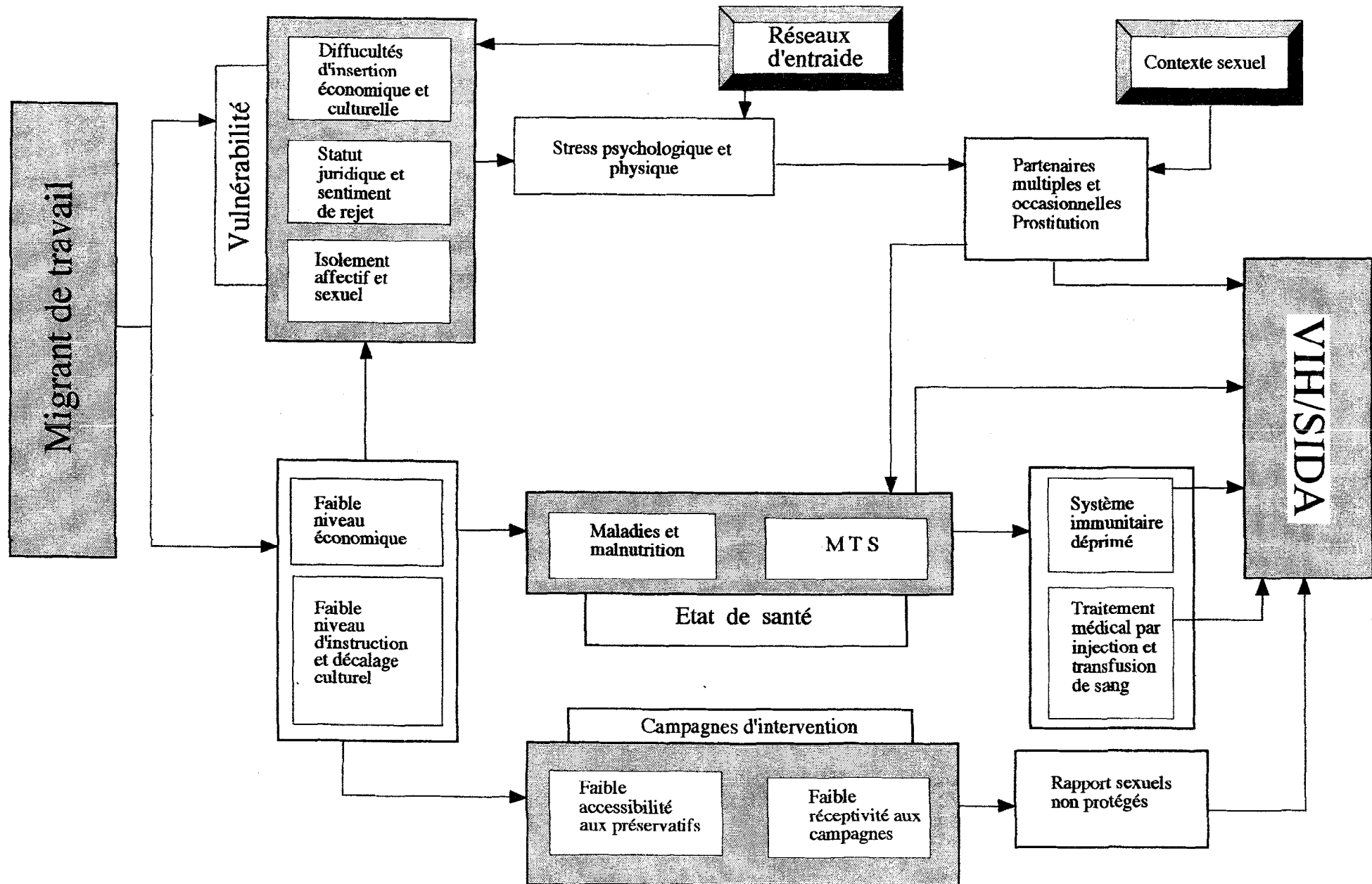
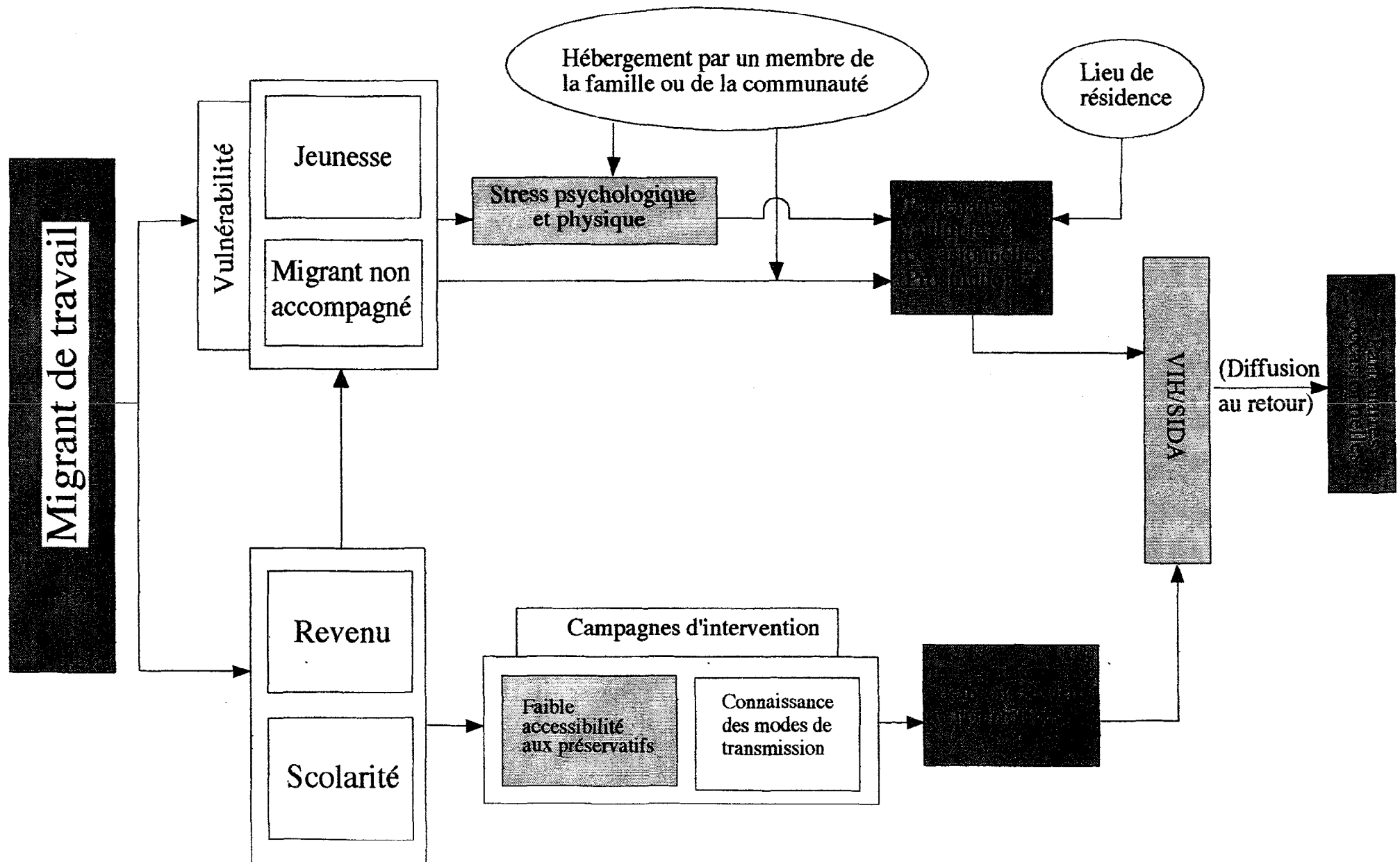


Figure 3 Opérationnalisation du cadre conceptuel pour l'analyse des mécanismes de contraction du VIH chez le migrant de travail





CODESRIA

Conseil pour le développement
de la recherche en sciences
sociales en Afrique



L'Institut français
de recherche scientifique
pour le développement
en coopération

COLLOQUE INTERNATIONAL

***SCIENCES SOCIALES ET SIDA EN AFRIQUE
BILAN ET PERSPECTIVES***

Communications — Volume 1

4-8 novembre 1996

Sali Portudal, Sénégal

4-8 november 1996

INTERNATIONAL SYMPOSIUM

***SOCIAL SCIENCES AND AIDS IN AFRICA
REVIEW AND PROSPECTS***

Papers — Volume 1



Dakar
Codesria - CNLS - Orstom
octobre 1996