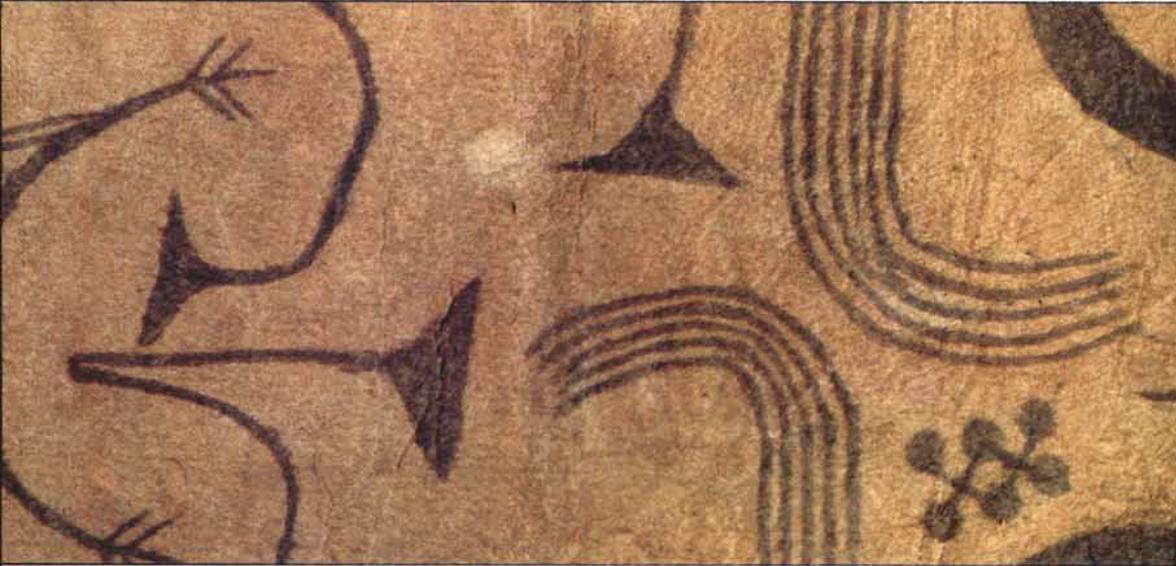




CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT



**MIGRATION ET SIDA  
EN AFRIQUE DE L'OUEST  
UN ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Richard LALOU  
Victor PICHÉ



**CENTRE FRANCAIS SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT  
(CEPED)**  
Groupement d'Intérêt Scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS VI

**MIGRATION ET SIDA  
EN AFRIQUE DE L'OUEST  
UN ETAT DES CONNAISSANCES**

Richard LALOU<sup>a</sup>

Victor PICHÉ<sup>b</sup>

LES DOSSIERS DU CEPED N° 28

PARIS, NOVEMBRE 1994

---

(a) Démographe, ORSTOM,

B.P. 1386, Dakar (Sénégal).

Tél: (221) 32-18-46/ Fax: (221) 32-16-75

(b) Démographe, Directeur du Département de démographie, Université de Montréal

C.P. 6128, succursale « Centre-Ville », Montréal (Qué) Canada H3C 3J7.

Tél: (1-514) 343-7225/Fax (1-514) 343-2309

**Richard Lalou  
Victor Piché**

Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances/ Richard Lalou,  
Victor Piché.- Paris : Centre français sur la Population et le Développement, 1994.-  
48 p. ; 24 cm.- (Les Dossiers du CEPED ; 28).

Directeur de la publication : Jacques VALLIN  
Comité de rédaction : Patrick GUBRY, responsable de la collection  
Philippe ANTOINE  
Thérèse LOCOH  
Diffusion : Paula ALICK

Ce numéro a été dactylographié et mis en forme par l'auteur

© CEPED 1994  
ISBN 2-87762-069-7  
ISSN 0993-6165

## RÉSUMÉ

Depuis la découverte du sida, la diffusion géographique du virus est, comme par évidence, liée à la circulation des hommes. Cependant, ce constat classique dissimule une relation entre mobilité et sida à la fois complexe et méconnue. Considérant l'Afrique de l'Ouest, notre propos est de mettre en lumière la complexité de cette association, à partir d'une revue critique de la littérature, et d'en extraire les principales explications.

Il ressort que la personne mobile est tour à tour un individu soumis au risque de contracter le VIH, et un porteur de la maladie susceptible de la diffuser dans les populations rencontrées. Au regard du risque de diffusion, la littérature donne crédit au sens commun. Les prostituées, souvent étrangères, les transporteurs routiers, les commerçants internationaux, les migrants de travail ou encore les étudiants sont autant de populations mobiles qui favorisent la diffusion du sida. Le risque majoré de contamination par le sida des personnes mobiles a été envisagé surtout de façon théorique et par rapport aux migrants de travail. Le jeune homme, non-accompagné, qu'est souvent le migrant de travail, est triplement exposé au risque d'infection. D'abord, son isolement affectif et son faible niveau économique produisent une situation de stress qui favorise les comportements sexuels à risque. Son décalage culturel et son illétrisme le rendent aussi moins réceptif aux campagnes de sensibilisation. Enfin, le migrant, en raison d'une santé plus fragile, est plus exposé au risque transfusionnel et aux injections par des aiguilles souillées. En dépit de leur intérêt, toutes ces analyses restent encore largement théoriques et les quelques études empiriques se révèlent très contradictoires.

En somme, la relation entre migration et sida dépasse le simple truisme, mais les mécanismes complexes qui relient ces deux phénomènes sont encore à déterminer et à valider.

**MOTS CLÉS :** AFRIQUE DE L'OUEST, SIDA, MIGRATION DE TRAVAIL, MOBILITÉ DE LA POPULATION, MST, PROSTITUTION.

## SUMMARY

### [Migration and Aids in West Africa: an overview]

Since aids appeared, it is of common knowledge that geographical spread of HIV is linked to human mobility. However, this relationship between mobility and Aids is both complex and relatively unknown. This overview seeks to underline the causal process.

The traveller is first of all likely to be contaminated by Aids, but he can also transmit the disease if HIV infected. Prostitutes, more often foreigners, truck drivers, international tradesmen, labor migrants or even students are often known as populations who contribute to Aids's spread. Studies on the high risk of HIV infection among mobile populations is essentially theoretical and concern mostly labor migrants. Labor migrants are often unaccompanied young males, either single or separated from their wives for long periods. First of all, spousal separation, loneliness and poverty can be responsible for a stressful situation and enhances high risk sexual behaviour. Illiteracy and cultural differences of migrants diminishes the impact of aids messages. Finally, the migrant's more precarious health makes him more vulnerable in terms of blood transfusion and needle infected risk. Studies dealing with migration and Aids are mostly empirical. Although they are very interesting, the causal process of this interrelationship is still to be developed and validated.

**KEY WORDS:** WEST AFRICA, AIDS, LABOR MIGRATION, MOBILITY, STD, PROSTITUTION.

## **Remerciements**

Ce travail a été réalisé dans le cadre du Programme d'Appui à la Surveillance Épidémiologique (PASE/SIDA) du Centre de Coopération Internationale pour la Santé et le Développement (CCISD) de l'Université Laval (Québec) et grâce à un financement de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI).

## SOMMAIRE

Introduction .....	6
1. Les grands champs migratoires internationaux en Afrique de l'Ouest .....	7
1.1. Les sources .....	8
1.2. Trois grands systèmes migratoires interrégionaux .....	9
1.2.1.. Migrations vers la Côte d'Ivoire.....	10
1.2.2.. Migrations vers le Sénégal .....	10
1.2.3.. Migrations vers le Nigéria.....	11
1.2.4. Autres flux interrégionaux.....	11
1.3. Caractéristiques des migrants internationaux .....	11
2. Migration et sida: "la maladie de l'étranger" et de la vulnérabilité.....	12
2.1. Mobilité et sida : le risque de diffuser la maladie.....	14
2.1.1. Géographie du VIH et routes du sida. ....	15
2.1.2. Mobilité des groupes à haut risque : les prostituées. ....	18
2.1.3. Comportements à risque des groupes mobiles. ....	21
2.2. Migrant et vulnérabilité : le risque de contracter le sida. ....	28
2.2.1. La migration masculine de travail : un élément clé dans les explications du sida en Afrique sub-saharienne. ....	28
2.2.2. La prostitution : une expression ultime de la vulnérabilité de la femme migrante.....	41
Conclusion.....	43
Références bibliographiques .....	45

## TABLE DES FIGURES

Graphique 1. Modes théoriques de diffusion du sida par le migrant dans la zone d'origine.....	27
Graphique 2. Cadre conceptuel pour l'analyse des mécanismes de contamination par le VIH chez le migrant. Une synthèse de la littérature.....	30

## INTRODUCTION

Les brassages de population et la multiplication des moyens de transport rapides ont, en quelques années, fait du sida une maladie pandémique. Dire que le sida se propage au rythme accéléré des déplacements humains est donc une évidence. Cependant ce constat désormais classique dissimule, en dépit de sa simplicité, une relation entre la migration et le sida à la fois complexe et méconnue.

Tout d'abord, s'il est un fait que les flux migratoires constituent un phénomène crucial dans l'explication des grandes disparités géographiques de l'épidémie, le mode et l'intensité de cette propagation varient, fort probablement, selon la nature et le type de la migration considérée. Que le migrant se déplace seul ou en famille, à la recherche d'un travail ou pour des raisons politiques, que sa migration soit de courte ou de longue durée, circulaire ou définitive, et que les zones de départ et d'arrivée soient ou non déjà infectées, et le schéma de diffusion de la maladie s'en trouvera vraisemblablement modifié. Il y aurait donc autant de formes et d'intensités de propagation du sida qu'il existe de types migratoires. D'autre part le phénomène migratoire est souvent cantonné, dans la littérature sur le sida, à un rôle d'explication du "comment" de la diffusion. Pourtant, certains auteurs avancent que la migration, en plus de véhiculer la maladie, participe, notamment en Afrique, à un processus de déstructuration économique, culturelle et familiale qui favorise la rupture avec les comportements sexuels traditionnels et donc la prolifération de la maladie (Hunt, 1989; Packard et Epstein 1992). A ce double titre, l'étude de l'épidémie du sida est par conséquent indissociable de celle des mouvements migratoires humains.

L'Afrique de l'Ouest est une des régions du monde où la liaison entre migration et sida est probablement la plus forte. Lorsqu'on évoque le sida en Afrique, continent le plus touché par la maladie, ce sont surtout bien sûr les cas dramatiques de l'Ouganda, du Rwanda, du Malawi ou du Zimbabwe qui, en premier, viennent à l'esprit. Cependant, l'Afrique de l'Ouest, et notamment les pays côtiers du golfe de Guinée, présentent actuellement des caractéristiques épidémiologiques (double présence des Virus d'Immunodéficience Humaine VIH-1 et 2) et démographiques (premier système migratoire en Afrique), qui présagent d'un développement de l'épidémie particulièrement rapide.

Sur la base de cette région de l'Afrique, notre propos est de dresser, à partir d'une revue critique de la littérature, un bilan des connaissances et d'en extraire les principales hypothèses explicatives. Pour ce faire, nous considérerons en premier lieu les systèmes migratoires ouest-africains, afin d'en dégager les caractéristiques les plus favorables à la propagation du sida. Enfin, nous envisagerons, comment les littératures épidémiologiques et anthropologiques, notamment, ont interprété le rôle de la migration dans la diffusion et la contamination par le sida en Afrique de l'Ouest.

## 1. LES GRANDS CHAMPS MIGRATOIRES INTERNATIONAUX EN AFRIQUE DE L'OUEST

En bref, on peut dire que l'Afrique de l'Ouest se compose habituellement de seize pays<sup>1</sup>. Au regard des indicateurs économiques classiques (i.e. revenu per capita), cette région comprend plusieurs des pays les plus pauvres du monde. Enfin, l'ouest-africain se caractérise par la très haute mobilité de sa population, sans doute la plus mobile du continent sub-saharien.

Présenter une synthèse des mouvements migratoires internationaux de l'Afrique de l'Ouest n'est pas une démarche simple, en raison notamment de la diversité des types de migrations et des lacunes importantes dans les statistiques<sup>2</sup>.

Si nous ne considérons pour le moment que la question des classifications migratoires, nous pouvons dire qu'elles obéissent généralement à deux critères principaux. Selon le critère temporel (i.e. la durée), les migrations peuvent être temporaires ou de longue durée, voire permanentes. En outre, les critères économiques distinguent les migrations de travail des migrations familiales. Ces critères sont les plus utilisés dans la littérature mais ils n'épuisent pas l'ensemble du phénomène migratoire en Afrique. Il suffit de songer aux migrations de refuge (personnes réfugiées) et au nomadisme qui est important dans la région, pour s'en convaincre.

Bien que le critère spatial, sur lequel repose la distinction entre les migrations internes et les migrations internationales, n'ait pas de raison d'être considéré ici, il appelle néanmoins, dans le contexte africain, deux remarques. Premièrement, la différence entre une migration internationale et une migration interne est très souvent artificielle dans la mesure où les frontières traversent des groupes ethniques homogènes. Pour les migrants et les migrantes, l'Afrique de l'Ouest constitue une unité économique où circulent librement biens, services et populations (Adepoju, 1988 : 62). Deuxièmement, les mouvements migratoires contemporains sont largement tributaires de l'époque coloniale<sup>3</sup>. La "politique coloniale" a mis en place une nouvelle dynamique géo-économique modifiant de façon radicale la distribution des facteurs de production au profit des entreprises localisées dans les régions côtières (i.e. les plantations et les industries forestières en Côte d'Ivoire; le cacao au Ghana et l'arachide au Sénégal) et en puisant la main-d'oeuvre dans les réserves des pays de l'intérieur (surtout le Burkina Faso, le Mali et le Niger).

---

<sup>1</sup> Il s'agit des pays suivants: Isles du Cap Vert, Mauritanie, Sénégal, Gambie, Guinée Bissau, Guinée, Sierra Leone, Libéria, Mali, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana, Togo, Bénin, Nigéria et Niger.

<sup>2</sup> Plusieurs synthèses de la littérature africaine sur les migrations ont été tentées: voir par exemple Gregory et Piché, 1985; Adepoju, 1988; Ricca, 1990; Makinwa-Adebusoye, 1992; Robin, 1992; Oucho et Goul, 1993; Russell, 1993;.

<sup>3</sup> Voir Amin (1974) et Coulibaly (1986).

Après avoir envisagé le problème des sources, nous considèrerons, dans cette première partie la forme de migrations internationales actuellement dominante en Afrique de l'Ouest : les migrations internationales de travail largement temporaires et circulaires<sup>4</sup>. De surcroît, nous nous concentrerons ici sur les flux encore actifs, certains ayant subi quelques modifications par rapport à l'histoire. Par exemple, le Ghana n'est plus aujourd'hui une grande zone d'immigration comme par le passé, supplanté en cela par la Côte d'Ivoire.<sup>5</sup> Par contre, le Nigéria l'est devenu du moins dans les années 70 avec le boom pétrolier même si, avec la crise des années 80, l'immigration s'est probablement ralentie.

### 1.1. Les sources

Sauf pour le Burkina Faso pour lequel une enquête nationale sur les mouvements migratoires existe<sup>6</sup>, seuls les recensements permettent de tracer la carte des mouvements migratoires dans la région ouest-africaine<sup>7</sup>. Les données disponibles couvrent essentiellement la période 1970-1980<sup>8</sup>. Malheureusement, les compilations à partir des derniers recensements de la décennie 1980-90 ne sont pas encore disponibles pour l'ensemble de la région.

Les données de recensements donnent une mesure partielle de la migration en croisant le lieu de naissance et le lieu de résidence au moment du recensement. Cet indicateur appelé "migration de durée de vie" sous-estime les volumes de migrations (les entrées comme les sorties) dans la mesure où les migrations entre ces deux moments dans le temps (i.e. les migrations répétées et les migrations de retour) ne sont pas prises en compte. Il s'avère de plus assez imprécis sur les périodes de migrations<sup>9</sup>. Mais, en

---

<sup>4</sup> Nous excluons donc trois types de migrations dites "traditionnelles": les migrations de mariage (surtout féminines dans des sociétés patriarcales et virilocales), le nomadisme et les migrations agricoles (rurales-rurales). S'agissant de migrations essentiellement de type familial, leur impact en termes de la transmission du sida serait moindre.

<sup>5</sup> Sur ce sujet, voir Kouamé (1990). Il semble cependant que depuis la crise économique que traverse la Côte d'Ivoire, les flux migratoires se réorientent vers le Ghana.

<sup>6</sup> Voir Coulibaly, Gregory et Piché (1980).

<sup>7</sup> Un vaste programme d'enquêtes nationales sont présentement en cours dans huit pays de la région: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, et Sénégal. Ce programme est coordonné par le CERPOD. Le Département de démographie de l'Université de Montréal y est étroitement associé.

<sup>8</sup> Soulignons que pour le pays le plus peuplé de la région - le Nigéria - les données détaillées du recensement de 1991 ne sont toujours pas disponibles.

<sup>9</sup> Pour une comparaison des différentes mesures de migrations, voir Piché (1990).

l'absence d'autres informations, cette mesure demeure fort utile, en fournissant un ordre de grandeur des courants migratoires majeurs<sup>10</sup>.

Au delà de la sous-estimation liée au type de mesure retenu, il y a aussi le problème de la migration clandestine et non-documentée. Les estimations peuvent ainsi varier du simple au double quand ce n'est pas du simple au triple<sup>11</sup>. Bref, les chiffres connus et cités sous-estiment de façon importante les vastes mouvements de va-et-vient constants qui caractérisent l'Afrique de l'Ouest.

Enfin, les mouvements migratoires sont très sensibles à la conjoncture économique souvent imprévisible (i.e. la crise du pétrole au Nigéria et l'expulsion massive d'immigrants - 1 million en 1983) et aux conflits politiques (i.e. le conflit entre la Mauritanie et le Sénégal en 1989 et la guerre civile au Libéria). Il s'agit donc d'une réalité fluide et fragile et qui s'inscrit dans une dynamique mondiale instable.

## 1.2. Trois grands systèmes migratoires interrégionaux

A partir des recensements de la période 1970-1980, il est possible de reconstituer la matrice migratoire de l'Afrique de l'Ouest. Trois pays côtiers constituent l'essentiel des pôles d'immigration. Il s'agit par ordre d'importance de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et du Nigéria. Les autres pays de l'intérieur sont surtout des pays d'émigration. Trois grands systèmes migratoires peuvent être identifiés. Avec le temps, la Côte d'Ivoire est devenu le plus important pays d'immigration, au détriment notamment du Ghana et plus récemment du Nigéria. La place prépondérante du système migratoire ivoirien dans les mouvements migratoires ouest africains en justifie une description plus détaillée.

### 1.2.1. Migrations vers la Côte d'Ivoire

Les migrants vers la Côte d'Ivoire proviennent de presque tous les pays de la région et s'installent dans presque toutes les régions du pays, avec toutefois une préférence pour la région Sud, autour d'Abidjan. Le dernier recensement de la Côte d'Ivoire (1988) permet de cerner avec plus de précision les échanges entre ce pays et ceux de la région. Ainsi, grâce à une question sur la migration annuelle (entre 1987 et 1988), il est possible d'estimer le nombre d'immigrants selon les pays de provenance (R.C.I. 1992 : 120). Sur 123 083 immigrants entrés en Côte d'Ivoire au cours de l'année, 41,9% proviennent du

---

<sup>10</sup> Quelques pays ont posé une question, dans le dernier recensement, sur la migration au cours de l'année précédente (i.e. la Côte d'Ivoire) mais ces informations doivent être disponibles pour tous les pays (ou du moins la majorité) si on veut tracer la carte des flux migratoires pour l'ensemble de l'Afrique de l'ouest.

<sup>11</sup> Voir Robin (1992 : 13) pour quelques exemples; voir également Adepoju (1988 : 19-20).

Burkina Faso. Le deuxième pays, le Mali, vient loin derrière avec 20,8%. Bref, l'importance historique des échanges entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire se maintient toujours.

Les données du dernier recensement de la Côte d'Ivoire sur la migration depuis la naissance montrent que la vaste majorité des immigrants (79%) s'installent dans les quatre régions forestières du Sud, Centre-Ouest, Sud-Ouest et Ouest (République de Côte d'Ivoire, 1992 : 126). Le Burkina Faso à lui seul fournit près de 50% de ces immigrants. De plus, la majorité (72%) s'installe dans le milieu rural (R.C.I. 1992 : 129-130).

Du point de vue du Burkina Faso, l'Enquête nationale sur les mouvements migratoires de 1974-1975 avait permis de chiffrer avec une plus grande précision les flux migratoires. Sur environ 336 000 émigrants internationaux, pour la période quinquennale 1969-1973, 89% sont partis en Côte d'Ivoire (Coulibaly et al. 1980: 39). De plus, sur 165 335 immigrants internationaux, 74% proviennent de Côte d'Ivoire : il s'agit en fait de migrations de retour de migrants burkinabè. On peut préciser encore davantage en montrant que la région mossi du Burkina domine en fournissant 69% de tous les émigrants burkinabè vers la Côte d'Ivoire et en recevant 58% des immigrants de retour. C'est cette domination des échanges circulaires entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire qui permet de parler d'un véritable système migratoire dans la région ouest-africaine. Les informations plus récentes permettent de penser que le système est encore aujourd'hui très actif. Ainsi, les données du dernier recensement de la Côte d'Ivoire présentées plus haut ont bien montré l'importance de la présence burkinabè<sup>12</sup>. De même, le recensement de 1985 du Burkina Faso indique que 69% des immigrants au Burkina Faso proviennent de la Côte d'Ivoire : il s'agit là essentiellement de migrations de retour, surtout de jeunes enfants (INSD 1989 : 81).

### 1.2.2. Migrations vers le Sénégal

La migration vers le Sénégal provient en grande partie de la Guinée-Bissau, de la Guinée, de la Gambie et de la vallée du Fleuve Sénégal (Mauritanie). Au cours des années 1970-80, la Guinée et la Guinée-Bissau ont fourni d'importants effectifs de migrants à destination du Sud du Sénégal (Casamance), cependant cette immigration a aujourd'hui fortement diminué. Dans la période 1989-91, le Sénégal a reçu une forte immigration de refuge en provenance de la Mauritanie. L'immigration vers le Sénégal est concentrée dans la grande région de Dakar.

---

<sup>12</sup> Au recensement de 1988, on a dénombré 866 547 personnes nées au Burkina Faso; il y en avait 548 242 en 1975 (République de Côte d'Ivoire, 1992: 1).

### 1.2.3. Migrations vers le Nigéria

À l'exception des données du recensement de 1953, les estimations des flux migratoires au Nigeria sont très peu fiables. A partir d'enquêtes régionales, on peut tracer le portrait suivant. Ce n'est que récemment, avec le boom pétrolier des années 70, que le Nigéria est apparu comme pays d'immigration. On note trois grandes zones d'immigration à l'intérieur du Nigéria : au nord autour de Kano, au sud-ouest vers la région de Lagos, et au sud-est la région autour de Enugu près de la frontière avec le Cameroun. Les échanges avec le Nigéria se font surtout avec le Ghana et le Niger. Si on se fie aux estimations du nombre d'immigrants expulsés au début des années 80 suite à la crise du pétrole (i.e. 1 million en 1983), il est clair que ce pays a attiré un grand nombre d'immigrants.

### 1.2.4. Autres flux interrégionaux

Un autre "mini-système" mérite mention. Il s'agit des flux en provenance de la Guinée vers la Sierra Leone et le Libéria. Il est difficile de savoir si ces flux demeurent importants encore aujourd'hui compte tenu des changements politiques survenus en Guinée et de la guerre qui sévit au Libéria. On a vu plus haut que plusieurs personnes en provenance du Libéria ont trouvé refuge en Guinée, en Côte d'Ivoire et en Sierra Leone.

La région ouest-africaine n'épuise pas le champ migratoire des populations. En effet, d'importantes migrations ont lieu vers l'Afrique équatoriale, surtout vers le Cameroun et le Congo mais aussi vers le Gabon et le Zaïre, en provenance de presque tous les pays de l'Afrique de l'Ouest (surtout Mali, Burkina Faso, Bénin, Togo, Niger, Sénégal, Nigéria). Du point de vue qui nous concerne ici, c'est-à-dire des liens entre migration et sida, ces courants migratoires sont très significatifs dans la mesure où la prévalence du sida est particulièrement élevée en Afrique centrale et où les migrations de retour sont importantes.

En conclusion, on peut dire que la région ouest-africaine se caractérise par une forte mobilité de sa population. Néanmoins, s'il est vrai que les échanges existent entre tous les pays de la région, un système migratoire domine nettement tant par l'importance quantitative des flux que par la très forte polarisation sur la Côte d'Ivoire.

### 1.3. Caractéristiques des migrants internationaux

Selon tous les spécialistes de la région, ce sont les migrations de travail qui caractérisent surtout l'Afrique de l'Ouest. Sur le plan statistique, les migrations de travail (surtout salarié) dominent largement. Certes, cette définition exclut les déplacements pour

des fins commerciales, déplacements qui peuvent revêtir une certaine importance du point de vue de la transmission du sida. Mais ces déplacements sont difficiles à chiffrer.

Les migrations de travail en Afrique de l'Ouest sont marquées par leur nature essentiellement temporaire et circulaire. Ces migrations trouvent leurs fondements dans le type de développement caractérisant les économies de la région ouest-africaine (Gregory et Piché, 1985). D'un côté, le processus de monétarisation des économies ouest-africaines, en marche depuis le début du siècle, a créé puis accéléré les besoins monétaires des familles rurales. D'un autre côté, les sources de revenus sont limitées et concentrées dans certaines zones. On a vu comment les investissements coloniaux ont favorisé les industries forestières des pays côtiers. Par ailleurs, les conditions de travail dans les chantiers et les plantations, en particulier les niveaux de rémunération, sont insuffisantes pour permettre la survie de toute la famille. D'où le développement d'un système de migrations circulaires impliquant la dépendance au regard des deux types d'économie, l'économie marchande et l'économie domestique (Meillassoux, 1975).

Ce type de migrations implique surtout des hommes, d'origine rurale, jeunes (15-34 ans), célibataires ou migrant seuls (i.e. sans leur conjoint), sans instruction, et vivant souvent dans des baraques fournies par les employeurs ou entassés dans des concessions avec d'autres migrants. On devine donc voir immédiatement les implications de ce type de migration du point de vue de la mobilité sexuelle et des risques de propagation des maladies sexuellement transmissibles.

## **2. MIGRATION ET SIDA : "LA MALADIE DE L'ÉTRANGER"<sup>1</sup> ET DE LA VULNÉRABILITÉ**

Depuis les premiers travaux réalisés sur la santé des migrants, tous les chercheurs admettent que le processus de diffusion des maladies contagieuses peut être accéléré et intensifié dans un contexte de fortes migrations (Wessen 1974; Prothero 1977, 1989). Dans ce sens, l'épidémie du sida n'échappe pas à ce principe épidémiologique classique. Qu'il s'agit des migrations de travail ou de refuge, des migrations rurales-urbaines ou rurales-rurales, saisonnières ou de longue durée ou qu'il s'agit encore de déplacements de nature commerciale ou touristique, tous ces mouvements de population présentent une caractéristique commune : ils favorisent les rapports sexuels occasionnels, souvent non protégés, et font ainsi du migrant et du voyageur à la fois l'hôte et le vecteur potentiels du VIH. Nous pouvons dire, dans le prolongement de la réflexion théorique de Wessen (1974 : 584), que le migrant est tour à tour un individu fortement soumis au risque de

contracter le VIH, et un porteur de la maladie susceptible de la diffuser dans les populations rencontrées<sup>13</sup>

Depuis les premiers travaux réalisés sur la santé des migrants, tous les chercheurs admettent que le processus de diffusion des maladies contagieuses peut être accéléré et intensifié dans un contexte de fortes migrations (Wessen 1974; Prothero 1977, 1989). Dans ce sens, l'épidémie du sida n'échappe pas à ce principe épidémiologique classique. Qu'ils s'agissent des migrations de travail ou de refuge, des migrations rurales-urbaines ou rurales-rurales, saisonnières ou de longue durée ou qu'ils s'agissent encore de déplacements de nature commerciale ou touristique, tous ces mouvements de population présentent une caractéristique commune : ils favorisent les rapports sexuels occasionnels, souvent non protégés, et font ainsi du migrant et du voyageur à la fois l'hôte et le vecteur potentiels du VIH. Nous pouvons dire, dans le prolongement de la réflexion théorique de Wessen (1974 : 584), que le migrant est tour à tour un individu fortement soumis au risque de contracter le VIH, et un porteur de la maladie susceptible de la diffuser dans les populations rencontrées<sup>14</sup>.

Cette double perception du rôle du migrant dans l'épidémie du sida se retrouve clairement dans les études sur la relation entre les mouvements de population et le sida. Les premières et les plus nombreuses traitent le sida comme une pathologie d'apport, véhiculée par les migrations circulaires rurales-urbaines, intracontinentales et par les migrations internationales (sud-nord). Dans cette perspective, le migrant est compris comme un porteur de virus qui, en raison de sa mobilité, propage dans la population d'accueil une maladie étrangère : le sida. Il s'agit alors de **l'approche diffusionniste**. Reprenant une réflexion largement développée à partir des maladies transmises sexuellement (Doyal 1981), certains auteurs, plus rares, considèrent la migration, et notamment la migration de travail, comme un facteur favorable à la contamination par le VIH (Hunt 1989; Sanders et Sambo 1991; Packard et Epstein 1992). Le migrant est alors une personne dont les problèmes d'adaptation à l'environnement d'accueil influent sur sa santé physique et mentale et sur ses comportements sexuels. Il s'engage alors temporairement dans des activités sexuelles à haut risque (rapports non protégés avec des prostituées). On parlera dans ce cas de **la théorie de la vulnérabilité**.

Ces deux approches à la fois distinctes et complémentaires du phénomène *migration et sida*, loin d'être exclusives, dominent la littérature spécialisée. Aussi, avons-

---

<sup>13</sup> Cette formule ne traduit en aucune façon l'opinion des auteurs, mais se veut une expression synthétique et imagée de quelques-unes des réflexions contenues dans la littérature scientifique.

<sup>14</sup> Le migrant peut également introduire toute maladie contagieuse dans son milieu d'origine, à l'occasion d'un retour temporaire ou définitif.

nous choisis de rendre compte des diverses recherches sur la migration et le sida au travers de cette classification.

### 2.1. Mobilité et sida : le risque de diffuser la maladie

À l'instar du voyageur, le migrant a très rapidement été désigné, par la plupart des instances politiques et scientifiques, comme un des principaux acteurs de la diffusion internationale du VIH<sup>15</sup>. Il faut dire que toutes les sociétés concernées par ce problème de santé ont immédiatement perçu le sida comme une maladie nouvelle<sup>16</sup>. Autrement dit, l'arrivée du VIH dans une population, si elle n'est pas le produit de la mutation génétique d'un virus pré-existant sur place, provient inmanquablement d'une contamination par un porteur étranger. Partant de ce raisonnement, le VIH est donc nécessairement un produit d'importation et la migration, avec les autres formes de mobilité, les responsables de sa circulation. Autant dire que la migration, et plus généralement la circulation des personnes, fut très rapidement mis à contribution pour rendre compte des disparités géographiques de l'épidémie du sida<sup>17</sup>. Finalement, cette approche trouve sa sanction scientifique avec les différents modèles de diffusion globale du sida (voir annexe), dont les plus connus sont ceux de Gallo (1987) et de Shannon et Pyle (1989).

Dans cette perspective, la définition du migrant est généralement beaucoup plus large que celle habituellement utilisée en démographie. En plus des personnes qui ont changé de lieu de résidence, il n'est pas rare de trouver, sous le registre *migration et sida*, des populations à risque comme les routiers internationaux, les prostituées d'origine

---

<sup>15</sup> À ce titre, les nombreuses tentatives, au début de l'épidémie, de fermer les frontières aux étrangers séropositifs sont éloquentes. De même, nous pouvons rappeler que les immigrants haïtiens, identifiés très tôt comme un des quatre groupes les plus à risque ("les quatre H", soit les homosexuels, les héroïnomanes, les Haïtiens et les hémophiles) furent tenus responsable de la propagation du sida en Amérique du nord (Gmerk 1989). Cette hypothèse est aujourd'hui fortement remise en question et certaines observations semblent suggérer que le HIV1 pourrait avoir été importé en Haïti à partir des USA (De Cock 1984; Pape et Johnson 1989).

<sup>16</sup> Plutôt que de parler de maladie nouvelle, les médecins et les épidémiologistes préfèrent par prudence considérer le sida comme une maladie nouvellement reconnue par la médecine moderne. Il reste que, sous sa forme épidémique, le sida a été fort probablement inconnu dans l'histoire de l'humanité.

<sup>17</sup> La petite histoire du sida ne manque pas d'anecdotes illustrant cette association originelle. Si la plupart des pays du Nord ont rapidement identifié l'Afrique centrale comme le foyer principal du sida (virus VIH-I), les Africains ont longtemps perçu le sida comme une maladie de "blancs", importée par les touristes et les coopérants. "Au mal noir" a répondu la "peste blanche". En Amérique du Nord, l'accusation de diffusion se porta initialement sur les immigrés haïtiens. En Europe se furent les Africains et les touristes américains qui importèrent la maladie (Gmerk 1989). Enfin, signalons qu'au Burkina Faso le sida est fréquemment dénommé *la maladie (ou la diarrhée) de la Côte d'Ivoire* (EDS-Burkina Faso 1992).

étrangère, les militaires, les commerçants itinérants et même les voyageurs. En fait, la migration est alors souvent assimilée à la mobilité. Or, même si notre réflexion porte en priorité sur le migrant, il est également important de considérer les autres populations mobiles. Aussi, dans cette première analyse, la migration sera-t-elle analysée selon la compréhension la plus usuelle et la plus commune à ce champ spécifique de la recherche<sup>18</sup>.

### 2.1.1. Géographie du VIH et routes du sida

Si l'épidémie de sida est jusqu'à ce jour plus importante en Afrique subsaharienne<sup>19</sup> que partout ailleurs, elle ne présente pas moins de fortes variations géographiques à l'intérieur de ce territoire. D'une manière générale, le foyer principal, situé en Afrique centrale et orientale (Zaïre, Rwanda, Burundi, Ouganda, Malawi, Kenya...) et dominé presque exclusivement par le VIH1, s'oppose au foyer secondaire<sup>20</sup> d'Afrique de l'Ouest (Guinée-Bissau, Sénégal, Côte-d'Ivoire, Ghana...), caractérisé par la double présence virale (VIH1 et 2). Ces deux pôles épidémiques, bien que reliés<sup>21</sup>, paraissent développer leur propre dynamique de diffusion du (ou des) virus (Vallin ed. 1994).

---

<sup>18</sup> Nous excluons toutefois des personnes mobiles les touristes, le tourisme n'étant pas très développé en Afrique de l'Ouest, à l'exception du Sénégal.

<sup>19</sup> Le Programme Global de lutte contre le Sida (OMS) estime que sur les 13 millions d'adultes contaminés par le VIH, depuis le début de l'épidémie et jusqu'au milieu de 1993, 8 millions (61,5%) proviendraient de l'Afrique au sud du Sahara.

<sup>20</sup> Même si elles sont encore controversées, certaines considérations épidémiologiques suggèrent que la croissance de l'incidence du VIH/SIDA pourrait s'accélérer notablement en Afrique de l'Ouest, comparativement à l'Afrique centrale. À l'encontre de l'Afrique des Grands Lacs, l'Afrique occidentale, initialement affectée par le virus VIH2, est aujourd'hui contaminée par les deux virus (notamment en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et au Ghana). Or, si le VIH2 se distingue du VIH1 par un risque moins élevé de transmission (horizontal et vertical), par une apparition plus tardive de la maladie après la séroconversion (Dufourt et al. 1988) et par une survie plus longue du malade, les virus VIH1 et VIH2, lorsqu'ils sont tous les deux présents, semblent agir en synergie et non en concurrence, aussi bien au niveau de la population que de l'individu. À l'instar de l'épidémie du VIH1, l'infection combinée est alors particulièrement rapide, grave et virulente. Par ailleurs, la durée d'incubation plus lente du VIH2 suggérerait un retard dans le développement de l'épidémie, plutôt qu'une moindre pathogénicité (Clavel 1987). En somme, il est à craindre que cette spécificité virologique de l'Afrique de l'Ouest confère à l'épidémie une évolution beaucoup plus dramatique qu'elle ne l'est actuellement.

<sup>21</sup> C'est sans doute la migration des virus (VIH1 et 2) hors de leur bassin d'origine qui traduit de façon minimale ces liaisons entre les deux foyers épidémiques africains. Il est à noter que jusqu'à présent le VIH1 a plus fortement pénétré l'Afrique de l'Ouest que le VIH2 ne s'est introduit en Afrique centrale.

Cette très forte régionalisation de l'épidémie de sida en Afrique sub-saharienne n'a pas manqué de susciter de nombreuses hypothèses explicatives<sup>22</sup>. Parmi ces analyses, une des plus importantes est sans doute celle qui associe la propagation du sida aux flux migratoires et commerciaux. Pour plusieurs auteurs, les routes commerciales, qui relient les grandes villes, les zones industrielles et les mines aux ports maritimes, sont des voies privilégiées de pénétration et de diffusion du sida à travers l'Afrique (Amat-Roze 1989; Oruboloye 1993). En ce sens, le réseau routier trans-africain, qui relie Dakar (Sénégal) à Mombasa (Kenya) en passant par les grandes régions endémiques du sida en Afrique centrale, semble jouer un rôle particulièrement important. D'un point de vue méthodologique, cette liaison est généralement établie assez simplement à partir soit de la corrélation entre la distribution géographique de la séroprévalence et le système routier, soit de la fréquence des personnes séropositives ayant une histoire de voyages. Plus rarement, cette liaison est évaluée à partir d'analyses multivariées.

Jusqu'à présent, la plupart des recherches ont porté sur le tronçon oriental de la route trans-africaine, qui relie l'Afrique centrale à l'Océan Indien et qui est constitué des routes Zaïre-Rwanda-Ouganda-Kenya (vers le port de Mombasa) et Zaïre-Rwanda-Burundi-Tanzanie (vers le port de Dar-es-Salam).

Dans le district rural de Rakaï en Ouganda, une des régions particulièrement touchée par l'épidémie du sida<sup>23</sup>, des chercheurs ont pu montrer que plus la population enquêtée est géographiquement proche d'une des deux routes principales qui traversent la région plus la séroprévalence du HIV1 est élevée (Wawer et al. 1990, Smallman-Raynor et al. 1992). Les petites villes commerciales de Lyantonde et de Kyotera, situées à des carrefours routiers, ont des taux de prévalence de plus de 50% dans la population des prostituées. La corrélation négative entre prévalence du HIV1 et distance par rapport à la route est alors hautement significative ( $R^2=0,54$  et  $p=0.01$ ).

A l'appui de cette approche, des études de séroprévalence révèlent une séropositivité élevée dans la population à faible risque (femmes enceintes, donneurs de

---

<sup>22</sup> Afin de rendre compte des variations géographiques du sida en Afrique sub-saharienne, des auteurs font valoir les différences dans la répartition spatiale des maladies génitales ulcéraives et des MTS (surtout le chancre mou) (Simonsen et al. 1988, Plummer et al. 1991). D'autres les expliquent par les disparités géographiques de la pratique de la circoncision masculine (Bongaarts et al. 1989, Caldwell et al. 1993). Enfin, des chercheurs mentionnent les variations géographiques de certaines pratiques culturelles (excision et scarification) et sexuelles (promiscuité et prostitution) (Larson 1989; Caldwell et al. 1989).

<sup>23</sup> Pour l'ensemble du district de Rakaï, la séroprévalence des adultes à faible risque a été estimée en 1990 à 16% (Lutalo et al. 1992). Parmi les prostituées, la séropositivité semble être en 1987 de 86% (cité par Smallman-Raynor et al. 1992).

sang<sup>24</sup>) résidant dans les villes commerçantes qui bordent les grands axes routiers. Ces taux s'échelonnent ainsi de 12% à Rumonge, Burundi (Morvan et al 1989) et à Mwanza, Tanzanie (Lisekie et al. 1992) à 25% à Jinja, Ouganda (Asiimwe et al. 1992 [cité par Smallman-Raynor et al. 1992]), en passant par 23% à Bukola, Tanzanie (Kwesigabo et al. 1992).

Selon certaines études, l'analyse de la pénétration du VIH1 à partir du réseau routier ne convient qu'assez peu à l'Afrique de l'Ouest. Les routes qui relient l'Afrique centrale à l'Afrique occidentale passent par des pays, tels que le Cameroun et le Nigeria, où la prévalence du VIH1 est encore particulièrement basse (Mohammed et al. 1989). Au delà de ces pays-tampons, la prévalence du VIH1 remonte fortement, notamment au Ghana et en Côte d'Ivoire, pays traversés également par de grandes routes commerciales.

Bien qu'il soit difficile d'associer le réseau routier trans-africain à l'introduction du VIH1 en Afrique de l'Ouest, il semble que ces voies de circulation internationale participent aujourd'hui à la propagation élargie des virus (VIH1 et 2). Dans une étude sur les facteurs associés à l'infection par HIV2 en Gambie, Wilkins et al. (1991) observent que la séroprévalence est 2,7 fois (risque relatif ajusté,  $p < 0.01$ ) plus élevée dans les petites villes de Soma et Farafenni, situées sur la route trans-nationale qui rejoint le Sénégal, que dans le Grand-Banjul. Des écarts encore plus importants sont relevés entre ces villes routières et le milieu rural.

Par ailleurs, une enquête nationale menée au Mali en 1992 montre que les taux de séroprévalence les plus élevés se trouvent dans les régions du sud du pays, soit Mopti (4,5%) et surtout Sikasso (5,75%) (Maiga et al., 1993). A Bamako, la séropositivité est de 3%. Pour expliquer cette disparité géographique, les auteurs soulignent que la région de Sikasso est traversée par la route Abidjan-Bamako. Quand à la région de Mopti, c'est "un exode rural des jeunes important en direction des pays côtiers dont la Côte d'Ivoire" qui est invoqué.

Même s'il est clair que dans certaines régions de l'Afrique sub-saharienne (surtout en Afrique centrale) le sida s'est propagé rapidement, à la faveur des grands axes de circulation, le réseau routier africain est loin d'expliquer totalement le modèle de diffusion du sida sur ce continent. A ce titre, des exceptions aussi importantes que le Nigéria, le

---

<sup>24</sup> Les femmes enceintes et les donneurs de sang constituent probablement des populations à faible risque, au regard notamment des prostituées. Cependant, le taux de séroprévalence calculé à partir de ces populations ne devrait pas être tout-à-fait représentatif du taux attendu dans la population générale. Il est clair que les populations qui fréquentent les maternités et les centres de transfusion sanguine présentent des caractéristiques spécifiques. Or, ces critères de sélection (socio-économiques et culturels) pourraient être associés aussi à un risque majoré de séropositivité.

Sénégal et le Bénin ne manquent pas de surprendre. Ces trois pays, où le transport commercial par route est intense et les mouvements de population non-négligeables, ne connaissent en effet qu'une faible séroprévalence<sup>25</sup>. Les routes favorisent donc la circulation des virus (VIH1 et 2), mais ce sont peut-être des co-facteurs démographiques, sociaux, culturels et politiques qui en facilitent (ou en freinent) la pénétration et la propagation dans la population générale.

L'analyse de la diffusion du sida selon le système routier suggère plus ou moins explicitement que la mobilité des virus se fait surtout par le déplacement routier de son vecteur : l'homme. Aussi, la littérature s'est-elle rapidement orientée vers l'étude des populations très mobiles, et qui se déplacent sur les routes. Il s'agit principalement des prostituées, des routiers, des commerçants internationaux ou itinérants, des armées en mouvement et des migrants de travail.

### 2.1.2. Mobilité des groupes à haut risque : les prostituées

Dans la mesure où l'infection à VIH est, en Afrique, transmise principalement par relations hétérosexuelles, les prostituées<sup>26</sup>, dont les rapports ne sont encore que rarement protégés, ont très rapidement été identifiées comme un groupe à haut risque. De nombreuses enquêtes sérologiques sont d'ailleurs venues valider cette hypothèse, en relevant des taux de séroprévalence élevés et en croissance rapide<sup>27</sup> (Koffi et al. 1992; Mungai 1992, Smallman-Raynor et al. 1992; Maiga et al. 1993).

---

<sup>25</sup> Selon des enquêtes sérologiques récentes (1991-92), réalisées en milieu urbain sur des femmes enceintes, le taux de séroprévalence était, à Dakar (Sénégal), de 0,5% (Diouf et al. 1992), de 0,6% à Porto Novo au Bénin (Davo et al. 1992) et de 1,2% dans les villes du Nigéria (Assagba et al. 1992). En revanche, le taux de séroprévalence équivalent s'élève, par exemple à Abidjan (Côte-d'Ivoire) à 12% (Ekpini et al. 1991).

<sup>26</sup> Les comportements sexuels des femmes africaines suscitent depuis ces dix dernières années une littérature à la fois abondante et controversée (Caldwell et al. 1989; Le Blanc et al. 1991). La promiscuité sexuelle observée dans certaines sous-populations urbaines de l'Afrique subsaharienne semble être, pour certains auteurs, un phénomène exagéré et faussement assimilé à de la prostitution. A la suite d'autres chercheurs, Day (1988) soutient que le terme de prostitution est dans bien des circonstances incorrecte et dangereusement galvaudé (Sanders et al. 1991). Ainsi, "la femme libre" qui est maîtresse ou concubine de plusieurs hommes ne peut être assimilée à une prostituée, dont les relations sexuelles excluent par définition tous liens affectifs. De même, une femme qui vend des services sexuels de façon occasionnelle (contre rétribution monétaire), ne peut être considérée comme une prostituée professionnelle (Hrdy 1987; Dinan 1983, Pittin, 1983). Afin d'éviter cet écueil, nous considérons comme prostituées les femmes dont le moyen de subsistance essentiel, sinon le seul, est la vente monnayée de services sexuels. Cette notion a été consacrée par la littérature anglophone sous le terme de *commercial sex workers*.

<sup>27</sup> Actuellement le taux de séroprévalence relevé chez les prostituées de l'Afrique subsaharienne est presque toujours supérieur à 25-30%, et peut atteindre dans certaines villes

Dès les premières recherches sur le sida chez les prostituées, leur rôle dans l'épidémie a été mis en avant. On a même parlé à leur sujet de "réservoir majeur du virus du sida". Au vu de la littérature, elles participent à la propagation des virus selon trois modes de diffusion.

- Tout d'abord, la clientèle des prostituées est souvent composée d'étrangers de passage (commerçants) ou immigrants. Aussi, leur contamination probable par des prostituées infectées permet-elle l'introduction du virus dans les régions d'origine, au moment du retour des voyageurs et des visites des migrants (Van de Perre et al. 1985).

- En outre, les prostituées sont fréquemment de nationalité étrangère et, à l'instar des travailleurs migrants, sont fortement susceptibles de diffuser le VIH à la fois dans la région d'accueil et dans leur pays d'origine.

- Enfin, certaines prostituées sont itinérantes, se déplaçant en milieu rural au gré des activités économiques (marchés, saison des récoltes). Seuls les deux derniers mode de diffusion seront considérés dans l'analyse suivante. Quant à la première voie de propagation, elle sera illustrée et commentée dans la seconde partie de ce texte.

Les études sur le sida en Afrique de l'Ouest font souvent état d'une forme particulière de migration internationale, celle des prostituées. Les auteurs signalent la présence de nombreuses prostituées originaires du Sénégal et de Guinée Bissau en Gambie (Pépin et al. 1989), de prostituées togolaises en Côte d'Ivoire (Ouatarra et al. 1988) et de prostituées ghanéennes au Bénin, au Sénégal et surtout en Côte d'Ivoire (Bigot et al. 1987, Kanki et al. 1989, Anarfi, 1990). Dans tous les cas il est noté que ces femmes participent à la propagation du sida au sein de la population où elles exercent, et qu'elles favorisent la diffusion du virus dans leur milieu rural d'origine.

Le modèle de diffusion de l'épidémie de VIH2 dans la pointe occidentale de l'Afrique sub-saharienne a très rapidement été analysé au travers de la migration internationale des prostituées. Ainsi, Smallman-Raynor et al. (1992) observent que la prévalence du VIH2 chez les prostituées du Sénégal et de la Gambie, diminue en intensité au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la Guinée-Bissau, un pays à très haute prévalence VIH2 (Romieu et al. 1990). La séroprévalence la plus élevée est relevée à Ziguinchor (46%), dans la partie sud du Sénégal (la Casamance) qui borde la Guinée-Bissau. Elle diminue ensuite graduellement pour devenir très faible à Saint-Louis (2%), dans le nord sénégalais. Par ailleurs, l'analyse multivariée des co-facteurs du VIH2 chez les prostituées du Sénégal montre que l'origine guinéenne des prostituées (35%) de Ziguinchor est fortement associée à la prévalence du HIV2 (risque relatif ajusté 6,3  $p < 0,05$ ). A Dakar et à Kaolack, en revanche, la nationalité guinéenne des prostituées n'explique plus le

---

particulièrement touchées par l'épidémie (Abidjan, Kampala, Kigali, Nairobi...) des niveaux proches de 90%.

risque d'être porteur du VIH2 (Kanki et al. 1992). Il est à noter que l'analyse bivariée de cette même étude suggère un risque majoré d'avoir le VIH1 chez les prostituées ghanéennes de Dakar. Sans rejeter le rôle probable des prostituées guinéennes dans la diffusion du VIH2 au Sénégal et en Gambie, il faut rappeler que ces migrantes ne représentent qu'une partie marginale des flux migratoires vers le Sénégal et la Gambie. Au recensement de 1971, 60 000 migrants d'origine guinéenne résidaient au Sénégal et 95% d'entre eux habitaient la Casamance. C'est dire que l'hypothèse guinéenne de diffusion du VIH2 au Sénégal et en Gambie doit prendre en compte tous les migrants originaires de ce pays.

Enfin, dans les cas de la Guinée-Bissau et de la Gambie rurales, Wilkins et al. (1991, 1993) suggèrent également que l'absence de différence entre la séroprévalence des capitales (Bissau et Banjul) et celle de leur milieu rural est à imputer au retour des femmes dans leur communauté d'origine, après avoir travaillé en ville comme prostituées.

L'exemple le plus édifiant et le plus étudié de diffusion en milieu d'origine est celui du Ghana. Le premier cas de sida à avoir été relevé, en février 1986, fut celui d'une prostituée ghanéenne qui avait exercé à Abidjan (Neequaye et al. 1986). Lors de la première enquête de séroprévalence, menée en 1987 sur un échantillon de 6894 personnes (donneurs de sang, patients consultants pour des MST [Maladies Sexuellement Transmissibles] ou hospitalisés, prostituées...), il est apparu que 75% des personnes contaminées étaient des Ghanéennes de retour de Côte d'Ivoire. Or, les Ghanéennes ayant séjourné en Côte d'Ivoire ne représentaient que 5% de l'échantillon initial<sup>28</sup>. En outre, selon Neequaye et al. (1988) le rapport homme/femme de cas de sida était de 1/7,6 en 1987, alors que pour l'Afrique sub-saharienne il est généralement évalué à 1/1. Enfin, la géographie du sida au Ghana atteste à son tour du rôle majeur des réseaux de prostitution.

En 1988, plus de 50% des cas de sida provenaient de la Région Est, c'est-à-dire de la principale zone de départ de la prostitution internationale (Neequaye et al. 1988, Arnafi 1990). Finalement, il ressort de cette étude, qui n'est pas indemne de critiques, que la prostitution internationale est sans doute un facteur important dans la diffusion du sida au Ghana<sup>29</sup>.

En plus d'être souvent des migrantes internationales, les prostituées ouest-africaines sont parfois aussi très mobiles dans leur région de travail. Ainsi une étude

---

<sup>28</sup> Il est à noter que le taux de séroprévalence de 59,4% calculé sur la population de prostituées revenant de Côte d'Ivoire est très sur-évalué. En effet, l'enquête n'a porté que sur les prostituées malades et en consultation. Or, il est fort possible que le retour de ces Ghanéennes correspond à une migration sanitaire, dont la cause est probablement le sida.

<sup>29</sup> La séroprévalence relevée parmi des donneurs de sang résidant dans les régions les plus touchées par le sida était en 1990 de 4,5% (Mingle et al. 1990).

anthropologique récente, menée en Gambie, a montré une très forte circulation des prostituées en milieu rural (Pickering et al. 1992). Chaque semaine, certaines prostituées se rendent dans les villages, les jours de marché, au moment où la clientèle est la plus nombreuse. Ces femmes font aussi, à l'occasion, le commerce de tissus, vêtements ou de toutes sortes d'autres marchandises achetées lors d'un voyage à Kaolack (Sénégal). Mais cette activité reste occasionnelle et n'assure généralement que 15 à 20% des revenus. En raison de leur extrême mobilité, à l'intérieur du milieu rural gambien et entre la Gambie et les villes sénégalaises, ces prostituées constituent donc un vecteur important de la diffusion du VIH, notamment dans les régions rurales éloignées.

Ainsi, en Afrique de l'Ouest les prostituées sont des agents de diffusion du VIH, non seulement par leur activité, mais aussi et peut-être surtout à cause de leur forte mobilité.

### 2.1.3. Comportements à risque des groupes mobiles

En dehors des touristes, la littérature sur le sida identifie généralement trois grands groupes mobiles, associés à la diffusion de l'épidémie. Il s'agit des migrants, des transporteurs routiers et des militaires en campagne. A ces catégories principales s'ajoutent parfois le groupe des commerçants, des réfugiés et des étudiants (Hawkes 1992, Hawkes et Hart 1993). Notre intérêt se portant en priorité sur les migrants de travail, nous accorderons une place privilégiée à la littérature relative à ce groupe.

#### LES MIGRANTS DE TRAVAIL

Comme il a été mentionné dans la première partie, sur l'ensemble du continent africain, l'Afrique de l'Ouest est la région qui, avec l'Afrique du Sud, connaît une forte tradition migratoire, aujourd'hui marquée par d'importants déplacements entre les pays généralement enclavés, agricoles et pauvres (Burkina Faso, Mali, Niger...) et les pays côtiers, plus riches et à économie plus diversifiée (Côte d'Ivoire, Sénégal...). Ces mouvements de population se caractérisent très souvent par le maintien de relations importantes avec la zone de départ. Ces liens se traduisent bien sûr en termes monétaires (transferts financiers), mais aussi par une circulation du migrant entre la région d'accueil et son village d'origine. Tout d'abord, les migrants retournent assez souvent s'installer dans leur pays, ou dans leur région d'origine après une absence plus ou moins longue. Pendant leur séjour à l'extérieur, le lien avec le village d'origine se maintient au travers de visites plus ou moins régulières. Les fêtes religieuses et locales, les mariages (parfois celui du migrant) et les enterrements sont alors autant d'occasions de revenir au village (Painter et al. 1992, Anarfi 1993). Ces déplacements sont bien évidemment plus fréquents dans le cas de migrations saisonnières. Ce sont précisément tous ces mouvements

circulaires qui, dans la littérature, font du migrant une personne à risque pour diffuser des maladies transmissibles comme le sida. Le migrant participe donc à cette dynamique par laquelle le VIH se répand des régions de haute séroprévalence (souvent identifiées au milieu urbain) aux régions à faible séroprévalence (zones rurales) (Hunt 1989, Sanders et Sambo 1991, Painter et al. 1992)<sup>30</sup>.

Précisons d'emblée que l'analyse du risque de diffusion du VIH par le migrant est souvent sommaire et se résume à des observations anecdotiques ou à des études de corrélations encore exploratoires et rudimentaires<sup>31</sup>.

Certaines recherches partent du constat que les migrants malades du sida sont souvent surreprésentés, dans le pays d'origine, pour déduire un risque majoré de diffusion de la maladie par la migration. Ainsi, une étude réalisée à partir des dossiers médicaux des sidéens hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar, entre 1986 et 1993, révèle que 70% des malades sont des commerçants et surtout des migrants de travail qui ont séjourné dans des pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest (Sow et al. 1993). Les auteurs mentionnent également que la plupart d'entre eux voyageaient "à l'état de célibataire". Des résultats similaires ont été obtenus au Niger. Lors d'une étude menée en 1989 sur 50 personnes hospitalisées à l'Hôpital National de Niamey et suspectées d'avoir le sida, il a pu être montré que, parmi les hommes, la grande majorité (99%) des cas avérés de sida avait une histoire migratoire en Côte d'Ivoire (Ousseini et al. 1989)<sup>32</sup>. Enfin, signalons que certaines études qualitatives trouvent dans les connaissances et les pratiques des migrants un renfort à la corrélation intuitive entre migration et diffusion du sida et attestent de comportements sexuels à risque des migrants à la fois en zone d'accueil et dans la région de départ. A ce titre, la recherche de T. Painter et al. (1992), sur un groupe de migrants maliens et nigériens vers la Côte-d'Ivoire est tout à fait significative.

Les analyses statistiques du risque de diffusion du sida par la migration sont assez peu nombreuses. Cependant, elles confirment toutes l'hypothèse initiale. Les migrants participent activement à la diffusion du VIH.

---

<sup>30</sup> Lorsque la zone de départ est une région à haute séropositivité, la diffusion se fait alors vers le milieu de destination, qu'il soit rural ou urbain.

<sup>31</sup> Si la population soumise à des tests sérologiques est souvent importante (plusieurs centaines ou milliers d'individus), les échantillons interrogés pour les études explicatives (analyses multivariées des co-facteurs) sont généralement assez faibles (moins de 200). En outre, la méthodologie est parfois déficiente et inadéquate. Il s'agit là certainement de limites importantes de ces études.

<sup>32</sup> Il est à noter qu'une enquête récente de séroprévalence dans le département rural de Tahoua au Niger, reconnu pour sa forte tradition migratoire vers les pays côtiers, ne signale aucune différence de séropositivité entre les femmes de migrants et celles de non-migrants. Au total, 650 femmes enceintes de 25 villages ont été touchées par l'étude (Habi et al. 1993).

A l'instar des prostituées, cette diffusion semble parfois se faire dans le sens d'une contamination de la zone d'accueil. Ainsi, dans une étude bivariable des facteurs à risque de la contamination par VIH2 en Gambie rurale, Wilkins et al. (1991) montrent que la prévalence est significativement plus élevée parmi les Manjago ( $P < 0,01$ ), un groupe ethnique dont la plupart des membres sont natifs de la Guinée-Bissau, pays où la prévalence du VIH2 est parmi la plus forte au monde. Lors de l'analyse multivariée cette variable conserve son pouvoir explicatif seulement pour les femmes (risque relatif ajusté de 12,3 et  $p < 0,02$ ). Les auteurs soulignent enfin que même lorsqu'ils sont nés en Gambie, les Manjago se rendent régulièrement dans leur région d'origine en Guinée-Bissau.

Plus généralement, les recherches empiriques témoignent du risque de diffuser le VIH dans la zone de départ, au moment du retour du migrant (Ndoye et al. 1990, Painter et al. 1992). Dans une étude épidémiologique menée sur 11 villages de la région du Matam au Sénégal, Kane et al. (1993) ont analysé les sérums et enquêté auprès de 258 migrants internationaux de retour (absence de plus de 6 mois et de moins de 10 ans); 600 villageois n'ayant jamais quitté le Sénégal et 186 résidents qui affirment avoir voyagé hors du Sénégal pour de courtes périodes (moins de 6 mois). Les tests sérologiques montrent que, parmi les hommes, il y a 3,5 fois plus de séropositifs chez les migrants que chez les voyageurs et 45 fois plus que chez les "sédentaires". Pour les femmes, les écarts sont du même ordre de grandeur, puisque le risque relatif est alors respectivement de 3,1 et de 28. Dans la grande majorité des cas, les femmes de migrants ont été contaminées au retour de leur époux. Toutes ces différences sont significatives. Enfin au terme d'une analyse multivariée, le nombre de voyages effectués par les migrants et la durée de leurs séjours à l'étranger ne sont pas associés au risque de séropositivité.

Comme la migration temporaire de longue durée, la migration saisonnière présente des risques de diffusion du VIH dans la zone d'origine (Le Guenno et al. 1992). Pour analyser cet effet, Pison et al. (1993) ont recueilli des informations socio-démographiques et épidémiologiques sur une population rurale de la région de Ziguinchor (Sénégal), où la migration saisonnière se pratique de façon très intense. Ainsi, 80% des femmes âgées entre 15 et 25 ans et 82% des hommes âgés de 20 à 40 ans migrent chaque année vers les villes du Sénégal et de la Gambie pour une période d'environ six mois. Les auteurs observent alors que la séroprévalence des personnes contaminées (0,8%) s'explique en grande partie par leur propre migration saisonnière ou celle du conjoint. Une analyse multivariée montre qu'il s'agit là du seul facteur socio-démographique associé de façon significative à la séropositivité.

En somme, même si ces études demeurent souvent préliminaires, il apparaît assez clairement que la migration, et notamment la migration de travail est, en raison de son

importance en Afrique de l'Ouest et du risque de diffusion qui lui est attaché, un véhicule privilégié de la propagation du VIH.

#### LES AUTRES POPULATIONS MOBILES

Si comme nous l'avons relevé, la route est, selon plusieurs auteurs, la voie privilégiée d'une diffusion intra-continentale du VIH, c'est aussi parce que ses principaux usagers, les camionneurs internationaux, ont très rapidement été identifiés comme d'importants diffuseurs de la maladie. Cette association entre les routiers et la diffusion de certaines maladies n'est pas nouvelle. En fait, les auteurs reprennent ici une analyse déjà développée à propos de la propagation des maladies sexuellement transmissibles (MST) en Afrique et notamment dans les pays d'infécondité (Balandier, 1970). En matière de sida, l'argument est généralement le suivant. Les villes routières, qui jalonnent les grands axes de circulation, ne sont pas seulement des haltes de repos pour les routiers, mais représentent aussi un haut-lieu du commerce et de la prostitution. Les filles de bar, le personnel hôtelier, les commerçantes itinérantes et les prostituées de rue sont alors autant de personnes qui, par profession ou à l'occasion, vendent des services sexuels. Or en recourant régulièrement à cette forme de commerce, les camionneurs deviennent, à leur retour, tout naturellement diffuseurs potentiels du VIH et des autres MST (Orubuloye 1993).

En Afrique occidentale, l'hypothèse des villes routières a été particulièrement analysée dans le contexte nigérian. A l'occasion d'une étude qualitative sur les comportements sexuels de 258 routiers et de 467 commerçantes itinérantes, menée à Ibadan (Nigeria), Orubuloye et al. (1993) observent que seulement 5% des routiers déclarent n'avoir aucune relation sexuelle au cours de leurs voyages. Les autres, généralement mariés, ont en moyenne six partenaires sexuelles régulières par voyage, soit environ une femme par arrêt nocturne. Les études de séroprévalence, si elles sont généralement peu nombreuses, semblent conforter les présomptions émises par les analyses de comportement. En plus de retrouver les résultats précédents, Gashau et al. (1992) obtiennent une seroprévalence de 5% parmi les 61 routiers nigériens testés.

Une étude analogue, entreprise au Niger en 1993 auprès de 263 routiers, révèle une séroprévalence de 3,4% (Mounkaila et al. 1993). En outre, les auteurs observent que les routiers qui ne pratiquent que les circuits internationaux sont deux fois plus souvent séropositifs que les camionneurs des circuits nationaux et mixtes (6,9% contre 2,7% pour les routiers "nationaux" et 3,3% pour les routiers "mixtes"). Mais ces différences ne sont pas significatives.

Enfin, il faut noter que même si, d'après ces quelques études, les routiers participent à la diffusion du VIH en Afrique de l'Ouest, leur rôle dans la propagation de la maladie est probablement bien moindre que celui que l'on reconnaît habituellement aux routiers qui voyagent en Afrique centrale et orientale<sup>33</sup>.

En dehors des transporteurs routiers, plusieurs autres groupes mobiles ont été signalés dans la littérature pour leur participation active, réelle ou présumée, à la diffusion des VIH1 et VIH2. Parmi les plus importants se trouvent les militaires et les réfugiés. Selon plusieurs études, il semble clair que les militaires facilitent la propagation des virus du sida en raison à la fois des rapports fréquents qu'ils ont avec les prostituées et de leur grande mobilité (Smallman-Raynor et al. 1992; Packard et Epstein, 1992). En période de guerre, les exactions menées contre la population civile (viol des femmes) intensifient sans doute le processus de diffusion. De même, certaines études suggèrent la possibilité d'un risque élevé de contamination et de diffusion du VIH par les réfugiés. La détresse énorme de ces populations, leur déracinement et la destruction des structures familiales et sociales les placent dans une situation de grande vulnérabilité, notamment vis-à-vis de l'épidémie de VIH. Cependant, cette association entre la guerre, les soldats, les réfugiés et la diffusion du virus n'a pour le moment été observée et analysée qu'en Afrique au sud de l'équateur (Ouganda, Angola, Mozambique, Zimbabwe...). Il faut dire qu'à l'exception du Liberia, la rareté des conflits armés en Afrique de l'Ouest ne devrait pas donner beaucoup d'importance à ces deux facteurs de diffusion du VIH.

Au terme de ce premier bilan des connaissances sur les modèles de diffusion du sida, il apparaît qu'à l'encontre de l'Afrique orientale et centrale, la diffusion du VIH pourrait davantage passer, en Afrique de l'Ouest, par la migration de travail (dont celle des prostituées) que par les camionneurs, les militaires ou les réfugiés. La plupart des études empiriques témoignent d'ailleurs du primat probable du système migratoire dans la propagation de l'épidémie en Afrique de l'Ouest. Cependant, si ces recherches présentent le mérite incontestable d'identifier et de valider le rôle des migrations masculines et féminines dans la propagation géographique du VIH, il faut leur reconnaître certaines insuffisances dans l'analyse du processus de diffusion de la maladie.

---

<sup>33</sup> Au Niger, comme au Nigeria, les taux de séroprévalence des routiers sont élevés, notamment par rapport à ceux relevés dans la population générale. Dans l'ensemble, ils sont 4 à 5 fois plus forts. Cependant, ces niveaux de séropositivité sont encore très loin de ceux trouvés en Afrique centrale et orientale. Les routiers kenyans, tanzaniens ou rwandais montrent des taux variant entre 15 et 55%, c'est-à-dire 8 à 12 fois plus élevés que dans le reste de la population (Mohamed et al. 1990). À l'évidence, ces différences de séroprévalence renforcent l'hypothèse d'une contribution plus importante des routiers dans la diffusion du VIH/SIDA en Afrique centrale qu'en Afrique occidentale (Smallman-Raynor et al. 1992).

Tout d'abord, pour que le migrant agisse comme diffuseur du sida, il faut bien sûr qu'il soit lui-même contaminé. Dans le cas où le migrant est originaire d'une région à haute séroprévalence, l'infection se produit dans la zone de départ. Mais, au moins dans la littérature, cette éventualité est assez rare. En fait, les études semblent suggérer davantage que le risque de contamination par le VIH est plus fréquent en zone d'arrivée et qu'il dépend de certaines caractéristiques socio-démographiques du migrant. Le migrant paraît ainsi d'autant plus susceptible d'adopter des comportements sexuels à risque qu'il est de sexe masculin, jeune, "non-accompagné"<sup>34</sup> et résidant en ville.

Cette variation du risque de contamination en fonction du profil socio-démographique du migrant nous paraît essentielle, car elle suppose implicitement qu'il existe autant de formes de diffusion de la maladie qu'il y a de types de migration et de migrant. En d'autres termes, tous les migrants n'ont pas le même risque de contamination et donc le même potentiel de propagation des maladies. Toutefois, cette analyse n'apparaît dans la littérature que de façon suggestive et partielle. L'étude de Kane et al. (1993) tente une première catégorisation des risques entre les migrants de retour et les voyageurs. Mais, une analyse systématique de l'influence des diverses formes de migration sur la diffusion du VIH reste encore à faire.

Par ailleurs, 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, l'étranger qui vit dans une société où la sexualité est fortement contrôlée aura moins de possibilités d'avoir des partenaires multiples et occasionnelles que celui qui réside dans un milieu plus permissif. Or, cette dimension du problème n'est pas, à notre connaissance, prise en considération par les études empiriques.

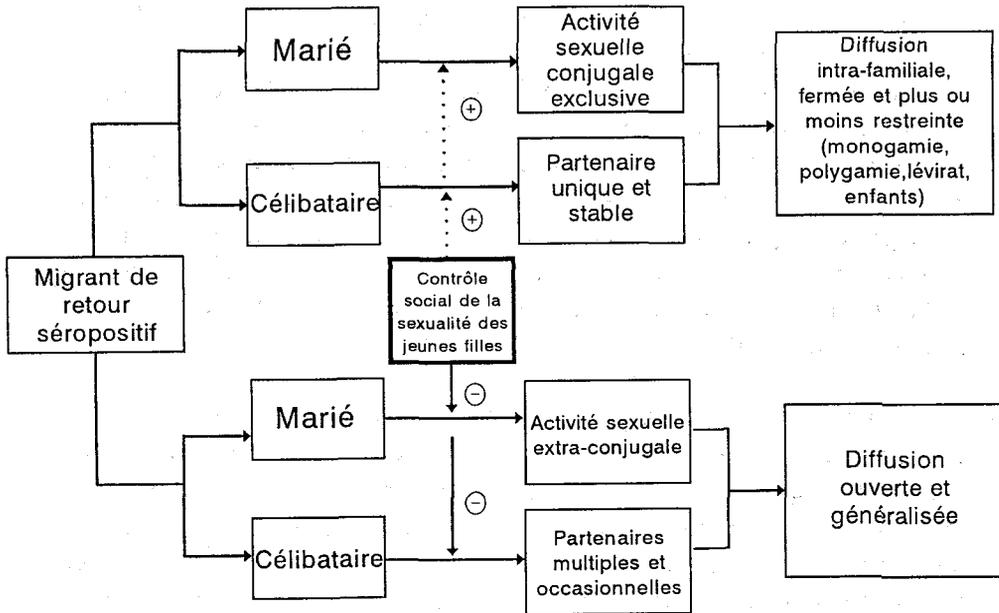
Outre l'infection du migrant, la diffusion du virus réclame une circulation entre des régions à haute et à basse séroprévalence. Selon les études consultées, les migrations circulaires rurales/urbaines paraissent, de ce point de vue, particulièrement propice à la diffusion des virus. Cependant, ces recherches ne paraissent pas accorder une attention particulière à certains critères-clés de la migration, au regard du risque de diffusion, à savoir la durée des séjours et la fréquence des retours. Comme le postule Prothero (1989), des aller-retours nombreux et rapides entre une zone à haute séroprévalence, où le recours à la prostitution est aisé, et le village d'origine devraient produire une progression rapide de l'infection. En revanche, un séjour, en milieu d'accueil, de plusieurs années, interrompu par de rares visites au village, pourrait différer l'introduction du virus dans le

---

<sup>34</sup> Le terme de "non-accompagné" n'est pas tout-à-fait un synonyme de célibataire. Quel que soit le statut matrimonial du migrant, qu'il soit marié ou célibataire, il est dit "non-accompagné" s'il se déplace sans sa femme ou sa conjointe.

village et en ralentir quelque peu l'expansion<sup>35</sup>. En ce sens, toutes les migrations circulaires n'ont probablement pas la même incidence sur la diffusion des virus dans la zone d'origine.

### Graphique 1. Modes théoriques de diffusion du sida par le migrant dans la zone d'origine.



Enfin, si le risque de diffuser la maladie dans le milieu d'origine dépend du statut sérologique du migrant, l'ampleur de la diffusion dépend, en partie, de certaines caractéristiques démographiques du migrant et des structures sociales et culturelles de la région d'origine. Il suffit en effet que le migrant soit marié, monogame ou polygame, ou qu'il soit célibataire et que la société de départ contrôle fortement la sexualité des jeunes gens, ou qu'elle soit plus permissive, pour que le modèle de diffusion, comme la vitesse de propagation, s'en trouvent modifiés. Comme le montre le graphique 1, la diffusion du virus pourrait être soit intra-familiale, fermée et restreinte, soit ouverte et généralisée, selon que le village exerce un contrôle plus ou moins fort sur la sexualité des jeunes filles. Or, à l'exception de quelques allusions (Kane et al. 1993), aucune des études que nous avons consultées n'intègrent dans leurs analyses le contexte culturel de la zone d'origine du migrant.

<sup>35</sup> Il est possible que si les migrants de long séjour sont très nombreux, le village devrait perdre par l'effet du grand nombre ce qu'il gagne par des visites et des retours très espacés.

Finalement, si les études épidémiologiques et socio-anthropologiques ont assez justement identifié le migrant de travail comme un acteur principal dans la diffusion du VIH en Afrique de l'Ouest, elles ignorent encore trop souvent la complexité et la variété des mécanismes de propagation de la maladie.

## **2.2. Migrant et vulnérabilité : le risque de contracter le sida**

Depuis le début de l'épidémie du sida, le migrant retient l'attention des médecins et des chercheurs en sciences sociales pour sa capacité à diffuser la maladie. Cependant, la littérature scientifique se montre beaucoup plus laconique, lorsqu'il s'agit de considérer le migrant comme une personne à risque de contracter le VIH, notamment par rapport à la population d'accueil<sup>36</sup>. Les quelques analyses portant sur cette question 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 centrale, orientale et australe, telle qu'elle a été décrite, entre autres, par S. Stichter (1985). Par ailleurs, elles élargissent au VIH/SIDA une problématique déjà explorée par rapport aux maladies sexuellement transmissibles (Doyal 1981).

Dans l'ensemble ces réflexions font valoir que la migration de travail, générée par un système économique hérité du colonialisme, favorise la séparation des ménages, entretient la précarité sociale et économique du migrant et suscite en conséquence, et comme exutoire, des comportements sexuels à risque : relations avec des partenaires sexuelles multiples et avec des prostituées. Dans le cas des femmes qui migrent seules, cette précarité économique s'accompagne de difficultés à s'insérer sur le marché du travail et provoque parfois un recours à la prostitution. En somme, nous pouvons dire que les migrants encourent plus de risque de contracter le VIH, plus élevé que celui qui prévaut en moyenne dans la population d'accueil, en raison essentiellement de la grande vulnérabilité que produit leur situation de migrant (Hrdy 1987; Hunt 1989; Jochelson et al. 1991).

### **2.2.1. La migration masculine de travail, un élément clé dans les explications du sida en Afrique sub-saharienne.**

À l'instar des analyses culturalistes, les théories économicistes sur le sida en Afrique, c'est-à-dire celles qui font de la migration de travail l'élément explicatif clé,

---

<sup>36</sup> La majoration du risque du migrant d'attraper certaines maladies, dont le sida, par rapport à la population d'origine est généralement admise comme une certitude. Le migrant se déplace habituellement dans des régions (villes) où la prévalence de certaines maladies est élevée (donc risque important de les contracter) et où la pathologie diffère fortement de celle de sa zone d'origine (donc introduction de maladies nouvelles). Cette évidence statistique explique sans doute en partie le moindre intérêt des chercheurs pour cette question.

partent généralement d'une seule et même hypothèse épidémiologique : le VIH est en Afrique sub-saharienne plus présent que partout ailleurs essentiellement parce que les comportements sexuels à risque (c'est-à-dire les rapports sexuels avec des partenaires multiples) y sont plus fréquents. On parle alors de *la promiscuité sexuelle* des Africains au sud du Sahara<sup>37</sup>. Si la plupart de ces modèles explicatifs admettent plus ou moins explicitement ce postulat de départ, ils divergent en revanche assez fortement à la fois sur son importance théorique et sur son explication. Disons pour simplifier, puisqu'il n'est pas de notre propos de dresser un état précis de ce débat, que certains auteurs placent la promiscuité sexuelle des Africains au centre de leurs réflexions et en font une caractéristique propre aux cultures et aux sociétés de l'Afrique sub-saharienne (Clumeck et al. 1985; Hrdy 1987; Caldwell et al. 1989). A contrario, des anthropologues et des sociologues de la santé, inspirés par l'approche historico-matérialiste (Hunt 1989), recentrent l'explication sur les fondements structurels et économiques du sida en Afrique et considèrent que la migration de travail, l'urbanisation rapide et la précarité économique, qui y est associée, sont à l'origine de la mutation des comportements sexuels des Africains (Packard et Epstein 1992; Sanders et Sambo, 1991; Le Blanc et al. 1991). C'est cette dernière analyse que nous envisageons à présent.

Dans l'ensemble, la plupart des auteurs considèrent que les mouvements migratoires qui, aujourd'hui favorisent la propagation des MST et du sida, sont l'héritage d'un système d'exploitation économique largement développé à l'époque coloniale, en Afrique centrale, orientale et australe (Doyal 1981; Hunt 1989). Le modèle de développement industriel et agricole, tel qu'il a été mis en place lors de la colonisation et qui se perpétue actuellement, repose fondamentalement sur le système de migration circulaire de travail (Stichter 1985). Cette migration, longtemps forcée, est composée de

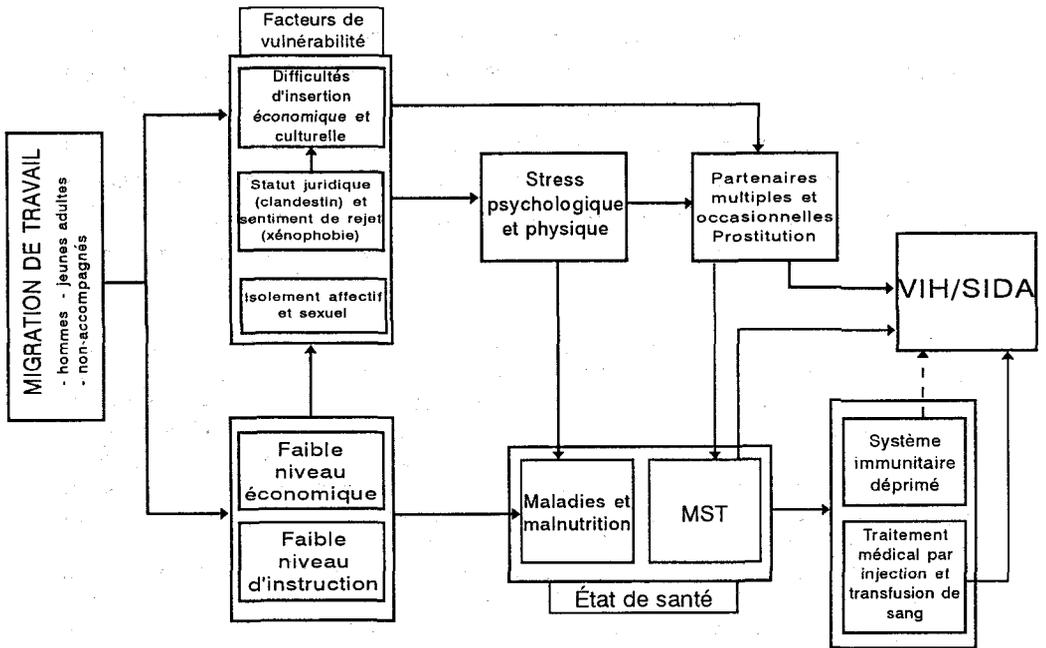
---

<sup>37</sup> Même s'il y a une reconnaissance souvent tacite du concept de promiscuité sexuelle dans bon nombre d'analyses explicatives du sida en Afrique, il faut mentionner que cette notion est encore loin d'avoir trouvé une validation scientifique (Le Blanc et al.). Pour ces auteurs l'Afrique sub-saharienne ne peut être considéré comme un ensemble monolithique puisqu'il existe des différences importantes, au regard des comportements sexuels, entre les régions et les ethnies africaines. De surcroît, cette analyse ne doit pas dissimuler d'autres hypothèses concurrentes ou complémentaires, comme la présence presque endémique des MST dans certaines populations africaines; présence qui multiplie fortement le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel. Certaines maladies immunodépressives, particulièrement importantes en Afrique, comme le paludisme, la tuberculose et la malnutrition semblent également faciliter la transmission du VIH et le développement de la maladie. Enfin, même si nos connaissances dans le domaine restent limitées, les risques d'infection par le sang (injections, transfusions sanguines, scarifications...) ne sont pas à négliger. Selon Packard et Epstein (1992), ces explications alternatives sont probablement tout aussi importantes que celle sur les comportements sexuels des Africains. Disons enfin que la notion de promiscuité sexuelle (traduction libre de l'anglais) se retrouve parfois dans la littérature francophone sous des appellations du type « partenariat multiple » ou « mobilité sexuelle », « vagabondage sexuel » ou encore de « liberté sexuelle ».

jeunes adultes, en majorité des hommes, qui sont engagés par contrat et qui souvent habitent ensemble dans des barraquements à proximité des sites industriels, miniers et agricoles. Par ailleurs, le départ des hommes conduit généralement, quand ils sont mariés, à une séparation plus ou moins longue des familles, l'épouse poursuivant les activités agricoles au village<sup>38</sup>. Toutes ces caractéristiques du migrant sont finalement, selon les auteurs, les conditions de base qui, en théorie, permettent de relier la migration et l'infection du sida.

Comme le traduit le graphique 2, la migration d'hommes fréquemment jeunes, sexuellement actifs et non-accompagnés favorise l'infection des migrants par le VIH selon deux modes de transmission différents : de façon directe, par contact sexuel de personne à personne et de façon indirecte, au travers de l'utilisation d'aiguilles infectées et de transfusions de sang contaminé.

**Graphique 2. Cadre conceptuel pour l'analyse des mécanismes de contamination par le VIH chez le migrant. Une synthèse de la littérature.**



<sup>38</sup> La non migration des femmes résulte d'une stratégie familiale de minimisation des risques par la diversification des revenus (Stark et Levhari 1982) ou de facteurs socio-culturels. Nous pouvons également mentionner l'interdiction faite aux femmes d'accompagner leurs maris dans leurs migrations vers l'Afrique du Sud (Adepoju 1983).

D'après certaines analyses (Hunt 1989, Sanders et Sambo 1991), 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). Ainsi que le mentionne Lesley Doyal (1981) dans *The political Economy of Health* :

The migrant labor system affected Africans' lives in many fundamental ways [...]. In Tanganyika, for example, male workers were typically recruited from designated labour supply areas great distances from centres of economic activity. This entailed prolonged separation which had serious physical and psychological repercussions for all concerned. The populations of Africans towns "recruited by migrations" were characterized by a heavy preponderance of men living in intolerably insecure and depressing conditions and lacking the benefits of family life or other customary supports [souligné par nous] (p. 114).

Ainsi, le travailleur migrant développe nécessairement dans ce contexte, toujours actuel, les caractéristiques d'une grande vulnérabilité (graphique 2). Tout d'abord, il arrive généralement dans un environnement nouveau et contraignant, auquel il ne s'adapte que difficilement, tant sur le plan socio-culturel, 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 de profond isolement social, affectif et sexuel. Tous ces facteurs, propices au stress psychologique et physique (Anarfi 1993), 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 d'un recours à la prostitution (Doyal 1981; Hunt 1989; Prual et al. 1991; Packard et Epstein 1992). C'est cette situation que D. Sanders et A. Sambo (1991) expriment lorsqu'ils écrivent :

The system of migrant labour, which is widespread in southern and eastern Africa and formally institutionalized in South Africa, has enforced separation of men from their wives for long periods and disrupted familial and stable sexual relationships. It has resulted in a significant predominance of men in urban, plantation and mining centres and has inevitably resulted in extra-marital sexual relationships becoming the norm... (p.159).

L. Doyal fait la même analyse, pour conclure cette fois à une fréquentation des prostituées (1981) :

This unequal sex ratio made it difficult for men to establish stable sexual liaisons with woman, and encouraged prostitution (p.116).

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 et exacerbe les facteurs de stress et de vulnérabilité (Bassett et al. 1993).

À cette réflexion sur les liens entre migration et infection par le VIH, dans l'ensemble la plus répandue, certains auteurs apportent des points de vue plus nuancés ou même parfois divergents. En règle générale, ils tentent de ramener la question à des considérations plus élémentaires : le migrant est avant tout un étranger, dont l'anonymat dans son milieu de destination augmente sa liberté sexuelle (Hrdy 1987; Brokensha et al. 1987 cité par Packard et Epstein 1992) et réduit ses possibilités de rencontre (Anarfi 1993).

Sans rejeter les thèses précédentes, J. Anarfi (1993) considère ainsi que la fréquentation régulière des prostituées par les migrants n'est pas seulement, ni nécessairement, une réponse au stress et aux frustrations intenses auxquels ils sont soumis. Habituellement un migrant de travail récent, 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 jeunes femmes de son entourage. Aussi, en offrant des relations impersonnelles, les prostituées sont-elles les seules femmes aisément et rapidement accessibles au migrant. En définitive, les difficultés d'insertion du migrant s'expriment sur le plan sexuel par une capacité amoindrie à fréquenter des femmes originaires du lieu de destination et ne pratiquant pas la prostitution.

Hrdy, quant à lui, suggère que la mobilité sexuelle des migrants (partenaires multiples et rapports avec des prostituées) provient, surtout en ville, d'une liberté sexuelle acquise à la faveur de l'éloignement, ou de la rupture, avec le milieu d'origine. Ainsi, l'auteur souligne (1987) :

As people leave rural villages and migrate to urban areas, the general level of promiscuity usually increases. This increase may be attributable in part to the relaxation of traditional village values [...] (p. 1112).

Dans ce même esprit, D. Brokensha et al. (1987) ajoutent :

Away from the social constraints imposed by commitments and obligations to a network of kin, there is the opportunity to engage in behaviors, including poly-partner sexual activities, that would be difficult to undertake in the home village due to social constraints (p. 11, cité par Packard et Epstein 1992, p. 357).

En somme, la mobilité sexuelle des migrants en ville résulte, selon ces analyses, d'un relâchement, ou même d'un abandon, "des valeurs rurales et traditionnelles"<sup>39</sup>.

D'après la littérature, le migrant peut être associé à l'infection à VIH, non seulement par le biais de comportements sexuels à risque, mais également par une plus grande exposition à l'usage d'aiguilles souillées et à la transfusion de sang contaminé. Comme l'illustre la trajectoire inférieure de la figure 2, ce risque "médical" suppose tout d'abord que la santé du migrant est plus menacée que celle du non-migrant, à la fois par la maladie, la sous-alimentation et les MST.

Avant, ou parallèlement à l'infection par VIH, le risque associé à des rapports sexuels avec des prostituées ou avec des partenaires multiples est de contracter des maladies sexuellement transmissibles. En ce sens, et dans la poursuite de l'argumentation précédente, il est fortement probable que les migrants de travail sont particulièrement victimes des MST (Doyal 1981). Or, la littérature médicale et anthropologique suggère que les maladies sexuellement transmissibles peuvent être doublement associées au VIH.

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 en effet que les MST et notamment les maladies génito-ulcérales (chancre mou) altèrent l'épithélium génital et facilitent ainsi le passage du VIH lors de relations sexuelles (Ryder et al. 1989).

D'autres auteurs, moins nombreux, font valoir que le traitement des MST nécessite souvent le recours à des injections. Dans le cas 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 infectieuses (tuberculose, paludisme...) (Anarfi 1993)<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Il est à noter que, contrairement aux analyses précédentes, l'augmentation de la mobilité sexuelle des migrants s'exprime ici relativement aux pratiques sexuelles en usage dans la zone de départ. Autrement dit, il n'est pas exclu, selon cette perspective, que la ville "libère" les comportements sexuels, tant chez les migrants que chez les autres urbains. Dans ce cas, c'est le lieu d'habitat, soit la ville, qui produit le risque et non pas le statut migratoire de ses résidents.

<sup>40</sup> Il est à noter que cette analyse se départie quelque peu du courant général. Sans être tout-à-fait contestée, l'hypothèse de 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.

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; Packard et Epstein 1992). Mais ce risque est encore largement à vérifier.

Au terme de cette revue des analyses théoriques, il ressort que le migrant est plus susceptible de contracter le VIH que la population d'accueil, en raison essentiellement de caractéristiques socio-démographiques génératrices de vulnérabilité. C'est parce qu'il est un homme seul, qui souvent réside avec d'autres travailleurs migrants, dans un environnement qui lui est étranger, que le migrant de travail est plus fréquemment soumis à des stress psychologiques et physiques et à des frustrations. En conséquence, il est plus exposé au risque de transmission "médical" et recourt à des comportements sexuels à haut risque. Des injections répétées, notamment lors des traitements des MST, et des partenaires sexuelles multiples augmenteraient finalement la possibilité de contracter le VIH.

Si la littérature est relativement riche en réflexions théoriques sur les liens entre migration de travail et sida, elle se révèle en revanche beaucoup moins prolixue en matière d'études empiriques. En outre, les quelques recherches qui existent sur le sujet ne donnent pas toujours crédit aux assertions théoriques et, en ce sens, apparaissent assez divergentes.

Une enquête sérologique et par questionnaire socio-démographique, réalisée à Abidjan auprès de 1169 hommes atteints de MST, a montré une association significative entre une origine étrangère (être immigrant) et le risque d'attraper le VIH (Diallo et al. 1992). À l'occasion d'une analyse multivariée (régression logistique), les auteurs ont pu observer que les immigrants, qui représentent 17% de l'échantillon, ont 2,0 fois plus de risque d'être atteint par le VIH-1, que les non-migrants, après contrôle des contacts avec les prostituées et des épisodes de MST. Il est à souligner cependant que cette relation disparaît lorsque l'on considère l'infection au VIH-2 ou la double séropositivité.

A contrario, des études menées en 1986 sur les migrants travaillant dans les mines d'Afrique du Sud suggèrent que la migration n'augmente pas nécessairement le risque de contracter le VIH. Après avoir procédé à des tests sérologiques sur près de 30.000 mineurs provenant d'Afrique australe et centrale, Brink et al. (1987) ont relevé, pour presque toutes les nationalités, des niveaux de séoprévalence très bas (0,45% en moyenne). Seuls, les ressortissants du Malawi présentaient une séoprévalence relativement élevée (3,76%). Par ailleurs, il semble fort possible que les mineurs originaires du Malawi aient contracté le VIH dans leur pays de naissance.

Dans une analyse, conduite en Centrafrique sur les comportements sexuels de 2589 individus, Somsé et al. (1993) constatent, lors d'analyses bivariées, qu'être un homme jeune, non-marié et vivant depuis peu de temps dans une ville (moins de 3 ans) sont des caractéristiques associées, de façon significative, au fait d'avoir des relations sexuelles avec une personne autre que sa partenaire régulière. Cependant, après avoir contrôlé pour les autres variables, l'immigration récente en ville n'explique plus les relations sexuelles avec plusieurs partenaires. Les auteurs justifient ce phénomène ainsi :

*Migration Per se* is probably not the cause of multiple partners, it is simply more likely among individuals, who tend to move to urban areas where high-risk behaviour is more common (Somsé et al. : 583).

En somme selon ces auteurs, le risque attaché aux migrants ne provient que de leurs caractéristiques socio-démographiques (jeunesse et célibat) et d'une exposition à des comportements sexuels (partenaires multiples) déjà largement répandus dans la population d'accueil.

Enfin, 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 transmissions du VIH (Yelibi et al. 1993). Les auteurs rendent compte de cette méconnaissance, 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 courent donc peut-être plus de risque d'attraper le VIH en raison d'une culture allogène, qui les rend moins perméables aux campagnes de sensibilisation contre l'épidémie VIH.

En plus de montrer que la relation entre immigration et infection à VIH n'est pas tout-à-fait avérée sur le plan statistique, ces études empiriques suggèrent certaines insuffisances dans l'analyse théorique des mécanismes causaux. Tout d'abord, nous pouvons dire, à la suite de ces premières critiques, que les cadres conceptuels proposés n'intègrent qu'imparfaitement les structures d'accueil communautaires et familiales dans la zone de destination ainsi que les particularités socio-culturelles de la société hôte en matière de sexualité. Par ailleurs, ces propositions théoriques ignorent généralement le cas complexe de l'immigration en ville<sup>41</sup>, pour se référer presque toujours à une situation extrême (immigration en zones minières ou sur de grandes exploitations), où le fort

---

<sup>41</sup> Il faut préciser que l'essentiel des modèles théoriques repose en grande partie sur l'exemple sud-africain. Or jusqu'en 1986 le régime d'apartheid contrôlait fortement l'immigration vers les villes et favorisait surtout la migration de travail vers les mines et les grandes exploitations agricoles (Oosthuizen 1993). L'absence des migrations rurales-urbaines dans les modèles de contamination par le sida s'explique donc par ce contexte législatif et politique particulier.

déséquilibre entre les hommes et les femmes favorise inévitablement les comportements sexuels à risque. Enfin, si le décalage culturel du migrant avec sa zone d'accueil est souvent perçu comme un facteur de vulnérabilité, il n'est jamais considéré comme un obstacle potentiel à la réceptivité aux campagnes locales de sensibilisation à l'emploi des préservatifs masculins. Finalement, ce sont toutes ces limites contenues dans les modèles les plus répandus que nous allons examiner à présent.

La migration internationale de travail en Afrique australe, celle-là même qui a inspiré les modèles théoriques de Doyal (1981), Hunt (1989) et Packard et Eptstein (1992), est essentiellement orientée vers l'Afrique du Sud. Sous la colonisation, il s'agissait d'une migration largement forcée, mais qui reste encore aujourd'hui très fortement contrôlée par les instances politiques et économiques du pays d'accueil (Adepoju 1988). Ainsi, depuis 1963 le droit d'immigrer en Afrique du Sud pour des raisons de travail est exclusivement réservé aux seuls 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 (Lory 1975; Adepoju 1988). Quand ils ne sont pas clandestins, ces travailleurs sont généralement recrutés directement par la Chambre des Mines (Oosthuizen 1993). Dans leur grande majorité, ils exercent dans les mines de charbon, de diamants et d'or et, dans une moindre mesure, sur de grandes fermes agricoles. Aussi, s'agit-il à l'évidence d'une circulation contrôlée de la main-d'oeuvre, où la décision de migrer relève autant, sinon plus, de l'individu, qui se lie à son employeur par contrat, que du ménage et des structures familiales d'accueil.

Au vu de ces quelques remarques, nous pouvons conclure que le travailleur qui migre en Afrique du Sud est doublement isolé, en raison à la fois d'une séparation forcée avec sa compagne et de l'absence de structures familiales d'accueil. Cet isolement affectif et sentimental aigu le place finalement dans une situation d'extrême vulnérabilité, notamment à l'égard des MST et du sida.

Beaucoup moins réglementées qu'en Afrique du Sud, les migrations de travail présentent en Afrique occidentale un visage fort différent. Au regard de notre thème d'étude, ces dissemblances s'expriment essentiellement au travers de deux caractéristiques. À l'inverse de l'Afrique du Sud, les migrations féminines, matrimoniales ou autonomes, ne souffrent en Afrique occidentale d'aucune interdiction. Même si généralement c'est seul que le migrant de travail quitte pour la première fois son milieu d'origine, il a toujours la liberté juridique, au cours de son histoire migratoire, de migrer accompagné de sa (ou ses) femme(s) ou de faire venir sa famille ultérieurement.

Cet écart transparaît assez clairement à partir des rapports de masculinité des migrants. Ainsi, selon les données officielles d'Afrique du Sud, la population immigrante légale était composée en 1978/79 de quarante six (46) hommes pour une (1) femme. En outre les migrants de travail provenant du Malawi, du Mozambique et du Zimbabwe étaient presque exclusivement des hommes, soit 168,7 hommes pour 1 femme (Stahl 1982, cité par Adepoju 1988 :51)<sup>42</sup>. Même s'il se dégage des données ouest-africaines une sur-représentation des hommes parmi les migrants, ces rapports de masculinité restent néanmoins très inférieurs à ceux trouvés en Afrique du Sud. Au milieu des années 1970, les migrants étrangers de sexe masculin étaient environ 1,5 fois plus nombreux que les femmes migrantes (Zachariah et Condé 1981, cité par Adepoju 1988 : 68). Il serait bien sûr abusif de conclure de ces dernières informations que les deux-tiers des migrants ouest-africains sont, à un moment donné de leur histoire migratoire, accompagnés par leur femme. Parmi les femmes migrantes en Afrique de l'Ouest, une proportion non-négligeable et sans doute croissante est constituée de migrantes autonomes et célibataires. Mais en dépit de ces quelques réserves, il reste assez clair qu'en raison de l'absence de lois discriminantes, les migrants ouest-africains ne sont pas aussi durement confrontés à l'isolement affectif et sexuel que leurs homologues travaillant en Afrique du Sud.

Les migrations légales vers l'Afrique du Sud ne sont pas, en principe, conditionnées ni même favorisées par l'existence d'un réseau de solidarité. 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). 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. A ce titre, P. Antoine affirme pour l'Afrique de l'Ouest :

Les processus migratoires s'enracinent souvent dans des traditions de mobilité spatiale qui remontent parfois à quelques générations. Le migrant est membre d'une communauté de parent, de famille et de lignage souvent étendue et laisse des membres de sa communauté dans le village pour retrouver d'autres anciennement installés en ville (Antoine 1991 : 48).

---

<sup>42</sup> Il faut préciser que la participation masculine à l'immigration totale vers l'Afrique du Sud est probablement légèrement surestimée, dans la mesure où ces données ne prennent pas en compte les migrations clandestines, où la proportion des femmes est certainement plus élevée.

Dans le même esprit, T. Locoh ajoute :

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" (Locoh 1991 : 281).

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 et de l'isolement du migrant, est sans doute plus faible qu'en Afrique du Sud, et son influence sur l'adoption de comportements sexuels à risque 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<sup>43</sup>.

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).

Finalement, 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, les structures communautaires et le

---

<sup>43</sup> A ce sujet, Diop observe que les jeunes Sénégalaises qui s'engagent 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 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 comportement de ses protégées" (1989 : 81).

déplacement de l'épouse du migrant sont néanmoins autant de facteurs susceptibles d'atténuer sa vulnérabilité et de contraindre sa liberté en matière de sexualité<sup>44</sup>. Moins vulnérable et peut-être plus contrôlé, le migrant d'Afrique occidentale est donc peut-être moins enclin à adopter des comportements sexuels à risque.

La deuxième limite importante des modèles explicatifs découle, à notre sens, du contexte à l'intérieur duquel s'inscrivent les analyses théoriques. La plupart des auteurs qui ont envisagé les risques du migrant de contracter le VIH et les autres MST situent généralement leurs réflexions dans le cadre de migrations dirigées vers les industries minières et les grandes exploitations agricoles. Dans le cas de l'Afrique australe, cette démarche se justifie aisément, puisque plus de 80% des migrants légaux, travaillant en Afrique du Sud, sont employés dans l'industrie minière (Oosthuizen 1993). Cependant en Afrique de l'Ouest, les migrants internationaux de travail se dirigent non seulement vers les plantations agricoles (Côte d'Ivoire, Sénégal), mais aussi vers les grandes villes côtières (Abidjan, Lagos, Dakar)<sup>45</sup>. Cette différence dans les destinations migratoires n'est pas formelle, mais elle induit probablement des écarts dans l'ampleur et le risque d'avoir des comportements sexuels avec des prostituées ou des partenaires occasionnelles.

Comme nous l'avons mentionné, certaines études ont pu montrer que les migrants employés dans des entreprises minières ou dans des grandes plantations supportent des conditions de travail et de vie qui favorisent fortement le recours à une sexualité à risque (Lory 1975; Moodie 1988; Jochelson et al. 1991). Ces travailleurs sont exclusivement des hommes non accompagnés qui travaillent et habitent ensemble, dans des campements, des barraques ou des hôtels qui les privent de toute intimité. De plus, ces sites de travail sont généralement éloignés des populations locales et augmentent ainsi les difficultés des migrants d'avoir des relations affectives et sexuelles avec les femmes de la région. Dès lors, les prostituées deviennent les seules partenaires sexuelles que les travailleurs migrants peuvent fréquenter.

A l'évidence, l'environnement urbain ne fait pas peser les mêmes risques sur la sexualité des migrants. En effet, le marché sexuel des migrants en milieu urbain ne se réduit certainement pas aux seules prostituées, surtout pour les migrants les moins récents, et les possibilités de rencontrer des femmes autochtones demeurent probablement plus importantes que pour les migrants vivants sur des sites miniers. Il reste toutefois que,

---

<sup>44</sup> 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).

<sup>45</sup> Il est à noter la présence de certaines exploitations minières comme en Guinée (Fouta-Djalon) ou en Mauritanie. En outre, la découverte de réserves d'or doit donner lieu à une exploitation industrielle au Mali.

même en ville, le choix des partenaires sexuels du migrant est tributaire du degré de liberté des jeunes urbaines, 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). Ainsi 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<sup>46</sup>. Finalement, on peut croire que les migrants internationaux vers les villes côtières ouest-africaines ont une sexualité moins à risque que leurs homologues des grandes plantations (fréquentation moins régulière des prostituées), même si l'on doit s'attendre par ailleurs à d'importantes variations des comportements sexuels des migrants selon le contexte culturel et social des villes africaines.

Pour dernière critique, nous pouvons dire que les cadres d'analyse théorique de la relation migration et sida ne considèrent pas le décalage culturel, l'analphabétisme fréquent du migrant, comme des obstacles aux campagnes de sensibilisation au sida. Pourtant de nombreuses études, réalisées essentiellement sur les populations migrantes au Nord, 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 de sida, les migrants montrent un certain désintéressement pour une maladie qui ne concerne que la population d'accueil. Ces attitudes et croyances résultent ordinairement d'un manque de réceptivité aux campagnes générales de sensibilisation et d'une inadéquation du matériel pédagogique à la langue et à la culture du migrant. Finalement, même si les populations d'Afrique sub-saharienne sont encore généralement ignorantes sur la question du sida et maintiennent des comportements sexuels à risque, les migrants constituent un groupe particulièrement peu réceptif aux campagnes existantes et donc vulnérable (Yelibi et al. 1993).

Au terme de cette revue critique des modèles d'explication de la relation migration et sida, du point de vue de celui qui contracte la maladie, il ressort à la fois un certain écart entre les analyses théoriques et les résultats empiriques et une certaine inadéquation entre les propositions conceptuelles et la réalité migratoire ouest-africaine. Donc, sans rejeter la possibilité d'un risque majoré d'attraper le VIH parmi les immigrants, il faut néanmoins s'interroger sur l'importance de cette majoration et sur les mécanismes causaux qui la produisent dans le contexte particulier de l'Afrique de l'Ouest.

---

<sup>46</sup> 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).

### 2.2.2. La prostitution : une expression ultime de la vulnérabilité de la femme migrante

Dans toute la littérature sur le thème migration, MST et sida, la femme n'apparaît qu'en temps que prostituée. Comme nous l'avons souligné, si la femme participe à la diffusion du sida c'est essentiellement en raison de la haute mobilité des prostituées et du nombre élevé de leurs partenaires. De même, au regard de la possibilité de contracter le sida, la femme migrante encourt un risque élevé d'être séropositive parce qu'elle entre, plus souvent qu'une non-migrante, dans la prostitution (Anarfi 1990, 1993)<sup>47</sup>.

La plupart des études considèrent la prostitution comme une conséquence de l'incapacité des femmes migrantes et autonomes à s'insérer économiquement dans le milieu d'accueil, autrement que par la vente de services sexuels<sup>48</sup>. La migration internationale d'une femme seule, souvent célibataire ou divorcée, sans enfants et illettrée, la conduit parfois (ou fréquemment<sup>49</sup>) à l'exercice de la prostitution dans la ville de destination (Hdry 1987; Larson 1989). Leur manque de qualification et un marché du travail exsangue font alors de la prostitution le moyen le plus accessible et plus efficace d'améliorer leurs conditions de vie (Arnafî 1990, Arnafî et al. 1993). Par ailleurs, des études réalisées dans le contexte sud-africain renforcent, et dramatisent, la relation entre la migration féminine et la prostitution. Selon ces auteurs, la migration prolongée des hommes vers les sites industriels d'Afrique du Sud favorise l'éclatement des ménages ruraux. Les femmes ainsi abandonnées n'ont d'autres ressources que de migrer vers les villes et d'entrer probablement dans la prostitution, ou de rester au village et prendre un "amant" qui pourvoit à ses besoins matériels et à ceux de ses enfants (Stichter 1985; Packard et Epstein 1992; Jochelson et al. 1991). Hunt résume ainsi cette destinée :

Family conflict and separation [because of husband's labour migration] also have caused many young women to migrate to the cities and to concentrations of male labor. Unfortunately, however, very few women have found wage employment for women in the developing African

---

<sup>47</sup> A notre connaissance, aucune étude ne signale la possibilité que la migrante soit contaminée par son mari ou son partenaire régulier, lui aussi migrant.

<sup>48</sup> Souvent comprise comme une conséquence de la migration, la prostitution est parfois perçue comme un motif de départ. Selon certains auteurs, la décision d'entrer dans la prostitution est prise (ou suggérée) au départ de la migration, sous l'influence d'autres prostituées originaires du village ou de la région (Anarfi 1990). Plus généralement, d'autres auteurs font valoir que, partout dans le monde, les femmes choisissent de s'exiler loin de leur région d'origine pour exercer la prostitution (Pickering et Wilkins 1993).

<sup>49</sup> L'appréciation, toujours intuitive, de l'ampleur du phénomène varie d'une étude à l'autre. Certains auteurs suggèrent que le recours des femmes migrantes à la prostitution est assez fréquent, donnant ainsi l'impression d'une fatalité et d'une règle générale (Hdry 1987; Hunt 1989).

economy. Some - perhaps many - of these women become prostitutes... (1989 : 356).

Pour la plupart de ces approches théorico-empiriques, la décision de fournir des services sexuels est extérieure à la volonté de la migrante et résulte essentiellement des contraintes économiques du milieu urbain. Ces contraintes sont un marché du travail féminin fortement déprimé et des emplois disponibles dans le secteur formel de haute qualification, donc inaccessibles, au regard de la formation des migrantes. Cependant, il est important de signaler qu'il se trouve encore certains auteurs pour prétendre que la migration ne force en aucune façon au recours à la prostitution, celui-ci étant fondamentalement le résultat d'une option personnelle. Pickering et Wilkins (1993) affirment ainsi, à partir d'une étude menée dans une ville de Gambie (Farafenni), que l'entrée dans la prostitution doit être analysée en terme de choix individuel plutôt que de nécessité. Après avoir considéré notamment les sources de revenus des prostituées (la plupart (58%) ne sont pas Gambiennes), des femmes mariées et des veuves et divorcées, ces auteurs en arrivent, non sans cynisme, à la conclusion suivante :

There are many men in urban areas who do not have wives to cook for them or do their laundry, as well as transient traders and travellers who buy snacks and cooked food and who may also be prepared to pay for sex. All women have the basic skills to provide these necessary services and it is a matter of choice which one they decide to take up. (...). Doing laundry may provide a steady income but it is dull and a number of prostitutes reported that they took up their line of business in order to avoid this type of domestic work (1993 : 25).

En plus d'être profondément moralisatrice, cette analyse relève d'une approche hautement critiquable. Elle stipule en effet que l'activité d'une migrante, comme celle de tout acteur économique, procède de son seul libre-arbitre, à l'exclusion de tout déterminisme ou de toute contrainte socio-économique.

Cette brève revue de la littérature sur la relation migration et prostitution des femmes suggère clairement que, si la femme migrante et autonome a une forte probabilité de contracter le VIH, c'est parce qu'elle est particulièrement exposée au risque d'entrer dans la prostitution. Bien que l'on puisse reconnaître une certaine vraisemblance à cette analyse, il reste que la plupart des études sont encombrées de considérations morales ou de sentimentalisme qui ne permettent pas d'avoir une connaissance et une mesure justes et claires de ce phénomène.

Pour certains auteurs la prostitution s'apparente à une fatalité à laquelle la femme migrante, analphabète et pauvre, ne peut échapper. Pourtant, les études anthropologiques et démographiques sont nombreuses à rappeler cette évidence : les femmes qui migrent en ville sont souvent très actives et travaillent dans une infinité d'emplois généralement reliés au secteur informel et à la domesticité (Diop 1989; Findley 1989). Il est donc abusif de prétendre qu'à l'exception de la prostitution, le marché de l'emploi féminin est presque inexistant dans les villes africaines, et qu'en conséquence un nombre important des migrantes autonomes deviennent des prostituées.

Pour d'autres auteurs, la prostitution est un choix librement accepté et dicté par le seul désir d'une vie facile. Nous ne reviendrons pas sur le caractère condamnable d'une telle analyse, si ce n'est pour souligner sa filiation idéologique avec les thèses socio-culturalistes de la *mobilité sexuelle des Africains*. Rappelons que ces théories affirment que l'Afrique se caractérise, notamment par rapport au monde eurasiatique, par un système sexuel d'une grande permissivité, dont la prostitution très développée est l'une des marques (Caldwell et al, 1989).

En somme, il ressort de la littérature que la prostitution des femmes migrantes est soit le produit de contraintes économiques et sociales inéluctables, soit l'expression d'une culture permissive et d'une société complaisante. Dans les deux cas, leur sort en est jeté : la culture et la pauvreté les engagent nombreuses sur la voie de la prostitution.

Ces analyses donnent incontestablement une image caricaturale de la réalité. Mais, plus largement, elles présentent le défaut majeur d'entretenir et de renforcer l'image, déjà trop répandue, que la femme africaine est le vecteur principal de l'épidémie du VIH. Prostituée ou mère, c'est la femme qui contaminera l'homme et l'enfant. Or, il nous semble urgent de corriger cette approche, ne serait-ce que pour une meilleure et une plus juste intervention auprès des femmes. Au regard du sida, la femme migrante, comme toute femme et tout homme, doit être perçue non comme une prostituée, ce "réservoir majeur de la maladie", mais comme une personne qui a toujours besoin d'être informée, et quand elle est malade d'être soignée et soutenue.

## CONCLUSION

Au terme de cette recherche, les données épidémiologiques et démographiques de l'Afrique de l'Ouest suggèrent, de façon générale, une liaison potentielle forte entre la migration et le sida. La confrontation des données démographiques - nombreux mouvements migratoires - et épidémiologiques - séroprévalence VIH-1 et 2 forte et en croissance - donne à croire en effet que la mobilité des Ouest-africains devrait accélérer et intensifier la diffusion de la maladie. Généralement, les études, réalisées sur des échelles

plus fines et qui comparent la carte des migrations à celle du sida, retrouvent cette association et confirment ces craintes.

Les recherches sur le statut sérologique et les comportements sexuels des migrants susceptibles de valider cette liaison sont encore rares et procèdent assez souvent selon des méthodologies défailtantes et des techniques d'analyse encore rudimentaires; la principale limite de ces études, surtout lorsqu'elles sont sérologiques, étant la faiblesse des échantillons. Les informations qui en résultent sont donc parfois fragiles.

L'essentiel des études abordent la question migration et sida sous l'angle du risque de diffuser la maladie. A l'instar des autres formes de mobilité, la migration de travail circulaire semble participer clairement à la propagation du VIH dans les régions à basse séroprévalence et notamment en milieu rural. Les exemples du Mali, du Sénégal, du Niger et du Burkina Faso attestent d'ailleurs de ce risque. Cependant, si les migrants sont un vecteur important de la maladie en Afrique de l'Ouest, d'autres mouvements, comme la circulation commerciale, peuvent contribuer aussi à la diffusion de la maladie. Donc, la migration favorise sans doute la diffusion du VIH, mais n'est peut-être pas le véhicule de la maladie le plus important ni le plus efficace. Les études scientifiques sont, de ce point de vue, encore à faire.

Sans être inexistantes, les analyses qui traitent de la migration comme d'un risque de contracter le VIH sont rares et envisagent presque toujours le problème d'un point de vue exclusivement théorique. Dans l'ensemble, l'argument est le suivant : La migration favorise les mécanismes de détérioration des structures sociales et économiques et la dynamique d'éclatement des familles, plaçant ainsi le migrant, souvent esseulé, dans des conditions de stress et de vulnérabilité. Ce processus encourage en conséquence la rupture avec les comportements sexuels traditionnels et facilite la propagation de la maladie. Cette analyse, développée à partir de l'exemple sud-africain, trouve cependant, à notre sens, des incompatibilités majeures avec la réalité migratoire de l'Afrique de l'Ouest. De plus, les quelques études empiriques qui ont traité du sujet se révèlent très contradictoires. En somme, les hypothèses qui font du migrant une personne à haut risque de contracter le VIH sont probablement à revoir, à la lumière des spécificités ouest-africaines, et sont certainement à valider.

Finalement, nos connaissances sur les liens entre la migration et la sida restent encore très lacunaires et hypothétiques, notamment pour l'Afrique occidentale, et se révèlent d'un faible secours pour guider les interventions. En ce sens, un approfondissement des recherches nous semble nécessaire. Cependant, certains faits irréfutables permettent d'ores et déjà d'engager des premières actions sur le terrain en accord et en collaboration avec les communautés migrantes.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adepoju, A. (1983). "Patterns of Migration by Sex", in *Female and Male in West Africa*, C.Oppong ed., London, p. 55-168.

Adepoju, A. (1988). "International Migration in Africa South of the Sahara", dans Appleyard, R.T. ed., *International Migration Today: Trends and Prospects*, UNESCO, University of Western Australia, Centre for Migration and Development Studies, p.17-88.

Adrien A. et al. (1991). *Le Sida et les Montréalais d'origine haïtienne: connaissances, attitudes, croyances et comportements de la communauté*, Centre d'Étude sur le Sida, Hôpital Général de Montréal, Montréal, 85 p.

Amat-Roze, J.M. (1989). « L'infection à V.I.H. et le SIDA en Afrique noire : facteurs d'épidémisation et de régionalisation », *Cahiers d'Outre-Mer*, 42 (168), p. 333-355.

Amin, S., ed. (1974). *Modern Migrations in Western Africa*, Londres, Oxford University Press.

Anarfi, J.K (1990) "Sexual Networking in some Selected Societies in Ghana and the Sexual Behaviour of Ghanaian Female Migrants in Abidjan, Côte d'Ivoire", Seminar on *Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV*, IUSSP, Sonderborg (Denmark), 19-22 novembre, 38 p.

---- (1993). "Sexuality, Migration and AIDS", *Health Transition Review*, vol. 3, numéro supplémentaire, p. 45-67.

---- and K. Awusabo-Asare (1993). "Experimental Research on Sexual Networking in some Selected Areas of Ghana", *Health Transition Review*, vol. 3, numéro supplémentaire, p. 29-43.

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.

Antoine, P. et Coulibaly, S. éds (1989). *L'insertion urbaine en Afrique*, Paris : Éditions de l'ORSTOM.

Assagba A.O. et al. (1992). "HIV Sentinel Surveillance in Nigeria", *Nigerian Bulletin of Epidemiology*, 2, p. 10-13.

Asiimwe, G. et al. (1992). *Aids Surveillance Report, june 1992*, Ministry of Health, Aids Control Programme Surveillance Unit, Entebbe, Uganda.

Balandier, G. (1970) [1950, version française]. *The Sociology of Black Africa : Social Dynamics in Central Africa*, Andre Deutsch ed., London.

Bassett, M. et al. (1993). "Separation from Wife, High Risk Behavior and HIV among Male, Urban Workers in Harare, Zimbabwe", *VIIIe Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé T.R.T. 028.

Bigot, A. et al. (1987). "Premiers cas de séropositivité anti-HIV-1 au Benin", *La Presse Médicale*, 16, 1102.

Bongaarts, John, P. Reiming, P. Way and F. Conant. (1989). "The Relationship between Male Circumcision and HIV Infection in African Populations", *AIDS*, n° 3, p. 373-377.

Brink, B.A. et al. (1987). "HIV Antibody Prevalence in Migrant Mineworkers in South Africa during 1986", *International Conference on AIDS*, Washington, 1-5 june, Abstract M.8.2.

Caldwell, John, P. Caldwell and P. Quiggin. (1989). "The Social Context of Aids in Sub-saharan Africa", *Population and Development Review*, vol. 15, p. 185-234.

-----, and P. Caldwell. (1993). "The Nature and Limits of the Sub-saharan African AIDS Epidemic : Evidence from Geographic and Other Patterns" *Population and Development Review*, vol. 19, p. 817-848.

Clavel, F. (1987). "HIV-2, the West Africa Aids Virus", *AIDS*, 1, p. 135-140.

Clumeck, N. et al. (1985). "Heterosexual Promiscuity among African Patients with AIDS", *New England Journal of Medecine*, n° 313, p. 182.

Cordell, D., Gregory, J. et Piché, V. (à paraître en 1996). *Hoe and Wage : A Social History of Circular Migration in West Africa*, Westview Press.

Coulibaly, S. (1986). "Colonialisme et migration en Haute-Volta (1896-1946)", dans Gauvreau, D., Gregory, J., Kempeneers, M. et Piché, V. édés, *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*, Montréal : CDAS, Université McGill, p.73-110.

Coulibaly, S., Gregory, J. et Piché, V. (1980). *Importance et ambivalence de la migration voltaïque*, (les migrations voltaïques - Tome 1), Ottawa : CRDI, CVRS et INSD.

Davo, N. et al. (1992). "Approche de l'épidémie VIH/SIDA au Bénin", *VII Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique*, Yaoundé (Cameroun), 8-11 décembre, poster T.P.018.

Day, S. (1988). "Prostitute Women and AIDS : Anthropology Editorial Review", *AIDS*, 2, p. 421-428.

De Cock, K.M. (1984). "AIDS : an Old Disease from Africa", *British Medical Journal*, 289, p. 7306-7309.

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.

Diallo, M.O. et al. (1992). "HIV-1 and HIV-2 Infections in Men Attending Sexually Transmitted Diseases Clinics in Abidjan, Côte d'Ivoire", *AIDS*, n° 6, p. 581-585.

Dinan, C. (1983). "Sugar Daddies and Gold Diggers : the White Collar Single Women in Accra", in C. Oppong ed., *Female and Male in West Africa*, London, Allen and Unwin, p. 344-366.

Diouf, A. et al. (1992). "Infections à VIH et périnatalité à Dakar". *VII Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique*, Yaounde (Cameroun), 8-11 décembre, poster T.P.223.

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.

Dufoort, G., Couroucé, A.M., Ancelle-Park, A., Betry, O. (1988). "No Clinical Signs 14 years after HIV-2 Transmission by Blood Transfusion", *Lancet*, 2, p. 510.

Ekpini, R.A. et al. (1991). "Perspective Study of HIV-1 and HIV-2 in Mother-to-Child Transmission", *VI International Conference on Aids in Africa*, Dakar, Sénégal, December 16-19, Poster M.A. 247.

Findley, S. (1989). "Les migrations féminines dans les villes africaines : Leurs motivations et expériences", *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, ORSTOM, Colloques et Séminaires, p. 55-70.

Gallo, R.C. (1987). "The AIDS Virus", *Scientific American*, 256, p. 39-48.

Gashau, W. et al. (1992). "Awareness Regarding AIDS and HIV Seroprevalence in Nigerian Long Distance Truck Drivers", *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam, July 19-24, Abstract PoD. 5221.

Gmerk, M.D. (1989). *Histoire du sida*, éditions Payot, Paris, 392p.

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.

Gregory, J. et Piché, V. (1978). "African Migration and Peripheral Capitalism", *African Perspectives*, Afrika Studie Centrum, Leiden, no 1, p.37-50.

Gregory, J. et Piché, V. (1985). "La migration africaine vue à travers le prisme des enquêtes récentes", dans Chaire Quételet '83. *Migrations internes : collecte des données et méthodes d'analyse*, Louvain-La-Neuve, Département de démographie, Université Catholique de Louvain, p.305-357.

Habi O. et al. (1993). « Étude sur la séroprévalence des femmes migrantes et non-migrantes dans le département de Tahoua (Niger) » *VIIIe Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé T.R.T. 63.

Haour-Knipe, M et al. (1992). "HIV/AIDS Knowledge and Migrants Workers", in *AIDS : Rights, risk ans reason*, The Falmer Press, London, p. 85-101.

Hawkes, S.J. (1992). "Travel and HIV/AIDS", *AIDS Care*, n° 4, p. 446-449.

— and G.J. Hart (1993). "Travel, Migration and HIV", *AIDS Care*, n° 2, p. 207-214.

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.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (1989). *Recensement Général de la Population, Burkina Faso, 1985 : Analyse des résultats définitifs*, Ouagadougou.

Jochelson, K., M. Mothobeli and J.-P. Léger (1991). "Human Immunodeficiency Virus and Migrant Labor in South Africa", *International Journal of Health*, n° 1, p. 157-173.

Kane, F. et al. (1990). "Penetration of HIV-1 in a Rural Area of Senegal", *International Conference on AIDS*, San Franscico, 20-24 juin, résumé F.C.603.

Kane, F. et al. (1993). "Temporary Expatriation is Related to HIV-1 Infection in Rural Senegal", *AIDS*, 7, p. 1261-1265.

Kanki, P.J. et al. (1989). "Epidemiology of HIV-2 in Female Prostitutes in Senegal", *Vth International Conference on AIDS*, Montreal, 4-9 juin, résumé M.A.O.15.

Kanki, P.J. et al (1992). "Prevalence and Risk Determinants of Human Immunodeficiency Virus Type 2 (HIV-2) and Human Immunodeficiency Virus Type 1 (VIH1) in West African Female Prostitutes", *American Journal of Epidemiology*, 7, p. 895-907.

Koffi, K. et al. (1992). "Rapid Spread of HIV Infections in Abidjan, Ivory Coast, 1987-1990", *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, n° 3, p. 271-273.

Kouamé, A. (1990). "Contribution à la démographie historique ouest-africaine : une étude des migrations burkinabè vers le Ghana et la Côte d'Ivoire pendant la période coloniale", *Étude de la population africaine/African Population Studies*, n° 4 (août), p.69-94.

Kwesigabo, G. et al. (1992). "The accuracy of Sentinel Surveillance Systems in Monitoring the Prevalence of HIV-1 Infection", *VIIth International Conference on Aids in Africa*, Yaounde, 8-11 december, Poster T.P.031.

Larson, Ann. (1989). "Social Context of Human Immunodeficiency Virus Transmission in Africa : Historical and Cultural Bases of East and Central African Sexual Relations", *Review of Infectious Diseases*, vol. 11, p. 716-731.

Le Guenno B. et al. (1992). "HIV-2 Seroprevalence in Three Rural Regions of Senegal : Low and Heterogenous Distribution", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene*, n° 3, p. 301-302.

Le Blanc, M.-N., D. Meintel et V. Piché (1991). "The African Sexual System : Comment on Caldwell et al.", *Population end Development Review*, n° 3, p 497-505.

Lisekie, F. et al. (1992). "Comparison of Sentinel and Cross-sectional Study Data : Is Sentinel Surveillance a Useful Tool to Monitor the HIV/AIDS Epidemic?", *VIIth International Conference on Aids in Africa*, Yaounde, 8-11 december, Poster T.P.035.

Locoh, Thérèse (1989). "Le rôle des familles dans l'accueil des migrants vers les villes africaines", *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, ORSTOM, Colloques et Séminaires, p. 21-31.

-----, (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.

Lory, Georges (1975). "Les migrations en Afrique du Sud", *Revue française d'études politiques africaines*, n° 119, p.14-33.

Lutalo, T. et al. (1992). "HIV-1 and Syphilis in Rakai District, Uganda", *VIIth International Conference on Aids in Africa*, Yaoundé, 8-11 december, poster T.P.066.

Maiga, Y.I et al. (1993). "Étude de la séroprévalence de l'infection à VIH dans les 7 régions économiques du Mali", *VIIIe Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé M.O.P 55.

Makinwa-Adebusoye, P. (1992). "The West African Migration System", dans Kritz, M.M., Lim, L.L. et Zlotnik, H. (eds), *International Migration Systems : A Global Approach*, Clarendon Press, Oxford, p.63-79.

Meillassoux, C. (1975). *Femmes, greniers et capitaux*, Paris : Maspero.

Mingle, J. et al. (1990). "HIV-1 et HIV-2 Seroprevalence in Three Population Groups in Ghana", *Vth International Conference on AIDS in Africa*, Kinshasa 10-12 octobre, poster T.P.E.5.

Mohamed, A.O. et al. (1990). "Sexual Behaviour of Long-distance Truck Drivers and Their Contribution to the Spread of Sexually Transmitted Diseases and HIV", *Vth International Conference on AIDS*, San Francisco, June 20-24, poster F.C.729.

Mohammed, I. et al. (1989). "Nigeria a Possible Buffer Zone for HIV in Africa", *IVth International Conference on AIDS and Associated Cancers in Africa*, Marseille 18-20 octobre, résumé 033.

Moodie, D. (1988). "Migrancy and Male Sexuality on South African Gold Mines", *Journal of South African Studies*, n° 14, p. 228-256.

Morvan J. et al. (1989). "Sero-epidemiological Investigation of HIV Infection in Burundi between 1980-1981", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol. 82, p. 130-140.

Moukaila A. et al. (1993). "Étude de prévalence du VIH et de la syphilis chez les routiers à Niamey, Niger" *VIIIe Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé W.O.P.38.

Mungai, J.N. (1992). "Laboratory Findings for the Prevalence of HIV, Neisseria Gonorrhoea and Chlamydia Trachomatis Infections among Prostitutes in Nairobi", *VIIIth international Conference on Aids in Africa*, Yaounde, 8-11 december, résumé W.P.189.

Ndoye, I et al. (1990). "La migration, facteur de propagation de l'infection VIH en Afrique", *Ve Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique*, Kinshasa, 10-12 oct., poster T.P.E.10.

Neequaye, A.R. et al. (1986). "Preponderance of Females with AIDS in Ghana", *The Lancet*, 2, p. 978.

Neequaye, A.R. et al. (1988). "Dynamics of Human Immune Deficiency Virus (HIV) Epidemic - The Ghanaian experience", in *The Global Impact of AIDS*, A.F. Fleming et al. Eds, New York, Alan R. Liss Inc., p. 9-15.

Oosthuizen, J.S. (1993). "Patterns of Migration in Southern Africa, with Special Reference to South Africa", communication présentée au *Congrès International de la Population*, UIESP, Montréal 24 août-1<sup>er</sup> septembre, (non publiée), 12p.

Oppong, C. (1993). "Socio-Economic Aspects of Sex Roles and Reproductive Health", dans *Conférence on Reproductive Health and Family Health in Africa*, Dakar : Union pour l'Étude de la Population Africaine, p.531-554.

Oucho, J.O. et Gould, W.T.S. (1993). "Internal Migration, Urbanization and Population Distribution", 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. 256-295.

Orubuloye, I.O. (1993). "Patterns of Sexual Behaviour of High Risk Groups and Their Implications for STDs and HIV/AIDS Transmission in Nigeria", *International Population Conference*, IUSSP, Montréal, 24 août-1<sup>er</sup> septembre, vol. 4, p.369-381.

-----, et al. (1993). "The Role of High-Risk Occupations in the Spread of AIDS : Truck Drivers and Itinerant Market Women in Nigeria", *International Family Planning Perspectives*, n° 2, p. 43-48 & 71.

Ouattara, S.A. et al. (1988). "Blood Transfusion and HIV Infections (HIV1, HIV2/LAV2) in Ivory Coast", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91, p. 212-215.

Ousseini, H. et al. (1989). "Le SIDA en République du Niger", *La Presse Médicale*, 18, p. 1298.

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.

Painter, T.M. et al. (1992). *Migrations et sida en Afrique de l'Ouest : Étude des migrants du Niger et du Mali en Côte d'Ivoire. Contexte socio-économique, caractéristiques de leur comportement sexuel et implications pour les initiatives en matière de prévention du Sida*, rapport réalisé pour Care-International, New-York.

Pape, J.W. et W.D. Johnson. (1989). "HIV-1 Infection and AIDS in Haïti", in *The Epidemiology of AIDS*, Kaslow, R.A. et D.P. Francis eds., Oxford, Oxford University Press, p. 221-230.

Pépin J. et al. (1989) "Prevalence and Correlates of Retroviral Infections among Prostitutes Working in Gambia", *Vth International Conference on AIDS*, Montréal, 4-9 juin, résumé T.G.P.32.

Piché, V. (1990). "Potentialités et originalité d'une enquête rétrospective pour l'étude de la migration", dans *Conference on the Role of Migration in African Development : Issues and Policies for the 90's*, Dakar : Union pour l'Etude de la Population Africaine, p.283-313.

Piché, V., Gregory, J. et Lavoie, J.P. (1984). "L'analyse historique des migrations : la pertinence de l'analyse longitudinale à partir des histoires rétrospectives", *Genus*, vol. XL, n° 3-4, p.25-45.

Pickering, H. et al. (1992). "Prostitutes and Their Clients : a Gambian Survey", *Social Science of Medicine*, 1, p. 75-88.

-----, and H.A. Wilkins (1993). "Do Unmarried Women in African Towns Have to Sell Sex, or Is It a Matter of Choice?", *Health Transition Review*, vol. 3, numéro supplémentaire, p. 17-27.

\*  
Pison, G. et al. (1993). "Seasonal Migration : A risk Factor for HIV Infection in Rural Senegal", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 6, p. 196-200.

- Pittin, R. (1983). "Houses of Women : a Focus on Alternative Life Styles in Katsina City", in C. Oppong ed., *Female and Male in West Africa*, London, Allen and Unwin.
- Plummer, Francis A. et al (1991). "Cofactors in Male-Female Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type I", *Journal of Infectious Diseases*, n° 163, p. 233-239.
- Prothero, R. (1977). "Disease and Mobility : a Neglected Factor in Epidemiology", *International Journal of Epidemiology*, n° 6, p. 259-267.
- , (1989). "Problems of Human Mobility and Diseases", in M.W. Service ed., *Demography and Vector-Borne Diseases*, CRC Press, Florida, p. 1-16.
- Prual, 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.
- République de Côte d'Ivoire, (1992). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1988. Répartition spatiale de la population et migrations*, Tome 2, Abidjan.
- Ricca, S. (1990). *Migrations internationales en Afrique*, Paris : L'Harmattan.
- Robin, N. (1992). "L'espace migratoire de l'Afrique de l'Ouest : panorama statistique", *Hommes et Migrations*, n° 1160 (décembre), p.6-15.
- Romieu, I. et al. (1990). "HIV-2 Link to AIDS in West Africa", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2, p. 220-230.
- 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 Adjustement", *Health Policy and Planning*, n° 2, p. 157-165.
- Simonsen, J. et al. (1988). "Human Immunodeficiency Virus Infection among Men with Sexually Transmitted Diseases : Experience from a Center in Africa", *New England Journal of Medicine*, 319, p. 274-278.
- Shannon, G.W., Pyle, G.F. (1989). "The Origin and Diffusion of Aids : a View from Medical Geography", *Annals of Association of American Geographers*, 79, p. 1 à 24.
- Smallman-Raynor, M., A. Cliff et P. Haggett (1992). *London International Atlas of AIDS*, Blackwell Reference, Oxford, 440 p.

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.

Sow, P. S. et al. (1993). "Aspects épidémiologiques de l'infection rétrovirale à VIH à partir d'une population malade à Dakar", *VIIIe Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique*, Marrakech, 12-16 décembre, résumé M.O.P 54.

Stahl, C.W. (1982). "Recent Changes in the Demand Foreign African Labour in South Africa and Future Prospects", in F. de Vletter ed. *Labour Migration and Agricultural Development in Southern Africa*, Rome, FAO.

Stark, O. and D. Levhari (1982). "On Migration and Risk in LDC's", *Economic Development and Cultural Change*, n° 1, p. 191-196.

Stichter, S. (1985). *Migrant Laborers*, Cambridge University.

Vallin, Jacques ed. (1994) *Populations africaines et sida*, coll. Recherches, La Découverte/CEPED, Paris, 223 p.

Van de Perre, P. et al. (1985). "Female Prostitutes : a Risk Group for Infection with Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III", *The Lancet*, 2, p.524-527.

Wawer, M. et al. (1990). "Geographic and Community Distribution of HIV1 Infection in Rural Rakai district, Uganda", *VIIth International Conference on Aids*, San Francisco 20-24 juin, Résumé F.C.606.

Wessen, A. (1974). "The Role of Migrant Studies in Epidemiological Research", *Israel Journal of Medical Science*, n° 1, p. 574-591.

Wilkins, A. et al. (1991). "Risk Factors for HIV-2 Infection in The Gambia", *AIDS*, 5, p.1127-1132.

----- et al. (1993). "The Epidemiology of HIV Infection in a Rural area of Guinea-Bissau", *AIDS*, n° 7, p. 1119-1122.

Yelibi, 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.

Zachariah K.C. et J. Condé (1981) *Migration in West Africa. Demographic Aspects*, Oxford University Press, World Bank Staff Working Papers n° 101 et 102.

## LES DOSSIERS DU CEPED

La collection des *Dossiers du CEPED* est une collection de "documents de travail" destinée à accueillir des articles scientifiques se rapportant au domaine de la population et du développement.

Aucune condition n'est posée quant à l'origine ou l'organisme d'appartenance des auteurs. *Les Dossiers du CEPED* sont prévus pour une diffusion limitée mais rapide et "ciblée", en fonction du sujet traité. Ils sont distribués sur demande à toute personne intéressée. Ces articles ont vocation à être publiés également, en totalité ou en partie, sous la même forme ou sous une forme modifiée, dans des revues internationales. Aucune autorisation préalable n'est donc à demander au CEPED pour une nouvelle publication. La documentation du CEPED souhaite simplement recevoir un exemplaire des publications ainsi réalisées.

Les auteurs intéressés sont invités à envoyer au CEPED une disquette contenant un fichier saisi sur traitement de texte (de préférence Word 6 Windows) rédigé en français, de 15 à 50 pages formatées 21 x 29,7 cm, marges de 2,5 cm sur le pourtour, prêt à être imprimé tel quel. Les caractères seront du type Times Roman, taille 13, en vue d'une réduction ultérieure à 16 x 24 cm. L'interligne sera "au moins" de 15 pts. La pagination doit figurer en haut (numéros impairs sur la droite, numéros pairs sur la gauche). En tête de l'article, après la page de titre, doit obligatoirement figurer un résumé en français accompagné des mots-clés, ainsi que la traduction du titre, du résumé et des mots-clés en anglais. Si l'article concerne un pays ni francophone, ni anglophone, il est demandé de faire figurer également les mêmes éléments dans la langue du pays. La disquette sera accompagnée d'un exemplaire papier, prêt à être reproduit tel quel si nécessaire. Les auteurs conservent la responsabilité de la présentation et du contenu du texte qu'ils ont envoyé.

Le projet d'article reçu est soumis à deux lecteurs, intérieurs ou extérieurs au CEPED. Celui-ci peut en conséquence l'accepter ou le rejeter pour des raisons de forme ou de fond, ou encore demander des modifications. Il se réserve la possibilité d'effectuer lui-même des corrections de forme, ainsi que le regroupement de plusieurs articles dans le même numéro des *Dossiers*. Les matériaux reçus ne sont pas renvoyés à leurs auteurs, qui sont donc invités à en conserver le double.

Chaque auteur recevra 25 exemplaires du numéro contenant son (ou ses) article(s), s'il y a un seul auteur et 15 exemplaires par auteur s'il y en a plusieurs.

Les présentes instructions remplacent celles qui ont pu paraître antérieurement. Elles sont réputées être modifiables à tout moment en fonction des nécessités nouvelles.

**DISPONIBLE DANS LA COLLECTION DES DOSSIERS DU CEPED**

N° 8 - **LE CHAU, PAPAIL (Jean)**, 1989, Transformations agraires et mobilités de la main-d'oeuvre dans la région Nord-Andine de l'Equateur. 18 p.

N° 9 - **VERON (Jacques)**, 1989, Eléments du débat Population Développement. 48 p. *2ème tirage.*

N° 11 - **CHARMES (Jacques)**, 1990, Deux études sur l'emploi dans le monde arabe. 37 p.

N° 18 - **BARBIERI (Magali)**, 1991, Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde. 40 p. *2ème tirage.*

N° 19 - **LOCOH (Thérèse)**, 1992, Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne. 27 p. *2ème tirage.*

N° 20 - **CANTRELLE (Pierre), THONNEAU (Patrick), TOURE (Boubacar)**, 1992, Mortalité maternelle : Deux études communautaires en Guinée. 43 p.

N° 21 - **VAZ-GRAVE (Maria Julia)**, 1992, La mortalité des enfants à Luanda. 39 p.

N° 22 - **ELOUNDOU-ENYEGUE (Parfait Martial)**, 1992, Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun ? Evolutions récentes des échanges entre villes et campagnes. 40 p.

N° 23 - **GERVAIS (Raymond R.)**, 1993, Contribution à l'étude de l'évolution de la population de l'Afrique Occidentale Française, 1904-1960. 50 p.

N° 24 - **LAOUROU (Martin)**, 1993, Les disparités régionales de la mortalité au Bénin. 36 p.

N° 25 - **KOFFI N'Guessan**, 1993, Facteurs de fécondité en milieu rural forestier ivoirien. vi-40 p.

N° 26 - **VALLIN (Jacques)**, 1994, Réflexions sur l'avenir de la population mondiale. 24 p.

N° 27 - **OUEDRAOGO (Christine)**, 1994, Education de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou. 37 p.

**Composition : CEPED**

**Reproduit par INSTAPRINT S.A.**

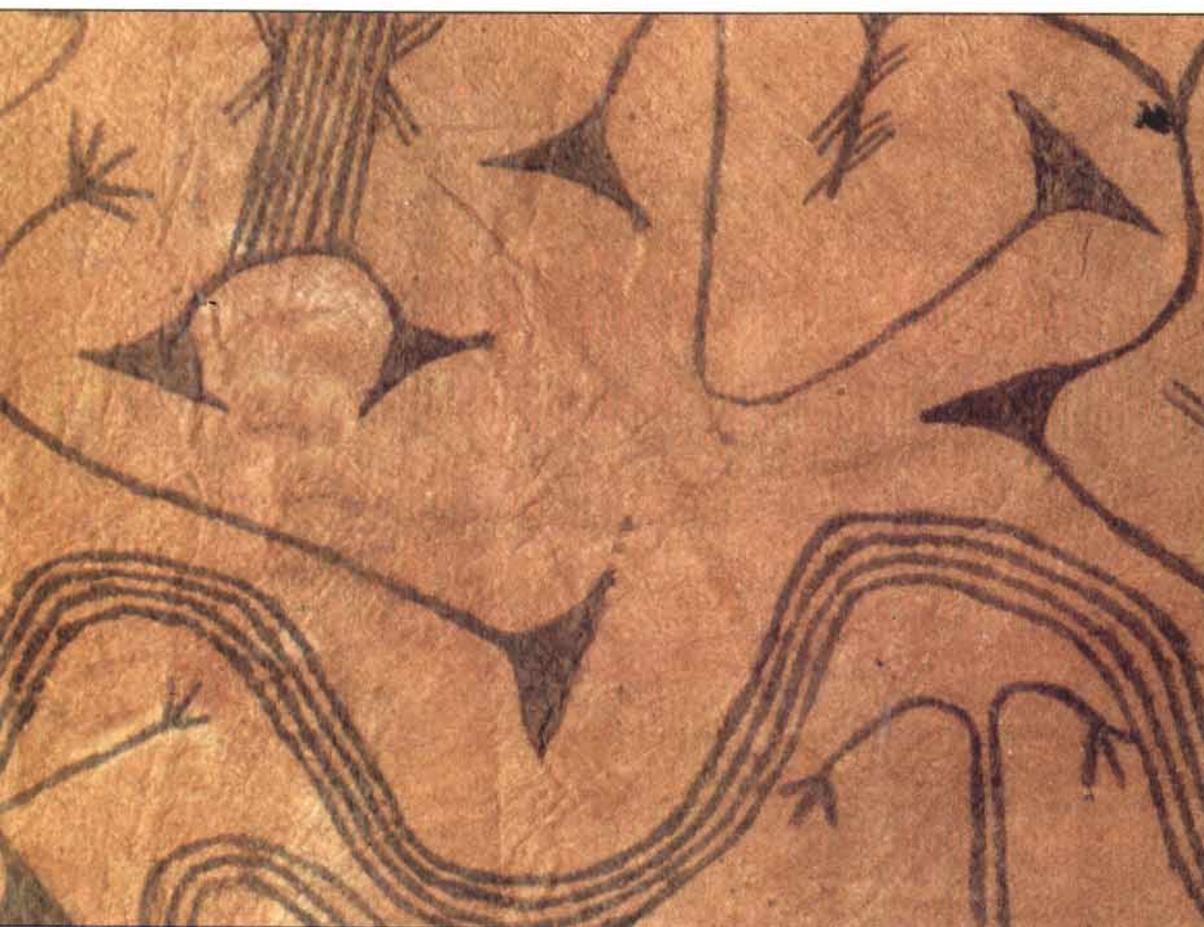
**1, levée de la Loire - LA RICHE**

**B.P. 5927 - 37 059 TOURS Cedex**

**Tél. : 47 38 16 04**

**Télécopie : 47 38 82 70**

**Dépôt légal 4ème trimestre 1994**



CEPED  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 PARIS Cedex 06  
Tél. : (1) 46 33 99 41

Photo de couverture : écorce battue,  
art Mangbetu (Zaïre oriental).  
Reproduit avec l'aimable autorisation  
du Musée Royal de l'Afrique Centrale  
(Tervuren, Belgique).  
Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM

